



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 17 czerwca 2025 r.

Poz. 785

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

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.²⁾) 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.³⁾) 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 92.062 92.063 92.064 92.065 92.066 92.0671 92.068 92.0681 92.0691	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [¹⁸ F]FDG we wskazaniach onkologicznych Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [¹⁸ F]FDG we wskazaniach kardiologicznych Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach kardiologicznych	1. Personel: 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
---	---	--	---

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, 637 i 779.

³⁾ 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.

	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [^{18}F]FDG we wskazaniach neurologicznych Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach neurologicznych Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [^{18}F]FDG w diagnostyce procesów zapalnych Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem zarejestrowanych radiofarmaceutyków Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem [^{18}F]F-Choliny w diagnostyce nadczynności przytarczyc	radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej; 3) pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni medycyny nuklearnej; 4) osoba, która: 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, b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, 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; 5) fizyk medyczny. 2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) aparat PET-TK; 2) miernik dawek; 3) pracownia do przygotowania radiofarmaceutyków; 4) aparat PET-MRI – w przypadku ICD-9: 92.0681 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży. 3. Pozostałe wymagania: Kryteria kwalifikacji do badań PET: A. Choroby nowotworowe: 1) pojedynczy guzek płuca o średnicy >1 cm, w celu różnicowania pomiędzy jego łagodnym i złośliwym charakterem, przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami; 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 neuroendokrynnych lub rozpoznanych wcześniej przerzutów odległych); 3) niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii; 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;
--	--	---

			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); 6) rak przełyku, w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku niejednoznacznych wyników badań obrazowych); 7) ocena patologicznej zmiany budzącej podejrzenie raka zlokalizowanej w trzustce lub w wątrobie, jeżeli rozpoznanie innymi dostępnymi metodami jest niemożliwe; 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; 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; 10) rak jajnika, w celu wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych); 11) nowotwory nabłonkowe głowy i szyi, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu i w ocenie miejscowo-regionalnego zaawansowania, jeżeli wyniki innych badań są niejednoznaczne; 12) nowotwory złośliwe mózgu, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu lub dla określenia miejsca biopsji; 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 ¹³¹I); 14) podejrzenie przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu nowotworu (preferowany znacznik ¹⁸F); 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; 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;
--	--	--	--

			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; 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; 19) nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), w celu monitorowania odpowiedzi na molekularnie ukierunkowane leczenie; 20) przerzuty o nieznanym punkcie wyjścia, w celu lokalizacji guza pierwotnego, jeżeli nie jest to możliwe przy użyciu innych dostępnych badań; 21) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży we wstępnej diagnostyce i kontroli leczenia – badanie PET-MRI; 22) rak prostaty u chorych z wysokim ryzykiem zmian przerzutowych przed rozpoczęciem leczenia radykalnego (Gleason ≥ 7 lub PSA ≥ 20 ng/ml, lub T2c), jeżeli wyniki innych badań obrazowych są prawidłowe lub niejednoznaczne – znacznik: znakowane pochodne PSMA; 23) rak prostaty u chorych, u których po leczeniu operacyjnym (radykalnej prostatektomii) stwierdza się tak zwaną wznowę biochemiczną choroby nowotworowej (wzrost stężenia PSA $\geq 0,2$ ng/ml lub u chorych po radioterapii, u których stwierdza się wzrost stężenia PSA ≥ 2 + nadir ng/ml), jeżeli wyniki innych badań obrazowych są prawidłowe lub niejednoznaczne – znacznik: znakowane pochodne PSMA; 24) rak prostaty u chorych, u których jest planowane leczenie radioizotopowe z zastosowaniem PSMA znakowanego emiterami promieniowania beta lub alfa – znacznik: znakowane pochodne PSMA; 25) inwazyjny rak szyjki macicy (stopień powyżej IB2 według FIGO) z podejrzeniem przerzutów do węzłów chłonnych – znacznik: [^{18}F]FDG; 26) rak szyjki macicy u chorych, u których jest planowane skojarzone leczenie chemioterapią i radioterapią – znacznik: [^{18}F]FDG; 27) wznowa raka szyjki macicy u chorych, u których jest planowane leczenie ratunkowe – znacznik: [^{18}F]FDG; 28) rak szyjki macicy i endometrium u chorych, u których wyniki innych badań są niejednoznaczne – znacznik: [^{18}F]FDG; 29) zespoły paranowotworowe u chorych z neurologicznymi zaburzeniami, tj. autoimmunologicznym i limbicznym zapaleniem mózgu, zapaleniem mózdzku,
--	--	--	---

			polineuropatią, przy istniejącym podejrzeniu choroby nowotworowej, jeżeli wyniki wcześniejszych badań (TK, MR, EEG) nie pozwalają na lokalizację pierwotnego ogniska nowotworowego – znacznik: [^{18}F]FDG; 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; 31) guzy neuroendokrynne z przerzutami lub progresją, jeżeli jest rozważana zmiana terapii, w tym jest planowane leczenie znakowanymi radioizotopami analogami somatostatyny (PRRT) – znacznik: [^{18}F]FDG. B. Choroby serca: 1) badania perfuzyjne serca: 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, 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; 2) badanie w kierunku oceny żywotności mięśnia sercowego. C. Choroby układu nerwowego: 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. D. Procesy zapalne: 1) diagnostyka infekcyjnego zapalenia wsierdza zastawki protetycznej, natywnej lub związanego z CIED – znacznik: [^{18}F]FDG; 2) diagnostyka zapalenia ściany dużych naczyń krwionośnych, podejrzenie choroby Takayasu lub olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic – znacznik: [^{18}F]FDG. E. Nadczynność przytarczyc: 1) nadczynność przytarczyc u chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu pierwotnej nadczynności przytarczyc, u których inne badania obrazowe ([$^{99\text{m}}\text{Tc}$]-MIBI i USG) okazały się nieskuteczne w lokalizacji
--	--	--	---

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