

Załącznik nr 4

PODSTAWOWE KRYTERIA PRYZNAWANIA OBUWIA ORTOPEDYCZNEGO

- I. Wrodzone lub utrwalone, zaburzające funkcję chodu zniekształcenia stopy:
 1. Nieprawidłowe ustawienie stopy zmniejszające jej naturalną powierzchnię podparcia (np. stopa końsko-szpotała, piętowa), jeżeli powoduje to niewydolność statyczną nadmiernie obciążonych tkanek.
 2. Rozległe zniekształcenia tkanek miękkich i kości lub rozległe owrzodzenia na naturalnych płaszczyznach podparcia stopy.
 3. Występowanie typowych zniekształceń statyczno-dynamicznych przodostopia obejmujące:
 - a) przykurcze palców, których opuszki nie opierają się na podłożu (młoteczkowate zniekształcenia palców),
 - b) koślawość palucha przekraczającą 60°,
 - c) podszwowe wystawanie głów kości śródstopia z zanikiem tkanki podskórnej.
 4. Stopę olbrzymią wskutek rozrostu tkanek miękkich lub szkieletu (np. wrodzone połączenia tętniczo-żylna, słońiowatość) oraz stopę krótszą co najmniej o 3 cm, wymagającą zaopatrzenia w obuwie różnej wielkości.
 5. Usztywnienie stopy i stawu skokowo-goleniowego w pozycji czynnościowo niekorzystnej.
- II. Skrócenie kończyny dolnej:
 1. U osób dorosłych co najmniej 3 cm,
 2. U dzieci i młodzieży co najmniej 2 cm.
 - III. Porażenia i niedowłady mięśni stabilizujących stopę.
 - IV. Amputacja części stopy, tj: ubytki szkieletu stopy ku tyłowi od głów kości śródstopia, a także inne ubytki, z wyjątkiem palców, utrudniające utrzymanie na stopie obuwia standardowego.
 - V. W przypadku konieczności utrwalenia wyników operacyjnego leczenia stopy.
 - VI. Utrwalone przykurcze stawów kolanowych lub biodrowych wymagające wyrównania ustawieniem końskim stóp co najmniej o 4 cm (zgięcie podszwowe).

Załącznik nr 5

PODSTAWOWE KRYTERIA PRYZNAWANIA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH, KTÓRYCH OKRES UŻYTKOWANIA MOŻE ULEC SKRÓCENIU

1. U osób dorosłych w przypadkach zmian w stanie fizycznym osoby, powodujących konieczność skrócenia okresu użytkowania przedmiotu ortopedycznego, a możliwości regulacji tego przedmiotu zostały wyczerpane.
2. U dzieci i młodzieży do 18 roku życia gdy możliwości regulacji tego przedmiotu zostały wyczerpane, a wystąpiły zmiany w stanie fizycznym w wyniku:
 - a) zabiegów chirurgicznych lub jednostek chorobowych powodujących konieczność skrócenia okresu użytkowania przedmiotów ortopedycznych,
 - b) rehabilitacji,
 - c) rozwoju fizycznego.
3. Wniosek lekarza o skrócenie okresu użytkowania przedmiotu ortopedycznego wydanego bezpłatnie do wysokości limitu ceny lub częściowo odpłatnie musi zawierać wyczerpujące uzasadnienie medyczne zgodne z podstawowymi kryteriami przyznawania tego przedmiotu.

1315

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 10 października 2001 r.

w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 55a ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109,

poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961 i Nr 97, poz. 1050) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zwany dalej „planem”, sporządza się dla ubezpieczonych w kasach chorych z obszaru objętego tym planem.

2. Plan ustala zapotrzebowanie na określone rodzaje świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zwane dalej „świadczeniami”, oraz zasady ich realizacji, uwzględniając:

- 1) rodzaj i liczbę świadczeń udzielanych co najmniej w okresie ostatnich 2 lat,
- 2) istniejącą i niezbędną liczbę osób udzielających świadczeń gwarantujących odpowiednią jakość i kompleksowość świadczeń,
- 3) strukturę demograficzną i sytuację epidemiologiczną na danym obszarze,
- 4) infrastrukturę, w tym istniejący system dróg i połączeń komunikacyjnych środkami transportu publicznego,
- 5) możliwe do zrealizowania formy całodobowego zabezpieczenia świadczeń, w tym dostęp do świadczeń w godzinach nocnych, w dni wolne od pracy wynikające z pięciodniowego tygodnia pracy, niedziele i święta.

§ 2. 1. Plan, z zastrzeżeniem ust. 3, zapewnia:

- 1) całodobowy dostęp do świadczeń lekarskich i pielęgniarskich, w tym realizację tych świadczeń, w razie potrzeby, w domu chorego,
- 2) ciągłość leczenia ambulatoryjnego osobom przewlekłe chorym oraz realizację innych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej, w szczególności:
 - a) badania diagnostyczne, w tym analityki medycznej,

- b) rehabilitację leczniczą,
- c) profilaktykę, w tym: szczepienia ochronne, profilaktykę stomatologiczną,
- d) opiekę medyczną nad: noworodkiem, niemowlęciem, dzieckiem, młodzieżą, kobietą ciężarną i kobietą w okresie połogu trwającego do 42 dni od dnia porodu oraz osobami niepełnosprawnymi.

2. W zakresie realizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia stomatologicznego w planie uwzględnia się:

- 1) że ubezpieczonemu, w przypadku zachorowania, jeżeli wymaga tego stan zdrowia, świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia,
- 2) możliwości dojazdu środkami transportu publicznego przez ubezpieczonego do osoby udzielającej świadczeń w czasie nie dłuższym niż 1 godzina,
- 3) realizację badań określonych w odrębnych przepisach w zakresie opieki nad dziećmi, młodzieżą i kobietami w ciąży oraz kobietami w okresie połogu trwającego do 42 dni od dnia porodu.

3. W zakresie zasad realizacji świadczeń w dni powszednie w godzinach wieczornych i nocnych oraz w dni wolne od pracy wynikające z pięciodniowego tygodnia pracy, niedziele i święta w planie uwzględnia się pozostawanie świadczeniodawców w gotowości do realizacji świadczeń w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

§ 3. 1. W planie określa się liczbę świadczeniodawców w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym lekarzy rodzinnych, lekarzy medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych, lekarzy pediatrów oraz lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, umożliwiającą realizację zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Przy ustalaniu liczby osób udzielających świadczeń, o których mowa w ust. 1, z wyjątkiem osób udzielających świadczeń pozostających w gotowości do realizacji świadczeń w przypadkach, o których mowa w § 2 ust. 3, należy uwzględnić następujące parametry:

Osoba udzielająca świadczeń (co najmniej jeden/jedna):	Liczba osób objętych opieką zdrowotną:
lekarz rodzinny lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	2,5 tys. — 3,0 tys. ($\pm 10\%$)
lekarz stomatolog	3,0 tys.—4,0 tys. ($\pm 10\%$)
pielęgniarka środowiskowa/rodzinna	2,5 tys.—3,0 tys. ($\pm 10\%$)
położna środowiskowa/rodzinna	10,0 tys. ($\pm 10\%$) albo 6,0 tys. kobiet i dziewcząt ($\pm 10\%$)
pielęgniarka środowiskowa w środowisku nauczania i wychowania	800—1000 uczniów ($\pm 10\%$)

3. Przy ustalaniu liczby osób udzielających świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 3, należy uwzględnić pozostawanie w gotowości lekarza dla nie więcej niż 20,0 tys. mieszkańców.

4. Liczba osób udzielających świadczeń, innych niż wymienione w ust. 1, ustalona planem, ma gwarantować realizację zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, określonego w planie danego rodzaju świadczeń, przy spełnieniu zasad i warunków określonych w rozporządzeniu.

§ 4. W planie, ustala się, z wyjątkiem świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 3, zabezpieczenie dostępności do świadczeń z zakresu dziedzin medycyny, określonych w przepisach odrębnych, uwzględniając:

- 1) na poziomie gminy — zabezpieczenie świadczeń z zakresu:
 - a) podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) położnictwa i ginekologii,
 - c) stomatologii,
- 2) na poziomie powiatu lub powiatów (dla populacji 100,0 tys. ubezpieczonych) — zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w następujących dziedzinach medycyny:
 - a) alergologia,
 - b) chirurgia ogólna,
 - c) choroby płuc,

- d) dermatologia i wenerologia,
- e) diabetologia,
- f) kardiologia,
- g) neurologia,
- h) okulistyka,
- i) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- j) otolaryngologia,
- k) położnictwo i ginekologia,
- l) psychiatria,
- m) rehabilitacja medyczna,
- n) reumatologia,

- 3) na poziomie województwa — zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie uzupełniającym świadczenia, o których mowa w pkt 2, oraz z zakresu pozostałych dziedzin medycyny, które mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

§ 5. Aktualizacji planu dokonuje wojewoda co najmniej raz w roku przy uwzględnieniu zasad i warunków określonych w rozporządzeniu.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *G. Opala*

1316

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 10 października 2001 r.

w sprawie przeprowadzania kontroli przez Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Na podstawie art. 151g ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961 i Nr 97, poz. 1050) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli przez Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) Prezesie Urzędu Nadzoru — należy przez to rozumieć Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych lub osobę przez niego upoważnioną,
- 2) kierownikowi podmiotu kontrolowanego — należy przez to rozumieć kierownika podmiotu lub osobę przez niego upoważnioną,
- 3) kontrolerze — należy przez to rozumieć pracownika Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, zwanego dalej „Urzędem Nadzoru”, lub inną osobę upoważnioną przez Prezesa Urzędu Nadzoru.