

Zarządzenie nr/2009/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2009 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art.146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz 159 ust. 2 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:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionym zarządzeniem nr 12/2009/DSOZ z dnia 11 lutego 2009 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 9:

a) ust. 17 otrzymuje brzmienie:

„ 17. W warunkach ambulatoryjnych, w cyklu terapeutycznym Fundusz finansuje do 10 dni zabiegowych, nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadkach medycznie uzasadnionych lekarz kierujący może wypisać skierowanie jednocześnie na dwa cykle zabiegowe.”,

b) ust. 20 otrzymuje obrzmienie:

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 i Nr 38, poz. 299.

„20. Lekarz poz może wystawiać zadeklarowanym pacjentom skierowania na rehabilitację ogólnoustrojową oraz rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, realizowaną w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji.”;

2) w § 12 po ust. 2 dodaje się ust. 2a – 2c w brzmieniu:

„ 2a. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, nie jest stosowany w okresie korzystania przez świadczeniobiorcę z rozpoznaną cukrzycą, z opieki w tym zakresie, realizowanej w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS).

2b. Podstawę, prowadzonej przez Oddział Funduszu weryfikacji, w celu ustalenia zasadności finansowania deklaracji wyboru lekarza poz, stawką kapitacyjną z zastosowaniem współczynnika korygującego 3,0 stanowią, za dany okres sprawozdawczy, raporty z deklaracji wyboru KAOS, złożone przez świadczeniobiorców w związku z leczeniem cukrzycy, sprawozdawane przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielających świadczeń w tym zakresie. W ramach kwalifikacji pacjenta do grupy deklaracji POZ ze współczynnikiem 3,0, dokonuje się sprawdzenia w oparciu o dane z raportów statystycznych o poradach udzielonych w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia, dla których świadczeniodawcy wskazali cukrzycę jako przyczynę udzielonego świadczenia. Pozytywnie kwalifikowane są tylko te porady, których data wykonania jest wcześniejsza lub równa dacie złożenia przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru KAOS.

2c. Świadczeniodawca otrzymuje w raporcie zwrotnym z weryfikacji deklaracji, o której mowa w ust. 5 pkt 4-5, informację o znajdujących się na jego liście świadczeniobiorcach z rozpoznaną cukrzycą, objętych z przyczyny tej choroby, opieką w zakresie: kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS).”;

3) w § 56 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Przepisy § 13-18 obowiązują od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r.

3. Przepisy § 27-37 obowiązują od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r.”.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2009 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1:

- 1) lit.a, który wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 marca 2009 r. ;
- 2) lit.b, który wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 czerwca 2009 r.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz