

**ZARZĄDZENIE NR 64/2024/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 2 lipca 2024 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 2024 r. poz. 146) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.<sup>1)</sup>), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 12:

a) w ust. 18 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, określonym w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczeń o kodach 5.05.00.0000111, 5.05.00.0000112, 5.05.00.0000113”,

b) w ust. 19 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, określonym w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu oraz świadczeń o kodach 5.05.00.0000111, 5.05.00.0000112, 5.05.00.0000113”,

c) ust. 24 otrzymuje brzmienie:

„24. 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 ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02 lub specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia z wyłączeniem świadczeń o kodach 5.05.00.0000111, 5.05.00.0000112, 5.05.00.0000113, 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 oraz

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.”;

2) załącznik nr 5b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

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

---

<sup>1)</sup>Zmienionym zarządzeniem Nr 103/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 lipca 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 2/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2024 r.

§ 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 stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2024 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak  
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

Załącznik do zarządzenia Nr 64/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 lipca 2024 r.

KATALOG SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ODRĘBNYCH						
lp.	kod	nazwa świadczenia rozliczanego	wartość punktowa	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem AOS określone w:	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem Programy określone w:	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania świadczeń
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	5.05.00.0000062	badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry wykonywane dodatkowo w trakcie porady realizowanej z innych przyczyn	17	zał. Nr 2 IX lp. 24		* finansowanie obejmuje świadczenie uwzględniające opisane pod tabelą procedury * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn - możliwość sumowania z innym typem porady
2.	5.05.00.0000061	badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry stanowiące jedyny cel porady	46	zał. Nr 2 IX lp. 24		* finansowanie obejmuje świadczenie uwzględniające opisane pod tabelą procedury * rozliczane w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i stanowi jedyny cel porady
3.	5.05.00.0000077	badanie wzroku w kierunku retinopatii u wcześniaków urodzonych przed 32 tyg. ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g lub niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii	152	zał. Nr 2 IX lp. 25		
4.	5.05.00.0000060	pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	24		zał. Nr 2 lp. 2-etap podstawowy	* świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu: Programy; * szczegółowe warunki finansowania określone są poniżej tabeli * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn - możliwość sumowania z innym typem porady, z wyłączeniem diagnostycznych pakietów onkologicznych
5.	5.05.00.0000064	monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki/trzustki/wątroby	201			finansowanie obejmuje pakiet badań kontrolnych, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, rozliczany nie częściej niż raz na kwartał.
6.	5.05.00.0000051	wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu	201			finansowanie obejmuje pakiet badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach; porada rozliczana jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego
7.	5.05.00.0000052	kompleksowa kwalifikacja do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu	123			finansowanie obejmuje pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach
8.	5.05.00.0000047	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie nerki	219			finansowanie obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
9.	5.05.00.0000048	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki	287			finansowanie obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
10.	5.05.00.0000079	kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne	1258			rozliczanie procedury następuje z wykorzystaniem zasad opisanych poniżej tabeli
11.	5.05.00.0000080	kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu	104			porada wykonywana na warunkach zgodnych z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy
12.	5.05.00.0000066	posiew z antybiogramem w kierunku Mycobacterium	75	zał. Nr 2 IX lp. 3		* finansowanie za każdy posiew * możliwość sumowania z innym typem porady
13.	5.03.00.0000021	wykrywanie RNA/ DNA za pomocą badań molekularnych (PCR/ PFGE)	309	zał. Nr 2 I		
14.	5.05.00.0000085	okresowa kompleksowa kwalifikacja do dalszego uprawiania sportu	201			świadczenie rozliczane jako okresowe badanie lekarskie co dwa lata niezależnie od podmiotu wykonującego (zgodnie z wykazem badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach)
15.	5.05.00.0000110	Kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania/podejrzenia rzadkiej choroby genetycznej	114	zał. Nr 1 lp. 21		produkt rozliczeniowy obejmuje: - analizę i aktualizację zebranego wywiadu chorobowego i rodzinnego z konstrukcją graficzną rodowodu, oraz - analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz - analizę wyników badania fizykalnego z uwzględnieniem specyfiki danej choroby rzadkiej, w tym dokładnej oceny dysmorfologicznej (w tym badania antropometrycznej), oraz - sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta oraz - analizę dokumentacji fotograficznej pacjenta i członków jego rodziny z zastosowaniem programów analizujących cechy dysmorficzne (jeśli ma zastosowanie) oraz - ocenę wyników specjalistycznych analiz genetycznych przeprowadzoną z wykorzystaniem genetycznych baz danych, w szczególności: London Dysmorphology Database, POSSUM, Face2Gene, OMIM oraz - postawienie rozpoznania przyczynowego/rozpoznanie klinicznego u pacjenta oraz - określenie ryzyka/prawdopodobieństwa powtórzenia się choroby dla potomstwa i innych krewnych pacjenta oraz - opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania, rokowania, wpływu zmiany genetycznej na innych członków rodziny (z uwzględnieniem wskazań do badań genetycznych), dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego oraz - weryfikację lub nadanie kodu ORPHA (w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby rzadkiej)

16.	5.05.00.0000088	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	229				
17.	5.05.00.0000089	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg	152				
18.	5.05.00.0000090	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg	152				
19.	5.05.00.0000091	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg	181			świadczenie wykonywane zgodnie z postanowieniami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej. Rozliczenie świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu. Świadczenie nie może być rozliczane w przypadku realizacji umowy, której przedmiotem jest Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.	
20.	5.05.00.0000092	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg	152				
21.	5.05.00.0000093	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg	152				
22.	5.05.00.0000094	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg	152				
23.	5.05.00.0000095	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg	152				
24.	5.05.00.0000097	podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży	1	zał. Nr 3 lp. 483			świadczenie do sumowania w zakresie położnictwo i ginekologia, rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu faktur/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 300 mcg/2ml (1500 IU) określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia <sup>7)</sup> z uwzględnieniem przepisów art. 9 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. 2022 poz. 463). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.
25.	5.05.00.0000098	świadczenie kontrolne końcowe	6				świadczenie do sumowania wyłącznie z odpowiednią grupą świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych wskazanych w zał. nr 5a do zarządzenia w zakresach: świadczenia w zakresie choroby wewnętrznej lub w świadczenia w zakresie pediatria. Rozliczane jednorazowo razem z poradą kończąca ambulatoryjną opiekę pohospitalizacyjną, obejmujące wskazanie dalszego trybu opieki: - 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.
26.	5.05.00.0000099	cukrzyca monogenowa - porada korygująca terapię	63	zał. nr 3 lp. 917		rozliczanie maksymalnie dwukrotnie u danego dziecka niezależnie od świadczeniodawcy	
27.	5.05.00.0000100	cukrzyca monogenowa - konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie genetyki klinicznej	63	zał. nr 3 lp. 917		rozliczanie maksymalnie jednokrotnie niezależnie od świadczeniodawcy	
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 faktur/ rachunkiem). Obejmuje koszt produktu leczniczego. Brak możliwości rozliczania z grupą Z114.	
29.	5.05.00.0000102	ustalenie planu opieki specjalistycznej w ramach POZ	44			* świadczenie do sumowania z odpowiednim diagnostycznym pakietem specjalistycznym, przy przekazaniu pacjenta do objęcia dalszą opieką przez lekarza POZ, w sytuacji zdiagnozowania przewlekłej choroby o stabilnym przebiegu, zgodnie z załącznikiem nr 5f do zarządzenia, * świadczenie do sumowania z odpowiednią grupą świadczeń wskazanych w załączniku nr 5a do zarządzenia kończąca przewlekłą opieką w poradni specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą o stabilnym przebiegu, przy przekazaniu go do objęcia dalszą opieką przez lekarza POZ, zgodnie z załącznikiem nr 5f do zarządzenia.	
30.	5.05.00.0000103	ustalenie planu opieki w ramach ambulatoryjnej opieki pielęgnarskiej lub położnej	11	zał. nr 1a lp. 1-4		* świadczenie do sumowania z odpowiednią grupą świadczeń specjalistycznych W lub zabiegowych Z w zakresach: chirurgii ogólnej, diabetologii, kardiologii oraz położnictwa i ginekologii, * świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS	
31.	5.05.00.0000106	znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172	zał. nr 7 lp. 1-4		* świadczenie do sumowania z procedurami: 44.161, 44.162, 44.13, 45.231, 45.253, 45.131, 45.16, 45.239, 45.42 w ramach: - zakresów świadczeń: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroskopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, - odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego, nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona,  * świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach: - świadczenia zabiegowego Z32, - odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego,  * świadczenie do sumowania z procedurą badania tomografii komputerowej (TK) w ramach: - zakresu świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona,  Kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaszczykowego lub parkinsonowskiego).  * wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12	

32.	5.05.00.0000107	znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270	zał. nr 7 lp. 1-4	<p>* świadczenie do sumowania z procedurą badania rezonansu magnetycznego (RM) w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zakresu świadczeń: badania rezonansu magnetycznego (RM),</li> <li>- pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej,</li> <li>- 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne,</li> <li>- 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia,</li> <li>- 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona,</li> </ul> <p>Kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek do 12 roku życia włącznie lub</li> <li>2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub</li> <li>3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub</li> <li>4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub</li> <li>5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaśawiczego lub parkinsonowskiego).</li> </ol> <p>* wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12</p>
33.	5.05.00.0000105	konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75	zał. nr 1 lp. 68	<p>* świadczenie do sumowania z procedurami: 44.161, 44.162, 44.13, 45.231, 45.253, 45.131, 45.16, 45.239, 45.42 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zakresów świadczeń: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia,</li> <li>- odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego, nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego,</li> <li>- 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona,</li> </ul> <p>* świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- świadczenia zabiegowego Z32,</li> <li>- odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego,</li> </ul> <p>* świadczenie do sumowania z procedurami badań tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zakresów świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK) lub badania rezonansu magnetycznego (RM),</li> <li>- pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej,</li> <li>- 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne,</li> <li>- 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia,</li> <li>- 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona,</li> </ul> <p>Kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach o kodzie: 5.05.00.0000106 albo 5.05.00.0000107.</p> <p>* porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2022 poz. 392), rozliczeniu podlega porada, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania.</p>
34.	5.05.00.0000111	Kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania rzadkiej choroby genetycznej realizowana w Ośrodku Eksperskim Chorób Rzadkich (OECR)	326	zał. Nr 1 lp. 21	<p>*produkt rozliczeniowy obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analizę i aktualizację zebranego wywiadu chorobowego i rodzinnego z konstrukcją graficzną rodowodu, oraz</li> <li>- analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz</li> <li>- analizę wyników badania fizykalnego z uwzględnieniem specyfiki danej choroby rzadkiej, w tym dokładnej oceny dysmorfologicznej (w tym badań antropometrycznych), oraz</li> <li>- sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta (jeżeli nie została sporządzona wcześniej), oraz</li> <li>- analizę dokumentacji fotograficznej pacjenta i członków jego rodziny z zastosowaniem programów analizujących cechy dysmorficzne (jeśli ma zastosowanie) oraz</li> <li>- ocenę wyników specjalistycznych analiz genetycznych przeprowadzoną z wykorzystaniem genetycznych baz danych, w szczególności: London Dysmorphology Database, POSSUM, Face2Gene, OMIM oraz</li> <li>- ocenę wyników wysokoprępowych badań genomowych z zastosowaniem specjalistycznych baz danych genomowych w szczególności: Decipher, HPO, HGMD, ClinVar, gnomAD oraz ocenę korelacji genotyp-fenotyp na podstawie bieżącego piśmiennictwa światowego i z wykorzystaniem genetycznych baz danych, takich jak OMIM, Orphanet, HPO, HGMD, ClinVar (jeśli zostały wykonane), oraz</li> <li>- postawienie rozpoznania przyczynowego u pacjenta oraz</li> <li>- określenie ryzyka/prawdopodobieństwa powtórzenia się choroby dla potomstwa i innych krewnych pacjenta oraz</li> <li>- opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania, rokowania, wpływu zmiany genetycznej na innych członków rodziny (z uwzględnieniem wskazań do badań genetycznych), dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego,</li> <li>- weryfikację lub nadanie kodu ORPHA; uzasadnienie</li> </ul> <p>*rozliczanie w poradni genetycznej będącej w strukturze OECR;</p> <p>*rozliczanie jeden raz w przebiegu opieki nad pacjentem;</p> <p>*rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej zakodowanym kodem ORPHA</p> <p>*w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych</p>
35.	5.05.00.0000112	Kompleksowa ocena specjalistyczna u pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja realizowana w Ośrodku Eksperskim Chorób Rzadkich (OECR)	193		<p>*produkt rozliczeniowy obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zebranie wywiadu chorobowego i rodzinnego, oraz</li> <li>- analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz</li> <li>- sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta (jeśli dotyczy - tj. stwierdzone są szczególne cechy fenotypu i jeżeli nie została sporządzona wcześniej), oraz</li> <li>- badanie fizykalne pacjenta z uwzględnieniem badania internistycznego oraz badania narządowo-specyficznego, np. badania neurologicznego, oceny narządu ruchu, oraz</li> <li>- opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania ostatecznego lub wstępnego, rokowania, dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, opieki proaktywnej, jeśli dotyczy, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego</li> <li>- postawienie rozpoznania klinicznego u pacjenta oraz</li> <li>- weryfikację lub nadanie kodu ORPHA; uzasadnienie</li> </ul> <p>*rozliczanie w poradni specjalistycznej będącej w strukturze OECR;</p> <p>*rozliczanie jeden raz w OECR danej specjalności;</p> <p>*rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej, zakodowanym kodem ORPHA zgodnym z obszarem eksperckim poradni specjalistycznej</p> <p>*w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych</p>

36.	5.05.00.0000113	Kontrolna ocena stanu zdrowia pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja specjalistyczna realizowana w Ośrodku Ekspertkim Chorób Rzadkich (OECR)	145		<p>*produkt rozliczeniowy obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktualizację wywiadu chorobowego dotyczącą okresu od poprzedniej wizyty w tym: analizę powstałej w tym czasie dokumentacji medycznej, wyników badań diagnostycznych, postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego</li> <li>- przygotowanie pisemnej opinii o stanie zdrowia pacjenta i zalecanym postępowaniu dla lekarza POZ lub innego lekarza kierującego</li> </ul> <p>*rozliczanie w poradni specjalistycznej będącej w strukturze OECR;</p> <p>*rozliczanie nie częściej niż raz na 12 miesięcy;</p> <p>*rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej, zakodowanej kodem ORPHA zgodnym z obszarem ekspertkim poradni specjalistycznej, niewymagającego stałego leczenia w OECR.</p> <p>*w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych</p>
<p><sup>1)</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu.</p>					

**· Lp. 1 i 2 badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania jaskry**

Produkt rozliczeniowy uwzględnia wykonanie wymienionych niżej procedur:

1. przeprowadzenie wywiadu w kierunku jaskry;
2. przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki i objawów jaskry;
3. badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego;
4. badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza (zalecane także wykonanie pomiaru centralnej grubości rogówki);
5. badanie kąta przesączania- gonioskopia przy użyciu trójustra Goldmana;
6. określenie trybu dalszego postępowania, w zależności od wyniku badania.

**· Lp. 4 pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego**

Produkt rozliczeniowy uwzględnia co najmniej:

1. zarejestrowanie, nie później niż w dniu badania, w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia skryningiem kobiety z populacji wskazanej w lp. 2 załącznika do rozporządzenia Programy, oraz wypełnienie ankiety w SIMP;
2. pobranie materiału do badania i przygotowanie preparatu (w przypadku, kiedy próbka nie nadaje się do oceny mikroskopowej, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania. Dopuszcza się odsetek rozmazów nie nadających się do oceny na
3. przeprowadzenie edukacji w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;
4. wystawienie preparatu do pracowni diagnostycznej wylonionej przez Fundusz w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostycznego Programu profilaktyki raka szyjki macicy. Oddział wojewódzki NFZ właściwy terytorialnie dla siedziby świadczeniodawcy
5. w przypadku nieprawidłowego wyniku, konieczne jest poinformowanie pacjentki, wydanie wyniku wraz z decyzją, co do dalszego postępowania – objęcie leczeniem lub, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania, skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne
6. wpisanie zaleceń dla pacjentki odnośnie dalszego trybu postępowania w aplikacji SIMP.

**· Lp. 10 kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badanie wstępne**

Produkt rozliczeniowy uwzględnia spełnienie poniższych warunków:

1. rozliczanie jeden raz u danego świadczeniobiorcy z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek - bez względu na rodzaj świadczeń. Przy kwalifikacji do kolejnego przeszczepu, warunek stosuje się odpowiednio;
2. zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz nefrologii;
3. zapewnienie i wykonanie w ramach procedury niezbędnych porad specjalistycznych związanych z kwalifikacją do przeszczepu nerki;
4. wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań oraz porad specjalistycznych;
5. dokumentacja związana ze zgłoszeniem potencjalnego biorcy do ośrodka kwalifikującego do przeszczepu włączona do historii choroby.

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146).

Przedmiotowe zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, polegające na:

1) dodaniu nowych produktów rozliczeniowych dla Ośrodków Eksperskich Chorób Rzadkich:

a) 5.05.00.0000111 Kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania rzadkiej choroby genetycznej realizowana w Ośrodku Eksperskim Chorób Rzadkich (OECR),

b) 5.05.00.0000112 Kompleksowa ocena specjalistyczna u pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja realizowana w Ośrodku Eksperskim Chorób Rzadkich (OECR),

c) 5.05.00.0000113 Kontrolna ocena stanu zdrowia pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja specjalistyczna realizowana w Ośrodku Eksperskim Chorób Rzadkich (OECR)

- które będą realizowane przez poradnie specjalistyczne w Ośrodkach Eksperskich Chorób Rzadkich na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi (z wyłączeniem chorób onkologicznych w przypadku osób powyżej 18. r.ż.);

2) modyfikacji produktu rozliczeniowego „5.05.00.0000087 - kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania rzadkiego zespołu genetycznego”.

Wprowadzenie dodatkowego finansowania dla porad konsultacyjnych realizowanych przez Ośrodki Eksperskie Chorób Rzadkich (OECR) wynika z prac Rady ds. Chorób Rzadkich powołanej przez Ministra Zdrowia na podstawie uchwały Nr 110 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich (M.P. poz. 883).

Opis i zakres nowych świadczeń opracowano z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i członków Rady ds. Chorób Rzadkich. Świadczenia zostały wycenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Ponadto, niniejszym zarządzeniem zmodyfikowano opis i zakres dotychczasowego świadczenia rozliczanego w zakresie genetyki „kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania rzadkiego zespołu genetycznego” doprecyzowując, że konsultacja może być także rozliczana w przypadku podejrzenia choroby rzadkiej. Z uwagi na zmianę nazwy świadczenia, w celu zachowania spójności statystyczno-sprawozdawczej zmieniono w zarządzeniu także kod świadczenia.

Szacowany roczny skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wynosi około 83 mln zł, przy czym z powodu braku szczegółowych danych o liczbie świadczeń udzielanych osobom z chorobami rzadkimi, wartość ta może być wyższa.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i ma zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 lipca 2024 r.

Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ramach konsultacji 6 podmiotów wyraziło opinię, z czego 3 z nich zgłosiły uwagi do projektu zarządzenia. Uwagi głównie dotyczyły opisów świadczeń i częstotliwości ich rozliczania oraz dziedzin medycyny (rozpoznań), w których świadczenia mogą być rozliczane tj. wyłączenia chorób onkologicznych w przypadku osób dorosłych. Część z nich została uwzględniona w zakresie niekolidującym z wytycznymi określonymi przez AOTMiT w wycenie świadczeń.

Z uwagi na uwzględnienie w projekcie zarządzenia istotnej zmiany, jaką jest wyłączenie chorób onkologicznych w przypadku osób dorosłych, projekt ponownie został poddany konsultacjom zewnętrznym zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.).

W ramach 2 tury konsultacji 7 podmiotów wyraziło opinię, z czego 2 z nich zgłosiły uwagi do projektu zarządzenia. Jedna z uwag dotyczyła częstotliwości rozliczania świadczeń, druga nie dotyczyła przedmiotu zarządzenia. Uwagi nie zostały uwzględnione.