

**Komunikat nr 117/2013 dla świadczeniodawców w rodzaju:
ambulatoryjna opieka specjalistyczna
przypominający o konieczności rejestrowania
gabinetów diagnostyczno-zabiegowych**

Uprzejmie przypominamy, że podmiot wykonujący działalność leczniczą zobowiązany jest do uzyskania w księdze rejestrowej wpisu dla gabinetów diagnostyczno-zabiegowych (VIII część kod resortowego komórki organizacyjnej: 9450), jeżeli wykonuje procedury zabiegowe.

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U.2012.594) oraz z art. 100 ust. 1 pkt 6 ustawy dnia 14 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

W szczególności uzyskanie wpisu dla gabinetów diagnostyczno-zabiegowych dotyczy następujących zakresów świadczeń:

kod zakresu	nazwa zakresu
02.1050.001.02	świadczenia w zakresie gastroenterologii
02.1450.001.02	świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii
02.1500.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej
02.1501.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej
02.1506.001.02	świadczenia w zakresie proktologii
02.1540.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej
02.1580.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
02.1581.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci
02.1600.001.02	świadczenia w zakresie okulistyki
02.1610.001.02	świadczenia w zakresie otolaryngologii
02.1630.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej
02.1640.001.02	świadczenia w zakresie urologii

Powyższa konieczność podyktowana jest wejściem w życie Zarządzenia Nr 32/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 maja 2013 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, które nakłada na Oddziały Wojewódzkie NFZ obowiązek wyodrębnienia, od 1 stycznia 2014 r., kwoty zobowiązania przeznaczonej wyłącznie na realizację grup świadczeń zabiegowych o kodzie rozpoczynającym się na literę Z, wyszczególnionych w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń

Źródło:

Dział Kontraktowania Świadczeń w AOS i OPD: 32 735 16 72, 32 735 17 22, 32 735 17 24, 32 735 16 75, 32 735 17 43, 32 735 17 81, 32 735 15 82, 32 735 17 85, 32 735 17 59

specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 5a do warunków zawierania umów, w zakresach świadczeń ujętych w powyższej tabeli.

UWAGA:

W przypadku indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich wymagane jest posiadanie pozytywnej decyzji właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego, potwierdzającej fakt zweryfikowania spełnienia wymagań określonych dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny opowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2012.739).

Źródło:

Dział Kontraktowania Świadczeń w AOS i OPD: 32 735 16 72, 32 735 17 22, 32 735 17 24, 32 735 16 75, 32 735 17 43, 32 735 17 81, 32 735 15 82, 32 735 17 85, 32 735 17 59