

# ABC

rozliczeń  
ambulatoryjnej  
opieki medycznej

# JGP WAOS

*Łukasz Puchalski*



**A**mbulatoryjna  
opieka  
specjalistyczna

Warszawa 2011

**Autor:** Łukasz Puchalski  
**Redakcja:** Rafał Janiszewski

**Wydawca:**

Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski ®  
ul. Wiejska 12  
00-490 Warszawa  
*[www.kancelariajaniszewski.pl](http://www.kancelariajaniszewski.pl)*

---

2011 r., format B-5, Nakład 1000 egz.  
Druk: Wydawnictwo FENIKS, Koszalin, ul. Jana z Kolna 38 B

## **Spis treści**

<b>I Wstęp</b>	5
<b>II. Zasadnicza konstrukcja jednorodnych grup pacjentów</b>	7
<b>III. Hospitalizacja a ambulatoryjna opieka specjalistyczna</b>	9
<b>IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej</b>	11
a. Świadczenie specjalistyczne kompleksowe	11
b. Świadczenie specjalistyczne	13
c. Świadczenie specjalistyczne zabiegowe	26
d. Świadczenie pohospitalizacyjne	48
e. Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	49
f. Katalog ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych odrębnych	49
<b>V. Warunki i zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych</b>	55
<b>VI. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w AOS</b>	57
<b>VII. Dokumentacja medyczna w Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej</b>	63
<b>VIII. Pytania i odpowiedzi</b>	69
<b>IX. Charakterystyka porad specjalistycznych oraz procedury ICD9 diagnostyczne</b>	71
<b>Bibliografia</b>	95



## I Wstęp

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest jedną z głównych gałęzi systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dla Narodowego Funduszu Zdrowia istotne jest jej optymalne finansowanie. Na przestrzeni ostatnich lat obserwowano sukcesywny wzrost nakładów finansowych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej. Niestety ze względu na pewne ograniczenia systemowe w tym samym czasie dostępność leczenia malała. Problem ten bezpośrednio dotyka ambulatorium, ponieważ właśnie tam pacjenci najchętniej się zgłaszają. Bardzo często, aby dostać się do specjalisty z danej dziedziny medycyny, trzeba oczekiwać w kolejce nawet kilka miesięcy.

Płatnik, znając aktualne realia zasobów finansowych w służbie zdrowia oraz trudności z dostępem do leczenia, postanowił sukcesywnie dokonywać zmian. Wynikiem tego systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych będzie bardziej odzwierciedlał koszty ponoszone na leczenie poszczególnych pacjentów. System rozliczania będzie bardziej szczelny, a co za tym idzie, umożliwi zarządcy placówki lepszą kontrolę nad realizacją kontraktu. Pomimo braku dodatkowych pieniędzy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w niedługim czasie będzie można zauważyć wzrost nakładów finansowych. Lepsze warunki finansowe spowodowane będą potrzebą realizacji procedur, które dotychczas wykonywane były w lecznictwie szpitalnym. Tym samym Płatnik daje możliwość wdrażania kompleksowej opieki nad pacjentem z poziomu samego ambulatorium. Dotychczas bardzo często opieka ambulatoryjna kończyła się po pierwszej wizycie u specjalisty wystawieniem skierowania na leczenie szpitalne. Jednorodne grupy pacjentów są systemem, który automatycznie dostosowuje się do potrzeb danego Świadczeniodawcy. Zgodnie z przewidywaniami, zwiększą się kontrakty placówek, które rzeczywiście będą leczyć pacjentów.

Bez względu na wszystko każdy Świadczeniodawca powinien liczyć się z pewnymi trudnościami w pierwszej fazie wdrażania zmian w związku z tym, że część procedur zabiegowych realizowanych dotąd w szpitalnictwie została przeniesiona do AOS. Po zmianach tych, aby zapewnić realizację świadczeń, trzeba będzie dokonać modyfikacji personalnych oraz spełnić dość szerokie warunki realizacji świadczeń. Może to doprowadzić do pewnych trudności finansowych w poszczególnych placówkach. Innymi słowy: koszty poniesione na leczenie mogą w pierwszej fazie wdrażania nie być całkowicie pokryte przychodem z tytułu umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Nowe zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z założeniami ma doprowadzić do zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę dzisiejsze realia finansowe, polegać ma to na zasadzie realizacji prostych zabiegów z poziomu ambulatorium. W ten sposób ta gałąź służby zdrowia będzie mieć szanse na rozwój oraz pełną, wspomnianą wcześniej, kompleksowość opieki. Natomiast w lecznictwie szpitalnym dojdzie do zwiększenia możliwości leczenia pacjentów, którzy bezwzględnie wymagają całonocowej opieki medycznej. Tym samym należy się spodziewać ograniczenia sytuacji, w których realizacja hospitalizacji będzie niezasadna

(ze względu na niski przychód z tytułu wykonania świadczenia wykonywano je w szpitalu).

Aby zobrazować zmiany dotyczące zwiększenia możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, warto zwrócić uwagę na możliwość realizacji procedur zabiegowych. Do tej pory katalog ograniczony był do realizacji 87 świadczeń. Od 1 lipca samych procedur zabiegowych finansowanych przez NFZ jest 409. Materiał przedstawiony w książce w prosty sposób przedstawia zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznych według obowiązujących przepisów prawa.

---

## II. Zasadnicza konstrukcja jednorodnych grup pacjentów

System jednorodnych grup pacjentów powstał w oparciu o brytyjski system rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej (DRG). Narodowy Fundusz Zdrowia, wprowadzając nowe zasady finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stworzył narzędzie, dzięki któremu możliwe stało się zarejestrowanie i opisywanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w wymiarze medycznym, a także - co dla Płatnika najważniejsze - finansowym. Według Narodowego Funduszu Zdrowia, Jednorodne Grupy Pacjentów to kwalifikowanie zakończonej porady ambulatoryjnej do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów.

Istotnym punktem sprawozdawania wizyty w poradni do rozliczenia jest prawidłowe zakwalifikowanie zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub katalogu świadczeń specjalistycznych odrębnych. Aby tego dokonać, pacjent musi mieć postawione rozpoznanie ICD10. Co prawda, poszczególne grupy w katalogu nie wymagają wskazania w warunkach kierunkowych problemu zdrowotnego, ale jest on potrzebny do określenia rodzaju porady. Narodowy Fundusz Zdrowia w swoich materiałach określa, co jest rozpoznaniem ostatecznym (zasadniczym).

*Rozpoznanie zasadnicze ICD10 to takie, które po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala.*

A zatem powyższa sytuacja jest całkowicie zgodna z opisany dokładnie w kolejnym rozdziale świadczeniem specjalistycznym kompleksowym, ponieważ stawiając rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, podejmujemy tak zwaną decyzję diagnostyczną. Tak jak w lecznictwie szpitalnym, w ambulatorium obowiązuje zasada, że nie można kodować stanu pacjenta, który nie został ustalony lub potwierdzony odpowiednią diagnostyką. Dlatego też Fundusz wskazuje w zarządzeniu, że nie jest możliwe dodatkowe rozliczenie wizyt związanych ze zlecaniem i zbieraniem dodatkowych wyników badań w celu postawienia rozpoznania i zaplanowania dalszego postępowania z pacjentem.

Jednorodne grupy pacjentów zawierają w swoim opisie tzw. warunki kierunkowe. Zasób informacji zawartych w nich warunkuje rozliczenie daną grupą jednorodną. Zmiana finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z poziomu ambulatorium aktualnie dotyczy wykonywanych procedur ICD9. To one są dziś podstawą, która kwalifikuje wizytę w poradni do rozliczenia. Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał podziału w charakterystyce na ICD9 diagnostyczne i zabiegowe. W zależności, czy podczas wizyty realizowana była diagnostyka czy zabieg, będzie to porada specjalistyczna, porada specjalistyczna kompleksowa lub zabiegowa. W zależności od skomplikowania postępowania diagnostycznego może być tak, że sprawozdać trzeba będzie kilka procedur, w danym przypadku istotnych.

Reasumując: o zakwalifikowaniu pobytu do danego świadczenia decyduje spełnienie kryteriów szczegółowo ustalonych dla danej grupy przy jednoczesnym warunku, że określona grupa została przypisana do realizacji w danej poradni specjalistycznej o odpowiednim zakresie medycznym.





---

### III. Hospitalizacja a ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wprowadzając jednorodną grupę pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Narodowy Fundusz Zdrowia dał możliwość realizacji pewnych świadczeń zabiegowych z poziomu poradni specjalistycznej. W wyniku tego posunięcia Fundusz chce podnieść wagę zaniedbanego systemowo ambulatorium. Działania te są również istotne z punktu widzenia leczenia szpitalnego, ponieważ duża część pacjentów przejdzie na leczenie ambulatoryjne, co spowoduje uwolnienie zasobów oddziału i będzie wykorzystywane w przypadkach rzeczywiście wymagających całodobowej opieki medycznej.

Oczywiście nie może być sytuacji takiej, że zniknie możliwość realizacji tych świadczeń w leczeniu szpitalnym. Nadal każdy świadczeniodawca, mający podpisaną umowę z Funduszem na realizację danego zakresu medycznego w oddziale, będzie miał możliwość sprawozdawania i otrzymywania pieniędzy za tego typu świadczenia. Wszystko będzie uzależnione od tego, czy proces terapeutyczny pacjenta będzie wymagał całodobowej opieki medycznej. Jeżeli jego stan zdrowia będzie tego wymagał, to nikt nie zakwestionuje decyzji o podjęciu hospitalizacji w przypadku, który standardowo realizuje się w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Należy pamiętać, że zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia każdy lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski zobowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Jedyne co Fundusz może zakwestionować, to sytuację, w której owa zasadność przyjęcia do szpitala nie jest odpowiednio udokumentowana. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia każdy Świadczeniodawca realizujący umowę z NFZ na wykonywanie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z zarządzeniem oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2011 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W przypadku, gdy Fundusz doszuka się nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji, ma prawo nałożyć karę w wysokości do 1% wartości kontraktu z danego zakresu. W przypadku braku szczegółowego opisu epizodów pobytu pacjenta w poradni, może dojść również do zakwestionowania rozliczenia z powodu braku udokumentowania wcześniej zaplanowanego i realizowanego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Z tego względu, oprócz kary, Płatnik ma prawo cofnąć wypłacone Świadczeniodawcy pieniądze za zakwestionowane porady.

Zarówno w materiałach dotyczących zasad rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne, jak i ambulatoryjna opieka specjalistyczna znajdują się zapisy dotyczące zasadności przyjęcia pacjentów do oddziału lub ambulatorium. I tak zgodnie z Zarządzeniem nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (z późniejszymi zmianami) §11 ust. 5: *Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” może być realizowane,*

jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Zgodnie z §10 ust.2 Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków...: *Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach AOS powinno być realizowane we wszystkich sytuacjach, w których do osiągnięcia celu zdrowotnego nie jest konieczna hospitalizacja lub leczenie w tzw. trybie „jednego dnia”.*

Ocena zasadności hospitalizacji wynika tylko i wyłącznie ze wskazań medycznych. To lekarz specjalista ocenia stan zdrowia i choroby pacjenta i podejmuje decyzję o leczeniu w warunkach ambulatoryjnych bądź szpitalnych, uznając takie postępowanie za jedynie zasadne.

Dość często ambulatoria realizujące kontrakt z Narodowym Fundusz Zdrowia równocześnie prowadzą różnego rodzaju eksperymenty medyczne lub badania kliniczne. W takim przypadku Fundusz broni się przed finansowaniem tego typu działań. Materiały dotyczące AOS jasno stwierdzają, że Płatnik publiczny nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy. Rozliczenie tego typu postępowania realizowane jest na podstawie umowy ze sponsorem i to on pokrywa koszty wynikające z realizacji badań lub eksperymentu.

Kwalifikując pacjenta do leczenia, należy mieć na uwadze koszty, jakie Świadczeniodawca musi ponieść, aby rozwiązać problem zdrowotny oraz to, czy Fundusz będzie mógł za nie zapłacić. Istotne jest, że Świadczeniodawca ponosi koszty związane z wykonaniem niezbędnych badań, wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nie dotyczy ta zasada badań wykonanych w ramach ASDK. Natomiast, aby nie było problemów z rozliczeniem, placówka jest zobowiązana do weryfikowania odpowiednich dokumentów potwierdzających prawo do uzyskania przez pacjenta bezpłatnie świadczeń zdrowotnych potrzebnych do rozwiązania jego problemu zdrowotnego. W sytuacji zaniedbania tej procedury poradnia będzie zobowiązana do zwrotu nienależnie wypłaconych przez Fundusz pieniędzy.

---

## IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zarządzeniem nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna istotne definicje regulujące zasady postępowania w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Ważne jest, aby zapisy sprzed 1 lipca 2011 roku nie były traktowane jako materiał wyjściowy do nowego zarządzenia. Jest to istotne z tego względu, że nazewnictwo pewnych definicji jest w obu przypadkach takie same lub podobne, natomiast ich znaczenie jest odmienne.

Przede wszystkim najważniejszą kwestią są różnego rodzaju świadczenia możliwe do realizacji w poszczególnych poradniach. Do grupy tej zalicza się:

- świadczenie specjalistyczne kompleksowe,
- świadczenie specjalistyczne,
- specjalistyczne świadczenie zabiegowe,
- świadczenie pohospitalizacyjne,
- porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

### a. Świadczenie specjalistyczne kompleksowe

Zgodnie z zarządzeniem świadczenie specjalistyczne kompleksowe polega na całościowej ocenie stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu lekarskiego, badania fizykalnego, pozyskania wyników w drodze skierowania na niezbędne badania dodatkowe, a następnie ich oceny (zarówno tych zleconych, jak i udośćnionych przez pacjenta). Świadczenie specjalistyczne kompleksowe obejmuje:

- podjęcie decyzji diagnostycznej - określenie jednostki chorobowej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, oraz
- podjęcie decyzji terapeutycznej - określenie postępowania terapeutycznego, poprzez wskazanie procedur medycznych (diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych) według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, lub
- wydanie informacji dla lekarza kierującego/ lekarza zgodnie z załącznikiem nr 6 do zarządzenia, lub
- podjęcie decyzji o skierowaniu do szpitala w celu realizacji złożonych procedur diagnostycznych i/lub terapeutycznych, lub
- wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, do uzyskania którego uprawniony jest świadczeniobiorca na podstawie art. 16 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Artykuł 16 wymienionej wyżej ustawy dotyczy wydawania orzeczenia lub zaświadczenia pacjentowi w przypadku:

- orzeczenia lub zaświadczenia o stanie zdrowia dla potrzeb prokuratury,
- orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych,
- ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych.

W artykule tym istotne jest również wskazanie, jakich orzeczeń lub zaświadczeń pacjent nie ma prawa wymagać. Zgodnie z Ustawą należą do nich orzeczenia o zdol-

ności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą domową. Może to być również zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie wystawione przez położną, wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka lub świadczenia niezakwalifikowane jako gwarantowane.

Zgodnie z zasadami stosowania świadczenia specjalistycznego kompleksowego można je zastosować w tylko i wyłącznie w przypadku, gdy do poradni zgłasza się pacjent z problemem zdrowotnym dotychczas nierozwiązywanym lub którego nie można było zidentyfikować w trakcie realizacji podczas wcześniejszych wizyt.

Świadczenie to można zastosować do rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia dopiero w momencie, gdy lekarz podejmie decyzję diagnostyczną i terapeutyczną.

### **Decyzja diagnostyczna -**

*ustalenie rozpoznania (określenie jednostki chorobowej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10) na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego.*

### **Decyzja terapeutyczna -**

*określenie postępowania terapeutycznego, zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy - poprzez wskazanie procedur medycznych (diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych) według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, zlecenia, wskazówki, poinstruowanie pacjenta, wystawienie recepty i określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.*

Istotnym elementem podczas podejmowania opisanych wyżej decyzji jest również skompletowanie odpowiednich wyników zleconych wcześniej badań (procedury diagnostyczne ICD9). W sytuacji świadczeń specjalistycznych



kompleksowych wyższego typu niż I jest to niezbędne, gdyż wymagają tego warunki kierunkowe poszczególnych pozycji w charakterystyce. W związku z tym wszelkie dodatkowe wizyty, związane ze zlecaniem oraz kompletowaniem wyników badań w celu podjęcia decyzji diagnostycznej, a następnie terapeutycznej nie mogą być dodatkowo rozliczane. Proces postępowania z pacjentem zgłaszającym się po raz pierwszy do ambulatorium z problemem zdrowotnym dotychczas nierozwiązywany przedstawia diagram.

Wskazując odpowiednie rozpoznanie według ICD10 (aktualna wersja), należy pamiętać o tym, że Płatnik nie nakłada obowiązku na Świadczeniodawcę aby było ono tym ostatecznym. Realizując podjętą wcześniej decyzję terapeutyczną, lekarz w ambulatorium ma prawo dokonać zmiany rozpoznania. Może to się skończyć postawieniem, podczas wizyty, całkowicie nowego rozpoznania ICD10 (co spowoduje realizację procesu sprawozdawczego od początku) lub tak zwaną modyfikacją określonego poprzednio rozpoznania. W tej sytuacji Narodowy Fundusz Zdrowia nie zezwala na ponowne rozliczenie świadczenia specjalistycznego kompleksowego, gdyż modyfikacja rozpoznania ICD10 nie jest podstawą do ponownej kwalifikacji porady jako świadczenia kompleksowego. Sytuacja dotyczy modyfikacji polegającej na zmianie kodu rozpoznania po kropce (np. I13.0 na I13.1).

Ubezpieczyciel, w ramach katalogu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, finansuje zlecenie i realizację różnego rodzaju procedur diagnostycznych ICD9. Aby sprawiedliwie rozdysponowywać fundusze na poszczególne placówki, wprowadził zapis w zarządzeniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczący zasad ich finansowania. Jest to dość istotne, ponieważ Świadczeniodawca może rozliczać z Funduszem jedynie te badania, które sam zlecił i wykonał w swoim laboratorium lub u podwykonawcy. Wszelkie pozostałe wyniki badań, które pacjent wykonywał w innych placówkach, nie mogą być brane pod uwagę podczas rozliczania. Są one jedynie jednym z dowodów na realizację procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Wyniki powinny być opisane w dokumentacji medycznej. W przypadku dokumentacji medycznej ważne jest, aby każdy epizod pacjenta w poradni bez względu na to, czy w danym momencie jest rozliczany czy nie, musi być odpowiednio udokumentowany.

## **b. Świadczenie specjalistyczne**

Jednym z podstawowych pojęć zawartych w zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest świadczenie specjalistyczne. Zgodnie z wszelkimi zapisami polega ono na ocenie stanu zdrowia pacjenta podczas wizyty w poradni. Ocena dotyczy przebiegu leczenia określonego wcześniej według ICD10 problemu zdrowotnego. Ocenę stanu zdrowia pacjenta, który przychodzi do poradni już z określonym rozpoznaniem, również należy kwalifikować jako świadczenie specjalistyczne.

Realizacja tego świadczenia polega na wykonaniu badania podmiotowego i przedmiotowego oraz ocenie posiadanych przez poradnię lub dostarczonych przez pacjenta wyników badań. Podczas wizyty lekarz ma prawo do zlecenia i wykonywania różnego rodzaju procedur ICD9. Zalicza się do nich między innymi badania diagnostyczne. Zlecenie ich, a następnie wykonanie daje możliwość rozliczenia świadczenia specjalistycznego wyższego typu niż I. Przypominam, że świadczenia specjalistyczne II, III, IV typu wymagają od Świadczeniodawcy spełnienia warunków kierunkowych, czyli realizacji różnego rodzaju badań diagnostycznych. Tylko świadczenia I typu nie wyma-

gają sprawozdawania żadnych procedur ICD9. Ta sama sytuacja dotyczy świadczenia specjalistycznego kompleksowego. Oprócz tego lekarz ma prawo do realizacji procedur rehabilitacyjnych, terapeutycznych będących kontynuacją wcześniej rozpoczętego leczenia. Dodatkowo tak jak w przypadku świadczenia specjalistycznego kompleksowego ma prawo do orzeczenia lub zaświadczenia o stanie zdrowia. Zapis ten uregulowany jest artykułem 16 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (opisany powyżej).

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ dotyczącego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej podczas świadczenia specjalistycznego lekarz w trosce o pacjenta może zdecydować o zasadności podjęcia innych działań. Wśród nich wylicza się:

- zlecenie zaopatrzenia w świadczenia gwarantowane wymienione w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze. W historii zdrowia i choroby musi być udokumentowane uprawnienie pacjenta do otrzymania tego typu świadczeń. W przypadku wystawienia zlecenia warunki zawarte w załącznikach 1, 4, 5 do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi (załączniki przedstawiono poniżej);
- zlecenie wykonania konsultacji innych specjalistów;
- wydawanie skierowania na leczenie szpitalne;
- wydawanie skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
- wydawanie skierowania na rehabilitację leczniczą;
- edukacja i promocja zachowań prozdrowotnych;
- wykonywanie badań profilaktycznych.

Podsumowując: zgodnie z powyższymi zapisami realizacja świadczenia specjalistycznego może być wykonywana dopiero wtedy, gdy z uwagi na problem zdrowotny pacjent lub wcześniej miał wykonane świadczenie specjalistyczne kompleksowe. Prawidłowy cykl postępowania przedstawiono obok.

W związku z możliwością wystawiania z poziomu świadczenia specjalistycznego lub świadczenia specjalistycznego kompleksowego zlecenia zaopatrzenia w świadczenia gwarantowane wymienione w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze poniżej, przedstawiono wskazane wyżej załączniki.



## Załącznik 1

Lp.	Kod	Przedmioty ortopedyczne
1	2	3
	9111	<b>Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie stopy*</b>
1.	9111.01	Protezoza wkładka do buta uzupełniająca stopę po amputacji palców
2.	9111.02	Proteza uzupełniająca stopę: skórzana albo z tworzywa sztucznego
3.	9111.03	Proteza ze stawem skokowym albo bez stawu skokowego przy amputacji wg Lisfranca lub Choparta: skórzana albo z tworzywa sztucznego
	9112	<b>Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie podudzia*</b>
4.	9112.01	Proteza ze stawem skokowym albo bez przy amputacji wg Pirogowa lub Syme'a: skórzana albo z tworzywa sztucznego
5.	9112.02	Proteza podudzia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, albo drewniana, albo z innych materiałów niewymienionych, z tulejką uda ze skóry, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
6.	9112.04	Proteza podudzia: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, albo modularna, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
7.	9112.03	Proteza podudzia tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
	9113	<b>Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie uda*</b>
8.	9113.01	Proteza uda przy amputacji wg Grittiiego lub wyłuszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9.	9113.03	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10.	9113.04	Proteza uda z lejem kikutowym skórzany: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11.	9113.05	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciałopodobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12.	9113.06	Proteza uda szczudłowa
13.	9113.02	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
	9114	<b>Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyłuszczenie w stawie biodrowym)*</b>
14.	9114.01	Proteza przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15.	9114.03	Kosz biodrowy przy obustronnym wyłuszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytami dla kończyn górnych
16.	9114.04	Protezoze wyrównanie skrętu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
17.	9114.02	Proteza tymczasowa przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
	9115	<b>Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn dolnych</b>
18.	9115.01	Pończocha kikutowa - przy amputacji w obrębie stopy



*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

19.	9115.01	Pończocha kikutowa - przy amputacji podudzia
20.	9115.03	Pończocha kikutowa - przy amputacji uda
21.	9115.04	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych
	9120	<b>Protezy kończyn górnych*</b>
22.	9120.01	Proteza kosmetyczna części ręki
23.	9120.02	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24.	9120.03	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciałaopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
25.	9120.04	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z tulejką ramienia, z dłonią protezową
26.	9120.05	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z tulejką ramienia, z miękkim pokryciem ciałaopodobnym, z dłonią protezową
27.	9120.06	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciałaopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28.	9120.07	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29.	9120.08	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30.	9120.09	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciałaopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
31.	9120.10	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32.	9120.11	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33.	9120.12	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34.	9120.13	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem
	9121	<b>Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn górnych</b>
35.	9121.01	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36.	9121.02	Pończochy kikutowe - przy amputacji przedramienia
37.	9121.03	Pończochy kikutowe - przy amputacji ramienia
38.	9121.04	Pończochy kikutowe - przy pełnej amputacji kończyny górnej
	9130	<b>Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne*</b>
39.	9130.01	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40.	9130.02	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41.	9130.03	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
42.	9130.04	Szyna strzałkowa ze strzemiem do buta, z podciągiem sprężynowym lub bez
43.	9130.05	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)

**IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej**

44.	9130.06	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45.	9130.07	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
46.	9130.08	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciąganiem stopy
47.	9130.09	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemiem do buta albo z sandałem
48.	9130.10	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
49.	9130.11	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50.	9130.12	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzepkowym, ze strzemiem do buta albo z sandałem
51.	9130.13	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemiem do buta albo z sandałem
52.	9130.14	Aparat na goleń i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53.	9130.15	Aparat DAFO
54.	9130.16	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55.	9130.17	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56.	9130.18	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
57.	9130.19	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
58.	9130.20	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59.	9130.21	Aparat rotujący stopę: jednoszynowy, sprężynowy
60.	9130.22	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61.	9130.23	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62.	9130.24	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez
	9131	<b>Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne*</b>
63.	9131.01	Pas biodrowy z szyną
64.	9131.02	Niski kosz biodrowy z szyną biodrową
65.	9131.03	Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową
	9140	<b>Aparaty ortopedyczne na kończyny górne*</b>
66.	9140.01	Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela
67.	9140.02	Aparat korygujący osłabienia wyprostu palców ręki
68.	9140.03	Aparat utrzymujący wyprost palców
69.	9140.04	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
70.	9140.05	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przwiedzeniów kciuka

*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

71.	9140.06	Aparat redresujący staw łokciowy
72.	9140.07	Aparat podpórczo-stabilizujący nadgarstek, dłoń i palce: podpórczy nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórczy dłoni i palców z opozycją kciuka - Oppenheimera
73.	9140.08	Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców
74.	9140.09	Aparat korygujący Lamba
75.	9140.10	Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
76.	9140.11	Aparat na rękę i przedramię wg Engena
77.	9140.12	Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost
78.	9140.13	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
79.	9140.14	Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy
80.	9140.15	Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka
81.	9140.16	Aparat uczynniający palce
82.	9140.17	Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców
83.	9140.18	Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego
84.	9140.19	Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
85.	9140.20	Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
86.	9140.21	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
87.	9140.22	Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
88.	9140.23	Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego
89.	9140.24	Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomacie albo sprężynowy
90.	9140.25	Szyna odwodząca
91.	9140.26	Szyna elewacyjna
	9150	<b>Ortezy kończyny dolnej (jedno zaopatrzenie przedmiotem ortopedycznym w trakcie leczenia danego schorzenia, z wyłączeniem przedmiotów ortopedycznych zawartych w lp. 121-129))</b>
92.	9150.01	Orteza korekcyjna palucha koślawego
93.	9150.02	Orteza odciążająco-korekcyjna dla palców stóp
94.	9150.03	Orteza stabilizująca staw skokowy
95.	9150.04	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
96.	9150.05	Szyna strzałkowa ze strzemiem do buta, z podciągiem sprężynowym albo bez
97.	9150.06	Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)
98.	9150.07	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
99.	9150.08	Orteza stopowo-goleniowa

*IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej*

100.	9150.09	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
101.	9150.10	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciąganiem stopy
102.	9150.11	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemiem do buta albo z sandałem
103.	9150.12	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
104.	9150.13	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105.	9150.14	Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzepkowym, ze strzemiem do buta albo z sandałem
106.	9150.15	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemiem do buta albo z sandałem
107.	9150.16	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego z przegubem skokowym albo bez
108.	9150.17	Orteza stawu kolanowego stabilizująca: z szynami (stalkami), sznurowana lub na rzepy
109.	9150.18	Orteza stawu kolanowego stabilizująco-korygująca z regulatorem ustawienia zgięcia stawu
110.	9150.19	Orteza na goleń i udo: szynowo-opaskowa lub tulejkowa, skórzana albo z tworzywa sztucznego
111.	9150.20	Łuska na całą kończynę dolną: z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
112.	9150.21	Szyna nocna na całą kończynę dolną z sandałem korygująca koślawość lub szpotawość kolana
113.	9150.22	Orteza redresująca staw kolanowy
114.	9150.23	Orteza rzepki stabilizująca
115.	9150.24	Orteza zapobiegająca przeprostowi kolana
116.	9150.25	Orteza jednoszynowa stabilizująca staw kolanowy
117.	9150.26	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
118.	9150.27	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
119.	9150.28	Orteza rotująca stopę jednoszynowa sprężynowa
120.	9150.29	Aparat odciążający kończynę dolną: typu Thomasa, z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
121.	9150.30	Szyna Engelmana
122.	9150.31	Szyna Saint-Germaina
123.	9150.32	Szyna Denis-Browna, bez sandaików albo z sandanikami
124.	9150.33	Poduszka Frejki
125.	9150.34	Rozwórka Koszli
126.	9150.35	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127.	9150.36	Pajacyk Grucy
128.	9150.37	Szyna Ortolaniego
129.	9150.38	Szelki Grucy albo Pawlika

*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

	9160	<b>Ortezy kończyny górnej (jedno zaopatrzenie przedmiotem ortopedycznym w trakcie leczenia danego schorzenia)</b>
130.	9160.01	Aparat Stacka
131.	9160.02	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132.	9160.03	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133.	9160.04	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134.	9160.05	Orteza redresująca staw łokciowy
135.	9160.06	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoń i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka - Oppenheimera
136.	9160.07	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137.	9160.08	Orteza korygująca Lamba
138.	9160.09	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139.	9160.10	Orteza na rękę i przedramię: wg Engena albo łuska śródrečna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140.	9160.11	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141.	9160.12	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142.	9160.13	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa
143.	9160.14	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców
144.	9160.15	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145.	9160.16	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146.	9160.17	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147.	9160.18	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148.	9160.19	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149.	9160.20	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150.	9160.21	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151.	9160.22	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomacie, albo sprężynowa
152.	9160.23	Orteza elewacyjna
153.	9160.24	Orteza odwodząca
154.	9160.25	Orteza stabilizująco-odciążająca
155.	9160.26	Temblak kończyny górnej
	9170	<b>Gorsety i kołnierze ortopedyczne*</b>
156.	9170.01	Gorset szkieletowy (Calota)

**IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej**

157.	9170.02	Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
158.	9170.03	Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem
159.	9170.04	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
160.	9170.05	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
161.	9170.06	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williama
162.	9170.07	Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzany albo z koszem z tworzywa sztucznego
163.	9170.08	Gorset korekcyjny do leczenia skolioz
164.	9170.09	Prostotrzymacz wg Hohmanna
165.	9170.10	Prostotrzymacz wg Taylora
166.	9170.11	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
167.	9170.12	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
168.	9170.13	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
169.	9170.14	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
170.	9170.15	Półgorsetowa orteza szyjna
171.	9170.16	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
172.	9170.17	Kołnierz pneumatyczny
173.	9170.18	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
174.	9170.19	Kołnierz typu "Florida"
175.	9170.20	Kołnierz Schantza miękki
176.	9170.21	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
	9180	<b>Ortezy tułowia i szyi (jedno zaopatrzenie przedmiotem ortopedycznym w trakcie leczenia danego schorzenia)</b>
177.	9180.01	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
178.	9180.02	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
179.	9180.03	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williama
180.	9180.04	Prostotrzymacz wg Hohmanna
181.	9180.05	Prostotrzymacz wg Taylora
182.	9180.06	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
183.	9180.07	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
184.	9180.08	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
185.	9180.09	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
186.	9180.10	Pas na rozejście spojenia łonowego
187.	9180.11	Półgorsetowa orteza szyjna
188.	9180.12	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
189.	9180.13	Kołnierz pneumatyczny

*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

190.	9180.14	Kolnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
191.	9180.15	Kolnierz typu "Florida"
192.	9180.16	Kolnierz Schantza miękki
193.	9180.17	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
194.	9180.18	Kolnierz na kręcz karku
195.	9180.19	Pelota korekcyjna na łopatkę
196.	9180.20	Prostotrzymacz na kurzą klatkę piersiową
	9191	<b>Obuwie ortopedyczne**</b>
197.	9191.01	Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu
198.	9191.02	Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej
199.	9191.03	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200.	9191.04.01	Obuwie do aparatów ortopedycznych ze strzemieniem
	9191.04.02	Obuwie do aparatów ortopedycznych do sandała
	9192	<b>Kule i laski inwalidzkie do stałego użytkowania *</b>
201.	9192.01	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
202.	9192.02	Kula dla reumatyków
203.	9192.03	Kula pachowa
204.	9192.04	Kula przedramienna z kółkiem
205.	9192.05	Laska inwalidzka
206.	9192.06	Laska dla niewidomych (biała)
207.	9192.07	Trójnóg
208.	9192.08	Czwórnoóg
	9193	<b>Balkoniki i podpórki do chodzenia do stałego użytkowania *</b>
209.	9193.01	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
	9194	<b>Wózki inwalidzkie do stałego użytkowania*</b>
210.	9194.01	Wózek inwalidzki ręczny
211.	9194.02	Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku - <b>dla osób czynnych zawodowo</b>
212.	9194.03	Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy
213.	9194.04	Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę
	9195	<b>Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione*</b>
214.	9195.01	Fotelik dla dzieci do siedzenia
215.	9195.03	Indywidualne przedmioty pionizujące
216.	9195.04	Pełzak (wózek do raczkowania)

### Załącznik 4

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**I. Dane świadczeniobiorcy PESEL**

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka – data urodzenia.

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkowe uprawnienia

**Nazwisko** \_\_\_\_\_

**Imię (Imiona)** \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

**Kod pocztowy:** \_\_\_\_\_ **Miejscowość :** \_\_\_\_\_

**Ulica** \_\_\_\_\_ **nr domu** \_\_\_\_\_ **m.** \_\_\_\_\_

**KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEO (PO) / ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)**  .  .

Określony w tabeli 1, 3 i 4 załącznika nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla przedmiotu ortopedycznego (PO)/środka pomocniczego (SP) z wykazu zawartego rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”

**Liczba sztuk (PO) / (SP)** \_\_\_\_\_ **Nazwa (PO) / (SP)** \_\_\_\_\_

**Dodatkowe informacje, istotne przy doborze (PO) / (SP)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Soczewki okularowe korekcyjne**

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odl. źrenic .....mm
	OL					
Do bliży	OP					Odl. źrenic .....mm
	OL					

**Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10**

**Dysfunkcja trwała**  **Dysfunkcja czasowa**

**Zaopatrzenie w (PO) /(SP):**

**prawostronne**  **lewostronne**  **nie dotyczy**

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia



**II. POTWIERDZENIE PRAWA DO PEŁNEJ LUB CZĘŚCIOWEJ REFUNDACJI (PO) / (SP)**

Kod tytułu uprawnienia \_\_\_\_\_

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego \_\_\_\_\_

Nazwa Oddziału Funduszu \_\_\_\_\_ Nr Oddziału Funduszu: \_\_\_\_\_

KOD (PO)/(SP)       .   .   .   .

Limit cenowy \_\_\_\_\_ Refundacja NFZ w % \_\_\_\_\_

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji \_\_\_\_\_

Data potwierdzenia zlecenia \_\_\_\_\_ Data ważności zlecenia \_\_\_\_\_

Podpis i pieczętka pracownika NFZ

**III. POTWIERDZENIE WYDANIA (PO) / (SP)**

Pieczętka świadczeniodawcy \_\_\_\_\_ Numer umowy \_\_\_\_\_ Pieczętka podwykonawcy \_\_\_\_\_

Data przyjęcia do realizacji \_\_\_\_\_

Liczba sztuk (PO) / (SP) \_\_\_\_\_ Dane dotyczące (PO) / (SP) (producent, model, nazwa handlowa) \_\_\_\_\_

Całkowita kwota refundacji NFZ \* \_\_\_\_\_

Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę\* \_\_\_\_\_

\*Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest niższa niż limit ceny, określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % ceny nabycia w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przy refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % ceny nabycia (PO) / (SP).

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest równa limitowi ceny, określonego w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przy refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % limitu ceny.

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest wyższa niż limit ceny określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50%, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca, w przypadku refundacji pełnej, pokrywa kwotę ponad limit ceny a w przypadku refundacji częściowej 50 %, 30 % limitu ceny oraz kwotę ponad

**POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP)**

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie \_\_\_\_\_

**IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (PO)/(SP) – WYPELNIŃ OSOBA ODBIERAJĄCA**

**POTWIERDZAM ODBIÓR PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP)** \_\_\_\_\_  
(nazwa handlowa, producent, model)

Imię i nazwisko osoby odbierającej {wypełnić drukowanymi literami} \_\_\_\_\_

Data odbioru, czytelny podpis osoby odbierającej imieniem i nazwiskiem, PESEL osoby odbierającej\*\*

\*\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dowodowych, związanych z odbiorem przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

WYPELNIŃ PRACOWNIK NFZ

WYPELNIŃ OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA

## Załącznik 5

WYPELNIŁ UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	<b>I. Dane świadczeniobiorcy</b> <b>PESEL</b>	<input type="text"/>
	W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka – data urodzenia.	
	Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkové uprawnień	
	<b>Nazwisko</b> _____	
	<b>Imię (Imiona)</b> _____	
	<b>Adres zamieszkania</b>	
	<b>Kod pocztowy:</b> _____ <b>Miejscowość :</b> _____	
	<b>Ulica</b> _____ <b>nr domu</b> _____ <b>m.</b> _____	
	<b>KOD ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)</b>	
	<p>Określony w tabeli 3, w załączniku nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla środka pomocniczego z wykazu zawartego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”</p>	
<b>Liczba sztuk (SP)</b> _____ <b>Nazwa (SP)</b> _____		
<b>Dodatkowe informacje istotne przy doborze (SP)</b>		
_____		
<b>Rodzaj schorzenia – według klasyfikacji ICD-10</b> <input type="text"/>		
<b>Zaopatrzenie:</b> (należy zakreślić kółkiem miesiąc jakiego dotyczy zaopatrzenie)		
styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień		
Data wystawienia zlecenia		
Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia		

WYPEŁNIA OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA	<b>III. POTWIERDZENIE WYDANIA (SP)</b>		
	_____ Pieczętka świadczeniodawcy	_____ Numer umowy	_____ Pieczętka podwykonawcy
	Liczba sztuk (SP) _____ Dane dotyczące (SP) (producent, nazwa handlowa) _____		
	_____		
	Całkowita kwota refundacji NFZ * _____		
	Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę* _____		
	*Jeżeli cena nabycia (SP) jest niższa niż limit ceny, określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % ceny nabycia w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 70 % ceny nabycia w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 30 % ceny nabycia (SP).		
	-Jeżeli cena nabycia (SP) jest równa limitowi ceny, określonego w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 30 % limitu ceny.		
	-Jeżeli cena nabycia (SP) jest wyższa niż limit ceny określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca, w przypadku refundacji pełnej, pokrywa kwotę ponad limit ceny a w przypadku refundacji częściowej, 30 % limitu ceny oraz kwotę ponad limit.		
	<b>POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM (SP)</b>		
_____			
Data, pieczętka imienna i podpis osoby realizującej świadczenie			
<b>IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (SP) - WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA</b>			
<b>POTWIERDZAM ODBIÓR (SP)</b>			
_____			
Imię i nazwisko osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)			
_____			
Data odbioru, czytelny podpis osoby odbierającej imieniem i nazwiskiem, PESEL osoby odbierającej **			
** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dowodowych, związanych z odbiorem przedmiotu ortopedycznego ośrodka pomocniczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).			

### c. Świadczenie specjalistyczne zabiegowe

Zmiana finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zasadniczo dotyczy realizacji procedur ICD9, a następnie rozliczenia ich w systemie jednorodnych grup pacjentów. Świadczenia specjalistyczne zabiegowe dotyczą sytuacji, w których realizowane są procedury zabiegowe dotyczące naruszenia ciągłości tkanek i narządów. Podczas tego świadczenia realizowane mogą być komplementarnie w stosunku do realizowanej procedury zabiegowej procedury diagnostyczne lub terapeutyczne. Zasady rozliczania tego typu świadczenia polegają na wskazaniu do rozliczenia jednej procedury zabiegowej. Dzięki temu istnieje możliwość przyporządkowania porady do konkretnej grupy zabiegowej w zakresie Z01 - Z75.

Zgodnie z zasadami jednorodnych grup pacjentów każda z wymienionych grup jest przyporządkowana do odpowiedniego zakresu medycznego. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przyporządkowane są one do konkretnego rodzaju poradni specjalistycznej. Wartość oraz dodatkowe warunki wykonania grupy zabiegowej określa katalog ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów realizowanych w trybie ambulatoryjnym	Wartość punktowa	świadczenia w zakresie chorób metabolicznych	świadczenia w zakresie alergologii	świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci	świadczenia w zakresie diabetologii	świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci	świadczenia w zakresie endokrynologii	świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci	świadczenia w zakresie gastroenterologii	świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci	świadczenia w zakresie geriatrii	świadczenia w zakresie hematologii	świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenia w zakresie immunologii	świadczenia w zakresie kardiologii	świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej	świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyn
					6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
11	Z01	5.31.00.0000001	Z01 Świadczenia zabiegowe - grupa 1	15,0						X	X					X				
12	Z02	5.31.00.0000002	Z02 Świadczenia zabiegowe - grupa 2	20,0						X	X					X				
13	Z03	5.31.00.0000003	Z03 Świadczenia zabiegowe - grupa 3	10,0				X	X	X	X						X			X
14	Z04	5.31.00.0000004	Z04 Świadczenia zabiegowe - grupa 4	1,0																
15	Z05	5.31.00.0000005	Z05 Świadczenia zabiegowe - grupa 5	6,5				X	X							X				X
16	Z06	5.31.00.0000006	Z06 Świadczenia zabiegowe - grupa 6	15,0										X		X				
17	Z07	5.31.00.0000007	Z07 Świadczenia zabiegowe - grupa 7	20,0										X		X				
18	Z08	5.31.00.0000008	Z08 Świadczenia zabiegowe - grupa 8	1,0																



#### IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

33	Z23	5.31.00.0000023	Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23	56,0																
34	Z24	5.31.00.0000024	Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 24	78,0																
35	Z25	5.31.00.0000025	Z25 Świadczenia zabiegowe - grupa 25	1,0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
36	Z26	5.31.00.0000026	Z26 Świadczenia zabiegowe - grupa 26	3,5																
37	Z27	5.31.00.0000027	Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27	6,5																
38	Z28	5.31.00.0000028	Z28 Świadczenia zabiegowe - grupa 28	20,0																
39	Z29	5.31.00.0000029	Z29 Świadczenia zabiegowe - grupa 29	38,0										x	x	x				x
40	Z30	5.31.00.0000030	Z30 Świadczenia zabiegowe - grupa 30	38,0																
41	Z31	5.31.00.0000031	Z31 Świadczenia zabiegowe - grupa 31	4,0			x						x							x
42	Z32	5.31.00.0000032	Z32 Świadczenia zabiegowe - grupa 32	78,0									x	x						
43	Z33	5.31.00.0000033	Z33 Świadczenia zabiegowe - grupa 33	38,0																
44	Z34	5.31.00.0000034	Z34 Świadczenia zabiegowe - grupa 34	38,0																
45	Z35	5.31.00.0000035	Z35 Świadczenia zabiegowe - grupa 35	6,5																

*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

46	Z36	5.31.00.0000036	Z36 Świadczenia zabiegowe - grupa 36	38,0																		
47	Z37	5.31.00.0000037	Z37 Świadczenia zabiegowe - grupa 37	3,5																	x	
48	Z38	5.31.00.0000038	Z38 Świadczenia zabiegowe - grupa 38	20,0																		
49	Z39	5.31.00.0000039	Z39 Świadczenia zabiegowe - grupa 39	25,0																		
50	Z40	5.31.00.0000040	Z40 Świadczenia zabiegowe - grupa 40	10,0																		
51	Z41	5.31.00.0000041	Z41 Świadczenia zabiegowe - grupa 41	10,0																		
52	Z42	5.31.00.0000042	Z42 Świadczenia zabiegowe - grupa 42	10,0																		
53	Z43	5.31.00.0000043	Z43 Świadczenia zabiegowe - grupa 43	10,0																		
54	Z44	5.31.00.0000044	Z44 Świadczenia zabiegowe - grupa 44	15,5																		
55	Z45	5.31.00.0000045	Z45 Świadczenia zabiegowe - grupa 45	10,0																		
56	Z46	5.31.00.0000046	Z46 Świadczenia zabiegowe - grupa 46	28,0																		
57	Z47	5.31.00.0000047	Z47 Świadczenia zabiegowe - grupa 47	20,0																		
58	Z48	5.31.00.0000048	Z48 Świadczenia zabiegowe - grupa 48	36,0																		

IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

59	Z49	5.31.00.0000049	Z49 Świadczenia zabiegowe - grupa 49	<b>15,0</b>																		
60	Z50	5.31.00.0000050	Z50 Świadczenia zabiegowe - grupa 50	<b>10,0</b>																		
61	Z51	5.31.00.0000051	Z51 Świadczenia zabiegowe - grupa 51	<b>5,0</b>																x		
62	Z52	5.31.00.0000052	Z52 Świadczenia zabiegowe - grupa 52	<b>15,0</b>																		
63	Z53	5.31.00.0000053	Z53 Świadczenia zabiegowe - grupa 53	<b>12,0</b>																x		
64	Z54	5.31.00.0000054	Z54 Świadczenia zabiegowe - grupa 54	<b>15,0</b>																		
65	Z55	5.31.00.0000055	Z55 Świadczenia zabiegowe - grupa 55	<b>16,0</b>																		
66	Z56	5.31.00.0000056	Z56 Świadczenia zabiegowe - grupa 56	<b>5,0</b>																		
67	Z57	5.31.00.0000057	Z57 Świadczenia zabiegowe - grupa 57	<b>28,0</b>																		
68	Z58	5.31.00.0000058	Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58	<b>30,0</b>																		
69	Z59	5.31.00.0000059	Z59 Świadczenia zabiegowe - grupa 59	<b>10,0</b>																		
70	Z60	5.31.00.0000060	Z60 Świadczenia zabiegowe - grupa 60	<b>56,0</b>																		
71	Z61	5.31.00.0000061	Z61 Świadczenia zabiegowe - grupa 61	<b>46,0</b>																		
72	Z62	5.31.00.0000062	Z62 Świadczenia zabiegowe - grupa 62	<b>10,0</b>																		





czości świadczeń zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia istotnym jest, aby realizacja tego typu terapii była odpowiednio planowana przez specjalistę. Zgodnie z warunkami kierunkowymi poszczególnych przypadków grup jednorodnych zabiegowych w AOS należy wskazać tylko jedną procedurę ICD9, która zakwalifikuje do rozliczenia tylko jedną grupą jednorodną. W przypadku wykonania, podczas jednego świadczenia specjalistycznego zabiegowego, więcej niż jedną procedurą zabiegową, do rozliczenia będzie można wskazać tylko jeden kod ICD9. Wykonany drugi zabieg będzie wliczony w koszt pierwszego. Poniżej przedstawiono charakterystykę poszczególnych grup zabiegowych.

#### **Z01 Świadczenia zabiegowe - grupa 1**

*wymagane wskazanie procedury z listy Z01*

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

- |        |   |
|--------|---|
| 06.111 | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy |
| 06.113 | Biopsja gruboigłowa tarczycy              |

#### **Z02 Świadczenia zabiegowe - grupa 2**

*wymagane wskazanie procedury z listy Z02*

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

- |        |  |
|--------|--|
| 06.112 | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy - celowana |
| 06.114 | Biopsja gruboigłowa tarczycy - celowana              |

#### **Z03 Świadczenia zabiegowe - grupa 3**

*wymagane wskazanie procedury z listy Z03*

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

- |        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 86.081 | Założenie pompy insulinowej |
|--------|-----------------------------|

#### **Z04 Świadczenia zabiegowe - grupa 4**

*wymagane wskazanie procedury z listy Z04*

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

- |        |  |
|--------|--|
| 99.821 | Lecznicze naświetlania promieniami ultrafioletowymi chorób skóry |
|--------|--|

#### **Z05 Świadczenia zabiegowe - grupa 5**

*wymagane wskazanie procedury z listy Z05*

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

- |         |   |
|---------|---|
| 00.9600 | Elektrokoagulacja zmian powierzchniowych                                      |
| 00.9601 | Krioterapia zmian powierzchniowych  |
| 00.9602 | Laseroterapia zmian powierzchniowych  |
| 86.32   | Kriochirurgiczne zniszczenie skóry  |
| 86.34   | Zniszczenie skóry laserem   |
| 86.382  | Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm |

#### **Z06 Świadczenia zabiegowe - grupa 6**

*wymagane wskazanie procedury z listy Z06*

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

- |        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| 86.383 | Radykalne wycięcie do 4 zmian skóry |
|--------|-------------------------------------|

**Z07 Świadczenia zabiegowe - grupa 7**

wymagane wskazanie procedury z listy Z07

**ICD-9**

86.384 Radykalne wycięcie powyżej 4 zmian skóry

**Z08 Świadczenia zabiegowe - grupa 8**

wymagane wskazanie procedury z listy Z08

**ICD-9**

99.89 Zabieg fizykoterapii przeciwbólowo

**Z09 Świadczenia zabiegowe - grupa 9**

wymagane wskazanie procedury z listy Z09

**ICD-9**

99.921 Akupunktura - leczenie bólu przewlekłego

**Z10 Świadczenia zabiegowe - grupa 10**

wymagane wskazanie procedury z listy Z10

**ICD-9**

04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych

**Z11 Świadczenia zabiegowe - grupa 11**

wymagane wskazanie procedury z listy Z11

**ICD-9**

04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą

100.42 Znieczulenie spłotów lub nerwów obwodowych (powyżej 2 godzin)

**Z12 Świadczenia zabiegowe - grupa 12**

wymagane wskazanie procedury z listy Z12

**ICD-9**

04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nieokreślone inaczej

04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego

**Z13 Świadczenia zabiegowe - grupa 13**

wymagane wskazanie procedury z listy Z13

**ICD-9**

04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego

04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą

**Z14 Świadczenia zabiegowe - grupa 14**

wymagane wskazanie procedury z listy Z14

**ICD-9**

33.26 Przeskórna igłowa biopsja płuca

34.041 Drenaż jamy opłucnowej

34.092	Nakłucie międzyżebra
34.094	Nakłucie opłucnej - pobranie materiału do analiz
34.095	Nakłucie opłucnej - punkcja odbarczająca
34.23	Biopsja ściany klatki piersiowej,
34.24	Biopsja opłucnej
34.25	Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia
34.71	Szycie rany ściany klatki piersiowej
34.91	Nakłucie klatki piersiowej
54.956	Nakłucie otrzewnej - punkcja odbarczająca
54.957	Nakłucie otrzewnej - pobranie materiału do analiz

#### **Z15 Świadczenia zabiegowe - grupa 15**

wymagane wskazanie procedury z listy Z15

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

33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca
98.15	Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia

#### **Z16 Świadczenia zabiegowe - grupa 16**

wymagane wskazanie procedury z listy Z16

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

97.71	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
97.73	Usunięcie krążka wewnątrzpochwowego
97.74	Usunięcie innego pesarium pochwowego
97.76	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki leczniczej
97.79	Usunięcie innego przyrządu z dróg rodnych

#### **Z17 Świadczenia zabiegowe - grupa 17**

wymagane wskazanie procedury z listy Z17

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

85.111	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi
85.113	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi

#### **Z18 Świadczenia zabiegowe - grupa 18**

wymagane wskazanie procedury z listy Z18

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

85.112	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana
85.114	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana
85.98	Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej

#### **Z19 Świadczenia zabiegowe - grupa 19**

wymagane wskazanie procedury z listy Z19

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

67.321	Elektrokonizacja szyjki macicy
67.324	Elektrokoagulacja szyjki macicy
67.33	Kriokonizacja szyjki macicy
67.34	Laseroterapia zmiany szyjki macicy
69.7	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
69.91	Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy
69.92	Sztuczna inseminacja

75.1 Amniocenteza diagnostyczna

### **Z20 Świadczenia zabiegowe - grupa 20**

wymagane wskazanie procedury z listy Z20

#### **ICD-9**

67.11 Biopsja kanału szyjki macicy  
67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)  
67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy  
67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy - inne  
70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych  
70.24 Biopsja pochwy  
71.099 Nacięcie sromu/krocza - inne  
71.01 Uwolnienie zrostów sromu  
71.091 Powiększenie wejścia do pochwy  
71.11 Biopsja sromu  
71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina  
71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina  
71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza

### **Z21 Świadczenia zabiegowe - grupa 21**

wymagane wskazanie procedury z listy Z21

#### **ICD-9**

85.02 Nacięcie sutka  
85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi

### **Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22**

wymagane wskazanie procedury z listy Z22

#### **ICD-9**

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

### **Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23**

wymagane wskazanie procedury z listy Z23

#### **ICD-9**

66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu  
68.12 Histeroskopia diagnostyczna  
68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy  
69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - diagnostyczne  
69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - lecznicze  
69.59 Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy

### **Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 24**

wymagane wskazanie procedury z listy Z24

#### **ICD-9**

67.2 Konizacja szyjki macicy  
68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium

### Z25 Świadczenia zabiegowe - grupa 25

wymagane wskazanie procedury z listy Z25

#### ICD-9

- 93.57 Założenie opatrunku na ranę - inne
- 98.01 Usunięcie ciała obcego ze światła jamy ustnej bez nacięcia
- 98.17 Usunięcie ciała obcego ze światła pochwy bez nacięcia
- 98.18 Usunięcie ciała obcego z przetoki sztucznej bez nacięcia
- 98.19 Usunięcie ciała obcego ze światła cewki moczowej bez nacięcia
- 98.20 Usunięcie ciała obcego bez nacięcia - inne
- 98.23 Usunięcie ciała obcego ze sromu bez nacięcia
- 98.24 Usunięcie ciała obcego z prącia/moszny bez nacięcia
- 98.25 Usunięcie ciała obcego z tułowia, z wyjątkiem moszny, prącia lub sromu - bez nacięcia
- 98.26 Usunięcie ciała obcego z ręki bez nacięcia
- 98.27 Usunięcie ciała obcego z kończyny górnej, z wyjątkiem dłoni - bez nacięcia
- 98.28 Usunięcie ciała obcego ze stopy bez nacięcia
- 98.29 Usunięcie ciała obcego z nogi, z wyjątkiem stopy - bez nacięcia

### Z26 Świadczenia zabiegowe - grupa 26

wymagane wskazanie procedury z listy Z26

#### ICD-9

- 86.056 Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione
- 86.11 Biopsja skóry/ tkanki podskórnej
- 86.381 Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia do 4,0 cm
- 97.14 Wymiana innego przyrządu unieruchamiającego
- 97.15 Wymiana cewnika w ranie
- 97.38 Usunięcie szwów z głowy lub szyi
- 97.43 Usunięcie szwów z klatki piersiowej
- 97.621 Usunięcie cewnika z moczowodu i z ureterostomii
- 97.641 Usunięcie cewnika założonego na stałe z dróg moczowych
- 97.84 Usunięcie szwów z tułowia - niesklasyfikowane gdzie indziej
- 97.881 Usunięcie klamry
- 97.882 Usunięcie gipsu
- 97.891 Usunięcie szwów z innej okolicy
- 97.83 Usunięcie szwów ze ściany jamy brzusznej

### Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27

wymagane wskazanie procedury z listy Z27

#### ICD-9

- 57.01 Drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia
- 57.94 Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego
- 57.95 Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe
- 86.03 Nacięcie torbieli skórzastej
- 86.058 Usunięcie drenu (drenów) z ran pooperacyjnych
- 97.03 Wymiana cewnika w przetoce jelita cienkiego
- 97.04 Wymiana cewnika w przetoce jelita grubego
- 97.16 Wymiana tamponu lub drenu w ranie
- 97.26 Wymiana tamponady lub drenu pochwy lub sromu
- 97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej
- 97.611 Usunięcie cewnika z nefrostomii i pielostomii
- 97.612 Wymiana cewnika w nefrostomii i pielostomii
- 97.631 Usunięcie cewnika z cystostomii

97.632	Wymiana cewnika w cystostomii
97.65	Usunięcie szynowania z cewki moczowej
97.81	Usunięcie drenu zaotrzewnowego
97.82	Usunięcie drenu otrzewnowego

### **Z28 Świadczenia zabiegowe - grupa 28**

wymagane wskazanie procedury z listy Z28

#### **ICD-9**

48.35	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnej
49.01	Nacięcie ropnia okołoodbytu
49.03	Wycięcie polipowatej wyrośli odbytu
49.22	Biopsja okołoodbytowa
49.23	Biopsja odbytu
49.31	Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu
49.52	Tylne nacięcie zwieracza odbytu
49.59	Nacięcie zwieracza odbytu - inne
49.931	Usunięcie ciała obcego z odbytu z nacięciem

### **Z29 Świadczenia zabiegowe - grupa 29**

wymagane wskazanie procedury z listy Z29

#### **ICD-9**

40.11	Biopsja układu limfatycznego
40.23	Wycięcie pachowego węzła chłonnego
40.24	Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego
40.291	Wycięcie torbieli limfatycznej
40.293	Proste wycięcie węzła chłonnego

### **Z30 Świadczenia zabiegowe - grupa 30**

wymagane wskazanie procedury z listy Z30

#### **ICD-9**

82.012	Nacięcie pochewki ścięgnistej na rękę
82.03	Nacięcie kaletki maziowej ręki
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna
83.039	Nacięcie kaletki - inne
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki
83.329	Wycięcie zmiany mięśnia - inne
83.61	Szycie pochewki ścięgna

### **Z31 Świadczenia zabiegowe - grupa 31**

wymagane wskazanie procedury z listy Z31

#### **ICD-9**

86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej
86.281	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej

- 86.282 przez szczoteczkowanie  
Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem
- 86.283 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie
- 86.284 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie

#### **Z32 Świadczenia zabiegowe - grupa 32**

wymagane wskazanie procedury z listy Z32

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

- 45.251 Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
- 45.252 Pobranie materiału przez wyszczoteczkowanie lub wyplukanie jelita grubego
- 48.22 Wziernikowanie odbytnicy i esicy przez sztuczną przetokę
- 48.23 Wziernikowanie odbytnicy i esicy sztywnym wziernikiem

#### **Z33 Świadczenia zabiegowe - grupa 33**

wymagane wskazanie procedury z listy Z33

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

- 82.22 Wycięcie zmiany mięśnia ręki

#### **Z34 Świadczenia zabiegowe - grupa 34**

wymagane wskazanie procedury z listy Z34

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

- 86.21 Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej

#### **Z35 Świadczenia zabiegowe - grupa 35**

wymagane wskazanie procedury z listy Z35

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

- 57.029 Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia - inne
- 57.32 Cystoskopia przezcewkowa
- 60.113 Przeskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)

#### **Z36 Świadczenia zabiegowe - grupa 36**

wymagane wskazanie procedury z listy Z36

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

- 58.22 Inna uretroskopia
- 64.21 Wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia
- 64.41 Szycie rany prącia
- 99.2900 Wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG

#### **Z37 Świadczenia zabiegowe - grupa 37**

wymagane wskazanie procedury z listy Z37

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

- 83.21 Biopsja tkanek miękkich

#### **Z38 Świadczenia zabiegowe - grupa 38**

wymagane wskazanie procedury z listy Z38



**ICD-9**

- 77.41 Biopsja kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
- 77.42 Biopsja kości - kość ramienna
- 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 (palciczki palców stopy/ręki)

**Z39 Świadczenia zabiegowe - grupa 39**

wymagane wskazanie procedury z listy Z39

**ICD-9**

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

**Z40 Świadczenia zabiegowe - grupa 40**

wymagane wskazanie procedury z listy Z40

**ICD-9**

- 78.611 Usunięcie zewnętrznego - inwazyjnego stabilizatora kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
- 78.612 Usunięcie zewnętrznego - inwazyjnego stabilizatora kości - kość ramienna
- 78.613 Usunięcie zewnętrznego - inwazyjnego stabilizatora kości - kość promieniowa/kość łokciowa
- 78.614 Usunięcie zewnętrznego - inwazyjnego stabilizatora kości - kości nadgarstka/śródręcza/palciczki (ręki)
- 78.617 Usunięcie zewnętrznego - inwazyjnego stabilizatora kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa

78.618	Usunięcie zewnętrznego - inwazyjnego stabilizatora kości - kości stępu/kości śródstopia/paliczki (stopy)
97.171	Usunięcie zespolenia zewnętrznego - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
97.173	Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kość promieniowa/kość łokciowa
97.174	Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kości nadgarstka/śródręcza/paliczki (ręki)
97.176	Usunięcie zespolenia zewnętrznego - rzepka
97.177	Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kość piszczelowa/kość strzałkowa

#### **Z41 Świadczenia zabiegowe - grupa 41**

wymagane wskazanie procedury z listy Z41

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

93.51	Założenie gorsetu gipsowego
93.53	Założenie innego unieruchomienia gipsowego
93.541	Założenie szyny z gipsem
93.542	Założenie szyny Kramera
93.549	Założenie innej szyny unieruchamiającej
97.11	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej
97.12	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej
97.13	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy

#### **Z42 Świadczenia zabiegowe - grupa 42**

wymagane wskazanie procedury z listy Z42

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

09.41	Zgłębnikowanie otworu łzowego
09.42	Zgłębnikowanie kanałika łzowego
09.43	Zgłębnikowanie przewodu nosowo-łzowego
12.124	Nacięcie tęczówki z użyciem lasera

#### **Z43 Świadczenia zabiegowe - grupa 43**

wymagane wskazanie procedury z listy Z43

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

09.92	Płukanie dróg łzowych
10.0	Usunięcie ciała obcego ze spojówki

#### **Z44 Świadczenia zabiegowe - grupa 44**

wymagane wskazanie procedury z listy Z44

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

08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczowego
08.21	Wycięcie gradówki
08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/wywinętej powieki
08.42	Podszycie podwiniętej/wywinętej powieki
08.511	Powiększenie szczeliny powiek
08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej
08.522	Zszycie tarczki
10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki
10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce
10.331	Usunięcie ziarniny jagliczej
10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki
10.91	Iniekcja podspojówkowa
12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka

12.72	Cyklokrioterapia
12.73	Cyklofotokoagulacja
12.91	Lecznicze opróżnienie komory przedniej oka
12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka
12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka
12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka

#### **Z45 Świadczenia zabiegowe - grupa 45**

wymagane wskazanie procedury z listy Z45

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

10.1	Inne nacięcia spojówki
10.21	Biopsja spojówki
11.21	Skrobanie rogówki na rozmaz lub posiew
98.21	Usunięcie powierzchownego ciała obcego z oka bez nacięcia
98.221	Usunięcie ciała obcego wbitego w powiekę lub spojówkę bez nacięcia

#### **Z46 Świadczenia zabiegowe - grupa 46**

wymagane wskazanie procedury z listy Z46

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

09.12	Biopsja woreczka łzowego
09.51	Nacięcie otworu łzowego
09.52	Nacięcie kanalika łzowego
09.53	Nacięcie woreczka łzowego
09.91	Obliteracja otworu łzowego

#### **Z47 Świadczenia zabiegowe - grupa 47**

wymagane wskazanie procedury z listy Z47

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

13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie) (kapsulotomia laserowa)
-------	--

#### **Z48 Świadczenia zabiegowe - grupa 48**

wymagane wskazanie procedury z listy Z48

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

14.22	Zniszczenie zmiany naczyniówki/ siatkówki - krioterapia
14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/siatkówki
14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyniówki/siatkówki - inne
14.32	Rozerwanie siatkówki - leczenie krioterapią
14.34	Rozerwanie siatkówki - leczenie fotokoagulacją (laser)
14.35	Rozerwanie siatkówki - leczenie fotokoagulacją - inne
14.54	Odwarstwienie siatkówki - leczenie fotokoagulacją (laser)
14.55	Odwarstwienie siatkówki - leczenie fotokoagulacją - inne

#### **Z49 Świadczenia zabiegowe - grupa 49**

wymagane wskazanie procedury z listy Z49

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

08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi
08.01	Nacięcie brzegu powieki
08.09	Nacięcie powieki oka - inne
08.11	Biopsja powieki
08.22	Wycięcie innej małej zmiany powieki

08.25 Zniszczenie zmiany powieki

**Z50 Świadczenia zabiegowe - grupa 50**

wymagane wskazanie procedury z listy Z50

**ICD-9**

25.91 Podcięcie wędzidełka języka  
27.91 Nacięcie wędzidełka wargi  
27.92 Nacięcia w obrębie jamy ustnej - inne  
27.22 Biopsja podniebienia miękkiego/języczka  
27.23 Biopsja wargi

**Z51 Świadczenia zabiegowe - grupa 51**

wymagane wskazanie procedury z listy Z51

**ICD-9**

97.37 Usunięcie rurki tracheostomijnej  
98.11 Usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia  
98.12 Usunięcie ciała obcego ze światła nosa bez nacięcia  
98.13 Usunięcie ciała obcego ze światła gardła bez nacięcia

**Z52 Świadczenia zabiegowe - grupa 52**

wymagane wskazanie procedury z listy Z52

**ICD-9**

21.15 Nacięcie małżowiny nosa - (konchotomia) częściowa podśluzówkowa  
21.92 Odwarstwienie błony śluzowej przegrody nosa  
22.01 Punkcja zatoki nosa/płukanie/aspiracja  
22.02 Aspiracja lub przepłukanie zatoki nosa przez naturalne ujście

**Z53 Świadczenia zabiegowe - grupa 53**

wymagane wskazanie procedury z listy Z53

**ICD-9**

97.23 Wymiana rurki tracheostomijnej

**Z54 Świadczenia zabiegowe - grupa 54**

wymagane wskazanie procedury z listy Z54

**ICD-9**

22.00 Aspiracja i płukanie zatok nosa - nieokreślone inaczej  
23.1817 Krioterapia niewielkich zmian w obrębie tkanek miękkich jamy ustnej  
27.24 Biopsja jamy ustnej - inne  
27.71 Nacięcie języczka  
27.93 Plastyka wędzidełka wargi, języka, policzka  
28.05 Nacięcie migdałka lub struktur okołomigdałkowych  
21.22 Biopsja nosa  
21.81 Szycie rany nosa  
21.32 Miejscowe wycięcie lub zniszczenie innych zmian nosa

**Z55 Świadczenia zabiegowe - grupa 55**

wymagane wskazanie procedury z listy Z55

**ICD-9**

25.01 Zamknięta (igłowa) biopsja języka

26.0	Nacięcie ślinianki/przewodu ślinowego
26.11	Biopsja igłowa ślinianki/przewodu
26.91	Sondowanie przewodu ślinowego
27.1	Nacięcie podniebienia
28.11	Biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego
29.12	Biopsja gardła

#### **Z56 Świadczenia zabiegowe - grupa 56**

wymagane wskazanie procedury z listy Z56

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

21.01	Przednia tamponada nosa przy krwotoku
97.21	Wymiana tamponady nosa
97.32	Usunięcie tamponady nosa

#### **Z57 Świadczenia zabiegowe - grupa 57**

wymagane wskazanie procedury z listy Z57

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

21.13	Nacięcie przegrody nosowej
21.14	Drenaż ropnia przegrody nosa
21.71	Zamknięte nastawienie złamania nosa
22.11	Zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa

#### **Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58**

wymagane wskazanie procedury z listy Z58

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

18.02	Nacięcie zewnętrznego przewodu słuchowego
18.291	Przyżeganie ucha zewnętrznego
18.293	Kriochirurgia ucha zewnętrznego
18.292	Koagulacja ucha zewnętrznego
18.294	Łyzeczkowanie ucha zewnętrznego
18.295	Elektrokoagulacja ucha zewnętrznego
20.091	Aspiracja ucha środkowego - nieokreślona inaczej
20.099	Nacięcie błony bębenkowej - inne
20.1	Usunięcie rurki tympanostomijnej
20.81	Katetyzacja trąbki Eustachiusza
20.84	Wdmuchnięcie kwasu bornego/salicylowego do trąbki Eustachiusza
20.94	Wstrzyknięcie do jamy bębenkowej

#### **Z59 Świadczenia zabiegowe - grupa 59**

wymagane wskazanie procedury z listy Z59

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

23.1808	Wyłuszczenie kamienia z przewodu ślinianki
25.1	Zniszczenie lub wycięcie zmiany języka
25.51	Szycie rany języka
25.92	Wycięcie wędzidełka języka
27.41	Wycięcie wędzidełka wargi
27.491	Wycięcie zmiany w zakresie przedsiönka jamy ustnej
27.51	Szycie rany wargi
27.52	Szycie rany jamy ustnej - inne
28.91	Usunięcie ciała obcego z migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego przez nacięcie

#### **Z60 Świadczenia zabiegowe - grupa 60**

wymagane wskazanie procedury z listy Z60

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

- 27.311 Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez kauteryzację
- 27.312 Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez chemioterapię
- 76.93 Zamknięte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego

#### **Z61 Świadczenia zabiegowe - grupa 61**

wymagane wskazanie procedury z listy Z61

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

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

#### **Z62 Świadczenia zabiegowe - grupa 62**

wymagane wskazanie procedury z listy Z62

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

- 18.09 Nacięcie ucha zewnętrznego - inne
- 18.12 Biopsja ucha zewnętrznego
- 18.4 Szycie rany ucha zewnętrznego
- 18.299 Częściowe wycięcie małżowiny usznej

#### **Z63 Świadczenia zabiegowe - grupa 63**

wymagane wskazanie procedury z listy Z63

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

- 24.0 Nacięcie dziąsła lub kości żębodołowej
- 23.1809 Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 żębodołów włącznie ze szwem
- 23.1810 Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 2-3 żębodołów włącznie z opracowaniem i szwami
- 24.32 Szycie rozerwanego dziąsła
- 24.511 Plastyka wyrostka żębodołowego - przykorzeniowa
- 24.514 Plastyka wyrostka żębodołowego - prosta

#### **Z64 Świadczenia zabiegowe - grupa 64**

wymagane wskazanie procedury z listy Z64

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

- 23.2001 Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem

#### **Z65 Świadczenia zabiegowe - grupa 65**

wymagane wskazanie procedury z listy Z65

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

- 23.1703 Usunięcie głęboko złamanego zęba przez dłutowanie wewnątrzżębodołowe przy zastosowaniu wiertel, dźwigni
- 23.1704 Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzżębodołowe z wytworzeniem płata

- 23.2102      służówkowo-okostnowego  
Repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka zębodołowego z zębem lub zębami
- 23.2206      Założenie szyny przy zwichnięciach, reimplantacjach lub transplantacjach zębów
- 23.2207      Założenie szyny z pelotą lub płytą nagryzową przy złamaniach z przemieszczeniem szczęki lub dna oczodołu lub wyrostka kłykciowego żuchwy

#### **Z66 Świadczenia zabiegowe - grupa 66**

wymagane wskazanie procedury z listy Z66

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

- 23.1705      Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego
- 23.1706      Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z naklejeniem zaczepu ortodontycznego
- 23.1707      Operacyjne - usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych
- 23.1708      Usunięcie zębów w znieczuleniu ogólnym u pacjentów z niedorozwojem umysłowym
- 97.36        Usunięcie innego przyrządu zewnętrznej fiksacji żuchwy

#### **Z67 Świadczenia zabiegowe - grupa 67**

wymagane wskazanie procedury z listy Z67

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

- 24.11        Biopsja dziąsła
- 24.12        Biopsja wyrostka zębodołowego
- 76.11        Biopsja kości twarzy

#### **Z68 Świadczenia zabiegowe - grupa 68**

wymagane wskazanie procedury z listy Z68

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

- 24.31        Wycięcie zmiany/tkanki dziąsła
- 27.313      Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez krioterapię
- 27.319      Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek podniebienia twardego - inne

#### **Z69 Świadczenia zabiegowe - grupa 69**

wymagane wskazanie procedury z listy Z69

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

- 76.96        Wstrzyknięcie leku do stawu skroniowo-żuchwowego
- 81.911      Aspiracja stawu
- 82.92        Aspiracja z kaletki ręki
- 82.93        Aspiracja z tkanek miękkich ręki - inne
- 82.94        Wstrzyknięcie leku do kaletki ręki
- 82.95        Wstrzyknięcie leku do ścięgna ręki
- 83.96        Wstrzyknięcie leku do kaletki maziowej
- 83.97        Wstrzyknięcie leku do ścięgna
- 81.92        Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł
- 85.91        Aspiracja z piersi
- 86.011      Aspiracja ropnia paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej
- 86.012      Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej
- 86.013      Aspiracja nagromadzenia płynu surowiczego pod paznokciem, skórą lub tkanką podskórną

86.23	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego
83.94	Aspiracja z kaletki maziowej
83.95	Aspiracja z tkanek miękkich - inne

#### **Z70 Świadczenia zabiegowe - grupa 70**

wymagane wskazanie procedury z listy Z70

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

86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm
86.54	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran

#### **Z71 Świadczenia zabiegowe - grupa 71**

wymagane wskazanie procedury z listy Z71

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

86.53	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm
86.55	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej

#### **Z72 Świadczenia zabiegowe - grupa 72**

wymagane wskazanie procedury z listy Z72

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

99.974	Uzupełnienie pompy baklofenem
--------	-------------------------------

#### **Z73 Świadczenia zabiegowe - grupa 73**

wymagane wskazanie procedury z listy Z73

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

99.9959	Płukanie długoterminowego implantowanego podskórnie akcesu do układu żył centralnych typu „PORT”
---------	--

#### **Z74 Świadczenia ortoptyczno-pleoptyczne**

wymagane wskazanie procedury z listy Z74

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

95.35	Ćwiczenia ortoptyczne
93.3999	Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne

#### **Z75 Świadczenia logopedyczne**

wymagane wskazanie procedury z listy Z75

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

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



#### d. Świadczenie pohospitalizacyjne

Wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej umożliwiło placówkom wdrażanie kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami. Sytuacja w większości przypadków dotyczy świadczeniodawców posiadających w swoich strukturach ambulatorium oraz oddziały szpitalne o takim samym profilu medycznym jak poradnie specjalistyczne. W takiej sytuacji pacjent zgłaszający się do ambulatorium ma możliwość kompleksowego leczenia (ambulatorium - szpital) w tej samej placówce. W przypadku gdy świadczeniodawca hospitalizował pacjenta, to po jego wypisie z oddziału ma prawo przyjąć go na świadczenie pohospitalizacyjne we własnej poradni. Plusem takiego postępowania jest to, że porada specjalistyczna jest wyżej wyceniona niż zwykła porada specjalistyczna I typu. Należy jednak pamiętać, że można ją realizować w okresie do 30 dni od momentu wypisania ze szpitala. W praktyce jednak Fundusz nie określił definicji świadczenia pohospitalizacyjnego w taki sposób, aby rzeczywiście można ją było realizować tylko w okresie 30 dni od wypisania ze szpitala. W celu potwierdzenia tej teorii postuluje się można prostym przykładem.

Zgodnie ze schematem (obok) odpowiednie planowanie procesu terapeutycznego pacjentów może doprowadzić do tego, że świadczenie pohospitalizacyjne może być realizowane nieskończenie długo. Oczywiście, aby móc tak planować, należy perfekcyjnie znać zasady realizacji świadczeń zdrowotnych zarówno w szpitalu, jak i ambulatorium. W tym przypadku bardzo istotną sprawą jest znajomość zasad karencji 14-dniowej między kolejnymi epizodami w oddziale szpitalnym. Jeżeli zostanie ona zachowana, to tak naprawdę jest możliwość realizacji porad pohospitalizacyjnych bez przerwy.

Oczywiście wizyta taka musi być przyczynowo związana z wcześniejszym pobytem w szpitalu.

Wartość świadczenia pohospitalizacyjnego Fundusz określił na 4 punkty. Zgodnie z charakterystyką świadczeń specjalistycznych każdy świadczeniodawca musi ją realizować zgodnie z definicją świadczenia. Obejmuje ono przede wszystkim ocenę przebiegu leczenia po zakończonej hospitalizacji. Dokonuje się jej w oparciu o badanie lub posiadane, lub przedstawione przez pacjenta wyniki badań. Ponadto w ramach tego świadczenia mamy prawo realizować procedury medyczne, w tym diagnostyczne, rehabilitacyjne, terapeutyczne zgodnie z aktualną wersją klasyfikacji ICD9. W przypadku gdy zajdzie potrzeba realizacji dodatkowych badań, lekarz podczas tego typu wizyty ma prawo wystawić skierowania na odpowiednia badania, będą kontynuacją poprzednich. Tak jak w przypadku świadczenia specjalistycznego lub świadczenia specjalistycznego kompleksowego, tak i w tym przypadku Narodowy Fundusz Zdrowia dał możliwość wystawienia orzeczenia lub zaświadczenia, do uzyskania którego uprawniony jest



świadczeniobiorca na podstawie art. 16 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podsumowując należy pamiętać, że najważniejsze jest to, że świadczenie pohospitalizacyjne może być realizowane tylko i wyłącznie przez świadczeniodawcę, który wcześniej hospitalizował pacjenta w swojej placówce.

#### **e. Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy**

Świadczenie to realizowane musi być zgodnie z definicją. Narodowy Fundusz Zdrowia w zarządzeniu dotyczącym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określa jedynie, że może ona być realizowana w miejscu zamieszkania pacjenta lub miejscu jego czasowego pobytu. Realizacja świadczenia może być wykonana w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta. Zgodnie z zarządzeniem oprócz standardowej oceny stanu zdrowia pacjenta specjalista ma prawo do:

- zlecenia zaopatrzenia w świadczenia gwarantowane wymienione w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141, z późn. zm.) oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uprawniającego do uzyskania świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego musi być w zgodne odpowiednio z załącznikami nr 1, 4, i 5 (załączniki powyżej) do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi;
- kierowanie na: konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą;
- niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
- wykonywanie badań profilaktycznych.

#### **f. Katalog ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych odrębnych**

Podczas tworzenia katalogu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych nie było możliwości przyporządkowania do niego wszystkich świadczeń wykonywanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Część z nich ze względu na potrzebę indywidualnego podejścia podczas rozliczania wymagała od Płatnika stworzenia odrębnego katalogu, który pozwalałby na nieco odmienny sposób postępowania niż wszystkie inne procedury. Katalog ten zawiera w swojej strukturze poszczególne procedury. Przede wszystkim wskazuje ich wycenę punktową, kod produktu. Istotne są warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 29 sierpnia 2009 r. (Dz. U. Nr 139, poz. 1142), oraz kolumna uwagi wskazująca istotne warunki, jakie należy spełnić, jeśli chce się rozliczyć dane świadczenie zdrowotne. Niektóre z nazw świadczeń mają przyporządkowane w tabeli cyfry, które również wskazują pewne warunki do spełnienia. Aby szczegółowo określić zasady realizacji poszczególnych świadczeń znajdujących się w katalogu, warto się z nimi zapoznać.

1. Przeprowadzenie badania przesiewowego w kierunku wczesnego wykrywania jaskry obejmuje:
  - a) wywiad w kierunku jaskry i wypełnienie ankiety zgodnie z wzorem określonym poniżej,
  - b) edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki i objawów jaskry,
  - c) badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego,
  - d) badanie ciśnienia śródgałkowego - metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza (zalecane także wykonanie pomiaru centralnej grubości rogówki),
  - e) badanie kąta przesączania - gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana,
  - f) określenie trybu dalszego postępowania, w zależności od wyniku badania potwierdzonego pisemnie:
    - zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po 24 miesiącach w przypadku prawidłowego wyniku badania lub
    - skierowanie osób z nieprawidłowym wynikiem badania do dalszej diagnostyki lub objęcie leczeniem.

Badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania jaskry skierowane są do świadczeniobiorców w wieku powyżej 35. roku życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia).

Badaniami przesiewowymi nie mogą być objęci świadczeniobiorcy, którzy byli diagnozowani w kierunku jaskry w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub u których już wcześniej zdiagnozowano jaskrę):

- ankieta, wywiad,
- badanie okulistyczne w celu wczesnego wykrywania jaskry.

2. Wykonanie procedury pobrania materiału do przesiewowego badania cytologicznego obejmuje:
  - Zarejestrowanie w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia skryningiem, kobiety z ustalonej grupy wiekowej (25-59 lat), które zgłoszą się do przesiewowego badania cytologicznego wraz z wypełnieniem ankiety w SIMP.
  - Pobranie materiału do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i jednorazowej szczoteczki umożliwiającej pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy (w przypadku, kiedy próbka nie nadaje się do oceny mikroskopowej, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania, dopuszcza się odsetek rozmazów niemożliwych do oceny na poziomie 3% i suboptymalnych tj. dopuszczonych do oceny warunkowo, na poziomie 20%).
  - Rozprowadzenie pobranego materiału na całej powierzchni szkiełka podstawowe- go i jego utrwalenie (cytofix lub alkohol 96%).
  - Przeprowadzenie edukacji w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy
  - Wysłanie pobranego materiału do pracowni diagnostycznej wyłonionej przez Fundusz w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostycznego Programu profilaktyki raka szyjki macicy. Materiał musi być opisany w sposób umożliwiający identyfikację pacjentki w SIMP, np. w oparciu o

nr badania nadany przez SIMP lub nr PESEL.; po zakończeniu procedur konkursowych oddział wojewódzki Funduszu właściwy terytorialnie dla siedziby świadczeniodawcy zobowiązany jest udostępnić listę pracowni realizujących etap diagnostyczny Programu.

- W przypadku nieprawidłowego wyniku, jeśli pacjentka nie zgłosi się po jego odbiór w ciągu 3 miesięcy, konieczne jest wezwanie pacjentki, wydanie wyniku wraz z decyzją, co do dalszego postępowania - objęcie leczeniem lub, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania, skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach etapu pogłębionej diagnostyki Programu.
- Zalecane postępowanie w przypadku prawidłowego wyniku badania:
  - a) zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po trzech latach w przypadku braku czynników ryzyka;
  - b) zalecenie wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach Programu w uzasadnionych przypadkach, w szczególności kobietom zakażonym wirusem HIV, przyjmującym leki immunosupresyjne, zakażone HPV - typem wysokiego ryzyka.
- Wpisanie zaleceń dla pacjentki odnośnie dalszego trybu postępowania w aplikacji SIMP.

Rozmaz cytologiczny w ramach skryningu może pobierać lekarz realizujący świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa i/lub współpracująca z nim położna. Musi ona jednak posiadać dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy wydany po 31 grudnia 2010 r. lub dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego prowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub wojewódzki ośrodek koordynujący w latach 2007-2010 w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy. „Cytologiczne badania przesiewowe obejmują populację kobiet w wieku od 25 do 59 lat, (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia). Badania przeprowadza się 1 raz na 3 lata.”

Pacjentki leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) ponownie zostają objęte skryningiem cytologicznym.

W przypadku przekroczenia parametrów, o których mowa w punkcie 2. oddział wojewódzki Funduszu zaleca usunięcie nieprawidłowości, a w razie niewykonania zaleceń w ciągu 3 miesięcy może rozwiązać umowę ze świadczeniodawcą.

### 3. Monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki/trzustki/wątroby

Procedura ta może być rozliczona po wykonaniu pakietu badań kontrolnych wykonywanych raz na kwartał, zgodnie z poniższym zestawieniem:

#### I. Badania laboratoryjne:

- Morfologia,
- Mocznik,
- Kreatynina,

- Bilirubina,
- Proteinogram,
- Koagulogram,
- AspAT,
- AlAT,
- Mocz/posiew,
- Anty-HIV,
- HbsAg
- Anty-Hbs,
- HbeAg
- Anty-Hbe
- Anty-HCV,
- Anty-CMV,
- Anty-EBV,
- HCV-RNA

(badania wirusów wykonywane co 6 m-cy)

#### II. Inne badania:

- RTG klatki piersiowej,
- EKG (wykonywane co 6 m-cy),
- Gastroskopia (przy wskazaniach medycznych - co 12 m-cy)

W celu udokumentowania realizacji ww. świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zobowiązany jest do dołączenia zestawienia wyników wykonanych badań do historii choroby pacjenta.

#### 4. Kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badania wstępne

- rozliczanie jeden raz u danego świadczeniobiorcy z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek - klirens kreatyniny  $\leq 20\text{ml/min/1,75m}^2$ ,
- uwzględnienie pakietu świadczeń zgodnego z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz nefrologii,
- wykonanie w ramach procedury niezbędnych porad specjalistycznych związanych z kwalifikacją do przeszczepu nerki,
- wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań i konsultacji oraz porad specjalistycznych,
- dokumentacja związana ze zgłoszeniem potencjalnego biorcy do ośrodka kwalifikującego do przeszczepu włączona do historii choroby.

IV. Podstawowe definicje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 29 sierpnia 2009 r. (Dz. U. Nr 139, poz. 1142) określone w:	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem Programy określone w:	Uwagi
badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry wykonywane dodatkowo w trakcie porady realizowanej z innych przyczyn <sup>1)</sup>	1	zał. Nr 2 IX lp. 17		* świadczenie wykonane zgodnie z wymogami opisanymi 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
badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry stanowiące jedyny cel porady <sup>1)</sup>	4	zał. Nr 2 IX lp. 17		* świadczenie wykonane zgodnie z wymogami opisanymi poniżej tabeli * rozliczane w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i stanowi jedyny cel porady
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	15	zał. Nr 2 IX lp. 18		
pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego <sup>2)</sup>	3		zał. Nr 2 lp. 2-etap podstawowy	*świadczenie wykonane zgodnie z wymogami opisanymi poniżej w 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
monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki/trzustki/wątroby <sup>3)</sup>	20			obejmuje pakiet badań kontrolnych wykonywanych raz na kwartał, zgodnie z wymogami opisanymi poniżej w tabeli
wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu	20			obejmuje pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach, porada rozliczana jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego

*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

kompleksowa kwalifikacja do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu	12			obejmuje pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach
monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie nerki	22			obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki	29			obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
urofometria cewkowa	6	zał. Nr 2 IX lp. 3		
badanie urodynamiczne kompleksowe z profilometrią cewkową	45	zał. Nr 2 IX lp. 3		
kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badania wstępne	130			rozliczanie procedury następującej na zasadach opisanych poniżej <sup>4)</sup>
kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu	10			porada wykonywana na warunkach zgodnych z obowiązującym Rozp. Ministra Zdrowia w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy
świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej	15			świadczenie wykonywane zgodnie z zapisami określonymi w: „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem” stanowiącymi załącznik do rozporządzenia o opiece okołoporodowej. Rozliczenie świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu.

---

## V. Warunki i zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych

Aby świadczeniodawca mógł zakontraktować z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, musi spełnić warunki opublikowane zarządzeniem Prezesa NFZ dotyczącego AOS załączniki nr 3 część a, b, c, d oraz w przepisach odrębnych. Istotne jest, aby warunki te były spełnione we wszystkich miejscach, w których będą realizowane świadczenia będące przedmiotem umowy z Płatnikiem (NFZ). Ubiegając się o możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych placówka musi mieć pewność, że jest w stanie zapewnić pacjentom odpowiednią do nich dostępność.

Świadczenia, na które zawarto umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mogą być realizowane tylko i wyłącznie przez osoby do tego wykwalifikowane. Zakres kwalifikacji określono w zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącego leczenia ambulatoryjnego w jednym z załączników. W sytuacji gdyby w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych zabrakło lekarza, to świadczeniodawca jest zobowiązany poinformować o tym fakcie pacjentów, jak też o sposobie organizacji udzielania świadczeń. Informacja powinna być dostępna w miejscu, w którym udziela się świadczenia oraz w siedzibie świadczeniodawcy. Wszystkie świadczenia związane z wykonywaniem badań diagnostycznych (laboratoryjnych) mogą być realizowane tylko i wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych. Muszą one spełniać odpowiednie wymogi określone przepisami prawa. Chcąc realizować świadczenia specjalistyczne zabiegowe, każdy świadczeniodawca musi posiadać w swojej strukturze gabinet diagnostyczno-zabiegowy. Nie jest zapisane, ile ich musi być, dlatego też wystarczy jeden gabinet w strukturze placówki.

Bardzo często w materiałach publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest mowa o harmonogramie czasu pracy. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej należy spełnić warunki mówiące, że poradnia specjalistyczna ma być czynna nie krócej niż trzy razy w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych, w przedziale czasowym między godz. 7:30 a 14:00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 14:00 a 20:00. Inaczej może być w przypadku, gdy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy strony przyjmą harmonogram pracy poradni, odpowiadający ustalonej liczbie świadczeń. Oczywiście przez czas pracy w poradni specjalistycznej rozumie się czas pracy personelu medycznego: lekarza, logopedy lub ortoptysty.

Każdy lekarz realizujący świadczenia opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zobowiązany jest do stosowania zasad leczenia zgodnie z aktualnym stanem wiedzy zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Dlatego też Fundusz nie ma prawa podważyć zasadności postępowania diagnostyczno-terapeutycznego lekarza. Należy tylko pamiętać o tym, żeby każdy epizod pacjenta w ambulatorium był odpowiednio udokumentowany. Jeżeli będą z tego tytułu uchybienia, to w takiej sytuacji Fundusz ma prawo kwestionować porady w rozliczeniu.

Podstawową zasadą, jaką powinien kierować się każdy lekarz realizujący świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest zasadność przy-



jęcia do ambulatorium lub do szpitala. Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ hospitalizować można pacjenta dopiero wtedy, gdy zaplanowany cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Natomiast realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinna być realizowana wówczas, gdy do osiągnięcia celu zdrowotnego nie jest konieczna hospitalizacja lub hospitalizacja planowa lub leczenie w trybie jednego dnia. Dzięki ostatnio wprowadzonym zmianom systemowym w AOS realizacja części procedur zabiegowych przeniesiona została do ambulatorium. Jednakże Płatnik nie odebrał możliwości ich realizacji w szpitalnictwie. Spowodowane to było tym, że część pacjentów, ze względu na swój stan zdrowia, będzie wymagała pobytu w oddziale w momencie realizacji tych ICD9. To, w jaki sposób pacjent będzie leczony, zależy tylko i wyłącznie od decyzji lekarza, który aktualnie zajmuje się chora osobą.

Dość często, szczególnie w dużych placówkach, realizowane są badania kliniczne, eksperymenty medyczne. Finansowanie tego typu działań realizowane jest na podstawie odrębnych przepisów. Niestety dość często dochodziło do tak zwanego dualizmu rozliczeń. Placówka otrzymywała pieniądze od sponsora oraz rozliczała te świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oczywiście było to nieprawidłowe. Omawiając kolejne aspekty finansowania, należy wspomnieć o tym, że wszelkie koszty związane z realizacją badań, stosowaniem różnego rodzaju produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych pokrywa świadczeniodawca. Czyli wszystko, co realizowane jest podczas wizyty pacjenta w poradni, finansowane jest w ramach jednej kwoty uzależnionej od tego, do jakiej grupy w charakterystyce przypisana zostanie porada. Oczywiście nie dotyczy to badań wykonywanych w ramach ASDK, czyli ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych. W przypadku świadczenia zawartego ASDK o kodzie: 5.05.00.0000079 kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badania wstępne - również nie stosuje się powyższego zapisu, ponieważ w tym przypadku stosowane są badania, których realizacja jest w ramach umowy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna opiera swoją działalność na realizacji różnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez specjalistów z danego zakresu medycyny. Dlatego też Płatnik wymaga od poszczególnych placówek, aby świadczenia, które finansuje, realizowane były przez osoby do tego wykwalifikowane. Publikując zarządzenie, wskazuje załącznik, w którym zawarte są wszelkie wymagania dotyczące posiadanych kwalifikacji przez poszczególne osoby personelu „białego”. Jest to dość ważne ze względu na to, że w przypadku wykrycia w trakcie kontroli nieprawidłowości, placówka może być obciążona karami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższą informacją istotne jest również to, że w poradni zgodnie z umową podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia, placówka ma obowiązek poinformować o takim zajściu stroną umowy - NFZ.. Placówka musi przedstawić wówczas sposób zapewniania ciągłości opieki w okresie nieobecności specjalisty. Taką informację placówka musi również udostępnić w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu oraz w siedzibie placówki. Niezastosowanie się do powyższego również grozi sankcjami finansowymi nakładanymi przez ubezpieczyciela.

---

## VI. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w AOS

Podstawową jednostką rozliczeniową w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest punkt. Na dzień wprowadzenia zmian w systemie finansowania, w większości przypadków, wartość 1 punktu pozostała na takim samym poziomie jak poprzednio. Drugą połowę okresu finansowania AOS zmieniono załącznikiem do umowy, który wprowadził tylko zmiany w sposobie finansowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Nieco inna sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy placówka stosuje świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS). Tutaj rozliczenie realizowane jest na podstawie tak zwanej kapitałowej stawki rocznej, czyli kwoty przeznaczonej na objęcie opieką jednego pacjenta w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń opieki zdrowotnej i stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitałowych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących. Liczba osób 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 poradni przez pacjenta. Zgodnie z zarządzeniem dotyczącym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej KAOS obejmuje realizację następujących świadczeń:

- 02.1020.002.01- *kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą,*
- 02.1342.002.01 - *kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV).*

Każdy świadczeniodawca zobowiązany jest do umieszczania w raporcie statystycznym wszelkich danych dotyczących rozpoznań zasadniczych poszczególnych pacjentów oraz wykonywanych u nich procedur ICD9. Istotne jest, aby kody rozpoznań wskazywane były na podstawie aktualnej wersji klasyfikacji kodów ICD10, natomiast procedury na podstawie aktualnej wersji klasyfikacji ICD9 wskazanej przez Płatnika na dany okres rozliczeniowy. W tym miejscu ważna jest również kwestia dotycząca wskazywania rozpoznań zgodnie z definicjami rozpoznania zasadniczego oraz współistniejącego, które przedstawiono w poprzednich rozdziałach. Niezwykle istotną sprawą jest to, aby wskazywane do rozliczenia rozpoznania oraz procedury były tożsame z tymi zawartymi w dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów. W przypadku wykrycia przez Fundusz braku spójności kodów rozliczonych oraz zawartych w historii zdrowia i choroby istnieje duże prawdopodobieństwo nakazu zwrotu nienależnie wypłaconych środków pieniężnych przez Fundusz oraz nałożenia kary do wysokości 2% wartości kontraktu w danym zakresie medycznym.

Zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych zarówno świadczenia specjalistyczne, jak też świadczenia specjalistyczne kompleksowe są podzielone na typy od I do IV. Zgodnie z charakterystyką porady pierwszego typu nie wymagają od świadczeniodawcy wskazywania do rozliczenia z Funduszem procedur ICD9. Należy jednak pamiętać, że pomimo wszystko zgodnie z Ustawą o Statystyce Publicznej istnieje obowiązek wskazania do celów statystycznych procedury ICD9 związanej z określeniem wykonanej porady z zakresu 89:

- 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta  
Obejmuje: poradę lekarską, wizytę domową, poradę lekarską specjalistyczną, konsultację (także poza poradnią), asystę do operacji

- 89.01 Profilaktyka i promocja  
Obejmuje: poradę profilaktyczną, promocję zdrowia, bilans zdrowia, wizytę patronażową, badanie przesiewowe, badanie pracownicze, grupę dyspenseryjną, badanie kierowców
- 89.02 Porada lekarska  
Obejmuje: wydanie orzeczenia lekarskiego, pomoc doraźną
- 89.03 Porada, personel  
Obejmuje: poradę - usługę psychologa, terapeuty, logopedy
- 89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej
- 89.05 Opieka pielęgniarki lub położnej - wizyta domowa
- 89.06 Opieka paliatywna

Każdy świadczeniodawca realizujący umowę z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zobowiązany jest do wskazywania rozliczenia świadczeń z katalogu grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń z katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych (opis katalogu w kolejnym rozdziale).

Narodowy Fundusz Zdrowia dokonuje rozliczenia świadczeń zdrowotnych wykonanych w danym okresie rozliczeniowym na podstawie wysłanych w raporcie statystycznym jednostek rozliczeniowych odpowiadającym świadczeniom zawartym w odpowiednim katalogu po uzyskaniu zatwierdzenia raportu statystycznego w systemie informacyjnym Funduszu.

Wszystkie świadczenia zdrowotne mają określoną wartość punktową określoną katalogiem specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, katalogiem świadczeń specjalistycznych odrębnych, katalogiem ambulatoryjnych specjalistycznych diagnostycznych kosztochłonnych lub katalogu KAOS.

### **Łączne rozliczanie świadczeń wykonywanych w ambulatorium**

Istotną kwestią dotyczącą zasad realizacji, a następnie rozliczania świadczeń wykonywanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są zasady sumowania świadczeń. Zgodnie z najnowszym zarządzeniem Prezesa NFZ dotyczącym AOS praktycznie zlikwidowano możliwość łącznego rozliczania świadczeń zdrowotnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zgodnie z *jednorodnymi grupami pacjentów*, które zaimplementowano do ambulatorium, istnieje kwalifikacja postępowania medycznego do jednej z grup określających postępowanie specjalistyczne, kompleksowe lub zabiegowe. Zgodnie z tym w ramach kwoty otrzymanej za przyporządkowanie do danej grupy, świadczeniodawca musi pokryć wszystkie koszty związane z leczeniem pacjenta. Dlatego rozliczając świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w poradniach specjalistycznych, w danym zakresie, Fundusz nie dopuszcza możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub porad ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy. Zatem w przypadku gdy u jednego pacjenta tego samego dnia wykonane zostaną dwie porady lub świadczenia dotyczące jednego zakresu medycznego (poradnia chirurgiczna), to do rozliczenia świadczeniodawca będzie mógł wysłać tylko jedną poradę lub świadczenie. Bardzo ważną kwestią jest odrębne traktowanie onkologii, ponieważ w stosunku do świadczeń z zakresu onkologii wykonywanych u tego samego świadczeniobiorcy w tym samym dniu w poradni onkologicznej (ginekologii onkologicznej) oraz poradni chemioterapii lub radioterapii Fundusz nie stosuje powyższej zasady pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych oraz w zakresie chemioterapii.

W przypadku badań ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), na które może wydać skierowanie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej z wyłączeniem badań endoskopowych przewodu pokarmowego realizowane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub rehabilitacja lecznicza lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W tej sytuacji, rozliczając ASDK, nie ma możliwości łącznego rozliczania w ramach danego zakresu świadczeń oznaczonych różnym kodem, jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy.

Istotne jest również to, że w przypadku potrzeby otrzymania orzecznictwa o stanie zdrowia pacjenta potrzebnych do otrzymania świadczeń rentowych nie można realizować w tej sytuacji ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (np. badania tomografii komputerowej TK).

Obostrzenia dotyczące zakazu sumowania świadczeń dotyczą również bezpośrednio przypadków postępowania zabiegowego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ważne jest, że podczas realizacji jednej porady specjalistycznej zabiegowej specjalista wykona więcej niż jedną procedurę zabiegową ICD9, to do rozliczenia będzie mógł wskazać tylko jedną grupę o wyższej wartości. Należy pamiętać, że do kwalifikacji do grupy zabiegowej, zgodnie z charakterystyką, wymagane jest wskazanie tylko jednej procedury ICD9.

W przypadku świadczeń dotyczących kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS), w tym porady specjalistyczne, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne kosztochłonne, nie ma możliwości odrębnego rozliczania w ramach innych zakresów świadczeń udzielonych temu samemu pacjentowi, w sytuacji gdy przyczyną ich wykonania jest rozpoznanie będące podstawą udzielania świadczeń KAOS.

Podczas realizacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej świadczenia ASDK istotne jest, aby wiedzieć, jakie świadczenia mogą być w ten sposób finansowane. Jest to ważne, ponieważ zgodnie z wszelkimi zapisami realizacja ich wykonywana jest na podstawie odrębnych umów i zgodnie z nimi rozliczana.

### **Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne**

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń w ramach zakresu	wartość punktowa świadczenia
1	2	3	4	5	6
1	02.0000.074.02	badanie angiograficzne narządu wzroku	5.03.00.0000001	angiografia fluoresceinowa	20
2			5.03.00.0000002	angiografia indocyjaninowa	50
3	02.0000.075.02	badania ultrasonograficzne-Doppler duplex	5.03.00.0000006	USG Doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu	15
4	02.0000.076.02	badania ultrasonograficzne-kwalifikacja do operacji kardiologicznych	5.03.00.0000019	kompleksowe badanie echokardiograficzne z kolorowym obrazowaniem przepływu u dzieci z wrodzonymi wadami serca przy kwalifikacji do operacji kardiologicznych lub przezskórnych zabiegów kardiologicznych	20

*Rozliczanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

5	02.0000.081.02	badania ultrasonograficzne- echokardiografia obciążeniowa lub przezprzeżykowa	5.03.00.0000068	echokardiografia obciążeniowa lub echokardiografia przezprzeżykowa	30
6	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 wrodzoną serca <sup>1</sup>	35
7	02.0000.078.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego-gastroskopia	5.03.00.0000022	gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	12
8			5.03.00.0000089	gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist.-pat <sup>2</sup> .)	20
9			5.03.00.0000008	gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. <sup>2</sup> )	25
10	02.0000.079.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia	5.06.00.0000902	kolonoskopia diagnostyczna	30
11			5.06.00.0000903	kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione bad. hist.-pat.)	40
12			5.03.00.0000042	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	110
13	02.0000.080.02	pH metria przewodu pokarmowego	5.06.00.0000043	pH-metria (całodobowe monitorowanie pH przełyku) lub manometria przełyku lub odbytnicy i odbytu	80
14	02.7910.074.02	badania endoskopowe układu oddechowego	5.03.00.0000067	bronchofiberoskopia diagnostyczna (z oceną bakteriologiczną i/ lub mykologiczną i/ lub hist.-pat.)	25
15	02.0000.073.02	badania medycyny nuklearnej	5.03.00.0000012	scyntygrafia narządowa (nie dotyczy tarczycy)	28
16			5.03.00.0000018	SPECT	56
17			5.03.00.0000020	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	42
18			5.03.00.0000069	scyntygrafia tarczycy	11
19			5.03.00.0000013	limfoscycntygrafia	30
20	02.7240.072.02	badania radiologiczne (RTG)	5.03.00.0000017	urografia z kontrastem niejonowym (dotyczy badania u dzieci i u osób z wywiadem uczuleniowym)	15
21	02.7100.072.02	diagnostyka laboratoryjna: badania molekularne (PCR/ PFGE)	5.03.00.0000021	wykrywanie RNA/ DNA za pomocą badań molekularnych	28
22	02.7220.072.02	badania tomografii komputerowej (TK)	5.03.00.0000025	TK: badanie głowy - bez środka kontrastowego	18
23			5.03.00.0000027	TK: badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	30

VI. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w AOS

24			5.03.00.0000070	TK: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>3)</sup> - bez środka kontrastowego	30
25			5.03.00.0000071	TK: innej okolicy anatomicznej <sup>3)</sup> bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	45
26			5.03.00.0000073	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych <sup>3)</sup> bez i z środkiem kontrastowym (łącznie)	65
27			5.03.00.0000088	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt.wieńcowych)	55
28			5.03.00.0000085	TK: angiografia tt. wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczępieniu by-passów	55
29			5.03.00.0000086	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	47
30			5.03.00.0000031	TK: badanie wielofazowe głowy (obejmuje badanie podstawowe bez środka kontrastowego i nie mniej niż dwie fazy ze środkiem kontrastowym)	35
31			5.03.00.0000072	TK: badania wielofazowe innej okolicy anatomicznej <sup>3)</sup> (obejmuje badanie podstawowe bez środka kontrastowego i nie mniej niż dwie fazy ze środkiem kontrastowym )	50
32			5.03.00.0000087	badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także z podaniem środka kontrastowego)	55
33	02.7250.072.02	badania rezonansu magnetycznego (RM)	5.03.00.0000075	MR: badanie głowy bez środka kontrastowego	45
34			5.03.00.0000076	MR: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>3)</sup> bez środka kontrastowego	55
			5.03.00.0000077	angiografia MR bez środka kontrastowego	55
35			5.03.00.0000078	MR: badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym	60
			5.03.00.0000079	MR: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>3)</sup> bez i ze środkiem kontrastowym	70
36			5.03.00.0000082	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa	80
37			5.03.00.0000083	MR: badanie dwóch okolic anatomicznych <sup>3)</sup> innych niż odcinki kręgosłupa	100
38			5.03.00.0000080	angiografia MR ze środkiem kontrastowym/ Badanie dynamiczne MR/ Badanie czynnościowe mózgu (fMRI)	75
39			5.03.00.0000081	spektroskopia MR	75
40			5.03.00.0000084	MR: badanie kardiologiczne (obejmuje badanie czynnościowe i morfologiczne - bez środka kontrastowego lub bez i ze środkiem kontrastowym)	90
41	02.7900.072.02	badania elektrokardiograficzne	5.03.00.0000040	próba wysiłkowa	9
42	02.7900.073.02	badania elektrofizjologiczne	5.03.00.0000041	badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku	15

W powyższej tabeli w kolumnie dotyczącej wykazu świadczeń wykonywanych w ramach zakresu znajdują się dookreślenia oznaczone cyfrowo 1, 2, 3:

- 1 - obejmuje badanie z konsultacją specjalistyczną zawierającą co najmniej: wytyczne dotyczące dalszego postępowania, rokowanie, konieczność wykonania badań dodatkowych, zalecenia dotyczące postępowania okołoporodowego;
- 2 - badanie histopatologiczne 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;
- 3 - okolice anatomiczne stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne, kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne.

Zarządzenie Prezesa NFZ dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dokładnie przedstawia zasady realizacji świadczeń w kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Określone one są odpowiednimi załącznikami i wskazują na charakterystykę problemu zdrowotnego, cel objęcia kompleksową opieką KAOS, wskazania do objęcia kompleksową opieką KAOS, kwalifikacja pacjenta do KAOS, świadczenia udzielane w ramach KAOS, organizacja udzielania świadczeń KAOS, wymagania wobec oferentów realizujących program kompleksowej opieki.

---

## VII. Dokumentacja medyczna w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Dokumentacja medyczna w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej rozliczanej na podstawie systemu jednorodnych grup pacjentów ma zasadnicze znaczenie. Od tego, jaka jest jej jakość, będzie uzależniona prawidłowość finansowania poszczególnych poradni, mających podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia i funkcjonujących na terenie kraju. Dzisiaj dokumentacja medyczna staje się ostatecznym rachunkiem za wykonane świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Wysyłając drogą elektroniczną raport statystyczny, placówka przedstawia Płatnikowi tak zwaną fakturę pro forma. Podczas ewentualnej kontroli dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel weryfikuje jej poprawność. Wynikiem tego może być zakwestionowanie postępowania, co może również spowodować straty finansowe. Z tego względu dokumentacja medyczna poszczególnych pacjentów okazuje się być rachunkiem ostatecznym wystawianym przez Świadczeniodawcę podczas realizacji różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Z punktu widzenia zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia każda placówka, świadcząca usługi z poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną. Każdy epizod związany z jakąkolwiek poradnią mającą podpisany kontrakt z NFZ musi być odpowiednio udokumentowany. Fundusz wskazuje w zarządzeniu dotyczącym AOS, że dowodem udzielenia świadczenia zdrowotnego jest odpowiedni wpis w dokumentację medyczną. Ponadto z racji wprowadzenia do poradni możliwości realizacji różnego rodzaju procedur zabiegowych ICD9 priorytetem staje się opis zrealizowanej procedury medycznej zawarty w dokumentacji medycznej lub w księdze zabiegowej.

Wszelkie zasady prowadzenia dokumentacji muszą być oparte o najnowsze Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Warto pamiętać, że od 1 lipca 2011 roku dokument ten wprowadza obowiązek tworzenia dokumentacji medycznej według nowych przepisów. Okres od 1 stycznia 2011 roku do końca czerwca był czasem przejściowym, w którym wszystkie placówki w kraju musiały dostosować swoje standardy.

Rozporządzenie to dotyczy wszelkich możliwych form działalności leczniczej w kraju. Oprócz tego, co obejmowało dotychczasowe, wzięto pod uwagę inne placówki mające podpisaną umowę z NFZ (np. prywatna praktyka). Reguluje ono zasady prowadzenia dokumentacji tej papierowej, jak i elektronicznej.

W świetle omawianego rozporządzenia dokumentacja medyczna podzielona jest na część indywidualną oraz zbiorczą (księgi przyjęć, kartoteki środowisk epidemiologicznych, księgi pracowni diagnostycznej, księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego, księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej). Ta pierwsza dotyczy bezpośrednio poszczególnych pacjentów korzystających z usług placówek zdrowotnych, natomiast druga część zawiera dane wszystkich pacjentów leczonych w danej poradni. Część indywidualna podzielona jest na wewnętrzną (historia zdrowia i choroby) i zewnętrzną (skierowanie



do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska, karta przebiegu ciąży, karta informacyjna z leczenia szpitalnego).

Zmiany wprowadzone nowym rozporządzeniem porządkują zasady prowadzenia kwitów szpitalnych. Istotne jest, że osoba wykonująca u pacjenta świadczenie zdrowotne jest zobowiązana niezwłocznie po jego wykonaniu dokonać wpisu w dokumentację medyczną. Ma on jasno odzwierciedlać to, co było zrealizowane. Wpisy muszą być uszeregowane chronologicznie i napisane czytelnie. Wszelkie informacje napisane nieczytelnie nie mogą być dowodem potwierdzającym wykonanie świadczenia zdrowotnego.

Ważne jest również to, że każdy wpis musi mieć swój początek i koniec, czyli posiadać na początku datę, a na końcu podpis i dane identyfikacyjne osoby dokonującej adnotacji (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej).

Prowadząc dokumentację medyczną, nie można dokonywać skreśleń, zamazywać informacji umieszczonych wcześniej. Jeżeli zachodzi potrzeba dokonania zmiany, w trakcie jej prowadzenia, należy nieprawidłową informację przekreślić, podpisać się obok oraz umieścić informację, dlaczego dokonano zmiany.

Historię zdrowia i choroby zakłada się przy realizacji świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas nierejestrowanemu w placówce lub w przypadku uzasadnionym realizacją danego świadczenia w określonej komórce organizacyjnej. Każda strona musi być ponumerowana i oznaczona co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

W skład historii zdrowia i choroby wchodzi oznaczenie podmiotu (nazwa podmiotu, adres podmiotu, wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny (resortowy), nazwa komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kod resortowy, numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej, numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych - w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych i grupowej praktyki pielęgniarek, położnych).

Należy wpisać dane pacjenta, w przypadku dziecka do 1. roku życia - także numer PESEL matki dziecka, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Wskazane muszą być osoby udzielające świadczeń zdrowotnych oraz kierujące na badanie, konsultację lub leczenie:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis;
- f) datę dokonania wpisu.

Istotne jest, aby wskazywać również informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych.

W części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia należy umieścić dane dotyczące:

- a) przebytych chorób;
- b) chorób przewlekłych;
- c) pobytów w szpitalu;
- d) zabiegów lub operacji;
- e) szczepień i stosowanych surowic;
- f) uczuleń;
- g) obciążeń dziedzicznych.

W części dotyczącej porad ambulatoryjnych muszą się znaleźć poniższe dane:

- a) data porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- b) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- c) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- d) informacja o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- e) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
- f) oryginał lub kopia wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis;
- g) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- h) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- i) oznaczenie lekarza.

W części historii zdrowia i choroby dotyczącej opieki środowiskowej umieszcza się:

- a) opis środowiska epidemiologicznego;
- b) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- c) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, a w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- d) oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wykonywane są wizyty związane z prowadzeniem ciąży. Należy pamiętać, że w tym przypadku istotnym jest, aby prowadzić kartę ciąży. Składa się ona z danych o:

- a) przebytych chorobach;
- b) chorobach przewlekłych;
- c) pobytach w szpitalu;
- d) zabiegach lub operacjach;
- e) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- f) uczuleniach;
- g) obciążeniach dziedzicznych.
- h) oznaczeniu grupy krwi;
- i) dacie ostatniej miesiączki;
- j) przybliżonym terminu porodu;
- k) wyniku pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;

- l) wzroście;
- m) liczbie poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych;
- n) czynnika ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych;
- o) wynikach badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
- p) dacie rozpoznania ciąży - datę pierwszej wizyty w związku z ciążą;
- q) wynikach badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę.

Podczas porady ambulatoryjnej oprócz standardowych danych umieszcza się dodatkowo informacje związane z:

- a) każdorazowym wynikiem pomiaru masy ciała;
- b) dokonaną każdorazowo oceną czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
- c) kwalifikacją do odpowiedniego poziomu opieki prenatalnej.

Księga przyjęć ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zawiera numer, musi być opatrzona danymi podmiotu, wskazywane są numery kolejnych wpisów, data i godzina zgłoszenia się pacjenta do poradni, imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta. Istotnym jest oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Należy podać rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) prowadzona jest również kartoteka środowisk epidemiologicznych. W skład dokumentacji jej dotyczącej wchodzi:

- a) oznaczenie podmiotu,
- b) oznaczenie pacjenta,
- c) oznaczenie środowiska epidemiologicznego, w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres,
- d) dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem, w szczególności ich nazwiska i imiona oraz daty urodzenia,
- e) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ wszelkie procedury diagnostyczne ICD9, aby można było je rozliczyć, muszą być wykonywane przez Świadczeniodawcę, który zleca badania.

Pracownia diagnostyczna posiada swoją księgę, która zawiera dane, takie jak: oznaczenie podmiotu, numer kolejny pacjenta w księdze, datę wpisu i datę wykonania badania, imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta, kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, oznaczenie lekarza zlecającego badanie, adnotację o rodzaju badania, oznaczenie osoby wykonującej badanie.

W związku ze wspomnianą wcześniej księgą zabiegów istotne jest również to, aby wiedzieć, z czego powinna się składać. Każda procedura zabiegowa powinna być

opisana w następujący sposób: oznaczenie podmiotu, numer kolejny pacjenta w księdze, data wykonania zabiegu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu, oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg.



---

## VIII. Pytania i odpowiedzi

Wprowadzenie nowych zasad rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nasuwa wiele pytań dotyczących zasad poruszania się po tej części systemu. Poniżej przedstawiono kilka najczęściej występujących oraz wskazano odpowiedzi.

***Bardzo proszę o podanie przepisu określającego sprawozdawanie ilości znaków ICD 10 - 3 czy 4 znakowe w JGP AOS-u od 1 lipca 2011?***

Szczegółowy sposób sporządzania dokumentacji medycznej jest określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

W § 7 bardzo precyzyjnie wskazano sposób wskazywania leczonych jednostek chorobowych, poprzez zapis:

1. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.
2. Numer statystyczny składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.

Ponadto, w § 12 ust. 4 Zarządzenia 29\2011 Prezesa NFZ z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określono że:

„Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

a) kodu rozpoznania zasadniczego według aktualnej wersji ICD-10...”

Opisywana aktualna wersja stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) udostępniana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia w załącznikach do Zarządzeń, chociażby pod postacią Charakterystyki Grup Jednorodnych.

Podczas kodowania rozpoznań należy ująć jak najwięcej szczegółów poprzez zastosowanie jak największej liczby dostępnych cyfr. Kody rozpoznań w ICD-10 składają się z jednej litery oraz dwóch lub trzech cyfr, np. I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa.

Kody składające się z trzech znaków oznaczają w ICD jedynie nagłówki kategorii, które dalej dzielą się na podkategorie oznaczone kodami cztero- lub pięciznakowymi, uwzględniającymi więcej szczegółów. Kody trzyznakowe stosowane są wyłącznie w przypadku, gdy nie następuje dalszy podział - np.: K20 Zapalenie przełyku, lub R11 Nudności i wymioty, itd.

Proszę pamiętać, że prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej ma bezpośredni wpływ na rozliczanie, zarówno hospitalizacji w leczeniu szpitalnym bądź też porad w ambulatorium.

Ponadto, z uwagi na coraz częstsze zarzuty kierowane w stronę personelu lekarskiego przez samych pacjentów, prawidłowe prowadzenie historii choroby staje się również istotne dla ochrony lekarza (zakładu opieki zdrowotnej) przed nieprawdziwymi zarzutami.

**Czy za badania wykonane w laboratorium oraz badania GDX, pole widzenia, OCT otrzymują punkty pracownie wykonujące badanie, czy poradnia okulistyczna w dniu otrzymania wyniku?**

Wykonanie badań rozliczone zostanie przez poradnie poprzez wskazanie odpowiedniego typu świadczenia. Wskazanie do rozliczenia odpowiednich procedur nastąpi podczas wizyty, w trakcie której pozyskane zostaną wyniki zleconych badań.

**PORADNIA CHIRURGICZNA**

Dotyczy listy Z

1. Z.06 ( 15,0 pkt) Radykalne wycięcie do 4 zmian skórnych i Z.07 ( 17,0 pkt) Radykalne wycięcie powyżej 4 zmian skórnych

**PYTANIE: Czy wykonywać jeden zabieg czy więcej ?**

Decyzja dotycząca realizowanej procedury w zakresie ilości wyciętych zmian w trakcie jednego zabiegu zależna jest od lekarza. To on określa bowiem postępowanie medyczne najbardziej korzystne dla pacjenta. Podczas wizyty w danym dniu nie można rozliczyć wielokrotności udzielonego świadczenia. U tego samego świadczeniodawcy w tym samym dniu może zostać wskazany do rozliczenia tylko jeden zabieg. Jeśli więc nie jest możliwym wycięcie wszystkich wymagających tego zmian w danym dniu, kolejny zabieg można wykonać najwcześniej w dniu następnym.

**Jeśli pacjent jest TYLKO badany (przedmiotowo, per rectum) - jakie wpisać ICD-9 ?**

W przypadku udzielenia porady, w trakcie której nie zostały zlecone procedury diagnostyczne oraz pozyskane ich wyniki, rozliczone zostanie świadczenie 1. typu - specjalistyczne lub kompleksowe.

Zgodnie z obowiązującą wersją Zarządzenia nie jest konieczne wykazywanie w takim przypadku kodów ICD-9.

**Jeżeli do Poradni Ortopedycznej trafia pacjent już ze zdjęciem RTG i lekarz może postawić rozpoznanie np. rwa kulszowa, to czy może rozliczyć tę wizytę jako poradę kompleksową I typu ?**

W tej sytuacji może to być porada specjalistyczna kompleksowa, ponieważ sytuacja dotyczy problemu zdrowotnego dotąd nierozwiązywanego.

---

## **IX. Charakterystyka porad specjalistycznych oraz procedury ICD9 diagnostyczne**

### **W Świadczenia specjalistyczne**

#### **W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**

zgodnie z definicją świadczenia

#### **W11 Świadczenie specjalistyczne 1. typu**

zgodnie z definicją świadczenia

#### **W12 Świadczenie specjalistyczne 2. typu**

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1

lub

jednej procedury z listy W2

#### **W13 Świadczenie specjalistyczne 3. typu**

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2

lub

jednej procedury z listy W3

#### **W14 Świadczenie specjalistyczne 4. typu**

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3

lub

co najmniej jednej procedury z listy W4

#### **W21 Świadczenie kompleksowe 1. typu**

zgodnie z definicją świadczenia

#### **W22 Świadczenie kompleksowe 2. typu**

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

#### **W23 Świadczenie kompleksowe 3. typu**

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej 4 procedur z listy W2 lub

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz 1 procedur z listy W3

#### **W24 Świadczenie kompleksowe 4. typu**

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej 3 procedur z listy W3 lub

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej 1 procedury z listy W4



**W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy**

zgodnie z definicją porady

**W1 Lista podstawowa**

**ICD-9**

18.111	Otoskopia
18.112	Videotoskopia
20.391	Posturografia
21.291	Rinoskopia przednia
21.292	Rinoskopia środkowa
21.293	Rinoskopia tylna
31.42	Laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy
42.29	Zabiegi diagnostyczne przełyku - inne
49.29	Zabiegi diagnostyczne odbytu lub tkanek okołoodbytniczych - inne
87.123	Rtg kanału korzenia zęba
87.164	Rtg zatok nosa
87.165	Rtg nosa
87.433	Rtg obojczyków
88.25	Pelwimetria
88.331	Rtg łopatek
88.35	Inne rtg tkanek miękkich kończyny górnej
88.37	Inne rtg tkanek miękkich kończyny dolnej
88.782	Wewnątrzmaciczna cefalometria
89.11	Tonometria
89.383	Badanie spirometryczne
89.511	Elektrokardiografia z 1- 3 odprowadzeniami
95.06	Badanie widzenia barw
95.1902	Badanie dna oka
95.1903	Gonioskopia
95.1908	Keratometria
95.1910	Pachymetria
95.1911	Skioskopia
95.1912	Autorefraktometria
95.1913	Badanie w lampie szczelinowej
95.1915	Test Schirmera
95.1916	Badanie widzenia obuocznego synoptoforem
95.412	Audiometria impedancyjna
95.413	Badanie odruchu strzemiączkowego
95.414	Subiektywna audiometria
95.415	Tympanometria
95.45	Test obrotowy
95.48	Dopasowanie aparatu słuchowego
99.592	Próba tuberkulinowa
99.9960	Próby kaloryczne
99.9950	Kapilaroskopia
99.9951	Pedobarografia
99.9952	Badanie węchu i smaku - gustometria

- 99.9957 Badanie stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu
- A01 Badanie ogólne moczu (profil)
- A03 Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego
- A05 Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)
- A07 Białko w moczu
- A09 Bilirubina w moczu
- A11 Ciała ketonowe w moczu
- A12 Ciężar właściwy moczu
- A13 Erytrocyty/ hemoglobina w moczu
- A14 Leukocyty w moczu
- A15 Glukoza w moczu
- A17 Krew utajona w kale
- A19 Osad moczu
- A21 Pasożyty/ jaja pasożytów w kale
- A23 Resztki pokarmowe w kale
- A25 Urobilinogen w moczu
- C01 Erytroblasty
- C02 Erytrocyty - liczba
- C03 Erytrocyty - oporność osmotyczna
- C05 Erytrocyty - próba Hama
- C07 Erytrocyty - próba sacharozowa
- C09 Erytrogram
- C10 Inne antygeny grupowe krwinek czerwonych
- C19 Hemoglobina, rozdział
- C30 Leukocyty - liczba
- C32 Leukocyty - obraz odsetkowy
- C53 Morfologia krwi 8-parametrowa
- C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
- C57 Objętość krwi krążącej
- C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
- C61 Płytki krwi - badanie adhezji
- C65 Płytki krwi - czas przeżycia
- C66 Płytki krwi - liczba
- C67 Promielocyty
- C69 Retykulocyty
- C71 Splenogram
- C73 Test hamowania migracji makrofagów
- E05 Badanie w kierunku nieregularnych przeciwciał
- E20 Próba zgodności serologicznej
- E65 Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D)
- F01 Adenowirus Antygen
- F03 Adenowirus Przeciwciała IgA (anty-Adenowirus IgA)
- F05 Adenowirus Przeciwciała IgG (anty-Adenowirus IgG)
- F07 Adenowirus Przeciwciała IgM (anty-Adenowirus IgM)
- F11 Astrowirus Antygen
- F15 Cytomegalowirus (CMV) Antygen pp65

- F27 Enterovirus Przeciwciała IgA (anty-Enterovirus IgA)
- F28 Enterovirus Przeciwciała IgM (anty-Enterovirus IgM)
- F29 Enterovirus IgG Przeciwciała (anty-Enterovirus IgG)
- F30 HTLV1 Antygen
- F31 HTLV 1/2 Antygen
- F32 HTLV 1/2 Przeciwciała
- F33 Parvovirus B19 Przeciwciała IgG (anty-Parvovirus IgG)
- F34 Parvovirus B19 Przeciwciała IgM (anty-Parvovirus IgM)
- F36 Rotavirus Antygen
- F37 Rotavirus/ Adenovirus Antygen
- F39 Wirus Dengue Przeciwciała IgG (anty-Dengue IgG)
- F40 Wirus Dengue Przeciwciała IgM (anty-Dengue IgM)
- F42 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (EA) IgG)
- F43 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (EA) IgM)
- F44 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA (anty Epstein-Barr (EBNA) IgA)
- F45 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgG)
- F46 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgM)
- F47 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA (anty-Epstein-Barr (VCA) IgA)
- F48 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (VCA) IgG)
- F49 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (VCA) IgG (ilościowy))
- F50 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (VCA) IgM)
- F53 Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała
- F55 Wirus Epstein Barr Przeciwciała heterofilne
- F56 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM
- F57 Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 1 IgA)
- F58 Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG
- F59 Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG (ilościowo)
- F60 Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgM
- F61 Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgM (ilościowo)
- F63 Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgA)
- F64 Wirus Herpes Simplex typu 1/2 IgG Przeciwciała (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgG)
- F65 Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgM (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgM)
- F66 Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG)
- F67 Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG) (ilościowo)
- F68 Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgA)
- F69 Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgM
- F70 Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgM (ilościowo)
- F71 Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG/ IgM)
- F73 Wirus Influenza A Antygen
- F74 Wirus Influenza A Przeciwciała IgA (anty-Influenza IgA)
- F75 Wirus Influenza A Przeciwciała IgG (anty-Influenza IgG)
- F76 Wirus Influenza A Przeciwciała IgM (anty-Influenza IgM)
- F78 Wirus Influenza B Antygen
- F79 Wirus Influenza B Przeciwciała IgA (anty-Influenza IgA)
- F80 Wirus Influenza B Przeciwciała IgG (anty-Influenza IgG)
- F81 Wirus Influenza B Przeciwciała IgM (anty-Influenza IgM)

- F83 Wirus Influenza, Parainfluenzy, Adenowirus Antygen
- F84 Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgG (anty-TBE virus IgG)
- F85 Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgM (anty-TBE virus IgM)
- F87 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen p24
- F88 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen (ilościowo)
- F89 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite
- F91 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
- F93 Wirus nagnminnego zapalenia ślinianek przyusznych IgM  
(anty-Rubulavirus Antygen M) (Rubulavirus)
- F94 Wirus nagnminnego zapalenia ślinianek przyusznych (Rubulavirus) IgG  
(anty-Rubulavirus IgG)
- F96 Wirus Odry (Morbillivirus) Przeciwciała IgG (anty-Morbillivirus IgG)
- F97 Wirus Odry (Morbillivirus) Przeciwciała IgM (anty-Morbillivirus IgM)
- F98 Wirus Parainfluenzy typ 1 Przeciwciała IgG
- G01 ?-2-antypłazmina
- G03 Antytrombina III (AT III)
- G05 Białko C
- G09 Czas częściowej tromboplastyny (PTT) (czas kefalinowy)
- G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)
- G13 Czas fibrynolizy (lizy skrzepu euglobulin)
- G15 Czas krwawienia
- G17 Czas krzepnięcia osocza po uwapnieniu (rekalcynacji)
- G19 Czas krzepnięcia pełnej krwi
- G21 Czas protrombinowy (PT)
- G23 Czas reptylazowy (RT)
- G25 Czas trombinowy (TT)
- G49 D-Dimer
- G53 Fibrynogen (FIBR)
- G55 Fibrynopeptyd A (FIBP A)
- G57 Fibrynopeptyd B (FIBP B)
- G59 Fragmenty protrombiny 1 i 2
- G61 Heparyna
- G63 Heparyna niskocząsteczkowa
- G65 Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)
- G67 Inhibitor aktywatora plazminogenu 2 (PAI2)
- G69 Inhibitory krzepnięcia
- G71 Kininogen (120000) (HMWK)
- G75 Monomery fibryny
- G79 Plazminogen
- G85 Tromboelastogram
- I01 Acetooctan
- I03 Acylotransferaza lecytyna-cholesterol (LCAT)
- I05 Adrenalina
- I09 Albumina
- I11 Albumina glikowana

I13	Aldolaza
I15	Aldosteron
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT, GPT)
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
I21	Aminotransferaza asparaginianowa mitochondrialna
I23	Amoniak
I25	Amylaza
I27	Amylaza trzustkowa
I29	Amyloid
I34	Angiotensyna I
I35	Angiotensyna II
I37	Anhydraza węglanowa
I39	$\alpha$ -1-Anty-chymotrypsyna (ACT)
I53	Antygen karcynoembrionalny (CEA)
I61	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity
I67	Apolipoproteina B
I69	Apolipoproteina E, izotypy
I71	Apolipoproteina AI
I73	Apolipoproteina AII
I74	Apolipoproteina E, fenotyp
I75	Arginaza
I77	Białko całkowite
I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
I81	Białko C-reaktywne (CRP)
I87	Bilirubina bezpośrednia
I89	Bilirubina całkowita
I90	Bilirubina delta
I91	Bilirubina pośrednia
I93	Biotynidaza
I97	Chlorek(Cl)
I99	Cholesterol całkowity
K01	Cholesterol HDL
K03	Cholesterol LDL
K05	Cholesterol wolny
K07	Cholesterol, estry
K09	Chymotrypsyna
K11	CO<MV>2 całkowity
K12	CRF (czynnik uwaniający kortykotropinę)
K13	Cykliczny AMP (cAMP)
K15	Cynk (Zn)
K17	Cysteina
K19	Cystyna
K21	Czynnik reumatoidalny (RF)
K23	Dehydrataza $\gamma$ -aminolewulinianu
K25	Dehydroepiandrosteron niezwiązany (DHEA)
K27	Dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS)

- K29 Dehydrogenaza glukozo-6-fosforanu (G6PDH)
- K31 Dehydrogenaza glutaminianowa (GLDH)
- K33 Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
- K35 Dehydrogenaza mleczanowa, izoenzymy
- K45 Dehydrogenaza  $\alpha$ -hydroksymaślanowa (HBDH)
- K47 Dekarboksylaza uroporfirynogenu
- K49 11-Dezoksykortykotestosteron (DOC)
- K51 11-Dezoksykortyzol
- K58 Dopelniaacz (całkowita aktywność, CH50)
- K59 Dopelniaacz, czynnik B
- K61 Dopelniaacz, czynnik D
- K63 Dopelniaacz, czynnik H
- K65 Dopelniaacz, czynnik P
- K67 Dopelniaacz, składowa C1q
- K69 Dopelniaacz, składowa C1r
- K71 Dopelniaacz, składowa C1s
- K73 Dopelniaacz, składowa C2
- K79 Dopelniaacz, składowa C5
- K81 Elastaza neutrofilowa
- K83 Elastaza trzustkowa
- K87  $\beta$ -Endorfina
- K89 Enzym konwertujący angiotensynę (ACE)
- K91 Erytropoetyna (EPO)
- K93 Esteraza acetylocholinowa
- K95 Esteraza cholinowa surowicy(pseudocholinesteraza)
- K97 Esterazy nieswoiste
- K99 Estradiol
- L08 Fibronektyna
- L09 Fluorek (F)
- L11 Fosfataza alkaliczna (ALP)
- L13 Fosfataza alkaliczna izoenzym kostny (bALP)
- L15 Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)
- L16 Fosfataza kwaśna oporna na winian (TRAP)
- L17 Fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)
- L19 Fosfatydylogliceryna
- L21 Fosfolipidy całkowite
- L23 Fosforan nieorganiczny
- L25 Fruktaza
- L27 Fruktozamina
- L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)
- L33 Gastryna
- L35 Glicerol wolny
- L37 Globulina wiążąca tyroksynę (TBG)
- L39 Globulina wiążąca witaminę D
- L41 Glukagon
- L43 Glukoza

- L45 Glutation zredukowany erytrocytów (GSH)
- L55 Hemoglobina glikowana (HbA1c)
- L57 Hemoglobina wolna
- L59 Hemopeksyna
- L65 Hormon folikulotropowy (FSH)
- L67 Hormon luteinizujący (LH)
- L69 Hormon tyreotropowy (TSH)
- L71 Hormon wzrostu (GH)
- L83 Hydroksyprolina
- L85 Immunoglobuliny A (IgA)
- L87 Immunoglobuliny D (IgD)
- L89 Immunoglobuliny E całkowite (IgE)
- L91 Immunoglobuliny E swoiste (IgE)
- L93 Immunoglobuliny G (IgG)
- L95 Immunoglobuliny M (IgM)
- L96 Inhibitor C1-esterazy
- L97 Insulina
- L99 Interferon
- M01 Interleukina 1
- M03 Interleukina 2
- M05 Interleukina 6
- M06 Interleukina 8
- M07 Jod (J)
- M13  $\beta$ -karoten
- M18 Kinaza fosfokreatynowa (CK)
- M19 Kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)
- M21 Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy
- M23 Kinaza fosfokreatynowa, izoformy
- M25 Kobalt (Co)
- M27 Koproporfiryna
- M29 Kortykosteron
- M31 Kortyzol
- M33 Kortyzol wolny
- M34 Kortykoidy wolne
- M35 Kreatyna
- M37 Kreatynina
- M38 Ksyloza
- M39 Kwas 5-hydrokso-indoloocetowy (5-HIAA)
- M41 Kwas foliowy
- M43 Kwas homowanilinowy (HVA)
- M45 Kwas moczowy
- M47 Kwas wanilinomigdałowy (VMA)
- M49 Kwas  $\beta$ -hydroksymasłowy
- M51 Kwas  $\alpha$ -aminolewulinowy (ALA)
- M52 Kwas p-aminobenzoesowy (PABA)
- M55 Kwaśność miareczkowa

M57	Laktogen łożyskowy
M59	Laktoza
M61	Lecytyna
M63	Leucyloaminopeptydaza (LAP)
M65	Leucyna
M67	Lipaza
M69	Lipoproteina a [Lp(a)]
M71	Lipoproteiny, rozdział
M73	Lit (Li)
M75	Lizozym (muramidaza)
M77	Luka anionowa
M79	Luka osmotyczna
M87	Magnez całkowity (Mg)
M89	Magnez zjonizowany (Mg <sup>&lt;M^&gt;+++</sup> )
M91	$\alpha$ -2-Makroglobulina
M93	Mangan (Mn)
M95	Metionina
M97	Metoksyadrenalina
M99	Metoksykatecholaminy całkowite
N01	Metoksynoradrenalina
N11	Mleczan
N13	Mocznik
N15	Molibden (Mo)
N17	N-Acetyloglukozaminidaza (NAG)
N19	Neopteryna
N21	Noradrenalina
N22	NT-proANP
N23	5'-Nukleotydaza
N24	NT-proBNP
N25	Osmolarność
N34	Peptyd natriuretyczny typu B (BNP)
N37	Pirogronian
N39	Pirydynolina (PYD)
N40	Podjednostka $\alpha$ hormonów glikoproteidowych
N41	Porfiryny całkowite
N43	Porfobilinogen
N45	Potas (K)
N47	Prealbumina
N49	Pregnandiol
N51	Pregnantriol
N53	Pregnenolon
N55	Progesteron
N57	Proinsulina
N60	Protoporfiryna cynkowa
N61	Protoporfiryny
O22	Przedsionkowy peptyd natriuretyczny (ANP)



- O27 Renina
- O29 Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>, BE)
- O31 Selen (Se)
- O32 Somatomedyna C (IGF-1)
- O35 Sód (Na)
- O37 Syntaza uroporfirynogenu
- O39 Szczawian
- O41 Testosteron
- O49 Triglicerydy
- O51 Trijodotyronina całkowita (TT3)
- O53 Trijodotyronina odwrotna (rT3)
- O55 Trijodotyronina wolna (FT3)
- O63 Trypsyna
- O65 Tyreoglobulina
- O67 Tyroksyna całkowita (TT4)
- O69 Tyroksyna wolna (FT4)
- O73 Uroporfiryny
- O75 Wapń zjonizowany (Ca<sup>2+</sup>)
- O77 Wapń całkowity (Ca)
- O79 Wazopresyna (ADH)
- O81 Witamina A
- O83 Witamina B12
- O85 Witamina C (kwas askorbinowy)
- O92 Wolne kwasy tłuszczowe
- O93 Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)
- O95 Żelazo (Fe)
- P01 1-hydroksypiren
- P03 2,5-heksanodion
- P05 Alkaloidy opium
- P07 Amfetamina
- P09 Aminopiryna
- P11 Arsen
- P13 Barbiturany
- P15 Benzen
- P17 Benzoesowy kwas
- P19 Chrom (Cr)
- P21 Diazepam
- P23 Disulfiram
- P25 Dwufenylohydantoina
- P27 Etylenowy glikol
- P29 Etylobenzen
- P33 Fenol
- P35 Fluorek (F)
- P37 Glimid
- P39 Glin
- P41 Hemoglobina tlenkową

- P43 Kadm (Cd)
- P44 Kanabinoidy
- P45 Kokaina
- P47 Ksylen
- P51 Lotne związki organiczne
- P55 Meprobamat
- P57 Metadon
- P59 Metakwalon
- P60 Metamfetamina
- P61 Methemoglobina (MetHb)
- P63 Metylohipurowy alkohol
- P65 Metylowy alkohol
- P67 Migdałowy kwas
- P68 Morfina
- P69 Nikiel (Ni)
- P71 Ołów (Pb)
- P73 p-aminofenol
- P75 Paracetamol
- P77 p-nitrofenol
- P79 Pochodne benzodwuzepiny
- P81 Pochodne fenotiazyny
- P83 Polichlorowane bifenyle
- P85 Propranolol
- P89 Rtęć (Hg)
- P91 Salicylany
- P93 Styren
- P95 Tal (Tl)
- P97 Tetrachloroetylen
- P99 Tetrahydrokanabinal
- R01 Toluen
- R03 Trójchlorooctowy kwas
- R07 Wanad (Ve)
- S01 Bacillus cereus Antygen enterotoksyny
- S03 Bacteroides frantigenilis DNA enterotoksyny (frantigenilizyny)
- S05 Bordetella pertussis Przeciwciała IgA
- S07 Bordetella pertussis Przeciwciała IgG
- S09 Bordetella pertussis Przeciwciała IgM
- S13 Bordetella pertussis IgA/ toksyna
- S15 Bordetella pertussis IgG/ toksyna
- S17 Bordetella pertussis IgM/ toksyna (anty-B.pertussis toksyna IgM)
- S47 Ehrlichia Przeciwciała IgG Ia
- S49 Campylobacter Antygen (Campylobacter Antygen)
- S51 Campylobacter Przeciwciała IgG (anty-Campylobacter IgG)
- S53 Campylobacter Przeciwciała IgA (anty-Campylobacter IgA)
- S55 Campylobacter Przeciwciała IgM (anty-Campylobacter IgM)
- S59 Chlamydia Antygen (Chlamydia Antygen)

- S69 Chlamydia trachomatis Antygen
- S80 Clostridium difficile Toksyna A/ Antygen
- S82 Clostridium difficile Antygen
- S84 Clostridium perfringens Antygen enterotoksyny
- S93 Escherichia coli O157 (EHEC) Antygen
- S94 Escherichia coli O157 (EHEC) Przeciwciała
- S95 Escherichia coli Antygen werotoksyny (VT1, VT2)
- S96 Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica poliwalentna)
- S97 Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica trójwalentna)
- S98 Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica monowalentna)
- S99 Escherichia coli Antygen enterotoksyna ciepłostabilna
- T01 Amikacyna
- T03 Amiodaron
- T07 Chinidyna
- T09 Chloramfenikol
- T13 Dezypramina
- T15 Digitoksyna
- T17 Digoksyna
- T19 Doksepina
- T21 Dyzopyramid
- T25 Fenobarbital
- T29 Flekainid
- T30 Gentamycyna
- T31 Imipramina
- T37 Lidokaina
- T39 Meksyletyna
- T45 Netylmycyna
- T47 Nortryptylina
- T49 Prokainamid
- T51 Propafenon
- T53 Prymidon
- T61 Wankomycyna
- U01 Escherichia coli, Vibrio cholerae Antygen enterotoksyny ciepłochwienne
- U02 Francisella tularensis Przeciwciała
- U03 Haemophilus influenzae (typ a,b,c,d,e,f) Antygen (surowice monowalente)
- U04 Haemophilus influenzae (typ b) Antygen
- U06 Helicobacter pylori Przeciwciała
- U07 Helicobacter pylori Przeciwciała IgA (anty-H.pylori IgA)
- U09 Helicobacter pylori Przeciwciała IgA (ilościowy)
- U10 Helicobacter pylori IgG Przeciwciała (anty-H.pylori IgG)
- U12 Helicobacter pylori IgG Przeciwciała (ilościowo)
- U13 Helicobacter pylori IgM Przeciwciała (ilościowo)
- U15 Helicobacter pylori Antygen
- U16 Legionella pneumophila (1-7) Przeciwciała IgG
- U17 Legionella pneumophila (1-7) Przeciwciała IgM
- U18 Legionella pneumophila Antygen

- U20 Legionella pneumophila Serogrupa 1 Antygen
- U21 Legionella pneumophila Serogrupa 2-14 Antygen
- U22 Legionella spp. Antygen
- U23 Leptospira Antygen
- U24 Leptospira Przeciwciała IgG
- U25 Leptospira Przeciwciała IgM
- U26 Listeria spp. Antygen
- U33 Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgA (anty-M.tuberculosis IgA)
- U34 Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgG (anty-M.tuberculosis IgG)
- U35 Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgG (ilościowo)
- U36 Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgM (anty-M. tuberculosis IgM)
- U38 Mycoplasma pneumoniae Antygen
- U39 Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgA (anty-M.pneumoniae IgA)
- U40 Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgA (ilościowo)
- U41 Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-M.pneumoniae IgG)
- U43 Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-M.pneumoniae IgM)
- U47 Neisseria meningitidis (Grupy A-D; X-Z; W135) Antygen (surowica poliwalentna)
- U48 Neisseria meningitidis (Grupa A, B, C, D, X, Y, Z, W135, 29E) Antygen (surowica monowalentna)
- U49 Neisseria meningitidis B / E. coli K1 Antygen
- U50 Neisseria meningitidis A,B / E.coli K1, C, Y/W Antygen (rozpuszczalne)
- U51 Neisseria meningitidis A,C,Y,W135 Antygen (lateks poliwalentny)
- U52 Proteus spp. Antygen (surowica monowalentna)
- U53 Pseudomonas aeruginosa Antygen (surowica poliwalentna)
- U54 Pseudomonas aeruginosa Antygen (surowica monowalentna)
- U55 Salmonella spp. Antygen (surowica poliwalentna)
- U56 Salmonella spp. Antygen (surowica monowalentna)
- U57 Salmonella spp. Przeciwciała IgA
- U58 Salmonella spp. Przeciwciała IgG
- U59 Salmonella spp. Przeciwciała IgM
- U60 Salmonella Typhi, Salmonella Paratyphi A B C Antygen (surowica poliwalentna)
- U61 Shigella boydii Antygen (surowica poliwalentna)
- U62 Shigella Dysenteriae Antygen (surowica monowalentna)
- U63 Shigella dysenteriae Antygen (surowica poliwalentna)
- U64 Shigella Flexneri Antygen (surowica poliwalentna)
- U65 Shigella Sonnei Antygen (surowica polwalentna)
- U66 Staphylococcus aureus Antygen
- U67 Staphylococcus aureus Antygen PBP2,
- U68 Staphylococcus aureus Antygen enterotoksyny
- U69 Staphylococcus aureus Antygen TSST-1
- U71 Staphylococcus aureus gen mec A
- U72 Streptococcus pneumoniae Antygen
- U74 Streptococcus Gr. A,B,C,D,F,G Antygen (lateks monowalentny)
- U75 Streptococcus pyogenes Gr. A Przeciwciała (Antystreptolizyna O)
- U76 Streptococcus Gr. B Antygen
- U77 Streptococcus Gr. B Antygen (B I, B II, B III)

- U79 Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum)
- U80 Treponema pallidum IgG Przeciwciała (anty-T.pallidum IgG)
- U82 Treponema pallidum Przeciwciała IgM (anty-T.pallidum IgM)
- U84 Treponema pallidum Przeciwciała IgG/ IgM (anty-T. pallidum IgG/ IgM)
- U85 Treponema pallidum Antygen
- U86 Vibrio cholerae Antygen (surowica poliwalentna 0:1)
- U87 Yersinia Przeciwciała IgG (anty-Yersinia IgG)
- U88 Yersinia Przeciwciała IgM (anty-Yersinia IgM)
- U89 Yersinia Przeciwciała IgA (anty-Yersinia IgA)
- U91 Yersinia Przeciwciała IgG/ A (anty-Yersinia IgG/ A)
- U92 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA
- U94 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG
- U96 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgM
- U99 Yersinia Antygen (surowica monowalentna O:3; O:9)
- V02 Wirus Parainfluenzy typ 2 Przeciwciała IgG
- V03 Wirus Parainfluenzy typ 1 + 2 Antygen
- V04 Wirus Parainfluenzy typ 3 IgG Przeciwciała
- V06 Wirus Parainfluenzy typ 3 Antygen
- V07 Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgA (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgA)
- V08 Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgA (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgA) (ilościowo)
- V09 Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgG (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgG)
- V10 Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgM (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgM)
- V12 Wirus Poliomyelitis Przeciwciała IgG (anty-Poliowirus IgG)
- V13 Wirus Poliomyelitis Przeciwciała IgM (anty-Poliowirus IgM)
- V14 Wirus RS Antygen
- V15 Wirus RS Przeciwciała IgA (anty-RSV IgA)
- V16 Wirus RS Przeciwciała IgG (anty-RSV IgG)
- V17 Wirus RS Przeciwciała IgM (anty-RSV IgM)
- V19 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG (anty-Rubella virus IgG)
- V21 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG (anty-Rubella virus IgG) (ilościowo)
- V22 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała
- V23 Wirus różyczki (Rubella virus) IgM (anty-Rubella virus IgM)
- V24 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgM (anty-Rubella virus IgM) (ilościowo)
- V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
- V54 Wirus zapalenia wątroby typu C HCVcAntygen (antygen rdzeniowy)
- V66 Wirus zapalenia mózgu zachodniego Nilu Przeciwciała IgG
- V67 Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgA (anty-Varicella-Zoster IgA)
- V68 Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgG (anty-Varicella-Zoster IgG)
- V69 Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgM (anty-Varicella-Zoster IgM)
- V71 Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgG
- V72 Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgM
- V73 Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgA
- V74 Wirusy ECHO Przeciwciała IgG

- V75 Wirusy ECHO Przeciwciała IgM
- V76 Wirusy ECHO Przeciwciała IgA
- W01 Aspergillus spp. Antygen rozpuszczalny - galaktomannan
- W03 Aspergillus spp. Przeciwciała IgA
- W05 Aspergillus spp. Przeciwciała IgG
- W07 Aspergillus spp. Przeciwciała IgM
- W09 Aspergillus fumigatus Przeciwciała
- W13 A. niger, A. nidulans, A. flavus, A. terreus Przeciwciała
- W17 Candida spp. Antygen rozpuszczalny - mannan
- W21 Candida spp. Przeciwciała IgG
- W23 Candida albicans Przeciwciała IgA
- W25 Candida spp. Przeciwciała IgM
- W27 Candida albicans Przeciwciała
- W31 Cryptococcus neoformans Antygen (glycuronoxylomannan)
- W35 Pneumocystis carinii (jirovecii) Antygen (oocysty)
- X01 Ascaris lumbricoides Przeciwciała IgG (anty-Ascaris lumbricoides)
- X03 Cryptosporidium Antygen (Cryptosporidium Antygen)
- X05 Echinococcus granulosus Przeciwciała IgG (anty-Echinococcus IgG)
- X07 Entamoeba histolytica Antygen (Entamoeba histolytica Antygen)
- X09 Entamoeba histolytica Przeciwciała IgG (anty-Entamoeba histolytica IgG)
- X11 Entamoeba histolytica Przeciwciała (całkowite)
- X13 Giardia lamblia Antygen (Giardia lamblia Antygen)
- X15 Giardia/ Cryptosporidium Antygen
- X17 Leishmania Przeciwciała IgG (anty-Leishmania IgG)
- X19 Leishmania Przeciwciała (całkowite)
- X21 Leishmania Antygen
- X23 P.f, P.v, P.m., P.o (Malaria) Antygen
- X25 Plasmodium falciparum Przeciwciała (całkowite)
- X27 Schistosoma mansoni Przeciwciała IgG (anty-Schistosoma mansoni IgG)
- X29 Strongyloides Przeciwciała IgG
- X31 Taenia solium Taenia solium IgG) Przeciwciała IgG (anty-Taenia solium IgG)
- X33 Toxocara canis Przeciwciała IgG (anty-Toxocara canis IgG)
- X35 Toxoplasma gondii Przeciwciała
- X37 Toxoplasma gondii Przeciwciała IgA (anty-Toxoplasma gongii IgA)
- X39 Toxoplasma gondii Przeciwciała IgA (anty-Toxoplasma gongii IgA) (ilościowo)
- X41 Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG)
- X43 Toxoplasma gondii IgG Przeciwciała (anty-Toxoplasma gondii IgG) (ilościowo)
- X45 Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)
- X51 Toxoplasma gondii Antygen
- X53 Trichinella spiralis Przeciwciała IgG (anty-Trichinella IgG)
- X55 Trypanosoma crusi Przeciwciała IgG (Trypanosoma crusi IgG)

## W2 Badania dodatkowe - grupa 1

### ICD-9

04.13 Elektroneurografia

37.262	Nieinwazyjna programowana elektrostymulacja (NIPS)
87.092	Rtg krtani bez kontrastu - zdjęcia warstwowe
87.093	Rtg przewodów nosowo-łzowego z kontrastem
87.094	Rtg nosogardzieli bez kontrastu
87.095	Rtg gruczołów ślinowych bez kontrastu
87.096	Rtg okolicy tarczycy bez kontrastu
87.098	Rtg gruczołów ślinowych z kontrastem
87.11	Rtg panoramiczne zębów
87.121	Rtg ortodontyczne głowy lub cefalometria
87.174	Rtg twarzoczaszki -przeładowe
87.175	Rtg twarzoczaszki - celowane lub czynnościowe
87.176	Rtg czaszki - przeładowe
87.177	Rtg czaszki - celowane lub czynnościowe
87.221	Rtg kręgosłupa odcinka szyjnego -przeładowe
87.222	Rtg kręgosłupa odcinka szyjnego - celowane lub czynnościowe
87.231	Rtg kręgosłupa odcinka piersiowego - przeładowe
87.232	Rtg kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe
87.241	Rtg kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego -przeładowe
87.242	Rtg kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe
87.371	Mammografia jednej piersi
87.431	Rtg żeber
87.432	Rtg mostka
87.440	Rtg klatki piersiowej
87.495	Rtg śródpiersia
87.496	Rtg tchawicy
87.691	Rtg przełyku z kontrastem
87.83	Histerosalphingografia (kontrast cieniujący)
87.91	Rrtg nasieniowodów z kontrastem
88.110	Rrtg miednicy - przeładowe
88.111	Rtg miednicy - celowane
88.191	Rtg jamy brzusznej - przeładowe
88.199	Inne rtg brzucha
88.241	Rrtg kości kończyny górnej - celowane lub czynnościowe
88.291	Rtg kości kończyny dolnej - celowane lub czynnościowe
88.712	Echoencefalografia
88.713	USG tarczycy i przytarczyc
88.717	USG ślinianek
88.719	USG krtani
88.732	USG piersi
88.735	USG śródpiersia
88.734	USG jamy opłucnej
88.738	USG klatki piersiowej
88.741	USG transrektalne
88.747	Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
88.752	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego

88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.763	USG gruczołu krokowego
88.779	USG innych obszarów układu naczyniowego
88.781	USG płodu
88.789	Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna
88.790	USG węzłów chłonnych położonych powierzchownie
88.792	USG macicy nieciążarnej i przydatków
88.794	USG stawów barkowych
88.795	USG stawów łokciowych
88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
88.797	USG stawów biodrowych
88.798	USG stawów kolanowych
88.799	USG moszny w tym jąder i najądrzy
88.981	Dwufotonowa absorpcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)
89.121	Rhinomanometria
89.152	Somatosensoryczne potencjały wywołane (SEP)
89.393	Kardiotokografia
89.394	Elektromiografia
89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
91.447	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego - badanie cytologiczne
91.821	Badanie materiału biologicznego - posiew jakościowy i ilościowy
91.831	Badanie materiału biologicznego - posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram
91.841	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego - parazytologia
91.891	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego - preparat bezpośredni
93.3930	Prądy TENS
95.05	Badanie pola widzenia (perymetria)
95.13	USG gałki ocznej
95.1909	Videokeratografia
95.241	Elektronystagmogram (ENG)
95.242	Video ENG
95.436	Otoemisja akustyczna
99.801	Ocena działania czynnika swoistego (testy alergiczne) - co najmniej 10 alergenów
99.9953	Dermatoskopia
99.9954	Videodermatoskopia
99.9955	Próby nadprogowe
C21	Leukocyty - badanie aktywności peroksydazy (POX)
C23	Leukocyty - badanie aktywności esterazy nieswoistej
C27	Leukocyty - badanie immunofenotypowe komórek blastycznych
C29	Leukocyty - barwienie sudanem czarnym B
C31	Leukocyty - reakcja PAS
E31	Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD)
F09	Adenovirus IgG/ IgM Przeciwciała (anty-Adenovirus IgG/ IgM)



- F13 Bunyavirus IgG/ IgM Przeciwciała
- F17 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgA (anty-Cytomegalovirus IgA)
- F19 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)
- F22 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - Awidność
- F23 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)
- F35 Parvovirus B19 IgG/ IgM Przeciwciała
- F41 Wirus Dengue Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Dengue IgG/ IgM)
- F51 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Epstein-Barr IgG/ IgM)
- F52 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA/ IgM
- F62 Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Herpes Simpl. V. 1 IgG/ IgM)
- F72 Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgG/ IgM screening (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgG/ IgM)
- F77 Wirus Influenza A Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Influenza IgG/ IgM)
- F82 Wirus Influenza B Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Influenza IgG/ IgM)
- F86 Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgG/ IgM (anty-TBE virus IgG/ IgM)
- F95 Wirus nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych (Rubulavirus) Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Rubulavirus IgG/ IgM)
- F99 Wirus Parainfluenzy typ 1 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 1 IgG/ IgM)
- G26 Czynn timerzepnięcia II (FII)
- G28 Czynn timerzepnięcia IXAg (FIXAg)
- G29 Czynn timerzepnięcia V (FV)
- G31 Czynn timerzepnięcia VII (FVII)
- G33 Czynn timerzepnięcia VIII (FVIII)
- G34 Czynn timerzepnięcia VIII Ag (FVIIIAg)
- G35 Czynn timerzepnięcia VIII - podjednostki
- G37 Czynn timerzepnięcia X (FX)
- G39 Czynn timerzepnięcia XI (FXI)
- G41 Czynn timerzepnięcia XII (FXII)
- G43 Czynn timerzepnięcia XIII (FXIII)
- G45 Czynn timerpłytkowy 4
- G47 Czynn timer von Willebranda (vWF)
- G68 Miedź (Cu)
- G73 Kompleks trombina/ antytrombina III (TAT)
- G77 Produkty degradacji fibryny (FDP)
- G81 Prekalikreina
- G83 Tkankowy aktywator plazminogenu (TPA)
- I07 Aktywność reninowa osocza (ARO)
- I31 Androstendion
- I33 Androsteron
- I41 Antygen CA 125 (CA125)
- I43 Antygen CA 15-3 (CA15-3)
- I45 Antygen CA 19-9 (CA19-9)
- I47 Antygen CA 549
- I49 Antygen CA 72-4 (CA72-4)
- I51 Antygen CYFRA 21-1

I55	Antygen polipeptydowy (TPA)
I57	Antygen polipeptydowy swoisty (TPS)
I59	Antygen raka płaskonabłonkowego (SCC)
I63	Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny
I65	$\alpha$ -1-Antytrypsyna
I82	Białko S-100
I83	Białko wiążące hormony płciowe (SHBP) (SHBG)
I85	Białko wiążące retinol (RBP)
I86	Białko - immunofiksacja
I95	Ceruloplazmina
K16	Cystatyna C
K53	Dezoksyperydynolina (DPD, Pyrylinks D)
K55	Dihydrotestosteron
K75	Dopelniacz, składowa C3
K77	Dopelniacz, składowa C4
K85	Enolaza neuronowa swoista
L01	Estriol
L03	Fenylalanina
L05	Ferrytyna
L07	$\alpha$ -fetoproteina (AFP)
L29	Galaktoza
L46	Gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (?-HCG)
L47	Gonadotropina kosmówkowa (HCG)
L63	Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)
L73	17-Hydroksykorykosteroidy, całkowite (17-OHCS)
L75	18-Hydroksydezykorykosteron
L77	18- Hydroksykorykosteron
L79	17-Hydroksyprogesteron
L81	17-Hydroksypregnenolon
M09	Kachektyna (TNF)
M11	Kalcytonina
M15	Katecholaminy
M17	17-Ketosterydy, całkowite (17-KS)
M53	Kwasy żółciowe
M81	Łańcuchy ciężkie
M83	Łańcuchy lekkie kappa
M85	Łańcuchy lekkie lambda
N26	Orozomukoid
N27	Osteokalcyna
N29	Parathormon (PTH)
N30	Parathormon intact (iPTH)
N33	Peptyd C
N35	Peroksydaza glutationowa
N42	Karboksyporfiryny
N58	Prokalcytonina
N59	Prolaktyna

- N81 Przeciwciała przeciw gliadynie klasy IgG
- N83 Przeciwciała przeciw gliadynie, klasy IgA
- O17 Przeciwciała przeciw retikulinie
- O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie
- O19 Przeciwciała przeciw tyreotropinie
- O21 Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA)
- O23 Receptory hormonów sterydowych
- O24 Receptor IL2
- O25 Reduktaza glutationu
- O26 Receptor IL6
- O28 Rozpuszczalny receptor transferyny (sTfR)
- O33 Serotonina
- O43 Transferyna
- O45 Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem
- O47 Transferyna z niedoborem węglowodanów (CDT)
- O59 Troponina I
- O61 Troponina T
- O87 Witamina D - 1, 25 OH
- O89 Witamina D - 24, 25 OH
- O91 Witamina D - 25 OH
- P31 Etylowy alkohol
- P49 Leki
- R05 Trójcykliczne antydepresanty
- S11 Bordetella pertussis Przeciwciała IgG/ IgM (anty-B. pertussis IgG/ IgM)
- S19 Bordetella pertussis Przeciwciała IgG/ IgA (anty-B. pertussis toksyna IgG/ IgA)
- S21 Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG)
- S25 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM)
- S33 Borrelia afzelli Przeciwciała IgG
- S35 Borrelia afzelli Przeciwciała IgM
- S39 Brucella Przeciwciała IgA (anty-Brucella IgA)
- S41 Brucella IgG Przeciwciała (anty-Brucella IgG)
- S43 Brucella Przeciwciała IgM (anty-Brucella IgM)
- S45 Brucella Przeciwciała (całkowite)
- S61 Chlamydia Przeciwciała IgG
- S63 Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgA (anty-Ch. pneumoniae IgA)
- S65 Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-Ch. pneumoniae IgM)
- S67 Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-Ch. pneumoniae IgG)
- S71 Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgA (anty-Ch. trachomatis IgA)
- S73 Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG (anty-Ch. trachomatis IgG)
- S75 Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgM
- S81 Clostridium difficile Antygen/ Toksyna A + B
- S85 Clostridium tetani Przeciwciała IgG/ toksyna
- S86 Clostridium tetani Przeciwciała IgG/ toksyna (ilościowo)
- S87 Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG
- S88 Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG (anty-C.diphtheriae toksyna IgG)
- S89 Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG (anty-C.diphtheriae toksyna)

- IgG (ilościowo)
- S90 Coxiella burnetii (Gorączka Q) IgG
  - S91 Coxiella burnetii IgA
  - S92 Coxiella burnetii IgM
  - T05 Amitryptylina
  - T11 Cyklosporyna A (CsA)
  - T23 Etosuksymid
  - T27 Fenytoina
  - T33 Karbamazepina
  - T35 Klomipramina
  - T41 Metotreksat
  - T43 N-acetylo-prokainamid (NAPA)
  - T54 Sirolimus
  - T55 Teofilina
  - T56 Takrolimus
  - T57 Tobramycyna
  - T59 Walproinowy kwas
  - U42 Mycoplasma pneumoniae IgG/ IgA Przeciwciała
  - U45 Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgG/ IgM
  - U90 Yersinia Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Yersinia IgG/ IgM)
  - U97 Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/IgM
  - V01 Wirus Parainfluenzy typ 2 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 2 IgG/ IgM)
  - V05 Wirus Parainfluenzy typ 3 IgG/ IgM Przeciwciała (anty-Parainfluenza 3 IgG/ IgM)
  - V11 Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgG/ IgM)
  - V18 Wirus RS Przeciwciała IgG/ IgM (anty-RSV IgG/ IgM)
  - V25 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG/ IgM
  - V27 Wirus zapalenia wątroby typu A (HAV) Przeciwciała (całkowite)
  - V28 Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgG
  - V29 Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgM
  - V30 Wirus zapalenia wątroby typu A + B HAV IgM + HBs Antygen
  - V31 Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) Przeciwciała HBc (całkowite)
  - V32 Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM
  - V33 Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (ilościowo)
  - V34 Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG
  - V35 Wirus zapalenia wątroby typu B HBe Antygen
  - V36 Wirus zapalenia wątroby typu B HBe/anty Hbe
  - V37 Wirus zapalenia wątroby typu B PrzeciwciałaHBc IgG + HBs
  - V38 Wirus zapalenia wątroby typu B HBe Przeciwciała
  - V40 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (ilościowo)
  - V41 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (potwierdzający)
  - V42 Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBs
  - V43 Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG/HBs Przeciwciała
  - V44 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + HBc IgM
  - V50 Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM
  - V52 Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG

V57	Wirus zapalenia wątroby typu D (HDV) Antygen
V58	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała
V59	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała (ilościowo)
V60	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała IgG
V61	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała IgM
V62	Wirus zapalenia wątroby typu E (HEV) Przeciwciała
V63	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG
V64	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgM
V65	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG/ IgM
V70	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Varicella-Zoster IgG/ IgM)
W11	Aspergillus fumigatus Przeciwciała IgG/ IgM
W19	Candida albicans Przeciwciała IgG/ IgM (antymannanowe)
X47	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała
X49	Toxoplasma gondii Awidność Przeciwciała IgG (anty-T. gondii)

### W3 Badania dodatkowe - grupa 2

#### ICD-9

04.14	Badanie metodą pojedynczego włókna (SFEMG)
29.1901	Stroboskopia
29.1902	Videostroboskopia
49.21	Anoskopia
67.191	Kolposkopia
87.35	Mammografia z kontrastem
87.372	Mammografia obu piersi
87.62	Seriogram górnego odcinka przewodu pokarmowego
87.63	Seriogram jelita cienkiego
87.732	Urografia z kontrastem jonowym
87.76	Cystoureterografia wsteczna
88.14	Fistulografia
88.66	Flebografia żył kończyny dolnej
88.718	USG przezciężkie
88.721	Echokardiografia
88.793	USG kończyn górnych lub kończyn dolnych
89.141	Elektroencefalogram (EEG)
89.142	Holter EEG
89.153	Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (BAEP)
89.192	Video EEG
89.441	Badanie wysiłkowe izotopowe z talem - z lub bez stymulacji przezprzełykowej
89.501	Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter) - Holter RR
89.502	Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter) - Holter EKG
95.1904	HRT - Tomografia siatkówkowa
95.1905	GDX - Analiza włókien nerwowych

- 95.1906 OCT - Optyczna koherentna tomografia oka
- 99.9956 Test pochyleniowy (tilt test)
- C11 Fosfataza zasadowa granulocytów
- C13 Granulocyty - badanie aktywności fagocytarnej
- C15 Granulocyty zasadochłonne - test bezpośredniej degranulacji
- C33 Limfadenogram
- C35 Limfoblasty
- C37 Limfocyty B
- C39 Limfocyty BCD5+
- C41 Limfocyty T
- C43 Limfocyty TCD4+
- C45 Limfocyty TCD8+
- C47 Metamielocyty
- C51 Mielogram
- C63 Płytki krwi - badanie agregacji
- E21 Diagnostyka konfliktu matczy-no- płodowego
- F21 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
- F24 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
- F25 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG/ IgM
- F54 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
- F90 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)
- G07 Białko S
- L62 Homocysteina
- M62 Leptyna
- N63 Przeciwciała przeciw antygenom nadnerczy
- N65 Przeciwciała przeciw antygenom przytarczyc
- N66 Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę (CCP)
- N67 Przeciwciała przeciw błonie podstawnej kłębków nerkowych (anty-GMB)
- N69 Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)
- N71 Przeciwciała przeciw czynnikowi wewnętrznemu Castle'a (IFA)
- N73 Przeciwciała przeciw desmogleinie
- N75 Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)
- N77 Przeciwciała przeciw DNA jednoniciowemu (ssDNA)
- N79 Przeciwciała przeciw endomysium
- N85 Przeciwciała przeciw histonom
- N87 Przeciwciała przeciw insulinie
- N89 Przeciwciała przeciw kardiolipinie
- N91 Przeciwciała przeciw komórkom mięśni gładkich
- N93 Przeciwciała przeciw komórkom mięśni szkieletowych
- N95 Przeciwciała przeciw komórkom mięśnia sercowego
- N97 Przeciwciała przeciw komórkom okładzinowym żołądka
- N99 Przeciwciała przeciw komórkom wysp trzustki
- O01 Przeciwciała przeciw limfocytom
- O03 Przeciwciała przeciw mielinie
- O05 Przeciwciała przeciw mitochondriom

- O07 Przeciwciała przeciw neutrofilom
- O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej
- O11 Przeciwciała przeciw płytkom krwi
- O12 Identyfikacja alloprzeciwciał
- O13 Przeciwciała przeciw receptorowi insuliny
- O15 Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny
- S23 *Borrelia burgdorferi* (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający
- S27 *Borrelia burgdorferi* (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający
- S29 *Borrelia burgdorferi* (Lyme) IgG/ IgM Przeciwciała (anty-*B. burgdorferi* IgG/ IgM)
- S31 *Borrelia burgdorferi* (Lyme) Przeciwciała IgG/ IgM - test potwierdzający
- S37 *Borrelia* Przeciwciała (całkowite)
- S77 *Chlamydia trachomatis* Przeciwciała IgG/ IgM
- U08 *Helicobacter pylori* Przeciwciała IgA - test potwierdzenia
- U11 *Helicobacter pylori* IgG Przeciwciała - test potwierdzenia
- U14 *Helicobacter pylori* IgG/ IgA Przeciwciała (anty-*H. pylori* IgG/ IgA)
- U19 *Legionella pneumophila* IgG/ IgM/ IgA
- U44 *Mycoplasma pneumoniae* Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
- U81 *Treponema pallidum* Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
- U83 *Treponema pallidum* Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
- U93 *Yersinia enterocolitica* Przeciwciała IgA - test potwierdzenia
- U95 *Yersinia enterocolitica* Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
- U98 *Yersinia enterocolitica* Przeciwciała IgA/ IgM - test potwierdzenia
- V20 Wirus różyczki (*Rubella virus*) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
- V26 *Rubella virus* + CMV + *Toxoplasma* *Rubella* IgG + CMV IgM + Toxo IgG
- V45 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała HBs + HBc IgG
- V46 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała + HBc IgG + HBc IgM
- V49 Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)
- V51 Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
- V53 Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG - test potwierdzenia

#### **W4 Badania dodatkowe - grupa 3**

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

- 87.64 Serioqram dolnego odcinka przewodu pokarmowego
- C49 Mieloblasty
- E64 Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej
- F26 Cytomegalovirus (CMV) DNA
- F38 Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA
- F92 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) RNA / DNA
- G70 Oznaczenie aktywności czynnika IX
- I84 Białko PAPP-A - osoczowe białko ciężowe A
- M92 B2-mikroglobulina
- S79 *Chlamydia trachomatis* DNA
- S83 *Clostridium difficile* DNA toksyn A i B
- U05 *Haemophilus influenzae* DNA

- U27 *Listeria monocytogenes* DNA
- U28 *Mycobacterium avium* DNA
- U29 *Mycobacterium avium* complex DNA
- U30 *Mycobacterium kansasii* DNA
- U31 *Mycobacterium gordonae* DNA
- U32 *Mycobacterium intracellulare* DNA
- U37 *Mycobacterium tuberculosis* complex DNA
- U46 *Neisseria gonorrhoeae* DNA
- U70 *Staphylococcus aureus* DNA
- U73 *Streptococcus pneumoniae* DNA
- U78 *Streptococcus* Gr. B DNA
- V47 Wirus zapalenia wątroby typu B HBV-DNA typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)
- V55 Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA
- V56 Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA (ilościowo)
- V81 Wirus Varicella-Zoster VZV-DNA
- W15 *Blastomyces dermatitidis* DNA
- W29 *Coccidioides immitis* DNA
- W33 *Histoplasma capsulatum* DNA

### **Bibliografia**

1. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
2. Zarządzenie Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
3. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych