

Zarządzenie nr 12/2009/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 11 lutego 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⁾), zwanej dalej „ustawą”, 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, zwanym dalej „Warunkami zawarcia umów”, wprowadza się następujące zmiany:

1) § 8 otrzymuje brzmienie:

„§ 8. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz u świadczeniodawcy POZ nie powinna przekroczyć 2 750 osób, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Lekarz poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.
3. W przypadku zaprzestania przez lekarza tworzenia listy świadczeniobiorców w wyniku realizacji przez świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem w dniu wejścia w życie niniejszego zarządzenia, postanowienia ust. 2, przyjęte przez świadczeniodawcę deklaracje wyboru, wskazujące na nazwisko tego lekarza, zachowują ważność u danego świadczeniodawcy do czasu dokonania przez

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz.33.

świadczeniobiorcę ponownego wyboru lekarza poz, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r., z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W okresie, o którym mowa w ust. 3 świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowe zatrudnienie lekarza u tego świadczeniodawcy nie jest wymagane w sytuacji gdy liczba lekarzy realizujących umowę pozwala na zachowanie normy dotyczącej liczby świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1.”;

2) § 14 otrzymuje brzmienie:

„§ 14. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekroczyć 2 750 osób, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Pielęgniarka poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.
3. Liczba świadczeniobiorców objętych jednocześnie opieką przez jedną pielęgniarkę pielęgniarską opieką domową w POZ powinna być zgodna z przepisami określonymi w § 16 zarządzenia.
4. W przypadku zaprzestania przez pielęgniarkę tworzenia listy świadczeniobiorców w wyniku realizacji przez świadczeniodawcę, posiadającego w dniu wejścia w życie zarządzenia umowę z Funduszem, postanowienia ust. 2, przyjęte przez świadczeniodawcę deklaracje wyboru, wskazujące na nazwisko tej pielęgniarki, zachowują ważność u danego świadczeniodawcy do czasu dokonania przez świadczeniobiorcę ponownego wyboru pielęgniarki poz, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r., z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z warunkami umowy. Dodatkowe zatrudnienie pielęgniarki u tego świadczeniodawcy nie jest wymagane w sytuacji gdy liczba pielęgniarek realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pozwala na zachowanie normy dotyczącej liczby świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1.”;

3) § 17 otrzymuje brzmienie:

„§ 17. Świadczenia pielęgniarki poz w Programie profilaktyki gruźlicy

1. Informacje ogólne o Programie zawarte zostały w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

2. Świadczenia określone Programem, udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. Pielęgniarka poz obejmuje Programem zadeklarowanych świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria określone w ust. 3 pkt 3 lit. a **załącznika nr 5** do zarządzenia i zapewnia realizację następujących świadczeń:
 - 1) przeprowadza wywiad w kierunku gruźlicy wraz z wypełnieniem „Ankiety świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy”, w sposób określony w **załączniku nr 16** do zarządzenia;
 - 2) przeprowadza edukację zdrowotną świadczeniobiorcy;
 - 3) w przypadku świadczeniobiorców z grupy największego ryzyka zachorowania (w ankiecie uzyskali liczbę punktów > 9) pielęgniarka poz przekazuje pisemną informację lekarzowi poz, do którego zadeklarowany jest pacjent, o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazuje pacjentowi tryb dalszego postępowania, w tym informuje pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza poz celem dalszej oceny stanu zdrowia.
4. Jeżeli wynik badania ankietowego, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 nie zakwalifikował danego świadczeniobiorcy z grupy ryzyka zachorowania na gruźlicę, do dalszej diagnostyki (uzyskana w ankiecie liczba punktów < lub = 9) lub w wyniku przeprowadzonej przez lekarza poz oceny stanu zdrowia nie została rozpoznana u świadczeniobiorcy gruźlica, ponowne badania ankietowe można wykonać nie wcześniej niż po upływie 24 miesięcy od daty ostatniego badania.
5. Świadczenia określone Programem udzielane są na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniobiorcy, z którego wynika, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie podlegał badaniu ankietowemu pielęgniarki poz w Programie profilaktyki gruźlicy (także u innych świadczeniodawców). Oświadczenie stanowi element formularza ankietowego.
6. Ankieta świadczeniobiorcy Programu profilaktyki gruźlicy stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta, prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ w zakresie: świadczenia pielęgniarki poz.
7. Program profilaktyki gruźlicy realizowany jest w pomieszczeniach i przez personel medyczny realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarki poz.

8. Jednostką rozliczeniową Programu profilaktyki gruźlicy jest porada, na którą składa się, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń określonych w ust. 3.

4) § 20 otrzymuje brzmienie:

§ 20. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Na jedną położną poz nie powinno przypadać więcej niż 6 600 osób, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Położna poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.
3. W przypadku zaprzestania przez położną tworzenia listy świadczeniobiorców w wyniku realizacji przez świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem w dniu wejścia w życie zarządzenia, postanowienia ust. 2, przyjęte przez świadczeniodawcę deklaracje wyboru, wskazujące na nazwisko tej położnej, zachowują ważność u danego świadczeniodawcy do czasu dokonania przez świadczeniobiorcę ponownego wyboru położnej poz, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r., z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W okresie, o którym mowa w ust. 3 świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z warunkami umowy. Dodatkowe zatrudnienie położnej u tego świadczeniodawcy nie jest wymagane w sytuacji gdy liczba położnych realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pozwala na zachowanie normy dotyczącej liczby świadczeniobiorców, o której mowa w ust.1.”;

5) w § 22 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez położną poz, następujących świadczeń:

- 1) świadczeń położnej udzielanych osobom, o których mowa w § 6 ust. 6 i 8;
- 2) wizyt zrealizowanych przez położną poz w ramach edukacji przedporodowej, o których mowa w § 19 pkt 3;
- 3) wizyt patronażowych, o których mowa w § 19 pkt 4, przy czym łączna liczba tych wizyt, możliwa do rozliczenia poza stawką kapitacyjną, nie może być większa niż 6;
- 4) wizyt domowych w ramach pooperacyjnej opieki pielęgnacyjnej położnej poz nad

kobietami po operacjach ginekologicznych lub onkologiczno-ginekologicznych, o których mowa w § 19 pkt 5.”;

6) w § 23 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania w środowisku nauczania i wychowania, na rzecz dzieci i młodzieży, objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki, świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą, zgodnie z zasadami i zakresem określonym w odrębnych przepisach.

2. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od klasy „0” (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych;

7) w § 32 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń przez zespół lekarza poz wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:

1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką i kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 2;

2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji przekazanej przez świadczeniodawcę 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;

3) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę wraz z informacją o dopuszczalnym do zastosowania u świadczeniodawcy współczynniku korygującym wymienionym w ust. 2. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez Fundusz, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli deklaracji i/lub dokumentacji

medycznej świadczeniobiorców wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji;

- 4) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
 - 5) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 4, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
 - 6) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 5, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie, którego zostaje wydrukowany rachunek;
 - 7) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.”;
- 8) w § 35 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń lekarskich i/lub pielęgniarskich w nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opiece lekarskiej/pielęgniarskiej wypłacana/e jest/są, adekwatnie do przedmiotu umowy, raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:

- 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów: liczby świadczeniobiorców objętych opieką i kapitacyjnej stawki rocznej;
- 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji listy świadczeniobiorców zadeklarowanych, odpowiednio do przedmiotu umowy, do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz danego świadczeniodawcy POZ lub lekarzy poz i/lub pielęgniarek poz tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy, wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców, oświadczenia, o których mowa w § 33 ust. 4;
- 3) listy, o których mowa w pkt 2, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz

na zasadach określonych w § 18 ust. 5 pkt 2 – 5;

- 4) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
- 5) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 4, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
- 6) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.”;

9) § 40 otrzymuje brzmienie:

„§ 40. 1. Finansowanie świadczeń w zakresie transportu sanitarnego w POZ realizowane jest według ustalonej rocznej stawki kapitacyjnej.

2. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ odbywa się na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostkami rozliczeniowymi są zryczałtowane stawki za przewóz, wymienione w ust. 4.

3. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 38 ust. 1 obowiązuje roczna stawka kapitacyjna określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.

4. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 38 ust. 3, obowiązują zryczałtowane stawki za realizację usługi, uzależnione od ilości przebytych kilometrów „tam i z powrotem”, ustalone dla następujących przedziałów odległości:

1) od 121 km do 400 km – określona w załączniku nr 1 do zarządzenia;

2) powyżej 400 km – określona w załączniku nr 1 zarządzenia.

5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku, wraz ze specyfikacją przewozów, o których mowa w ust. 4, zawierającą liczbę przebytych kilometrów w odniesieniu do każdego przewozu. Należność stanowi suma:

1) dwunastej części iloczynu: liczby świadczeniobiorców objętych opieką i rocznej stawki kapitacyjnej określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;

2) iloczynu: liczby zrealizowanych świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;

- 3) sumy iloczynów: liczby zrealizowanych świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2 i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz liczby przejechanych kilometrów (ponad odległość 400 km) i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.
6. Podstawą finansowania w odniesieniu do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w § 38 ust. 1, są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych odpowiednio do lekarza poz świadczeniodawcy POZ lub tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli oświadczenia, o których mowa w § 38 ust. 2.
7. Listy, o których mowa w ust. 6, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 5 pkt 2 - 5.”.
- 10) w § 56 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. Przepisy § 27 – 37 obowiązują od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 30 czerwca 2009 r.”;
- 11) załącznik nr 1 do Warunków zawarcia umów otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 12) w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącej załącznik nr 2a do Warunków zawarcia umów:
- a) w § 5 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki lub położnej poz, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki lub położnej poz, pod warunkiem zatrudnienia odpowiednio lekarza poz, pielęgniarki poz albo położnej poz. Dodatkowe zatrudnienie nie jest wymagane w sytuacji gdy liczba osób udzielających świadczeń w danym zakresie świadczeń poz pozwala na zachowanie norm dotyczących liczby świadczeniobiorców. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę, z wyłączeniem przypadków określonych w § 8 ust. 3, § 14 ust. 4 oraz w § 20 ust. 3 Warunków zawarcia umów.”,
- b) w § 11:
- w ust.1 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:
- „2) opłatę za poradę w wysokości zł (słownie:..... złotych)
udzieloną w stanach zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy

zadeklarowanych u świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 6 ust. 6 pkt 3 oraz w § 6 ust. 8 Warunków zawarcia umów;

3) opłatę za poradę w wysokości zł (*słownie:..... złotych*) udzieloną w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy świadczeniobiorców Świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 6 ust. 6 pkt 1 i 2 Warunków zawarcia umów;”,

- w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) roczną stawkę kapitacyjną w wysokości zł (*słownie: złotych*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 18 ust. 2 Warunków zawarcia umów;”,

- w ust. 2 pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) opłatę w wysokości zł (*słownie:..... złotych*) za świadczenie zdrowotne udzielone przez pielęgniarkę poz w stanach zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych u świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 6 ust. 6 pkt 3 oraz w § 6 ust. 8 Warunków zawarcia umów;

4) opłatę w wysokości zł (*słownie:..... złotych*) za świadczenie zdrowotne udzielone przez pielęgniarkę poz w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy świadczeniobiorców Świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 6 ust. 6 pkt 1 i 2 Warunków zawarcia umów;”,

c) w ust. 3 pkt 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5) opłatę w wysokości zł (*słownie:..... złotych*) za świadczenie zdrowotne udzielone przez położną poz w stanach zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych u świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 6 ust. 6 pkt 3 oraz § 6 ust. 8 Warunków zawarcia umów;

6) opłatę w wysokości zł (*słownie:..... złotych*) za świadczenie zdrowotne udzielone przez położną poz w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy świadczeniobiorców Świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 6 ust. 6 pkt 1 i 2 Warunków zawarcia umów;

13) w załączniku nr 4 do umowy stanowiącej załącznik nr 2a do Warunków zawarcia umów, pozycje 2 i 2a tabeli otrzymują brzmienie:

2		Pielęgniarka poz – zadaniowa metoda finansowania			
2.1	Kody zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”		świadczenia zrealizowane w okresie sprawozdawczym w trakcie wizyt u pacjentów zadeklarowanych, zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”	n.d	SWIAD
2.2	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.3	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.4	100203	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz		ZBPOZ
2.5	100210	8.11	liczba iniekcji i zabiegów zrealizowanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego		ZBPOZ
2.6	5.01.00.0000054	47.6	porada profilaktyczna w programie profilaktyki gruźlicy – <i>z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami</i>	n.d	SWIAD
2.7	5.01.00.0000052	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	n.d	SWIAD
2.8	5.01.00.0000053	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	n.d	SWIAD
2.9	5.01.00.0000080	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	n.d	SWIAD
2a		Pielęgniarka poz – kapitacyjna forma finansowania			
2a.1	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.2	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.3	100203	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz		ZBPOZ
2a.4	100204	8.11	liczba świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.5	100205	8.11	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.6	100206	8.11	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.7	100207	8.11	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.8	100208	8.11	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2a.9	100209	8.11	liczba pacjentów objęta w okresie sprawozdawczym indywidualnym planem opieki w ramach „pielęgniarskiej opieki środowiskowej”		ZBPOZ
2a.10	100210	8.11	liczba iniekcji i zabiegów zrealizowanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego		ZBPOZ
2a.11	5.01.00.0000054	47.6	porada profilaktyczna w programie profilaktyki gruźlicy – <i>z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami</i>	n.d	SWIAD
2a.12	5.01.00.0000052	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	n.d	SWIAD
2a.13	5.01.00.0000053	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	n.d	SWIAD

2a.14	5.01.00.0000080	8.11	świadczenie pielęgniarstwa pozarealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	n.d	SWIAD
-------	-----------------	------	--	-----	--------------

- 14) załącznik nr 3a do Warunków zawarcia umów otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 15) załącznik nr 3b do Warunków zawarcia umów otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 16) załącznik nr 16 do Warunków zawarcia umów otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2009 r. z wyjątkiem § 1 pkt 13 i pkt 16, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 lutego 2009 r.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz