

ZARZĄDZENIE Nr 62/2017/DSOZ

PREZESA

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 26 lipca 2017 r.

zmieniające zarządzenie 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu 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, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r. oraz Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 ust. 1

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) koordynowana opieka nad kobietą w ciąży – zakres świadczeń (KOC, KOC I, KOC II/III) 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 hospitalizacje;”,

b) pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) pogłębiona diagnostyka onkologiczna – świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139 i 1200.

onkologicznego;”;

c) pkt 30 otrzymuje brzmienie:

„30) wstępna diagnostyka onkologiczna – świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstępnemu rozpoznaniu;”;

2) w § 8 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwo i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży w oparciu o system informatyczny udostępniany przez Fundusz.”;

3) w § 12 po ust. 10 dodaje się ust. 10a i 10b w brzmieniu:

„10a. Świadczeniodawca udzielający świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 11 ust. 2, obowiązany jest wykonać te świadczenia, w terminach nieprzekraczających:

1) 28 dni - w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:

a) od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, albo

b) od dnia wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego

– do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną nie może upłynąć więcej niż 14 dni;

2) 21 dni - w przypadku wykonywania pogłębionej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:

a) od dnia:

- zakończenia diagnostyki wstępnej, albo

- wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego

– do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub

miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy, albo

b) od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej dotyczącej innej lokalizacji nowotworu złośliwego niż będąca podstawą realizacji wstępnej diagnostyki onkologicznej, albo

c) od dnia:

- dokonania wpisu na listę oczekujących świadczeniobiorcy, który posiada kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawioną w oparciu o stwierdzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, albo
- wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej,

– do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni.

10b. W przypadku, gdy świadczenia diagnostyki onkologicznej nie zostały zrealizowane w terminach, o których mowa w ust. 10a, wynoszących odpowiednio 28, 21, 14 i 7 dni, poziom finansowania diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w załączniku nr 5c do zarządzenia.”;

4) w załączniku nr 1 do zarządzenia:

a) w części a lp. 54 Porada specjalistyczna – leczenie zęza otrzymuje brzmienie:

”

54.	Porada specjalistyczna - leczenie zęza	lp. poz.51	02.1604.001.02	świadczenia w zakresie leczenia zęza					X	1604	poradnia leczenia zęza
-----	---	------------	----------------	---	--	--	--	--	---	------	---------------------------

”

,

b) część b otrzymuje brzmienie określone

- w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia,
- w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

5) w załączniku nr 2 do zarządzenia:

a) w części a w § 4 ust. 11 dodaje się pkt 40 w brzmieniu:

„40) leczenia zeza”,

b) w części b:

- w § 2:

- - ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Narodowy Fundusz Zdrowia informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.”,

- - ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.”,

- w § 4 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Środki, o których mowa w ust. 2 pkt 2, przekazuje się na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia realizującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU.”,

c) w części c w § 2 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do

przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Narodowy Fundusz Zdrowia informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.”;

6) załącznik nr 5a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:

- a) w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia,
- b) w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 5b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:

- a) w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia,
- b) w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;

8) załącznik nr 5c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:

- a) w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia,
- b) w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. Zmiany wynikające z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1 w pkt 4 lit. b tiret drugie, pkt 6 lit. b, pkt 7 lit. b i pkt 8 lit. b, w zakresie ceny jednostki rozliczeniowej określa się z uwzględnieniem następującego wzoru:

$$C_n = \frac{C_u}{C_b}$$

gdzie:

C_n – cena nowej jednostki rozliczeniowej

C_u – aktualna cena jednostki rozliczeniowej w obowiązującej umowie

C_b – cena bazowa przyjęta dla danego typu umowy do wyliczenia nowej ceny jednostki rozliczeniowej

Wartość C_b w przypadku świadczeń AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA wynosi 8,98 zł.

Wartość C_b w przypadku świadczeń AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE) wynosi 8,63 zł.

2. Cena obliczona na podstawie wzoru, o którym mowa w ust. 1, podlega zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku na zasadach ogólnych.

§ 3. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 4. 1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1 i 2, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 3.

§ 5. 1. Załączniki, o których mowa w § 1:

1) w pkt 4 lit. b tiret pierwsze, w pkt 6 lit. a, w pkt 7 lit. a i w pkt 8 lit. a, znajdują zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 września 2017 r.,

2) w pkt 4 lit. b tiret drugie, w pkt 6 lit. b, w pkt 7 lit. b i w pkt 8 lit. b, znajdują zastosowanie do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i rozliczania tych świadczeń, udzielanych od dnia 1 października 2017 r.

§ 6. 1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 3, który wchodzi w życie z mocą od dnia 1 lipca 2017 r.

2. Załączniki nr 1, 3, 5 i 7 obowiązują do dnia 30 września 2017 r.

3. Załączniki nr 2, 4, 6 i 8 wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r.

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych**

Andrzej Jacyna