**Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ**

**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

**z dnia 29 listopada 2019 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 913-916Dla świadczenia 5.10.00.0000047  - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp 917** |
| **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. 6Dla 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** |
| **16.1 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** |
| **17.1 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** |
| **17. 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:  L.p. 26** |
| **17. TELERADIOTERAPIA PROTONOWA** |
| **18.1 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".** |
| **18.2 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** |
| **18.2.1  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.** |
| **18.2.2 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** |
| **19.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 20** |
| **19. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-1)** |
| **20.1 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)** |
| **20.2 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) lubzgodnie z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) orazzgodnie 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** |