

**ZARZĄDZENIE Nr 88/2019/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 28 czerwca 2019 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.<sup>1)</sup>) 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 umów 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;

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, i 1669. 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 391, 447, 730, 752 i 1078.

- 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 realizowana jest zgodnie z kryteriami określonymi w rozporządzeniu AOS, o którym mowa w pkt 21;
- 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** — zakres świadczeń (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. Pod pojęciem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży rozumie się również realizację tych świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14) **Oddział Funduszu** — oddział wojewódzki Funduszu;
- 15) **ogólne warunki umów** — ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych 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 w **załączniku nr 1a** do zarządzenia i otrzymuje świadczenie w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach;
- 17) **pogłębiona diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego;
- 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 ogólnych warunkach umów;
- 21) **rozporządzenie AOS** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 22) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 429, 730 i 959);
- 23) **rozporządzenie Programy** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 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 w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego 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 kontrolne pohospitalizacyjne** – świadczenie kontrolne wykonywane po zakończeniu hospitalizacji w oddziale o profilu: choroby wewnętrzne lub pediatria, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia AOS lp.66 lub 67, rozliczane w okresie nie dłuższym niż 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji;

28) **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;

29) **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 łącznie:

a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:

- dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
- skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
- skierowanie do szpitala,
- zakończenie leczenia specjalistycznego,

b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia,

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

30) **świadczenie specjalistyczne receptowe** — świadczenie, o którym mowa w art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730);

31) **wstępna diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstępnemu rozpoznaniu;

32) **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 2019 r. poz. 784) 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 uzdrowiskowe 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 w 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: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie 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 następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

### **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 świadczeń określonych w **załączniku nr 1 część a-c** do zarządzenia.

2. Wzory umów określone są w **załączniku nr 2 w części 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 niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

**§ 7.** 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach określonych w **załącznikach nr 1 część a-c** mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku 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 wymagania, o których mowa w § 6.

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 o świadczeniach.

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 wnioski, 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 koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, w oparciu o system informatyczny udostępniany przez Fundusz.

10. W przypadku udzielania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawdzenia terminu i miejsca hospitalizacji, poprzedzającej świadczenie.

**§ 9. 1.** Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

3. W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty, realizującego świadczenia zgodnie z umową, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Informacja, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępniana jest w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

**§ 10. 1.** Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umowy 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 określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Podstawą do rozliczania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest 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 - 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.

7. Przy rozliczaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 zdefiniowanych w **załączniku nr 5b**, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. Przy rozliczaniu ASDK w zakresach: świadczenia w zakresie tomografii komputerowej oraz świadczenia w zakresie rezonansu magnetycznego, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

**§ 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, ustalony 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 nr 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 spełnione są kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

5. Świadczeniodawca realizujący świadczenia kontrolne pohospitalizacyjne obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo daty zakończenia hospitalizacji poprzedzającej poradę.

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

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

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

- 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.

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

10. 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, zgodnie z **załącznikiem 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 umowy w zakresie położnictwa 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 nr 5c** do zarządzenia, odpowiednich dla rozpoznania wstępnego.

7. Świadczeniodawca, który przeprowadził wstępną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie 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 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 ustalenie planu leczenia onkologicznego zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw 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 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. 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 udzielenia porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni.

12. W przypadku, gdy świadczenia diagnostyki onkologicznej nie zostały zrealizowane w terminach, o których mowa w ust. 11, 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.

13. W przypadku, gdy decyzja diagnostyczna dotycząca pacjenta pierwszorazowego, rozliczanego w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, została podjęta w ciągu 42 dni od dnia udzielenia porady początkowej i spełnione zostały pozostałe warunki, o których mowa w niniejszym zarządzeniu, wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem wskaźnika 1,1.

14. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom do ukończenia 3. roku życia świadczeń w poradniach specjalistycznych wskazanych w katalogach:

- 1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02,
  - 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia,
  - 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, stanowiącym **załącznik nr 5c** do zarządzenia
- wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,5.

15. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 4. roku życia do ukończenia 18. roku życia świadczeń w poradniach specjalistycznych wskazanych w katalogach:

- 1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a do zarządzenia**, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02,
  - 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia,
  - 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, stanowiącym **załącznik nr 5c** do zarządzenia
- wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,2.

16. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w zakresach: alergologii, endokrynologii, kardiologii



i neurologii wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,4.

17. W przypadku udzielania świadczeń w zakresach: endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, gastroenterologia, gastroenterologia dla dzieci, kardiologia, kardiologia dziecięca, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, okulistyka, okulistyka dla dzieci, wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu:

- 1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02,
- 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia

- ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,2, pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, mierzony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, mierzonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego;
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy.

18. Przepis ust. 17 stosuje się do świadczeń udzielanych poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

**§ 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. Fundusz nie finansuje świadczeń zrealizowanych w zakresach: świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych lub świadczenia w zakresie pediatrii, jeżeli w okresie realizacji kontrolnej pohospitalizacyjnej opieki nad świadczeniobiorcą, zostały wykonane na jego rzecz, świadczenia w innych zakresach AOS, z przyczyn będących podstawą objęcia opieką w ramach świadczeń chorób wewnętrznych lub pediatrii.

4. Przepisy ust. 3 stosuje się także w odniesieniu do świadczeń KAOS.

5. 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 programu lekowego, 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 programu lekowego, 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 określonych 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 określonych 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:

- 1) realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) 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 Fundusz świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej lub
- 2) realizuje ambulatoryjne porady specjalistyczne, w ramach umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakres których zostały włączone od dnia rozpoczęcia obowiązywania tych umów świadczenia w rodzaju AOS, lub
- 3) wydał skierowanie na podstawie przepisów § 12 ust. 10 pkt 1 ogólnych warunków umów.

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 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 świadczeń z katalogu stanowiącego **załącznik nr 5a** do zarządzenia;

- 2) świadczenia określone w **załączniku nr 1 w części c** 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 1 część c** do zarządzenia, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz na 3 miesiące.

3. W przypadku niespełnienia 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 na podstawie przepisów, o których mowa § 22, przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

**§ 19.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera się zgodnie ze wzorami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w załącznikach nr 2a-2c do niniejszego zarządzenia.

**§ 20.** Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

**§ 21.** 1. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.

2. Do świadczeń udzielanych przed dniem 1 lipca 2019 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 22.** Traci moc zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

**§ 23.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Andrzej Jacyna

**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 Wzór logo szybkiej ścieżki;
8. Załącznik nr 4 Wzór deklaracji wyboru świadczeniodawcy realizującego KAOS;
9. Załącznik nr 5a Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych;
10. Załącznik nr 5b Katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych;
11. Załącznik nr 5c Katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych;
12. Załącznik nr 6 Schemat zaświadczenia lekarskiego „Informacja dla lekarza kierującego/POZ”;

13. Załącznik nr 7 Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.