

**ZARZĄDZENIE Nr 132/2019/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 1 października 2019 r.

**zmieniające zarządzenie 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:

**§ 1.** W zarządzeniu 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, zmienionym zarządzeniem Nr 91/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1:

a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) **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;

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726 i 1818.

b) pkt 11 otrzymuje brzmienie:

„11) **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;”,

c) po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:

„12a) **kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)** – 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;”,

d) pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) **pogłębiona diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego oraz produktów do sumowania;”,

e) pkt 31 otrzymuje brzmienie:

„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;”,

2) w § 11 uchyla się ust. 5;

3) w § 12:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. 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 pacjentom 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 pacjentom 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.”,

b) ust. 6 - 8 otrzymują brzmienie:

„6. W przypadku wykonywania świadczeń wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, rozliczanie świadczeń następuje wyłącznie z wykorzystaniem diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz produktów do sumowania, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, odpowiednich dla rozpoznania wstępnego.

7. Świadczeniodawca, który przeprowadził wstępną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu wstępnej diagnostyki onkologicznej oraz produktów

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

8. Świadczeniodawca, który przeprowadził pogłębioną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu pogłębionej diagnostyki onkologicznej oraz produktów do sumowania na zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.”,

c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. 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.”,

d) ust. 14 - 16 otrzymują brzmienie:

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

- 1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02,
- 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia,
- 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia

- wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

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

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

**nr 5b** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu,

3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, wskazanych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia

- wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,3.

16. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w zakresach: alergologii, endokrynologii, kardiologii i neurologii wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.”,

e) dodaje się ust. 20 i 21 w brzmieniu:

„20. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, udzielonych świadczeniobiorcom objętym kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers), jeżeli świadczenia te związane są z diagnostyką i monitorowaniem nowotworu piersi.

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

4) w § 14:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie preluksacji rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Przy rozliczaniu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w poradniach specjalistycznych w danym zakresie, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub porad ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba że postanowienia **załącznika nr 5b lub 5c** do zarządzenia stanowią inaczej.”;

- 5) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 6) w załączniku nr 2 części b w § 4 ust. 9 otrzymuje brzmienie:  
 „9. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).”;
- 7) w załączniku nr 5a do zarządzenia w części „zabiegowe” uchyla się lp. 557;
- 8) w załączniku nr 5b do zarządzenia dodaje się lp. 28 w brzmieniu:

”

28.	5.05.00.0000101	wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	1	zał. nr 3 lp. 370	świadczenie do sumowania w zakresie: onkologii, leczenia AIDS, urologii, urologii dziecięcej, rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/rachunkiem). Obejmuje koszt produktu leczniczego. Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.2900.
-----	-----------------	--------------------------------------------	---	-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

”

;

- 9) załącznik nr 5c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 10) dodaje się załącznik nr 5d w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 11) w załączniku nr 7 do zarządzenia w części „Z Specjalistyczne świadczenia zabiegowe” w grupie „Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107” uchyla się wiersz:

”

99.2900	Wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	2
---------	--------------------------------------------	---

”

**§ 2.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

**§ 3.** 1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

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

**§ 5.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Z up. p.o. Prezesa  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
Zastępca Prezesa ds. Medycznych  
Bernard Waśko**