

**Komunikat nr 57/2013 dla świadczeniodawców
realizujących świadczenia zdrowotne w rodzaju
podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia lekarza POZ
w sprawie współczynnika 3.0 i sprawozdawczości**

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu w Katowicach przypomina wszystkim świadczeniodawcom realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie - świadczenia lekarza POZ zasady stosowania współczynnika 3.0 korygującego wysokość stawki kapitacyjnej.

Paragraf 15 Zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: *podstawowa opieka zdrowotna* określa finansowanie świadczeń lekarza POZ. Zgodnie z zapisami powyższego paragrafu w przypadku świadczeniobiorców, którym udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia wysokość stawki kapitacyjnej korygowana jest współczynnikiem 3.0. **Stosowanie współczynnika korygującego podlega następującym warunkom:**

- 1) liczba porad lekarskich udzielonych świadczeniobiorcy w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia w okresie roku kalendarzowego jest nie mniejsza niż 1 na kwartał;
- 2) w okresie sprawozdawczym, w którym lekarz POZ sprawozdaje udzielenie świadczeniobiorcy porady w związku z leczeniem cukrzycy, świadczeniobiorca nie jest objęty kompleksową ambulatoryjną opieką specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą (KAOS); podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu, weryfikacji w tym zakresie są raporty z deklaracji wyboru KAOS, złożone przez świadczeniobiorców w związku z leczeniem cukrzycy, sprawozdawane przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielających świadczeń w tym zakresie pozytywnie kwalifikowane są tylko te porady, których data wykonania jest wcześniejsza lub równa dacie złożenia przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru KAOS;

Przypominamy, że w opisie udzielonego świadczenia zdrowotnego, zawartym w indywidualnej dokumentacji medycznej, muszą występować dane określone w przepisach § 32 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.), tj.:

- data porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- informacja o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacyjnych;
- adnotacje o zaleconych zabiegach i przepisanych produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
- wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych;
- opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- dane identyfikujące lekarza i jego podpis.

Należy pamiętać, że świadczeniami zdrowotnymi niezasadnie przedstawionymi do rozliczenia z zastosowaniem współczynnika 3,0 są świadczenia

- Niespełniające kryteriów przedstawionych powyżej.
- Świadczenie zdrowotne, które dotyczyło innego schorzenia niż choroby układu krążenia i cukrzycy.
- Świadczenie zdrowotne, które dotyczyło powtórzenia leków.

Nadmieniamy, że w ramach sprawozdawczości szczegółowej POZ nie należy sprawozdawać przypadków, w których nie zostały udzielone osobiście Pacjentowi świadczenia polegające na poradzie/wizycie domowej (winny one natomiast zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta, którego dotyczy dany epizod – np. wystawienie zaświadczenia, przedłużenie ordynacji – wydanie zlecenia dla personelu pielęgniarstwa itp.)

Przypominamy także, że w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, nie mogą być ordynowane przez świadczeniodawcę ambulatoryjnego leki ani materiały medyczne, które w tym czasie zapewnić winien szpital.