

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

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 zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2.

1. 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;

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 oraz 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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228 oraz Nr 225, poz. 1465, Nr 238 poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz 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 i Nr 171, poz. 1016.

- 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;
- 4) **decyzja terapeutyczna** - ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej, zlecenia, 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 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) albo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 20, poz. 254) obowiązujące do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie tej ustawy;
- 8) **KAOS** – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą rozliczana przy pomocy kapitałowej stawki rocznej odrębnie kontraktowana, wykonywana w trybie ambulatoryjnym, kompleksowa opieka zdrowotna nad świadczeniobiorcą spełniającym określone kryteria, realizowana zgodnie z zasadami opisanymi 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**;
- 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.);
- 14) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259);
- 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.);
- 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 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, do uzyskania którego uprawniony jest świadczeniobiorca 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 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, do uzyskania którego uprawniony jest świadczeniobiorca 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, do uzyskania którego uprawniony jest świadczeniobiorca na podstawie art. 16 Ustawy;
- 20) **Ustawa** – ustawa 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.);
- 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 świadczenia gwarantowane wymienione w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141, z późn. zm.) oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uprawniającego do uzyskania świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego musi być w zgodzie odpowiednio z załącznikami nr 1, 4, i 5 do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i 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 1 część a – część 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 w ramach następujących typów umów:
 - 1) świadczenia 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 oddzielnie w odniesieniu do realizacji: świadczeń w poradniach specjalistycznych oraz ASDK oraz KAOS.
3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym 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. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 6.

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16 grudnia 2002, L 329 z dnia 17 grudnia 2003 r. i L 6 z dnia 20 grudnia 2006 r. i L 74 z dnia 15 marca 2008 r.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, przedmiot umów obejmuje w szczególności:

- 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 musi spełniać wymagania określone odpowiednio w **załącznikach nr 3**

część a, b, c, d oraz w przepisach odrębnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, muszą być spełnione we wszystkich miejscach udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.
3. Świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, o których mowa w § 4, muszą 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** musi posiadać gabinet diagnostyczno – zabiegowy, o ile warunek posiadania takiego gabinetu został zapisany w Rozporządzeniu AOS.

§ 9.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych mogą być realizowane wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych spełniających wymogi określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące pozostałe zakresy diagnostyki mogą być realizowane przez świadczeniodawców spełniających wymogi określone w odrębnych przepisach.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych, ASDK oraz KAOS

§ 10.

1. Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczeniodawca jest zobowiązany 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 wówczas, 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 jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia oraz określonej w odrębnych przepisach.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
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 zobowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami opisanymi w tym załączniku.

§ 11.

1. Świadczenia w poradniach specjalistycznych, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające kwalifikacje spełniające jednocześnie następujące warunki:
 - a) określone w rozporządzeniu AOS,
 - b) określone w niniejszym zarządzeniu,
 - c) zgodne z deklarowanymi warunkami w ofercie, o ile podlegały ocenie przy wyborze ofert,

wykazane w **załączniku nr 2** do umowy, zgodnie z harmonogramem określonym w tym załączniku.

2. W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty realizującego świadczenia zgodnie z umową zawartą z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do poinformowania świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informacja dostępna powinna być 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 spełniać następujące warunki: poradnia specjalistyczna czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godz. 7:30 a 14:00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 14:00 a 20:00.
6. Harmonogram, o którym mowa w ust. 4, powinien spełniać warunki określone w **załączniku nr 3 część c i część d** do zarządzenia
7. 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 określone zostały w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie stanowiącej **załącznik nr 2a lub 2b lub 2c** do zarządzenia.

3. Za 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, uważa się wypełnienie i zatwierdzenie odpowiednich pól aplikacji w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
 - a) kodu rozpoznania zasadniczego według aktualnej wersji ICD-10;
 - b) kodów istotnych procedur medycznych według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.Dane te muszą być zgodne z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej.
5. Świadczeniodawca zobowiązany 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 zobowiązany 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**.
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, wcześniejszych świadczeń.

2. Modyfikacja postawionego wcześniej rozpoznania nie stanowi podstawy do rozliczenia świadczenia specjalistycznego kompleksowego.
3. 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.
4. Nie mogą być wykazywane w raporcie statystycznym procedury (badania), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.
5. Etapy postępowania w ramach świadczeń muszą zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
6. 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. Dowodem udzielenia świadczenia jest odpowiedni wpis w dokumentacji świadczeniobiorcy, zgodnie z odrębnymi przepisami.
2. Dowodem udzielenia specjalistycznego świadczenia zabiegowego jest 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 dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub porad ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba że zapisy **załącznika 5b** stanowią inaczej.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w odniesieniu do świadczeń:
 - a. w zakresie onkologii wykonywanych u tego samego świadczeniobiorcy w tym samym dniu w poradni 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 terapeutycznych programów zdrowotnych oraz w zakresie chemioterapii,

- b. w zakresie onkologii wykonywanych u tego samego świadczeniobiorcy w tym samym 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 terapeutycznych programów zdrowotnych oraz w zakresie chemioterapii,
- c. w zakresie leczenia AIDS wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy przez lekarzy specjalistów w różnych dziedzinach 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 dopuszcza się łącznego rozliczania w ramach danego zakresu określonego w kolumnie nr 3 **załącznika nr 1** część b do zarządzenia - świadczeń oznaczonych różnym kodem jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy.
3. Świadczenia realizowane w ASDK nie mogą dotyczyć celów orzecznicych, wyłączonych z finansowania ze środków publicznych (związanych z zabezpieczeniem społecznym).

§ 18.

Przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia, świadczeniodawca zobowiązany 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 mogą być rozliczane odrębnie w ramach innych zakresów świadczeń udzielonych temu samemu pacjentowi, w sytuacji gdy przyczyną ich wykonania jest rozpoznanie będące podstawą udzielania świadczeń KAOS.

§ 19.

Z dniem 31 grudnia 2011 r. traci moc zarządzenie Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.

§ 20.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r.

§ 21.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes

Narodowego Funduszu Zdrowia

Załączniki:

- Załącznik nr 1 część a Katalog zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych;
- Załącznik nr 1 część b Katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK);
- Załącznik nr 1 część c Katalog zakresów świadczeń kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS);
- Załącznik nr 2 część a Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- Załącznik nr 2 część b Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne;
- Załącznik nr 2 część c Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- Załącznik nr 3 część a Wymagania dotyczące świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych;
- Załącznik nr 3 część b Wymagania wobec pracowni diagnostycznych realizujących świadczenia w ramach ASDK;
- Załącznik nr 3 część c Zasady realizacji kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą;
- Załącznik nr 3 część 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.