

**ZARZĄDZENIE NR 124/2022/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 29 września 2022 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia 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. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna<sup>2)</sup>, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1 po pkt 17 dodaje się pkt 17a w brzmieniu:

„17a) porada wstępna - porada realizowana w celu potwierdzenia bądź wykluczenia wstępnego rozpoznania choroby przewlekłej, określonej w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ, w zakresie umowy zawartej przez świadczeniodawcę.”;

2) w § 4 ust. 1 dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.”;

3) w § 10 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) o świadczeniach udzielonych w ramach budżetów powierzonych, o których mowa w § 15.”;

4) w § 15 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Dla finansowania świadczeń, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ, ustala się budżet powierzony opieki koordynowanej.”;

5) § 16 otrzymuje brzmienie:

„§ 16. 1. Wartości budżetów powierzonych, o których mowa w § 15 ust. 1 i 1a, ustala się dla okresu rozliczeniowego, o którym mowa w § 1 pkt 5 Ogólnych warunków umów.

2. Przy ustalaniu wartości budżetu powierzonego diagnostycznego dla świadczeniodawców uwzględnia się:

1) środki finansowe określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy;

2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej objętych budżetem powierzonym udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za pierwsze 9 miesięcy okresu rozliczeniowego poprzedzającego rok dla którego budżet jest ustalany.

3. W przypadku gdy budżet powierzony diagnostyczny ustala się po raz pierwszy uwzględnia się:

1) wielkość populacji;

2) strukturę wiekową;

3) szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury, o której mowa w pkt 2.

4. Przy ustalaniu wartości budżetu powierzonego opieki koordynowanej dla świadczeniodawców na kolejny okres rozliczeniowy uwzględnia się:

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1097, 1265, 1352, 1700 i 1855.

<sup>2)</sup> Zmienionym zarządzeniem Nr 93/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2022 r. i zarządzeniem Nr 96/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r.

- 1) środki finansowe określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej objętych budżetem powierzonym udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za pierwsze 9 miesięcy okresu rozliczeniowego poprzedzającego rok, dla którego budżet jest ustalany;
- 3) lekarzy specjalistów, o których mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, zgłoszonych do harmonogramu zasoby stanowiącego załącznik do umowy.

5. Przy pierwszorazowym ustalaniu wartości budżetu powierzonego opieki koordynowanej uwzględnia się:

- 1) wielkość populacji;
- 2) strukturę wiekową;
- 3) szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury, o której mowa w pkt 2;
- 4) lekarzy specjalistów, o których mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, wskazanych w formularzu wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w poz.

6. Lekarz poz obejmujący opieką świadczeniobiorcę w ramach zakresu świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej obowiązany jest do przeprowadzenia przynajmniej jednej porady kompleksowej w roku kalendarzowym.

7. Konsultacja lekarza poz z lekarzem specjalistą może odbyć się przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporada).

8. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorcy w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej finansuje się w danym roku kalendarzowym:

- a) nie więcej niż 3 konsultacje dietetyczne;
- b) nie więcej niż 6 porad edukacyjnych;
- c) poradę kompleksową (jedną).

9. Łączna wartość konsultacji z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista) nie może przekroczyć 3% kwoty budżetu powierzonego opieki koordynowanej w okresie rozliczeniowym.

10. Wykaz chorób wg klasyfikacji ICD - 10, stanowiących przyczynę diagnostyki i leczenia świadczeniobiorcy, kwalifikujących do rozliczania świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej, zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia MZ, został określony w części II załącznika nr 20.

11. Wyklucza się rozliczenie konsultacji lekarz poz - lekarz specjalista, przez lekarza poz posiadającego kwalifikacje lekarza specjalisty, o którym mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, zgłoszonego do harmonogramu zasoby stanowiącego załącznik do umowy, w odniesieniu do zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców.

12. Porada wstępna realizowana jest w ramach stawki kapitałowej lekarza poz z niezbędnymi badaniami diagnostycznymi finansowanymi w tej stawce. Dopuszcza się rozliczenie badań diagnostycznych określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby przewlekłej z budżetu powierzonego opieki koordynowanej zleconych w trakcie porady wstępnej, zgodnie z zawartą umową.

13. Brak potwierdzenia choroby przewlekłej wyklucza rozliczenie porady kompleksowej.”;

6) w § 23 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle, w ramach deklaracji wyboru lekarza poz, o której mowa w § 8 ust. 1, zgodnie z jednostkami chorobowymi określonymi w części I załącznika nr 20, zastosowanie współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 2 pkt 8, odbywa się z zastosowaniem następujących zasad:

- 1) liczba porad lekarza poz udzielonych osobom z powodu choroby, o której mowa w części I załącznika nr 20, nie może być mniejsza niż jedna przypadająca na 3 kolejne okresy sprawozdawcze;
- 2) udzielenie osobie świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z powodu choroby, o której mowa w pkt 1, powoduje wstrzymanie rozliczenia stawki kapitacyjnej współczynnikiem, o którym mowa w ust. 2 pkt 8, na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia tego świadczenia;
- 3) podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu weryfikacji w zakresie wystąpienia okoliczności, o której mowa w pkt 2, stanowią raporty z udzielonych porad, złożone przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z leczeniem cukrzycy, przewlekłych chorób układu krążenia lub tarczycy.”;

7) w § 39:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dla realizacji zadań wykonywanych przez koordynatora, związanych z budowaniem relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi:

1) w proces profilaktyki, do których należy w szczególności:

- a) promowanie profilaktyki, w tym wykonywania badań profilaktycznych przez świadczeniobiorców,
- b) ustalanie terminów realizacji badań profilaktycznych dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia  
– ustala się wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1; albo

2) w realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej, do których należy w szczególności:

- a) monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością,
- b) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia,
- c) ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej,
- d) zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony, oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń,
- e) udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej,
- f) analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych,
- d) monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Opieki Medycznej, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o poz,
- h) wykonywanie zadań, o których mowa w pkt 1  
– ustala się wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1, korygowaną współczynnikiem - 1,25 dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora realizującego zadania, o których mowa w ust. 2 pkt 1, nie powinna przekraczać 5000 osób na 0,5 etatu przeliczeniowego. Liczbę osób objętych opieką koordynatora oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia”,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora realizującego zadania, o których mowa w ust. 2 pkt 2, nie powinna przekraczać 5000 osób na 1 etat przeliczeniowy. Liczbę osób objętych opieką koordynatora opieki oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poza grupę wiekową osób w wieku powyżej 18 roku życia.”;

8) w § 40 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Należność z tytułu zadań koordynatora stanowi suma iloczynów liczby świadczeniobiorców, o których mowa w § 39 ust. 4 albo 5, i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, określonej w poz. 6.1 załącznika nr 1, z zastosowaniem współczynnika zależnego od realizacji zadań wykonywanych przez koordynatora.”;

9) uchyla się § 41;

10) w § 45 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Formularz wniosku, sporządzany jest z zastosowaniem aplikacji obsługującej postępowanie, w sposób określony przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.”;

11) w § 47 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek dołączenia ich do wniosku został określony w warunkach zawierania umów, w tym o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym personelu medycznego, określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ.”;

12) załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

13) uchyla się załącznik nr 9;

14) załącznik nr 15 otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

15) załącznik nr 20 otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;

16) załącznik nr 21 otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

17) załącznik nr 23 otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2022 r.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko  
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/Dokument podpisano elektronicznie/*

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 124/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 września 2022 r.

**Wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów**

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość jednostki rozliczeniowej w zł
1.1	<b>Świadczenia lekarza poz</b>	<b>Stawka kapitacyjna</b>	<b>191,88</b>
1.1a	Świadczenia lekarza poz – w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego	Stawka kapitacyjna	193,80
1.2	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce CHUK	Porada	122,15
1.3	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	83,29
1.4	Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	83,29
1.5	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	83,29
1.6	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	22,21
1.7	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO	Porada	55,52
1.8	Świadczenie lekarza poz związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń na terenach o małej gęstości zaludnienia	Ryczałt miesięczny	5552,09
1.9	Świadczenie lekarza poz związane ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy	Ryczałt miesięczny	333,13
1.10	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji	Porada	83,29
1.11	Pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	Porada	114,76
1.12	Świadczenie lekarza poz związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	Porada	51,00
<b>Budżet powierzony diagnostyczny</b>			

1.13	Ferrytyna *	Świadczenie	20,00
1.14	Witamina B12 *	Świadczenie	21,00
1.15	Kwas foliowy *	Świadczenie	16,00
1.16	Anty-CCP *	Świadczenie	57,00
1.17	CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.) *	Świadczenie	14,00
1.18	Przeciwciała anti-HCV *	Świadczenie	22,00
1.19	Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy *	Świadczenie	23,00
1.20	Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny *	Świadczenie	61,00
1.21	Strep-test *	Świadczenie	12,00
2.1	<b>Świadczenia pielęgniarki poz</b>	<b>Stawka kapitacyjna</b>	<b>47,04</b>
2.1a	Świadczenia pielęgniarki poz – certyfikat akredytacji	Stawka kapitacyjna	47,28
2.2	Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Wizyta	28,59
2.3	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Wizyta	14,44
2.4	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Wizyta	14,44
2.5	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	14,44
2.6	Świadczenie pielęgniarki poz w profilaktyce CHUK	Porada	122,15
3.1	<b>Świadczenia położnej poz</b>	<b>Stawka kapitacyjna</b>	<b>31,08</b>
3.1a	Świadczenia położnej poz – certyfikat akredytacji	Stawka kapitacyjna	31,32
3.2	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Wizyta	34,43
3.3	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu	Wizyta	51,63
3.4	Wizyta patronażowa położnej poz	Wizyta	32,21
3.5	Wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu	Wizyta	43,31
3.6	Wizyta położnej poz w opiece kooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Wizyta	16,66
3.7	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Wizyta	14,44

3.8	Świadczenie położnej poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Wizyta	14,44
3.9	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	14,44
3.10	Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Wizyta	22,21
3.11	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	Wizyta	238,74
3.12	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	Wizyta	155,46
3.13	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży	Wizyta	155,46
3.14	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	Wizyta	186,55
3.15	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	Wizyta	155,46
3.16	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	Wizyta	155,46
3.17	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	Wizyta	155,46
3.18	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	Wizyta	155,46
3.19	Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR	Wizyta	134,37
4.1	<b>Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej</b>	<b>Stawka kapitacyjna</b>	<b>100,20</b>
4.1a	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej – certyfikat akredytacji w zakresie POZ	Stawka kapitacyjna	101,28
4.2	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitacyjna	6,36
5.1	<b>Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – przewozy realizowane w ramach gotowości</b>	<b>Stawka kapitacyjna</b>	<b>6,96</b>
5.2	Świadczenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewóz na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	278,93
5.3	Świadczenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewozy na odległość (tam i z powrotem) powyżej 400 km	Ryczałt za każdy km przewozu ponad 400	1,13
6.1	<b>koordynacja opieki - zadania koordynatora</b>	<b>stawka kapitacyjna</b>	<b>6,72</b>
7	<b>Budżet powierzony opieki koordynowanej**</b>		
7.1	BNP (NT-pro-BNP)	Świadczenie	92,80
7.2	albuminuria (stężenie albumin w moczu)	Świadczenie	7,85
7.3	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu);	Świadczenie	18,32
7.4	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej);	Świadczenie	32,12
7.5	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH);	Świadczenie	56,11
7.6	antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).”;	Świadczenie	26,03
7.7	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG);	Świadczenie	106,26
7.8	Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG);	Świadczenie	137,06
7.9	Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	147,06

<b>7.10</b>	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	157,06
<b>7.11</b>	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego).	Świadczenie	137,06
<b>7.12</b>	USG Doppler tętnic szyjnych	Świadczenie	106,26
<b>7.13</b>	USG Doppler naczyń kończyn dolnych	Świadczenie	106,26
<b>7.14</b>	ECHO serca przezklatkowe	Świadczenie	106,26
<b>7.15</b>	spirometria	Świadczenie	38,50
<b>7.16</b>	spirometria z próbą rozkurczową	Świadczenie	46,20
<b>7.17</b>	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)	Świadczenie	398,86
<b>7.18</b>	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury	Świadczenie	800,80
<b>7.19</b>	konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista )	konsultacja	81,65
<b>7.20</b>	konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)	konsultacja	120,75
<b>7.21</b>	porada edukacyjna	Porada	42,03
<b>7.22</b>	konsultacja dietetyczna	konsultacja	50,52
<b>7.23</b>	porada kompleksowa	Porada	171,93
<p>*Świadczenia o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ- świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego</p> <p>** Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ</p>			



Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 124/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 września 2022 r.

**OŚWIADCZENIE**  
**o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów**

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu Świadczeniodawcy oraz, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie<sup>1)</sup> :

- 1) świadczenia lekarza poz,
- 2) świadczenia pielęgniarki poz,
- 3) świadczenia położnej poz, w tym:
  - a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,
  - b) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej,
- 5) świadczenia transportu sanitarnego w poz,
- 6) koordynacja opieki- zadania koordynatora
- 7) świadczenia w budżecie powierzonym opiece koordynowanej

obowiązujące w okresie .....  
rozliczeniowym .  
dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych  
przepisów<sup>2)</sup>.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Oznaczenie wnioskującego

<sup>1)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> w szczególności wydanych na podstawie art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

**Wykaz przyczyn porad lekarskich wg klasyfikacji ICD - 10 udzielonych osobom przewlekle chorym (do stosowania współczynnika 3.2 oraz w budżecie powierzonym opieki koordynowanej)**

**I. Wykaz przyczyn udzielonych porad lekarskich wg klasyfikacji ICD 10 kwalifikujących do stosowania współczynnika 3,2 korygującego stawkę kapitacyjną, przy finansowaniu świadczeń lekarza poz dla osób przewlekle chorych na cukrzycę, choroby układu krążenia lub choroby tarczycy\***

**1. Grupa dziedzinowa - Diabetologia**

**(E10-E14) Cukrzyca**

E10	Cukrzyca insulinozależna
E11	Cukrzyca insulinoniezależna
E14	Cukrzyca nie określona

**2. Grupa dziedzinowa - Kardiologia**

**(I10 – I15) Choroba nadciśnieniowa**

I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie
I11.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca
I11.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca
I12.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek
I12.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek
I13.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca
I13.1	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek
I13.2	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek
I13.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nie określona
I15	Nadciśnienie wtórne

**(I20 – I25) Choroba niedokrwienna serca**

I20.1	Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych
I20.8	Inne postacie dusznicy bolesnej
I20.9	Dusznicza bolesna, nie określona
I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca

**(I26 – I28) Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego**

I27.1	Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy
I27.8	Inne określone zespoły sercowo-płucne
I27.9	Zespół sercowo-płucny, nie określony
I28	Inne choroby naczyń płucnych

**(I30 – I52) Inne choroby serca**

I39.0	Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I39.1	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I39.2	Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I39.3	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I39.4	Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I42.0	Kardiomiopatia rozstrzeniowa
I42.2	Inne kardiomiopatie przerostowe
I42.6	Kardiomiopatia alkoholowa

I42.8	Inne kardiomiopatie
I42.9	Kardiomiopatia, nie określona
I43.1	Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych
I43.2	Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych
I43.8	Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków
I50.0	Niewydolność serca zastoinowa
I50.1	Niewydolność serca lewokomorowa
I50.9	Niewydolność serca, nie określona

### **(I60 – I69) Choroby naczyń mózgowych**

I65.0	Niedrożność i zwężenie tętnicy kręgosłupowej
I65.1	Niedrożność i zwężenie tętnicy podstawnej
I65.2	Niedrożność i zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej
I65.3	Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, mnogie i obustronne
I65.8	Niedrożność i zwężenie innych tętnic przedmózgowych
I65.9	Niedrożność i zwężenie nieokreślonych tętnic przedmózgowych
I66.0	Niedrożność i zwężenie tętnicy środkowej mózgu
I66.1	Niedrożność i zwężenie tętnicy przedniej mózgu
I66.2	Niedrożność i zwężenie tętnicy tylnej mózgu
I66.3	Niedrożność i zwężenie tętnic mózdzku
I66.4	Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych, mnogie i obustronne
I66.8	Niedrożność i zwężenie innych tętnic mózgowych
I66.9	Niedrożność i zwężenie nieokreślonych tętnic mózgowych
I67.2	Miażdżyca tętnic mózgowych
I67.3	Postępująca naczyniowa leukoencefalopatia
I67.4	Encefalopatia nadciśnieniowa
I67.5	Choroba Moyamoya
I67.9	Choroba naczyń mózgowych, nie określona
I69	Następstwa chorób naczyń mózgowych

### **(I70 – I79) Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych**

I70.0	Miażdżyca tętnicy głównej (aorty)
I70.1	Miażdżyca tętnicy nerkowej
I70.2	Miażdżyca tętnic kończyn
I70.8	Miażdżyca innych tętnic
I70.9	Uogólniona i nieokreślona miażdżyca
I71.2	Tętniak odcinka piersiowego tętnicy głównej, bez wzmianki o pęknięciu
I71.4	Tętniak odcinka brzuszego tętnicy głównej, bez wzmianki o pęknięciu
I71.6	Tętniak odcinka piersiowo-brzuszego tętnicy głównej, bez wzmianki o pęknięciu
I71.9	Tętniak tętnicy głównej o nieokreślonym umiejscowieniu, bez wzmianki o pęknięciu
I72.0	Tętniak tętnicy szyjnej
I72.1	Tętniak tętnicy kończyny górnej
I72.2	Tętniak tętnicy nerkowej
I72.3	Tętniak tętnicy biodrowej (wspólnej) (zewewnętrznej) (wewnętrznej)
I72.4	Tętniak tętnicy kończyny dolnej
I72.8	Tętniak innych określonych tętnic
I72.9	Tętniak o nieokreślonym umiejscowieniu
I73.0	Zespół Reynauda
I73.1	Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń [Buergera]
I73.8	Inne określone choroby naczyń obwodowych
I73.9	Choroba naczyń obwodowych, nie określona

## **3. Grupa dziedziczna - Endokrynologia**

### **(E00 – E07) Choroby tarczycy**

E00	Wrodzony zespół niedoboru jodu
E01	Niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn
E02	Subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu
E03	Inne postacie niedoczynności tarczycy
E04	Wole nietoksyczne, inne
E05	Tyreotoksykoza (nadczynność tarczycy)
E06	Zapalenie tarczycy
E07	Choroby tarczycy, inne

\*Dopuszczalne jest sprawozdawanie poszczególnych rozpoznań z rozszerzeniami większymi niż 3-znakowe

## **II. Wykaz chorób wg klasyfikacji ICD - 10 stanowiących przyczynę diagnostyki i leczenia świadczeniobiorcy, kwalifikujących do rozliczania świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej.\***

### **1. Grupa dziedzinowa - Diabetologia**

#### **(E10-E14) Cukrzyca**

E10	Cukrzyca insulinozależna
E11	Cukrzyca insulinoniezależna
E13	Inne określone postacie cukrzycy
E14	Cukrzyca nie określona

### **2. Grupa dziedzinowa - Kardiologia**

#### **(I10 – I15) Choroba nadciśnieniowa**

I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie
I11.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca
I11.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca
I12.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek
I12.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek
I13.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca
I13.1	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek
I13.2	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek
I13.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nie określona
I15	Nadciśnienie wtórne

#### **(I20 – I25) Choroba niedokrwienna serca**

I20.1	Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych
I20.8	Inne postacie dusznicy bolesnej
I20.9	Dusznica bolesna, nie określona
I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca

#### **(I48 – I50) Inne choroby serca**

I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków
I50.0	Niewydolność serca zastoinowa
I50.1	Niewydolność serca lewokomorowa
I50.9	Niewydolność serca, nie określona

### **3. Grupa dziedzinowa - Endokrynologia**

#### **(E00 – E89.0) Choroby tarczycy**

E01	Niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn
E02	Subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu
E03	Inne postacie niedoczynności tarczycy
E04	Wole nietoksyczne, inne
E06	Zapalenie tarczycy

E89.0	Pozabiegowa niedoczynność tarczycy
-------	------------------------------------

#### 4. Grupa dziedzinowa – Pulmonologia

##### (J41–J45) Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych

J41	Przewlekłe zapalenie oskrzeli proste i śluzowo-ropne
J42	Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli
J43	Rozedma płucna
J44	Inna przewlekła zaporowa choroba płuc
J45	Dychawica oskrzelowa

\*Dopuszczalne jest sprawozdawanie poszczególnych rozpoznań z rozszerzeniami większymi niż 3-znakowe

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 124/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 września 2022 r.

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ POZ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ, PIELEŃNIARKI POZ, POŁOŻNEJ POZ  
SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATEM XML TYPU "SWIAD" ALBO – W PRZYPADKU  
ŚWIADCZEŃ PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA ORAZ ŚWIADCZEŃ POŁOŻNEJ  
POZ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - W SYSTEMIE  
INFORMATYCZNYM MONITOROWANIA PROFILAKTYKI (SIMP)**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>1</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej
<b>1.</b>	<b>Świadczenia lekarza poz</b>	
1.1	5.01.00.0000121	porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada finansowana w ramach kapitacji)
1.2	5.01.00.0000122	porada lekarska udzielona w domu pacjenta (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada finansowana w ramach kapitacji)
1.3	5.01.00.0000046	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
1.4	5.01.00.0000047	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
1.5	5.01.00.0000048	świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia
1.6	5.01.00.0000051	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w poz
1.7	5.01.00.0000079	porada lekarska udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy lub wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy l ub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
1.8	5.01.00.0000102	porada patronażowa lekarza poz zrealizowana w miejscu udzielania świadczeń
1.9	5.01.00.0000103	porada patronażowa lekarza poz zrealizowana w domu świadczeniobiorcy
1.10	5.01.00.0000104	bilans zdrowia <sup>2</sup>
1.11	5.01.00.0000001	porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO
1.12	5.01.00.0000149	porada lekarska związana z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji
1.13	5.01.00.0000152	teleporada lekarza poz
1.14	5.01.00.0000155	porada receptowa lekarza poz
1.15	5.01.00.0000162	pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy
1.16	5.01.00.0000163	świadczenie lekarza poz związane z realizacją kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy
<b>Budżet powierzony diagnostyczny</b>		
1.17	5.01.00.0000164	Ferrytyna *
1.18	5.01.00.0000165	Witamina B12 *

1.19	5.01.00.0000166	Kwas foliowy*
1.20	5.01.00.0000167	Anty-CCP *
1.21	5.01.00.0000168	CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.) *
1.22	5.01.00.0000169	Przeciwciała anty-HCV *
1.23	5.01.00.0000170	Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy*
1.24	5.01.00.0000173	Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny *
1.25	5.01.00.0000171	Strep-test *
<b>Budżet powierzony opieki koordynowanej**</b>		
1.26	5.01.00.0000174	BNP (NT-pro-BNP)
1.27	5.01.00.0000175	albuminuria (stężenie albumin w moczu)
1.28	5.01.00.0000176	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)
1.29	5.01.00.0000177	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
1.30	5.01.00.0000178	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
1.31	5.01.00.0000179	antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).
1.32	5.01.00.0000180	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)
1.33	5.01.00.0000181	Holter EKG 24, (248 rejestracja EKG)
1.34	5.01.00.0000203	Holter EKG , 48 (48 rejestracja EKG)
1.35	5.01.00.0000198	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)
1.36	5.01.00.0000182	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
1.36	5.01.00.0000183	USG Doppler tętnic szyjnych
1.37	5.01.00.0000184	USG Doppler naczyń kończyn dolnych
1.38	5.01.00.0000185	ECHO serca przezklatkowe
1.39	5.01.00.0000186	spirometria
1.40	5.01.00.0000187	spirometria z próbą rozkurczową
1.41	5.01.00.0000205	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)
1.42	5.01.00.0000206	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury

1.43	5.01.00.0000189	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (lekarz poz - lekarz specjalista)
1.44	5.01.00.0000199	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.45	5.01.00.0000200	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.46	5.01.00.0000201	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.47	5.01.00.0000202	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.48	5.01.00.0000190	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.49	5.01.00.0000191	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.50	5.01.00.0000192	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.51	5.01.00.0000193	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.52	5.01.00.0000194	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.53	5.01.00.0000195	porada edukacyjna
1.54	5.01.00.0000196	konsultacja dietetyczna
1.55	5.01.00.0000197	porada kompleksowa
1.56	5.01.00.0000219	porada wstępna
<b>2.</b>	<b>Świadczenia pielęgniarki poz</b>	
2.1	5.01.00.0000107	wizyta patronażowa pielęgniarki poz
2.2	5.01.00.0000054	świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami
2.3	5.01.00.0000052	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
2.4	5.01.00.0000053	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
2.5	5.01.00.0000080	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
2.6	5.01.00.0000161	porada receptowa pielęgniarki poz
2.7	5.01.00.0000172	świadczenie pielęgniarki w ramach profilaktyki ChUK
<b>3.</b>	<b>Świadczenia położnej poz</b>	
3.1	5.01.00.0000089	wizyta patronażowa położnej poz
3.2	5.01.00.0000123	wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu
3.3	5.01.00.0000110	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży



3.4	5.01.00.0000124	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży – wada letalna płodu
3.5	5.01.00.0000111	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania
3.6	5.01.00.0000125	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania – wada letalna płodu
3.7	5.01.00.0000091	wizyta w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych
3.8	5.01.00.0000055	świadczenie położnej 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
3.9	5.01.00.0000056	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
3.10	5.01.00.0000081	świadczenie położnej poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
3.11	5.01.00.0000116	świadczenie położnej poz - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego
3.12	5.01.00.0000131	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. Tyg. ciąży
3.13	5.01.00.0000132	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. Do 14. Tyg. ciąży
3.14	5.01.00.0000133	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. Do 20. Tyg. ciąży
3.15	5.01.00.0000134	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. Do 26. Tyg. ciąży
3.16	5.01.00.0000135	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. Do 32. Tyg. ciąży
3.17	5.01.00.0000136	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. Do 37. tyg. ciąży
3.18	5.01.00.0000137	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży
3.19	5.01.00.0000138	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży
3.20	5.01.00.0000139	wizyta położnej poz związana z wykonaniem Holtera RR
3.21	5.01.00.0000159	porada receptowa położnej poz

### Objaśnienia:

<sup>1</sup> kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

<sup>2</sup> świadczenie kompleksowe obejmujące poradę lekarską udzieloną w związku z badaniem

\*Świadczenia o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ realizowanych - świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego

\*\* Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ

### Słownik efektów udzielanych świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w ramach świadczenia
2012	pacjent zakwalifikowany do grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2013	pacjent zakwalifikowany do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2014	pacjent przekazany celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzowi poz

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 124/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 września 2022 r.

**WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH OBOWIĄZUJĄCY DLA REALIZACJI UMOWY  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ WRAZ Z ICH OKODOWANIEM DLA CELÓW  
SPRAWOZDAWCZOŚCI<sup>1)</sup>**

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego	Kody świadczeń wg NFZ dla komunikatu XML typu ZBPOZ
<b>1.</b>	<b>Badania hematologiczne</b>	
1	morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	1001100006
2	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	1001100007
3	retykulocyty	1001100003
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	1001100004
<b>2.</b>	<b>Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi</b>	
1	sód	1001200001
2	potas	1001200002
3	wapń zjonizowany	1001200032
4	żelazo	1001200004
5	żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	1001200033
6	stężenie transferyny	1001200005
7	stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	1001100005
8	mocznik	1001200006
9	kreatynina	1001200007
10	glukoza	1001200008
11	test obciążenia glukozą	1001200009
12	białko całkowite	1001200010
13	proteinogram	1001200011
14	albumina	1001200012
15	białko C-reaktywne (CRP)	1001600004
16	kwas moczowy	1001200013
17	cholesterol całkowity	1001200014
18	cholesterol-HDL	1001200015
19	cholesterol-LDL	1001200016
20	triglicerydy (TG)	1001200017
21	bilirubina całkowita	1001200018
22	bilirubina bezpośrednia	1001200019
23	fosfataza alkaliczna (ALP)	1001200020
24	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	1001200021
25	aminotransferaza alaninowa (ALT)	1001200022
26	gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	1001200023
27	amylaza	1001200024
28	kinaza kreatynowa (CK)	1001200025
29	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	1001200026
30	czynnik reumatoidalny (RF)	1001200027
31	miano antystreptolizyn O (ASO)	1001200028
32	hormon tyreotropowy (TSH)	1001200029

<sup>1)</sup> Objasnienia: Wykaz badań uwzględniony w niniejszym załączniku zgodny jest z wykazem zawartym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540, z późn. zm.). Nie należy sprawozdawać badań dostarczonych lekarzowi poz przez pacjenta w przypadku ich zrealizowania przez innego świadczeniodawcę lub samego pacjenta. Wykonanie badań należy sprawozdawać komunikatem XML typu ZBPOZ w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po zakończeniu półrocza.

33	antygen HBs-AgHBs	1001200030
34	VDRL	1001200031
35	FT3	1001200034
36	FT4	1001200035
37	PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity	1001200036
<b>3.</b>	<b>Badania moczu</b>	
1	ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu	1001300001
2	ilościowe oznaczanie białka	1001300002
3	ilościowe oznaczanie glukozy	1001300003
4	ilościowe oznaczanie wapnia	1001300004
5	ilościowe oznaczanie amylazy	1001300005
<b>4.</b>	<b>Badania kału</b>	
1	badanie ogólne	1001400001
2	pasożyty	1001400002
3	krew utajona - metodą immunochemiczną	1001400003
<b>5.</b>	<b>Badania układu krzepnięcia</b>	
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	1001500001
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	1001500002
3	fibrynogen	1001500003
<b>6.</b>	<b>Badania mikrobiologiczne</b>	
1	posiew moczu z antybiogramem	1001600001
2	posiew wymazu z gardła z antybiogramem	1001600002
3	posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella	1001600003
4	test antygenowy SARS-CoV-2 uzyskiwany za pomocą Systemu Dystrybucji Szczepionek (SDS)	1001600005
<b>7.</b>	<b>Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku</b>	1001700001
<b>8.</b>	<b>Badania ultrasonograficzne</b>	
1	USG tarczycy i przytarczyc	1001800002
2	USG ślinianek	1001800003
3	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	1001800004
4	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego	1001800005
5	USG obwodowych węzłów chłonnych	1001800006
<b>9</b>	<b>Zdjęcia radiologiczne</b>	
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	1001900001
2	zdjęcia kostne:	
2a)	kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej	1001900002
2b)	kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej	1001900003
2c)	kończyn w projekcji AP i bocznej	1001900004
2d)	miednicy w projekcji AP i bocznej	1001900005
3	zdjęcie czaszki	1001900006
4	zdjęcie zatok	1001900007
5	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	1001900008

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone zarządzeniem związane są z wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965) i polegają na:

1) wprowadzeniu definicji porady wstępnej, która jest realizowana przez lekarza poz w ramach stawki kapitacyjnej lekarza poz. Celem porady wstępnej jest potwierdzenie bądź wykluczenie wstępnego rozpoznania choroby przewlekłej, określonej w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ,

2) w § 4 dodaniu nowego zakresu świadczeń – budżet powierzony opieki koordynowanej,

3) w § 15, 16 i 23 uszczegółowieniu sposobu finansowania i rozliczania świadczeń w związku z wprowadzeniem budżetu powierzonego opieki koordynowanej,

4) w § 39 i 40 rozdzieleniu zadań koordynatora realizującego zadania w zakresie promocji profilaktyki oraz koordynatora realizującego zadania w ramach świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Świadczeniodawca może realizować tylko jeden zakres zadań. Przy czym zadania koordynatora w ramach świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej mogą być realizowane przez świadczeniodawców realizujących zakres wprowadzony niniejszym zarządzeniem,

5) w załącznikach nr 1 i 21 uwzględnieniu badań i konsultacji wynikających z załącznika nr 6 znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Wartości jednostek rozliczeniowych świadczeń, porad i konsultacji w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej, wskazana w załączniku nr 1, zostały określone przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (pismo z dnia 07.09.2022 r., znak: WT.5403.17.2022.MB.20). W wycenie:

a) porady kompleksowej,

b) konsultacji specjalistycznej (lekarz poz - lekarz specjalista),

c) konsultacji specjalistycznej (pacjent - lekarz specjalista)

-zawarte są również koszty osobowe realizacji zadań przez koordynatora opieki,

6) w załączniku nr 15 dodaniu nowego zakresu świadczeń - budżet powierzony opieki koordynowanej,

7) w załączniku nr 20 zmianie jego nazwy oraz podziale na dwie części - (I część zawiera grupy dziedzinowe do stosowania współczynnika 3,2 korygującego stawkę kapitacyjną, przy finansowaniu świadczeń lekarza poz dla osób przewlekle chorych a w części II załącznika określono wykaz chorób wg klasyfikacji ICD - 10 związanych z diagnostyką i leczeniem świadczeniobiorcy, kwalifikujących do rozliczania świadczeń w ramach zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej),

8) w załączniku nr 23 usunięciu badania spirometrycznego,

9) uchyleniu załącznika nr 9, z uwagi na fakt, że wniosek o zawarcie umowy składa się za pośrednictwem aplikacji do postępowania, a szczegółowy opis znajduje wymaganych informacji, które powinien zawierać formularz określa § 45 zarządzenia.

Nowy zakres świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej – świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, ma na celu zwiększenie dostępu do:

- badań diagnostycznych z obszaru kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii oraz endokrynologii co pozwoli na skuteczniejsze wykrywanie najczęstszych schorzeń przewlekłych,

- konsultacji specjalistycznych: kardiologa, diabetologa, chorób płuc, alergologa, endokrynologa co ułatwi prowadzenie opieki kompleksowej nad pacjentem, bez konieczności kierowania go do lekarza specjalisty udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

- świadczeń zdrowotnych realizowanych w formie wizyt kompleksowych z opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej co poprawi i ułatwi opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle,
- edukacji zdrowotnej realizowanej w formie porad edukacyjnych co przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentami chorymi przewlekle,
- świadczeń dietetycznych realizowanych w formie porad dietetycznych udzielanych przez dietetyków co jest istotnym wsparciem pacjentów chorych przewlekle m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy oraz kształtującymi prozdrowotne nawyki żywieniowe.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Opinie dotyczące projektu zarządzenia przedstawiło ogółem 14 podmiotów, dwa podmioty przesłały uwagi po terminie. Przedstawione uwagi poddano szczegółowej analizie w wyniku, której część z nich została uwzględniona w zarządzeniu.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Szacuje się, że łączny roczny wydatek na świadczenia opieki koordynowanej wyniesie około 1 205,213 mln zł.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2022 r.