

Zarządzenie Nr 79/2008/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 13 października 2008 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 oraz art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz.1027), zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, (tekst jednolity ogłoszony załącznikiem do zarządzenia nr 26/2008/DSOZ z dnia 9 maja 2008 r.), zmienionym zarządzeniem Nr 51/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2008 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zwanym dalej „Warunkami zawarcia umów”, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 11 warunków zawarcia umów:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, roczna stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do: grupy wiekowej w której świadczeniobiorca się znajduje lub charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy lub, w przypadku leczenia niektórych chorób przewlekłych, odpowiednim dla zdefiniowanej rozpoznaniem, wg klasyfikacji ICD-10, przyczyny udzielonej porady/udzielonych porad:

1) osoba, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby

układu krążenia – współczynnikiem 3,0

- 2) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 0 do 6 roku życia – współczynnikiem 1,6;
- 3) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 7 do 19 roku życia – współczynnikiem 1,19;
- 4) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 20 do 65 roku życia – współczynnikiem 1,0;
- 5) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie powyżej 65 roku – współczynnikiem 1,75;
- 6) osoba nie wymieniona w pkt 1, podopieczna/y DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 2,5.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2. Należność stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach i kapitałowych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2.”,

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 5, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie przekazanych przez świadczeniodawcę, w terminach zgodnych z postanowieniami umowy:

- 1) raportów statystycznych z porad udzielonych osobom opisanym w ust. 2 pkt 1 w 3 (trzech) poprzednich okresach sprawozdawczych,
- 2) oraz bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania.”,

d) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Dane, o których mowa w ust. 6, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym: raporty statystyczne, o których mowa w ust. 6 pkt 1, dotyczące kolejno następujących po sobie okresów sprawozdawczych – za każdy miesiąc, do 10 dnia danego miesiąca za poprzedni okres sprawozdawczy; informację o aktywnych

deklaracjach wyboru, o której mowa w ust. 6 pkt 2 – do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez NFZ lista ta jest ostateczna, za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli deklaracji posiadanych przez świadczeniodawcę i/lub dokumentacji medycznej wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

2) § 23 ust.1 otrzymuje brzmienie:

„1. Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci i młodzieży objętymi obowiązkiem nauki, którzy nie ukończyli 19 roku życia, w szczególności z zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą, w środowisku nauczania i wychowania, określonych w odrębnych przepisach.”

3) § 24 ust.1 otrzymuje brzmienie:

„1. Na jedną pielęgniarkę szkolną nie powinno przypadać więcej niż 1 100 uczniów. Pielęgniarka szkolna obejmuje w środowisku nauczania i wychowania opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od klasy „0” (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z zastrzeżeniem przepisu § 23 ust.1.

4) załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku (ze zmianami) otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

5) w umowie stanowiącej załącznik nr 19 do warunków zawarcia umów:

a) w § 1, w ust.1, w pkt 1, lit.a otrzymuje brzmienie:

„a) świadczenia lekarza w POZ – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 11 ust. 2 warunków zawarcia umów - *obligatoryjnie*,”

b) w § 11, w ust.1, pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) roczną stawkę kapitacyjną w wysokości zł (*słownie: złotych*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 11 ust. 2 warunków zawarcia umów;”

c) w załączniku nr 5 do umowy „Wzór zbiorczego raportu / zakres danych sprawozdawczych w raportach statystycznych z realizacji świadczeń w POZ” część dotycząca pozycji 1.7 – 1.10 otrzymuje brzmienie:

1.7	5.01.00.0000048	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób układu krążenia	n.d	Sprawozdawczość merytoryczna i rozliczeniowa – SIMP on line
1.8	5.01.00.0000049	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	n.d	komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.9	5.01.00.0000050	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) z wykonanym badaniem spirometrycznym – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	n.d	komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.10	5.01.00.0000051	32.4	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ	n.d	komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 1 października 2008 r. za wyjątkiem przepisu § 1 pkt 4, który obowiązuje od 1 września 2008 roku.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz