

**ZARZĄDZENIE Nr 182/2019/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 31 grudnia 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 2019 r. poz. 1373, 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, obejmujące wykonanie badań wraz z wydaniem wyników tych badań, 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 2019 r. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905 i 2020.

- 2) **ambulatoryjna opieka pielęgniarska lub położnej (AOP)** – świadczenie, o którym mowa w załączniku nr 1a do rozporządzenia AOS wykonywane przez pielęgniarki lub położne, zgodnie z warunkami określonymi w tym rozporządzeniu;
- 3) **ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON)** — świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywane ze wskazań nagłych w rozpoznaniach wymienionych w **załączniku nr 5d** do zarządzenia oraz opieka specjalistyczna realizowana w tych rozpoznaniach w określonym przedziale czasu; świadczenia te realizowane są w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia;
- 4) **charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** — zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 5) **decyzja diagnostyczna** — ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego, określonego zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 6) **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;
- 7) **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;
- 8) **diagnostyczny pakiet specjalistyczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5e** do zarządzenia, które powinny być wykonane u pacjenta pierwszorazowego diagnozowanego w kierunku rozpoznania ICD10 wskazanego w tym załączniku. Uwzględnia kompleksową ocenę stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne,

pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmując łącznie:

a) podjęcie decyzji diagnostycznej poprzez określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki spośród wymienionych niżej:

- 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 9) **diagnostyka onkologiczna** — diagnostykę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach;
- 10) **Fundusz** — Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 11) **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 26;
- 12) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** — dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 13) **katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych** — zbiór kategorii specjalistycznych świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym, określonych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;

- 14) **katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych** — określony w **załączniku nr 5c** do zarządzenia zbiorów diagnostycznych pakietów onkologicznych, wykonywanych w ramach wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, wykazywanych do rozliczania ryczałtowo za dany pakiet oraz produktów do sumowania wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej;
- 15) **katalog diagnostycznych pakietów specjalistycznych** — określony w załączniku nr 5e do zarządzenia zbiorów diagnostycznych pakietów specjalistycznych;
- 16) **kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers)** – zakres świadczeń realizowany w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania;
- 17) **katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych** — zbiór specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, określony w **załączniku nr 5b** do zarządzenia;
- 18) **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;
- 19) **Oddział Funduszu** — oddział wojewódzki Funduszu;
- 20) **ogólne warunki umów** — ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 21) **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;

- 22) **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 oraz produktów do sumowania;
- 23) **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;
- 24) **porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy** — poradę udzielaną w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu;
- 25) **rodzaj świadczeń** — rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 26) **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;
- 27) **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, z późn. zm.<sup>2)</sup>);
- 28) **rozporządzenie Programy** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 29) **skojarzony zakres świadczeń** — zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach którego udzielane są

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730, 959, 1655, 2020 i 2331.

określone świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w **załączniku nr 1a** do zarządzenia;

- 30) **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. Rozliczane z wykorzystaniem grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami Z lub PZ, wskazanych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia;
- 31) **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, 730 i 1590);
- 31) **wstępna diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego oraz produktów do sumowania odpowiadających 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, 1096, 1590 i 1905) 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 § 3 ust. 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. Osoby, o których mowa w ust. 1, będące lekarzami mogą udzielać świadczeń w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zachowaniem wymogów określonych w odrębnych przepisach.

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

4. 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 — kapitacyjna stawka roczna.

4. Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w **załącznikach nr 5a - 5c** oraz nr **5e** 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 rozliczający świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz świadczeniobiorców pierwszorazowych, w tym diagnostycznych pakietów specjalistycznych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000003 (WP3 porada początkowa — pakiet specjalistyczny) 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. 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.

6. 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 lub z *Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych* określonego w **załączniku nr 5e** do zarządzenia.

7. 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.

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, zgodnie z **załącznikiem nr 5a** do zarządzenia, jeżeli w danym rozpoznaniu nie zostały utworzone diagnostyczne pakiety specjalistyczne.

2. Diagnostyczne pakiety specjalistyczne mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom pierwszorazowym z rozpoznaniem wskazanym w **załączniku nr 5e** do zarządzenia, po postawieniu ostatecznego rozpoznania, ustaleniu terapii i wskazaniu trybu dalszej opieki, w oparciu o skalę ciężkości choroby, opisaną w **załączniku nr 5f** do zarządzenia.

3. Świadczenia w ramach zakresu skojarzonego: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych mogą być rozliczane:

1) przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresach ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci oraz chirurgii dziecięcej, spełniających warunki dodatkowe określone w **załączniku nr 1a** do zarządzenia - w przypadku udzielania świadczeń obejmujących zaopatrzenie urazu lub zabezpieczenie pourazowe, niezależnie od miejsca zaopatrzenia tego urazu – w okresie do 60 dni od rozpoznania świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotyczącym narządu ruchu określonymi w **załączniku nr 5d** do zarządzenia, lub

2) przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie okulistyki i okulistyki dla dzieci - w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotyczącym narządu wzroku określonymi w **załączniku nr 5d** do zarządzenia – w okresie 14 dni od rozpoznania

- na zasadach określonych w przepisach niniejszego zarządzenia, z wykorzystaniem grup W11-W32 oraz grup zabiegowych Z.

4. Świadczenia w ramach zakresu skojarzonego: ambulatoryjna opieka pielęgniarska lub położnej mogą być rozliczane na zasadach określonych w przepisach zarządzenia

z wykorzystaniem grup o kodach: PPW oraz grup zabiegowych PZ wskazanych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.

5. Świadczenia ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub położnej podlegają rozliczaniu po zrealizowaniu świadczenia w zakresie wynikającym z rozporządzenia AOS. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem kolejnych badań dodatkowych.

6. 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.

7. Etapy postępowania związane z udzielonymi świadczeniami są odnotowywane w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

8. 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.

9. 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 położnictwo i ginekologia oraz w innych zakresach, z wyłączeniem stanów nagłych.

10. 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 oraz produktów do sumowania, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, odpowiednich dla rozpoznania wstępnego.

11. 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 oraz produktów do sumowania na zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

12. 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 oraz produktów do sumowania za zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

13. 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.

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

15. 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.

16. W przypadku, gdy świadczenia diagnostyki onkologicznej nie zostały zrealizowane w terminach, o których mowa w ust. 15, 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.

17. 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.

18. 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 oraz kodem rozpoczynającym się PPW i PZ,
  - 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia,
  - 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia
- wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

18. 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 oraz kodem rozpoczynającym się PPW i PZ,
  - 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu,
  - 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia
- wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,3.

19. 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 1,6.

20. Przepisów ust. 17 i 20 nie stosuje się przy rozliczaniu diagnostycznych pakietów specjalistycznych.

21. 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.

22. Przepis ust. 22 stosuje się do świadczeń udzielanych poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

23. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), stanowiącym **załącznik nr 1 część b** do zarządzenia, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,05 pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, określony 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, określonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego;
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa o co najmniej 5% niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy;
- 3) zrealizowania w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni.

24. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, udzielonych świadczeniobiorcom objętym KON-Pierś, jeżeli świadczenia te związane są z diagnostyką i monitorowaniem nowotworu piersi.

25. W przypadku wykonywania świadczeń w ramach zakresu skojarzonego: **ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych**, wartość rozliczanych świadczeń ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

**§ 13.** 1. Udzielenie świadczenia jest potwierdzane przez dokonanie wpisu w dokumentacji medycznej 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. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie preluksacji rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia.

3. 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 5a** do zarządzenia w kolumnie: *Uwagi* lub **załącznika nr 5b lub 5c** do zarządzenia stanowią inaczej.

4. Przy rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwiej lub położnej przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio.

5. 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.

6. Przepisy ust. 5 stosuje się także w odniesieniu do świadczeń KAOS.

7. Przepisu ust. 3 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 część 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 kapitacyjną. 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 Funduszu do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

**§ 21.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2020 r.

**§ 22.** Traci moc 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.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Adam Niedzielski

## 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 5d Katalog chorób i problemów zdrowotnych wg ICD-10 do rozliczania świadczeń w zakresie skojarzonym: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych;
13. Załącznik nr 5e Katalog diagnostycznych pakietów specjalistycznych;
14. Załącznik nr 5f Klasyfikacja poziomów ciężkości chorób w ramach diagnostycznych pakietów specjalistycznych;
15. Załącznik nr 6 Schemat zaświadczenia lekarskiego „Informacja dla lekarza kierującego/POZ”;
16. Załącznik nr 7 Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.