

Załącznik do rozporządzenia Ministra
Zdrowia
z dnia ... r.
(Dz. U. poz. ...)

64	<p>1) 32.231 Przeszkórna termoablacja zmiany płuca i oskrzela przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA); 2) 34.941 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie klatki piersiowej.</p>	<p>Wymagania formalne</p>	<p>W lokalizacji: 1) zakład radiologii z pracownią tomografii komputerowej lub pracownią rezonansu magnetycznego lub pracownią pozytonowej tomografii emisyjnej lub pracownią USG; 2) oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT) spełniający wymagania określone w załączniku nr 3; 3) oddział szpitalny o profilu: a) chirurgia ogólna lub b) chirurgia dziecięca, lub c) chirurgia onkologiczna, lub d) chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub e) chirurgia klatki piersiowej, lub f) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, lub g) onkologia kliniczna, lub h) onkologia i hematologia dziecięca, lub i) chorób płuc, lub j) chorób płuc dla dzieci – spełniający wymagania dla danego oddziału określone w załączniku nr 3; 4) blok operacyjny.</p>
		<p>Personel</p>	<p>1) co najmniej 2 lekarzy przeprowadzających zabieg; lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki (w tym jeden lekarz z doświadczeniem minimum 100 samodzielnie wykonanych zabiegów pod kontrolą TK lub MRI lub PET-CT lub USG, w tym co najmniej 50 zabiegów w zakresie płuc); 2) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii; 3) pielęgniarka z przeszkoleniem w radiologii zabiegowej, ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów pod kontrolą TK lub MRI lub PET-CT lub USG; 4) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki; 5) elektroradiolog z przeszkoleniem w radiologii zabiegowej, ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów pod kontrolą TK lub MRI lub PET-CT lub USG.</p>
		<p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p>	<p>W lokalizacji: 1) sprzęt do termoablacji w przypadku realizacji zabiegów termoablacji lub sprzęt do krioablacji w przypadku realizacji zabiegów krioablacji; 2) tomograf komputerowy zabiegowy (z fluoroskopią TK) lub 3) rezonans magnetyczny, lub 4) pozytonowy tomograf emisyjny CT; 5) aparat do znieczulenia ogólnego z możliwością monitorowania funkcji życiowych.</p>
		<p>Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przeszkórnej termoablacji zmiany płuca i oskrzela</p>	<p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikowani są świadczeniobiorcy z: 1) rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C34.0 Oskrzele główne, C34.1 Płat górny płuca lub oskrzele płatowe górne, C34.2 Płat środkowy płuca lub oskrzele płatowe środkowe, C34.3 Płat dolny płuca lub oskrzele płatowe dolne, C34.8 Zmiana przekraczająca granicę jednego umiejscowienia w obrębie oskrzela i płuca,</p>

			<p>C34.9 Oskrzele lub płuco, umiejscowienie nieokreślone, C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuc; 2) wielkością guza ≤ 3 cm; 3) obecnością 5 lub mniej zmian przerzutowych w przypadku wtórnych guzów złośliwych płuca; 4) rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca w stopniu zaawansowania I-II oraz IIIA i brakiem możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego oraz radykalnej radioterapii.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest: 1) zmiana obejmująca opłucną lub ścianę klatki piersiowej lub 2) brak możliwości bezpiecznego nakłucia zmiany nowotworowej, lub 3) lokalizacja zmiany w odległości < 2 cm od naczyń wnęki płucnej, lub 4) obecność stymulatora serca lub kardiowertera-defibrylatora (ICD) (dotyczy tylko świadczenia wykonywanego z wykorzystaniem przezskórnej termoablacji przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej – RFA), lub 5) rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10 C34 Rak drobnokomórkowy, lub 6) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi < 50 tys./mm³ oraz współczynnik INR $> 1,5$, lub 7) brak możliwości odstawienia leczenia antykoagulacyjnego lub zamiany doustnych środków przeciwkrzepliwych na heparynę drobnocząsteczkową. Akceptowalne jest przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego.</p>
		<p>Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przezskórnej krioablacji zmiany w obrębie klatki piersiowej</p>	<p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikowani są świadczeniobiorcy z: 1) rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej, C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuc, C78.1 Wtórny nowotwór złośliwy śródpiersia, C78.2 Wtórny nowotwór złośliwy opłucnej; 2) wielkością guza ≤ 3 cm; 3) rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca w stopniu zaawansowania I-II oraz IIIA i brakiem możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego oraz radioterapii radykalnej.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest: 1) brak możliwości zniszczenia całego guza lub 2) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi < 50 tys./mm³ oraz współczynnik INR $> 1,5$, lub 3) brak bezpiecznego dostępu do guza, lub 4) lokalizacja guza blisko wnęki płucnej (dużych naczyń i oskrzeli).</p>
		<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>	<p>1. Realizacja przezskórnej termoablacji odbywa się pod kontrolą tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) lub Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET-CT) lub ultrasonografii (USG). 2. Realizacja przezskórnej krioablacji odbywa się pod kontrolą tomografii komputerowej. 3. Zapewnienie całodobowej opieki (we wszystkie dni tygodnia) po zabiegu w oddziale: 1) chirurgia ogólna lub 2) chirurgia dziecięca, lub 3) chirurgia onkologiczna, lub 4) chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub 5) chirurgia klatki piersiowej, lub 6) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, lub</p>

			<p>7) onkologia kliniczna, lub</p> <p>8) onkologia i hematologia dziecięca, lub</p> <p>9) chorób płuc, lub</p> <p>10) chorób płuc dla dzieci.</p> <p>4. Zapewnienie możliwości monitorowania efektów leczenia poprzez skierowanie świadczeniobiorcy na kontrolę w terminie od 4 do 6 tygodni od daty wykonania zabiegu.</p>
65.	<p>1) 77.6011 Przeszkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA);</p> <p>2) 77.6012 Przeszkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA) z cementoplastyką;</p> <p>3) 77.6013 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie kości;</p> <p>4) 77.6014 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie kości z cementoplastyką.</p>	Warunki formalne	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) zakład radiologii z pracownią tomografii komputerowej i pracownią rezonansu magnetycznego;</p> <p>2) oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) spełniający wymagania określone w załączniku nr 3;</p> <p>3) oddział szpitalny o profilu:</p> <p>a) chirurgia ogólna lub</p> <p>b) chirurgia dziecięca, lub</p> <p>c) chirurgia onkologiczna, lub</p> <p>d) neurochirurgia, lub</p> <p>e) neurochirurgia dla dzieci, lub</p> <p>f) chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub</p> <p>g) ortopedia i traumatologia narządu ruchu, lub</p> <p>h) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci – spełniający wymagania dla danego oddziału określone w załączniku nr 3;</p> <p>4) blok operacyjny</p>
		Personel	<p>1) co najmniej dwóch lekarzy wykonujących zabieg: lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia dziedziny radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki (w tym jeden lekarz z doświadczeniem minimum 100 zabiegów pod kontrolą TK lub MR);</p> <p>2) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii;</p> <p>3) pielęgniarka z przeszkoleniem w radiologii zabiegowej, ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów pod kontrolą TK lub MR;</p> <p>4) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;</p> <p>5) elektroradiolog z przeszkoleniem w radiologii zabiegowej, ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów pod kontrolą TK lub MR.</p>
		Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) sprzęt do termoablacji w przypadku realizacji zabiegów termoablacji lub sprzęt do krioablacji w przypadku realizacji zabiegów krioablacji;</p> <p>2) tomograf komputerowy; zabiegowy (z fluoroskopią TK);</p> <p>3) rezonans magnetyczny;</p> <p>4) aparat z fluoroskopią rentgenowską;</p> <p>5) aparat do znieczulenia ogólnego z możliwością monitorowania funkcji życiowych.</p>
		Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przeszkórnej termoablacji zmiany w obrębie kości z albo bez zabiegu cementoplastyki	<p>1. Leczenie kostniaka kostninowego. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikowani są świadczeniobiorcy ze zmianą powodującą ból w związku z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: D16.1 Kości krótkie kończyny górnej, D16.2 Kości długie kończyny dolnej, D16.3 Kości krótkie kończyny dolnej, D16.4 Kości czaszki i twarzy, D16.5 Żuchwa, D16.6 Kości kręgosłupa, D16.7 Żebra, mostek i obojczyk, D16.8 Kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna, D16.9 Kości i chrząstki stawowe, umiejscowienie nieokreślone.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest:</p>

	<p>1) brak możliwości zniszczenia całego guza lub 2) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi < 50 tys./mm³ oraz współczynnik INR > 1,5, lub 3) brak bezpiecznego dostępu do guza, lub 4) aktywny proces zapalny.</p> <p>2. Leczenie pierwotnych guzów złośliwych kości. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikowani są świadczeniobiorcy z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn, C41 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu, u których stwierdzono przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego lub obecność wznowy.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest:</p> <p>1) niestabilne złamanie kręgosłupa (według skali do określenia stabilności kręgosłupa w przypadku przerzutowego lub pierwotnego guza kręgosłupa Spine Instability Neoplastic Score, SINS –) lub 2) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <50 tys./ mm³ oraz współczynnik INR>1,5, lub 3) brak bezpiecznego dostępu do guza, lub 4) aktywny proces zapalny.</p> <p>3. Leczenie wtórnych guzów złośliwych kości. Do świadczenia kwalifikowani są świadczeniobiorcy z rozpoznaniem ICD-10 C79.5 Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego oraz zmianą powodującą ból lub zmianą nowotworową stanowiącą zagrożenie powikłaniami, w tym złamaniem patologicznym lub zmianą, która spowodowała złamanie patologiczne lub stwierdzoną obecnością ≤5 zmian przerzutowych w przypadku choroby oligometastatycznej, które można leczyć z zamiarem radykalności.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest:</p> <p>1) niestabilne złamanie kręgosłupa (według SINS) lub 2) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <50 tys./ mm³ oraz współczynnik INR>1,5, lub 3) brak bezpiecznego dostępu do guza, lub 4) aktywny proces zapalny.</p>
<p>Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przeszskórnej krioabblacji zmiany w obrębie kości z albo bez zabiegu cementoplastyki</p>	<p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikowani są świadczeniobiorcy z rozpoznaniem ICD-10: C79.5 Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego oraz ze zmianą powodującą ból, która utrudnia codzienne funkcjonowanie; lub występowaniem przeciwwskazań do leczenia chirurgicznego.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest:</p> <p>1) brak możliwości zniszczenia całego guza oraz brak bezpiecznego dostępu do guza lub 2) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi < 50 tys./mm³ oraz współczynnik INR > 1,5.</p>
<p>Kryteria kwalifikacji do zabiegu cementoplastyki</p>	<p>Realizacja zabiegu odbywa się pod kontrolą fluoroskopii rentgenowskiej. Wykonanie zabiegu polega na wypełnieniu ubytku powstałego po abblacji kostniaka kostminowego lub pierwotnego guza złośliwego kości lub wtórnego guza</p>

			złośliwego kości.
		Organizacja świadczeń	udzielania 1. Realizacja przezskórnej termoablacji i krioablacji odbywa się pod kontrolą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. 2. Zapewnienie całodobowej opieki (we wszystkie dni tygodnia) po zabiegu w oddziale: 1) chirurgia ogólna lub 2) chirurgia dziecięca, lub 3) chirurgia onkologiczna, lub 4) chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub 5) chirurgia klatki piersiowej, lub 6) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, lub 7) onkologia kliniczna, lub 8) onkologia i hematologia dziecięca, lub 9) chorób płuc, lub 10) chorób płuc dla dzieci. 3. Zapewnienie możliwości monitorowania efektów leczenia poprzez skierowanie świadczeniobiorcy na kontrolę w terminie od 4 do 6 tygodni od daty wykonania zabiegu.
66.	07.461 Przezskórna termoablacja zmiany nadnerczy przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA)	Warunki formalne	W lokalizacji: 1) zakład radiologii z pracownią tomografii komputerowej; 2) oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) spełniający wymagania określone w załączniku nr 3; 3) oddział szpitalny o profilu: a) chirurgia ogólna lub b) chirurgia dziecięca, lub c) chirurgia onkologiczna, lub d) chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub e) urologia, lub f) urologia dla dzieci, lub g) onkologia kliniczna, lub h) endokrynologia, lub i) endokrynologia dla dzieci, lub j) onkologia i hematologia dziecięca – spełniający wymagania dla danego oddziału określone w załączniku nr 3; 4) blok operacyjny.
		Personel	1) co najmniej dwóch lekarzy wykonujących zabieg: lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki (w tym jeden lekarz z doświadczeniem minimum 200 zabiegów pod kontrolą TK w obrębie jamy brzusznej); 2) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii; 3) pielęgniarka z przeszkoleniem w radiologii zabiegowej, ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów pod kontrolą TK; 4) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki; 5) elektroradiolog z przeszkoleniem w radiologii zabiegowej, ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów pod kontrolą TK.
		Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W lokalizacji: 1) sprzęt do termoablacji; 2) tomograf komputerowy zabiegowy (z fluoroskopią TK); 3) aparat do znieczulenia ogólnego z możliwością monitorowania funkcji życiowych.
		Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z	Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikowani są świadczeniobiorcy z:

		<p>kwalifikacji do przezskórnej termoablacji zmiany nadnerczy</p>	<p>1) rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy, C79.7 Wtórny nowotwór złośliwy nadnerczy, D35.0 Nadnercze; 2) wielkością zmiany < 4 cm; 3) przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego lub 4) obecnością wznowy, lub 5) zdiagnozowanymi guzami hormonalnie czynnymi, których leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych efektów.</p> <p>Przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest: 1) brak możliwości bezpiecznego nakłucia nadnercza lub 2) zaburzenia krzepnięcia potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi < 50 tys./mm³ oraz współczynnik INR > 1,5.</p>
		<p>Organizacja świadczeń udzielania</p>	<p>1. Realizacja przezskórnej termoablacji odbywa się pod kontrolą TK. 2. Zapewnienie możliwości monitorowania efektów leczenia poprzez skierowanie świadczeniobiorcy na kontrolę efektów leczenia w terminie od 4 do 6 tygodni od daty wykonania zabiegu.</p>