

ZARZĄDZENIE Nr 71/2012/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 7 listopada 2012 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a także warunki wymagane od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, wymienione w **załączniku nr 1 część b** do zarządzenia, wykonywane u świadczeniobiorców leczonych w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** – zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, zgodnie z **załącznikiem nr 7** do zarządzenia;
- 3) **decyzja diagnostyczna** - ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016 i Nr 205, poz. 1203 oraz z 2012 r. poz. 123 i poz. 476.

- 4) **decyzja terapeutyczna** - ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej, zalecenia, wskazówki, poinstruowanie pacjenta, wystawienie recepty i określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) **dostęp** – dostęp o którym mowa w rozporządzeniu AOS;
- 6) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 7) **gabinet diagnostyczno - zabiegowy** – pomieszczenie, w którym wykonywane są świadczenia zabiegowe, spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739);
- 8) **KAOS** – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad świadczenioborcą z chorobą przewlekłą, rozliczana przy pomocy kapitałowej stawki rocznej odrębnie kontraktowana, wykonywana w trybie ambulatoryjnym. Kompleksowa opieka zdrowotna nad świadczenioborcą spełniającym określone kryteria, jest realizowana zgodnie z zasadami określonymi w **załączniku nr 3 część c i część d** do zarządzenia;
- 9) **katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych** – zbiór kategorii specjalistycznych świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym, określonych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;
- 10) **katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych** – zbiór specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, określony w **załączniku nr 5b** do zarządzenia;
- 11) **porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy** – porada udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu;
- 12) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w „Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 13) **rozporządzenie AOS** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 111, poz. 653 z późn. zm.²⁾);

²⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 2016, poz. 1225, Nr 235, poz. 1394, Nr 244, poz. 1459 i Nr 269, poz. 1594 oraz z 2012 r. poz. 1108.

- 14) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100);
- 15) **rozporządzenie Programy** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 z późn. zm.³⁾);
- 16) **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;
- 17) **świadczenie pohospitalizacyjne** – świadczenie realizowane w okresie do trzydziestu dni od dnia zakończenia hospitalizacji przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nią 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 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 ustawy;
- 18) **świadczenie specjalistyczne** – świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy w zakresie zidentyfikowanego problemu zdrowotnego lub ocenę przebiegu leczenia wobec postawionego wcześniej rozpoznania, 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),

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 211, poz. 1643, z 2010 r. Nr 5, poz. 29, Nr 75, poz. 487 i Nr 251, poz. 1688 oraz z 2011 r. Nr 52, poz. 270 i 271, Nr 110, poz. 651, Nr 194, poz. 1152 i Nr 244, poz. 1455 i 1456, Nr 269, poz. 1593 i 1597 i Nr 269, poz. 1598.

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 ustawy;

19) świadczenie specjalistyczne kompleksowe - świadczenie polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia pacjenta (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące:

a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, oraz

b) podjęcie decyzji terapeutycznej – określenie postępowania terapeutycznego, poprzez wskazanie procedur medycznych (diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych) według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9 oraz w uzasadnionych medycznie przypadkach:

– wydanie informacji dla lekarza kierującego/ lekarza POZ, zgodnie z załącznikiem nr 6 do zarządzenia, lub

– podjęcie decyzji o skierowaniu do szpitala w celu realizacji złożonych procedur diagnostycznych i/lub terapeutycznych, lub

– wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ustawy;

20) ustawa – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

21) zakres świadczeń – zakres, o którym mowa w „Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

1) zlecenie zaopatrzenia w wyroby ortopedyczne i środki pomocnicze gwarantowane zgodnie z odrębnymi przepisami oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uprawniającego do uzyskania świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego wystawia się w sposób określony odpowiednio w załączniku nr 1, 4 lub 5 do zarządzenia Prezesa Funduszu

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi;

- 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 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3. Przedmiotem postępowania jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą realizowali świadczenia w zakresach określonych w **załączniku nr 1 część a – c** do zarządzenia.

§ 4. Przedmiotem umów ze świadczeniodawcą w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmujących: świadczenia w poradniach specjalistycznych lub ASDK lub KAOS, jest udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

§ 5. 1. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna umowy zawiera się dla:

- 1) świadczeń w poradniach specjalistycznych w zakresach określonych w **załączniku nr 1 część a** do zarządzenia;
- 2) ASDK w zakresach określonych w **załączniku nr 1 część b** do zarządzenia;
- 3) KAOS w zakresach określonych w **załączniku nr 1 część c** do zarządzenia.

2. Umowa o udzielanie świadczeń zawierana jest z jednym świadczeniodawcą odrębnie w odniesieniu do realizacji: świadczeń w poradniach specjalistycznych oraz ASDK oraz KAOS.

3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) ust. 1 pkt 1, stanowi **załącznik nr 2a** do zarządzenia;
- 2) ust. 1 pkt 2, stanowi **załącznik nr 2b** do zarządzenia;
- 3) ust. 1 pkt 3, stanowi **załącznik nr 2c** do zarządzenia.

4. Dokonanie modyfikacji wzoru umowy wymaga pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. WE L 340 z dnia 16.12.2002 r. str.1 i n., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 6, t.5, str.3, z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są: 85143000-3 Usługi ambulatoryjne, 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, o których mowa w § 4 jest obowiązany, na dzień złożenia oferty oraz przez cały okres obowiązywania umowy spełniać wymagania określone, odpowiednio w **załącznikach nr 3 część a - d** oraz w przepisach odrębnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, powinny być spełnione we wszystkich miejscach udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

3. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, o których mowa w § 4, obowiązany jest spełniać wymagania dotyczące dostępności do świadczeń, określone w § 11.

§ 8. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w poradniach specjalistycznych w zakresach świadczeń obejmujących wykonywanie specjalistycznych świadczeń zabiegowych, określonych w **załącznikach nr 5a, 5b** obowiązany jest posiadać gabinet diagnostyczno – zabiegowy, o ile warunek posiadania takiego gabinetu został określony w rozporządzeniu AOS.

§ 9. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych powinny być realizowane wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych, spełniających wymogi określone w odrębnych przepisach.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące pozostałe zakresy diagnostyki, powinny być realizowane przez świadczeniodawców, spełniających wymogi określone w odrębnych przepisach, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów rozporządzenia AOS i **załącznika nr 8** do zarządzenia.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych, ASDK oraz KAOS

§ 10. 1. Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

2. Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinno być realizowane, gdy do osiągnięcia celu zdrowotnego nie jest konieczna hospitalizacja lub hospitalizacja planowa lub leczenie w trybie jednego dnia.

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

4. 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.

5. Przepisów ust. 4 dotyczących 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 tego świadczenia obejmuje także koszt badań wykonanych w ramach umowy ASDK.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych przez świadczeniodawcę, wymaganej zgodnie z niniejszym zarządzeniem oraz określonej w odrębnych przepisach.

7. Świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

8. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 zdefiniowanych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, przed pobraniem skryningowego rozmazu cytologicznego obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia

badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami opisanymi w tym załączniku.

9. Świadczenia w zakresie neonatologii, wykonywane w poradni neonatologicznej rozliczane są do ukończenia 12 miesiąca życia, z wyjątkiem rozpoznań ICD-10: H35.1 Retinopatia wcześniaków, P05 Opóźniony wzrost płodu i niedożywienie płodu, P07.2 Skrajne wcześniactwo, P07.3 Inne przypadki wcześniactwa wraz z chorobami towarzyszącymi, P21 Zamartwica urodzeniowa, P22 Zespół zaburzeń oddychania noworodka, P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym, P52 Śródczaszkowy nieurazowy krwotok u płodu i noworodka, P77 Martwicze zapalenie jelit płodu i noworodka, P78.0 Okołoporodowa perforacja jelit, P91 Inne zaburzenia mózgowe noworodka, Q25.0 Drożny przewód tętniczy, Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej – w odniesieniu do których możliwe jest rozliczenie tych świadczeń do ukończenia 3 roku życia.

§ 11. 1. Świadczenia w poradniach specjalistycznych, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające kwalifikacje spełniające jednocześnie warunki:

- 1) określone w rozporządzeniu AOS;
- 2) określone w niniejszym zarządzeniu;
- 3) zgodne z deklarowanymi warunkami w ofercie, o ile podlegały ocenie przy wyborze ofert - wymienione w **załączniku nr 2** do umowy, zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w tym załączniku.

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

3. Świadczeniodawca udziela ASDK we wskazanej lokalizacji lub miejscu udzielania świadczeń, zgodnej z adresem komórki organizacyjnej, określonej we właściwym rejestrze, według harmonogramu pracy, określonego w **załączniku nr 2** do umowy.

4. Świadczeniodawca udziela KAOS zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy.

5. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, powinien być tak ustalony, aby: poradnia specjalistyczna była czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym

co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych między godz. 7:30 a 14:00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godz. 14:00 a 20:00.

6. W przypadku braku możliwości zabezpieczenia właściwego dostępu do świadczeń na danym terenie, w związku z deficytem świadczeniodawców określonych specjalności, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić uzupełniające postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z ograniczeniem wymagań określonych w ust. 5.

7. Do postępowania, o którym mowa w ust. 6, nie stosuje się przepisów art. 161b ustawy.

8. Przed wszczęciem postępowania, o którym mowa w ust. 6, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, przekazuje do akceptacji Prezesa Funduszu, informacje dotyczące planowanego postępowania wraz z uzasadnieniem.

9. Harmonogram, o którym mowa w ust. 4, powinien pozostawać w zgodności z warunkami określonymi w **załączniku nr 3 część c i d** do zarządzenia.

10. Przez godziny pracy poradni specjalistycznej, rozumie się czas pracy personelu medycznego: lekarza, logopedy lub ortoptysty, udzielającego świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy.

ROZDZIAŁ 5

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 12. 1. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna stosuje się następujące sposoby rozliczeń: cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt), a w odniesieniu do świadczeń określonych w **załączniku nr 1 część c** do zarządzenia – kapitacyjna stawka roczna.

2. Warunki rozliczania świadczeń są określone w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie, stanowiącej **załącznik nr 2a, 2b lub 2c** do zarządzenia.

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

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kodu rozpoznania zasadniczego według aktualnej wersji ICD-10;

- 2) kodów istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

Dane powinny pozostawać w zgodności z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej.

5. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, świadczeń z katalogu grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, stanowiącego **załącznik nr 5a** do zarządzenia, lub świadczeń z katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 5b** 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. Świadczeniodawca przy rozliczaniu KAOS obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym oprócz zakresu świadczeń:

- 1) kodów rozpoznań według aktualnej wersji ICD-10;
- 2) kodów procedur medycznych według ICD-9.

§ 13. 1. Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w **załącznikach nr 5a i 5b** do zarządzenia.

2. Wartość punktową odpowiadającą poszczególnym świadczeniom ASDK, określa **załącznik nr 1 część b** do zarządzenia.

§ 14. 1. Świadczenia specjalistyczne kompleksowe mogą być rozliczane, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy z problemami zdrowotnymi wcześniej nierozwiązywanych, których nie można było zidentyfikować w trakcie realizacji innych, dotychczasowych świadczeń.

Zmiana postawionej wcześniej diagnozy nie stanowi podstawy do rozliczenia świadczenia specjalistycznego kompleksowego.

2. Świadczenie specjalistyczne kompleksowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.

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

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

5. Nie kwalifikuje się do rozliczenia świadczenia specjalistycznego, dotyczącego tego samego problemu zdrowotnego, udzielonego w danym zakresie świadczeń, przez tego samego świadczeniodawcę, w okresie 30 dni przed wykonaniem świadczenia specjalistycznego kompleksowego.

§ 15. 1. Dowód udzielenia świadczenia stanowi wpis w dokumentacji świadczeniobiorcy, zgodnie z odrębnymi przepisami.

2. Dowód udzielenia specjalistycznego świadczenia zabiegowego stanowi opis zrealizowanej procedury w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegów, zgodnie z odrębnymi przepisami.

§ 16. 1. Przy rozliczaniu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w poradniach specjalistycznych, w danym zakresie, nie uwzględnia 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.

2. Przepisu ust. 1, nie stosuje się do świadczeń w zakresie:

1) onkologii – udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni onkologicznej, oraz w poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) oraz w zakresie chemioterapii;

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

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.

§ 17. 1. ASDK, z wyłączeniem badań endoskopowych przewodu pokarmowego, na które może kierować również lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, wykonywane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub rehabilitacja lecznicza lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

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

3. Świadczenia realizowane w ASDK nie są udzielane w celach orzeczniczych, wyłączone z finansowania ze środków publicznych (związanych z zabezpieczeniem społecznym).

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

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

2. Warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielanie świadczeń zgodnie z postanowieniami określonymi w załączniku nr 3 część c i d, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż raz na 3 miesiące.

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

§ 19. Z dniem 31 grudnia 2012 r. traci moc zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

§ 20. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2013 r.

§ 21. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Agnieszka Pachciarz

Załączniki:

- Załącznik nr 1część a Katalog zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych;
- Załącznik nr 1część b Katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK);
- Załącznik nr 1część c Katalog zakresów świadczeń kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS);
- Załącznik nr 2część a Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- Załącznik nr 2część b Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne;
- Załącznik nr 2część c Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- Załącznik nr 3część a Wymagania dotyczące świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych;
- Załącznik nr 3część b Wymagania wobec pracowni diagnostycznych realizujących świadczenia w ramach ASDK;
- Załącznik nr 3część c Zasady realizacji kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą;
- Załącznik nr 3część d Zasady realizacji kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV);
- Załącznik nr 4 Wzór deklaracji wyboru świadczeniodawcy realizującego KAOS;
- Załącznik nr 5a Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych;
- Załącznik nr 5b Katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych;
- Załącznik nr 6 Schemat zaświadczenia lekarskiego „Informacja dla lekarza kierującego/POZ”;
- Załącznik nr 7 Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- Załącznik nr 8 Warunki realizacji świadczeń