Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 10/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 3 lutego 2025 r.

**Warunki realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DIALIZA OTRZEWNOWA** | |
| **1. 1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 1** |
| **2. HEMODIALIZOTERAPIA** | |
| **2.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczenia 5.10.00.0000091 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej:**  **1) personelu – w zakresie lit. A, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną 3) pozostałych wymagań – z wyłączeniem pkt 1 Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22** |
| **2a. HEMODIALIZOTERAPIA -  z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru** | |
| **2.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczenia 5.10.00.0000092 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej:1) personelu – w zakresie lit. B, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, 3) pozostałych wymagań)**; **Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22** |
| **3. TERAPIA HIPERBARYCZNA** | |
| **3.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczenia 5.10.00.0000151 - załącznik nr 4 do rozporządzenia  szpitalnego Lp. 17 Dla świadczenia 5.10.00.0000152 - załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 14** |
| **4. TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH (DLT)** | |
| **4.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 3** |
| **5. ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH** | |
| **5.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 4** |
| **6. ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH** | |
| **6.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 5** |
| **7. BADANIA ZGODNOŚCI TKANKOWEJ** | |
| **7.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. IX  Lp. 1** |
| **8. BADANIA GENETYCZNE** | |
| **8.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczeń: 5.10.00.0000041, 5.10.00.0000043 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp. 913-916 Dla świadczenia 5.10.00.0000047  - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp. 917**  **Dla świadczeń: 5.10.00.0000233, 5.10.00.0000234, 5.10.00.0000235 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp. 918**  **Dla świadczeń: 5.10.00.0000236 do 5.10.00.0000257  - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp. 919** |
| **9. BADANIA IZOTOPOWE** | |
| **9.1. WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczeń: 5.10.00.0000021, 5.10.00.0000024, 5.10.00.0000025 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 8 Dla świadczeń: 5.10.00.0000022, 5.10.00.0000023 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 6 Dla świadczenia 5.10.00.0000049  - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 10** |
| **10.TERAPIA IZOTOPOWA** | |
| **10.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia   Lp. 15** |
| **11. ZAOPATRZENIE PROTETYCZNE** | |
| **11. 1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia   Lp. 6 - 12** |
| **12. BADANIE METODĄ  POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ** | |
| **12.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII  Lp. 9** |
| **13. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DZIECI** | |
| **13.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13** |
| **14. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DOROSŁYCH** | |
| **14.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13** |
| **15. KOMPLEKSOWE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ** | |
| **15.1 WARUNKI WYMAGANE** | **1) zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego cz. I Lp. 35**; **2) zgodnie z rozporządzeniem rehabilitacyjnym  -  załącznik nr 1, Lp. 4, lit. a kol. 3**; **3) zgodnie z rozporządzeniem - załącznik nr 1, Lp. 46.** |
| **16.  LECZENIE  SPASTYCZNOŚCI  OPORNEJ  NA  LECZENIE  FARMAKOLOGICZNE  Z  ZASTOSOWANIEM POMPY BAKLOFENOWEJ** | |
| **16.1 WARUNKI  WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia  szpitalnego  (§ 4 ust. 1 pkt 1-5 i 7,  § 5) oraz z załącznikiem  Nr 3  do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 29** | |
| **16. 3 WARUNKI  DODATKOWO  WYMAGANE  dla  realizacji świadczenia:  Wszczepienie pompy baklofenowej  w leczeniu spastyczności opornej na leczenie  farmakologiczne - zgodnie  z załącznikiem  Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego:  Lp. 26** | |
| **17. TELERADIOTERAPIA PROTONOWA** | |
| **17.1 WARUNKI WYMAGANE** | **1) zgodnie z rozporządzeniem  szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5 ) oraz z  załącznikiem  Nr 3 do  rozporządzenia szpitalnego cz.I Lp. 31**; **2) zgodnie  z załącznikiem  Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego - świadczenie gwarantowane "Terapia protonowa nowotworów oka"**. |
| **17.2 Warunki dodatkowo wymagane do realizacji świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego o której  mowa w art. 32a ust. 1 ustawy - art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach.** | |
| **17.2.1  wymagania formalne** | **1)  zapewnienie udokumentowanej koordynacji i realizacji świadczeń, zgodnie z  § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego - dotyczy świadczeniodawców realizujących  kompleksowe leczenie onkologiczne, posiadających umowę w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie okulistyki, albo  2)  posiadanie  umowy o współpracy z podmiotem koordynującym, o którym mowa w § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego.** |
| **17.2.2 pozostałe warunki** | **1) realizacja świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego  zgodnie z warunkami określonymi w § 4a rozporządzenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie karty DiLO**; **2) rozpoznanie zasadnicze nowotworu:  czerniak błony naczyniowej, wg ICD-10: C 69.3 Nowotwór złośliwy oka – naczyniówka**. |
| **18. DOMOWA ANTYBIOTYKOTERAPIA DOŻYLNA** | |
| **18.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 20** |
| **19. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-1)** | |
| **19.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna)** |
| **19.2 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 9 (Chirurgia ogólna) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 11 (Chirurgia plastyczna)** |
| **20. KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY - KOC I (KOC I)** | |
| **20.1 WARUNKI WYMAGANE -  szpital - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym** | |
|  | **1)  warunki ogólne - wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1 - 7, § 5, § 5a, § 6, § 6b, § 7 i § 9 rozporządzenia szpitalnego**; **2)  warunki szczegółowe - spełnienie co najmniej wymagań określonych w cz. I Lp. 37 Położnictwo i ginekologia oraz Lp. 26  neonatologia załącznika  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego**. |
| **20.2 WARUNKI WYMAGANE -  poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Lp. 34 (Porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia)** |
| **20.3 WARUNKI WYMAGANE -  położna posiadająca kwalifikacje określone w obowiązujących przepisach prawa** | |
| **20.4 WARUNKI WYMAGANE do zawarcia umowy** | |
| **20.4.1 Wymagania formalne** | **Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): 1) oddziału szpitalnego o profilu położniczo - ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń -  co najmniej  pierwszy poziom referencyjny**;**2) poradni  położniczo - ginekologicznej**;  **- dodatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo - ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**; **3) oddziału szpitalnego o profilu neonatologia**; **4) posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych położnych zapewniających realizację zadań określonych w opisie KOC I, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu poz, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej**. |
| **20.4.2  Organizacja udzielania świadczeń** | **1) zapewnienie terminowego wykonania procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej, rozporządzeniem o opiece w ciąży patologicznej oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi**; **2) zapewnienie wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka przez lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii w okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka (zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej)**; **3) stała obecność lekarza  specjalisty  w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii  - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym)**; **4) możliwość wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego - całodobowo**; **5) harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów**; **6) całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego dla kobiet objętych opieką koordynowaną oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę. Rejestracja na nośniku wszystkich zgłoszeń i połączeń telefonicznych.** |
| **20.4.3 Zapewnienie realizacji badań** | **1) badania laboratoryjne - w dostępie (zgodnie z rozporządzeniem)**; **2) badania ultrasonograficzne - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem)**. |
| **20.4.4 Pozostałe warunki** | **Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieką nad noworodkiem a następnie niemowlęciem zgodnie z opisem KOC I.** |
| **21. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-2)** | |
| **21.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem oraz rozporządzeniem poz** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna) lub zgodnie z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz zgodnie z załącznikiem  Nr 2 do rozporządzenia poz (Porada pielęgniarska)** |
| **21.2 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 9 (Chirurgia ogólna)** |
| **22. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI LUB RAKA JAJNIKA** | |
| **22.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 32 do rozporządzenia** | |
| **23. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA JELITA GRUBEGO LUB RAKA BŁONY ŚLUZOWEJ TRZONU MACICY** | |
| **23.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 33 do rozporządzenia** | |
| **24. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA SIATKÓWCZAKA LUB CHOROBĘ VON HIPPEL-LINDAU (VHL)** | |
| **24.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 34 do rozporządzenia** | |
| **25. NADZÓR TELEMETRYCZNY NAD PACJENTAMI Z IMPLANTOWANYMI URZĄDZENIAMI WSZCZEPIALNYMI** | |
| **25.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 35 do rozporządzenia** | |