



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 5 czerwca 2025 r.

Poz. 743

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 30 maja 2025 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, z późn. zm.²⁾) 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, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) po § 4a dodaje się § 4b w brzmieniu:

„§ 4b. 1. Świadczeniodawca, który zamierza realizować świadczenia gwarantowane „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą” zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia, w terminie do dnia 10 listopada każdego roku przedstawia do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty potwierdzające spełnienie tych warunków. Przystąpienie do realizacji świadczenia gwarantowanego „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą” na warunkach określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia następuje po potwierdzeniu przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 10 grudnia każdego roku spełnienia wymaganych warunków.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia gwarantowane „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą” zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia, który zamierza kontynuować realizację tych świadczeń, przedstawia do dnia 10 listopada każdego roku do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty potwierdzające spełnienie warunków realizacji określonych w tym załączniku za rok kalendarzowy poprzedzający złożenie dokumentów. Kontynuacja realizacji świadczenia gwarantowanego „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą” na warunkach określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia następuje po potwierdzeniu przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 10 grudnia każdego roku spełnienia wymaganych warunków. Na podstawie tego potwierdzenia świadczeniodawca kontynuuje realizację świadczenia gwarantowanego. Brak potwierdzenia przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia spełnienia tych warunków uniemożliwia realizację świadczenia na warunkach określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia, a świadczeniodawca traci potwierdzenie spełnienia warunków.”;

2) w załączniku nr 1 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń gwarantowanych” w części I „Świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi” po poz. 70.24 dodaje się poz. 70.321 w brzmieniu:

70.321	Wycięcie ogniska gruczolistości śródmaciczej z zatoki Douglasa
--------	--

¹⁾ 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).

²⁾ 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 i 637.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2023 r. poz. 978, 1477, 1955 i 2610, z 2024 r. poz. 961 i 1798 oraz z 2025 r. poz. 724.

- 3) 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. 70 dodaje się lp. 71 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Świadczeniodawca, który przed dniem 31 grudnia 2026 r. zamierza realizować świadczenie gwarantowane „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą” w zakresie spełnienia warunków określonych w lp. 71 załącznika nr 4 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, w części „Pozostałe wymagania” w kolumnie 4 jest obowiązany uzyskać potwierdzenie spełnienia tych warunków przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

§ 3. Do udokumentowanego doświadczenia określonego w lp. 71 załącznika nr 4 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, w części „Personel” w kolumnie 4 oraz w części „Organizacja udzielania świadczeń” w kolumnie 4 wlicza się doświadczenie personelu uzyskane przed dniem 1 lipca 2025 r., jeżeli personel spełnia wymagania w zakresie tego doświadczenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r., z wyjątkiem § 2 i § 3, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *I. Leszczyna*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 30 maja 2025 r. (Dz. U. poz. 743)

71	Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą	Wymagania formalne	1) w lokalizacji: a) oddział szpitalny o profilu: – ginekologia lub – położnictwo i ginekologia, lub – ginekologia onkologiczna – spełniający wymagania dla danego oddziału określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia, b) blok operacyjny, c) OAiIT – spełniający wymagania określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części I w lp. 2 albo lp. 3, d) poradnia położniczo-ginekologiczna lub poradnia ginekologiczna, lub poradnia ginekologiczna dla dziewcząt, lub poradnia ginekologii onkologicznej, e) pracownia tomografii komputerowej (TK), f) pracownia endoskopii; 2) w dostępie: a) pracownia rezonansu magnetycznego (RM), b) pracownia lub zakład medycyny nuklearnej w zakresie zapewnienia realizacji badań scyntygraficznych, c) poradnia leczenia bólu, d) poradnia rehabilitacyjna.
		Personel	1) w trakcie zabiegu: a) lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym wykonanie w ostatnim roku kalendarzowym w roli operatora co najmniej 40 zabiegów w zakresie zaawansowanej endometriozy (głębokiej), potwierdzone przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, b) w zakresie leczenia zabiegowego poza układem rozrodczym, w zależności od wskazań medycznych: – lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii onkologicznej z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym wykonanie w ostatnim roku kalendarzowym co najmniej 50 zabiegów na przewodzie pokarmowym wymagających zespołów lub – lekarz specjalista w dziedzinie urologii, lub – lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej;

		2) lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii posiadający udokumentowane doświadczenie z zakresu diagnostyki i leczenia endometriozy obejmujące: a) wykonanie w ostatnich 2 latach kalendarzowych w roli operatora co najmniej 40 zabiegów w zakresie zaawansowanej endometriozy (głębokiej), b) udokumentowane uczestnictwo w ostatnim roku kalendarzowym w co najmniej 20 konsyliach lub kwalifikacjach terapeutycznych w zakresie endometriozy – potwierdzone przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii – równoważnik co najmniej 1 etatu; 3) pielęgniarka lub położna z co najmniej 2-letnim udokumentowanym doświadczeniem w opiece nad świadczeniobiorcą z endometriozą – równoważnik co najmniej 2 etatów; 4) fizjoterapeuta posiadający udokumentowane doświadczenie w zapobieganiu oraz leczeniu dysfunkcji w obrębie mięśni dna miednicy –równoważnik co najmniej 1 etatu; 5) psycholog – równoważnik co najmniej 1 etatu; 6) osoba planująca dietę – równoważnik co najmniej 1 etatu.
	Kryteria kwalifikacji do świadczenia	1. Do świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikuje się świadczeniobiorcę z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: 1) N80.0 Gruczolistość macicy lub 2) N80.1 Gruczolistość śródmacicza jajnika, lub 3) N80.2 Gruczolistość śródmacicza jajowodu, lub 4) N80.3 Gruczolistość śródmacicza otrzewnej miednicy mniejszej, lub 5) N80.4 Gruczolistość śródmacicza przegrody odbytniczo-pochwowej i pochwy, lub 6) N80.5 Gruczolistość śródmacicza jelita, lub 7) N80.6 Gruczolistość śródmacicza w bliźnie skórnej, lub 8) N80.8 Inna gruczolistość śródmacicza o innej lokalizacji, lub 9) N80.9 Gruczolistość śródmacicza, nieokreślona. 2. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do leczenia zabiegowego następuje w oparciu o skalę klasyfikacji, która służy do określania stopnia zaawansowania endometriozy (głębokiej) oraz planowania leczenia operacyjnego, i obejmuje następujące kryteria: 1) utrzymujące się objawy (ból, obfite krwawienia maciczne, zaburzenia dyzuryczne, gastroenterologiczne, krwiotłucie, odma lub inne), mimo zastosowanego leczenia farmakologicznego I i II rzutu; 2) brak tolerancji lub akceptacji leczenia farmakologicznego;

			3) uznanie endometriozy jako potencjalnej przyczyny braku skutecznej koncepcji u kobiet leczonych z powodu niepłodności; 4) krytyczne zwężenia jelita, „nieme” wodonercze zagrażające utracie narządów, mimo braku objawów klinicznych.
		Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W lokalizacji: 1) aparat USG posiadający co najmniej 1,5 mln kanałów procesowych z zakresem głębokości obrazowania lub penetracji min. 2–38 cm, wyposażony w głowice szerokopasmowe: a) convex o zakresie częstotliwości min. 1–7 MHz wykonaną w technologii monokryształu lub matrycowej; b) endokawitarną o zakresie częstotliwości min. 2–11 MHz c) liniową o zakresie częstotliwości min. 5–17 MHz; 2) kolonoskop; 3) cystoskop; 4) laparoskop; 5) histeroskop diagnostyczno-operacyjny.
		Zakres świadczeń	Świadczenie obejmuje realizację, w zależności od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem jego preferencji: 1) w zakresie kompleksowej diagnostyki: a) wstępną poradę ginekologiczną obejmującą: – ocenę kliniczną, – badanie ginekologiczne (w szczególności wziernikowanie sklepień pochwy z zastosowaniem wizerników dwużyłkowych, dwuręczne badanie ginekologiczne, badanie przezodbytnicze), – skierowanie na badania obrazowe i endoskopowe – w przypadku wskazań medycznych, b) konsultacje specjalistyczne w zakresie chirurgii ogólnej lub urologii, lub chirurgii klatki piersiowej, przed i po zabiegu poza układem rozrodczym, w zależności od wskazań medycznych, c) badania obrazowe: – ultrasonografię (w protokole endometriozy): 88.764 USG transwaginalne bez i z kontrastem żelowym lub 88.741 USG transrektalne, lub 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej obejmującą: – ocenę macicy i przydatków, – ocenę ruchomości narządów miednicy i ich wzajemnych relacji anatomicznych, – wykrywanie endometriozy głębokiej w zakresie jelit, układu moczowego, tkanek przymacicza,

			– rezonans magnetyczny (w protokole endometriozy): 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy mniejszej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym lub 88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym obejmujący: – – badanie wykonane w skanerze 1,5T lub 3T, – – obrazowanie miednicy mniejszej, – – ocenę macicy, przydatków, tkanek przymacicza, aparatu więzadłowego narządu rodne go ze szczególnym uwzględnieniem więzadeł krzyżowo-macic znych, odbytnicy oraz objętych badaniem odcinków jelita grubego, w tym kątnicy w przypadku jej położenia w obszarze skanowania, ściany jamy brzusznej, – – w przypadku podejrzenia obecności endometriozy w innych niż miednica mniejsza lokalizacjach dodatkowo narząd lub obszar, w obrębie którego istnieje podejrzenie obecności ognisk endometriozy, – tomografię komputerową: 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, – badanie scyntygraficzne: 92.031 dynamiczna scyntygrafia nerek, d) badania endoskopowe: – 45.253 kolonoskopia z biopsją, – 57.32 cystoskopia przezcewkowa lub – 57.321 cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym, lub – 57.322 cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętkim, e) badania patomorfologiczne pobranego materiału tkankowego, w tym badania śródoperacyjne, f) kompleksową poradę ginekologiczną obejmującą: – analizę ostatecznych wyników wykonanych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, – ustalenie indywidualnego planu leczenia zachowawczego lub wspomagającego, lub zabiegowego; 2) w zakresie leczenia zachowawczego oraz leczenia zachowawczego przed- i pooperacyjnego – postępowanie farmakologiczne, w ramach którego świadczeniobiorcy przysługuje dobór odpowiedniego leczenia dostosowanego do indywidualnego stanu zdrowia i potrzeb; 3) w zakresie leczenia zabiegowego: a) kwalifikację do zabiegu, zawierającą ocenę i analizę ostatecznych wyników wykonanych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (konsultacja fizjoterapeuty, psychologa oraz osoby planującej dietę) oraz ustalenie indywidualnego planu leczenia zabiegowego,
--	--	--	---

			b) zabieg ze znieczuleniem, wykonywany techniką zgodną ze wskazaniami medycznymi – endoskopową lub laparoskopową lub metodą otwartą: – zabiegi w obrębie jajników i jajowodów – laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika, częściowe wycięcie jajnika, laparoskopowe usunięcie jednego lub obu jajników, równoczesne usunięcie jajników i jajowodów, plastyka jajowodu i jajnika, usunięcie zrostów jajnikowo-jajowodowych, – zabiegi na macicy oraz zagłębieniu macicznie-odbytniczym – histerolaparoscopia lecznicza, klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy, nadszyjkowe usunięcie macicy w asyście laparoskopowej poszerzone o resekcję jedno- lub obustronną przymacicza lub więzadła krzyżowo-macicznego, laparoskopowe wycięcie ogniska gruczolistości śródmaciczej z zatoki Douglasa, – zabiegi obejmujące nacięcie, wycięcie i zespolenie jelit – endoskopowe lub laparoskopowe) zniszczenie zmiany jelita grubego, resekcja (pełnego obwodu ściany) lub częściowe (resekcja dyskoidalna) wycięcie jelita grubego, wyłonienie czasowej lub stałej kolostomii, zespolenia w obrębie jelita grubego i cienkiego, resekcja częściowa lub całkowita jelita cienkiego, wyłonienie czasowej lub stałej ileostomii, – zabiegi w obrębie jamy brzusznej – uwolnienie zrostów otrzewnowych w obrębie jelita, macicy, macicy metodą otwartą lub laparoskopową, – zabiegi w obrębie układu moczowego – wycięcie zmiany moczowodu, częściowe wycięcie moczowodu i wszczepienie moczowodu do pęcherza, otwarte wycięcie ogniska endometriozy pęcherza moczowego, wycięcie pęcherza częściowe bez lub z przeszczepieniem moczowodu metodą otwartą, przezcewkowe wycięcie lub zniszczenie zmiany patologicznej lub tkanki pęcherza moczowego, wycięcie częściowe pęcherza bez lub z przeszczepieniem moczowodu laparoskopowo, uwolnienie zrostów okołonerkowych lub około moczowodowych laparoskopowo, cystoskopia, – zabiegi w zakresie płuc, oskrzeli ściany klatki piersiowej, opłucnej, śródpiersia i przepony – miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki płuca, zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki śródpiersia, wycięcie zmiany lub tkanki przepony, zniszczenie lub wycięcie zmiany ze ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber), zabiegi naprawcze przepony, c) wizytę kontrolną po zabiegu, realizowaną w terminie do 21 dni od dnia wypisu z oddziału, w celu oceny ewentualnych wczesnych powikłań pooperacyjnych, obejmującą: – ocenę kliniczną,
--	--	--	--

			– badanie ginekologiczne, – badanie ultrasonograficzne zgodnie ze wskazaniami medycznymi, – konsultację fizjoterapeuty, psychologa oraz osoby planującej dietę; 4) w zakresie leczenia wspomagającego, które jest możliwe na każdym etapie leczenia, w zależności od wskazań medycznych: a) porady w zakresie: – leczenia bólu, – leczenia niepłodności, b) konsultacje: – fizjoterapeuty, – psychologa, – osoby planującej dietę, c) poradę stomijną – co najmniej 2, w zależności od wskazań medycznych; 5) monitorowanie po zabiegu u świadczeniodawcy: a) realizującego zabieg – po upływie 3 miesięcy od dnia wypisu z oddziału, w celu oceny efektu krótko-terminowego zastosowanego leczenia zabiegowego, b) realizującego zabieg lub innego: – po upływie 6 miesięcy od dnia wypisu z oddziału, w celu oceny efektu odległego zastosowanego leczenia zabiegowego, – przez kolejne 3 lata od upływu okresu, o którym mowa w tiret pierwszym, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.
		Organizacja udzielania świadczeń	1) świadczeniodawca zapewnia udokumentowaną koordynację procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzoną przez lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym wykonanie w ostatnim roku kalendarzowym w roli operatora co najmniej 40 zabiegów w zakresie zaawansowanej endometriozy (głębokiej), potwierdzone przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, który ustala indywidualny plan leczenia zachowawczego lub wspomagającego, lub zabiegowego, 2) indywidualny plan leczenia zabiegowego jest ustalany we współpracy, w zależności od wskazań medycznych, z lekarzem specjalistą w dziedzinie urologii lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii klatki piersiowej; 3) konsultacje fizjoterapeuty, psychologa oraz osoby planującej dietę w ramach leczenia wspomagającego są realizowane w trybie ambulatoryjnym i hospitalizacji, w zależności od wskazań medycznych; 4) po zakończonym leczeniu świadczeniobiorca otrzymuje w formie pisemnej podsumowanie przebiegu leczenia oraz zalecenia do dalszego postępowania klinicznego.

		Pozostałe wymagania	Świadczenie jest udzielane przez świadczeniodawcę, który: 1) zrealizował w ostatnim roku kalendarzowym co najmniej 65 zabiegów chirurgicznych endometriozy (głębokiej), w tym: a) co najmniej 25 zabiegów resekcji jelit w endometriozie (wykonanie zabiegu wymaga udokumentowania w postaci wyniku badania histopatologicznego lub patomorfologicznego rozpoznającego tkankę jelita z ogniskiem endometriozy), potwierdzonych przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, b) co najmniej 10 zabiegów na układzie moczowym w endometriozie, w tym obejmujących radykalną ureterolizę, c) co najmniej 30 histerektomii poszerzonych o usunięcie więzadła krzyżowo-macicznego lub więzadła macicznych lub przymacicza lub przymacicza; 2) udzielił w ostatnim roku kalendarzowym porad ginekologicznych co najmniej 100 świadczeniobiorcom z podejrzeniem zaawansowanej endometriozy (głębokiej).
--	--	---------------------	---