

ZARZĄDZENIE Nr 62/2016/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 czerwca 2016 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju:
ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** — ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, określone w **załączniku nr 1 część b** do zarządzenia, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

- 2) **charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** — zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 3) **decyzja diagnostyczna** — ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego, określonego zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 4) **decyzja terapeutyczna** — ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej zgodnie z klasyfikacją ICD-9, zalecenia, wskazówki, instrukcje udzielone świadczeniobiorcy, wystawienie recepty, a także określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) **diagnostyczny pakiet onkologiczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 6) **diagnostyka onkologiczna** — diagnostykę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 7) **Fundusz** — Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 8) **KAOS** — kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą, rozliczaną przy pomocy kapitałowej stawki rocznej, odrębnie kontraktowaną, wykonywaną w trybie ambulatoryjnym; kompleksowa opieka zdrowotna nad świadczeniobiorcą spełniającym kryteria określone w **załączniku nr 3 część a** lub **b** do zarządzenia, realizowana jest zgodnie z zasadami określonymi w tych załącznikach;
- 9) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** — dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach;

- 10) **katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych** — zbiór kategorii specjalistycznych świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym, określonych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;
- 11) **katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych** — zbiór diagnostycznych pakietów onkologicznych, wykonywanych w ramach wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, wykazywanych do rozliczania ryczałtowo za dany pakiet, określony w **załączniku nr 5c** do zarządzenia;
- 12) **katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych** — zbiór specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, określony w **załączniku nr 5b** do zarządzenia;
- 13) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)** — zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka dla kobiet w ciąży, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację;
- 14) **Oddział Funduszu** — oddział wojewódzki Funduszu;
- 15) **ogólne warunki umów** — przepisy wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 16) **pacjent pierwszorazowy** — świadczeniobiorcę, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych **załączniku nr 1a** do zarządzenia i otrzymuje świadczenie w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach;
- 17) **pogłębiona diagnostyka onkologiczna** — świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, u którego potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego, mające na celu szczegółowe zróżnicowanie (zgodnie z klasyfikacją kliniczną i patologiczną) w szczególności typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia;

- 18) **porada początkowa** — pierwszą poradę, rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, lub u pacjenta pierwszorazowego, która nie jest wskazywana do rozliczenia, a jej data sprawozdawana jest w raporcie statystycznym dla świadczeń skojarzonych z zakresu diagnostyki onkologicznej lub świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych;
- 19) **porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy** — poradę udzielaną w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu;
- 20) **rodzaj świadczeń** — rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy;
- 21) **rozporządzenie AOS** — rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357);
- 22) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** — rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100 oraz z 2015 r. poz. 1514);
- 23) **rozporządzenie Programy** — rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505 oraz z 2015 r. poz. 1495);
- 24) **skojarzony zakres świadczeń** — zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach którego udzielane są określone świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w **załączniku nr 1a** do zarządzenia.
- 25) **specjalistyczne świadczenie zabiegowe** — procedurę zabiegową rozumianą jako czynność realizowaną na narządach lub tkankach ciała z naruszeniem ciągłości tkanek, procedurę diagnostyczną lub terapeutyczną wraz z koniecznymi czynnościami uzupełniającymi, realizowanymi komplementarnie w stosunku do procedur: zabiegowych, diagnostycznych, terapeutycznych, obejmującą

w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;

26) **świadczenie pohospitalizacyjne** — świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej, w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo świadczenia udzielonego w ramach „leczenia jednego dnia” w rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenie gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nim przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) lub terapeutycznych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją procedur rozpoczętych wcześniej, lub
- b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
- c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach;

27) **świadczenie specjalistyczne** — świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej, lub
- b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub

- c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach, lub
- d) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 28) **świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe** — świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego, polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące:
- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczenioborcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:
- dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki specjalistycznej (POZ),
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala,
 - zakończenie leczenia specjalistycznego, oraz
- b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia, oraz
- c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy;
- 29) **świadczenie specjalistyczne receptowe** — świadczenie, o którym mowa w art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.²⁾);
- 30) **wstępna diagnostyka onkologiczna** — świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstępnemu

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1633, 1893, 1991 i 2199 oraz z 2016 r. poz. 65.

rozpoznanium, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, mające na celu wykluczenie albo potwierdzenie lub istotne uprawdopodobnienie nowotworu złośliwego. Za istotne uprawdopodobnienie uznaje się:

- a) przypadki, gdy w danym nowotworze nie wykonuje się badania histopatologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przed zabiegiem operacyjnym, lub
- b) przypadki, gdy w danym nowotworze za jednoznaczne potwierdzenie nowotworu złośliwego wystarczające jest wykonanie co najmniej badania obrazowego oraz badania cytologicznego lub poziomu hormonu, lub markera nowotworowego;

31) **zakres świadczeń** — zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.

2. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, świadczenie pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenie odrębne oraz porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, obejmują ponadto:

- 1) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne gwarantowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652) oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego uzyskanie świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego wystawia się w sposób określony w odrębnych przepisach oraz w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 2) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowskie lub rehabilitację leczniczą;
- 3) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
- 4) wykonywanie badań profilaktycznych.

3. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS oraz ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., ze zm.) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności: realizacja świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmujących odpowiednio świadczenia w poradniach specjalistycznych lub ASDK lub KAOS udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach będących przedmiotem postępowań, określonych w **załączniku nr 1 część a-c** do zarządzenia.

2. Wzory umów stanowią odpowiednio **załącznik nr 2 część a-c** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określa **załącznik nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w rozporządzeniu AOS i w przepisach odrębnych.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Przy udzielaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 zdefiniowanych w załączniku nr 5b do zarządzenia, świadczeniodawca przed pobraniem skryningowego rozmazu cytologicznego obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi w tym załączniku.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 2 konieczne jest posiadanie dostępu do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

9. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwo i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy zakresem świadczeń KOC, w oparciu o system informatyczny udostępniany przez Fundusz.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby” , stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

3. W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty, realizującego świadczenia zgodnie z umową, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Powyższą informację udostępnia się w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo — finansowym, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do umowy.

3. Świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna są rozliczane zgodnie z następującymi sposobami: cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt), a w odniesieniu do świadczeń określonych w **załączniku nr 1 część c** do zarządzenia — kapitałowa stawka roczna.

4. Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w **załącznikach nr 5a, 5b** oraz **5c** do zarządzenia.

5. Wartość punktowa odpowiadająca poszczególnym świadczeniom ASDK określona jest w **załączniku nr 1 część b** do zarządzenia.

6. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

§ 11. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania, według klasyfikacji ICD-10, postawiony po przeprowadzeniu odpowiednio wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9, z obowiązkowym wskazaniem tych badań spośród wymienionych w **załączniku 5c** do zarządzenia, które zostały wykonane u świadczeniobiorcy;
- 3) porada początkowa o kodzie: 5.01.28.0000002 (WP2 porada początkowa — diagnostyka onkologiczna) wraz z datą jej wykonania, odpowiednio w ramach wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 4) numer karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

3. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa — świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania.

4. Świadczeniodawca realizujący badania cytologicznego materiału z szyjki macicy, obowiązany jest do sprawozdawania przedmiotowej procedury z wykorzystaniem świadczenia o kodzie: 5.05.00.0000060 w sytuacji, gdy spełnia kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

5. Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, w przypadku świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000060, zdefiniowanych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, polega na wypełnieniu i zatwierdzeniu odpowiednich pól aplikacji w SIMP.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, świadczeń z *Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych*, stanowiącego **załącznik nr 5a** do zarządzenia lub świadczeń z *Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych*, stanowiącego **załącznik nr 5b** do zarządzenia lub świadczeń z *Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych*, stanowiącego **załącznik nr 5c** do zarządzenia.

7. Świadczeniodawca, przy rozliczaniu KAOS, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym oprócz zakresu świadczeń:

1) kodu rozpoznania według klasyfikacji ICD-10;

2) kodów procedur medycznych według aktualnej wersji ICD-9;

3) porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą — 5.01.26.0000001 albo porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym wirusem HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) — 5.02.26.0000062.

8. Dane, o których mowa w ust. 1-7, winny pozostawać w zgodności z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej.

9. W raporcie statystycznym nie wykazuje się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.

§ 12. 1. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom pierwszorazowym rozliczanym

z wykorzystaniem świadczeń o kodzie rozpoczynającym się oznaczeniem W4 lub W5, wyszczególnionych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.

2. Świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych – wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń oraz spełnieniu pozostałych warunków określonych w zarządzeniu. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.

3. Etapy postępowania związane z udzielonymi świadczeniami są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

4. Nie kwalifikuje się do rozliczenia porady receptowej, wykonywanej częściej niż co 90 dni, lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad.

5. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach specjalistycznych, udzielonych kobietom w ciąży objętym koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, jeżeli świadczenia te związane są z ciążą, porodem i położeniem, na podstawie zawartej umowy w zakresie położnictwo i ginekologia oraz w innych zakresach, z wyłączeniem stanów nagłych.

6. W przypadku wykonywania świadczeń wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, rozliczanie świadczeń następuje wyłącznie z wykorzystaniem diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonych w **załączniku 5c** do zarządzenia, odpowiednich dla rozpoznania wstępnego.

7. Świadczeniodawca, który przeprowadził wstępną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie danej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu wstępnej diagnostyki onkologicznej.

8. Świadczeniodawca, który przeprowadził pogłębioną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie danej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu pogłębionej diagnostyki onkologicznej.

9. Warunkiem rozliczenia świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej jest wykonanie zestawu badań, pozwalających na określenie zaawansowania choroby nowotworowej, zakończone przekierowaniem świadczeniobiorcy na konsylium, o którym mowa w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydanego na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach i wydaniem mu nieodpłatnie kopii dokumentacji medycznej umożliwiającej opracowanie zindywidualizowanego planu leczenia.

10. W celu udokumentowania rozliczeń diagnostycznych pakietów onkologicznych świadczeniodawca zobowiązany jest do dołączenia kopii karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do dokumentacji medycznej.

11. W przypadku, gdy decyzja diagnostyczna u pacjenta pierwszorazowego, rozliczanego w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, została postawiona w ciągu 42 dni od porady początkowej i spełnione zostały pozostałe warunki, o których mowa w zarządzeniu, wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu wskaźnikiem 1,1.

§ 13. 1. Udzielenie świadczenia jest potwierdzane przez dokonanie wpisu w dokumentacji świadczeniobiorcy, zgodnie z odrębnymi przepisami.

2. Udzielenie specjalistycznego świadczenia zabiegowego jest potwierdzane przez dokonanie opisu zrealizowanej procedury w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegów, zgodnie z odrębnymi przepisami.

§ 14. 1. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie neonatologii, wykonywanych w poradni neonatologicznej, rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia, z wyjątkiem rozpoznań ICD-10, takich jak:

- 1) H35.1 Retinopatia wcześniaków;

- 2) P05 Opóźniony wzrost płodu i niedożywienie płodu;
- 3) P07.2 Skrajne wcześniactwo;
- 4) P07.3 Inne przypadki wcześniactwa wraz z chorobami towarzyszącymi;
- 5) P21 Zamartwica urodzeniowa;
- 6) P22 Zespół zaburzeń oddychania noworodka;
- 7) P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym;
- 8) P52 Śródczaszkowy nieurazowy krwotok u płodu i noworodka;
- 9) P77 Martwicze zapalenie jelit płodu i noworodka;
- 10) P78.0 Okołoporodowa perforacja jelit;
- 11) P91 Inne zaburzenia mózgowe noworodka;
- 12) Q25.0 Drożny przewód tętniczy;
- 13) Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
– w odniesieniu do których możliwe jest rozliczenie tych świadczeń do ukończenia przez dziecko 3. roku życia.

2. Przy rozliczaniu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w poradniach specjalistycznych w danym zakresie, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub porad ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba że postanowienia **załącznika nr 5b** do zarządzenia stanowią inaczej.

3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do świadczeń w zakresie:

- 1) onkologii — udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni onkologicznej oraz w poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), w zakresie chemioterapii, leczenie szpitalne w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
- 2) onkologii — udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni ginekologii onkologicznej oraz poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne

(lekowe), w zakresie chemioterapii, leczenie szpitalne w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;

- 3) leczenia AIDS — wykonywanych w jednym dniu, w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy przez lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w innych zakresach świadczeń lub innych rodzajach świadczeń.

§ 15. 1. Koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonanych w ramach ASDK, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponosi świadczeniodawca, chyba że z odrębnych przepisów wynika inaczej.

2. Przepisu ust. 1, w zakresie dotyczącym ASDK, nie stosuje się przy rozliczaniu świadczenia o kodzie 5.05.00.0000079 kwalifikacja do przeszczepienia nerki — badania wstępne, określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia. Realizacja świadczenia, o którym mowa w zdaniu pierwszym, obejmuje także koszt badań ASDK wymienionych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy.

3. Koszty wykonania diagnostyki onkologicznej, rozliczanej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, w tym w szczególności obejmującej niezbędne badania spośród wymienionych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, jak również koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie jej udzielania, ponosi świadczeniodawca.

§ 16. 1. ASDK rozliczane są, jeżeli badanie wykonane było na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub rehabilitacja lecznicza lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, a w przypadku badań endoskopowych przewodu pokarmowego, także na podstawie skierowania lekarza, który realizuje finansowane przez NFZ świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Przy rozliczeniu ASDK, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania w ramach danego zakresu, określonego w kolumnie 3 **załącznika nr 1 część b** do zarządzenia, świadczeń oznaczonych różnym kodem, jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w jednym dniu u tego samego świadczeniobiorcy.

3. Świadczenia realizowane w ramach ASDK nie mogą być udzielane w celach orzecznich, wyłączonych z finansowania ze środków publicznych przez Fundusz, na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach.

§ 17. 1. Przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) w sytuacji udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie wykonywania specjalistycznego świadczenia zabiegowego, do rozliczenia wykazuje się wyłącznie jedną grupę z katalogu stanowiącego **załącznik nr 5a** do zarządzenia;
- 2) świadczenia wymienione w **załączniku nr 3 część a i b** do zarządzenia udzielane świadczeniobiorcy objętemu opieką KAOS, w tym: porady specjalistyczne i ASDK, nie są rozliczane odrębnie w ramach innych zakresów świadczeń udzielonych temu samemu świadczeniobiorcy, w sytuacji gdy przyczyną ich wykonania jest rozpoznanie będące podstawą udzielania świadczeń KAOS.

2. Warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielanie świadczeń zgodnie z postanowieniami określonymi w **załączniku nr 3 część a i b** do zarządzenia, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz na 3 miesiące.

3. W przypadku nie spełnienia wymogu określonego w ust. 2, leczenie danego świadczeniobiorcy przestaje być finansowane stawką kapitulacyjną. Jednocześnie świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania temu świadczeniobiorcy możliwości dalszego leczenia choroby, stanowiącej podstawę dotychczasowej opieki w KAOS, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 19. Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów, o których mowa w § 18, stosuje się przepisy zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r. zmieniającego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków umów.

§ 20. Zarządzenie stosuje się do:

1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach;

2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach.

§ 21. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.³⁾

p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna

³⁾ Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).

Spis załączników:

1. Załącznik nr 1 część a Katalog zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych;
2. Załącznik nr 1 część b Katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK);
3. Załącznik nr 1 część c Katalog zakresów świadczeń kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS);
4. Załącznik nr 2 część a Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
5. Załącznik nr 2 część b Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne;
6. Załącznik nr 2 część c Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
7. Załącznik nr 3 część a Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą;
8. Załącznik nr 3 część b Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV);
9. Załącznik nr 4 Wzór deklaracji wyboru świadczeniodawcy realizującego KAOS;
10. Załącznik nr 5a Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych;
11. Załącznik nr 5b Katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych;
12. Załącznik nr 5c Katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych;
13. Załącznik nr 6 Schemat zaświadczenia lekarskiego „Informacja dla lekarza kierującego/POZ”;
14. Załącznik nr 7 Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
15. Załącznik nr 8 Wzór logo szybkiej ścieżki onkologicznej