

Zarządzenie Nr 62/2009/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 listopada 2009 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⁾ 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 i Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241 i Nr 161, poz. 1278.

- 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) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **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;
- 4) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 5) **porada kompleksowa** – kompleksowe świadczenie opieki zdrowotnej wykonywane w danej poradni specjalistycznej, spełniające kryteria określone w § 12 ust. 2, realizowane przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142);
- 6) **porada recepturowa** – świadczenie obejmujące ordynację leków, którego celem jest kontynuacja leczenia specjalistycznego, powiązana co najmniej z weryfikacją dawek zaordynowanych leków lub zleconego sposobu leczenia, zawierające co najmniej badanie podmiotowe; porada recepturowa nie może być realizowana częściej niż co 14 dni, jak również w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad;
- 7) **porada specjalistyczna** – świadczenie opieki zdrowotnej niespełniające kryteriów porad innych typów, obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe wykonywane przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a w przypadku świadczeń w zakresie logopedii lub

leczenia zezą, także przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, określone w tym rozporządzeniu, oraz inne świadczenia opieki zdrowotnej, których wykonanie realizujący poradę uznał za niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym; w przypadku świadczeń w poradni ortoptycznej obejmuje cykl 5 ćwiczeń ortoptyczno - pleoptycznych, natomiast, w poradni logopedycznej seans rehabilitacji logopedycznej trwający powyżej 30 minut;

- 8) **porada zabiegowo - diagnostyczna** - świadczenie opieki zdrowotnej obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe wraz ze świadczeniem zabiegowym lub diagnostycznym z wykazu określonego w załącznikach Nr 2, 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przeprowadzone przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w tym rozporządzeniu, z wykonaniem - w przypadku wskazań medycznych - innych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych; porada ta rozliczana jest w oparciu o Katalog porad zabiegowo – diagnostycznych stanowiący załącznik nr 5 do zarządzenia;
- 9) **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);
- 10) **rozporządzenie MZ AOS** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 11) **rozporządzenie MZ Programy** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148);
- 12) **świadczenia w poradniach specjalistycznych** - świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w poradniach specjalistycznych i w innych komórkach organizacyjnych lecznictwa ambulatoryjnego lub - w przypadkach uzasadnionych klinicznie - w domu chorego, przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w rozporządzeniu MZ AOS albo inną

osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych wynikające z przepisów odrębnych, określonych szczegółowo w tym rozporządzeniu;

13) **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. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu MZ 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.

1. Przedmiotem umów ze świadczeniodawcą w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna: świadczenia w poradniach specjalistycznych, ASDK oraz KAOS, jest realizacja świadczeń w poszczególnych zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz.
2. Wzory umów o udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 część a, część b i część c do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzorów umów wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

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.

§ 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, 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 umowy o udzielanie świadczeń w poradniach specjalistycznych, musi spełniać wymagania określone w „Wymaganiach dotyczących świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych”, stanowiących załącznik nr 3 część a do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie ASDK musi spełniać wymagania określone w „Wymaganiach wobec

pracowni diagnostycznych”, stanowiących załącznik nr 3 część b do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.

3. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie KAOS musi spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 część c i część d do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.
4. Wymagania, o których mowa w ust. 1 – 3, muszą być spełnione we wszystkich miejscach udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.
5. Świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, o których mowa w ust. 1,- 3, muszą spełniać wymagania dotyczące dostępności do świadczeń, określone w § 10.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych, ASDK oraz KAOS

§ 8.

1. Koszty wykonanych badań, z wyłączeniem ASDK, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponosi świadczeniodawca.
2. 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.
3. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w poradni ginekologiczno – położniczej, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 zdefiniowanych w Katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych, określonych w załączniku nr 5 do zarządzenia, przed pobraniem rozmazu cytologicznego zobowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami opisanymi w tym załączniku.

§ 9.

1. Świadczenia, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby wykazane w załączniku nr 2 do umowy.
2. W przypadku nieobecności lekarza 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.

§ 10.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń w poradniach specjalistycznych zgodnie z harmonogramem pracy poradni, określonym w załączniku nr 2 do umowy.
2. Świadczeniodawca udziela ASDK w zakładzie opieki zdrowotnej, we wskazanej lokalizacji i miejscu udzielania świadczeń, zgodnej z adresem komórki organizacyjnej określonym w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej, według harmonogramu pracy, określonego w załączniku nr 2 do umowy.
3. Świadczeniodawca udziela KAOS zgodnie z harmonogramem pracy poradni, określonym w załączniku nr 2 do umowy.
4. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać następujące warunki: poradnia specjalistyczna czynna nie krócej niż trzy razy 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, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 14 a 20, chyba że w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy strony przyjmą harmonogram pracy poradni, odpowiadający ustalonej liczbie świadczeń.
5. Harmonogram, o którym mowa w ust. 3, powinien spełniać warunki określone w załączniku nr 3 część c i część d do zarządzenia.
6. Świadczeniodawca zobowiązany jest w przypadkach uzasadnionych klinicznie, do udzielania świadczeń w formie porad domowych.

§ 11.

1. Świadczenia w poradniach specjalistycznych, obejmują następujące czynności świadczeniodawcy:
 - 1) badanie lekarskie: podmiotowe i przedmiotowe, przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania;
 - 2) udzielanie albo zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz wykazem zawartym w rozporządzeniu MZ AOS, ordynowanie koniecznych leków i zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
 - 3) 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 138, poz. 1141) z przepisami tego rozporządzenia oraz dokumentowanie w historii choroby świadczeniobiorcy 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 aktualnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi;
 - 4) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowskie lub rehabilitację leczniczą;
 - 5) orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 6) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
 - 7) wykonywanie badań profilaktycznych.
2. Świadczenia w poradniach specjalistycznych, kwalifikowane są jako:
 - 1) porada kompleksowa - kod: 5.01.01.2000001;
 - 2) porada specjalistyczna - kod: 5.01.01.2000002;
 - 3) porada recepturowa - kod: 5.01.01.2000003;
 - 4) porada zabiegowo-diagnostyczna - zgodnie z załącznikiem nr 5 do zarządzenia.

§ 12.

1. Porada kompleksowa obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykonane zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej wraz z przeprowadzeniem niezbędnych procedur diagnostycznych oraz terapeutycznych wymienionych w rozporządzeniu MZ AOS, których wykonanie, w celu postawienia diagnozy lub kontynuacji leczenia, lekarz uznał za niezbędne. W ramach tej porady lekarz specjalista zobowiązany jest określić zasady dalszego postępowania leczniczego i wydać zaświadczenie lekarskie przeznaczone dla lekarza kierującego, a w przypadkach realizacji świadczeń bez skierowania - dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod którego opieką pozostaje świadczeniobiorca.
2. Kwalifikacja do porady kompleksowej dokonywana jest w trakcie porady lekarskiej, podczas której wydawane jest zaświadczenie, którego schemat określony jest w załączniku nr 6 do zarządzenia. Kopia zaświadczenia, jak również wyniki wykonanych badań, rejestrowane są w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
3. Porada kompleksowa, wykonywana w odniesieniu do świadczeniobiorcy objętego opieką danej poradni specjalistycznej, nie może być rozliczana częściej niż co 12 miesięcy (w odniesieniu do miesiąca realizacji), z zastrzeżeniem, że:
 - 1) świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa udzielane kobietom w ciąży, mogą być wykazane dodatkowo czterokrotnie w odstępach czasowych wynikających ze wskazań klinicznych;
 - 2) świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej udzielane świadczeniobiorcom z rozpoznaniem choroby nowotworowej, mogą być wykazane dwukrotnie w tym przedziale czasowym w odstępach wynikających ze wskazań klinicznych.
4. Kwalifikacja do porady zabiegowo-diagnostycznej dokonywana jest w trakcie porady, podczas której nastąpiło odnotowanie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy wykonania świadczenia.

§ 13.

ASDK, z wyłączeniem badań endoskopowych przewodu pokarmowego, na które może kierować również lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, wymagają skierowania lekarza, który:

- 1) zawarł umowę z Funduszem lub
 - 2) wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem
- o udzielanie świadczeń w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub rehabilitacja lecznicza lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

ROZDZIAŁ 5

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń

§ 14.

1. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna stosuje się następujące sposoby rozliczeń: cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punktu), 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 2 do zarządzenia.
3. Za przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, w przypadku świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000060, wyszczególnionych w Katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych, stanowiącym załącznik nr 5 do zarządzenia, uważa się wypełnienie i zatwierdzenie odpowiednich pól aplikacji w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki.

§ 15.

1. Ustala się liczbę punktów odpowiadającą poszczególnym typom porad:
 - 1) porada kompleksowa - 9 punktów;
 - 2) porada recepturowa - 2 punkty;
 - 3) porada specjalistyczna - 4 punkty;
 - 4) porada zabiegowo-diagnostyczna – zgodnie z załącznikiem nr 5 do zarządzenia.
2. Wartość punktową odpowiadającą poszczególnym świadczeniom ASDK określa załącznik nr 1 część b do zarządzenia.

§ 16.

Dowodem udzielenia świadczenia zabiegowo-diagnostycznego jest opis zrealizowanego zabiegu lub badania w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegowej.

§ 17.

1. Przy rozliczaniu świadczeń w poradniach specjalistycznych w danym zakresie, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania porad różnych typów ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba, że przepisy załącznika nr 5 do zarządzenia stanowią inaczej.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w odniesieniu do świadczeń w zakresie onkologii wykonywanych u tego samego świadczeniobiorcy w tym samym dniu w poradni onkologicznej (ginekologii onkologicznej) oraz poradni chemioterapii lub 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.

3. Przy rozliczaniu porad z Katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych określonych w załączniku nr 5 do zarządzenia, dopuszcza się możliwość łączenia ze sobą różnych, oznaczonych różnym kodem, procedur wykonanych w trakcie jednej porady udzielanej świadczeniobiorcy, natomiast rozliczanie ich wielokrotności, dopuszczalne jest zgodnie z zapisami zawartymi w tym załączniku.

§ 18.

1. 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.

2. Świadczenia wymienione w załączniku nr 3 część c i d do zarządzenia udzielane świadczeniobiorcy objętemu KAOS, w tym porady specjalistyczne, ASDK, nie mogą być rozliczane odrębnie w ramach innych zakresów świadczeń udzielonych temu samemu świadczeniobiorcy, w sytuacji gdy przyczyną ich wykonania jest rozpoznanie będące podstawą udzielania świadczeń KAOS .

§ 19.

Z dniem 31 grudnia 2009 r. traci moc zarządzenie Nr 80/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 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 2010 r.

§ 21.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Paszkiewicz