

Warszawa, dnia 17 czerwca 2025 r.

Poz. 785

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

z dnia 10 czerwca 2025 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych  
z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

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, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.<sup>3)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej,”;

2) w załączniku nr 2 do rozporządzenia:

a) w części IV „ŚWIADCZENIA ULTRASONOGRAFICZNE” w lp. 39 w kolumnie 4 w ust. 3 w pkt 1 wyrazy „w zakładzie opieki zdrowotnej” zastępuje się wyrazami „w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego”,

b) w części VII „ŚWIADCZENIA MEDYCYNY NUKLEARNEJ” lp. 9 otrzymuje brzmienie:

9	92.061	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET)	<b>1. Personel:</b> 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny nuklearnej; 2) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub
	92.062	z zastosowaniem [ <sup>18</sup> F]FDG we wskazaniach	
	92.063	onkologicznych	
	92.064	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET)	
	92.065	z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków	
	92.066	we wskazaniach onkologicznych	
	92.0671	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET)	
	92.068	z zastosowaniem [ <sup>18</sup> F]FDG we wskazaniach	
	92.0681	kardiologicznych	
	92.0691	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET)	
		z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach kardiologicznych	

<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).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 2164, z 2017 r. poz. 1244, 1766 i 2423, z 2018 r. poz. 657, z 2019 r. poz. 397, 1060 i 1864, z 2020 r. poz. 612, z 2021 r. poz. 543 i 727, z 2022 r. poz. 365, 482, 1542, 2641 i 2678, z 2023 r. poz. 1953 i 2294 oraz z 2024 r. poz. 224, 1318, 1543 i 1977.

	<p>Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [<sup>18</sup>F]FDG we wskazaniach neurologicznych</p> <p>Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach neurologicznych</p> <p>Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [<sup>18</sup>F]FDG w diagnostyce procesów zapalnych</p> <p>Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI)</p> <p>Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem zarejestrowanych radiofarmaceutyków</p> <p>Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [<sup>18</sup>F]F-Choliny w diagnostyce nadczynności przytarczyc</p>	<p>radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej;</p> <p>3) pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni medycyny nuklearnej;</p> <p>4) osoba, która:</p> <p>a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera,</p> <p>b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera,</p> <p>c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog;</p> <p>5) fizyk medyczny.</p> <p><b>2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</b></p> <p>1) aparat PET-TK;</p> <p>2) miernik dawek;</p> <p>3) pracownia do przygotowania radiofarmaceutyków;</p> <p>4) aparat PET-MRI – w przypadku ICD-9: 92.0681 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży.</p> <p><b>3. Pozostałe wymagania:</b></p> <p><b>Kryteria kwalifikacji do badań PET:</b></p> <p><b>A. Choroby nowotworowe:</b></p> <p>1) pojedynczy guzek płuca o średnicy &gt;1 cm, w celu różnicowania pomiędzy jego łagodnym i złośliwym charakterem, przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami;</p> <p>2) niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny jego zaawansowania przed planowaną resekcją lub radykalną radioterapią, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania (z wyjątkiem raka oskrzelikowo-pęcherzykowego i nowotworów neuroendokrynych lub rozpoznanych wcześniej przerzutów odległych);</p> <p>3) niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii;</p> <p>4) chłoniak Hodgkina i chłoniaki niehodgkinowskie, w celu wstępnej oceny stopnia zaawansowania lub oceny skuteczności chemioterapii lub wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli inne badania obrazowe nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania;</p>
--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"><li>5) rak jelita grubego, w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania lub wczesnego rozpoznania nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń markerów lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);</li><li>6) rak przełyku, w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku niejednoznacznych wyników badań obrazowych);</li><li>7) ocena patologicznej zmiany budzącej podejrzenie raka zlokalizowanej w trzustce lub w wątrobie, jeżeli rozpoznanie innymi dostępnymi metodami jest niemożliwe;</li><li>8) rak piersi, w celu wykluczenia odległych przerzutów, kiedy wyniki innych badań są niejednoznaczne lub w przypadku przerzutów do pachowych węzłów chłonnych z ogniska o nieznanym położeniu i podejrzeniem ogniska pierwotnego w gruczole piersiowym;</li><li>9) czerniaki z klinicznymi przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych w celu wykluczenia przerzutów do narządów odległych, z potencjalnie operacyjnymi przerzutami do narządów odległych lub z przerzutem bez ustalonego ogniska pierwotnego;</li><li>10) rak jajnika, w celu wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);</li><li>11) nowotwory nabłonkowe głowy i szyi, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu i w ocenie miejscowo-regionalnego zaawansowania, jeżeli wyniki innych badań są niejednoznaczne;</li><li>12) nowotwory złośliwe mózgu, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu lub dla określenia miejsca biopsji;</li><li>13) rak tarczycy, w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu stężenia tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu (niezbędne wcześniejsze wykonanie scyntygrafii <sup>131</sup>I);</li><li>14) podejrzenie przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu nowotworu (preferowany znacznik <sup>18</sup>F);</li><li>15) planowanie radykalnej radioterapii o modulowanej intensywności wiązki, w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji lub proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;</li><li>16) nowotwory jądra (z wyjątkiem dojrzałych potworniaków), w celu oceny ich zasięgu i skuteczności leczenia (w tym obecności resztkowego guza i rozpoznania nawrotu), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;</li></ol>
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"><li>17) rak gruczołu krokowego i rak nerki, w celu rozpoznania nawrotu (przerzutów) po radykalnym leczeniu (tylko za pomocą PET ze znakowaną choliną lub octanem), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;</li><li>18) mięsaki, w celu oceny skuteczności chemioterapii (po 1–3 kursach, w porównaniu z wyjściowym badaniem) i wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;</li><li>19) nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), w celu monitorowania odpowiedzi na molekularnie ukierunkowane leczenie;</li><li>20) przerzuty o nieznanym punkcie wyjścia, w celu lokalizacji guza pierwotnego, jeżeli nie jest to możliwe przy użyciu innych dostępnych badań;</li><li>21) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży we wstępnej diagnostyce i kontroli leczenia – badanie PET-MRI;</li><li>22) rak prostaty u chorych z wysokim ryzykiem zmian przerzutowych przed rozpoczęciem leczenia radykalnego (Gleason <math>\geq 7</math> lub PSA <math>\geq 20</math> ng/ml, lub T2c), jeżeli wyniki innych badań obrazowych są prawidłowe lub niejednoznaczne – znacznik: znakowane pochodne PSMA;</li><li>23) rak prostaty u chorych, u których po leczeniu operacyjnym (radykalnej prostatektomii) stwierdza się tak zwaną wznowę biochemiczną choroby nowotworowej (wzrost stężenia PSA <math>\geq 0,2</math> ng/ml lub u chorych po radioterapii, u których stwierdza się wzrost stężenia PSA <math>\geq 2</math> + nadir ng/ml), jeżeli wyniki innych badań obrazowych są prawidłowe lub niejednoznaczne – znacznik: znakowane pochodne PSMA;</li><li>24) rak prostaty u chorych, u których jest planowane leczenie radioizotopowe z zastosowaniem PSMA znakowanego emiterami promieniowania beta lub alfa – znacznik: znakowane pochodne PSMA;</li><li>25) inwazyjny rak szyjki macicy (stopień powyżej IB2 według FIGO) z podejrzeniem przerzutów do węzłów chłonnych – znacznik: [<math>^{18}\text{F}</math>]FDG;</li><li>26) rak szyjki macicy u chorych, u których jest planowane skojarzone leczenie chemioterapią i radioterapią – znacznik: [<math>^{18}\text{F}</math>]FDG;</li><li>27) wznowa raka szyjki macicy u chorych, u których jest planowane leczenie ratunkowe – znacznik: [<math>^{18}\text{F}</math>]FDG;</li><li>28) rak szyjki macicy i endometrium u chorych, u których wyniki innych badań są niejednoznaczne – znacznik: [<math>^{18}\text{F}</math>]FDG;</li><li>29) zespoły paranowotworowe u chorych z neurologicznymi zaburzeniami, tj. autoimmunologicznym i limbicznym zapaleniem mózgu, zapaleniem mózdzku,</li></ol>
--	--	--	---

			<p>polineuropatią, przy istniejącym podejrzeniu choroby nowotworowej, jeżeli wyniki wcześniejszych badań (TK, MR, EEG) nie pozwalają na lokalizację pierwotnego ogniska nowotworowego – znacznik: [<sup>18</sup>F]FDG;</p> <p>30) guzy neuroendokrynne – przed rozpoczęciem leczenia w celu określenia stopnia zaawansowania i wyboru metody leczenia (w tym leczenia radioizotopowego PRRT), w trakcie leczenia – w celu monitorowania efektów leczenia; po zakończeniu leczenia – jeżeli występuje podejrzenie wznowy choroby – znacznik: znakowane analogi somatostatyny;</p> <p>31) guzy neuroendokrynne z przerzutami lub progresją, jeżeli jest rozważana zmiana terapii, w tym jest planowane leczenie znakowanymi radioizotopami analogami somatostatyny (PRRT) – znacznik: [<sup>18</sup>F]FDG.</p> <p><b>B. Choroby serca:</b></p> <p>1) badania perfuzyjne serca:</p> <p>a) podejrzenie choroby niedokrwiennej w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli inne badania diagnostyczne (w tym szczególnie badanie perfuzyjne SPECT) nie pozwalają na jednoznaczne określenie rozpoznania – jako badanie rozstrzygające,</p> <p>b) podejrzenie choroby niedokrwiennej w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli czynniki obiektywne wskazują na możliwość uzyskania wyniku fałszywego w klasycznych badaniach SPECT (otyłość, mastektomia, duży biust, wszczepy, inne) – jako badanie podstawowe;</p> <p>2) badanie w kierunku oceny żywotności mięśnia sercowego.</p> <p><b>C. Choroby układu nerwowego:</b> rozpoznana padaczka lekooporna z planowanym leczeniem operacyjnym. Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania się do „Zaleceń w zakresie zastosowania badań pozytonowej emisyjnej tomografii w onkologii” oraz „Zaleceń w zakresie zastosowania badań PET w neurologii i kardiologii” konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej.</p> <p><b>D. Procesy zapalne:</b></p> <p>1) diagnostyka infekcyjnego zapalenia wsierdza zastawki protetycznej, natywnej lub związanego z CIED – znacznik: [<sup>18</sup>F]FDG;</p> <p>2) diagnostyka zapalenia ściany dużych naczyń krwionośnych, podejrzenie choroby Takayasu lub olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic – znacznik: [<sup>18</sup>F]FDG.</p> <p><b>E. Nadczytność przytarczyc:</b></p> <p>1) nadczytność przytarczyc u chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu pierwotnej nadczytności przytarczyc, u których inne badania obrazowe ([<sup>99m</sup>Tc]-MIBI i USG) okazały się nieskuteczne w lokalizacji</p>
--	--	--	---

			nadczynnej/nadczywnych przytarczyc – znacznik: [ <sup>18</sup> F]F-Cholina; 2) nadczynność przytarczyc u chorych kwalifikowanych do reoperacji z powodu utrzymania się lub nawrotu nadczynności prytarczyc, u których inne badania obrazowe ([ <sup>99m</sup> Tc]-MIBI i USG) okazały się nieskuteczne w lokalizacji nadczynnej/nadczywnych prytarczyc – znacznik: [ <sup>18</sup> F]F-Cholina.
--	--	--	---

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1 i pkt 2 lit. a, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *I. Leszczyna*