

**ZARZĄDZENIE NR 68/2023/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 18 kwietnia 2023 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605 i 658) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie¹⁾, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 6 dodaje się pkt 28 w brzmieniu:

„28) nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi.”;

2) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

3) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

¹⁾ W brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmienione zarządzeniem Nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r., zarządzeniem Nr 143/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2022 r., zarządzeniem Nr 30/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 48/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 68/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 18 kwietnia 2023 r.

Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

L p.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Taryfa ustalona przez AOT MiT	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	warunki wykonania			uwagi
								świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11.4132.001.02	dializoterapia otrzewnowa	5.10.00.0000051	dializa otrzewnowa	punkt	19,4	228,36	x	x		za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę
2	11.4132.002.12	hemodializoterapia	5.10.00.0000091	hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	punkt	34,82	409,93		x		
3			5.10.00.0000153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt	418	418,00		x		
4	11.4132.003.12	hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru	5.10.00.0000092	hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru oraz z dostępem do oddziału	punkt	38,58	454,20		x		

				nefrologii lub o profilu nefrologicznym							
5			5.10.00.00001 53	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt		440,97		x		
6	11.9800.041. 02	terapia hiperbaryczna	5.10.00.00001 51	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności	punkt	520	520,00		x	x	
7			5.10.00.00001 52	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności	punkt	360	360,00		x		
8	11.2150.042. 02	tlenoterapia domowa	5.10.00.00000 06	tlenoterapia w warunkach domowych	punkt		11,49	x			za osobodzeń, w tym koszt środków technicznych;
9	11.0000.047. 02	żywienie pozajelitowe w warunkach domowych	5.10.00.00000 07	żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych	punkt		230,00	x			za osobodzeń,
10			5.10.00.00000 08	żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych	punkt		402,00	x			
11	11.0000.048. 02	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	5.10.00.00000 50	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	punkt		92,00	x			
12	11.1210.052. 12	badania zgodności tkankowej	5.10.00.00000 16	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku	świadczenie		1		x		

				lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki							
13	11.1210.053.02	badania genetyczne	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
14			5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
15			5.10.00.0000047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
16	11.1210.160.02	badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
17			5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		

18			5.10.00.0000 047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
19	11.0000.040. 02	badania izotopowe	5.10.00.00000 21	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	punkt		5 326,13		x		
2 0			5.10.00.00000 22	scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała	punkt		2 366,94		x		
2 1			5.10.00.00000 23	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt		1 775,72		x		
2 2			5.10.00.00000 24	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu	punkt		2 959,19		x		
23			5.10.00.00000 25	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	punkt		2 722,29		x		
24			5.10.00.00000 49	diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowe go w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyk ów	punkt	6 272	6 272,00		x		

25	11.0000.043. 02	terapia izotopowa	5.10.00.00000 18	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna	punkt		355,35		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
26			5.10.00.00000 19	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	punkt		355,35		x		
27			5.10.00.00000 20	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	punkt		82,40		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
28			5.10.00.00000 26	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna	punkt		592,25		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
29			5.10.00.00000 27	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	punkt		2 959,19		x		
30			5.10.00.00000 28	terapia izotopowa bólów kostnych	punkt		4 733,88		x		

				w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru						
31			5.10.00.00000 29	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	punkt		118,45		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
32			5.10.00.00000 65	synowiewktomie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna	punkt		295,61		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
33			5.10.00.00000 30	synowiewktomie radioizotopowe	punkt		2 366,94		x	
34			5.10.00.00000 66	synowiewktomie radioizotopowe - porada kontrolna	punkt		94,76		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
35	11.0000.041. 02	zaopatrzenie protetyczne	5.10.00.00000 36	zaopatrzenie w protezę twarzy	punkt		426,42		x	obejmuje koszt protezy
36			5.10.00.00000 37	zaopatrzenie w protezę nosa	punkt		4 852,33		x	obejmuje koszt protezy
37			5.10.00.00000 38	zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej	punkt		4 852,33		x	obejmuje koszt protezy
38			5.10.00.00000 39	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	punkt		5 798,90		x	obejmuje koszt protezy
39			5.10.00.00000 40	naprawa i renowacja protezy twarzy	punkt		532,51		x	obejmuje koszt protezy

40			5.10.00.00000 45	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	punkt		592,25		x		obejmuje koszt protezy
41			5.10.00.00000 48	zatzczka do protezy gałki ocznej	punkt		355,35		x		
42			5.10.00.00001 03	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	punkt	236,22	2 795,42		x		- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF.
43	11.7220.001. 12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.00001 04	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	punkt	349,96	4 141,63		x		- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym
44	11.1021.046. 02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci	5.10.00.00000 53	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		

45			5.10.00.00000 54	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia	punkt		6 894,00		x		
46	11.1021.047. 02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych	5.10.00.00000 56	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
47			5.10.00.00000 57	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat	punkt		6 894,00		x		
48	10.0000.050. 02	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	5.10.00.00000 58	kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		13 539,35		x		obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na przynajmniej dwóch poziomach w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny dolnej i miednicy- w czasie jednej sesji operacyjnej oraz rehabilitację w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych

										rodzajów
49			5.10.00.00000 59	operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 923,40		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na jednym poziomie w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny górnej lub dolnej oraz rehabilitacją w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
50			5.10.00.00000 60	kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 307,46		x	obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
51			5.10.00.00000 61	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		177,10		x	osobodzeń w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
52			5.10.00.00000 62	zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności	punkt		1		x	koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r.

			wielostawowej							o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu
53			5.10.00.00000 63	porada zabiegowa w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		270,89		x	korekcje manualne deformacji i założenie unieruchomienia gipsowego; usunięcie materiału zespalającego po leczeniu operacyjnym; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
54			5.10.00.00000 64	porada zachowawcza w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		74,16		x	diagnostyka RTG, pobranie miary/korekta ortez; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
55			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o	punkt	15	15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest

				znacznym stopniu niepełnosprawności.						oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
56	11.0000.049.02	leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	5.10.00.0000067	pompa baklofenowa	punkt		1		x	koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
57			5.10.00.0000068	cewnik do pompy baklofenowej	punkt		1		x	- koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany

58			5.10.00.00000 69	założenie / wymiana / usunięcie pompy baklofenowej	punkt		3 360,89			x	-wymiana nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji; - nie obejmuje kosztu pompy baklofenowej i baklofenu
59			5.10.00.00000 70	wymiana cewnika z przestrzeni nadtwardówkow ej, podpajęczynówk owej lub podtwardówkow ej rdzenia	punkt		1 680,96			x	nie obejmuje kosztu cewnika do pompy baklofenowej i baklofenu
60			5.10.00.00000 71	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51			x	nie obejmuje kosztu baklofenu
61			5.10.00.00000 72	test baklofenowy	punkt		632,00			x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu
62			5.10.00.00000 73	baklofen	punkt		747,00			x	za jedną ampułkę zawierającą 10 mg baklofenu
63			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawn ości.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070, 5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze

											wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
64			5.10.00.0000076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
65	11.0000.050.12	Teleradioterapia protonowa	5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego

				stopniu niepełnosprawn ości.							pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
66	11.0000.950. 12	Teleradioterap ia protonowa - pakiet onkologiczny	5.10.00.00000 76	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczen ie		1		x	x	- za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
67			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo

				znacznym stopniu niepełnosprawności.						opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
68	11.0000.051.02	Domowa antybiotykoterapia dożylna	5.10.00.0000074	podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie	punkt		35,02	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów
69			5.10.00.0000075	wizyta kontrolna po zakończeniu terapii	punkt		177,16		x	obejmuje także koszt: - zapewnienia kontaktu telefonicznego, - badań wymienionych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp.

										20 część "Pozostałe wymagania" pkt 1 ppkt 7).
70			5.10.00.00002 20	Antybiotyk podawany dożylnie (z listy antybiotyków wymienionej w załączniku nr 18)	punkt		1	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
71	11.9000.001. 02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)	5.10.00.00000 77	KLRP-1 etap I	punkt		825,03		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
72			5.10.00.00000 78	KLRP-1 etap I z transportem	punkt		1 402,86		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
73			5.10.00.00000 79	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
74			5.10.00.00000 80	KLRP-1 etap IIa z transportem	punkt		1 193,77		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
75			5.10.00.00000 81	KLRP-1 etap IIb kategoria I	punkt		9 625,35		x	leczenie w oddziale - dotyczy głównie operacyjnego leczenia odleżyn, owrzodzeń popromiennych i przewlekłych ran pourazowych . konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 83.82, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.79

76			5.10.00.00000 82	KLRP-1 etap IIb kategoria II	punkt		5 501,23		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej, łączy się z leczeniem opatrunkami z miejscowym podeśnieniem konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 80.97, 80.98, 84.119, 84.129, 84.31, 84.32, 84.33, 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89
77			5.10.00.00000 83	KLRP-1 etap IIb kategoria III	punkt		6 954,56		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii żylnej z operacją układu żylnego przeprowadzoną w czasie tej samej hospitalizacji konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65 oraz co najmniej dwóch

										z procedur ICD 9: 38.50, 38.591, 38.592, 38.593, 38.594, 38.595, 38.596, 38.691, 38.692, 38.693, 38.694, 38.695, 38.696
78			5.10.00.00000 84	KLRP-1 etap IIb kategoria IV	punkt		2 941,68		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz leczenia opatrunkami z miejscowym podciśnieniem stosowane jako przygotowanie do zamknięcia rany, lub leczenie operacyjne w innym oddziale (finansowane na zasadach ogólnych – nie w ramach produktu). konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 80.88, 86.04, 86.221, 86.222, 86.229, 86.609, 86.89
79			5.10.00.00000 85	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
81			5.10.00.00000 86	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
82			5.10.00.00000 87	KLRP-1 etap IV	punkt		307,97		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej

										edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
83			5.10.00.00000 88	KLRP-1 etap IV z transportem	punkt		529,42		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
84			5.10.00.00000 89	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany	punkt		221,45		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
85			5.10.00.00000 90	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany, z transportem	punkt		381,10		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)

86			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	<ul style="list-style-type: none"> - za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000081, 5.10.00.0000082, 5.10.00.0000083, 5.10.00.0000084; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
87	11.1450.400.02	Koordinowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I	5.10.00.0000143	ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt		6 269	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży

88		(KOC I)	5.10.00.00001 44	ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt		5 758	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
89			5.10.00.00001 45	ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt		5 296	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży
90			5.10.00.00001 46	ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	punkt		4 878		x	x	rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 "ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną", w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora
91			5.10.00.00001 47	ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną	punkt		1 391	x	x		do łącznego rozliczania z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 "ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną". Obejmuje prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną KOC I zgodnie ze schematem wynikającym z rozporządzenia o opiece okołoporodowej
92			5.10.00.00001 14	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	punkt		23 001			x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia

										warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
93			5.10.00.00002 19	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	punkt		11 298		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem

										wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
94			5.10.00.00001 15	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	punkt		27 738		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej opieki,

											<ul style="list-style-type: none"> - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
95			5.10.00.00001 16	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt		5 456			x	<ul style="list-style-type: none"> - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy

										świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
96			5.10.00.00001 17	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	punkt		2 468		x	<ul style="list-style-type: none"> - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca

										wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
97			5.10.00.0000148	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)	punkt		668		x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
98			5.10.00.0000149	wizyta patronażowa położnej (KOC I)	punkt		28	x		rozliczanie wyłącznie w przypadku wizyt patronażowych położnej KOC I; nie więcej niż 6 wizyt w ciągu 2 miesięcy
99			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000143, 5.10.00.0000144, 5.10.00.0000145, 5.10.00.0000146, 5.10.00.0000114, 5.10.00.0000115, 5.10.00.0000116, 5.10.00.0000117, 5.10.00.0000148, 5.10.00.0000219; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo

										<p>opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia;</p> <p>- w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia;</p> <p>- rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1128).</p>
100	11.9000.002.02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)	5.10.00.0000158	KLRP-2 kwalifikacja	punkt		613,84		x	<p>obejmuje wizytę pielęgniarstwa i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;</p>
101			5.10.00.0000159	KLRP-2 etap I A	punkt		761,14	x	x	<p>- ryczałt obejmuje 5 wizyt:</p> <p>4 pielęgniarstwa oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2;</p> <p>- w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1</p>

10 2			5.10.00.00001 60	KLRP-2 etap I B	punkt		620,19	x	x	- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
10 3			5.10.00.00001 61	KLRP-2 etap I C	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
10 4			5.10.00.00001 62	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x	zgodnie z opisem KLRP-2
10 5			5.10.00.00001 63	KLRP-2 etap II A	punkt		5 600,00		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje chirurgiczne operacyjne oczyszczenie rany, miejscową terapię podciśnieniem, przeszczep allogeniczny skóry lub owodni, zgodnie z opisem KLRP- 2; przewidywany czas pobytu do 7 dni
10 6			5.10.00.00001 64	KLRP-2 etap II B	punkt		8 600,00		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne (operacyjne oczyszczenie i przeszczep) zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu minimum 10 dni

10 7			5.10.00.00001 65	KLRP-2 etap III	punkt		90,00	x	x	- za 1 wizytę zgodnie z opisem KLRP-2 - można rozliczyć do 5 wizyt; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
10 8			5.10.00.00001 66	koszt transportu					x	- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
10 9			5.10.00.00001 67	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A	punkt		3 000,00		x	- zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;
11 0			5.10.00.00001 68	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu B	punkt		2 000,00		x	- zamknięcie rany powyżej 60 % powierzchni, potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną; - nie można rozliczać łącznie z wizytą ewaluacyjną typu A
11 1			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt		15,00		x	- za osobodzeń; - do rozliczania z produktem: 5.10.00.0000163, 5.10.00.0000164; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do

										zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
11 2	11.1100.011 .02	Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi	5.10.00.00002 23	wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym	punkt		2514,48			zgodnie z zasadami określonymi w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia
11 3			5.10.00.00002 24	porada edukacyjna związana z włączeniem pacjenta do systemu nadzoru telemetrycznego	punkt		48,27			- za poradę obejmującą edukację pacjenta/rodziny/opiekun a umożliwiającą właściwe korzystanie z systemu nadzoru telemetrycznego; - zgodnie z opisem określonym w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia; - do jednokrotnego

										rozliczenia łącznie z produktem 5.10.00.0000223.
11 4			5.10.00.0000225	prorowadzenie telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym przez 1 miesiąc	punkt		112,47			za 1 miesiąc nadzoru, prowadzonego w sposób określony w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC I

N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 68/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 18 kwietnia 2023 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
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 DOŻYLNNA	
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	<p>1) zapewnienie terminowego wykonania procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej, rozporządzeniem o opiece w ciąży patologicznej oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;</p> <p>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);</p> <p>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);</p> <p>4) możliwość wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego - całodobowo;</p> <p>5) harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów;</p> <p>6) całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego dla kobiet objętych opieką koordynowaną oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę. Rejestracja na nośniku wszystkich zgłoszeń i połączeń telefonicznych.</p>
20.4.3 Zapewnienie realizacji badań	<p>1) badania laboratoryjne - w dostępie (zgodnie z rozporządzeniem);</p> <p>2) badania ultrasonograficzne - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem).</p>
20.4.4 Pozostałe warunki	Koordinacja wszystkich działań związanych z opieką w okresie ciąży, porodu, pójgu 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	
	<p>Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub</p> <p>zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub</p> <p>zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna) lub</p> <p>zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz</p> <p>zgodnie z załącznikiem Nr 2 do rozporządzenia poz (Porada pielęgniarska)</p>
21.2 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym	
	<p>Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub</p> <p>zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub</p> <p>zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 9 (Chirurgia ogólna)</p>
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 CHOROBE 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

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

Niniejszym zarządzeniem (nowelizującym zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie) wprowadzono zmianę wynikającą z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2641) polegającą na dodaniu w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nowego zakresu świadczeń, tj. *Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi*, odpowiadającego nowemu świadczeniu gwarantowanemu określone w załączniku nr 5 w lp. 35 rozporządzenia 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.).

Przedmiotowym zakresem świadczeń (nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi) określonym w *Katalogu zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie* stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia, objęte zostały 3 produkty rozliczeniowe, tj:

- 1) wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym,
- 2) porada edukacyjna związana z włączeniem pacjenta do systemu nadzoru telemetrycznego,
- 3) prowadzenie telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym przez 1 miesiąc.

Szacowany skutek finansowy modyfikacji wprowadzanych niniejszym zarządzeniem w 2023 r. wyniesie ok. 105,6 mln zł.

Wycenienie pochodzi z oceny skutków regulacji zawartej w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i zostało oparte o dane z opracowania analitycznego AOTMiT "*Wycena świadczenia obejmującego telemetryczny nadzór nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi*".

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ww. ustawy. Uwagi zgłosiło 9 podmiotów.

Znaczna część zgłoszonych uwag nie dotyczyła przedmiotu projektowanych zmian zarządzenia, lecz treści przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia, tj. tzw. rozporządzenia koszykowego (pozostałe uwagi odnosiły się do wycen objętych przedmiotowym zarządzeniem, które zostały oparte na piśmie Ministra Zdrowia, a pośrednio na opracowaniu analitycznym AOTMiT "*Wycena świadczenia obejmującego telemetryczny nadzór nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi*").

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.