

Warszawa, dnia 6 grudnia 2024 r.

Poz. 1798

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 2 grudnia 2024 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593 i 1615) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, 978, 1477, 1955 i 2610 oraz z 2024 r. poz. 961) wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku nr 1 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń gwarantowanych” w części I „Świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi”:

a) po poz. 07.419 dodaje się poz. 07.461 w brzmieniu:

07.461	Przezkórna termoablacja zmiany nadnerczy przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA)
--------	---

b) po poz. 32.21 dodaje się poz. 32.231 w brzmieniu:

32.231	Przezkórna termoablacja zmiany płuca i oskrzela przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA)
--------	--

c) po poz. 34.923 dodaje się poz. 34.941 w brzmieniu:

34.941	Przezkórna krioablacja zmiany w obrębie klatki piersiowej
--------	---

d) po poz. 77.60 dodaje się poz. 77.6011–77.6014 w brzmieniu:

77.6011	Przezkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA)
77.6012	Przezkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA) z zabiegiem cementoplastyki
77.6013	Przezkórna krioablacja zmiany w obrębie kości
77.6014	Przezkórna krioablacja zmiany w obrębie kości z zabiegiem cementoplastyki

2) w załączniku nr 4 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń” po lp. 67 dodaje się lp. 68–70 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

Minister Zdrowia: wz. *W. Konieczny*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 2 grudnia 2024 r. (Dz. U. poz. 1798)

68	<p><b>1) 32.231 Przewodna termoablacja zmiany płuca i oskrzela przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA);</b>  <b>2) 34.941 Przewodna krioablacja zmiany w obrębie klatki piersiowej</b></p>	<p>Wymagania formalne</p>	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) zakład radiologii z:</p> <p>a) pracownią tomografii komputerowej,  b) pracownią rezonansu magnetycznego, jeżeli zabiegi są wykonywane pod kontrolą rezonansu magnetycznego;</p> <p>2) OAiIT spełniający wymagania określone w załączniku nr 3 w części I w lp. 2 albo lp. 3;</p> <p>3) oddział szpitalny:</p> <p>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 do rozporządzenia;</p> <p>4) blok operacyjny.</p>
		<p>Personel</p>	<p>1) co najmniej 2 lekarzy wykonujących zabieg:</p> <p>a) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki (w tym jeden lekarz z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 100 zabiegów pod kontrolą tomografu komputerowego (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR), w tym co najmniej 50 zabiegów w zakresie płuc) albo</p> <p>b) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki (z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 100 zabiegów pod kontrolą TK lub MR, w tym co najmniej 50 zabiegów w zakresie płuc)</p>

	<p>oraz lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 100 zabiegów pod kontrolą TK lub MR, w tym co najmniej 50 zabiegów w zakresie płuc, potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej);</p> <p>2) lekarz specjalista 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;</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.</p>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) TK zabiegowy (z fluoroskopią TK);</p> <p>2) RM, jeżeli zabiegi są wykonywane pod kontrolą RM;</p> <p>3) aparat do znieczulenia ogólnego z możliwością monitorowania funkcji życiowych;</p> <p>4) sprzęt do termoablacji w przypadku realizacji zabiegów termoablacji lub sprzęt do krioablacji w przypadku realizacji zabiegów krioablacji.</p>
Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przezskórnej termoablacji zmiany płuca i oskrzela	<p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej są kwalifikowani świadczeniobiorcy z:</p> <p>1) rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych 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 granice jednego umiejscowienia w obrębie oskrzela i płuca, C34.9 Oskrzele lub płuco, umiejscowienie nieokreślone, C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuc;</p> <p>2) wielkością guza <math>\leq 3</math> cm;</p>

		<p>3) obecnością 5 lub mniej zmian przerzutowych w przypadku wtórnych guzów złośliwych płuca lub</p> <p>4) rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca w stopniu zaawansowania I i brakiem możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego oraz radykalnej radioterapii.</p> <p>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <p>1) zmiana obejmująca opłucną lub ścianę klatki piersiowej lub</p> <p>2) brak możliwości bezpiecznego nakłucia zmiany nowotworowej; lub</p> <p>3) lokalizacja zmiany w odległości &lt;2 cm od naczyń wnęki płucnej; lub</p> <p>4) obecność stymulatora serca lub kardiowertera-defibrylatora (ICD) (dotyczy tylko świadczenia wykonywanego z wykorzystaniem przezskórnej termoablacji przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA)); lub</p> <p>5) rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: C34 Rak drobnokomórkowy; lub</p> <p>6) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikami badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi &lt;50 tys./mm<sup>3</sup> oraz współczynnik INR &gt;1,5; lub</p> <p>7) brak możliwości odstawienia leczenia antykoagulacyjnego lub zamiany doustnych środków przeciwkrzepliwych na heparynę drobnocząsteczkową; akceptowalne jest przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego;</p> <p>8) brak możliwości zniszczenia całego guza (nie dotyczy pacjentów, u których jest przewidziane łączenie termoablacji z innymi metodami leczenia z intencją radykalną, np. operacją chirurgiczną lub radioterapią stereotaktyczną).</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:</p> <p>1) rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów</p>

		<p>Zdrowotnych ICD-10: C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej, C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuca, C78.1 Wtórny nowotwór złośliwy śródpiersia, C78.2 Wtórny nowotwór złośliwy opłucnej;</p> <p>2) wielkością pojedynczej zmiany <math>\leq 3</math> cm (nie dotyczy zabiegów wykonywanych w celu przeciwbólowym);</p> <p>3) obecnością <math>\leq 5</math> zmian przerzutowych w przypadku wtórnych guzów złośliwych płuca (nie dotyczy pacjentów, u których przewidziane jest łączenie krioablacji z innymi metodami leczenia z intencją radykalną, np. operacją chirurgiczną lub radioterapią stereotaktyczną) lub</p> <p>4) rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca w stopniu zaawansowania I i brakiem możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego oraz radioterapii radykalnej.</p> <p>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <p>1) brak możliwości zniszczenia całego guza (nie dotyczy zabiegów wykonywanych w celu przeciwbólowym) lub</p> <p>2) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <math>&lt; 50</math> tys./mm<sup>3</sup> oraz współczynnik INR <math>&gt; 1,5</math>, lub</p> <p>3) brak bezpiecznego dostępu do guza, lub</p> <p>4) lokalizacja guza blisko wnęki płucnej (dużych naczyń i oskrzeli).</p>
	Organizacja udzielania świadczeń	<p>1. Realizacja przezskórnej termoablacji oraz przezskórnej krioablacji odbywa się pod kontrolą TK lub MR.</p> <p>2. Zapewnienie całodobowej opieki (we wszystkie dni tygodnia) po zabiegu w oddziale:</p> <p>1) chirurgia ogólna lub</p> <p>2) chirurgia dziecięca; lub</p> <p>3) chirurgia onkologiczna; lub</p> <p>4) chirurgia onkologiczna dla dzieci; lub</p> <p>5) chirurgia klatki piersiowej; lub</p> <p>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>3. Zapewnienie możliwości monitorowania efektów leczenia poprzez skierowanie świadczeniobiorcy na kontrolę w terminie od 4 do 6 tygodni od daty wykonania zabiegu.</p>
69	<p><b>1) 77.6011 Przeszkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA);</b></p> <p><b>2) 77.6012 Przeszkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA) z zabiegiem cementoplastyki;</b></p> <p><b>3) 77.6013 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie kości;</b></p> <p><b>4) 77.6014 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie kości z zabiegiem cementoplastyki</b></p>	<p>Warunki formalne</p>	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) zakład radiologii z pracownią tomografii komputerowej i pracownią rezonansu magnetycznego;</p> <p>2) OAiIT spełniający wymagania określone w załączniku nr 3 w części I w lp. 2 albo lp. 3;</p> <p>3) oddział szpitalny:</p> <p>a) chirurgia ogólna lub</p> <p>b) chirurgia dziecięca, lub</p> <p>c) chirurgia onkologiczna, lub</p> <p>d) chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub</p> <p>e) neurochirurgia, lub</p> <p>f) neurochirurgia dla dzieci, lub</p> <p>g) onkologia kliniczna, lub</p> <p>h) ortopedia i traumatologia narządu ruchu, lub</p> <p>i) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci</p> <p>– spełniający wymagania dla danego oddziału określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia;</p> <p>4) blok operacyjny</p>
		<p>Personel</p>	<p>1) co najmniej 2 lekarzy wykonujących zabieg:</p> <p>a) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki (w tym jeden lekarz z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 100 zabiegów pod kontrolą TK lub MR) albo</p> <p>b) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki (z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 100 zabiegów pod kontrolą TK lub MR) oraz lekarz</p>

	<p>w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 40 zabiegów pod kontrolą TK lub MR w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej);</p> <p>2) lekarz specjalista 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;</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.</p>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) TK zabiegowy (z fluoroskopią TK);</p> <p>2) RM, jeżeli zabiegi są wykonywane pod kontrolą RM;</p> <p>3) aparat z fluoroskopią rentgenowską;</p> <p>4) aparat do znieczulenia ogólnego z możliwością monitorowania funkcji życiowych;</p> <p>5) sprzęt do termoablacji w przypadku realizacji zabiegów termoablacji lub sprzęt do krioablacji w przypadku realizacji zabiegów krioablacji.</p>
Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przezskórnej termoablacji zmiany w obrębie kości z zabiegiem cementoplastyki albo bez zabiegu cementoplastyki	<p>1. Leczenie kostniaka kostninowego.</p> <p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej są kwalifikowani świadczeniobiorcy ze zmianą powodującą ból w związku z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: D16.0 Łopatka i kości długie kończyny górnej, 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</p>

		<p>i guziczna, D16.9 Kości i chrząstki stawowe, umiejscowienie nieokreślone.</p> <p>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak możliwości zniszczenia całego guza lub</li><li>2) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <math>&lt;50 \text{ tys./mm}^3</math> oraz współczynnik INR <math>&gt;1,5</math>; lub</li><li>3) brak bezpiecznego dostępu do guza; lub</li><li>4) aktywny proces zapalny.</li></ol> <p>2. Leczenie pierwotnych guzów złośliwych kości. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej są kwalifikowani świadczeniobiorcy z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych 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>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) niestabilne złamanie kręgosłupa (według skali do określenia stabilności kręgosłupa w przypadku przerzutowego lub pierwotnego guza kręgosłupa – <i>spine instability neoplastic score</i>, SINS) lub</li><li>2) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <math>&lt;50 \text{ tys./mm}^3</math> oraz współczynnik INR <math>&gt;1,5</math>; lub</li><li>3) brak bezpiecznego dostępu do guza; lub</li><li>4) aktywny proces zapalny.</li></ol> <p>3. Leczenie wtórnych guzów złośliwych kości. Do świadczenia są kwalifikowani świadczeniobiorcy z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów</p>
--	--	---

	<p>Zdrowotnych 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 <math>\leq 5</math> zmian przerzutowych w przypadku choroby oligometastatycznej, które można leczyć z zamiarem radykalności.</p> <p>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niestabilne złamanie kręgosłupa (według SINS) lub</li> <li>2) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <math>&lt; 50 \text{ tys./mm}^3</math> oraz współczynnik INR <math>&gt; 1,5</math>; lub</li> <li>3) brak bezpiecznego dostępu do guza; lub</li> <li>4) aktywny proces zapalny.</li> </ol>
<p>Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do przeszłornej krioablacji zmiany w obrębie kości z zabiegiem cementoplastyki albo bez zabiegu cementoplastyki</p>	<p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej są kwalifikowani świadczeniobiorcy z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: C79.5 Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego oraz ze zmianą powodującą ból, który utrudnia codzienne funkcjonowanie, lub z występowaniem przeciwwskazań do leczenia chirurgicznego.</p> <p>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak możliwości zniszczenia całego guza (nie dotyczy zabiegów wykonywanych w celu przeciwbólowym) lub brak bezpiecznego dostępu do guza lub</li> <li>2) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi <math>&lt; 50 \text{ tys./mm}^3</math> oraz współczynnik INR <math>&gt; 1,5</math>.</li> </ol>

		<p>Kryteria kwalifikacji do zabiegu cementoplastyki pod kontrolą fluoroskopii rentgenowskiej</p>	<p>Do zabiegu są kwalifikowani świadczeniobiorcy wymagający wypełnienia ubytku kostnego powstałego po ablacji kostniaka kostninowego lub pierwotnego guza złośliwego kości, lub wtórnego guza złośliwego kości.</p>
		<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>	<p>1. Realizacja przezskórnej termoablacji i krioablacji odbywa się pod kontrolą TK lub MR. 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) neurochirurgia; lub 6) neurochirurgia dla dzieci; lub 7) onkologia kliniczna; lub 8) ortopedia i traumatologia narządu ruchu; lub 9) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci. 3. Zapewnienie możliwości monitorowania efektów leczenia poprzez skierowanie świadczeniobiorcy na kontrolę w terminie od 4 do 6 tygodni od daty wykonania zabiegu.</p>
70	<p><b>07.461 Przeskórna termoablacja zmiany nadnerczy przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA)</b></p>	<p>Warunki formalne</p>	<p>W lokalizacji: 1) zakład radiologii z pracownią tomografii komputerowej; 2) OAiIT spełniający wymagania określone w załączniku nr 3 w części I w lp. 2 albo lp. 3; 3) oddział szpitalny: 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 do rozporządzenia; 4) blok operacyjny.</p>

Personel	<p>1) co najmniej 2 lekarzy wykonujących zabieg:</p> <p>a) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki (w tym jeden lekarz z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 200 zabiegów pod kontrolą TK w zakresie jamy brzusznej) albo</p> <p>b) lekarz specjalista posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki (z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 200 zabiegów pod kontrolą TK w zakresie jamy brzusznej) oraz lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (z udokumentowanym doświadczeniem samodzielnego wykonania co najmniej 200 zabiegów pod kontrolą TK w zakresie jamy brzusznej, potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej);</p> <p>2) lekarz specjalista 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;</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.</p>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) TK zabiegowy (z fluoroskopią TK);</p> <p>2) aparat do znieczulenia ogólnego z możliwością monitorowania funkcji życiowych;</p> <p>3) sprzęt do termoablacji.</p>

		<p>Kryteria kwalifikacji i kryteria wyłączenia z kwalifikacji do świadczenia</p>	<p>Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej są kwalifikowani świadczeniobiorcy z:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy, C79.7 Wtórny nowotwór złośliwy nadnerczy, D35.0 Nadnercze;</li><li>2) wielkością zmiany &lt;4 cm;</li><li>3) przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego lub</li><li>4) obecnością wznowy; lub</li><li>5) zdiagnozowanymi guzami hormonalnie czynnymi, których leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych efektów.</li></ol> <p>Przeciwwskazania do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak możliwości bezpiecznego nakłucia nadnercza lub</li><li>2) zaburzenia krzepnięcia krwi potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, na podstawie którego liczba płytek krwi &lt;50 tys./mm<sup>3</sup> oraz współczynnik INR &gt;1,5.</li></ol>
		<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizacja przezskórnej termoablacji odbywa się pod kontrolą TK.</li><li>2. Zapewnienie możliwości monitorowania efektów leczenia poprzez skierowanie świadczeniobiorcy na kontrolę efektów leczenia w terminie od 4 do 6 tygodni od daty wykonania zabiegu.</li></ol>