

**ZARZĄDZENIE NR 57/2023/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 marca 2023 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Przepisy ogólne**

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** — ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, obejmujące wykonanie badań wraz z wydaniem wyników tych badań, określone w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **ambulatoryjna opieka pielęgniarska lub położnej (AOP)** — świadczenie wymienione w załączniku nr 1a do rozporządzenia AOS, o którym mowa pkt 26, wykonywane przez pielęgniarki lub położne, zgodnie z warunkami określonymi w tym rozporządzeniu;
- 3) **ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON)** — świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywane ze wskazań nagłych w rozpoznaniach wymienionych w **załączniku nr 5d** do zarządzenia oraz opieka specjalistyczna realizowana w tych rozpoznaniach w określonym przedziale czasu; świadczenia te realizowane są w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia;
- 4) **charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** — zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 5) **decyzja diagnostyczna** — ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego, określonego zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 6) **decyzja terapeutyczna** — ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej zgodnie z klasyfikacją ICD-9, zalecenia, wskazówki, instrukcje udzielone świadczeniobiorcy, wystawienie recepty, a także określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 7) **diagnostyczny pakiet onkologiczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 8) **diagnostyczny pakiet specjalistyczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5e** do zarządzenia, które powinny być wykonane u pacjenta pierwszorazowego diagnozowanego w kierunku rozpoznania ICD-10 wskazanego w tym załączniku, uwzględniający kompleksową ocenę stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne,

pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujący łącznie:

a) podjęcie decyzji diagnostycznej poprzez określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki spośród wymienionych niżej:

- dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
- skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
- skierowanie do szpitala,
- zakończenie leczenia specjalistycznego,

b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia,

c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

9) **diagnostyka onkologiczna** — diagnostykę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach;

10) **Fundusz** — Narodowy Fundusz Zdrowia;

11) **KAOS** — kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą, rozliczaną przy pomocy kapitałowej stawki rocznej, odrębnie kontraktowaną, wykonywaną w trybie ambulatoryjnym, realizowaną zgodnie z kryteriami określonymi w rozporządzeniu AOS, o którym mowa w pkt 26;

12) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** — dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach;

13) **katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych** — zbiór kategorii specjalistycznych świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym, określony w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;

14) **katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych** — zbiór diagnostycznych pakietów onkologicznych, wykonywanych w ramach wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, wykazywanych do rozliczania ryczałtowo za dany pakiet oraz produktów do sumowania wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej, określony w **załączniku nr 5c** do zarządzenia;

15) **katalog diagnostycznych pakietów specjalistycznych** — zbiór diagnostycznych pakietów specjalistycznych, określony w załączniku nr 5e do zarządzenia;

16) **kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers)** — zakres świadczeń realizowany w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania;

17) **katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych** — zbiór specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, określony w **załączniku nr 5b** do zarządzenia;

18) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży** — zakres świadczeń (KOC I, KOC II/III) w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka dla kobiet w ciąży, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Pod pojęciem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży rozumie się również realizację tych świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;

19) **Oddział Funduszu** — oddział wojewódzki Funduszu;

- 20) **ogólne warunki umów** — ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 21) **pacjent pierwszorazowy** — świadczeniobiorcę, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, któremu udzielane są świadczenia w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach;
- 22) **pogłębiona diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, określone w rozporządzeniu AOS, o którym mowa w pkt 26, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego oraz produktów do sumowania;
- 23) **porada początkowa** — pierwszą poradę rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, lub u pacjenta pierwszorazowego, która nie jest wskazywana do rozliczenia, a jej data sprawozdawana jest w raporcie statystycznym dla świadczeń skojarzonych z zakresu diagnostyki onkologicznej lub świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych;
- 24) **porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy** — poradę udzielaną w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu;
- 25) **rodzaj świadczeń** — rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 26) **rozporządzenie AOS** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 27) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974, 1079, 2280 i 2770);
- 28) **rozporządzenie POZ** - rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 29) **rozporządzenie Programy** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 30) **skojarzony zakres świadczeń** — zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach którego udzielane są określone świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w załączniku nr 1 do zarządzenia;
- 31) **specjalistyczne świadczenie zabiegowe** — procedurę zabiegową rozumianą jako czynność realizowaną na narządach lub tkankach ciała z naruszeniem ciągłości tkanek, procedurę diagnostyczną lub terapeutyczną wraz z koniecznymi czynnościami uzupełniającymi, realizowanymi komplementarnie w stosunku do procedur: zabiegowych, diagnostycznych, terapeutycznych, obejmującą w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach. Świadczenia są rozliczane z wykorzystaniem grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami Z lub PZ, wskazanych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;
- 32) **świadczenie pohospitalizacyjne** — świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej, w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo świadczenia udzielonego w ramach „leczenia jednego dnia” w rozumieniu przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nim przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) lub terapeutycznych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją procedur rozpoczętych wcześniej lub
 - b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach;
- 33) **świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne** – świadczenie kontrolne wykonywane po zakończeniu hospitalizacji w oddziale o profilu: choroby wewnętrzne lub pediatria, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia AOS lp.66 lub 67, rozliczane w okresie nie dłuższym niż 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji;
- 34) **świadczenie specjalistyczne** — świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:
- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej lub
 - b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach, lub
 - d) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 35) **świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe** — świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego, polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące łącznie:
- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:
 - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala, - zakończenie leczenia specjalistycznego,
 - b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia,
 - c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 36) **świadczenie specjalistyczne receptowe** — świadczenie, o którym mowa w art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2022 poz. 1731);
- 37) **wstępna diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego oraz produktów do sumowania odpowiadających wstępnemu rozpoznaniu;
- 38) **zakres świadczeń** — zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.
2. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, świadczenia pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenia odrębne oraz porady udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, obejmują ponadto:
- 1) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne gwarantowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2555 i 2674) oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego uzyskanie

świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego wystawia się w sposób określony w odrębnych przepisach oraz w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne;

- 2) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą;
- 3) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
- 4) wykonywanie badań profilaktycznych.

3. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2.

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa w § 3 ust. 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

Rozdział 3.

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmujących odpowiednio świadczenia w poradniach specjalistycznych lub ASDK, lub KAOS udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1a-c** do zarządzenia.

2. Wzory umów określone są w **załączniku nr 2a-2c** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

§ 7. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach określonych w załącznikach nr 1a-1c do zarządzenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Przy udzielaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 określonych w załączniku nr 5b do zarządzenia, świadczeniodawca przed pobraniem skryningowego rozmazu cytologicznego obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi w tym załączniku.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 2, konieczne jest posiadanie dostępu do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

9. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwa i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, w oparciu o system informatyczny udostępniany przez Fundusz.

10. W przypadku udzielania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawdzenia terminu i miejsca hospitalizacji, poprzedzającej świadczenie.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w załączniku nr 2 do umowy.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, będące lekarzami mogą udzielać świadczeń w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zachowaniem wymogów określonych w odrębnych przepisach.

3. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

4. W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty, realizującego świadczenia zgodnie z umową, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Informacja, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępniana jest w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umowy określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo — finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Podstawą do rozliczania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt), a w odniesieniu do świadczeń określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia — kapitacyjna stawka roczna.

4. Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w **załącznikach nr 5a - 5c** oraz nr **5e** do zarządzenia.

5. Wartość punktowa odpowiadająca poszczególnym świadczeniom ASDK określona jest w **załączniku nr 1b** do zarządzenia.

6. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

7. Przy rozliczaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 określonych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. Przy rozliczaniu ASDK w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

9. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych w zakresach: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

10. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON) w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

11. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń: świadczenia zabiegowe w zakresie *ortopedii i traumatologii narządu ruchu* po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

12. Przy rozliczaniu świadczeń w zakresach: alergologii dla dzieci, diabetologii dla dzieci, endokrynologii dla dzieci, gastroenterologii dla dzieci, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, nefrologii dla dzieci, neurologii dziecięcej, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, reumatologii dla dzieci, chorób zakaźnych dla dzieci, neonatologii, ginekologii dla dziewcząt, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej dla dzieci, neurochirurgii dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży, preluksacji, okulistyki dla dzieci, otolaryngologii dziecięcej, urologii dziecięcej, rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci, pediatrii oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1a do zarządzenia**, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

13. Przy rozliczaniu świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach określonych:

- 1) w **załączniku nr 1a do zarządzenia**, niewymienionych w ust. 12 oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń,
 - 2) w **załączniku nr 1b do zarządzenia**, niewymienionych w ust. 8
- po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

14. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach świadczeń innych niż wymienione w ust. 7 - 13, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

§ 11. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania, według klasyfikacji ICD-10, ustalony po przeprowadzeniu odpowiednio wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9, z obowiązkowym wskazaniem tych badań spośród wymienionych w **załączniku nr 5c do zarządzenia**, które zostały wykonane u świadczeniobiorcy;
- 3) porada początkowa o kodzie: 5.01.28.0000002 (WP2 porada początkowa — diagnostyka onkologiczna) wraz z datą jej wykonania, odpowiednio w ramach wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 4) numer karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

3. Świadczeniodawca rozliczający świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, w tym diagnostycznych pakietów specjalistycznych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa — świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania, a w przypadku diagnostycznych pakietów specjalistycznych – porady początkowej o kodzie 5.01.28.0000003 (WP3 porada początkowa — pakiet specjalistyczny) wraz z datą jej wykonania.

4. Świadczeniodawca realizujący badania cytologicznego materiału z szyjki macicy obowiązany jest do sprawozdawania przedmiotowej procedury z wykorzystaniem świadczenia o kodzie: 5.05.00.0000060 w przypadku, gdy spełnione są kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

5. Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w ogólnych warunkach umów, w przypadku świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000060, określonych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, polega na wypełnieniu i zatwierdzeniu odpowiednich pól aplikacji w SIMP.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, świadczeń z *Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych* określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia lub z *Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych* określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia lub z *Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych* określonego w **załączniku nr 5c** do zarządzenia lub z *Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych* określonego w **załączniku nr 5e** do zarządzenia.

7. Świadczeniodawca przy rozliczaniu KAOS obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym oprócz zakresu świadczeń, także:

- 1) kodu rozpoznania według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kodów procedur medycznych według aktualnej wersji ICD-9;
- 3) porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą — 5.01.26.0000001 albo porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym wirusem HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) — 5.02.26.0000062.

8. Dane, o których mowa w ust. 1-7, winny pozostawać w zgodności z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej.

9. W raporcie statystycznym nie wykazuje się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.

§ 12.1. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom pierwszorazowym, które są rozliczane z wykorzystaniem świadczeń o kodzie rozpoczynającym się oznaczeniem W4 lub W5, zgodnie z **załącznikiem nr 5a** do zarządzenia, jeżeli w danym rozpoznaniu nie zostały utworzone diagnostyczne pakiety specjalistyczne.

2. Diagnostyczne pakiety specjalistyczne mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom pierwszorazowym z rozpoznaniem wskazanym w **załączniku nr 5e** do zarządzenia, po postawieniu ostatecznego rozpoznania, ustaleniu terapii i wskazaniu trybu dalszej opieki, w oparciu o skalę ciężkości choroby, określoną w **załączniku nr 5f** do zarządzenia.

3. Świadczenia w ramach zakresu skojarzonego: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych mogą być rozliczane:

- 1) przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresach ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci oraz chirurgii dziecięcej, spełniających warunki dodatkowe określone w **załączniku nr 1a** do zarządzenia - w przypadku udzielania świadczeń obejmujących zaopatrzenie urazu lub zabezpieczenie pourazowe, niezależnie od miejsca zaopatrzenia tego urazu – w okresie do 60 dni od rozpoznania świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotyczącym narządu ruchu określonymi w **załączniku nr 5d** do zarządzenia lub
- 2) przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie okulistyki i okulistyki dla dzieci - w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotyczącym narządu wzroku określonymi w **załączniku nr 5d** do zarządzenia – w okresie 14 dni od dnia rozpoznania

– na zasadach określonych w przepisach niniejszego zarządzenia, z wykorzystaniem grup W11-W32 oraz grup zabiegowych Z.

4. Świadczenia w ramach zakresu skojarzonego: ambulatoryjna opieka pielęgnarska lub położnej mogą być rozliczane na zasadach określonych w przepisach zarządzenia z wykorzystaniem grup o kodach: PPW oraz grup zabiegowych PZ wskazanych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.

5. Świadczenia ambulatoryjnej opieki pielęgnarskiej lub położnej podlegają rozliczaniu po zrealizowaniu świadczenia w zakresie wynikającym z rozporządzenia AOS. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem kolejnych badań dodatkowych.

6. Świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych - wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń oraz po spełnieniu pozostałych warunków określonych w zarządzeniu. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.

7. Etapy postępowania związane z udzielonymi świadczeniami są odnotowywane w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

8. Nie kwalifikuje się do rozliczenia porady receptowej, wykonywanej częściej niż co 90 dni lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad.

9. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach specjalistycznych, udzielonych kobietom w ciąży objętym koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, jeżeli świadczenia te związane są z ciążą, porodem i położeniem, na podstawie umowy w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w innych zakresach, z wyłączeniem stanów nagłych.

10. W przypadku wykonywania świadczeń wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, rozliczanie świadczeń następuje wyłącznie z wykorzystaniem diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz produktów do sumowania, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, odpowiednich dla rozpoznania wstępnego.

11. Świadczeniodawca, który przeprowadził wstępną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu wstępnej diagnostyki onkologicznej oraz produktów do sumowania na zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

12. Świadczeniodawca, który przeprowadził pogłębioną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu pogłębionej diagnostyki onkologicznej oraz produktów do sumowania na zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

13. Warunkiem rozliczenia świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej jest wykonanie zestawu badań pozwalających na określenie zaawansowania choroby nowotworowej, zakończone przekierowaniem świadczeniobiorcy na ustalenie planu leczenia onkologicznego zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydanego na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach i wydaniem mu nieodpłatnie kopii dokumentacji medycznej umożliwiającej opracowanie planu leczenia.

14. W celu udokumentowania rozliczeń diagnostycznych pakietów onkologicznych i produktów do sumowania świadczeniodawca zobowiązany jest do dołączenia kopii karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do dokumentacji medycznej.

15. Świadczeniodawca udzielający świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 11 ust. 2, obowiązany jest wykonać te świadczenia, w terminach nieprzekraczających:

1) 28 dni - w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:

a) od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących albo

b) od dnia wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego

– do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną nie może upłynąć więcej niż 14 dni;

2) 21 dni - w przypadku wykonywania pogłębionej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:

a) od dnia:

- zakończenia diagnostyki wstępnej albo

- wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego,

– do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy, albo

b) od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej dotyczącej innej lokalizacji nowotworu złośliwego niż będąca podstawą realizacji wstępnej diagnostyki onkologicznej, albo

c) od dnia:

- dokonania wpisu na listę oczekujących świadczeniobiorcy, który posiada kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawioną w oparciu o stwierdzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego albo

- wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej,

– do dnia udzielenia porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni.

16. W przypadku gdy świadczenia diagnostyki onkologicznej nie zostały zrealizowane w terminach, o których mowa w ust. 15, wynoszących odpowiednio 28, 21, 14 i 7 dni, poziom finansowania diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

17. W przypadku gdy decyzja diagnostyczna dotycząca pacjenta pierwszorazowego, rozliczanego w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, została podjęta w ciągu 42 dni od dnia udzielenia porady początkowej i spełnione zostały pozostałe warunki, o których mowa w niniejszym zarządzeniu, wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem wskaźnika 1,1.

18. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom do ukończenia 3. roku życia świadczeń w poradniach specjalistycznych wskazanych w katalogu:

1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego: kodem W02 oraz kodem rozpoczynającym się PPW, PZ i SK, RDP, RDR, a także kodem W40 w zakresie genetyki,

2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, określonym w **załączniku nr 5b** do zarządzenia,

3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonym w **załączniku nr 5c** do zarządzenia

– wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

19. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom od 4. roku życia do ukończenia 18. roku życia świadczeń w poradniach specjalistycznych wskazanych w katalogu:

1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego: kodem W02 oraz kodem rozpoczynającym się PPW, PZ i SK, RDP, RDR, a także kodem W40 w zakresie genetyki,

2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, określonym w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu,

3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia

– wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,3.

20. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w zakresach: alergologii, endokrynologii, kardiologii i neurologii wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,8.

21. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom do ukończenia 3. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych oznaczonych kodem W40 w zakresie genetyki, wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 2,0.

22. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 4. roku życia do ukończenia 18. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych oznaczonych kodem W40 w zakresie genetyki wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,7.

23. Przepisów ust. 17 i 20 nie stosuje się przy rozliczaniu diagnostycznych pakietów specjalistycznych.

24. W przypadku udzielania świadczeń w zakresach: endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, gastroenterologia, gastroenterologia dla dzieci, kardiologia, kardiologia dziecięca, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, okulistyka, okulistyka dla dzieci, wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02 lub specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,2, pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, mierzony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, mierzonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego oraz
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy.

25. Przepis ust. 24 stosuje się do świadczeń udzielanych poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

26. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), stanowiącym **załącznik nr 1b** do zarządzenia, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,05 pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, określony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, określonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego;
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa o co najmniej 5% niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy;
- 3) zrealizowania w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni.

27. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych świadczeniobiorcom objętym KON-Pierś, jeżeli świadczenia te związane są z diagnostyką i monitorowaniem nowotworu piersi.

28. W przypadku wykonywania świadczeń w ramach zakresu skojarzonego ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON), wartość rozliczanych świadczeń ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

§ 13. 1. Udzielenie świadczenia jest potwierdzane przez dokonanie wpisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, zgodnie z odrębnymi przepisami.

2. Udzielenie specjalistycznego świadczenia zabiegowego jest potwierdzane przez dokonanie opisu zrealizowanej procedury w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegów, zgodnie z odrębnymi przepisami.

§ 14. 1. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie neonatologii, wykonywanych w poradni neonatologicznej, rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia, z wyjątkiem rozpoznań ICD-10, takich jak:

- 1) H35.1 Retinopatia wcześniaków,

- 2) P05 Opóźniony wzrost płodu i niedożywienie płodu,
 - 3) P07.2 Skrajne wcześniactwo,
 - 4) P07.3 Inne przypadki wcześniactwa wraz z chorobami towarzyszącymi,
 - 5) P21 Zamartwica urodzeniowa,
 - 6) P22 Zespół zaburzeń oddychania noworodka,
 - 7) P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym,
 - 8) P52 Śródczaszkowy nieurazowy krwotok u płodu i noworodka,
 - 9) P77 Martwicze zapalenie jelit płodu i noworodka,
 - 10) P78.0 Okołoporodowa perforacja jelit,
 - 11) P91 Inne zaburzenia mózgowe noworodka,
 - 12) Q25.0 Drożny przewód tętniczy,
 - 13) Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
- w odniesieniu do których możliwe jest rozliczenie tych świadczeń do ukończenia przez dziecko 3. roku życia.

2. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie preluksacji rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia.

3. Przy rozliczaniu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w poradniach specjalistycznych w danym zakresie, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub porad ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba że przepisy w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, w kolumnie: Uwagi, lub **załączniku nr 5b lub 5c** do zarządzenia stanowią inaczej.

4. Przy rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio.

5. Fundusz nie finansuje świadczeń zrealizowanych w zakresach: świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych lub świadczenia w zakresie pediatrii, jeżeli w okresie realizacji kontrolnej pohospitalizacyjnej opieki nad świadczeniobiorcą zostały wykonane na jego rzecz świadczenia w innych zakresach AOS, z przyczyn będących podstawą objęcia opieką w ramach świadczeń chorób wewnętrznych lub pediatrii.

6. Przepisy ust. 5 stosuje się także w odniesieniu do świadczeń KAOS.

7. Przepisu ust. 3 nie stosuje się do świadczeń w zakresie:

- 1) onkologii — udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni onkologicznej oraz w poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, w zakresie chemioterapii, leczenie szpitalne w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
- 2) onkologii — udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni ginekologii onkologicznej oraz poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, w zakresie chemioterapii, leczenie szpitalne w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
- 3) leczenia AIDS — wykonywanych w jednym dniu, w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy przez lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w innych zakresach świadczeń lub innych rodzajach świadczeń.

§ 15. 1. Koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonanych w ramach ASDK, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponosi świadczeniodawca, chyba że z odrębnych przepisów wynika inaczej.

2. Przepisu ust. 1, w zakresie dotyczącym ASDK, nie stosuje się przy rozliczaniu świadczenia o kodzie 5.05.00.0000079 kwalifikacja do przeszczepienia nerki — badania wstępne, określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia oraz o kodzie 5.37.00.0000009 RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia. Realizacja świadczeń, o których mowa w zdaniu pierwszym, obejmuje także koszt badań ASDK określonych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy.

3. Koszty wykonania diagnostyki onkologicznej, rozliczanej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, w tym w szczególności obejmującej niezbędne badania spośród określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, jak również koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie jej udzielania, ponosi świadczeniodawca.

4. Koszty wykonania badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, rozliczanych jako świadczenie do sumowania w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej do świadczenia o kodzie „5.37.00.0000007 SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia”, określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, ponosi świadczeniodawca.

§ 16. 1. Świadczenia ASDK są rozliczane, jeżeli badanie wykonane było na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który:

- 1) realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) lub rehabilitacja lecznicza, lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, a w przypadku badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badania tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu radiologicznym klatki piersiowej przy wskazaniach do pogłębienia diagnostyki, na zasadach określonych w rozporządzeniu POZ, także na podstawie skierowania lekarza, który realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej lub
- 2) realizuje ambulatoryjne porady specjalistyczne, w ramach umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakres których zostały włączone od dnia rozpoczęcia obowiązywania tych umów świadczenia w rodzaju AOS, lub
- 3) wydał skierowanie na podstawie przepisów § 12 ust. 10 pkt 1 ogólnych warunków umów.

2. Przy rozliczeniu ASDK nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania w ramach danego zakresu, określonego w kolumnie 3 **załącznika nr 1b** do zarządzenia, świadczeń oznaczonych różnym kodem, jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w jednym dniu u tego samego świadczeniobiorcy.

3. Świadczenia ASDK nie mogą być udzielane w celach orzecznich, wyłączonych z finansowania ze środków publicznych przez Fundusz, na podstawie art. 16 ust. 1- 4 ustawy o świadczeniach.

§ 17. 1. Przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie wykonywania specjalistycznego świadczenia zabiegowego, do rozliczenia wykazuje się wyłącznie jedną grupę świadczeń z katalogu stanowiącego **załącznik nr 5a** do zarządzenia;
- 2) świadczenia określone w **załączniku nr 1c** do zarządzenia udzielane świadczeniobiorcy objętemu opieką KAOS, w tym: porady specjalistyczne i ASDK, nie są rozliczane odrębnie w ramach innych zakresów świadczeń udzielonych temu samemu świadczeniobiorcy, w sytuacji gdy przyczyną ich wykonania jest rozpoznanie będące podstawą udzielania świadczeń KAOS.

2. Warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielanie świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz na 3 miesiące.

3. W przypadku niespełnienia wymogu określonego w ust. 2, leczenie danego świadczeniobiorcy przestaje być finansowane stawką kapitacyjną. Jednocześnie świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania temu świadczeniobiorcy możliwości dalszego leczenia choroby, stanowiącej podstawę dotychczasowej opieki w KAOS, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Rozdział 4.

Przepisy końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarte na podstawie przepisów, o których mowa § 22, przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność na czas, na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 19. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera się zgodnie ze wzorami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w załącznikach nr 2a-2c do niniejszego zarządzenia.

§ 20. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

§ 21. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 r.

§ 22. Traci moc zarządzenie Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Małgorzata Dziedziak
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

KATALOG ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH

lp.	nazwa świadczenia gwarantowanego	warunki realizacji świadczenia zgodnie z zał. nr 1 do rozporządzenia AOS	kod zakresu świadczeń w poradniach specjalistycznych	zakresy świadczeń w poradniach specjalistycznych, odpowiadające przedmiotom postępowań o zawarcie umów	skojarzone zakresy świadczeń:							poradnie realizujące zakres świadczeń *	
					pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	kwalifikacja do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych do przeszczepu	świadczenia zabiegowe	świadczenia diagnostyki onkologicznej	świadczenia na rzecz pacjentów pierwszorazowych	ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych	ambulatoryjna opieka pielęgnarska lub położnej		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	
1.	Porada specjalistyczna - choroby metaboliczne	lp. poz.1	02.1008.001.02	świadczenia w zakresie chorób metabolicznych					X			1008	poradnia chorób metabolicznych
2.	Porada specjalistyczna - alergologia	lp. poz.2	02.1010.001.02	świadczenia w zakresie alergologii					X			1010	poradnia alergologiczna
3.	Porada specjalistyczna - alergologia dziecięca	lp. poz.3	02.1011.001.02	świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci					X			1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
4.	Porada specjalistyczna - diabetologia	lp. poz.4	02.1020.001.02	świadczenia w zakresie diabetologii					X		X	1020	poradnia diabetologiczna
5.	Porada specjalistyczna - diabetologia dla dzieci	lp. poz.5	02.1021.001.02	świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci					X			1021	poradnia diabetologiczna dla dzieci
6.	Porada specjalistyczna - endokrynologia	lp. poz.6	02.1030.001.02	świadczenia w zakresie endokrynologii				X	X			1030	poradnia endokrynologiczna
												1032	poradnia endokrynologiczno - ginekologiczna
												1034	poradnia andrologiczna
												1036	poradnia leczenia niepłodności
												1038	poradnia chorób tarczycy
7.	Porada specjalistyczna - endokrynologia dla dzieci	lp. poz.7	02.1031.001.02	świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci				X	X			1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
8.	Porada specjalistyczna - gastroenterologia	lp. poz.8	02.1050.001.02	świadczenia w zakresie gastroenterologii			X	X	X			1050	poradnia gastroenterologiczna
9.	Porada specjalistyczna - gastroenterologia dla dzieci	lp. poz.9	02.1051.001.02	świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci				X	X			1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
10.	Porada specjalistyczna - hepatologia	lp. poz.63	02.1056.001.02	świadczenia w zakresie hepatologii				X	X			1056	poradnia hepatologiczna
11.	Porada specjalistyczna - geriatria	lp. poz.10	02.1060.001.02	świadczenia w zakresie geriatrii					X			1060	poradnia geriatryczna

12.	Porada specjalistyczna - hematologia	lp. poz.11	02.1070.001.02	świadczenia w zakresie hematologii				X	X			1070	poradnia hematologiczna
												1072	poradnia nowotworów krwi
13.	Porada specjalistyczna - onkologia i hematologia dziecięca	lp. poz.12	02.1071.001.02	świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej				X	X			1073	poradnia nowotworów krwi dla dzieci
												1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
												1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
												1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
14.	Porada specjalistyczna - immunologia	lp. poz.13	02.1080.001.02	świadczenia w zakresie immunologii					X			1080	poradnia immunologiczna
15.	Porada specjalistyczna - kardiologia	lp. poz.14	02.1100.001.02	świadczenia w zakresie kardiologii					X		X	1100	poradnia kardiologiczna
												1102	poradnia wad serca
												1104	poradnia nadciśnienia tętniczego
16.	Porada specjalistyczna - kardiologia dziecięca	lp. poz.15	02.1101.001.02	świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej					X			1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
17.	Porada specjalistyczna - leczenie chorób naczyń	lp. poz.16	02.1120.001.02	świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń					X			1120	poradnia chorób naczyń
												1530	poradnia chirurgii naczyniowej
18.	Porada specjalistyczna - nefrologia	lp. poz.17	02.1130.001.02	świadczenia w zakresie nefrologii		X		X	X			1130	poradnia nefrologiczna
19.	Porada specjalistyczna - nefrologia dla dzieci	lp. poz.18	02.1131.001.02	świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci		X		X	X			1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
20.	Porada specjalistyczna - toksykologia	lp. poz.19	02.1150.001.02	świadczenia w zakresie toksykologii					X			1150	poradnia toksykologiczna
21.	Porada specjalistyczna - dermatologia i wenerologia	lp. poz.20	02.1200.001.02	świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii				X	X			1200	poradnia dermatologiczna
												1202	poradnia wenerologiczna
22.	Porada specjalistyczna - genetyka	lp. poz.21	02.1210.001.02	świadczenia w zakresie genetyki					X			1210	poradnia genetyczna
23.	Porada specjalistyczna - neurologia	lp. poz.22	02.1220.001.02	świadczenia w zakresie neurologii				X	X			1220	poradnia neurologiczna
24.	Porada specjalistyczna - neurologia dziecięca	lp. poz.23	02.1221.001.02	świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej				X	X			1221	poradnia neurologii dziecięcej
25.	Porada specjalistyczna - leczenie bólu	lp. poz.24	02.1222.001.02	świadczenia w zakresie leczenia bólu					X			1222	poradnia leczenia bólu
26.	Porada specjalistyczna - onkologia	lp. poz.25	02.1240.001.02	świadczenia w zakresie onkologii				X	X			1242	poradnia chemioterapii
												1460	poradnia ginekologii onkologicznej
												1244	poradnia radioterapii
												1458	poradnia profilaktyki chorób piersi
												1240	poradnia onkologiczna
27.	Porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc	lp. poz.26	02.1270.001.02	świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc				X	X			1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
												1272	poradnia chorób płuc

28.	Porada specjalistyczna - gruźlica i choroby płuc u dzieci	lp. poz.27	02.1271.001.02	świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci				X	X			1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
29.	Porada specjalistyczna - reumatologia	lp. poz.28	02.1280.001.02	świadczenia w zakresie reumatologii					X			1280	poradnia reumatologiczna
30.	Porada specjalistyczna - reumatologia dla dzieci	lp. poz.29	02.1281.001.02	świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci					X			1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
31.	Porada specjalistyczna - choroby zakaźne	lp. poz.30	02.1340.001.02	świadczenia w zakresie chorób zakaźnych					X			1340	poradnia chorób zakaźnych
												1346	poradnia chorób tropikalnych
												1348	poradnia chorób odzwierzęcych i pasożytniczych
32.	Porada specjalistyczna - choroby zakaźne u dzieci	lp. poz.31	02.1341.001.02	świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci					X			1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
33.	Porada specjalistyczna - leczenie osób z AIDS lub nosicieli HIV	lp. poz.32	02.1342.001.02	świadczenia w zakresie leczenia AIDS					X			1342	poradnia profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)
34.	Porada specjalistyczna - neonatologia	lp. poz.33	02.1400.001.02	świadczenia w zakresie neonatologii					X			1405	poradnia zaburzeń i wad rozwojowych dzieci
												1421	poradnia neonatologiczna
35.	Porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia	lp. poz.34	02.1450.001.02	świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	X		X	X			X	1450	poradnia położniczo - ginekologiczna
												1454	poradnia patologii ciąży
												1458	poradnia profilaktyki chorób piersi
												1460	poradnia ginekologii onkologicznej
36.	Porada specjalistyczna – ginekologia dla dziewcząt	lp. poz.35	02.1453.001.02	świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				X				1453	poradnia ginekologiczna dla dziewcząt
37.	Porada specjalistyczna - chirurgia ogólna	lp. poz.36	02.1500.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej			X	X			X	1500	poradnia chirurgii ogólnej
												1458	poradnia profilaktyki chorób piersi
38.	Porada specjalistyczna – chirurgia dziecięca	lp. poz.37	02.1501.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej			X	X		X**		1501	poradnia chirurgii dziecięcej
39.	Porada specjalistyczna - proktologia	lp. poz.38	02.1506.001.02	świadczenia w zakresie proktologii			X	X				1506	poradnia proktologiczna
40.	Porada specjalistyczna - chirurgia klatki piersiowej	lp. poz.39	02.1520.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej				X				1520	poradnia chirurgii klatki piersiowej
41.	Porada specjalistyczna - chirurgia onkologiczna	lp. poz.40	02.1540.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej			X	X				1540	poradnia chirurgii onkologicznej
42.	Porada specjalistyczna - chirurgia onkologiczna dla dzieci	lp. poz.41	02.1541.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci				X				1541	poradnia chirurgii onkologicznej dla dzieci

43.	Porada specjalistyczna - chirurgia plastyczna	lp. poz.62	02.1550.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej								1550	poradnia chirurgii plastycznej
												1552	poradnia chirurgii ręki
												1554	poradnia leczenia oparzeń
44.	Porada specjalistyczna - kardiochirurgia	lp. poz.42	02.1560.001.02	świadczenia w zakresie kardiochirurgii								1560	poradnia kardiochirurgiczna
45.	Porada specjalistyczna - neurochirurgia	lp. poz.43	02.1570.001.02	świadczenia w zakresie neurochirurgii				X				1570	poradnia neurochirurgiczna
46.	Porada specjalistyczna - neurochirurgia dla dzieci	lp. poz.44	02.1571.001.02	świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci				X				1571	poradnia neurochirurgiczna dla dzieci
47.	Porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu	lp. poz.45	02.1580.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu			X	X	X	X**		1580	poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej
48.	Porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	lp. poz.46	02.1581.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci			X		X	X**		1581	poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci
49.	Porada specjalistyczna - leczenie wad postawy u dzieci i młodzieży	lp. poz.64	02.1583.001.02	świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży					X			1583	poradnia wad postawy
50.	Porada specjalistyczna - leczenie osteoporozy	lp. poz.47	02.1584.001.02	świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy					X			1584	poradnia osteoporozy
												1280	poradnia reumatologiczna
												1040	poradnia endokrynologiczna osteoporozy
51.	Porada specjalistyczna - preluksacja	lp. poz.48	02.1587.001.02	świadczenia w zakresie preluksacji								1587	poradnia preluksacyjna
52.	Porada specjalistyczna - okulistyka	lp. poz.49	02.1600.001.02	świadczenia w zakresie okulistyki			X	X		X		1600	poradnia okulistyczna
53.	Porada specjalistyczna – okulistyka dla dzieci	lp. poz.50	02.1601.001.02	świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci				X		X		1601	poradnia okulistyczna dla dzieci
54.	Porada specjalistyczna - leczenie zeza	lp. poz.51	02.1604.001.02	świadczenia w zakresie leczenia zeza					X			1604	poradnia leczenia zeza
55.	Porada specjalistyczna - otolaryngologia	lp. poz.52	02.1610.001.02	świadczenia w zakresie otolaryngologii			X	X				1610	poradnia otorynolaryngologiczna
56.	Porada specjalistyczna - otolaryngologia dziecięca	lp. poz.53	02.1611.001.02	świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej				X				1611	poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci
57.	Porada specjalistyczna - audiologia i foniatria	lp. poz.54	02.1612.001.02	świadczenia w zakresie audiologii i foniatrii				X	X			1612	poradnia audiologiczna
												1614	poradnia foniatryczna
58.	Porada specjalistyczna - logopedia	lp. poz.55	02.1616.001.02	świadczenia w zakresie logopedii					X			1616	poradnia logopedyczna
59.	Porada specjalistyczna - chirurgia szczękowo-	lp. poz.56	02.1630.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej			X	X				1630	poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej

	twarzowa												
60.	Porada specjalistyczna - urologia	lp. poz.57	02.1640.001.02	świadczenia w zakresie urologii			X	X				1640	poradnia urologiczna
61.	Porada specjalistyczna - urologia dziecięca	lp. poz.58	02.1641.001.02	świadczenia w zakresie urologii dziecięcej				X				1641	poradnia urologiczna dla dzieci
62.	Porada specjalistyczna - transplantologia	lp. poz.59	02.1650.001.02	świadczenia w zakresie transplantologii								1650	poradnia transplantologiczna
63.	Porada specjalistyczna - medycyna sportowa	lp. poz.60	02.1370.001.02	świadczenia w zakresie medycyny sportowej								1370	poradnia medycyny sportowej
64.	Porada specjalistyczna - leczenie mukowiscydozy	lp. poz.61	02.1276.001.02	świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy					X			1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
65.	Porada specjalistyczna - rzadkie wrodzone wady metabolizmu u dzieci	lp. poz.65	02.1009.001.02	świadczenia w zakresie rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci					X			1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
66.	Porada specjalistyczna - choroby wewnętrzne	lp. poz.66	02.9000.001.02	świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych									zgodnie z rozporządzeniem AOS
67.	Porada specjalistyczna - pediatria	lp. poz.67	02.9001.001.02	świadczenia w zakresie pediatrii									zgodnie z rozporządzeniem AOS

Uwagi:

*

X**

- dopuszcza się kontraktowanie zakresów wymienionych w kol. 5 w innych komórkach organizacyjnych niż wymienionych w kol. 13 pod warunkiem, że spełniają one warunki określone w rozporządzeniu AOS

- kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.)

- stosuje się odpowiednio do komórek organizacyjnych wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

- dotyczy świadczeniodawców posiadających w lokalizacji aparat RTG i USG

KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (ASDK)

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	wartość punktowa	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	02.0000.073.02	badania medycyny nuklearnej	5.03.00.0000012	scyntygrafia narządowa (nie dotyczy tarczycy)	259	
2.			5.03.00.0000090	radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe	370	
3.			5.03.00.0000091	radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - z testem obciążeniowym	416	
4.			5.03.00.0000092	radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe+badanie z testem obciążeniowym	721	
5.			5.03.00.0000093	tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT) - nie obejmuje radioizotopowego badania perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT	342	
6.			5.03.00.0000020	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	388	
7.			5.03.00.0000069	scyntygrafia tarczycy	111	
8.			5.03.00.0000013	limfoscynygrafia	323	
9.	02.7220.072.02	badania tomografii komputerowej (TK)	5.03.00.0000025	TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	171	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
10.			5.03.00.0000094	TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	277	
11.			5.03.00.0000027	TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	351	
12.			5.03.00.0000098	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	365	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
13.			5.03.00.0000070	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	192	
14.			5.03.00.0000095	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	320	
15.			5.03.00.0000071	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	415	
16.			5.03.00.0000096	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	233	
17.			5.03.00.0000115	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	274	
18.			5.03.00.0000097	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	436	
19.			5.03.00.0000116	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	481	
20.			5.03.00.0000073	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	491	
21.			5.03.00.0000117	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	564	
22.			5.03.00.0000099	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	424	
23.			5.03.00.0000088	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	472	
24.			5.03.00.0000085	TK: angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów	553	
25.			5.03.00.0000086	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	413	
26.			5.03.00.0000087	Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	602	

KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (ASDK)

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	wartość punktowa	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
27.	02.7250.072.02	badania rezonansu magnetycznego (RM)	5.03.00.0000075	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	322	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
28.			5.03.00.0000078	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	605	
29.			5.03.00.0000118	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	322	
30.			5.03.00.0000076	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	463	
31.			5.03.00.0000119	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	605	
32.			5.03.00.0000079	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	746	
33.			5.03.00.0000100	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	545	
34.			5.03.00.0000120	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767	
35.			5.03.00.0000101	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	828	
36.			5.03.00.0000121	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1050	
37.			5.03.00.0000102	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	685	
38.			5.03.00.0000122	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767	
39.			5.03.00.0000103	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	969	
40.			5.03.00.0000123	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1050	
41.			5.03.00.0000105	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	773	
42.			5.03.00.0000077	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	346	
43.			5.03.00.0000104	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	887	
44.			5.03.00.0000106	MR badanie czynnościowe mózgu	931	
45.			5.03.00.0000081	Spektroskopia - MR	406	
46.			5.03.00.0000124	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	786	
			5.03.00.0000125	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1073	
47.			5.03.00.0000126	MR badanie piersi	773	
48.	02.0000.078.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia	5.03.00.0000022	gastroscopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	185	
49.			5.03.00.0000089	gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat ¹⁾	231	
50.			5.03.00.0000008	gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. ¹⁾	294	

KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (ASDK)

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	wartość punktowa	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
51.	02.0000.079.02	badania endoskopowe	5.06.00.0000902	kolonoskopia diagnostyczna	325	
52.		przewodu pokarmowego -	5.06.00.0000903	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	468	
53.		kolonoskopia	5.03.00.0000042	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	1018	
54.	02.7210.172.02	badania echokardiograficzne płodu	5.03.00.0000024	badanie echokardiograficzne płodu z kolorowym obrazowaniem przepływu w przypadku podejrzenia patologii układu krążenia oraz u kobiet z podwyższonym ryzykiem urodzenia dziecka z wadą serca ²⁾	323	

¹⁾ badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek **pobranych z jednej lokalizacji** i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego.

²⁾ obejmuje badanie z konsultacją specjalistyczną zawierającą co najmniej: wytyczne dotyczące dalszego postępowania, rokowanie, konieczność wykonania badań dodatkowych, zalecenia dotyczące postępowania okołoporodowego.

KATALOG ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (KAOS)

lp.	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	uwagi
1	2	3	4
1	02.1020.002.01	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą	realizacja zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS - załącznik nr 1, lp. 5a
2	02.1342.002.01	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV)	realizacja zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS - załącznik nr 1, lp. 32a

Załącznik Nr 2a do zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 marca 2023 r.

02/01/AOS/.....

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – (wskazanie stanowiska) (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w**

..... (adres),

na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw¹⁾ nr z dnia/ i nr z dnia/, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

..... ,

(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

.....

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

11. Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną ma obowiązek umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym realizatora świadczeń na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, według wzoru określonego w **załączniku nr 3** do szczegółowych warunków umów.

12. Tablica, o której mowa w ust. 11, umieszczana jest w bezpośrednim sąsiedztwie ze znakiem graficznym Funduszu.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr
.....

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

7. W **załączniku nr 1** do umowy, w zakresie położnictwa i ginekologii wyodrębnia się dla skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000060, wyszczególnionych w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do szczegółowych warunków umów, wykonywanych w poradniach realizujących świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii.

8. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych:

1) w zakresach nefrologii oraz nefrologii dla dzieci, wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000064 oraz 5.05.00.0000079, wyszczególnionych w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do szczegółowych warunków umów;

2) w zakresach:

- a) gastroenterologii,
- b) położnictwa i ginekologii,
- c) chirurgii ogólnej,
- d) chirurgii dziecięcej,
- e) proktologii,
- f) chirurgii onkologicznej,
- g) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- h) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- i) okulistyki,
- j) otolaryngologii,
- k) chirurgii szczękowo-twarzowej,
- l) urologii

– wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację grup świadczeń o kodzie rozpoczynającym się na literę Z, wyszczególnionych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do szczegółowych warunków umów.

9. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, w zakresach:

- 1) endokrynologii,
- 2) endokrynologii dla dzieci,
- 3) gastroenterologii,

- 4) gastroenterologii dla dzieci,
- 5) hepatologii,
- 6) hematologii,
- 7) onkologii i hematologii dziecięcej,
- 8) nefrologii,
- 9) nefrologii dla dzieci,
- 10) dermatologii i wenerologii,
- 11) neurologii,
- 12) neurologii dziecięcej,
- 13) onkologii,
- 14) gruźlicy i chorób płuc,
- 15) gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
- 16) położnictwa i ginekologii,
- 17) ginekologii dla dziewcząt,
- 18) chirurgii ogólnej,
- 19) chirurgii dziecięcej,
- 20) proktologii,
- 21) chirurgii klatki piersiowej,
- 22) chirurgii onkologicznej,
- 23) chirurgii onkologicznej dla dzieci,
- 24) neurochirurgii,
- 25) neurochirurgii dla dzieci,
- 26) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 27) okulistyki,
- 28) okulistyki dla dzieci,
- 29) otolaryngologii,
- 30) otolaryngologii dziecięcej,
- 31) audiologii i foniatrii,
- 32) chirurgii szczękowo-twarzowej,
- 33) urologii,
- 34) urologii dziecięcej

– wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację diagnostyki onkologicznej w ramach Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych, stanowiącego **załącznik nr 5c** do szczegółowych warunków umów.

10. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, w zakresach:

- 1) chorób metabolicznych,
- 2) alergologii,
- 3) alergologii dla dzieci,

- 4) diabetologii,
- 5) diabetologii dla dzieci,
- 6) endokrynologii,
- 7) endokrynologii dla dzieci,
- 8) gastroenterologii,
- 9) gastroenterologii dla dzieci,
- 10) hepatologii,
- 11) geriatrii,
- 12) hematologii,
- 13) onkologii i hematologii dziecięcej,
- 14) immunologii,
- 15) kardiologii,
- 16) kardiologii dziecięcej,
- 17) leczenia chorób naczyń,
- 18) nefrologii,
- 19) nefrologii dla dzieci,
- 20) toksykologii,
- 21) dermatologii i wenerologii,
- 22) genetyki,
- 23) neurologii,
- 24) neurologii dziecięcej,
- 25) leczenia bólu,
- 26) onkologii,
- 27) gruźlicy i chorób płuc,
- 28) gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
- 29) reumatologii,
- 30) reumatologii dla dzieci,
- 31) chorób zakaźnych,
- 32) chorób zakaźnych dla dzieci,
- 33) leczenia AIDS,
- 34) neonatologii,
- 35) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 36) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- 37) leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży,
- 38) leczenia osteoporozy,
- 39) leczenia zeza,
- 40) audiologii i foniatrii,
- 41) logopedii,
- 42) leczenia mukowiscydozy,

43) rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci

– wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację grup świadczeń o kodzie rozpoczynającym się oznaczeniem W4 lub W5 w ramach Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącego załącznik nr 5a do szczegółowych warunków umów oraz o kodzie rozpoczynającym się PS w ramach Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych stanowiącego załącznik nr 5e do szczegółowych warunków umów.

11. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:

- 1) chirurgii dziecięcej,
- 2) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 3) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- 4) okulistyki,
- 5) okulistyki dla dzieci

– wyodrębnia się dla każdego zakresu skojarzonego kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) realizowanych na warunkach określonych w zarządzeniu.

12. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:

- 1) diabetologii,
- 2) kardiologii,
- 3) położnictwa i ginekologii,
- 4) chirurgii ogólnej

– wyodrębnia się dla każdego zakresu skojarzonego kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej rozliczanej z wykorzystaniem grup o kodach: PPW oraz grup zabiegowych PZ wskazanych w **załączniku nr 5a** do szczegółowych warunków umów.

13. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w:

- 1) ust. 7,
- 2) ust. 8 pkt 2 – w przypadku: ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 3) ust. 9,
- 4) ust. 10 – w przypadku: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 5) ust. 11 – w przypadku: ortopedii i traumatologii narządu ruchu

– przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w skojarzonych zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

14. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń w zakresach:

- 1) alergologii dla dzieci,
- 2) diabetologii dla dzieci,
- 3) endokrynologii dla dzieci,
- 4) gastroenterologii dla dzieci,
- 5) onkologii i hematologii dziecięcej,

- 6) kardiologii dziecięcej,
- 7) nefrologii dla dzieci,
- 8) neurologii dziecięcej,
- 9) gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
- 10) reumatologii dla dzieci,
- 11) chorób zakaźnych dla dzieci,
- 12) neonatologii,
- 13) ginekologii dla dziewcząt,
- 14) chirurgii dziecięcej,
- 15) chirurgii onkologicznej dla dzieci,
- 16) neurochirurgii dla dzieci,
- 17) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- 18) leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży,
- 19) preluksacji,
- 20) okulistyki dla dzieci,
- 21) otolaryngologii dziecięcej,
- 22) urologii dziecięcej,
- 23) rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci,
- 24) pediatrii

– oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

15. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach niededykowanych dzieciom oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

16. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 13 - 15, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

17. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

18. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

19. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznać według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
 - 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9)
- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;
- 4) załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna						wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ		
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
Kod miejsca		Nazwa miejsca								
Adres miejsca							TERYT			
				Styczeń	Luty	Marzec				
liczba * cena										
wartość										

				Kwiecień		Maj		Czerwiec		
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
				Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
				Październik		Listopad		Grudzień		
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
data sporządzenia										
Fundusz***						Świadczeniodawca****				
* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy										
** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)										
*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem										
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem										

HARMONOGRAM - ZASOBY

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu										
I. Miejsce udzielania świadczeń														
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)		Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń														
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**					
III. Personel														
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **	
Dostępność osoby personelu														
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)				
							P****							
							D****							
IV. Sprzęt														
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)			Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **
data sporządzenia														
Fundusz*****							Świadczeniodawca*****							
* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 r. poz. 633, z późn.zm.)														
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto														

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy											
**** drukowany jeśli wypełniony											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem											

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Miejscowość
Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 2b do zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 marca 2023 r.

02/02/AOS/.....

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA
DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE)**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby
umocowanej) – (wskazanie stanowiska)
(nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą**
w (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw¹⁾ nr
..... z dnia...../ i nr z dnia...../, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

..... ,
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu
art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej,
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne),
zwanym dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym
załącznik nr 1 do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na
podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na
podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka
specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie
art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie
osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach
udzielania świadczeń w jego placówce.

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 1, w przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8 należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia do dnia r. wynosi maksymalnie zł, (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr
.....

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.

7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

9. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, w zakresie: badania tomografii komputerowej lub w zakresie: badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

10. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach świadczeń ASDK niewymienionych w ust. 9, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

11. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 9 i 10, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

12. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
 - 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;
- 4) załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK		wersja	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ			
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)			

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

Okres rozliczeniowy od..... do.....**

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje

Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	Kod zakresu	Nazwa zakresu	
Kod miejsca	Nazwa miejsca		
Adres miejsca			TERYT
		Styczeń	Luty
			Marzec
liczba * cena			
wartość			

	Kwiecień	Maj	Czerwiec
<i>liczba * cena</i>			
<i>wartość</i>			
	Lipiec	Sierpień	Wrzesień
<i>liczba * cena</i>			
<i>wartość</i>			
	Październik	Listopad	Grudzień
<i>liczba * cena</i>			
<i>wartość</i>			

data sporządzenia

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu											
I. Miejsce udzielania świadczeń															
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)		VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)		Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń															
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**						
III. Personel															
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **		
Dostępność osoby personelu															
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu***(o)		Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)				
							P****								
							D****								
IV. Sprzęt															
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)		Rodzaj dostępności (f)			Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **
data sporządzenia															
Fundusz*****							Świadczeniodawca*****								
* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 r. poz. 633, z późn.zm.)															
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto															

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy											
**** drukowany jeśli wypełniony											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem											

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 4 do umowy

Miejscowość
Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 2c do zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 marca 2023 r.

02/03/KAOS/.....

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA, W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ
AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA
PRZEWLEKŁĄ (KAOS)**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby
umocowanej) – (wskazanie stanowiska)
(nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą**
w (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw¹⁾ nr
..... z dnia / i nr z dnia, zwanym dalej „Funduszem”

a

.....,
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu
art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.),

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”, reprezentowanym przez

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej,
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki
specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach
określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na
podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na
podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka
specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie
art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie
osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach
udzielania świadczeń w jego placówce.

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 1, w przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3. Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Wysokość kapitałowej stawki rocznej, liczbę świadczeniobiorców objętych opieką oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. W przypadku zmiany liczby świadczeniobiorców objętych opieką, strony dokonają stosownych zmian w **załączniku nr 1** do umowy oraz zmiany kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1.

6. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr
.....

7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

8. Kwota należności z tytułu realizacji umowy, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi dwunastą część iloczynu liczby świadczeniobiorców i kapitacyjnej stawki rocznej.

9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

10. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076, z późn. zm.).

11. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. 1. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w § 4 ust. 4, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru zawierającej imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania, datę złożenia deklaracji, zgodnie z załącznikiem nr 4 do szczegółowych warunków umów.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje do Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Fundusz przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy wyboru poradni specjalistycznej przez Fundusz, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

3. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Fundusz przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

4. Listy, o których mowa w ust. 1-2, przekazywane będą w formie wymiany danych wymaganym przez Fundusz.

5. Lista świadczeniobiorców będzie każdorazowo zawierała informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, którzy złożyli deklaracje wyboru do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń KAOS.

§ 6. Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
- 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
– w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 7. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.) finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 8. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 10. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 11. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 12. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;
- 4) załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS		wersja	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ			
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)			

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje				
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu
Kod miejsca		Nazwa miejsca		

Adres miejsca				TERYT	
		Styczeń	Luty	Marzec	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				
		Kwiecień	Maj	Czerwiec	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				
		Lipiec	Sierpień	Wrzesień	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				
		Październik	Listopad	Grudzień	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				

data sporządzenia

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu											
I. Miejsce udzielania świadczeń															
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)		VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)		Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń															
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**						
III. Personel															
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **		
Dostępność osoby personelu															
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)		Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)				
							P****								
							D****								
IV. Sprzęt															
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)		Rodzaj dostępności (f)			Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **
data sporządzenia															
Fundusz*****							Świadczeniodawca*****								
* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 r. poz. 633, z późn..zm.)															
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto															

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy											
**** drukowany jeśli wypełniony											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem											

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 4 do umowy

Miejscowość

Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WZÓR
„LOGO SZYBKIEJ ŚCIEŻKI ONKOLOGICZNEJ”

KSIĘGA ZNAKU

SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

Znak to element identyfikacji wizualnej. Dzięki niepowtarzalnej formie oraz kolorystyce wpływa na jej rozpoznawalność. Konsekwentne stosowanie znaku sprzyja świadomemu budowaniu skutecznej promocji.

Aby zachować spójność projektowanych materiałów, należy bezwzględnie stosować zasady określone w księdze znaku. Używając logo, zawsze należy korzystać z oryginalnych plików. Nie można odtwarzać go samemu.



SZYBKA
TERAPIA
ONKOLOGICZNA

ZNAK



SZYBK TERAPIA

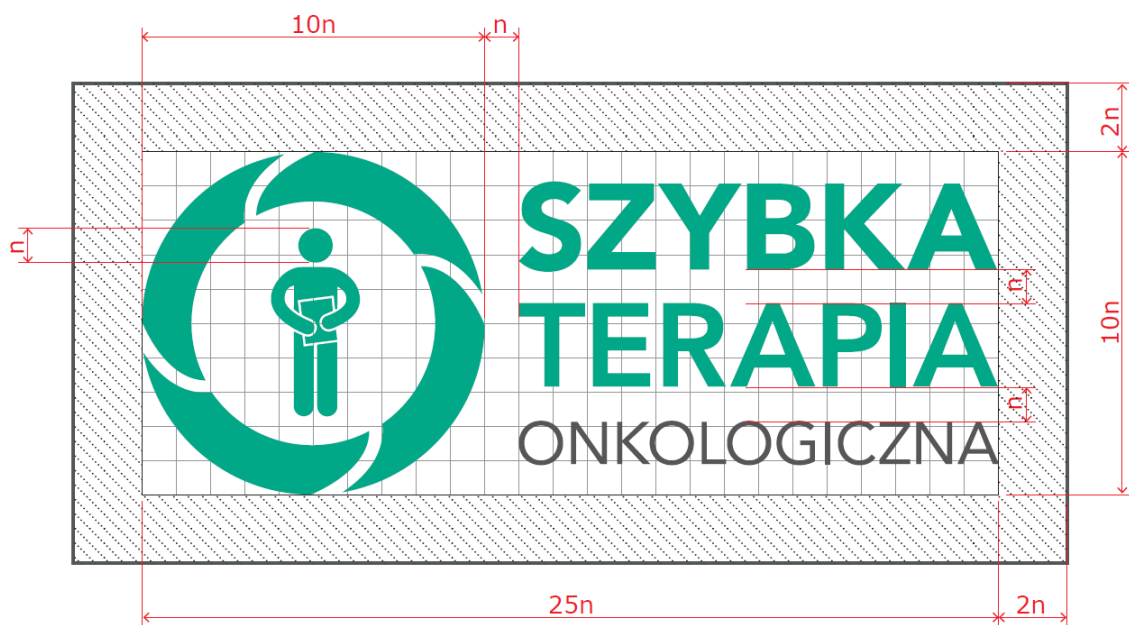
ONKOLOGICZNA

Znak SZYBK TERAPIA ONKOLOGICZNA składa się z trzech części:

- elementu graficznego zbudowanego z okręgu – umieszczonego po lewej stronie;
- sylwetki człowieka trzymającego książkę – umieszczonego pośrodku elementu graficznego;
- napisu „Szybka Terapia Onkologiczna” – utworzonego na bazie rodziny fontów Avenir, umieszczonego po prawej stronie.

Wszystkie składowe znaku są nierozdzielne. Nie należy stosować ich osobno ani zmieniać wzajemnych proporcji. Podstawowy obowiązujący wzór logo jest dwubarwny - napis „ONKOLOGICZNY” o barwie szarej i pozostałe elementy logo o barwie zielonej.

SIATKA MODUŁOWA



Umieszczenie znaku na siatce modułowej pozwala określić jego podstawowe proporcje. Są one przydatne podczas skalowania oraz przy wydrukach wielkoformatowych.

Podstawowym modułem, który służy do wyznaczania wzajemnych relacji poszczególnych elementów znaku oraz wielkości pola ochronnego, jest odległość n równa średnicy głowy postaci.

Logotyp jest odsunięty od sygnetu o odległość równą $1n$.

Pole ochronne określa minimalna odległość od znaku innych elementów graficznych, takich jak: ilustracje, teksty, pozostałe „obce” obiekty. Pole ochronne znaku wynosi $2n$.

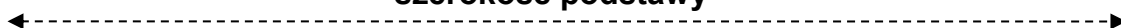
Proporcje znaku: 25 modułów (poziom), 10 modułów (pion).

MINIMALNY ROZMIAR



SZYBKĄ TERAPIĄ ONKOLOGICZNĄ

szerokość podstawy



Znak może być skalowany z zachowaniem wyznaczonych proporcji, jednak nie może być mniejszy niż wyznaczone wielkości minimalne. Wielkość minimalna zależy od techniki druku. Stosowanie wielkości mniejszych niż przedstawione może sprawić, że znak będzie zniekształcony lub nieczytelny.

Wielkości minimalne:

- OFFSET, DRUK CYFROWY: szerokość podstawy min. 15 mm
- SITODRUK, TAMPODRUK: szerokość podstawy min. 25 mm
- GRAWEROWANIE: szerokość podstawy min. 15 mm
- SITODRUK, TAMPODRUK: szerokość podstawy min. 13 mm
- HAFT: szerokość podstawy min. 50 mm

KOLORYSTYKA



SZYBKA TERAPIA

ONKOLOGICZNA

● **PANTONE** 334 C
CMYK 100,0,64,0
RGB 0,147,119
WWW #009377

● **PANTONE** 425 C
CMYK 0,0,0,81
RGB 85,86,88
WWW #555658

Zielony to podstawowa barwa znaku (opisany Pantone 334 C). Dominuje w identyfikacji wizualnej oraz wszystkich materiałach promocyjnych. Szary (opisany Pantone 425 C) to barwa uzupełniająca.

WARIANTY ZNAKU

Dopuszczalne są następujące sposoby przedstawienia znaku graficznego:

A. znak dwubarwny;

B. znak jednobarwny;



C. znak o barwie białej, wpisany w zieloną apłę;



D. znak w wersji monochromatycznej.*



* Wersja monochromatyczna może być użyta jedynie ze względu na ograniczenia technologiczne, a nie projektowe (np. w przypadku użytkowania znaku na pieczęcie). Barwa znaku – BLACK 100%.

NIEDOZWOLONE UŻYCIE

Jakiegolwiek deformowanie znaku jest niedopuszczalne. Poniżej znajdują się przykłady zniekształcenia znaku, których w żadnym wypadku nie można stosować.

A. Nieprawidłowe skalowanie (zmiana proporcji) znaku



B. Brak elementów znaku



C. Zmiana położenia elementów znaku



D. Niedozwolone pozycje znaku



E. Umieszczenie znaku na kolorowym tle



wersja 1.1.3

**Deklaracja wyboru
świadczeniodawcy realizującego Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną
nad Pacjentem z** *

* wpisać nazwę schorzenia, którego dotyczy objęcie opieką

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

I. Dane osobowe

1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorca)		Kod Oddziału NFZ²
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwisko)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Imię)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr ewidencyjny PESEL)</div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwisko rodowe)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Płeć: M/K)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)</div>
Adres zamieszkania		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Ulica)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr domu/mieszkania)</div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Kod pocztowy)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Miejscowość)</div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwa gminy)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Telefon)</div>
Adres do korespondencji (o ile adres zamieszkania jest inny)		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Ulica)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr domu/mieszkania)</div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Kod pocztowy)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Miejscowość)</div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwa gminy)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Telefon)</div>
2. Dane osoby dokonującej wyboru reprezentującej świadczeniobiorcę:¹		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwisko)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Imię)</div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr ewidencyjny PESEL)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)</div>

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuje się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

[illegible]

Grupy W i PPW

Id: DEBA63C4-EAD5-4EB0-819A-9963474CB009. Podpisany

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

Grupy W i PPW

[illegible]

Id: DEBA63C4-EAD5-4EB0-819A-9963474CB009. Podpisany

Strona 4

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych
Grupy - skazy krwotoczne

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	SKDP1	5.37.00.0000001	SKDP1 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap I	731	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić wstępne rozpoznanie większości przypadków osoczowych skaz krwotocznych oraz wykluczenie skazy krwotocznej u osób z odchyleniami w przesiewowych testach układu hemostazy bez znaczącego wywiadu klinicznego.
2.	SKDP2	5.37.00.0000002	SKDP2 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap II	370	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić potwierdzenie rozpoznania większości osoczowych skaz krwotocznych (hemofilia A, B, niedobór czynników II, V, VII, X, XI, XIII, choroba von Willebranda typ 1).
3.	SKDP3	5.37.00.0000003	SKDP3 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap III	288	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić rozpoznanie skazy krwotocznej w grupie chorych z łagodnym i skąpoobjawowym przebiegiem choroby, które najczęściej nie powodują odchyłań w przesiewowych badaniach układu hemostazy.
4.	SKDR1	5.37.00.0000004	SKDR1 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap I	1 048	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić ustalenie rozpoznania u chorych ze złożonymi defektami układu hemostazy, np. typ 2 choroby von Willebranda, nadmierna fibrynoliza, trombocytopatia, czy wrodzona małopłytkowość, wymagającymi wykonania wysokospecjalistycznych badań.
5.	SKDR2	5.37.00.0000005	SKDR2 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap II	455	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie to ma umożliwić ostateczne potwierdzenie lub wykluczenie najtrudniejszych diagnostycznie skaz krwotocznych. Produkt dedykowany jest pacjentom, którzy wymagają powtórzeń badań ze względu na możliwość wpływu czynników zewnętrznych lub endogennych (m.in. przyjmowane leki, infekcja) na wyniki badań.
6.	SKOZP	5.37.00.0000006	SKOZP Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia	362	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	* świadczenie ma na celu kontrolę przebiegu skazy krwotocznej, wczesne wykrycie powikłań samej choroby jak i stosowanej terapii oraz ustalenie optymalnego sposobu leczenia. W ramach porady przeprowadza się badanie kliniczne, ocenia się stan narządu ruchu, analizuje częstość i rodzaj wylewów, efektywność terapii, jakość życia. Jeśli istnieje taka konieczność możliwa jest modyfikacja dotychczasowego schematu leczenia, zlecenia dodatkowych konsultacji, czy rehabilitacji, * rozliczane nie częściej niż raz na kwartał.
7.	SKOZR	5.37.00.0000007	SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia	1 198	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	* świadczenie ma umożliwić ocenę ogólnego stanu zdrowia oraz obecności powikłań samej skazy krwotocznej, umożliwiającą podjęcie dalszych decyzji terapeutycznych. Monitorowanie prowadzone jest w szczególności pod kątem chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworowych, osteoporozy. * rozliczane nie częściej niż raz na pół roku, * możliwość dosumowania wybranych świadczeń wskazanych w załączniku nr 1b do zarządzenia. W przypadku realizacji świadczeń wskazanych w załączniku nr 1b do zarządzenia możliwość dosumowania świadczeń wskazanych w załączniku nr 5b do zarządzenia.

Grupy - skazy krwotoczne:

1. Zapewnienie realizacji świadczenia zgodnie z zakresem określonym w Rozporządzeniu AOS.
2. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
3. Wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach powyższych świadczeń badań.
4. Kolejność etapów w diagnostyce powinna być zachowana, przy czym rozpocząć diagnostykę można od dowolnego etapu w zależności od wykonanych wcześniej badań.
5. W przypadku realizacji badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w ramach "rozszerzonej oceny stanu zdrowia" zasadę braku możliwości łącznego rozliczania świadczeń TK/RM, określona w zarządzeniu, stosuje się odpowiednio.

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych
Grupy - reumatologia

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	RDP	5.37.00.0000008	RDP Reumatologia – diagnostyka podstawowa	759	reumatologii reumatologii dla dzieci	Rozliczanie maksymalnie 1 raz w roku niezależnie od świadczeniodawcy.
2.	RDR	5.37.00.0000009	RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona	1223	reumatologii reumatologii dla dzieci	Rozliczanie maksymalnie 1 raz w roku niezależnie od świadczeniodawcy.

Grupy - reumatologia:

1. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
2. Zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w zakresie diagnostyki chorób reumatologicznych.
3. Wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach powyższych świadczeń badań.
4. Kolejność etapów w diagnostyce powinna być zachowana, przy czym rozpocząć diagnostykę można od dowolnego etapu w zależności od wykonanych wcześniej badań.
5. W przypadku realizacji badań endoskopowych oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w ramach "diagnostyki rozszerzonej" zasadę braku możliwości łącznego rozliczania świadczeń z katalogu ASDK, określoną w zarządzeniu, stosuje się odpowiednio.

Załącznik Nr 5b do zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 30 marca 2023 r.

KATALOG SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ODREBNYCH						
lp.	kod	nazwa świadczenia rozliczanego	wartość punktowa	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem AOS określone w:	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem Programy określone w:	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania świadczeń
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	5.05.00.0000062	badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry wykonywane dodatkowo w trakcie porady realizowanej z innych przyczyn	17	zał. Nr 2 IX lp. 24		* finansowanie obejmuje świadczenie uwzględniające opisane pod tabelą procedury * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn - możliwość sumowania z innym typem porady
2.	5.05.00.0000061	badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry stanowiące jedyny cel porady	46	zał. Nr 2 IX lp. 24		* finansowanie obejmuje świadczenie uwzględniające opisane pod tabelą procedury * rozliczane w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i stanowi jedyny cel porady
3.	5.05.00.0000077	badanie wzroku w kierunku retinopatii u wcześniaków urodzonych przed 32 tyg. ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g lub niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii	152	zał. Nr 2 IX lp. 25		
4.	5.05.00.0000060	pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	24		zał. Nr 2 lp. 2- etap podstawowy	* świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu: Programy; * szczegółowe warunki finansowania określone są poniżej tabeli * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn - możliwość sumowania z innym typem porady, z wyłączeniem diagnostycznych pakietów onkologicznych
5.	5.05.00.0000064	monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki/trzustki/wątroby	201			finansowanie obejmuje pakiet badań kontrolnych, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, rozliczany nie częściej niż raz na kwartał.
6.	5.05.00.0000051	wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu	201			finansowanie obejmuje pakiet badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach; porada rozliczana jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego
7.	5.05.00.0000052	kompleksowa kwalifikacja do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu	123			finansowanie obejmuje pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach
8.	5.05.00.0000047	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie nerki	219			finansowanie obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
9.	5.05.00.0000048	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki	287			finansowanie obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
10.	5.05.00.0000079	kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne	1258			rozliczanie procedury następuje z wykorzystaniem zasad opisanych poniżej tabeli
11.	5.05.00.0000080	kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu	104			porada wykonywana na warunkach zgodnych z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy
12.	5.05.00.0000066	posiew z antybiogramem w kierunku Mycobacterium	75	zał. Nr 2 IX lp. 3		* finansowanie za każdy posiew * możliwość sumowania z innym typem porady
13.	5.03.00.0000021	wykrywanie RNA/ DNA za pomocą badań molekularnych (PCR/ PFGE)	309	zał. Nr 2 I		
14.	5.05.00.0000085	okresowa kompleksowa kwalifikacja do dalszego uprawiania sportu	201			świadczenie rozliczane jako okresowe badanie lekarskie co dwa lata niezależnie od podmiotu wykonującego (zgodnie z wykazem badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach)

15.	5.05.00.0000087	kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania rzadkiego zespołu genetycznego	114	zał. Nr 1 lp. 21	<p>produkt rozliczeniowy uwzględnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zebranie wywiadu chorobowego i rodzinnego z konstrukcją graficzną rodowodu, oraz - analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz - badanie fizykalne pacjenta z uwzględnieniem dokładnej dysmorfologicznej oceny (w tym badania antropometryczne), oraz - sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta, oraz - analizę dokumentacji fotograficznej pacjenta i członków jego rodziny z zastosowaniem programów analizujących cechy dysmorficzne oraz - ocenę wyników specjalistycznych badań genetycznych przeprowadzoną z wykorzystaniem genetycznych baz danych, w szczególności: London Dysmorphology Database, POSSUM, Face2Gene, OMIM oraz - postawienie rozpoznania/podejrzenia klinicznego u pacjenta oraz - wyliczenie ryzyka/prawdopodobieństwa powtórzenia się schorzenia dla potomstwa i innych krewnych pacjenta oraz - opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania, rokowania, wpływu zmiany genetycznej na innych członków rodziny (z uwzględnieniem wskazań do badań genetycznych), dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego
16.	5.05.00.0000088	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	229		<p>świadczenie wykonywane zgodnie z postanowieniami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej.</p> <p>Rozliczenie świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu.</p> <p>Świadczenie nie może być rozliczane w przypadku realizacji umowy, której przedmiotem jest Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.</p>
17.	5.05.00.0000089	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg	152		
18.	5.05.00.0000090	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg	152		
19.	5.05.00.0000091	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg	181		
20.	5.05.00.0000092	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg	152		
21.	5.05.00.0000093	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg	152		
22.	5.05.00.0000094	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg	152		
23.	5.05.00.0000095	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg	152		
24.	5.05.00.0000097	podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży	1	zał. Nr 3 lp. 483	<p>świadczenie do sumowania w zakresie położnictwo i ginekologia, rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 300 mcg/2ml (1500 IU) określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia¹⁾ z uwzględnieniem przepisów art. 9 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. 2022 poz. 463).</p> <p>Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.</p>
25.	5.05.00.0000098	świadczenie kontrolne końcowe	6		<p>świadczenie do sumowania wyłącznie z odpowiednią grupą świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych wskazanych w zał. nr 5a do zarządzenia w zakresach: świadczenia w zakresie choroby wewnętrzne lub w świadczenia w zakresie pediatrii. Rozliczane jednorazowo razem z poradą kończącą ambulatoryjną opiekę pohospitalizacyjną, obejmujące wskazanie dalszego trybu opieki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej, - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny, - skierowanie do szpitala.
26.	5.05.00.0000099	cukrzyca monogenowa - porada korygująca terapię	63	zał. nr 3 lp. 917	rozliczanie maksymalnie dwukrotnie u danego dziecka niezależnie od świadczeniodawcy
27.	5.05.00.0000100	cukrzyca monogenowa - konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie genetyki klinicznej	63	zał. nr 3 lp. 917	rozliczanie maksymalnie jednokrotnie niezależnie od świadczeniodawcy
28.	5.05.00.0000101	wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	1	zał. nr 3 lp. 370	<p>świadczenie do sumowania w zakresie: onkologii, leczenia AIDS, urologii, urologii dziecięcej, rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt produktu leczniczego.</p> <p>Brak możliwości rozliczania z grupą Z114.</p>
29.	5.05.00.0000102	ustalenie planu opieki specjalistycznej w ramach POZ	44		<p>* świadczenie do sumowania z odpowiednim diagnostycznym pakietem specjalistycznym, przy przekazaniu pacjenta do objęcia dalszą opieką przez lekarza POZ, w sytuacji zdiagnozowania przewlekłej choroby o stabilnym przebiegu, zgodnie z załącznikiem nr 5f do zarządzenia,</p> <p>* świadczenie do sumowania z odpowiednią grupą świadczeń wskazanych w załączniku nr 5a do zarządzenia kończącą przewlekłą opieką w poradni specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą o stabilnym przebiegu, przy przekazaniu go do objęcia dalszą opieką przez lekarza POZ zgodnie z załącznikiem nr 5f do zarządzenia</p>
30.	5.05.00.0000103	ustalenie planu opieki w ramach ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej	11	zał. nr 1a lp. 1-4	<p>* świadczenie do sumowania z odpowiednią grupą świadczeń specjalistycznych W lub zabiegowych Z w zakresach: chirurgii ogólnej, diabetologii, kardiologii oraz położnictwa i ginekologii,</p> <p>* świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS</p>

31	5.05.00.0000106	znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172	zał. nr 7 lp. 1-4	<p>* świadczenie do sumowania z procedurami: 44.161, 44.162, 44.13, 45.231, 45.253, 45.131, 45.16, 45.239, 45.42 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakresów świadczeń: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, - odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego, nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, <p>* świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - świadczenia zabiegowego Z32, - odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego, <p>* świadczenie do sumowania z procedurą badania tomografii komputerowej (TK) w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakresu świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, <p>Kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). <p>Świadczenie do sumowania z procedurą badania rezonansu magnetycznego (RM) w ramach:</p>
32	5.05.00.0000107	znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270	zał. nr 7 lp. 1-4	<ul style="list-style-type: none"> - zakresu świadczeń: badania rezonansu magnetycznego (RM), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, <p>Kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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).
33	5.05.00.0000105	konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75	zał. nr 1 lp. 68	<p>* świadczenie do sumowania z procedurami: 44.161, 44.162, 44.13, 45.231, 45.253, 45.131, 45.16, 45.239, 45.42 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakresów świadczeń: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, - odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego, nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, <p>* świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - świadczenia zabiegowego Z32, - odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego, <p>* świadczenie do sumowania z procedurami badań tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakresów świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK) lub badania rezonansu magnetycznego (RM), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, <p>Kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach o kodzie: 5.05.00.0000106 albo 5.05.00.0000107.</p> <p>* porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2022 poz. 392), rozliczeniu podlega porada, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania.</p>
		*) Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu.			

• **Lp. 1 i 2 badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania jaskry**

Produkt rozliczeniowy uwzględnia wykonanie wymienionych niżej procedur:

1. przeprowadzenie wywiadu w kierunku jaskry;
2. przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki i objawów jaskry;
3. badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego;
4. badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza (zalecane także wykonanie pomiaru centralnej grubości rogówki);
5. badanie kąta przesączania- gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana;
6. określenie trybu dalszego postępowania, w zależności od wyniku badania.

• **Lp. 4 pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego**

Produkt rozliczeniowy uwzględnia co najmniej:

1. zarejestrowanie, nie później niż w dniu badania, w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia skryningiem kobiety z populacji wskazanej w lp. 2 załącznika do rozporządzenia
2. pobranie materiału do badania i przygotowanie preparatu (w przypadku, kiedy próbka nie nadaje się do oceny mikroskopowej, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania.
3. przeprowadzenie edukacji w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;
4. wysłanie preparatu do pracowni diagnostycznej wyłonionej przez Fundusz w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostycznego Programu profilaktyki raka szyjki macicy. Oddział wojewódzki NFZ
5. w przypadku nieprawidłowego wyniku, konieczne jest poinformowanie pacjentki, wydanie wyniku wraz z decyzją, co do dalszego postępowania – objęcie leczeniem lub, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania, skierowanie do
6. wpisanie zaleceń dla pacjentki odnośnie dalszego trybu postępowania w aplikacji SIMP.

• **Lp. 10 kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badanie wstępne**

Produkt rozliczeniowy uwzględnia spełnienie poniższych warunków:

1. rozliczanie jeden raz u danego świadczeniobiorcy z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek - bez względu na rodzaj świadczeń. Przy kwalifikacji do kolejnego przeszczepu, warunek stosuje się odpowiednio;
2. zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz nefrologii;
3. zapewnienie i wykonanie w ramach procedury niezbędnych porad specjalistycznych związanych z kwalifikacją do przeszczepu nerki;
4. wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań oraz porad specjalistycznych;
5. dokumentacja związana ze zgłoszeniem potencjalnego biorcy do ośrodka kwalifikującego do przeszczepu włączona do historii choroby.

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

Część 1 – Wstępna diagnostyka onkologiczna					
lp.	kod	nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	5.32.00.0000015	diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej	554	onkologii gruźlicy i chorób płuc chirurgii klatki piersiowej chirurgii onkologicznej	
2.	5.32.00.0000020	diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	369	onkologii położnictwa i ginekologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
3.	5.32.00.0000009	diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	554	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej	nie obejmuje wątroby, trzustki
4.	5.32.00.0000010	diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	631	chirurgii ogólnej onkologii gastroenterologii hepatologii	
5.	5.32.00.0000006	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej proktologii	
6.	5.32.00.0000007	diagnostyka wstępna – nowotwory głowy i szyi – krtani i gardła	459	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

7.	5.32.00.0000008	diagnostyka wstępna – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	459	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo- twarzowej	
8.	5.32.00.0000022	diagnostyka wstępna – nowotwory tarczycy	369	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej endokrynologii	
9.	5.32.00.0000011	diagnostyka wstępna – nowotwory gruczołu krokowego	631	urologii onkologii	
10.	5.32.00.0000019	diagnostyka wstępna – nowotwory pęcherza moczowego	459	urologii onkologii	
11.	5.32.00.0000018	diagnostyka wstępna – nowotwory nerek	554	onkologii chirurgii onkologicznej urologii nefrologii	
12.	5.32.00.0000014	diagnostyka wstępna – nowotwory jąder	459	onkologii chirurgii onkologicznej urologii	
13.	5.32.00.0000017	diagnostyka wstępna – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	554	onkologii chirurgii onkologicznej położnictwa i ginekologii	nie obejmuje jajników i jajowodów
14.	5.32.00.0000012	diagnostyka wstępna – nowotwory jajników i jajowodów	459	onkologii położnictwa i ginekologii	
15.	5.32.00.0000021	diagnostyka wstępna – nowotwory skóry – czerniak	286	onkologii chirurgii onkologicznej dermatologii i wenerologii chirurgii ogólnej	
16.	5.32.00.0000004	diagnostyka wstępna – nowotwory centralnego układu nerwowego	705	onkologii chirurgii onkologicznej neurochirurgii neurologii okulistyki endokrynologii	
17.	5.32.00.0000001	diagnostyka wstępna – białaczki ostre i przewlekłe	286	onkologii hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	
18.	5.32.00.0000002	diagnostyka wstępna – chłoniaki	459	onkologii hematologii	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

19.	5.32.00.0000027	diagnostyka wstępna – szpiczak	554	onkologii hematologii	
20.	5.32.00.0000003	diagnostyka wstępna – chłoniaki skórne	369	onkologii hematologii dermatologii i wenerologii	
21.	5.32.00.0000013	diagnostyka wstępna – nowotwory jamy brzusznej u dzieci	674	onkologii i hematologii dziecięcej gastroenterologii dla dzieci endokrynologii dla dzieci nefrologii dla dzieci ginekologii dla dziewcząt urologii dziecięcej	
22.	5.32.00.0000024	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanki kostnej i mięsaki u dzieci	1 212	onkologii i hematologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci	
23.	5.32.00.0000016	diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej u dzieci	539	onkologii i hematologii dziecięcej gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	
24.	5.32.00.0000005	diagnostyka wstępna – nowotwory centralnego układu nerwowego u dzieci	683	onkologii i hematologii dziecięcej neurologii dziecięcej neurochirurgii dla dzieci endokrynologii dla dzieci okulistyki dla dzieci	
25.	5.32.00.0000026	diagnostyka wstępna – nowotwory twarzoczaszki u dzieci	539	onkologii i hematologii dziecięcej okulistyki dla dzieci otolaryngologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci chirurgii szczękowo- twarzowej	
26.	5.32.00.0000025	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanki limfatycznej u dzieci	904	onkologii i hematologii dziecięcej	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

27.	5.32.00.0000023	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanek miękkich u dzieci	1 077	chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci	
28.	5.32.00.0000028	diagnostyka wstępna – nowotwory prącia	459	onkologii chirurgii onkologicznej urologii	
29.	5.32.00.0000029	diagnostyka wstępna – mięsaki kości	631	onkologii chirurgii onkologicznej ortopedii i traumatologii narządu ruchu onkologii	
30.	5.32.00.0000030	diagnostyka wstępna – mięsaki tkanek miękkich	459	chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	

Część 2 – Pogłębiona diagnostyka onkologiczna					
lp.	kod	nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	5.33.00.0000010	diagnostyka pogłębiona – nowotwory klatki piersiowej	608	onkologii gruźlicy i chorób płuc chirurgii klatki piersiowej chirurgii onkologicznej	
2.	5.33.00.0000014	diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	417	onkologii położnictwa i ginekologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
3.	5.33.00.0000007	diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	608	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	nie obejmuje wątroby, trzustki
4.	5.33.00.0000008	diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	608	onkologii gastroenterologii hepatologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
5.	5.33.00.0000004	diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej proktologii	
6.	5.33.00.0000005	diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – krtani i gardła	608	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej	
7.	5.33.00.0000006	diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	608	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej	nie obejmuje tarczycy
8.	5.33.00.0000016	diagnostyka pogłębiona – nowotwory tarczycy	314	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej endokrynologii	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

9.	5.33.00.0000009	diagnostyka pogłębiona – nowotwory gruczołu krokowego	835	onkologii urologii	
10.	5.33.00.0000013	diagnostyka pogłębiona – nowotwory pęcherza moczowego	608	onkologii urologii	
11.	5.33.00.0000012	diagnostyka pogłębiona – nowotwory nerek	608	onkologii chirurgii onkologicznej urologii nefrologii	
12.	5.33.00.0000011	diagnostyka pogłębiona – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	608	onkologii chirurgii onkologicznej położnictwa i ginekologii	nie obejmuje jajników i jajowodów
13.	5.33.00.0000015	diagnostyka pogłębiona – nowotwory skóry – czerniak	417	onkologii chirurgii onkologicznej dermatologii i wenerologii chirurgii ogólnej	
14.	5.33.00.0000001	diagnostyka pogłębiona – białaczki ostre i przewlekłe	314	onkologii hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	
15.	5.33.00.0000002	diagnostyka pogłębiona – chłoniaki	669	onkologii hematologii	
16.	5.33.00.0000017	diagnostyka pogłębiona – szpiczak	417	onkologii hematologii	
17.	5.33.00.0000003	diagnostyka pogłębiona – chłoniaki skórne	835	onkologii hematologii dermatologii i wenerologii	
18.	5.33.00.0000018	diagnostyka pogłębiona – nowotwory prącia	669	onkologii chirurgii onkologicznej urologii	
19.	5.33.00.0000019	diagnostyka pogłębiona – mięsaki kości	669	onkologii chirurgii onkologicznej ortopedii i traumatologii narządu ruchu	
20.	5.33.00.0000020	diagnostyka pogłębiona – mięsaki tkanek miękkich	608	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH
Część 3 – Produkty do sumowania w ramach diagnostyki onkologicznej

lp.	kod	nazwa produktu do sumowania	wartość punktowa od 1 stycznia 2021 r.	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.
1.	5.31.00.0000022	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	2 309	- na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych - do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
2.	5.10.00.0000103	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795	- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF - do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki pogłębionej z wyłączeniem diagnostyki nowotworu płuca (Pakiet klatki piersiowej) gdzie podlega wykazaniu z pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
3.	5.10.00.0000104	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142	- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym - do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki pogłębionej, z wyłączeniem diagnostyki nowotworu płuca (Pakiet klatki piersiowej) gdzie podlega wykazaniu z pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

Diagnostyczne pakiety onkologiczne i produkty do sumowania:

1. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
2. Przy rozliczaniu pakietów i produktów do sumowania, jednym z nieodzownych warunków jest wykazanie w raporcie statystycznym zrealizowanych istotnych procedur medycznych według ICD-9.
3. Istotne procedury medyczne według ICD-9 zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, z późn. zm. obejmują:

a) w ramach diagnostycznych pakietów onkologicznych:

88.713	USG tarczycy i przytarczyc
88.717	USG ślinianek
88.719	USG krtani
88.732	USG piersi
88.734	USG jamy opłucnej
88.735	USG śródpiersia
88.738	USG klatki piersiowej
88.741	USG transrektalne
88.752	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.763	USG gruczołu krokowego
88.764	USG transwaginalne
88.790	USG węzłów chłonnych
88.792	USG macicy nieciężarnej i przydatków
88.799	USG moszny w tym jąder i najądrzy
95.13	USG gałki ocznej
87.11	RTG pantomograficzne
87.221	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - przeglądowe
87.222	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - celowane lub czynnościowe
87.231	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego
87.232	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe
87.241	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - przeglądowe
87.242	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe
87.35	mammografia z kontrastem
87.371	mammografia jednej piersi
87.372	mammografia obu piersi
87.440	RTG klatki piersiowej
92.011	scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem ¹³¹ I
92.012	scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem ^{99m} Tc
92.019	scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy – inne
92.021	scyntygrafia układu siateczkowo-śródbłonkowego wątroby
92.023	Scyntygrafia wątroby znakowanymi erytrocytami
92.031	Scyntygrafia dynamiczna nerek
92.032	scyntygrafia statyczna nerek techniką planarną
92.058	badanie scyntygraficzne lub czynności śledzony
92.141	scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
92.142	scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

92.143	scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT
92.144	scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów
92.149	scyntygrafia układu kostnego – inne
87.030	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
87.032	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
87.036	TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego
87.037	TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
87.038	TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
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
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
88.301	TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.302	TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.303	TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.304	TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.383	TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
88.384	TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.385	TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.386	TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.387	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.388	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.902	RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.903	RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.904	RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.905	RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.923	RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.931	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
88.932	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego
88.933	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.936	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.937	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.938	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.971	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
88.973	RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego
88.975	RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
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
06.111	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy
06.112	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

06.113	biopsja gruboigłowa tarczycy
06.114	biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana
18.12	biopsja ucha zewnętrznego
20.32	biopsja ucha środkowego i wewnętrznego
21.22	biopsja nosa
24.11	biopsja dziąsła
24.12	biopsja wyrostka zębodołowego
25.01	zamknięta (igłowa) biopsja języka
26.11	biopsja igłowa ślinianki/przewodu
27.21	Biopsja kości podniebienia
27.22	biopsja podniebienia miękkiego/języczka
27.23	biopsja wargi
27.24	biopsja jamy ustnej – inne
28.11	biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego
29.12	biopsja gardła
33.21	bronchoskopia przez przetokę
33.22	bronchoskopia fiberoskopowa
33.231	bronchoskopia autofluorescencyjna
33.239	bronchoskopia – inna
33.24	endoskopowa biopsja oskrzela
33.26	przezskórna igłowa biopsja płuca
33.272	przezoskrzelowa biopsja płuca
34.23	biopsja ściany klatki piersiowej
34.24	biopsja opłucnej
34.25	przezskórna igłowa biopsja śródpiersia
40.10	biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
40.11	biopsja układu limfatycznego
42.243	biopsja ssąca przełyku
49.22	biopsja okołodbytowa
49.23	biopsja odbytu
54.241	zamknięta biopsja: sieci
57.321	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym
57.322	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętym
58.24	biopsja tkanek okołocewkowych
60.111	biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa
60.113	przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)
60.15	biopsja tkanek okołosterczowych
64.11	biopsja prącia
67.11	biopsja kanału szyjki macicy
67.12	wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)
69.03	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłżeczowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne
69.59	inne aspiracyjne łżeczowanie macicy
70.24	biopsja pochwy
71.11	biopsja sromu
76.11	Biopsja kości twarzy
77.41	Biopsja kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
77.42	Biopsja kości – kość ramienna

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

77.43	Biopsja kości – kość promieniowa/kość łokciowa
77.44	Biopsja kości – kości nadgarstka/śródręcza
77.45	Biopsja kości – kość udowa
77.46	Biopsja kości – rzepka
77.47	Biopsja kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa
77.48	Biopsja kości – kości stępu/ kości śródstopia
77.491	Biopsja kości – inne kości (miednica)
77.492	Biopsja kości – inne kości (palciki palców stopy/ręki)
83.21	biopsja tkanek miękkich
85.111	przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi
85.112	przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana
85.113	przezskórna gruboigłowa biopsja piersi
85.114	przezskórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana
86.11	biopsja skóry/tkanki podskórnej
86.381	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia do 4,0 cm
86.382	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm
29.1901	Stroboskopia
29.1902	Videostroboskopia
31.42	laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy
42.242	ezofagoskopia z biopsją
43.411	endoskopowe wycięcie polipów żołądka
44.12	gastroskopia przez przetokę
44.13	gastroskopia - inne
44.161	gastroskopia diagnostyczna z testem ureazowym
44.162	gastroskopia diagnostyczna z biopsją
45.131	esofagogastroduodenoskopia [EGD]
45.14	zamknięta endoskopowa biopsja jelita cienkiego
45.16	esofagogastroduodenoskopia z biopsją
45.22	endoskopia jelita grubego przez przetokę
45.231	fiberozonoskopia
45.239	kolonoskopia - inne
45.24	fiberosigmoidoskopia
45.253	kolonoskopia z biopsją
45.42	endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego
45.439	endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego - inne
48.36	endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy
58.232	uretroskopia uretrocytoskopem giętkim i biopsja cewki
88.747	endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
95.121	angiografia fluoresceinowa
C11	Fosfataza zasadowa granulocytów
C27	Leukocyty – badanie immunofenotypowe komórek blastycznych
C51	Mielogram
F19	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)
F23	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)
F26	Cytomegalovirus (CMV) DNA
F53	Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała
F56	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
I41	antygen CA 125 (CA125)
I45	antygen CA 19-9 (CA19-9)
I53	antygen karcynoembrionalny (CEA)
I63	antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny
I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
I86	Immunofiksacja
L07	α -fetoproteina (AFP)
L46	gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (β -HCG)
L85	Immunoglobuliny A (IgA)
L87	Immunoglobuliny D (IgD)
L93	Immunoglobuliny G (IgG)
L95	Immunoglobuliny M (IgM)
M11	kalcytonina
M15	katecholaminy
M43	kwas homowaniliowy (HVA)
M83	łańcuchy lekkie kappa
M85	łańcuchy lekkie lambda
M92	β 2-mikroglobulina
X33	Toxocara canis Przeciwciała IgG (anty-Toxocara canis IgG)
X41	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG)
X45	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)
Y90	Badanie histopatologiczne
91.821	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy
91.831	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram
91.447	badanie mikroskopowe materiału biologicznego - badanie cytologiczne
99.9953	dermatoskopia
	FISH
	receptory HER

b) w ramach produktów do sumowania:

92.061	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniach onkologicznych
92.062	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
85.131	biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
85.132	biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna

Katalog chorób i problemów zdrowotnych wg ICD-10 do rozliczania świadczeń w zakresie skojarzonym: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych

NARZĄD RUCHU

kod rozpoznania głównego ICD10	nazwa rozpoznania głównego
S12	Złamania w obrębie szyi
S12.0	Złamanie 1 kręgu szyjnego
S12.1	Złamanie 2 kręgu szyjnego
S12.2	Złamanie innego określonego kręgu szyjnego
S12.7	Liczne złamania odcinka szyjnego kręgosłupa
S12.8	Złamanie innych elementów chrzęstno-kostnych szyi
S12.9	Złamanie w obrębie szyi, część nieokreślona
S13	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie szyi
S13.0	Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego
S13.1	Zwichnięcie kręgu odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.2	Zwichnięcie w innych i nieokreślonych częściach odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.3	Liczne zwichnięcia odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.4	Skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.6	Skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł innych i nieokreślonych części szyi
S22	Złamanie żebra (żeber), mostka i odcinka piersiowego kręgosłupa
S22.0	Złamanie kręgów odcinka piersiowego kręgosłupa
S22.1	Liczne złamania odcinka piersiowego kręgosłupa
S22.2	Złamanie mostka
S22.3	Złamanie żebra
S22.4	Liczne złamania żeber
S22.8	Złamanie innych części rusztowania kostnego klatki piersiowej
S22.9	Złamanie rusztowania kostnego klatki piersiowej, nieokreślone
S32	Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy
S32.0	Złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa
S32.1	Złamanie kości krzyżowej
S32.2	Złamanie kości guzicznej
S32.3	Złamanie kości biodrowej
S32.4	Złamanie panewki stawu biodrowego
S32.5	Złamanie kości łonowej
S32.7	Liczne złamania odcinka lędźwiowego kręgosłupa
S32.8	Złamanie innych i nieokreślonych części odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy
S40.0	Stłuczenie barku i ramienia
S40.7	Mnogie powierzchowne urazy barku i ramienia
S42	Złamanie barku i ramienia
S42.0	Złamanie obojczyka
S42.1	Złamanie łopatki
S42.2	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej
S42.3	Złamanie trzonu kości ramiennej
S42.4	Złamanie nasady dalszej kości ramiennej
S42.7	Mnogie złamania obojczyka, łopatki i kości ramiennej
S42.8	Złamanie innych części barku i ramienia
S42.9	Złamanie obręczy barkowej, część nieokreślona
S43	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł obręczy barkowej
S43.0	Zwichnięcie stawu ramiennego
S43.1	Zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego
S43.2	Zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego
S43.3	Zwichnięcie innych i nieokreślonych części obręczy barkowej
S43.4	Skręcenie i naderwanie stawu ramiennego
S43.5	Skręcenie i naderwanie stawu barkowo-obojczykowego
S43.6	Skręcenie i naderwanie stawu mostkowo-obojczykowego
S43.7	Skręcenie i naderwanie innych i nieokreślonych części obręczy barkowej
S46	Uraz mięśnia i ścięgna na poziomie barku i ramienia
S46.0	Uraz ścięgien rotatorów zewnętrznych barku
S46.1	Uraz mięśnia i ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia
S46.2	Uraz mięśnia i ścięgna innej części mięśnia dwugłowego ramienia
S46.3	Uraz mięśnia i ścięgna mięśnia trójkłowego ramienia
S46.7	Uraz licznych mięśni i ścięgien na poziomie barku i ramienia
S50.0	Stłuczenie łokcia
S50.1	Stłuczenie innych, nieokreślonych części przedramienia
S50.7	Mnogie powierzchowne urazy przedramienia
S52	Złamanie przedramienia
S52.0	Złamanie nasady bliższej kości łokciowej
S52.1	Złamanie nasady bliższej kości promieniowej
S52.2	Złamanie trzonu kości łokciowej
S52.3	Złamanie trzonu kości promieniowej

S52.4	Złamanie trzonów kości łokciowej i promieniowej
S52.5	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej
S52.6	Złamanie nasad dalszych kości łokciowej i promieniowej
S52.7	Mnogie złamania przedramienia
S52.8	Złamanie innych części przedramienia
S52.9	Złamanie przedramienia, część nieokreślona
S53	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu łokciowego
S53.0	Zwichnięcie głowy kości promieniowej
S53.1	Zwichnięcie stawu łokciowego, nieokreślone
S53.2	Urazowe pęknięcie więzadła pobocznego promieniowego
S53.3	Urazowe pęknięcie więzadła pobocznego łokciowego
S53.4	Skręcenie i naderwanie stawu łokciowego
S60.0	Stłuczenie palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia
S60.1	Stłuczenie palca (palców) z uszkodzeniem paznokcia
S60.2	Stłuczenie innej części nadgarstka i ręki
S60.7	Mnogie powierzchowne urazy nadgarstka i ręki
S61	Otwarta rana nadgarstka i ręki
S61.0	Otwarta rana palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia
S61.1	Otwarta rana palca (palców) z uszkodzeniem paznokcia
S61.7	Mnogie rany otwarte nadgarstka i ręki
S61.8	Otwarta rana innych części nadgarstka i ręki
S61.9	Otwarta rana nadgarstka i ręki, część nieokreślona
S62	Złamanie na poziomie nadgarstka i ręki
S62.0	Złamanie kości łódeczkowatej
S62.1	Złamanie innej (innych) kości nadgarstka
S62.2	Złamanie i kości śródręcza
S62.3	Złamanie innej kości śródręcza
S62.4	Mnogie złamania kości śródręcza
S62.5	Złamanie kciuka
S62.6	Złamanie innego palca
S62.7	Mnogie złamania palców
S62.8	Złamanie innej i nieokreślonej części nadgarstka i ręki
S63	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie nadgarstka i ręki
S63.0	Zwichnięcie nadgarstka
S63.1	Zwichnięcie palca
S63.2	Mnogie zwichnięcia palców
S63.3	Urazowe pęknięcie więzadła nadgarstka
S63.4	Urazowe pęknięcie więzadła palca w stawach nadgarstkowo-śródręcznych i międzypaliczkowych
S63.5	Skręcenie i naderwanie nadgarstka
S63.6	Skręcenie i naderwanie palca (palców)
S63.7	Skręcenie i naderwanie innej i nieokreślonej części ręki
S66	Uraz mięśnia i ścięgna na poziomie nadgarstka i ręki
S66.0	Uraz mięśnia i ścięgna zginacza długiego kciuka na poziomie nadgarstka i ręki
S66.1	Uraz mięśnia i ścięgna zginacza innego palca na poziomie nadgarstka i ręki
S66.2	Uraz mięśnia i ścięgna prostownika kciuka na poziomie nadgarstka i ręki
S66.3	Uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki
S66.4	Uraz mięśnia i ścięgna odwodziciela kciuka na poziomie nadgarstka i ręki
S66.5	Uraz mięśnia i ścięgna właściwego innego palca na poziomie nadgarstka i ręki
S66.6	Uraz mnogich mięśni i ścięgien zginaczy na poziomie nadgarstka i ręki
S66.7	Uraz mnogich mięśni i ścięgien prostowników na poziomie nadgarstka i ręki
S66.8	Uraz innych mięśni i ścięgien na poziomie nadgarstka i ręki
S66.9	Uraz nieokreślonego mięśnia i ścięgna na poziomie nadgarstka i ręki
S68.0	Urazowa amputacja kciuka (całkowita) (częściowa)
S68.1	Urazowa amputacja pojedynczego, innego palca (całkowita) (częściowa)
S68.2	Urazowa amputacja dwóch lub więcej palców (całkowita) (częściowa)
S68.3	Złożona amputacja (części) palca (palców) i innej części nadgarstka i ręki
S68.4	Urazowa amputacja ręki na poziomie nadgarstka
S68.8	Urazowa amputacja innych części nadgarstka i ręki
S68.9	Urazowa amputacja nadgarstka i ręki, poziom nieokreślony
S70.0	Stłuczenie biodra
S70.1	Stłuczenie uda
S70.7	Mnogie powierzchowne urazy biodra i uda
S72	Złamanie kości udowej
S72.0	Złamanie szyjki kości udowej
S72.1	Złamanie przezkątarsze
S72.2	Złamanie podkątarsze
S72.3	Złamanie trzonu kości udowej
S72.4	Złamanie nasady dalszej kości udowej
S72.7	Mnogie złamania kości udowej
S72.8	Złamanie innych części kości udowej
S72.9	Złamanie kości udowej, część nieokreślona
S76.0	Uraz mięśnia i ścięgna biodra
S76.1	Uraz ścięgna i mięśnia czworogłowego uda
S76.2	Uraz ścięgna i mięśni przywodzących uda
S76.3	Uraz ścięgien i mięśni tylnej grupy mięśni uda
S76.4	Uraz innych nieokreślonych mięśni i ścięgien na poziomie uda
S76.7	Uraz mnogich mięśni i ścięgien na poziomie biodra i uda

S82	Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym
S82.0	Złamanie rzepki
S82.1	Złamanie nasady bliższej piszczeli
S82.2	Złamanie trzonu piszczeli
S82.3	Złamanie nasady dalszej piszczeli
S82.4	Izolowane złamanie strzałki
S82.5	Złamanie kostki przyśrodkowej
S82.6	Złamanie kostki bocznej
S82.7	Mnogie złamania podudzia
S82.8	Złamanie innych części podudzia
S82.9	Złamanie podudzia, część nieokreślona
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana
S83.0	Zwichnięcie rzepki
S83.1	Zwichnięcie stawu kolanowego
S83.2	Rozdarcie łąkotki, świeże
S83.3	Rozdarcie chrząstki stawowej kolana, świeże
S83.4	Skręcenie i naderwanie w obrębie (strzałkowego) (piszczelowego) więzadła pobocznego kolana
S83.5	Skręcenie i naderwanie w obrębie (przedniego) (tylnego) więzadła krzyżowego kolana
S83.6	Skręcenie i naderwanie innych, nieokreślonych części kolana
S83.7	Uraz kilku struktur kolana
S86.0	Uraz ścięgna Achillesa
S86.1	Uraz innego mięśnia (mięśni) i ścięgna (ścięgien) tylnej grupy mięśni podudzia
S86.2	Uraz mięśnia (mięśni) i ścięgna (ścięgien) przedniej grupy mięśni podudzia
S86.3	Uraz mięśnia (mięśni) i ścięgna (ścięgien) grupy mięśni strzałkowych na poziomie podudzia
S86.7	Uraz licznych mięśni i ścięgien na poziomie podudzia
S86.8	Uraz innych mięśni i ścięgien na poziomie podudzia
S86.9	Uraz nieokreślonego mięśnia i ścięgna na poziomie podudzia
S90.0	Stłuczenie stawu skokowego
S90.1	Stłuczenie palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia
S90.2	Stłuczenie palca (palców) z uszkodzeniem paznokcia
S90.3	Stłuczenie innych i nieokreślonych części stopy
S90.7	Mnogie powierzchowne urazy stawu skokowego i stopy
S92	Złamanie stopy, bez stawu skokowego
S92.0	Złamanie kości piętowej
S92.1	Złamanie kości skokowej
S92.2	Złamanie innej (innych) kości stępu
S92.3	Złamanie kości śródstopia
S92.4	Złamanie palucha
S92.5	Złamanie innego palca stopy
S92.7	Mnogie złamania kości stopy
S92.9	Złamanie kości stopy, nieokreślone
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy
S93.0	Zwichnięcie stawu skokowego
S93.1	Zwichnięcie palca (palców) w:
S93.2	Pęknięcie więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy
S93.3	Zwichnięcie innych i nieokreślonych części stopy
S93.4	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego
S93.5	Skręcenie i naderwanie palca (palców) w:
S93.6	Skręcenie i naderwanie innych i nieokreślonych części stopy
T00	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice ciała
T00.0	Powierzchnowe urazy obejmujące głowę i szyję
T00.1	Powierzchnowe urazy obejmujące klatkę piersiową, brzuch, dolną część grzbietu i miednicę
T00.2	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) górnej
T00.3	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) dolnej
T00.6	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) górnej i dolnej
T00.8	Powierzchnowe urazy obejmujące inne kombinacje okolic ciała
T02	Złamania obejmujące liczne okolice ciała
T02.0	Złamania obejmujące głowę i szyję
T02.1	Złamania obejmujące klatkę piersiową, dolną część grzbietu i miednicę
T02.2	Złamania obejmujące liczne okolice jednej kończyny górnej
T02.3	Złamania obejmujące liczne okolice jednej kończyny dolnej
T02.4	Złamania obejmujące liczne okolice obu kończyn górnych
T02.5	Złamania obejmujące liczne okolice obu kończyn dolnych
T02.6	Złamania obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) górnej i kończyny (kończyn) dolnej
T02.7	Złamania obejmujące klatkę piersiową, dolną część grzbietu, miednicę i kończynę (kończyny)
T02.8	Złamania obejmujące inne kombinacje okolic ciała
T02.9	Liczne złamania, nieokreślone
T84.0	Mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów
T84.1	Mechaniczne powikłanie stabilizatorów wewnętrznych kości kończyny
T84.2	Mechaniczne powikłanie stabilizatora wewnętrznego innych kości
T84.3	Mechaniczne powikłania innych urządzeń kostnych, wszczepów i przeszczepów
T84.4	Mechaniczne powikłanie innych wewnętrznych urządzeń ortopedycznych, wszczepów i przeszczepów
T84.5	Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu
T84.6	Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany stabilizatorem wewnętrznym w każdym miejscu
T84.7	Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami
T84.8	Inne powikłania wewnętrznych ortopedycznych urządzeń, wszczepów i przeszczepów
T84.9	Nieokreślone powikłanie spowodowane wewnętrznym urządzeniem ortopedycznym, wszczepem i przeszczepem

NARZĄD WZROKU

kod rozpoznania głównego ICD10	nazwa rozpoznania głównego
H00.0	Jęczmień i inne głębokie zapalenie powiek
H00.1	Gradówka
H05.0	Zapalenie ostre oczodołu
H05.4	Zapadnięcie gałki ocznej
H05.5	Ciało obce (stare) w następstwie rany drażącej oczodołu
H05.8	Inne zaburzenia oczodołu
H05.9	Zaburzenia oczodołu, nieokreślone
H10.0	Śluzowo-ropne zapalenie spojówek
H10.1	Ostre atopowe zapalenie spojówek
H15.0	Zapalenie twardówki
H15.1	Zapalenie blaszki nadtwardówkowej
H15.8	Inne zaburzenia twardówki
H15.9	Choroby twardówki, nieokreślone
H16.0	Wrzód rogówki
H16.1	Inne powierzchowne zapalenia rogówki bez zapalenia spojówek
H16.2	Zapalenie rogówki i spojówki (keratoconjunctivitis)
H16.3	Zapalenie rogówki mięsaszowe i głębokie
H16.4	Nowotworzenie naczyń w rogówce
H16.8	Inne zapalenie rogówki
H16.9	Zapalenie rogówki, nieokreślone
H20	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego
H20.0	Zapalenie ostre i podostre tęczówki i ciała rzęskowego
H20.2	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego spowodowane antygenem soczewkowym (uveitis phacoanaphilactica)
H20.8	Inne postacie zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego
H20.9	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, nieokreślone
S00.1	Stłuczenie powieki i okolicy oka
S00.2	Inne powierzchowne urazy powieki i okolicy oczodołowej
S05.0	Uraz spojówki i abrazja rogówki bez wzmianki o ciele obcym
S05.1	Stłuczenie gałki ocznej i tkanek oczodołu
S05.2	Zranienie oka z pęknięciem i wypadnięciem lub utratą tkanek oka
S05.3	Zranienie oka bez wypadnięcia lub utraty tkanek oka
S05.4	Rana drażąca oczodołu z lub bez ciała obcego
S05.5	Rana drażąca gałki ocznej z ciałem obcym
S05.6	Rana drażąca gałki ocznej bez ciała obcego
S05.8	Inne urazy oka i oczodołu
S05.9	Uraz oka i oczodołu, nieokreślony
T15.0	Ciało obce rogówki
T15.1	Ciało obce worka spojówkowego
T15.8	Ciało obce innego i mnogich zewnętrznych części oka
T15.9	Ciało obce zewnętrznej części oka, część nieokreślona
T26	Oparzenia termiczne i chemiczne ograniczone do oka i przydatków oka
T26.0	Oparzenie termiczne powieki i okolicy oczodołowej
T26.1	Oparzenie termiczne rogówki i worka spojówkowego
T26.2	Oparzenie termiczne z następowym jego pęknięciem i zniszczeniem gałki ocznej
T26.3	Oparzenie termiczne innych części oka i przydatków oka
T26.4	Oparzenie termiczne oka i przydatków oka, nieokreślone
T26.5	Oparzenie chemiczne powieki i okolicy oczodołowej
T26.6	Oparzenie chemiczne rogówki i worka spojówkowego
T26.7	Oparzenie chemiczne z następowym jego pęknięciem i zniszczeniem gałki ocznej
T26.8	Oparzenie chemiczne innych części oka i przydatków oka
T26.9	Oparzenie chemiczne oka i przydatków oka, nieokreślone

Załącznik Nr 5e do zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 30 marca 2023 r.

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW SPECJALISTYCZNYCH					
lp.	kod pakiet	kod produktu	nazwa diagnostycznego pakietu specjalistycznego	wartość punktowa od 1 stycznia 2021 r.	świadczenia w zakresie:
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	PS1	5.36.00.0000001	PS1 pakiet specjalistyczny - tarczycza	419	endokrynologii endokrynologii dla dzieci

Diagnostyczne pakiety specjalistyczne:

1. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
2. Zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w zakresie diagnostyki
3. Wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań.
4. Warunkiem rozliczenia pakietów jest spełnienie warunków określonych poniżej:

PS1 Pakiet specjalistyczny - tarczycza
wymagane wskazanie co najmniej dwukrotnie procedury 89.02 - Porada lekarska,
inne, co najmniej pięciu procedur z listy procedur PS1 oraz rozpoznania
zasadniczego z listy rozpoznań PS1

ICD-9

Ranga* ICD-9

I81 Białko C-reaktywne (CRP)	2
L69 Hormon tyreotropowy (TSH)	2
M11 Kalcytonina	2
O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	2
O15 Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny	2
O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	2
O55 Trijodotyronina wolna (FT3)	2
O65 Tyreoglobulina	2
O69 Tyroksyna wolna (FT4)	2
88.713 USG tarczycy i przytarczyc	2
92.012 Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy - z zastosowaniem 99mTc	2
92.019 Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy - inne	2

ICD-10

E00.9 Wrodzony zespół niedoboru jodu, nieokreślony
E01.0 Rozlane (endemiczne) wole z powodu niedoboru jodu
E01.1 Wieloguzkowe (endemiczne) wole z powodu niedoboru jodu
E01.2 Wole z powodu niedoboru jodu (endemiczne), nieokreślone
E01.8 Inne choroby tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn
E02 Subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu
E03.0 Wrodzona niedoczynność tarczycy z wolem rozlanym
E03.1 Wrodzona niedoczynność tarczycy bez wola
E03.2 Niedoczynność tarczycy w wyniku zastosowanego leczenia lub innych egzogennych substancji
E03.3 Niedoczynność tarczycy po przebytej infekcji
E03.4 Zanik tarczycy (nabyty)
E03.8 Inne określone postacie niedoczynności tarczycy
E03.9 Niedoczynność tarczycy, nieokreślona
E04.0 Wole nietoksyczne, rozlane
E04.1 Guzek tarczycy pojedynczy, nietoksyczny
E04.2 Wole wieloguzkowe, nietoksyczne
E04.8 Wole nietoksyczne, inne określone
E04.9 Wole nietoksyczne, nieokreślone
E05.1 Tyreotoksykoza z pojedynczym toksycznym guzkiem
E05.4 Tyreotoksykoza wywołana sztucznie
E05.8 Inne tyreotoksykozy
E05.9 Tyreotoksykoza, nieokreślona
E06.1 Zapalenie tarczycy podostre
E06.9 Zapalenie tarczycy, nieokreślone
E07.8 Inne, określone choroby tarczycy
E07.9 Choroby tarczycy, nieokreślone
E89.0 Niedoczynność tarczycy po zabiegach
R94.6 Nieprawidłowe wyniki badań czynnościowych tarczycy

* Ranga procedury:

- 0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania
- 2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie
- 4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wie

Załącznik Nr 5f do zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 marca 2023 r.

Klasyfikacja poziomów ciężkości chorób w ramach diagnostycznych pakietów specjalistycznych

Lp.	Kod pakietu	Kod produktu	Nazwa pakietu diagnostycznego specjalistycznego	Sugerowana opieka w POZ
1.	PS1	5.36.00.0000001	PS1 Pakiet specjalistyczny - tarczyca	<p>I. Chorzy wymagający farmakoterapii:</p> <p>A. Niedoczynność tarczycy (klasyczna postać, w której stwierdza się dobrą odpowiedź na farmakoterapię, dawka leku jest relatywnie stała w dłuższym przedziale czasu, pacjent nie zgłasza dolegliwości sugerujących zaburzenia tyreometyaboliczne):</p> <p>a. Niedoczynność tarczycy w przebiegu przewlekłego autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy (ch. Hashimoto) - E06.3/E03.8</p> <p>b. Niedoczynność tarczycy po leczeniu chirurgicznym - E89.0</p> <p>c. Niedoczynność tarczycy po leczeniu jodem 131 - E03.2</p> <p>UWAGA: nie dotyczy</p> <ul style="list-style-type: none">- kobiet ciężarnych,- zapaleń tarczycy, które przebiegają z tyreotoksykozą (fazowość zapalenia),- pacjentów leczonych z powodu raka tarczycy. <p>II. Chorzy nie wymagający farmakoterapii:</p> <p>a. Przewlekłe autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy w stadium eutyreozy – E06.3</p> <p>b. Wole rozlane nietoksyczne – E04.0</p> <p>c. Guzek tarczycy pojedynczy nietoksyczny – E04.1 (tylko, gdy wynik BACC – grupa 2 wg raportowania Bethesda)</p> <p>d. Wole wieloguzkowe nietoksyczne – E04.2 (tylko, gdy wynik BACC – grupa 2 wg raportowania Bethesda)</p>

Data

oznaczenie
świadczeniodawcy *)

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)																									
(Imię)													(Nr ewidencyjny PESEL)												

Ostateczne rozpoznanie:
(wg ICD-10)

--	--	--	--	--	--

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego **):

1.wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej (dotyczy kontynuacji leczenia w dotychczasowej poradni lub innej)

.....(specjalność)

2.nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej (dotyczy zakończenia leczenia specjalistycznego lub skierowania do POZ celem kontynuacji opieki)

.....(specjalność)

3.wydano skierowanie na hospitalizację

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki.....

2. w zakresie farmakoterapii (w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego)

3. inne (w tym wyroby medyczne oraz wizyty kontrolne)

*) pieczęć lub nadruk lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON, kod i nazwa komórki organizacyjnej, telefon, numer umowy z NFZ

**) potrzebne zakreślić

.....
Data, nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego oraz
jego podpis

Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

Grupy W i PPW

W01 Świadczenie pohospitalizacyjne

zgodnie z definicją świadczenia

W02 Świadczenie receptowe

zgodnie z definicją świadczenia

W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu

zgodnie z definicją świadczenia

W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3

lub

konieczne wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W16

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2

W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W4

lub

konieczne wykazanie co najmniej 5 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W3

W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W16

W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W11

W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W9

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W8

W18 Świadczenie specjalistyczne 8-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W12

W19 Świadczenie specjalistyczne 9-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W13

W20 Świadczenie specjalistyczne 10-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W14

W32 Świadczenie specjalistyczne 11-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W15

W40 Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu

zgodnie z definicją świadczenia

W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3

lub

konieczne wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2

W43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W4

lub

konieczne wykazanie co najmniej 5 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W3

W44 Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8

W45 Świadczenie pierwszorazowe 6-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W11

W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W9

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W8

W47 Świadczenie pierwszorazowe 8-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W12

W48 Świadczenie pierwszorazowe 9-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W13

W49 Świadczenie pierwszorazowe 10-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W14

W50 Świadczenie pierwszorazowe 11-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W15

W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy

zgodnie z definicją porady

W61 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 1-go typu

zgodnie z definicją świadczenia

W62 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 2-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

W63 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3

lub

konieczne wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W16

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2

W64 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 4-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W4

lub

konieczne wykazanie co najmniej 5 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W3

W65 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 5-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W16

W67 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 7-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W9
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W10
lub
konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W8

PPW1 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 1

zgodnie z definicją świadczenia

PPW2 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 2

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

PPW3 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 3

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8

W1 Lista podstawowa

ICD-9		Ranga* ICD-9
20.391	Posturografia	2
21.293	Rinoskopia tylna	2
31.42	Laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy	2
87.123	Rtg kanału korzenia zęba	2
87.164	Rtg zatok nosa	2
87.165	Rtg nosa	2
87.433	Rtg obojczyków	2
88.25	Pelwimetria	2
88.331	Rtg łopatek	2
88.35	Inne rtg tkanek miękkich kończyny górnej	2
88.37	Inne rtg tkanek miękkich kończyny dolnej	2
88.735	USG śródpiersia	2
88.734	USG jamy opłucnej	2
88.752	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	2
88.763	USG gruczołu krokowego	2
88.782	Wewnątrzmaciczna cefalometria	2
89.11	Tonometria	2
89.154	Badanie neurosensjometryczne	2
89.401	Kontrola kieszonki: rozrusznika serca lub kardiowertera-defibrylatora serca lub	2
89.511	Elektrokardiografia z 1–3 odprowadzeniami	2
95.06	Badanie widzenia barw	2
95.1902	Badanie dna oka	2
95.1903	Gonioskopia	2
95.1908	Keratometria	2
95.1910	Pachymetria	2
95.1911	Skioskopia	2
95.1912	Autorefraktometria	2
95.1915	Test Schirmera	2
95.1916	Badanie widzenia obuocznego synoptoforem	2
95.413	Badanie odruchu strzemiączkowego	2
95.415	Tympanometria	2
95.45	Test obrotowy	2
95.48	Dopasowanie aparatu słuchowego	2
99.592	Próba tuberkulinowa	2
99.9960	Próby kaloryczne	2
99.9951	Pedobarografia	2
99.9957	Badanie stężenia tlenu w wydychanym powietrzu	2
99.9970	Gustometria swoista	2
99.9971	Elektrogustometria	2
99.9975	Olfaktometria podmuchowa	2
99.9976	Psychofizyczny test identyfikacji zapachów	2
99.9977	Badanie węchu zestawem markerów	2
A01	Badanie ogólne moczu (profil)	2
A05	Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)	2
A07	Białko w moczu (pod warunkiem, że jest to jedyny cel badania)	2
A17	Krew utajona w kale	2
A21	Pasożyty/ jaja pasożytów w kale	4
A23	Resztki pokarmowe w kale	2
C03	Erytrocyty – oporność osmotyczna	2
C05	Erytrocyty – próba Hama	2
C07	Erytrocyty – próba sacharozowa	2
C09	Erytrogram	2
C10	Inne antygeny grupowe krwinek czerwonych	2
C19	Hemoglobina, rozdział	2
C53	Morfologia krwi 8-parametrowa	2
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów (leukocytów)	2
C57	Objętość krwi krążącej	2
C59	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	2
C61	Płytki krwi - badanie adhezji	2
C65	Płytki krwi - czas przeżycia	2
C66	Płytki krwi – liczba (pod warunkiem, że jest to jedyny cel badania)	2
C69	Retykulocyty	2
C71	Splenogram	2
C73	Test hamowania migracji makrofagów	2
E05	Badanie w kierunku nieregularnych przeciwciał	2
E20	Próba zgodności serologicznej	2
E65	Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D)	2
F01	Adenowirus Antygen	2
F03	Adenowirus Przeciwciała IgA (anty-Adenowirus IgA)	2
F05	Adenowirus Przeciwciała IgG (anty-Adenowirus IgG)	2
F07	Adenowirus Przeciwciała IgM (anty-Adenowirus IgM)	2
F11	Astrowirus Antygen	2
F15	Cytomegalowirus (CMV) Antygen pp65	2
F27	Enterowirus Przeciwciała IgA (anty-Enterowirus IgA)	2
F28	Enterowirus Przeciwciała IgM (anty-Enterowirus IgM)	2
F29	Enterowirus IgG Przeciwciała (anty-Enterowirus IgG)	2
F30	HTLV1 Antygen	2
F31	HTLV 1/2 Antygen	2
F32	HTLV 1/2 Przeciwciała	2
F33	Parwovirus B19 Przeciwciała IgG (anty-Parwovirus IgG)	2
F34	Parwovirus B19 Przeciwciała IgM (anty-Parwovirus IgM)	2
F36	Rotawirus Antygen	2
F37	Rotawirus/ Adenowirus Antygen	2
F39	Wirus Dengue Przeciwciała IgG (anty-Dengue IgG)	2
F40	Wirus Dengue Przeciwciała IgM (anty-Dengue IgM)	2
F42	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (EA) IgG)	2
F43	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (EA) IgM)	2
F44	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgA)	2
F45	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgG)	2
F46	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgM)	2

F47	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA (anty-Epstein-Barr (VCA) IgA	2
F48	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (VCA) IgG	2
F49	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (VCA) IgG (ilościowy)	2
F50	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (VCA) IgM	2
F53	Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała	2
F55	Wirus Epstein Barr Przeciwciała heterofilne	2
F56	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM	2
F57	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 1 IgA)	2
F58	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG	2
F59	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG (ilościowo)	2
F60	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgM	2
F61	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgM (ilościowo)	2
F63	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgA)	2
F64	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 IgG Przeciwciała (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgG)	2
F65	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgM (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgM)	2
F66	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG)	2
F67	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG) (ilościowo)	2
F68	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgA)	2
F69	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgM	2
F70	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgM (ilościowo)	2
F71	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG/ IgM)	2
F73	Wirus Influenza A Antygen	2
F74	Wirus Influenza A Przeciwciała IgA (anty-Influenza IgA)	2
F75	Wirus Influenza A Przeciwciała IgG (anty-Influenza IgG)	2
F76	Wirus Influenza A Przeciwciała IgM (anty-Influenza IgM)	2
F78	Wirus Influenza B Antygen	2
F79	Wirus Influenza B Przeciwciała IgA (anty-Influenza IgA)	2
F80	Wirus Influenza B Przeciwciała IgG (anty-Influenza IgG)	2
F81	Wirus Influenza B Przeciwciała IgM (anty-Influenza IgM)	2
F83	Wirus Influenza, Parainfluenzy, Adenowirus Antygen	2
F84	Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgG (anty-TBE virus IgG)	2
F85	Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgM (anty-TBE virus IgM)	2
F87	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen p24	2
F88	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen (ilościowo)	2
F89	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite	2
F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała	2
F93	Wirus nagnminnego zapalenia ślinianek przyusznych IgM (anty-Rubulavirus Antygen M)	2
F94	Wirus nagnminnego zapalenia ślinianek przyusznych (Rubulavirus) IgG (anty-Rubulavirus	2
F96	Wirus Odry (Morbillivirus) Przeciwciała IgG (anty-Morbillivirus IgG)	2
F97	Wirus Odry (Morbillivirus) Przeciwciała IgM (anty-Morbillivirus IgM)	2
F98	Wirus Parainfluenzy typ 1 Przeciwciała IgG	2
G01	α-2-antypłazmina	2
G03	Antytrombina III (AT III)	2
G05	Białko C	2
G09	Czas częściowej tromboplastyny (PTT) (czas kefalinowy)	2
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)	2
G13	Czas fibrynolizy (lizy skrzepu euglobulin)	2
G15	Czas krwawienia	2
G17	Czas krzepnięcia osocza po uwapnieniu (rekalcynacji)	2
G19	Czas krzepnięcia pełnej krwi	2
G21	Czas protrombinowy (PT)	2
G23	Czas reptylazowy (RT)	2
G25	Czas trombinowy (TT)	2
G49	D-Dimer	2
G53	Fibrynogen (FIBR)	2
G55	Fibrynopeptyd A (FIBP A)	2
G57	Fibrynopeptyd B (FIBP B)	2
G59	Fragmety protrombiny 1 i 2	2
G61	Heparyna	2
G63	Heparyna niskocząsteczkowa	2
G65	Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)	2
G67	Inhibitor aktywatora plazminogenu 2 (PAI2)	2
G69	Inhibitory krzepnięcia	2
G71	Kininogen (120000) (HMWK)	2
G75	Monomery fibryny	2
G79	Plazminogen	2
G85	Tromboelastogram	2
I01	Acetooctan	2
I03	Acylotransferaza lecytyna-cholesterol (LCAT)	2
I05	Adrenalina	2
I09	Albumina	2
I11	Albumina glikowana	2
I13	Aldolaza	2
I15	Aldosteron	2
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT, GPT)	2
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	2
I21	Aminotransferaza asparaginianowa mitochondrialna	2
I23	Amoniak	2
I25	Amylaza	2
I27	Amylaza trzustkowa	2
I29	Amyloid	2
I34	Angiotensyna I	2
I35	Angiotensyna II	2
I37	Anhydraza węglanowa	2
I39	α-1-Antychymotrypsyna (ACT)	2
I53	Antygen karcynoembrionalny (CEA)	2
I61	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	2
I67	Apolipoproteina B	2
I69	Apolipoproteina E, izotypy	2
I71	Apolipoproteina AI	2
I73	Apolipoproteina AII	2
I74	Apolipoproteina E, fenotyp	2

I75	Arginaza	2
I77	Białko całkowite	2
I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny	2
I81	Białko C-reaktywne (CRP)	2
I87	Bilirubina bezpośrednia	2
I89	Bilirubina całkowita	2
I90	Bilirubina delta	2
I91	Bilirubina pośrednia	2
I93	Biotynidaza	2
I97	Chlorek (Cl)	2
I99	Cholesterol całkowity	2
K01	Cholesterol HDL	2
K03	Cholesterol LDL	2
K04	Cukry proste	2
K05	Cholesterol wolny	2
K07	Cholesterol, estry	2
K09	Chymotrypsyna	2
K11	CO<MV>2 całkowity	2
K12	CRF (czynnik uwaniający kortykotropinę)	2
K13	Cykliczny AMP (cAMP)	2
K15	Cynk (Zn)	2
K17	Cysteina	2
K19	Cystyna	2
K21	Czynnik reumatoidalny (RF)	2
K23	Dehydrataza δ-aminolewulinianu	2
K25	Dehydroepiandrosteron niezwiązany (DHEA)	2
K27	Dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS)	2
K29	Dehydrogenaza glukozy-6-fosforanu (G6PDH)	2
K31	Dehydrogenaza glutaminianowa (GLDH)	2
K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	2
K35	Dehydrogenaza mleczanowa, izoenzymy	2
K45	Dehydrogenaza β-hydroksymaślanowa (HBDH)	2
K47	Dekarboksylaza uroporfirynogenu	2
K49	11-Dezoksykortykotestosteron (DOC)	2
K51	11-Dezoksykortyzol	2
K58	Dopelniać (całkowita aktywność, CH50)	2
K59	Dopelniać, czynnik B	2
K61	Dopelniać, czynnik D	2
K63	Dopelniać, czynnik H	2
K65	Dopelniać, czynnik P	2
K69	Dopelniać, składowa C1r	2
K71	Dopelniać, składowa C1s	2
K73	Dopelniać, składowa C2	2
K79	Dopelniać, składowa C5	2
K81	Elastaza neutrofilowa	2
K83	Elastaza trzustkowa	2
K87	β-Endorfina	2
K89	Enzym konwertujący angiotensynę (ACE)	2
K91	Erytropoetyna (EPO)	2
K93	Esteraza acetylocholinowa	2
K95	Esteraza cholinowa surowicy(pseudocholinesteraza)	2
K97	Esterazy nieswoiste	2
K99	Estradiol	2
L08	Fibronektyna	2
L09	Fluorek (F)	2
L11	Fosfataza alkaliczna (ALP)	2
L13	Fosfataza alkaliczna izoenzym kostny (bALP)	2
L15	Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	2
L16	Fosfataza kwaśna oporna na winian (TRAP)	2
L17	Fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)	2
L19	Fosfatydylogliceryna	2
L21	Fosfolipidy całkowite	2
L23	Fosforan nieorganiczny	2
L25	Fruktoza	2
L27	Fruktozamina	2
L28	Glikozaminoglikany	2
L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)	2
L33	Gastryna	2
L35	Glicerol wolny	2
L37	Globulina wiążąca tyroksynę (TBG)	2
L39	Globulina wiążąca witaminę D	2
L41	Glukagon	2
L43	Glukoza	4
L45	Glutation zredukowany erytrocytów (GSH)	2
L55	Hemoglobina glikowana (HbA1c)	2
L57	Hemoglobina wolna	2
L59	Hemopeksyna	2
L65	Hormon folikulotropowy (FSH)	2
L67	Hormon luteinizujący (LH)	2
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)	2
L71	Hormon wzrostu (GH)	2
L83	Hydroksyprolina	2
L85	Immunoglobuliny A (IgA)	2
L87	Immunoglobuliny D (IgD)	2
L89	Immunoglobuliny E całkowite (IgE)	2
L93	Immunoglobuliny G (IgG)	2
L95	Immunoglobuliny M (IgM)	2
L96	Inhibitor C1-esterazy	2
L97	Insulina	2
L99	Interferon	2
M01	Interleukina 1	2
M03	Interleukina 2	2

M05	Interleukina 6	2
M06	Interleukina 8	2
M07	Jod (J)	2
M13	β -karoten	2
M18	Kinaza fosfokreatynowa (CK)	2
M19	Kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)	2
M21	Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy	2
M22	Kinaza glicerolowa	2
M23	Kinaza fosfokreatynowa, izoformy	2
M25	Kobalt (Co)	2
M27	Koproporfiryna	2
M29	Kortykosteron	2
M31	Kortyzol	2
M33	Kortyzol wolny	2
M34	Kortykoidy wolne	2
M35	Kreatyna	2
M37	Kreatynina	2
M38	Ksyloza	2
M39	Kwas 5-hydroksy-indolooctowy (5-HIAA)	2
M41	Kwas foliowy	2
M43	Kwas homowanilinowy (HVA)	2
M45	Kwas moczowy	2
M47	Kwas wanilinomigdałowy (VMA)	2
M49	Kwas β -hydroksymasłowy	2
M51	Kwas δ -aminolewulinowy (ALA)	2
M52	Kwas p-aminobenzoesowy (PABA)	2
M55	Kwaśność miareczkowa	2
M57	Laktogen łóżyskowy	2
M59	Laktoza	2
M61	Lecytyna	2
M63	Leucyloaminopeptydaza (LAP)	2
M65	Leucyna	2
M67	Lipaza	2
M69	Lipoproteina a [Lp(a)]	2
M73	Lit (Li)	2
M75	Lizozym (muramidaza)	2
M77	Luka anionowa	2
M79	Luka osmotyczna	2
M87	Magnez całkowity (Mg)	2
M89	Magnez zjonizowany (Mg^{2+})	2
M91	α -2-Makroglobulina	2
M93	Mangan (Mn)	2
M95	Metionina	2
M97	Metoksyadrenalina	2
M99	Metoksykatecholaminy całkowite	2
N01	Metoksynoradrenalina	2
N11	Mleczan	2
N13	Mocznik	2
N15	Molibden (Mo)	2
N17	N-Acetyloglukozaminidaza (NAG)	2
N19	Neopteryna	2
N21	Noradrenalina	2
N22	NT-proANP	2
N23	5'-Nukleotydaza	2
N24	NT-proBNP	2
N25	Osmolarność	2
N34	Peptyd natriuretyczny typu B (BNP)	2
N37	Pirogronian	2
N39	Pirydynolina (PYD)	2
N40	Podjednostka α hormonów glikoproteidowych	2
N41	Porfiryny całkowite	2
N43	Porfobilinogen	2
N45	Potas (K)	2
N47	Prealbumina	2
N49	Pregnandiol	2
N51	Pregnantriol	2
N53	Pregnenolon	2
N55	Progesteron	2
N57	Proinsulina	2
N60	Protoporfiryna cynkowa	2
N61	Protoporfiryny	2
O22	Przedsionkowy peptyd natriuretyczny (ANP)	2
O27	Renina	2
O29	Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO ₂ , pO ₂ , HCO ₃ , BE)	2
O31	Selen (Se)	2
O32	Somatomedyna C (IGF-1)	2
O35	Sód (Na)	2
O37	Syntaza uroporfirynogenu	2
O39	Szczawian	2
O41	Testosteron	2
O49	Triglicerydy	2
O51	Trijodotyronina całkowita (TT3)	2
O53	Trijodotyronina odwrotna (rT3)	2
O55	Trijodotyronina wolna (FT3)	2
O63	Trypsyna	2
O65	Tyreoglobulina	2
O66	Kwas orotowy	2
O67	Tyrosyna całkowita (TT4)	2
O69	Tyrosyna wolna (FT4)	2
O73	Uroporfiryny	2
O75	Wapń zjonizowany (Ca ²⁺)	2
O77	Wapń całkowity (Ca)	2

O79	Wazopresyna (ADH)	2
O81	Witamina A	2
O83	Witamina B12	2
O85	Witamina C (kwas askorbinowy)	2
O92	Wolne kwasy tłuszczowe	2
O93	Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	2
O95	Żelazo (Fe)	2
P01	1-hydroksypiren	2
P03	2,5-heksanodion	2
P05	Alkaloidy opium	2
P07	Amfetamina	2
P09	Aminopiryna	2
P11	Arsen	2
P13	Barbiturany	2
P15	Benzen	2
P17	Benzoesowy kwas	2
P19	Chrom (Cr)	2
P21	Diazepam	2
P23	Disulfiram	2
P25	Dwufenylohydantoina	2
P27	Etylenowy glikol	2
P29	Etylobenzen	2
P33	Fenol	2
P37	Glimid	2
P39	Glin	2
P41	Hemoglobina tlenkowąglowa	2
P43	Kadm (Cd)	2
P44	Kanabinoidy	2
P45	Kokaina	2
P47	Ksylen	2
P51	Lotne związki organiczne	2
P55	Meproamat	2
P57	Metadon	2
P59	Metakwalon	2
P60	Metamfetamina	2
P61	Methemoglobina (MetHb)	2
P63	Metylohipurowy alkohol	2
P65	Metylowy alkohol	2
P67	Migdałowy kwas	2
P68	Morfina	2
P69	Nikiel (Ni)	2
P71	Ołów (Pb)	2
P73	p-aminofenol	2
P75	Paracetamol	2
P77	p-nitrofenol	2
P79	Pochodne benzodwuzepiny	2
P81	Pochodne fenotiazyny	2
P83	Polichlorowane bifenyle	2
P85	Propranolol	2
P89	Rtęć (Hg)	2
P91	Salicylany	2
P93	Styren	2
P95	Tal (Tl)	2
P97	Tetrachloroetylen	2
P99	Tetrahydrokanabinal	2
R01	Toluen	2
R03	Trójchlorooctowy kwas	2
R07	Wanad (Ve)	2
S01	Bacillus cereus Antygen enterotoksyny	2
S03	Bacteroides fragilis DNA enterotoksyny (fragilizyny)	2
S05	Bordetella pertussis Przeciwciała IgA	2
S07	Bordetella pertussis Przeciwciała IgG	2
S09	Bordetella pertussis Przeciwciała IgM	2
S13	Bordetella pertussis IgA/ toksyna	2
S15	Bordetella pertussis IgG/ toksyna	2
S17	Bordetella pertussis IgM/ toksyna (anty-B.pertusis toksyna IgM)	2
S47	Ehrlichia Przeciwciała IgG Ia	2
S49	Campylobacter Antygen (Campylobacter Antygen)	2
S51	Campylobacter Przeciwciała IgG (anty-Campylobacter IgG)	2
S53	Campylobacter Przeciwciała IgA (anty-Campylobacter IgA)	2
S55	Campylobacter Przeciwciała IgM (anty-Campylobacter IgM)	2
S59	Chlamydia Antygen (Chlamydia Antygen)	2
S69	Chlamydia trachomatis Antygen	2
S80	Clostridium difficile Toksyna A/ Antygen	2
S82	Clostridium difficile Antygen	2
S84	Clostridium perfringens Antygen enterotoksyny	2
S93	Escherichia coli O157 (EHEC) Antygen	2
S94	Escherichia coli O157 (EHEC) Przeciwciała	2
S95	Escherichia coli Antygen werotoksyny (VT1, VT2)	2
S96	Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica poliwalentna)	2
S97	Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica trójwalentna)	2
S98	Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica monowalentna)	2
S99	Escherichia coli Antygen enterotoksyna ciepłostabilna	2
T01	Amikacyna	2
T03	Amiodaron	2
T07	Chinidyna	2
T09	Chloramfenikol	2
T13	Dezypramina	2
T15	Digitoksyna	2
T17	Digoksyna	2
T19	Doksepina	2
T21	Dyzopiryamid	2

T25	Fenobarbital	2
T29	Flekainid	2
T30	Gentamycyna	2
T31	Imipramina	2
T37	Lidokaina	2
T39	Meksyletyna	2
T45	Netylmicyna	2
T47	Nortryptylina	2
T49	Prokainamid	2
T51	Propafenon	2
T53	Prymidon	2
T61	Wankomycyna	2
U01	Escherichia coli, Vibrio cholerae Antygen enterotoksyny ciepłochwienne	2
U02	Francisella tularensis Przeciwciała	2
U03	Haemophilus influenzae (typ a,b,c,d,e,f) Antygen (surowice monowalente)	2
U04	Haemophilus influenzae (typ b) Antygen	2
U06	Helicobacter pylori Przeciwciała	2
U07	Helicobacter pylori Przeciwciała IgA (anty-H.pylori IgA)	2
U09	Helicobacter pylori Przeciwciała IgA (ilościowy)	2
U10	Helicobacter pylori IgG Przeciwciała (anty-H.pylori IgG)	2
U12	Helicobacter pylori IgG Przeciwciała (ilościowo)	2
U13	Helicobacter pylori IgM Przeciwciała (ilościowo)	2
U15	Helicobacter pylori Antygen	2
U16	Legionella pneumophila (1-7) Przeciwciała IgG	2
U17	Legionella pneumophila (1-7) Przeciwciała IgM	2
U18	Legionella pneumophila Antygen	2
U20	Legionella pneumophila Serogrupa 1 Antygen	2
U21	Legionella pneumophila Serogrupa 2-14 Antygen	2
U22	Legionella spp. Antygen	2
U23	Leptospira Antygen	2
U24	Leptospira Przeciwciała IgG	2
U25	Leptospira Przeciwciała IgM	2
U26	Listeria spp. Antygen	2
U33	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgA (anty-M.tuberculosis IgA)	2
U34	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgG (anty-M.tuberculosis IgG)	2
U35	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgG (ilościowo)	2
U36	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgM (anty-M. tuberculosis IgM)	2
U38	Mycoplasma pneumoniae Antygen	2
U39	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgA (anty-M.pneumoniae IgA)	2
U40	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgA (ilościowo)	2
U41	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-M.pneumoniae IgG)	2
U43	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-M.pneumoniae IgM)	2
U47	Neisseria meningitidis (Grupy A-D; X-Z; W135) Antygen (surowica poliwalentna)	2
U48	Neisseria meningitidis (Grupa A, B, C, D, X, Y, Z, W135, 29E) Antygen (surowica)	2
U49	Neisseria meningitidis B / E. coli K1 Antygen	2
U50	Neisseria meningitidis A,B / E.coli K1, C, Y/W Antygen (rozpuszczalne)	2
U51	Neisseria meningitidis A,C,Y,W135 Antygen (lateks poliwalentny)	2
U52	Proteus spp. Antygen (surowica monowalentna)	2
U53	Pseudomonas aeruginosa Antygen (surowica poliwalentna)	2
U54	Pseudomonas aeruginosa Antygen (surowica monowalentna)	2
U55	Salmonella spp. Antygen (surowica poliwalentna)	2
U56	Salmonella spp. Antygen (surowica monowalentna)	2
U57	Salmonella spp. Przeciwciała IgA	2
U58	Salmonella spp. Przeciwciała IgG	2
U59	Salmonella spp. Przeciwciała IgM	2
U60	Salmonella Typhi, Salmonella Paratyphi A B C Antygen (surowica poliwalentna)	2
U61	Shigella boydii Antygen (surowica poliwalentna)	2
U62	Shigella Dysenteriae Antygen (surowica monowalentna)	2
U63	Shigella dysenteriae Antygen (surowica poliwalentna)	2
U64	Shigella Flexneri Antygen (surowica poliwalentna)	2
U65	Shigella Sonnei Antygen (surowica polwalentna)	2
U66	Staphylococcus aureus Antygen	2
U67	Staphylococcus aureus Antygen PBP2,	2
U68	Staphylococcus aureus Antygen enterotoksyny	2
U69	Staphylococcus aureus Antygen TSST-1	2
U71	Staphylococcus aureus gen mec A	2
U72	Streptococcus pneumoniae Antygen	2
U74	Streptococcus Gr. A,B,C,D,F,G Antygen (lateks monowalentny)	2
U75	Streptococcus pyogenes Gr. A Przeciwciała (Antystreptolizyna O)	2
U76	Streptococcus Gr. B Antygen	2
U77	Streptococcus Gr. B Antygen (B I, B II, B III)	2
U79	Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum)	2
U80	Treponema pallidum IgG Przeciwciała (anty-T.pallidum IgG)	2
U82	Treponema pallidum Przeciwciała IgM (anty-T.pallidum IgM)	2
U84	Treponema pallidum Przeciwciała IgG/ IgM (anty-T. pallidum IgG/ IgM)	2
U85	Treponema pallidum Antygen	2
U86	Vibrio cholerae Antygen (surowica poliwalentna 0:1)	2
U87	Yersinia Przeciwciała IgG (anty-Yersinia IgG)	2
U88	Yersinia Przeciwciała IgM (anty-Yersinia IgM)	2
U89	Yersinia Przeciwciała IgA (anty-Yersinia IgA)	2
U91	Yersinia Przeciwciała IgG/ A (anty-Yersinia IgG/ A)	2
U92	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA	2
U94	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG	2
U96	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgM	2
U99	Yersinia Antygen (surowica monowalentna O:3; O:9)	2
V02	Wirus Parainfluenzy typ 2 Przeciwciała IgG	2
V03	Wirus Parainfluenzy typ 1 + 2 Antygen	2
V04	Wirus Parainfluenzy typ 3 IgG Przeciwciała	2
V06	Wirus Parainfluenzy typ 3 Antygen	2
V07	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgA (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgA)	2
V08	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgA (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgA) (ilościowo)	2
V09	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgG (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgG)	2

V10	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgM (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgM)	2
V12	Wirus Poliomyelitis Przeciwciała IgG (anty-Poliowirus IgG)	2
V13	Wirus Poliomyelitis Przeciwciała IgM (anty-Poliowirus IgM)	2
V14	Wirus RS Antygen	2
V15	Wirus RS Przeciwciała IgA (anty-RSV IgA)	2
V16	Wirus RS Przeciwciała IgG (anty-RSV IgG)	2
V17	Wirus RS Przeciwciała IgM (anty-RSV IgM)	2
V19	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG (anty-Rubella virus IgG)	2
V21	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG (anty-Rubella virus IgG) (ilościowo)	2
V22	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała	2
V23	Wirus różyczki (Rubella virus) IgM (anty-Rubella virus IgM)	2
V24	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgM (anty-Rubella virus IgM) (ilościowo)	2
V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen	2
V54	Wirus zapalenia wątroby typu C HCVcAntygen (antygen rdzeniowy)	2
V66	Wirus zapalenia mózgu zachodniego Nilu Przeciwciała IgG	2
V67	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgA (anty-Varicella-Zoster IgA)	2
V68	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgG (anty-Varicella-Zoster IgG)	2
V69	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgM (anty-Varicella-Zoster IgM)	2
V71	Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgG	2
V72	Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgM	2
V73	Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgA	2
V74	Wirusy ECHO Przeciwciała IgG	2
V75	Wirusy ECHO Przeciwciała IgM	2
V76	Wirusy ECHO Przeciwciała IgA	2
W01	Aspergillus spp. Antygen rozpuszczalny - galaktomannan	2
W03	Aspergillus spp. Przeciwciała IgA	2
W05	Aspergillus spp. Przeciwciała IgG	2
W07	Aspergillus spp. Przeciwciała IgM	2
W09	Aspergillus fumigatus Przeciwciała	2
W13	A. niger, A. nidulans, A. flavus, A. terreus Przeciwciała	2
W17	Candida spp. Antygen rozpuszczalny – mannan	2
W21	Candida spp. Przeciwciała IgG	2
W23	Candida albicans Przeciwciała IgA	2
W25	Candida spp. Przeciwciała IgM	2
W27	Candida albicans Przeciwciała	2
W31	Cryptococcus neoformans Antygen (glycuroxylomannan)	2
W35	Pneumocystis carinii (jirovecii) Antygen (oocysty)	2
X01	Ascaris lumbricoides Przeciwciała IgG (anty-Ascaris lumbricoides)	2
X03	Cryptosporidium Antygen (Cryptosporidium Antygen)	2
X05	Echinococcus granulosus Przeciwciała IgG (anty-Echinococcus IgG)	2
X07	Entamoeba histolytica Antygen (Entamoeba histolytica Antygen)	2
X09	Entamoeba histolytica Przeciwciała IgG (anty-Entamoeba histolytica IgG)	2
X11	Entamoeba histolytica Przeciwciała (całkowite)	2
X13	Giardia lamblia Antygen (Giardia lamblia Antygen)	2
X15	Giardia/ Cryptosporidium Antygen	2
X17	Leishmania Przeciwciała IgG (anty-Leishmania IgG)	2
X19	Leishmania Przeciwciała (całkowite)	2
X21	Leishmania Antygen	2
X23	P.f, P.v, P.m., P.o (Malaria) Antygen	2
X25	Plasmodium falciparum Przeciwciała (całkowite)	2
X27	Schistosoma mansoni Przeciwciała IgG (anty-Schistosoma mansoni IgG)	2
X29	Strongyloides Przeciwciała IgG	2
X31	Taenia solium Taenia solium IgG Przeciwciała IgG (anty-Taenia solium IgG)	2
X33	Toxocara canis Przeciwciała IgG (anty-Toxocara canis IgG)	2
X35	Toxoplasma gondii Przeciwciała	2
X37	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgA (anty-Toxoplasma gondii IgA)	2
X39	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgA (anty-Toxoplasma gondii IgA) (ilościowo)	2
X41	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG)	2
X43	Toxoplasma gondii IgG Przeciwciała (anty-Toxoplasma gondii IgG) (ilościowo)	2
X45	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)	2
X51	Toxoplasma gondii Antygen	2
X53	Trichinella spiralis Przeciwciała IgG (anty-Trichinella IgG)	2
X55	Trypanosoma cruzi Przeciwciała IgG (Trypanosoma cruzi IgG)	2

W2 Badania dodatkowe - grupa 1

ICD-9		
07.191	Testy stymulacji lub hamowania z hormonami podwzgórzowymi lub przysadkowymi lub ich	2
07.199	Hormonalne testy dynamiczne, inne	2
37.262	Nieinwazyjna programowana elektrostymulacja (NIPS)	2
49.21	Anoskopia	2
87.092	Rtg krtani bez kontrastu – zdjęcia warstwowe	2
87.093	Rtg przewodu nosowo – łzowego z kontrastem	2
87.094	Rtg nosogardzieli bez kontrastu	2
87.095	Rtg gruczołów ślinowych bez kontrastu	2
87.096	Rtg okolicy tarczycy bez kontrastu	2
87.098	Rtg gruczołów ślinowych z kontrastem	2
87.11	Rtg panoramiczne zębów	2
87.121	Rtg ortodontyczne głowy lub cefalometria	2
87.174	Rtg twarzoczaszki – przeglądowe	2
87.175	Rtg twarzoczaszki – celowane lub czynnościowe	2
87.176	Rtg czaszki – przeglądowe	2
87.177	Rtg czaszki – celowane lub czynnościowe	2
87.221	Rtg kręgosłupa odcinka szyjnego – przeglądowe	2
87.222	Rtg kręgosłupa odcinka szyjnego – celowane lub czynnościowe	2
87.231	Rtg kręgosłupa odcinka piersiowego – przeglądowe	2
87.232	Rtg kręgosłupa odcinka piersiowego – celowane lub czynnościowe	2
87.241	Rtg kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – przeglądowe	2
87.242	Rtg kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – celowane lub czynnościowe	2
87.371	Mammografia jednej piersi	2
87.431	Rtg żeber	2
87.432	Rtg mostka	2

87.440	Rtg klatki piersiowej	2
87.495	Rtg śródpiercia	2
87.496	Rtg tchawicy	2
87.691	Rtg przełyku z kontrastem	2
87.83	Histerosalphingografia (kontrast cieniujący)	2
87.91	Rtg nasieniowodów z kontrastem	2
88.110	Rtg miednicy - przeglądowe	2
88.111	Rtg miednicy - celowane	2
88.191	Rtg jamy brzusznej - przeglądowe	2
88.199	Inne rtg brzucha	2
88.241	Rtg kości kończyny górnej - celowane lub czynnościowe	2
88.291	Rtg kości kończyny dolnej - celowane lub czynnościowe	2
88.712	Echoencefalografia	2
88.713	USG tarczycy i przytarczyc	2
88.717	USG ślinianek	2
88.719	USG krtani	2
88.732	USG piersi	2
88.738	USG klatki piersiowej	2
88.741	USG transrektalne	2
88.747	Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu	2
88.759	USG układu moczowego – inne	2
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2
88.764	USG transwaginalne	2
88.781	USG płodu	2
88.789	Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna	2
88.790	USG węzłów chłonnych	2
88.792	USG macicy nieciężarnej i przydatków	2
88.794	USG stawów barkowych	2
88.795	USG stawów łokciowych	2
88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp	2
88.797	USG stawów biodrowych	2
88.798	USG stawów kolanowych	2
88.799	USG moszny w tym jąder i najądrzy	2
88.981	Dwufotonowa absorpcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)	2
89.121	Rhinomanometria	2
89.381	Badanie objętości płuc metodą pletyzmograficzną	2
89.384	Badanie zdolności dyfuzyjnej płuc	2
89.386	Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową	2
89.387	Badanie spirometryczne z 6-minutowym testem chodu	2
89.393	Kardiotokografia	2
89.402	Kontrola stymulatora serca jedno- lub dwujamowego	2
89.403	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora jedno- lub dwujamowego	2
91.821	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy	2
91.831	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i	2
91.841	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – parazytologia	2
95.05	Badanie pola widzenia (perymetria)	2
95.13	USG gałki ocznej	2
95.1904	HRT - Tomografia siatkówkowa	2
95.1905	GDX - Analiza włókien nerwowych	2
95.1909	Wideokeratografia	2
95.241	Elektronystagmogram (ENG)	2
95.242	Video ENG	2
95.412	Audiometria impedancyjna	2
95.414	Subiektywna audiometria	2
95.436	Otoemisja akustyczna	2
99.801	Ocena działania czynnika swoistego (testy alergiczne) - co najmniej 10 alergenów	2
99.808	Ocena działania czynników wywołujących nadwrażliwość niewymienioną gdzie indziej	2
99.9950	Kapilaroskopia	2
99.9953	Dermatoskopia	2
99.9954	Wideodermatoskopia	2
99.9955	Próby nadprogowe	2
C21	Leukocyty – badanie aktywności peroksydazy (POX)	2
C23	Leukocyty – badanie aktywności esterazy nieswoistej	2
C27	Leukocyty – badanie immunofenotypowe komórek białych	2
C29	Leukocyty – barwienie sudanem czarnym B	2
C31	Leukocyty – reakcja PAS	2
C83	Płytki krwi – czas okluzji	2
F09	Adenovirus IgG/ IgM Przeciwciała (anty-Adenovirus IgG/ IgM)	2
F13	Bunyavirus IgG/ IgM Przeciwciała	2
F17	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgA (anty-Cytomegalovirus IgA)	2
F19	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)	2
F22	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - Awidność	2
F23	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)	2
F35	Parvovirus B19 IgG/ IgM Przeciwciała	2
F41	Wirus Dengue Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Dengue IgG/ IgM)	2
F51	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Epstein-Barr IgG/ IgM)	2
F52	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA/ IgM	2
F62	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Herpes Simpl. V. 1 IgG/ IgM)	2
F72	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgG/ IgM screening (anty-Herpes Simpl. V. 1/2)	2
F77	Wirus Influenza A Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Influenza IgG/ IgM)	2
F82	Wirus Influenza B Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Influenza IgG/ IgM)	2
F86	Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgG/ IgM (anty-TBE virus IgG/ IgM)	2
F95	Wirus nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych (Rubulavirus) Przeciwciała IgG/ IgM	2
F99	Wirus Parainfluenzy typ 1 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 1 IgG/ IgM)	2
G26	Czynnik krzepnięcia II (FII)	2
G28	Czynnik krzepnięcia IXAg (FIXAg)	2
G29	Czynnik krzepnięcia V (FV)	2
G31	Czynnik krzepnięcia VII (FVII)	2
G33	Czynnik krzepnięcia VIII (FVIII)	2
G34	Czynnik krzepnięcia VIII Ag (FVIIIAg)	2
G35	Czynnik krzepnięcia VIII - podjednostki	2
G37	Czynnik krzepnięcia X (FX)	2

G39	Czynnik krzepnięcia XI (FXI)	2
G41	Czynnik krzepnięcia XII (FXII)	2
G43	Czynnik krzepnięcia XIII (FXIII)	2
G45	Czynnik płytkowy 4	2
G47	Czynnik von Willebranda (vWF)	2
G68	Miedź (Cu)	2
G73	Kompleks trombina/ antytrombina III (TAT)	2
G77	Produkty degradacji fibryny (FDP)	2
G81	Prekalikreina	2
G83	Tkankowy aktywator plazminogenu (TPA)	2
I07	Aktywność reninowa osocza (ARO)	2
I31	Androstendion	2
I33	Androsteron	2
I41	Antygen CA 125 (CA125)	2
I43	Antygen CA 15-3 (CA15-3)	2
I45	Antygen CA 19-9 (CA19-9)	2
I47	Antygen CA 549	2
I49	Antygen CA 72-4 (CA72-4)	2
I51	Antygen CYFRA 21-1	2
I52	Antygen nowotworowy HE4	2
I55	Antygen polipeptydowy (TPA)	2
I57	Antygen polipeptydowy swoisty (TPS)	2
I59	Antygen raka płaskonabłonkowego (SCC)	2
I63	Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny	2
I64	Antykoagulant toczniowy	2
I65	α -1-Antytrypsyna	2
I82	Białko S-100	2
I83	Białko wiążące hormony płciowe (SHBP) (SHBG)	2
I85	Białko wiążące retinol (RBP)	2
I86	Białko – immunofiksacja	2
I95	Ceruloplazmina	2
K16	Cystatyna C	2
K30	D-/L- arabinitol	2
K53	Dezoksypirydynolina (DPD, Pyrylinks D)	2
K55	Dihydrotestosteron	2
K67	Dopelniaacz, składowa C1q	2
K75	Dopelniaacz, składowa C3	2
K77	Dopelniaacz, składowa C4	2
K85	Enolaza neuronowa swoista	2
L01	Estriol	2
L03	Fenylalanina	2
L05	Ferrytyna	2
L07	α -fetoproteina (AFP)	2
L29	Galaktoza	2
L46	Gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β -HCG)	2
L47	Gonadotropina kosmówkowa (HCG)	2
L63	Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	2
L73	17-Hydroksykorykosteroidy, całkowite (17-OHCS)	2
L75	18-Hydroksydezykorykosteron	2
L77	18- Hydroksykorykosteron	2
L79	17-Hydroksyprogesteron	2
L81	17-Hydroksypregnenolon	2
M09	Kachektyna (TNF)	2
M11	Kalcitonina	2
M15	Katecholaminy	2
M17	17-Ketosterydy, całkowite (17-KS)	2
M30	Kwas 3,7,11,15 – tetrametylo heksadekanowy (fitanowy)	2
M53	Kwasy żółciowe	2
M71	Lipoproteiny/lipidy, rozdział	2
M81	Łańcuchy ciężkie	2
M83	Łańcuchy lekkie kappa	2
M85	Łańcuchy lekkie lambda	2
N26	Orozomukoid	2
N27	Osteokalcyna	2
N29	Parathormon (PTH)	2
N30	Parathormon intact (iPTH)	2
N33	Peptyd C	2
N35	Peroksydaza glutationowa	2
N42	Karboksyporfiryny	2
N44	Oligosacharydy	2
N50	Palmitoilotransferaza karnitynowa I i CPT II)	2
N58	Prokalcytonina	2
N59	Prolaktyna	2
N81	Przeciwciała przeciw gliadynie klasy IgG	2
N83	Przeciwciała przeciw gliadynie, klasy IgA	2
O09	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	2
O17	Przeciwciała przeciw retikulinie	2
O18	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	2
O19	Przeciwciała przeciw tyreotropinie	2
O21	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA)	2
O23	Receptory hormonów sterydowych	2
O24	Receptor IL2	2
O25	Reduktaza glutationu	2
O26	Receptor IL6	2
O28	Rozpuszczalny receptor transferyny (sTfR)	2
O33	Serotonina	2
O34	Rybonukleozyd 5-aminimidazolo-4-N-bursztynylokarboksamidowy (SAICAr)	2
O43	Transferyna	2
O45	Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem	2
O47	Transferyna z niedoborem węglowodanów (CDT)	2
O48	Transferyna, izoformy	2
O52	Siarczyny	2

O54	Sjalooligosacharydy	2
O59	Troponina I	2
O61	Troponina T	2
O89	Witamina D - 24, 25 OH	2
O91	Witamina D - 25 OH	2
P31	Etylowy alkohol	2
P49	Leki	2
Q40	Palmitynian, utlenianie	2
R05	Trójktywiczne antydepresanty	2
S11	Bordetella pertussis Przeciwciała IgG/ IgM (anty-B. pertussis IgG/ IgM)	2
S19	Bordetella pertussis Przeciwciała IgG/ IgA (anty-B. pertussis toksyna IgG/ IgA)	2
S21	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG)	2
S25	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM)	2
S33	Borrelia afzelli Przeciwciała IgG	2
S35	Borrelia afzelli Przeciwciała IgM	2
S39	Brucella Przeciwciała IgA (anty-Brucella IgA)	2
S41	Brucella IgG Przeciwciała (anty-Brucella IgG)	2
S43	Brucella Przeciwciała IgM (anty-Brucella IgM)	2
S45	Brucella Przeciwciała (całkowite)	2
S61	Chlamydia Przeciwciała IgG	2
S63	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgA (anty-Ch. pneumoniae IgA)	2
S65	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-Ch. pneumoniae IgM)	2
S67	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-Ch. pneumoniae IgG)	2
S71	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgA (anty-Ch. trachomatis IgA)	2
S73	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG (anty-Ch. trachomatis IgG)	2
S75	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgM	2
S81	Clostridium difficile Antygen/ Toksyna A + B	2
S85	Clostridium tetani Przeciwciała IgG/ toksyna	2
S86	Clostridium tetani Przeciwciała IgG/ toksyna (ilościowo)	2
S87	Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG	2
S88	Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG (anty-C.diphtheriae toksyna IgG)	2
S89	Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG (anty-C.diphtheriae toksyna IgG) (ilościowo)	2
S90	Coxiella burnetii (Gorączka Q) IgG	2
S91	Coxiella burnetii IgA	2
S92	Coxiella burnetii IgM	2
T05	Amitryptylina	2
T11	Cyklosporyna A (CsA)	2
T23	Etosuksymid	2
T27	Fenytoina	2
T33	Karbamazepina	2
T35	Klomipramina	2
T41	Metotreksat	2
T43	N-acetylo-prokainamid (NAPA)	2
T54	Sirolimus	2
T55	Teofilina	2
T56	Takrolimus	2
T57	Tobramycyna	2
T59	Walproinowy kwas	2
U42	Mycoplasma pneumoniae IgG/ IgA Przeciwciała	2
U45	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgG/ IgM	2
U90	Yersinia Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Yersinia IgG/ IgM)	2
U97	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/IgM	2
V01	Wirus Parainfluenzy typ 2 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 2 IgG/ IgM)	2
V05	Wirus Parainfluenzy typ 3 IgG/ IgM Przeciwciała (anty-Parainfluenza 3 IgG/ IgM)	2
V11	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgG/ IgM)	2
V18	Wirus RS Przeciwciała IgG/ IgM (anty-RSV IgG/ IgM)	2
V25	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG/ IgM	2
V27	Wirus zapalenia wątroby typu A (HAV) Przeciwciała (całkowite)	2
V28	Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgG	2
V29	Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgM	2
V30	Wirus zapalenia wątroby typu A + B HAV IgM + HBs Antygen	2
V31	Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) Przeciwciała HBc (całkowite)	2
V32	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM	2
V33	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (ilościowo)	2
V34	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG	2
V35	Wirus zapalenia wątroby typu B HBe Antygen	2
V36	Wirus zapalenia wątroby typu B HBe/anty Hbe	2
V37	Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBc IgG + HBs	2
V38	Wirus zapalenia wątroby typu B HBe Przeciwciała	2
V40	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (ilościowo)	2
V41	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (potwierdzający)	2
V42	Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBs	2
V43	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG/HBs Przeciwciała	2
V44	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + HBc IgM	2
V48	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)	2
V50	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM	2
V52	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG	2
V57	Wirus zapalenia wątroby typu D (HDV) Antygen	2
V58	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała	2
V59	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała (ilościowo)	2
V60	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała IgG	2
V61	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała IgM	2
V62	Wirus zapalenia wątroby typu E (HEV) Przeciwciała	2
V63	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG	2
V64	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgM	2
V65	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG/ IgM	2
V70	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Varicella-Zoster IgG/ IgM)	2
W11	Aspergillus fumigatus Przeciwciała IgG/ IgM	2
W19	Candida albicans Przeciwciała IgG/ IgM (antymannanowe)	2
X47	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała	2
X49	Toxoplasma gondii Awidność Przeciwciała IgG (anty-T. gondii)	2

W3 Badania dodatkowe - grupa 2

ICD-9		Ranga ICD-9
04.14	Badanie metodą pojedynczego włókna (SFEMG)	2
29.1901	Stroboskopia	2
29.1902	Videostroboskopia	2
67.191	Kolposkopia	2
87.35	Mammografia z kontrastem	2
87.372	Mammografia obu piersi	2
87.62	Seriogram górnego odcinka przewodu pokarmowego	2
87.63	Seriogram jelita cienkiego	2
87.732	Urografia z kontrastem jonowym	2
87.76	Cystoureterografia wsteczna	2
88.14	Fistulografia	2
88.66	Flebografia żył kończyny dolnej	2
88.718	USG przezciemiączkowe	2
88.793	USG kończyn górnych lub kończyn dolnych	2
89.141	Elektroencefalogram (EEG)	2
89.142	Holter EEG	2
89.152	Somatosensoryczne potencjały wywołane (SEP)	2
89.153	Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (BAEP)	2
89.158	Zmiana nastawień – programowanie stymulatora nerwu błędnego	2
89.404	Kontrola stymulatora resynchronizującego serca [CRT-P]	2
	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora jedno- lub dwujamowego z oceną zdarzeń arytmicznych	2
89.405	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora z funkcją stymulacji	2
89.441	Badanie wysiłkowe izotopowe z talem – z lub bez stymulacji przezprężkowej	2
	Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter RR	2
89.501	Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG	2
89.502	OCT - Optyczna koherentna tomografia oka	2
95.1906	Test pochyleniowy (tilt test)	2
99.9956	Fosfataza zasadowa granulocytów	2
C11	Granulocyty – badanie aktywności fagocytarnej	2
C13	Granulocyty – badanie aktywności fagocytarnej	2
C15	Granulocyty zasadochłonne – test bezpośredniej degranulacji	2
C33	Limfadenogram	2
C35	Limfoblasty	2
C37	Limfocyty B	2
C39	Limfocyty BCD5+	2
C41	Limfocyty T	2
C43	Limfocyty TCD4+	2
C45	Limfocyty TCD8+	2
C47	Metamielocyty	2
C63	Płytki krwi - badanie agregacji	2
E21	Diagnostyka konfliktu matczyno- płodowego	2
E31	Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD)	2
F21	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
F24	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM - test potwierdzenia	2
F25	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG/ IgM	2
F54	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
F90	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)	2
G07	Białko S	2
G14	Trombina – test generacji	2
J41	HLA B27	2
K02	Chitotriozydaza	2
L62	Homocysteina	2
L68	Hormon antymüllerowski	2
M62	Leptyna	2
N63	Przeciwciała przeciw antygenom nadnerczy	2
N65	Przeciwciała przeciw antygenom przytarczyc	2
N66	Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę (CCP)	2
N67	Przeciwciała przeciw błonie podstawnej kłębków nerkowych (anty-GMB)	2
N69	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)	2
N71	Przeciwciała przeciw czynnikowi wewnętrznemu Castle'a (IFA)	2
N73	Przeciwciała przeciw desmogleinie	2
N75	Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)	2
N77	Przeciwciała przeciw DNA jednociowemu (ssDNA)	2
N79	Przeciwciała przeciw endomysium	2
N85	Przeciwciała przeciw histonom	2
N87	Przeciwciała przeciw insulinie	2
N89	Przeciwciała przeciw kardiolinie	2
N91	Przeciwciała przeciw komórkom mięśni gładkich	2
N93	Przeciwciała przeciw komórkom mięśni szkieletowych	2
N95	Przeciwciała przeciw komórkom mięśnia sercowego	2
N97	Przeciwciała przeciw komórkom okładzinowym żołądka	2
N99	Przeciwciała przeciw komórkom wysp trzustki	2
O01	Przeciwciała przeciw limfocytom	2
O03	Przeciwciała przeciw mielinie	2
O05	Przeciwciała przeciw mitochondriom	2
O07	Przeciwciała przeciw neutrofilom	2
O11	Przeciwciała przeciw płytkom krwi	2
O12	Identyfikacja alloprzeciwciał	2
O13	Przeciwciała przeciw receptorowi insuliny	2
O15	Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny	2
O87	Witamina D - 1, 25 OH	2
S23	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający	2
S27	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający	2
S29	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG/ IgM Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/ IgM)	2
S31	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG/ IgM - test potwierdzający	2
S37	Borrelia Przeciwciała (całkowite)	2
S77	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG/ IgM	2

T28	5-Fluorouracyl (5-FU)	2
U08	Helicobacter pylori Przeciwciała IgA - test potwierdzenia	2
U11	Helicobacter pylori IgG Przeciwciała - test potwierdzenia	2
U14	Helicobacter pylori IgG/ IgA Przeciwciała (anty-H. pylori IgG/ IgA)	2
U19	Legionella pneumophila IgG/ IgM/ IgA	2
U44	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgM - test potwierdzenia	2
U81	Treponema pallidum Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
U83	Treponema pallidum Przeciwciała IgM - test potwierdzenia	2
U93	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA - test potwierdzenia	2
U95	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
U98	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/ IgM - test potwierdzenia	2
V20	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
V26	Rubella virus + CMV + Toxoplasma Rubella IgG + CMV IgM + Toxo IgG	2
V45	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała HBs + HBc IgG	2
V46	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała + HBc IgG + HBc IgM	2
V49	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)	2
V51	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM - test potwierdzenia	2
V53	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2

W4 Badania dodatkowe - grupa 3

ICD-9		
87.64	Seriogram dolnego odcinka przewodu pokarmowego	2
88.725	Echokardiografia kwalifikująca dzieci do operacji kardiochirurgicznych lub kardiologicznego	2
	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora z funkcją stymulacji	
89.407	resynchronizującej z oceną zdarzeń arytmicznych komory [CRT-D]	2
	Wielodniowe monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub	
89.503	cyfrowych (typu Holter) - Event Holter, Holter 72 godz.	2
95.21	Elektroretinografia (ERG)	2
95.22	Elektrookulografia (EOG)	2
95.23	Zapis wzrokowego potencjału wzbudzonego (wzrokowe potencjały wywołane – VEP, VER)	2
C49	Mieloblasty	2
E64	Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej	2
F26	Cytomegalovirus (CMV) DNA	2
F38	Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA	2
F92	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) RNA / DNA	2
G70	Oznaczenie aktywności czynnika IX	2
I02	Acylokarnityny	2
I16	Aminokwasy	2
I84	Białko PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A	2
M76	L-karnityna całkowita	2
M78	L-karnityna wolna	2
M82	Kwasy tłuszczowe bardzo długociąguchowe (VLCFA)	2
M92	β2-mikroglobulina	2
O62	Kwasy organiczne	2
O74	Urydylotransferaza galaktozo – 1 fosforanowa (GALT)	2
S79	Chlamydia trachomatis DNA	2
S83	Clostridium difficile DNA toxin A i B	2
U05	Haemophilus influenzae DNA	2
U27	Listeria monocytogenes DNA	2
U28	Mycobacterium avium DNA	2
U29	Mycobacterium avium complex DNA	2
U30	Mycobacterium kansasii DNA	2
U31	Mycobacterium gordonae DNA	2
U32	Mycobacterium intracellulare DNA	2
U37	Mycobacterium tuberculosis complex DNA	2
U46	Neisseria gonorrhoeae DNA	2
U70	Staphylococcus aureus DNA	2
U73	Streptococcus pneumoniae DNA	2
U78	Streptococcus Gr. B DNA	2
V47	Wirus zapalenia wątroby typu B HBV-DNA	2
V55	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA	2
V56	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA (ilościowo)	2
V81	Wirus Varicella-Zoster VZV-DNA	2
W15	Blastomyces dermatitidis DNA	2
W29	Coccidioides immitis DNA	2
W33	Histoplasma capsulatum DNA	2

W5 Badania dodatkowe - grupa 4

ICD-9		Ranga ICD-9	
L91	Immunoglobuliny E swoiste (IgE)		4

W6 Badania dodatkowe - grupa 5

ICD-9		Ranga ICD-9	
18.111	Otoskopia		0
18.112	Videootoskopia		0
21.291	Rinoskopia przednia		0
21.292	Rinoskopia środkowa		0
95.1913	Badanie w lampie szczelinowej		0
A09	Bilirubina w moczu		0
A11	Ciała ketonowe w moczu		0
A12	Ciepota właściwy moczu		0
A13	Erytrocyty/ hemoglobina w moczu		0
A14	Leukocyty w moczu		0
A15	Glukoza w moczu		0
A19	Osad moczu		0
A25	Urobilinogen w moczu		0
C02	Erytrocyty – liczba		0
C30	Leukocyty – liczba		0
C32	Leukocyty – obraz odsetkowy		0
C01	Erytroblasty		0
C67	Promielocyty		0

W7 Badania dodatkowe - grupa 6

ICD-9		Ranga ICD-9	
89.394	Elektromiografia		4
04.13	Elektroencefalografia		4

W8 Badania dodatkowe - grupa 7

ICD-9		Ranga ICD-9	
89.383	Badanie spirometryczne		2
89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)		2

W9 Badania dodatkowe - grupa 8

ICD-9		Ranga ICD-9	
88.716	USG przezciężarskowa – doppler		2
88.751	USG naczyń nerkowych – doppler		2
88.776	USG naczyń kończyn górnych – doppler		2
88.779	USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler		2

W10 Badania dodatkowe - grupa 9

ICD-9		Ranga ICD-9	
88.714	USG naczyń szyi – doppler		2
88.721	Echokardiografia		2
88.777	USG naczyń kończyn dolnych – doppler		2
	Uroflowmetria z oceną ultrasonograficzną objętości moczu zalegającego w pęcherzu po mikcji		2
89.202	mikcji		2
89.41	Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej		2
89.43	Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym		2

W11 Badania dodatkowe - grupa 10

ICD-9		Ranga ICD-9	
89.201	Pomiar szybkości przepływu cewkowego (uroflowmetria)		2

W12 Badania dodatkowe - grupa 11

ICD-9		Ranga ICD-9	
95.121	Angiografia fluoresceinowa		2
87.733	Urografia z kontrastem niejonowym		2
88.36	Limfangiografia kończyny dolnej		2
88.726	Echokardiografia obciążeniowa - wysiłkowa		2
G91	ADAMTS13 – stężenie		2

W13 Badania dodatkowe - grupa 12

ICD-9		Ranga ICD-9
88.722	Echokardiografia przezprzelykowa	2
88.723	Echokardiografia obciążeniowa	2
89.203	Badanie urodynamiczne bez profilometrii cewkowej i elektromiografii (EMG)	2
G92	ADAMTS13 – aktywność	2
G93	ADAMTS13 – inhibitor	2

W14 Badania dodatkowe - grupa 13

ICD-9		Ranga ICD-9
89.204	Badanie urodynamiczne z elektromiografią bez profilometrii cewkowej	2
89.205	Badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią	2
89.206	Badanie urodynamiczne z testem ciśnieniowo-przepływowym	2

W15 Badania dodatkowe - grupa 14

ICD-9		Ranga ICD-9
95.122	Angiografia indocyjaninowa	2

W16 Badania dodatkowe - grupa 15

ICD-9		Ranga ICD-9
91.447	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne	2
91.891	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni	2

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

Grupy zabiegowe Z i PZ

Ranga*

Z01 Świadczenia zabiegowe - grupa 1

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z01

ICD-9		
06.111	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	4

Z09 Świadczenia zabiegowe - grupa 9

wymagane wskazanie procedury z listy Z09

ICD-9		
99.921	Akupunktura – leczenie bólu przewlekłego	2

Z10 Świadczenia zabiegowe - grupa 10

wymagane wskazanie procedury z listy Z10

ICD-9		
04.80	Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego – nieokreślone inaczej	2
04.81	Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego	2
04.89	Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurologicznych	2
99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej	2

Z13 Świadczenia zabiegowe - grupa 13

wymagane wskazanie procedury z listy Z13

ICD-9		
04.21	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurologicznego	2
04.24	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	2
04.25	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą	2
23.2207	Założenie szyny z pelotą lub płytą nagryzową przy złamaniach z przemieszczeniem szczęki lub dna oczodołu lub wyrostka kłykciowego żuchwy	2
80.453	Uwolnienie więzadła – nadgarstek	2
80.454	Uwolnienie więzadła – ręką i palce	2

Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22

wymagane wskazanie procedury z listy Z22

ICD-9		
85.131	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	2
85.132	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną	2

Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23

wymagane wskazanie procedury z listy Z23

ICD-9		
38.691	Inne wycięcie naczynia- żył kończyny dolnej (udowa)	2
66.8	Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	2
68.12	Histeroskopia diagnostyczna	2
68.231	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	2
69.03	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	2
69.04	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	2
69.59	Inne aspiracyjne lyżeczkowanie macicy	2
76.93	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	2

Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 24

wymagane wskazanie procedury z listy Z24

ICD-9		
67.2	Konizacja szyjki macicy	2
60.111	Biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa	2
68.232	Histeroskopowa ablacja endometrium	2

Z25 Świadczenia zabiegowe - grupa 25

wymagane wskazanie procedury z listy Z25

ICD-9		
93.3930	Prądy TENS	2
93.57	Założenie opatrunku na ranę – inne	2
98.01	Usunięcie ciała obcego ze światła jamy ustnej bez nacięcia	2
98.17	Usunięcie ciała obcego ze światła pochwy bez nacięcia	2
98.18	Usunięcie ciała obcego z przetoki sztucznej bez nacięcia	2
98.20	Usunięcie ciała obcego bez nacięcia – inne	2
98.23	Usunięcie ciała obcego ze sromu bez nacięcia	2
98.24	Usunięcie ciała obcego z prącia/moszny bez nacięcia	2
98.25	Usunięcie ciała obcego z tułowia, z wyjątkiem moszny, prącia lub sromu – bez nacięcia	2
98.26	Usunięcie ciała obcego z ręki bez nacięcia	2
98.27	Usunięcie ciała obcego z kończyny górnej, z wyjątkiem dłoni – bez nacięcia	2

98.28	Usunięcie ciała obcego ze stopy bez nacięcia	2
98.29	Usunięcie ciała obcego z nogi, z wyjątkiem stopy – bez nacięcia	2
99.821	Lecznice naświetlania promieniami ultrafioletowymi chorób skóry	2
99.89	Zabieg fizykoterapii przeciwbólowo	2

Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27

wymagane wskazanie procedury z listy Z27

ICD-9		
00.9600	Elektrokoagulacja zmian powierzchniowych	2
00.9601	Krioterapia zmian powierzchniowych	2
00.9602	Laseroterapia zmian powierzchniowych	2
57.01	Drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	2
57.029	Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia – inne	2
57.95	Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe	2
85.81	Szycie rany piersi	2
86.03	Nacięcie torbieli skórastej	2
86.058	Usunięcie drenu (drenów) z ran pooperacyjnych	2
86.32	Kriochirurgiczne zniszczenie skóry	2
86.34	Zniszczenie skóry laserem	2
86.381	Radikalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia do 4,0 cm	2
86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm	2
86.54	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	2
97.03	Wymiana cewnika w przetocze jelita cienkiego	2
97.04	Wymiana cewnika w przetocze jelita grubego	2
97.16	Wymiana tamponu lub drenu w ranie	2
97.26	Wymiana tamponady lub drenu pochwy lub sromu	2
97.41	Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej	2
97.611	Usunięcie cewnika z nefrostomii i pielostomii	2
97.631	Usunięcie cewnika z cystostomii	2
97.65	Usunięcie szynowania z cewki moczowej	2
97.81	Usunięcie drenu zaotrzewnowego	2
97.82	Usunięcie drenu otrzewnowego	2
98.19	Usunięcie ciała obcego ze światła cewki moczowej bez nacięcia	2

Z31 Świadczenia zabiegowe - grupa 31

wymagane wskazanie procedury z listy Z31

ICD-9		
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	2
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.281	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczoteczowanie	2
86.282	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem	2
86.283	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie	2
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	2

Z32 Świadczenia zabiegowe - grupa 32

wymagane wskazanie procedury z listy Z32

ICD-9		
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	2
45.252	Pobranie materiału przez wyszczoteczowanie lub wypłukanie jelita grubego	2
60.113	Przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)	2
64.21	Wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia	2

Z39 Świadczenia zabiegowe - grupa 39

wymagane wskazanie procedury z listy Z39

ICD-9		
79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/ łokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródręcza (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obończyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepka)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4

Z44 Świadczenia zabiegowe - grupa 44

wymagane wskazanie procedury z listy Z44

ICD-9		
08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczowego	2
08.21	Wycięcie gradówki	2
08.38	Korekcja przykurczu powiek	2
08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/wywniętej powieki	2
08.42	Podszycie podwiniętej/wywniętej powieki	2
08.511	Powiększenie szczeliny powiek	2
08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej	2
08.522	Zszycie tarczki	2
08.71	Rekonstrukcja brzegu powieki niepełnej grubości	2
08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi	2
10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki	2
10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce	2
10.331	Usunięcie ziarniny jagliczej	2
10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	2
10.91	Iniekcja podspojówkowa	2
12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka	2
12.54	Przecięcie twardówki z zewnątrz	2
12.73	Cyklofotokoagulacja	2
12.75	Gonioplastyka laserowa	2
12.76	Trabekuloplastyka laserowa	2
12.91	Lecznice opróżnienie komory przedniej oka	2
12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka	2
12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka	2
12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka	2

Z48 Świadczenia zabiegowe - grupa 48

wymagane wskazanie procedury z listy Z48

ICD-9		
14.22	Zniszczenie zmiany naczyńiówki/ siatkówki – krioterapia	2
14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyńiówki/siatkówki	4
14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyńiówki/siatkówki – inne	4
14.32	Rozerwanie siatkówki – leczenie krioterapią	2
14.34	Rozerwanie siatkówki – leczenie fotokoagulacją (laser)	2
14.35	Rozerwanie siatkówki – leczenie fotokoagulacją – inne	2
14.54	Odwartwienie siatkówki – leczenie fotokoagulacją (laser)	2
14.55	Odwartwienie siatkówki – leczenie fotokoagulacją – inne	2
48.31	Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy	2
48.32	Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inne	2
49.43	Kauteryzacja hemoroidów	2
49.45	Podwiązanie hemoroidów	2
58.22	Inna uretroskopia	2

Z53 Świadczenia zabiegowe - grupa 53

wymagane wskazanie procedury z listy Z53

ICD-9		
97.23	Wymiana rurki tracheostomijnej	2
97.632	Wymiana cewnika w cystostomii	2

Z56 Świadczenia zabiegowe - grupa 56

wymagane wskazanie procedury z listy Z56

ICD-9		
21.01	Przednia tamponada nosa przy krwotoku	2

Z57 Świadczenia zabiegowe - grupa 57

wymagane wskazanie procedury z listy Z57

ICD-9		
12.122	Nacięcie tęczówki	2
12.124	Nacięcie tęczówki z użyciem lasera	2
12.19	Wycięcie tęczówki – inne	2
12.35	Nakłucie tęczówki	2
12.413	Zniszczenie zmiany tęczówki przez fotokoagulację	2
12.51	Nakłucie kąta przesącza bez nacięcia kąta	2
21.13	Nacięcie przegrody nosowej	2
21.14	Drenaż ropnia przegrody nosa	2
21.71	Zamknięte nastawienie złamania nosa	2
33.21	Bronchoskopia przez przetokę	2
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	2
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	2
33.239	Bronchoskopia – inna	2
38.94	Weneseckja	2

Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58

wymagane wskazanie procedury z listy Z58

ICD-9		
13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie) (kapsulotomia laserowa)	2
13.65	Wycięcie wtórnej błony po zaćmie	2
13.66	Rozdrobnienie wtórnej błony po zaćmie	2
18.02	Nacięcie zewnętrznego przewodu słuchowego	2
18.291	Przyżeganie ucha zewnętrznego	2
18.293	Kriochirurgia ucha zewnętrznego	2
18.294	Łyżeczowanie ucha zewnętrznego	2
20.1	Usunięcie rurki tympantomijnej	2
64.41	Szycie rany prącia	2
71.22	Nacięcie torbiele gruczołu Bartholina	2
78.632	Usunięcie stymulatora wzrostu kości (inwazyjnego) – kość ramienna	2
86.741	Umocowanie przez wydłużony płat	2
86.742	Umocowanie przez podwójne uszypułowany płat	2
86.744	Umocowanie przez zrotowany płat	2

Z61 Świadczenia zabiegowe - grupa 61

wymagane wskazanie procedury z listy Z61

ICD-9		
21.02	Tylna i przednia tamponada nosa przy krwotoku	2
21.18	Endoskopowy drenaż ropnia przegrody nosa	2
21.91	Uwolnienie zrostów nosowych	2

Z72 Świadczenia zabiegowe - grupa 72

wymagane wskazanie procedury z listy Z72

ICD-9		
60.261	Przecewkowa termoterapia stercza falami o częstotliwości radiowej (TURF)	2
60.262	Przecewkowa termoterapia mikrofalowa stercza (TUMT)	2
99.974	Uzupełnienie pompy baklofenem	2

Z74 Świadczenia ortoptyczno-pleoptyczne

wymagane wskazanie procedury z listy Z74

ICD-9		
95.35	Ćwiczenia ortoptyczne	2
93.3999	Zabiegi fizjoterapeutyczne – inne	2

Z75 Świadczenia logopedyczne

wymagane wskazanie procedury z listy Z75

ICD-9		
93.72	Terapia afazji (i dysfazji)	2
93.73	Ćwiczenie mowy przełykowej	2
93.74	Terapia defektów wymowy	2
93.75	Leczenie/ćwiczenia wymowy – inne	2

Z76 Świadczenia zabiegowe - grupa 76

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur z listy Z76

ICD-9		
79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/ łokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródreżca (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepka)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4

Z78 Świadczenia zabiegowe - grupa 78

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z78

ICD-9		
85.113	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi	4

Z79 Świadczenia zabiegowe - grupa 79

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z79a
lub
wymagane wskazanie procedury z listy Z79b

Lista Z79a

ICD-9

85.114	Przebiórka gruczołowa biopsja piersi – celowana	4
--------	---	---

Lista Z79b

ICD-9

57.321	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym	2
--------	--	---

57.322	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętym	2
--------	--	---

Z80 Świadczenia zabiegowe - grupa 80

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z80

ICD-9

14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/siatkówki	4
-------	---	---

14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyniówki/siatkówki – inne	4
-------	--	---

Z81 Świadczenia zabiegowe - grupa 81

wymagane wskazanie 2 procedur z listy Z81

ICD-9

76.96	Wstrzyknięcie leku do stawu skroniowo-żuchwowego	4
-------	--	---

81.92	Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł	4
-------	--	---

82.94	Wstrzyknięcie leku do kaletki ręki	4
-------	------------------------------------	---

82.95	Wstrzyknięcie leku do ścięgna ręki	4
-------	------------------------------------	---

83.96	Wstrzyknięcie leku do kaletki maziowej	4
-------	--	---

83.97	Wstrzyknięcie leku do ścięgna	4
-------	-------------------------------	---

Z82 Świadczenia zabiegowe - grupa 82

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z82

ICD-9

06.114	Biopsja gruczołowa tarczycy – celowana	4
--------	--	---

Z83 Świadczenia zabiegowe - grupa 83

wymagane wskazanie 1 procedury z listy Z83a oraz 1 procedury z listy Z83b

ICD-9, lista Z83a

79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
-------	---	---

79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/ łokciowa (ramię - inne)	4
-------	---	---

79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródręcza (ręka)	4
-------	---	---

79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
-------	---	---

79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
-------	--	---

79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
-------	---	---

79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
-------	--	---

79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	4
--------	---	---

79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
--------	--	---

79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepka)	4
--------	---	---

79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
-------	---	---

79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
-------	--	---

79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
-------	--	---

79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
-------	---	---

79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
-------	--	---

79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
-------	--	---

79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4
-------	--	---

ICD9, lista Z83b

82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki – inne	4
-------	-------------------------------------	---

82.45	Szycie ścięgna ręki – inne	4
-------	----------------------------	---

83.61	Szycie pochewki ścięgna	4
-------	-------------------------	---

86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm	2
-------	---	---

86.53	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm	2
-------	--	---

Z84 Świadczenia zabiegowe - grupa 84

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur z listy Z84a oraz co najmniej 1 procedury z listy Z84b

ICD-9, lista Z84a

79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/ łokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródręcza (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepka)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4

ICD-9, lista Z84b

82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki – inne	4
82.45	Szycie ścięgna ręki – inne	4
83.61	Szycie pochewki ścięgna	4
86.54	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	2
86.55	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej	2

Z87 Świadczenia zabiegowe - grupa 87

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z87

ICD-9

06.111	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	4
--------	---	---

Z88 Świadczenia zabiegowe - grupa 88

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z88

ICD-9

06.112	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana	4
06.113	Biopsja gruboigłowa tarczycy	4

Z89 Świadczenia zabiegowe - grupa 89

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z89

ICD-9

06.114	Biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana	4
--------	---	---

Z90 Świadczenia zabiegowe - grupa 90

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z90 oraz do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z1

ICD-9

86.38	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry	4
-------	---	---

Z91 Świadczenia zabiegowe - grupa 91

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z91 oraz co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym

ICD-9

86.38	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry	4
-------	---	---

Z92 Świadczenia zabiegowe - grupa 92

wymagane wskazanie co najmniej 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z92 oraz co najmniej 4 procedur oznaczonych tym samym

ICD-9

86.38	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry	4
-------	---	---

Z1 Procedury dodatkowe

Y90	Badanie histopatologiczne	4
-----	---------------------------	---

Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100

wymagane wskazanie procedury z listy Z100

ICD-9		
76.96	Wstrzyknięcie leku do stawu skroniowo-żuchwowego	4
81.911	Aspiracja stawu	2
81.92	Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł	4
82.92	Aspiracja z kaletki ręki	2
82.93	Aspiracja z tkanek miękkich ręki – inne	2
82.94	Wstrzyknięcie leku do kaletki ręki	4
82.95	Wstrzyknięcie leku do ścięgna ręki	4
83.94	Aspiracja z kaletki maziowej	2
83.95	Aspiracja z tkanek miękkich – inne	2
83.96	Wstrzyknięcie leku do kaletki maziowej	4
83.97	Wstrzyknięcie leku do ścięgna	4
85.91	Aspiracja z piersi	2
86.011	Aspiracja ropnia paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	2
86.012	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	2
86.013	Aspiracja nagromadzenia płynu surowiczego pod paznokciem, skórą lub tkanką podskórną	2
86.04	Nacięcie lub drenaż skóry lub tkanki podskórnej – inne	2
86.054	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej z nacięciem	2
86.056	Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione	2
86.23	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego	2
97.14	Wymiana innego przyrządu unieruchamiającego	2
97.15	Wymiana cewnika w ranie	2
97.38	Usunięcie szwów z głowy lub szyi	2
97.43	Usunięcie szwów z klatki piersiowej	2
97.621	Usunięcie cewnika z moczowodu i z ureterostomii	2
97.641	Usunięcie cewnika założonego na stałe z dróg moczowych	2
97.71	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	2
97.73	Usunięcie krążka wewnątrzpochwowego	2
97.74	Usunięcie innego pesarium pochwowego	2
97.76	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki leczniczej	2
97.79	Usunięcie innego przyrządu z dróg rodnych	2
97.83	Usunięcie szwów ze ścian jamy brzusznej	2
97.84	Usunięcie szwów z tułowia – niesklasyfikowane gdzie indziej	2
97.881	Usunięcie kłamy	2
97.882	Usunięcie gipsu	2
97.891	Usunięcie szwów z innej okolicy	2

Z101 Świadczenia zabiegowe - grupa 101

wymagane wskazanie procedury z listy Z101

ICD-9		
20.091	Aspiracja ucha środkowego – nieokreślona inaczej	2
20.399	Zabiegi diagnostyczne ucha środkowego i wewnętrznego – inne	2
20.81	Katetyzacja trąbki Eustachiusza	2
20.82	Przedmuchiwanie trąbki Eustachiusza	2
20.84	Wdmuchnięcie kwasu bornego/salicylowego do trąbki Eustachiusza	2
20.85	Przedmuchiwanie trąbki Eustachiusza metodą Politzera	2
23.2001	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem	2
85.111	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi	2
97.32	Usunięcie tamponady nosa	2
97.37	Usunięcie rurki tracheostomijnej	2
99.123	Podanie szczepionki na jady owadów – dawka podtrzymująca	2
99.9959	Płukanie długoterminowego implantowanego podskórnio zestawu typu "PORT" wraz z cewnikiem umieszczonym w żyłę centralnej	2

Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102

wymagane wskazanie procedury z listy Z102

ICD-9		
05.31	Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	2
05.39	Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne	2
08.01	Nacięcie brzoju powieki	2
08.09	Nacięcie powieki oka – inne	2
08.22	Wycięcie innej małej zmiany powieki	2
08.25	Zniszczenie zmiany powieki	2
09.0	Nacięcie gruczołu łzowego	2
09.41	Zgłębnikowanie otworu łzowego	2
09.42	Zgłębnikowanie kanalika łzowego	2
09.43	Zgłębnikowanie przewodu nosowo-łzowego	2
09.51	Nacięcie otworu łzowego	2
09.52	Nacięcie kanalika łzowego	2
09.53	Nacięcie woreczka łzowego	2
09.591	Nacięcie i drenaż przewodu nosowo-łzowego – inne	2
09.72	Operacje otworu łzowego - inne	2
09.91	Obliteracja otworu łzowego	2
09.92	Płukanie dróg łzowych	2
10.0	Usunięcie ciała obcego ze spojówki	2
10.1	Inne nacięcia spojówki	2

100.42	Znieczulenie spłotów lub nerwów obwodowych (powyżej 2 godzin)	2
11.21	Skrobanie rogówki na rozmaz lub posiew	2
11.74	Termokeratoplastyka	2
18.09	Nacięcie ucha zewnętrznego – inne	2
18.299	Częściowe wycięcie małżowiny usznej	2
21.12	Nacięcie skóry nosa	2
21.32	Miejscowe wycięcie lub zniszczenie innych zmian nosa	2
22.02	Aspiracja lub przepłukanie zatoki nosa przez naturalne ujście	2
24.0	Nacięcie dziąsła lub kości żębodołowej	2
24.31	Wycięcie zmiany/tkanki dziąsła	2
25.1	Zniszczenie lub wycięcie zmiany języka	2
25.51	Szycie rany języka	2
27.1	Nacięcie podniebienia	2
27.51	Szycie rany wargi	2
27.52	Szycie rany jamy ustnej – inne	2
27.71	Nacięcie języczka	2
27.92	Nacięcia w obrębie jamy ustnej – inne	2
28.91	Usunięcie ciała obcego z migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego przez nacięcie	2
34.041	Drenaż jamy opłucnowej	2
34.092	Nakłucie międzyżebra	2
34.095	Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca	2
34.71	Szycie rany ściany klatki piersiowej	2
34.91	Nakłucie klatki piersiowej	2
49.01	Nacięcie ropnia okołodbytowego	2
54.956	Nakłucie otrzewnej – punkcja odbarczająca	2
57.94	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego	2
58.61	Rozszerzenie połączenia cewkowo- pęcherzowego	2
58.651	Rozszerzenie odcinka końcowego cewki żeńskiej	2
58.652	Rozszerzenie zwężenia cewki żeńskiej	2
67.324	Elektrokoagulacja szyjki macicy	2
67.33	Kriokonizacja szyjki macicy	2
67.34	Laseroterapia zmiany szyjki macicy	2
69.7	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	2
69.91	Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy	2
69.92	Sztuczna inseminacja	2
75.1	Amniocenteza diagnostyczna	2
78.611	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	2
78.612	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość ramienna	2
78.613	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość promieniowa/kość łokciowa	2
78.614	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kości nadgarstka/śródręcza/paliczki (ręki)	2
78.617	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa	2
78.618	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kości stępu/kości śródstopia/paliczki (stopy)	2
85.112	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	4
86.081	Założenie pompy insulinowej	2
86.53	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm	2
86.55	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej	2
93.51	Założenie gorsetu gipsowego	2
93.53	Założenie innego unieruchomienia gipsowego	2
93.541	Założenie szyny z gipsem	2
93.542	Założenie szyny Kramera	2
93.549	Założenie innej szyny unieruchamiającej	2
97.11	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej	2
97.12	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej	2
97.13	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy	2
97.171	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	2
97.173	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – kość promieniowa/kość łokciowa	2
97.174	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – kości nadgarstka/śródręcza/paliczki (ręki)	2
97.176	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – rzepka	2
97.177	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – kość piszczelowa/kość strzałkowa	2
97.21	Wymiana tamponady nosa	2
98.11	Usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia	2
98.12	Usunięcie ciała obcego ze światła nosa bez nacięcia	2
98.13	Usunięcie ciała obcego ze światła gardła bez nacięcia	2
98.15	Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	2
98.21	Usunięcie powierzchownego ciała obcego z oka bez nacięcia	2
98.221	Usunięcie ciała obcego wbitego w powiekę lub spojówkę bez nacięcia	2
99.2900	Wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	2

Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103

wymagane wskazanie procedury z listy Z103

ICD-9		
08.11	Biopsja powieki	2
09.11	Biopsja gruczołu łzowego	2
09.12	Biopsja woreczka łzowego	2
10.21	Biopsja spojówki	2
18.12	Biopsja ucha zewnętrznego	2
18.292	Koagulacja ucha zewnętrznego	2
18.295	Elektrokoagulacja ucha zewnętrznego	2
20.32	Biopsja ucha środkowego i wewnętrznego	2
21.15	Nacięcie małżowiny nosa – (konchotomia) częściowa podśluzówkowa	2
21.22	Biopsja nosa	2
21.81	Szycie rany nosa	2
21.92	Odwarstwienie błony śluzowej przegrody nosa	2
22.00	Aspiracja i płukanie zatok nosa – nieokreślone inaczej	2
22.01	Punkcja zatoki nosa/płukanie/aspiracja	2
22.11	Zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa	2
22.191	Endoskopia zatok nosa bez biopsji	2
23.1703	Usunięcie głęboko złamanego zęba przez dłutowanie wewnątrzżębodołowe przy zastosowaniu wiertła, dźwigni	2
23.1704	Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzżębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	2
23.1809	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 żębodołów włącznie ze szwem	2
23.1810	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 2-3 żębodołów włącznie z opracowaniem i szwami	2
23.1817	Krioterapia niewielkich zmian w obrębie tkanek miękkich jamy ustnej	2
23.2102	Repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka żębodołowego z zębem lub zębami	2
24.11	Biopsja dziąsła	2
24.12	Biopsja wyrostka żębodołowego	2
24.32	Szycie rozerwanego dziąsła	2
24.511	Plastyka wyrostka żębodołowego – przykorzeniowa	2
24.514	Plastyka wyrostka żębodołowego – prosta	2
25.01	Zamknięta (igłowa) biopsja języka	2
26.11	Biopsja igłowa ślinianki/przewodu	2
27.22	Biopsja podniebienia miękkiego/języczka	2
27.23	Biopsja wargi	2
27.24	Biopsja jamy ustnej – inne	2
27.311	Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez kauteryzację	2
27.312	Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez chemioterapię	2
27.313	Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez krioterapię	2
27.319	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek podniebienia twardego – inne	2
27.491	Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka jamy ustnej	2
27.93	Plastyka wędzidełka wargi, języka, policzka	2
28.01	Drenaż ropnia (przez jamę ustną) (przez szyję): okołogardłowego	2
28.04	Drenaż ropnia (przez jamę ustną) (przez szyję): migdałka	2
28.05	Nacięcie migdałka lub struktur okółomigdałkowych	2
28.11	Biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego	2
29.12	Biopsja gardła	2
34.094	Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz	2
34.23	Biopsja ściany klatki piersiowej,	2
34.24	Biopsja opłucnej	2
34.25	Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia	2
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	2
40.11	Biopsja układu limfatycznego	2
48.22	Wziernikowanie odbytnicy i esicy przez sztuczną przetokę	2
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	2
49.22	Biopsja okołodobytna	2
54.241	Zamknięta biopsja: sieci	2
54.29	Zabiegi diagnostyczne okolicy jamy brzusznej - inne	2
54.957	Nakłucie otrzewnej – pobranie materiału do analiz	2
58.231	Uretroskopia uretro-albo cystoskopem sztywnym i biopsja cewki	2
58.232	Uretroskopia uretroscystoskopem giętym i biopsja cewki	2
58.24	Biopsja tkanek okołocewkowych	2
58.313	Uretroskopia uretro- albo cystoskopem sztywnym oraz zniszczenie laserem zmiany cewki	2
60.15	Biopsja tkanek okołosterzowych	2
83.21	Biopsja tkanek miękkich	2
85.113	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi	4
85.98	Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	2
86.11	Biopsja skóry/ tkanki podskórnej	2
86.382	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm	2
86.383	Radykalne wycięcie do 4 zmian skóry	2
97.612	Wymiana cewnika w nefrostomii i pielostomii	2

Z104 Świadczenia zabiegowe - grupa 104

wymagane wskazanie procedury z listy Z104

ICD-9		
03.921	Dokanalowe wstrzyknięcie sterydów	2
26.91	Sondowanie przewodu ślinowego	2
26.99	Operacje ślinianek – inne	2

Z105 Świadczenia zabiegowe - grupa 105

wymagane wskazanie procedury z listy Z105

ICD-9		
03.901	Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerwaniem lub ciągłym wlewem leku	2
12.72	Cyklokrioterapia	2
18.4	Szycie rany ucha zewnętrznego	2
20.099	Nacięcie błony bębenkowej – inne	2
20.94	Wstrzyknięcie do jamy bębenkowej	2
23.1808	Wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki	2
25.91	Podcięcie wędzidełka języka	2
25.92	Wycięcie wędzidełka języka	2
26.0	Nacięcie ślinianki/przewodu ślinowego	2
26.493	Przeszczepienie ujścia przewodu ślinowego	2
27.21	Biopsja kości podniebienia	2
27.41	Wycięcie wędzidełka wargi	2
27.91	Nacięcie wędzidełka wargi	2
44.981	Wlew roztworu fizjologicznego w celu dopasowania urządzenia	2
48.35	Miejscowe wycięcie zmiany odczynu	2
49.03	Wycięcie polipowatej wyrostki odczynu	2
49.23	Biopsja odczynu	2
49.31	Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odczynu	2
49.52	Tyłne nacięcie zwieracza odczynu	2
49.59	Nacięcie zwieracza odczynu – inne	2
49.931	Usunięcie ciała obcego z odczynu z nacięciem	2
55.95	Miejscowe płukanie układu kielichowo-miedniczkowego	2
57.04	Usunięcie ciała obcego z pęcherza bez nacięcia	2
76.11	Biopsja kości twarzy	2
77.41	Biopsja kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	2
77.42	Biopsja kości – kość ramienna	2
77.43	Biopsja kości – kość promieniowa/kość łokciowa	2
77.44	Biopsja kości – kości nadgarstka/śródręcza	2
77.45	Biopsja kości – kość udowa	2
77.46	Biopsja kości – rzepka	2
77.47	Biopsja kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa	2
77.48	Biopsja kości – kości stępu/ kości śródstopia	2
77.491	Biopsja kości – inne kości (miednica)	2
77.492	Biopsja kości – inne kości (paliczki palców stopy/ręki)	2
85.114	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	4
86.051	Usunięcie urządzenia do zapisywania sygnałów	2
86.052	Usunięcie generatora tkankowego impulsów do neurostymulacji	2
86.384	Radikalne wycięcie powyżej 4 zmian skóry	2

Z106 Świadczenia zabiegowe - grupa 106

wymagane wskazanie rozpoznania z listy Z106 oraz co najmniej 1 procedury z listy Z106

ICD-10		
E10.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E10.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
E11.4	Cukrzyca insuliniezależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E11.5	Cukrzyca insuliniezależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
ICD-9		
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	2
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2

Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107

wymagane wskazanie procedury z listy Z107

ICD-9		
23.1705	Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	2
23.1706	Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z naklejeniem zaczepu ortodontycznego	2
23.1707	Operacyjne – usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych	2
23.1708	Usunięcie zębów w znieczuleniu ogólnym u pacjentów z niedorozwojem umysłowym	2
32.09	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	2
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	2
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	2
40.23	Wycięcie pachowego węzła chłonnego	2
40.24	Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego	2
40.291	Wycięcie torbieli limfatycznej	2
40.293	Proste wycięcie węzła chłonnego	2
67.11	Biopsja kanału szyjki macicy	2
67.12	Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	2
67.31	Marsupializacja torbieli szyjki macicy	2
70.13	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	2
71.01	Uwolnienie zrostów sromu	2
71.091	Powiększenie wejścia do pochwy	2
71.23	Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	2
71.3	Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	2
82.012	Nacięcie pochewki ścięgna ręki na ręce	2
82.03	Nacięcie kaletki maziowej ręki	2
82.12	Nacięcie powięzi ręki	2
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	2
82.22	Wycięcie zmiany mięśnia ręki	2
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki – inne	4
82.45	Szycie ścięgna ręki – inne	4
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	2
83.039	Nacięcie kaletki – inne	2
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	2
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	2
83.329	Wycięcie zmiany mięśnia – inne	2
83.44	Wycięcie powięzi-inne	2
83.61	Szycie pochewki ścięgna	4
86.21	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	2
97.36	Usunięcie innego przyrządu zewnętrznej fiksacji żuchwy	2

Z108 Świadczenia zabiegowe - grupa 108

wymagane wskazanie procedury z listy Z108

ICD-9		
42.29	Zabiegi diagnostyczne przełyku – inne	2
49.29	Zabiegi diagnostyczne odbytu lub tkanek okołoodbytniczych – inne	2
89.32	Manometria przełyku	2
89.390	pH-metria przełyku	2

Z109 Świadczenia zabiegowe - grupa 109

wymagane wskazanie procedury z listy Z109

ICD-9		
23.2206	Założenie szyny przy zwichnięciach, reimplantacjach lub transplantacjach zębów	2

Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z110

ICD-9		
06.112	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana	4
06.113	Biopsja gruboigłowa tarczycy	4
14.11	Diagnostyczna aspiracja ciała szklatego	2
14.19	Diagnostyczne zabiegi tylnej części oka – inne	2
16.22	Diagnostyczna aspiracja oczodołu	2
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	2
64.0	Operacja stulejki	2
64.11	Biopsja prącia	2
64.24	Biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia i moszny laserem	2
67.321	Elektrokonizacja szyjki macicy	2
67.39	Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	2
70.24	Biopsja pochwy	2
71.099	Nacięcie sromu/krocza – inne	2
71.11	Biopsja sromu	2
85.02	Nacięcie sutka	2
85.21	Miejscowe wycięcie zmiany piersi	2

Z111 Świadczenia zabiegowe - grupa 111

wymagane wskazanie procedury z listy Z111

ICD-9		
13.69	Usunięcie zaćmy inne	2
39.94	Wymiana kaniuli naczynie do naczynia	2
58.492	Późna naprawa położniczej przetoki cewkowo – pochwowej	2
60.96	Nacięcie przezcewkowe stercza (TUIP)	2
98.51	Pozaustrzowa litotrypsja nerki/moczowodu/pęcherza	2

Z112 Świadczenia zabiegowe - grupa 112

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z112

ICD-9		
85.112	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	4

Z113 Świadczenia zabiegowe - grupa 113

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy Z113 oraz procedury z listy Z113

ICD-10		
J44.0	Przewlekła zaporowa choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych	
J44.1	Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc w okresie zaostrzenia	
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	
L50	Pokrzywka	
L54	Rumień w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	
R06	Zaburzenia oddychania	
R55	Omdlenie i zapaść	
ICD-9		
99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej	2

Z114 Świadczenia zabiegowe - grupa 114

wymagane wskazanie procedury z listy Z114

ICD-9		
99.2900	Wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	2

Z115 Świadczenia zabiegowe - grupa 115

wymagane wskazanie 1 procedury z listy Z115a oraz 1 procedury z listy Z115b

ICD-9, lista Z115a		
41.311	Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego	2
ICD-9, lista Z115b		
C51	Mielogram	2

Z116 Świadczenia zabiegowe - grupa 116

wymagane wskazanie procedury z listy Z116

ICD-9		
41.312	Trepanobiopsja szpiku kostnego	2

PZ25 Świadczenia zabiegowe pielęgniarki lub położnej - grupa 25

wymagane wskazanie procedury z listy PZ25

ICD-9		
93.57	Założenie opatrunku na ranę – inne	2

PZ100 Świadczenia zabiegowe pielęgniarki lub położnej - grupa 100

wymagane wskazanie procedury z listy PZ100

ICD-9		
86.056	Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione	2
97.38	Usunięcie szwów z głowy lub szyi	2
97.43	Usunięcie szwów z klatki piersiowej	2
97.83	Usunięcie szwów ze ścian jamy brzusznej	2
97.84	Usunięcie szwów z tułowia – niesklasyfikowane gdzie indziej	2
97.891	Usunięcie szwów z innej okolicy	2

PZ106 Świadczenia zabiegowe pielęgniarki lub położnej - grupa 106

wymagane wskazanie rozpoznania z listy PZ106 oraz co najmniej 1 procedury z listy PZ106

ICD-10		
E10.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E10.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
E11.4	Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E11.5	Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
ICD-9		

86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	2
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

Grupy - skazy krwotoczne

SKDP1 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap I

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1, 5 procedur z listy SK1 oraz 4 procedur z listy SK2

Lista SKDP1

ICD-10
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 antykoagulantów krążących
D68.4 Nabyty niedobór czynników krzepnięcia
D68.8 Inne określone zaburzenia krzepnięcia
D68.9 Zaburzenie krzepnięcia, nieokreślone
D69.0 Plamica alergiczna
D69.1 Jakościowe defekty płytek krwi
D69.3 Samoistna plamica małopłytkowa
D69.4 Inna pierwotna małopłytkowość
D69.8 Inne określone skazy krwotoczne
D69.9 Skaza krwotoczna, nieokreślona
M31.1 Zakrzepowa mikroangiopatia

Lista SK1

	Ranga* ICD-9
ICD-9	
C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	2
C66 Płytki krwi – liczba	2
G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	2
G13 Czas fibrynolizy (lisy skrzepu euglobulin)	2
G21 Czas protrombinowy (PT)	2
G23 Czas reptylazowy (RT)	2
G25 Czas trombinowy (TT)	2
G53 Fibrinogen (FIBR)	2
L05 Ferrytyna	2

Lista SK2

ICD-9	
C64 Płytki krwi – agregacja pod wpływem różnych stężeń ristocetyny (test RIPA)	2
C83 Płytki krwi – czas okluzji	2
E65 Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh	2
G01 α-2-antypłazmina	2
G14 Trombina - test generacji	2
G16 Ocena rozpuszczalności skrzepu w 5-molowym roztworze mocznika	2
G26 Czynn timerzepnięcia II (FII)	2
G28 Czynn timerzepnięcia IXAg (FIXAg)	2
G29 Czynn timerzepnięcia V (FV)	2
G31 Czynn timerzepnięcia VII (FVII)	2
G32 Czynn timerzepnięcia VIII – aktywność (metodą chromogenną)	2
G33 Czynn timerzepnięcia VIII (FVIII)	2
G34 Czynn timerzepnięcia VIII Ag (FVIIIAg)	2
G36 Czynn timerzepnięcia IX (FIX) – aktywność (metodą koagulacyjną jednostopniową)	2
G37 Czynn timerzepnięcia X (FX)	2
G38 Czynn timerzepnięcia IX (FIX) – aktywność (metodą chromogenną)	2
G39 Czynn timerzepnięcia XI (FXI)	2
G41 Czynn timerzepnięcia XII (FXII)	2
G43 Czynn timerzepnięcia XIII (FXIII)	2
G47 Czynn timer von Willebranda (vWF)	2
G50 Czynn timer von Willebranda (vWF) – aktywność (wiązan e do kolagenu)	2
G51 Czynn timer von Willebranda (vWF) – aktywność (wiązan e do GPIb)	2
G52 Czynn timer von Willebranda (vWF) – aktywność kofaktora ristocetyny	2
G54 Fibrinogen (FIBR) – metodą inną niż koagulometryczna	2
G65 Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)	2
G69 Inhibitory krzepnięcia	2
G79 Plazminogen	2
G94 Inhibitor czynn timer krzepnięcia VIII – miano	2
G95 Inhibitor czynn timer krzepnięcia IX – miano	2
I64 Antykoagulant toczniowy	2

SKDP2 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap II

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1 i 2 procedur z listy SK2

SKDP3 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap III

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1 i 1 procedury z listy SK2

SKDR1 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap I

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1, 1 procedury z listy SK2 i 1 procedury z listy SK3

Lista SK3

ICD-9	
C63 Płytki krwi - badanie agregacji	2
C81 Płytki krwi – ocena ekspresji GPIIb/ IX/ V	2
C82 Płytki krwi – ocena ekspresji GPIIb/ IIIa	2
G46 Czynn timer von Willebranda (vWF) – test wiązania z czynn timerem VIII	2
G48 Czynn timer von Willebranda (vWF) – analiza multimerów	2
G85 Tromboelastogram	2
G91 ADAMTS13 – stężenie	2
G92 ADAMTS13 – aktywność	2
G93 ADAMTS13 – inhibitor	2

SKDR2 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap II

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1 lub z listy SK2 i 1 procedury z listy SK3

SKOZP Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKOZP oraz 5 procedur listy SK4 i 1 procedury z listy SK5

Lista SKOZP

ICD-10	
D66 Dziedziczny niedobór czynn timer VIII	
D67 Dziedziczny niedobór czynn timer IX	
D68.0 Choroba von Willebranda	
D68.1 Dziedziczny niedobór czynn timer XI	
D68.2 Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia	
D68.3 Skazy krwotoczne zależne od obecności antykoagulantów krążących	
D68.4 Nabyty niedobór czynników krzepnięcia	
D68.8 Inne określone zaburzenia krzepnięcia	
D69.0 Plamica alergiczna	
D69.1 Jakościowe defekty płytek krwi	
D69.3 Samoistna plamica małopłytkowa	
D69.4 Inna pierwotna małopłytkowość	
D69.8 Inne określone skazy krwotoczne	
M31.1 Zakrzepowa mikroangiopatia	

Lista SK4

ICD-9	
A01 Badanie ogólne moczu (profil)	2
A17 Krew utajona w kale	2
C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	2
F91 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała	2
G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	2
G21 Czas protrombinowy (PT)	2
G25 Czas trombinowy (TT)	2
G53 Fibryn timer (FIBR)	2
I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT)	2
I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	2
I61 Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	2
I79 Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny	2
I81 Białko C-reaktywne (CRP)	2
I89 Bilirubina całkowita	2
I99 Cholesterol całkowity	2
K01 Cholesterol HDL	2
K03 Cholesterol LDL	2
K33 Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	2
L05 Ferrytyna	2
L07 α-fetoproteina (AFP)	2
L11 Fosfataza alkaliczna	2
L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)	2
L43 Glukoza z krwi żyłnej	2
M37 Kreatynina	2
M45 Kwas moczowy	2
N13 Mocz timer	2
N45 Potas (K)	2
O35 Sód (Na)	2
O43 Transferyna	2
O49 Triglicerydy	2
O91 Witamina D - 25 OH	2
V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen	2
V42 Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBs	2
V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)	2

Lista SK5

ICD-9	
C83 Płytki krwi – czas okluzji	2
G14 Trombina - test generacji	2
G26 Czynn timer krzepnięcia II (FII)	2
G29 Czynn timer krzepnięcia V (FV)	2
G31 Czynn timer krzepnięcia VII (FVII)	2

G32 Czynn timer krzepnięcia VIII (FVIII) – aktywność (metodą chromogenną)	2
G33 Czynn timer krzepnięcia VIII (FVIII)	2
G36 Czynn timer krzepnięcia IX (FIX) – aktywność (metodą koagulacyjną jednostopniową)	2
G37 Czynn timer krzepnięcia X (FX)	2
G39 Czynn timer krzepnięcia XI (FXI)	2
G41 Czynn timer krzepnięcia XII (FXII)	2
G43 Czynn timer krzepnięcia XIII (FXIII)	2
G52 Czynn timer von Willebranda (vWF) – aktywność kofaktora ristocetyny	2
G69 Inhibitory krzepnięcia	2
G85 Tromboelastogram	2
G94 Inhibitor czynn timer krzepnięcia VIII – miano	2
G95 Inhibitor czynn timer krzepnięcia IX – miano	2
V55 Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA	2

SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKOZP oraz 14 procedur z listy SK4, 2 procedur z listy SK5 i 2 procedur z listy SK6

Lista SK6

ICD-9	Ranga* ICD-9
87.440 RTG klatki piersiowej	2
88.22 Zdjęcie RTG kości łokcia/przedramienia	2
88.26 Zdjęcie RTG kości miednicy/biodra - inne	2
88.27 Zdjęcie RTG uda/kolana/podudzia	2
88.28 Zdjęcie RTG kostki/stopy	2
88.714 USG naczyń szyi – doppler	2
88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2
88.769 USG brzucha – inne	2
88.791 USG wielomiejscowe	2
88.794 USG stawów barkowych	2
88.795 USG stawów łokciowych	2
88.796 USG stawów rąk lub stawów stóp	2
88.797 USG stawów biodrowych	2
88.798 USG stawów kolanowych	2

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

Grupy - reumatologia

RDP Reumatologia – diagnostyka podstawowa

Konieczne wskazanie co najmniej 3 procedur z listy RDP 1 oraz co najmniej 2 procedur z listy RDP 2

Lista RDP 1

ICD-9	Ranga* ICD-9
88.793 USG kończyn górnych lub dolnych	2
88.794 USG stawów barkowych	2
88.795 USG stawów łokciowych	2
88.796 USG stawów rąk lub stawów stóp	2
88.797 USG stawów biodrowych	2
88.798 USG stawów kolanowych	2
A01 Badanie ogólne moczu (profil)	2
C53 Morfologia krwi 8-parametrowa	2
C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	2
C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	2
E05 Badanie w kierunku nieregularnych przeciwciał	2
F19 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)	2
F21 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
F23 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)	2
F24 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM - test potwierdzenia	2
F25 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG/ IgM	2
F53 Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała	2
F54 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
F56 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM	2
F90 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)	2
F91 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała	2
I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT)	2
I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	2
I79 Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny	2
I81 Białko C-reaktywne (CRP)	2
I99 Cholesterol całkowity	2
K01 Cholesterol HDL	2
K03 Cholesterol LDL	2
K21 Czynniki reumatoidalny (RF)	2
K33 Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	2
L11 Fosfataza alkaliczna	2
L43 Glukoza z krwi żyłnej	2
L69 Hormon tyreotropowy (TSH)	2
L99 Interferon	2
M18 Kinaza fosfokreatynowa (CK)	2
M41 Kwas foliowy	2
M45 Kwas moczowy	2
O49 Triglicerydy	2
O77 Wapń całkowity (Ca)	2
O83 Witamina B12	2
O95 Żelazo (Fe)	2
S21 Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG)	2
S23 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający	2
S25 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM)	2
S27 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający	2
S37 Borrelia Przeciwciała (całkowite)	2
S65 Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-Ch. pneumoniae IgM)	2
S67 Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-Ch. pneumoniae IgG)	2
S73 Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG (anty-Ch. trachomatis IgG)	2
S75 Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgM"	2
U87 Yersinia Przeciwciała IgG (anty-Yersinia IgG)	2
U88 Yersinia Przeciwciała IgM (anty-Yersinia IgM)	2
U89 Yersinia Przeciwciała IgA (anty-Yersinia IgA)	2
U90 Yersinia Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Yersinia IgG/ IgM)	2
U91 Yersinia Przeciwciała IgG/ A (anty-Yersinia IgG/ A)	2
U92 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA	2
U93 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA - test potwierdzenia	2
U94 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG	2
U95 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG - test potwierdzenia	2
U96 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgM	2
U97 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/IgM	2
U98 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/ IgM - test potwierdzenia	2
U99 Yersinia Antygen (surowica monowalentna O:3; O:9)	2
V31 Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) Przeciwciała HBc (całkowite)	2
V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen	2
V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)	2

Lista RDP 2

ICD-9	
81.911 Aspiracja stawu	2
87.164 Rtg zatok nosa	2
87.176 Rtg czaszki – przeglądowe	2
87.222 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - celowane lub czynnościowe	2
87.231 RTG kręgosłupa odcinka piersiowego	2
87.232 RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe	2
87.241 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – przeglądowe	2
87.242 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe	2
87.432 Rtg mostka	2
87.440 Rtg klatki piersiowej	2
88.241 RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe	2

88.291 RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe	2
88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2
88.981 Dwufotonowa absorbcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)	2
99.9958 Badanie antygenów zgodności tkankowej wykonywane w celu diagnostyki spondyloartropatii	2
A05 Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)	2
I64 Antykoagulant toczniowy	2
K67 Dopelniaacz, składowa C1q	2
K69 Dopelniaacz, składowa C1r	2
K71 Dopelniaacz, składowa C1s"	2
K73 Dopelniaacz, składowa C2	2
K75 Dopelniaacz, składowa C3	2
K77 Dopelniaacz, składowa C4	2
K79 Dopelniaacz, składowa C5	2
L05 Ferrytyna	2
N66 Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę (CCP)	2
N69 Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)	2
N75 Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)	2
N89 Przeciwciała przeciw kardiolipinie	2
O21 Przeciwciała przeciwwądrowe (ANA)	2
O45 Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem	2
O91 Witamina D - 25 OH	2
O93 Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	2
O95 Żelazo (Fe)	2
HLA-Cw6 badanie genetyczne	2

RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona

konieczne wskazanie co najmniej 1 procedury z listy RDR 1 i co najmniej 5 procedur z listy RDR 2

Lista RDR 1

ICD-9	
44.13 Gastroskopia - inne	2
44.161 Gastroskopia diagnostyczna z testem ureazowym	2
44.162 Gastroskopia diagnostyczna z biopsją	2
45.231 Fiberokolonoskopia	2
45.253 Kolonoskopia z biopsją	2
87.030 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	2
87.031 TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
87.032 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2
87.033 TK tętnic głowy i szyi	2
87.049 TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	2
87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	2
87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2
87.413 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku	2
87.415 TK tętnic klatki piersiowej (w tym aorta) nie obejmuje: tętnic wieńcowych;	2
88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.013 TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorta)	2
88.380 TK tętnic wieńcowych obejmuje: pacjentów po zabiegach koronoplastyki lub wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych;	2
88.381 TK tętnic kończyn	2
88.383 TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.384 TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.385 TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.386 TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.387 TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.388 TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.900 RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.901 RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.902 RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.903 RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.904 RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.905 RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.931 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.932 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.933 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	2
88.936 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.937 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.938 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2
88.977 Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego – RM	2
88.978 Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym – RM	2
88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - RM	2

Lista RDR 2

ICD-9	
41.311 Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego	2
88.714 USG naczyń szyi – doppler	2
88.717 USG ślinianek	2
88.721 Echokardiografia	2
88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2
88.776 USG naczyń kończyn górnych - doppler	2
88.777 USG naczyń kończyn dolnych - doppler	2
88.779 USG innych obszarów układu naczyniowego - doppler	2
88.793 USG kończyn górnych lub dolnych	2
88.794 USG stawów barkowych	2
88.795 USG stawów łokciowych	2
88.796 USG stawów rąk lub stawów stóp	2
88.797 USG stawów biodrowych	2
88.798 USG stawów kolanowych	2
89.141 Elektroencefalografia (EEG)	2
89.384 Badanie zdolności dyfuzyjnej płuc	2
89.394 Elektromiografia	2

89.501 Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter RR	2
89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter EKG	2
89.52 Elektrokardiogram	2
95.1915 Test Schimera	2
99.9950 Kapilaroskopia	2
A05 Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)	2
A07 Białko w moczu (pod warunkiem, że jest to jedyny cel badania)	2
A17 Krew utajona w kale	2
A21 Pasożyty/ jaja pasożytów w kale	2
C69 Retykulocyty	2
I61 Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	2
I63 Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny	2
G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)	2
G21 Czas protrombinowy (PT)	2
G49 D-Dimer	2
G53 Fibrinogen (FIBR)	2
I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT)	2
I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	2
I21 Aminotransferaza asparaginianowa mitochondrialna	2
I87 Bilirubina bezpośrednia	2
I89 Bilirubina całkowita	2
I91 Bilirubina pośrednia	2
L05 Ferrytyna	2
L11 Fosfataza alkaliczna (ALP)	2
L15 Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	2
L23 Fosforan nieorganiczny	2
L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)	2
L85 Immunoglobuliny A (IgA)	2
L89 Immunoglobuliny E całkowite (IgE)	2
L93 Immunoglobuliny G (IgG)	2
L95 Immunoglobuliny M (IgM)	2
N24 NT-proBNP	2
N29 Parathormon (PTH)	2
N58 Prokalcytonina	2
N65 Przeciwciała przeciw antygenom przytarczyc	2
N75 Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)	2
N93 Przeciwciała przeciw komórkom mięśni szkieletowych	2
O05 Przeciwciała przeciw mitochondriom	2
O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	2
O15 Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny	2
O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	2
O19 Przeciwciała przeciw tyreotropinie	2
O21 Przeciwciała przeciwiądrowe (ANA)	2
O28 Rozpuszczalny receptor transferyny (sTfR)	2
O45 Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem	2
O59 Troponina I	2
O61 Troponina T	2
O77 Wapń całkowity (Ca)	2
O93 Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	2
O95 Żelazo (Fe)	2
27.24 Biopsja jamy ustnej – inne	2
86.11 Biopsja skóry/ tkanki podskórnej	2
83.21 Biopsja tkanek miękkich	2

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

W porównaniu do dotychczas obowiązującego stanu prawnego, w zarządzeniu wprowadzono modyfikacje w następujących obszarach:

1) dodano produkty rozliczeniowe dedykowane diagnostyce podstawowej i rozszerzonej chorób reumatologicznych;

2) poszerzono wykaz zakresów dopuszczonych do realizacji procedury 99.2909 *Wlew dożylny innej substancji leczniczej* o zakres leczenia bólu;

3) uzupełniono wykaz istotnych procedur ICD-9 w zakresie realizacji pakietów onkologicznych o procedurę: 92.143 *scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT*.

W świetle powyższego, dokonano następujących modyfikacji w przepisach zarządzenia Prezesa NFZ:

Ad. pkt 1 - na podstawie obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z 21 września 2022 r. w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dodano produkty rozliczeniowe dedykowane diagnostyce chorób reumatologicznych:

- Diagnostyka podstawowa wykonywana w trybie ambulatoryjnym - 759 pkt,
- Diagnostyka pogłębiona wykonywana w trybie ambulatoryjnym - 1 223 pkt.

Wobec powyższego:

1) w *Katalogu Ambulatoryjnych Grup Świadczeń Specjalistycznych* (załącznik nr 5a do zarządzenia) w części dotyczącej reumatologii dodano nowe produkty rozliczeniowe dedykowane diagnostyce podstawowej oraz rozszerzonej chorób reumatologicznych, wraz z warunkami wykonania tychże grup;

2) w *Charakterystyce Grup Ambulatoryjnych Świadczeń Specjalistycznych* (załącznik nr 7 do zarządzenia), w części dotyczącej reumatologii, dodano nowe produkty rozliczeniowe dedykowane diagnostyce podstawowej oraz rozszerzonej chorób reumatologicznych, wraz z warunkami rozliczenia tychże grup.

Celem wprowadzenia ww. produktów jest zapewnienie kompleksowej diagnostyki w trybie ambulatoryjnym pacjentom z podejrzeniem wczesnej zapalnej choroby stawów lub układowej choroby tkanki łącznej. Przedmiotowa diagnostyka służy przeprowadzeniu pełnej diagnostyki różnicowej w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby o podłożu reumatologicznym. Produkt dotyczący diagnostyki rozszerzonej stanowi odzwierciedlenie wprowadzonego nowego produktu „H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych” w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, z uwzględnieniem różnicy kosztów realizacji diagnostyki w warunkach poradni specjalistycznej i oddziału szpitalnego, czy też procedur możliwych do przeprowadzenia jedynie w warunkach szpitalnych. W ramach realizacji poszczególnych produktów rozliczeniowych związanych z diagnostyką reumatologiczną, świadczeniodawca obowiązany jest zapewnić wykonanie wszystkich badań określonych w charakterystyce, w tym także badań endoskopowych oraz TK, RM (dopuszczalne jest zapewnienie ww. badań w ramach podwykonawstwa).

Ad. pkt 2 - na wniosek Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka dodano możliwość rozliczania farmakoterapii bólu metodą wlewów ciągłych w zakresie leczenia bólu w oparciu o grupę „Z10 - 5.31.00.0000010 *Wlew dożylny innej substancji leczniczej 99.2909*”. Ta forma leczenia zapewnia dłuższą analgezję niż klasycznie stosowane leki przeciwbólowe. Zaletą ww. wlewów jest unikanie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem analgetyków nieopiodowych, unikanie lub opóźnienie włączenia do terapii opioidów i reakcji związanych ze stosowaniem tych silnych analgetyków.

Ad. pkt 3 - w związku z pismem Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zawierającym postulat o dodanie procedury 92.143 *Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT*, w *Katalogu Diagnostycznych*

Pakietów Onkologicznych (załącznik nr 5c do zarządzenia), dodano ww. procedurę do wykazu istotnych procedur ICD-9 w zakresie realizacji pakietów onkologicznych.

Dodatkowo w *Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych* (załącznik nr 5b do zarządzenia) przy produktach 5.05.00.0000106 - *znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 1* oraz 5.05.00.0000105 - *konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego*, w części „Uwagi” poprawiono oczywistą pomyłkę pisarską polegającą na przytoczeniu właściwej grupy zabiegowej, w ramach której rozliczana jest procedura 06.113 – *przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)*, tj. Z32.

Szacowany roczny skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian z zakresu reumatologii wynosi około 17,4 mln zł.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 r. (symetrycznie z przepisami zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne).

Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższych modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, niniejszą regulację wprowadza się nowym zarządzeniem z uchyleniem dotychczasowej regulacji obowiązującej w przedmiotowej materii, tj. zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.

Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych 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), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.

W ramach konsultacji 9 podmiotów wyraziło opinię, z czego 6 z nich zgłosiło uwagi do projektu zarządzenia. Głównie dotyczyły one zmian w wykazie procedur ICD-9 zawartym w listach procedur nowych produktów diagnostyki podstawowej i rozszerzonej chorób reumatologicznych. Część z nich została uwzględniona w zakresie niekolidującym z wytycznymi określonymi przez AOTMiT oraz z wykazem procedur ICD-9 wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.). Podkreślić należy, że płatnik publiczny tworzy charakterystykę produktów rozliczeniowych przede wszystkim na podstawie obowiązującego wykazu procedur ICD-9 i warunków ich realizacji określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Pozostałe uwagi nie zostały uwzględnione, gdyż wykraczają poza zakres wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian.