

**Zarządzenie Nr 105/2007/DSOZ  
Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 5 grudnia 2007 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 oraz art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>1</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1**

W zarządzeniu Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1 pkt 38 otrzymuje brzmienie:

„38) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;”;

2) § 6 otrzymuje brzmienie:

„ § 6

1. Lekarz poz zobowiązany jest do podejmowania działań służących zdrowiu, znajdujących się w jego zakresie zadań.
2. Lekarz poz uczestniczy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 3 oraz § 9 ust. 3, w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w zakresach i zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 4 zarządzenia.
3. Lekarz poz konsultuje merytorycznie i ustala zasadność realizacji wniosków zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu „dalekiego” w POZ, w trybie i na zasadach określonych w rozdziale 11.
4. Lekarz poz, w ramach odrębnej umowy, może realizować, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6, nocną i świąteczną pomoc medyczną POZ, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 5.
5. Jeżeli lekarz poz nie realizuje nocnej i świątecznej pomocy medycznej w POZ to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niego świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń objętych zakresem, udzieli oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 10.

---

<sup>1</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U z 2005 r. Nr 94, poz. 788; Nr 132, poz. 1110; Nr 138, poz. 1154; Nr 157, poz. 1314; Nr 164, poz. 1366; Nr 169, poz. 1411; Nr 179, poz. 1485; z 2006 r. Nr 75, poz. 519; Nr 104, poz. 708 i 711; Nr 143, poz. 1030; Nr 170, poz. 1217; Nr 191, poz. 1410; Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433; Nr 82, poz. 559; Nr 115, poz. 793; Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172.

6. Przepis ust. 5 nie dotyczy Świadczeniodawców POZ udzielających świadczeń w zakresie świadczenia lekarza poz oraz jednocześnie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w ramach umów wieloletnich, których termin rozwiązania upływa po dacie wejścia w życie niniejszego zarządzenia. Świadczeniodawcy Ci mogą, do końca okresu związania umowami w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, udzielać świadczeń, zgodnie z przedmiotem ich zawarcia, na zasadach opisanych w rozdziale 10.

3) § 21 otrzymuje brzmienie:

**„§ 21. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz u świadczeniodawcy POZ, przy uwzględnieniu wybranej przez świadczeniodawcę metody rozliczania opartej o roczną stawkę kapitacyjną, nie powinna przekroczyć 2 750 osób, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Listę świadczeniobiorców pielęgniarki poz może tworzyć wyłącznie pielęgniarka posiadająca kwalifikacje określone w § 22.
3. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz pielęgniarską opieką środowiskową powinna być zgodna ze wskazaniami opisu świadczenia zawartymi w podrozdziale 6.2 zarządzenia.”;

4) § 24 otrzymuje brzmienie:

**„§ 24. Organizacja oraz dostępność do świadczeń pielęgniarki poz**

1. Pielęgniarka poz obowiązana jest do udzielania pielęgniarskich świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki poz oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców DPS-ów), zgodnie z katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ.
2. Realizacja opieki nad świadczeniobiorcami odbywa się od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – zgodnie z harmonogramem pracy, stanowiącym załącznik do umowy, z zastrzeżeniem § 31, w odniesieniu do pielęgniarki poz sprawującej pielęgniarską opiekę środowiskową.
3. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.
4. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki poz, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.”;

5) w § 32 ust.11 otrzymuje brzmienie:

„11. Deklaracje wyboru podlegają weryfikacji określonej w ust.5-7.”;

6) w § 33 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Pielęgniarka poz obejmuje Programem zadeklarowanych świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria określone w ust. 3 pkt 3 lit. a załącznika nr 3 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 15 do zarządzenia;

- 2) przeprowadza edukację zdrowotną świadczeniobiorcy;
  - 3) w przypadku świadczeniobiorców z grupy największego ryzyka zachorowania (w ankiecie uzyskali największą 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 diagnostyki i leczenia.”;
- 7) w § 46 ust. 7 otrzymuje brzmienie:
- „7. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz i/lub pielęgniarki poz - w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ - nie powinna przekroczyć 50 000 osób.”;
- 8) § 48 otrzymuje brzmienie:
- „§ 48. Wymagane kwalifikacje**
- Świadczenia mogą być udzielane odpowiednio przez:
- 1) lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii oraz będących w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, z uwzględnieniem przepisu § 2 ust. 1 pkt 38 zarządzenia;
  - 2) lekarzy innych niż wymienieni w pkt 1, posiadających prawo wykonywania zawodu oraz minimum 6 letni staż pracy w zawodzie, z uwzględnieniem czasu trwania stażu podyplomowego;
  - 3) pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu oraz minimum 3 letni staż pracy w zawodzie.”;
- 9) w § 50 ust. 4 otrzymuje brzmienie:
- „4. Podstawą finansowania są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych, adekwatnie do przedmiotu umowy, do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz lub listy świadczeniobiorców zadeklarowanych odpowiednio do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli oświadczenia, o których mowa w § 46 ust. 2.”;
- 10) w § 51 ust. 7 otrzymuje brzmienie:
- „7. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz i/lub pielęgniarki poz – w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ - nie powinna przekroczyć 50 000 osób.”;
- 11) § 53 otrzymuje następujące brzmienie:
- „§ 53 .Wymagane kwalifikacje**
- Świadczenia mogą być udzielane odpowiednio przez:
- 1) lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii oraz będących w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, z uwzględnieniem § 2 ust. 1 pkt 38;
  - 2) lekarzy innych niż wymienieni w pkt 1, posiadających prawo wykonywania zawodu oraz minimum 6 letni staż pracy w zawodzie, z uwzględnieniem czasu trwania

stażu podyplomowego;

3) pielęgniarki posiadające kwalifikacje określone w § 22.”;

12) w § 56 ust.6 otrzymuje brzmienie:

„6. Świadczenia, o których mowa w ust. 3 są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza POZ wydanego zgodnie z trybem określonym w § 57 ust. 2 zarządzenia.”;

13) załącznik nr 4 do zarządzenia „Karta badania profilaktycznego w Programie profilaktyki chorób układu krążenia”, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do zarządzenia;

14) załącznik nr 11 do zarządzenia „Zgłoszenie do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową”, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do zarządzenia;

15) załącznik nr 14 do zarządzenia „Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ”, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do zarządzenia;

16) załącznik nr 15 do zarządzenia „Ankieta świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy” otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do zarządzenia;

17) w załączniku nr 19 do zarządzenia:

a) § 15 otrzymuje brzmienie:

„§ 15. Kwoty określone w § 11 ust. 1-4, obowiązują w okresie od dnia ..... 200.... r. do dnia ..... 200.... r.”,

b) załącznik nr 5 do umowy, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do zarządzenia,

c) załącznik nr 6 do umowy, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do zarządzenia;

18) w załączniku nr 20 do zarządzenia:

a) w § 1 w ust. 1 w pkt 1 dodaje się lit. f i lit. g w brzmieniu:

„f) świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ – świadczenia udzielane przez lekarza w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy, na podstawie przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisem § 4 ust. 7 „Warunków zawarcia umów” oraz Lp. 1.6 załącznika nr 1 do zarządzenia,

g) świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ – świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy, na podstawie przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisem § 4 ust. 7 „Warunków zawarcia umów” oraz Lp. 2.5 załącznika nr 1 do zarządzenia”,

b) w § 7 w ust. 3 w pkt 1 dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) informacje o poradach lekarskich i świadczeniach pielęgniarskich udzielonych odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji:

- PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych na mocy przepisów o koordynacji,

- imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
- datę udzielenia świadczenia,
- rozpoznanie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10”,

c) w § 8 ust. 2 i 3 otrzymuje brzmienie:

- „2. Dla świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji oraz świadczeń transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ realizowanych na podstawie decyzji wydanej przez Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, rozliczanych wg przyjętych umową cen jednostkowych, to jest:
- 1) porad lekarskich udzielanych w stanach nagłych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
  - 2) świadczeń pielęgniarstwa udzielanych w stanach nagłych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
  - 3) przewozów na odległość „tam i z powrotem” od 121 km do 400 km;
  - 4) przewozów na odległość „tam i z powrotem” wynoszącą powyżej 400 km
- przekazane raporty statystyczne stanowią podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W celu rozliczenia przewozów wymienionych w ust. 2 pkt 3 i 4, Świadczeniodawca zobowiązany jest do złożenia dodatkowo specyfikacji wykonanych przewozów ze wskazaniem odpowiedniej liczby przejechanych kilometrów.”,

d) w § 9 w ust. 1 dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu:

- „6) opłatę za poradę w wysokości .....zł (słownie:..... złotych) udzieloną przez lekarza w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy świadczeniobiorców Świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 5 ust. 6 „Warunków zawarcia umów”;
- 7) opłatę w wysokości .....zł (słownie:..... złotych) za świadczenie udzielone przez pielęgniarkę w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy świadczeniobiorców Świadczeniodawcy, w przypadkach opisanych w § 5 ust. 6 „Warunków zawarcia umów.”,

e) załącznik nr 4 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do zarządzenia,

f) załącznik nr 6 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do zarządzenia,

g) załącznik nr 7 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do zarządzenia.

## § 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia**



**Wynik oceny BMI:**   |\_|\_|,|\_|

**Pomiary ciśnienia tętniczego:**

- 1. skurczowe:     a) |\_|\_|\_|, b) |\_|\_|\_|, c) |\_|\_|\_|, d) |\_|\_|\_|   średnia (b+d)/2 |\_|\_|\_|
- 2. rozkurczowe:  a) |\_|\_|\_|, b) |\_|\_|\_|, c) |\_|\_|\_|, d) |\_|\_|\_|   średnia (b+d)/2 |\_|\_|\_|
- 3. tętno (30s x 2) a) |\_|\_|\_|, b) |\_|\_|\_|, c) |\_|\_|\_|, d) |\_|\_|\_|

**Wyniki badań biochemicznych:**

- 1. cholesterol całkowity                                       |\_|\_|\_| mg/dl,
- 2. cholesterol HDL   |\_|\_|\_| mg/dl,
- 3. cholesterol LDL   |\_|\_|\_| mg/dl,
- 4. trójglicerydy    |\_|\_|\_| mg/dl,
- 5. glukoza na czczo   |\_|\_|\_| mg/dl,

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia:**

- 1. ryzyko incydentu sercowo–naczyniowego wg algorytmu **SCORE:** |\_|\_|

**Zalecenia dla pacjenta:**

Pacjenta skierowano na edukację - TAK |\_|\_|

.....  
*dane edukatora*

Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK |\_|\_| :

.....  
*specjalność medyczna poradni specjalistycznej*

Edukacja dotyczyła: .....

.....

.....

.....  
data i podpis przeprowadzającego edukację

.....  
podpis świadczeniobiorcy

.....  
data badania

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

**Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu komórkowego: .....

Nr telefonu stacjonarnego: .....

Adres e-mail: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....  
data

.....  
podpis świadczeniobiorcy



### **Informacja o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia:**

- Płeć:** płeć męska oraz kobiety po menopauzie
- Wiek:** mężczyźni > 45 lat, kobiety > 55 lat
- Palenie tytoniu:** powyżej 1 papierosa dziennie
- Nadciśnienie tętnicze:** RRs - 140 mmHg i/lub RRs - 90 mmHg w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego
- Zaburzenia lipidowe:** stężenie cholesterolu całkowitego TC > 190 mg/dl, LDL > 115 mg/dl, HDL <40 mg/dl dla mężczyzn, HDL <46 mg/dl dla kobiet, triglicerydów TG > 150 mg/dl
- Cukrzyca:** glikemia na czczo: powyżej 125 mg/dl lub w przygodnym pomiarze: 200 mg/dl
- Otyłość :** wskaźnik masy ciała - BMI - 30 kg/m<sup>2</sup>
- Mała aktywność fizyczna:** aktywność ruchowa (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut

### **Ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego:**

Ryzyko dla osób w wieku 35 lat jest oceniane według algorytmu zawartego w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 40, dla osób w wieku 45 lat w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 50, zaś dla osób w wieku 55 lat w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 55.

**Uwaga!** Ryzyko wystąpienia incydentu naczyniowo-sercowego może być istotnie wyższe od oszacowanego na podstawie algorytmu **SCORE**:

1. u osób z silnie obciążającym wywiadem rodzinnym przedwczesnego występowania chorób układu krążenia;
2. u osób z niskim stężeniem cholesterolu HDL, upośledzoną tolerancją glukozy, podwyższonym stężeniem triglicerydów, białka C-reaktywnego, fibrynogenu, homocysteiny, apolipoproteiny B lub Lp (a);
3. u osób otyłych, u osób prowadzących siedzący tryb życia.

## Schemat algorytmu SCORE

		Kobiety							Mężczyźni						
		Niepalące		Palaczki			Wiek	Niepalący			Palacze				
Ciśnienie tętnicze skurczowe	180	7	8	9	10	12		13	15	17	19	22	Ciśnienie tętnicze skurczowe	180	
	160	5	5	6	7	8		9	10	12	13	16		180	
	140	3	3	4	5	6		6	7	8	9	11		140	
	120	2	2	3	3	4		4	5	5	6	7		120	
	180	4	4	5	6	7	65 do 70	8	9	10	11	13		180	
	160	3	3	3	4	5		9	11	13	15	16		160	
	140	2	2	2	3	3		6	8	9	11	13		140	
	120	1	1	2	2	2		4	5	6	7	9		120	
	180	4	4	5	6	7	60 do 64	8	9	10	11	13		180	
	160	3	3	3	4	5		6	7	9	10	12		160	
	140	2	2	2	3	3		4	5	6	7	9		140	
	120	1	1	2	2	2		3	3	4	5	6		120	
	180	2	2	3	3	4	55 do 59	4	5	5	6	7		180	
	160	1	2	2	2	3		4	5	6	7	8		160	
	140	1	1	1	1	2		3	3	4	5	6		140	
	120	1	1	1	1	1		2	2	3	3	4		120	
180	1	1	1	2	2	45 do 54	2	2	3	3	4	180			
160	1	1	1	1	1		1	2	2	2	3	160			
140	0	1	1	1	1		1	1	1	1	2	140			
120	0	0	1	1	1		1	1	1	1	1	120			
180	0	0	0	0	0	35 do 44	0	0	0	1	1	180			
160	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	160			
140	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	140			
120	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	120			

4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
Poziom cholesterolu całkowitego odwzorowany na skali																			

Cholesterol całkowity	
Wartość w mg/dl	Liczba na skali
do 165	4
166 - 220	5
221 - 260	6
261 - 300	7
powyżej 300	8

**Załącznik nr 2  
do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ  
Prezesa NFZ  
z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 11 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

**ZGŁOSZENIE**

**do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową**

Nazwisko i imię świadczeniobiorcy.....

.....

Numer PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adres zamieszkania .....

.....

**Niniejszym zgłaszam w/w osobę do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową.**

Uzasadnienie zgłoszenia:.....

.....

.....

.....

.....

.....

data

.....

czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

Rozpoznanie lekarskie: (udokumentowane).....

.....

*(do wypełnienia, jeśli dokonującym zgłoszenia jest lekarz ubezpieczenia zdrowotnego opiekujący się pacjentem)*

Zlecenia lekarskie *(do wypełnienia w przypadku j.w.)*

.....

.....

.....

.....

**Uwagi:**.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

**Załącznik nr 3**  
**do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 14 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

**Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ**

Lp.	Opis świadczenia	Kod świadczenia	Wycena punktowa	Uwagi
<b>1. Świadczenia podstawowe do objęcia świadczeniobiorcy opieką pielęgniarki poz</b>				
1.1	Przeprowadzenie wywiadu środowiskowo-rodzinnego	5.01.27.0100001	13	obejmuje przeprowadzenie wywiadu środowiskowo-rodzinnego, wykonanie pomiaru podstawowych parametrów życiowych u świadczeniobiorcy, identyfikację zagrożeń i problemów zdrowotnych w kontekście potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz udokumentowanie świadczeń w Indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej w POZ
1.2	Wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową - ustalenie problemów pielęgnacyjnych i Indywidualnego planu opieki	5.01.27.0100002	15	zgodnie z zasadami określonymi przez NFZ „Warunkami zawarcia umów”
<b>2. Świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia</b>				
2.1	Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi	5.01.27.0200001	14	obejmuje edukację pacjenta i/lub jego rodziny poprzez czynne poradnictwo oraz (w zależności od potrzeb) piśmienne materiały informacyjno-edukacyjne przekazywane w trakcie realizacji świadczenia. Udzielone świadczenie możliwe do rozliczenia 1 raz w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2.2	Realizacja wizyty patronażowej u dziecka do 6 tygodnia życia	5.01.27.0200002	26	obejmuje (adekwatnie do wieku dziecka) czynności pielęgniarskie zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane a także dokumentowanie udzielonych świadczeń z uwzględnieniem dokumentacji z dokonanej oceny rozwoju psychomotorycznego dziecka.
2.3	Realizacja wizyty patronażowej u dziecka powyżej 2 m-ca życia	5.01.27.0200003	22	obejmuje (adekwatnie do wieku dziecka) czynności pielęgniarskie zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane a także dokumentowanie udzielonych świadczeń z uwzględnieniem dokumentacji z dokonanej oceny rozwoju psychomotorycznego dziecka.
<b>3. Świadczenia higieniczno-pielęgnacyjne w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej</b>				

3.1	Kąpiel pacjenta leżącego w łóżku	5.01.27.0300001	24	obejmuje czynności przygotowawcze, mycie całego ciała, toaletę p/odparzeniową i p/odleżynową, zmianę bielizny osobistej, zmianę pampersa
3.2	Pomoc przy kąpieli w wannie (kąpiel pod nadzorem)	5.01.27.0300002	13	obejmuje pomoc przy myciu, czesaniu i suszeniu włosów
3.3	Wykonanie toalety porannej lub wieczornej u pacjenta leżącego	5.01.27.0300003	18	obejmuje czynności przygotowawcze, mycie obwodowych części ciała pacjenta, czesanie włosów, podmycie krocza, toaletę p/odparzeniową i p/odleżynową, zmianę pampersa, ewentualne obcinanie paznokci
3.4	Pomoc pacjentowi przy wykonaniu toalety porannej lub wieczornej	5.01.27.0300004	13	obejmuje pomoc przy rozebraniu i ubraniu pacjenta, myciu obwodowych części ciała pacjenta, czesaniu włosów, podmyciu krocza, ewentualne obcinanie paznokci
3.5	Przesłanie łóżka pacjentowi leżącemu, zapewnienie wygodnej i bezpiecznej pozycji w łóżku	5.01.27.0300005	7	obejmuje czynności przygotowawcze, częściową zmianę pościeli, zmianę pampersa, stosowanie udogodnień, zabezpieczenie pacjenta przed urazem
3.6	Toaleta jamy ustnej	5.01.27.0300006	4	obejmuje toaletę jamy ustnej a także oczyszczenie protez zębowych
3.7	Pomoc przy toalecie jamy ustnej	5.01.27.0300007	3	obejmuje również mycie protez zębowych
3.8	Golenie zarostu twarzy	5.01.27.0300008	4	
3.9	Pomoc przy myciu głowy	5.01.27.0300009	5	obejmuje pomoc przy czesaniu i suszeniu włosów
3.10	Mycie głowy w łóżku pacjentowi leżącemu	5.01.27.0300010	6	obejmuje czynności przygotowawcze, mycie, czesanie i suszenie włosów
3.11	Założenie i zdjęcie czepca w przypadku wszawicy	5.01.27.0300011	25	obejmuje koszt środka farmakologicznego i materiałów opatrunkowych oraz mycie i czesanie włosów
3.12	Zmiana lub pomoc przy zmianie bielizny osobistej	5.01.27.0300012	4	obejmuje zmianę pampersa
3.13	Zmiana bielizny pościelowej u pacjenta leżącego	5.01.27.0300013	6	obejmuje również zmianę pampersa
<b>4. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze w ramach pielęgnarskiej opieki środowiskowej</b>				
4.1	Karmienie pacjenta	5.01.27.0400001	6	obejmuje przygotowanie posiłku do podania oraz poradnictwo żywieniowe i edukację w zakresie żywienia dietetycznego w stanach chorobowych.
4.2	Pomoc przy spożywaniu posiłku	5.01.27.0400002	5	obejmuje pomoc w przygotowaniu posiłku do spożycia oraz poradnictwo żywieniowe i edukację w zakresie żywienia dietetycznego w stanach chorobowych
4.3	Karmienie pacjenta przez zgłębnik lub przetokę	5.01.27.0400003	11	obejmuje założenie zgłębnika do żołądka oraz przygotowanie posiłku do podania oraz koszty materiałowe zabiegu
4.4	Pielęgnacja odleżyn i odparzeń u pacjenta leżącego	5.01.27.0400004	20	obejmuje czynności przygotowawcze, toaletę p/odleżynową, założenie lub zmianę oraz opatrunku (wraz z kosztami materiałów opatrunkowych, bez kosztu opatrunków specjalistycznych np. żelowych) z zastosowaniem leków wchłaniających się przez skórę, zastosowanie pielęgnacyjnych środków kosmetycznych i leczniczych, założenie lub zmianę opatrunku żelowego
4.5	Pielęgnacja stomii	5.01.27.0400005	5	obejmuje toaletę stomii z zastosowaniem maści i innych środków na skórę wokół stomii oraz zmianę worka stomijnego (bez kosztów worka stomijnego)
4.6	Pielęgnacja powikłanej stopy cukrzycowej lub	5.01.27.0400006	17	obejmuje zakładanie, zmianę i koszty opatrunków, zabiegi pielęgnacyjne z zastosowaniem leków i

	innych trudno gojących się ran (z wyłączeniem ran odleżynowych)			innych środków (bez kosztów leków i opatrunków specjalistycznych)
4.7	Mechaniczne obarczanie z wydzieliny górnych dróg oddechowych i/lub pielęgnacja rurki tracheotomijnej wraz z kosztami materiałowymi zabiegu	5.01.27.0400007	9	obejmuje odessanie wydzieliny
4.8	Mechaniczne obarczanie z wydzieliny górnych dróg oddechowych i/lub pielęgnacja rurki tracheotomijnej z wyłączeniem kosztu cewników do odsysania	5.01.27.0400008	6	obejmuje odessanie wydzieliny
4.9	Założenie lub wymiana cewnika u kobiet wraz z kosztem cewnika i worka do zbiórki moczu	5.01.27.0400009	11	obejmuje czynności przygotowawcze oraz jałowe podmycie krocza
4.10	Założenie lub wymiana cewnika u kobiet bez kosztu cewnika i worka do zbiórki moczu	5.01.27.04000010	8	obejmuje czynności przygotowawcze oraz jałowe podmycie krocza
4.11	Pielęgnacja cewnika założonego do pęcherza moczowego	5.01.27.0400011	12	Obejmuje jałowe podmywanie krocza, obserwację ilości i barwy wydalanego moczu, obserwację w kierunku infekcji wstępującej układu moczowego, płukanie cewnika – w zależności od potrzeb, wymianę lub opróżnianie worka na mocz
4.12	Wykonanie lewatywy oczyszczającej lub wlewki doodbytniczej	5.01.27.0400012	11	obejmuje czynności przygotowawcze oraz toaletę krocza
4.13	Wykonanie kompresów i okładów oraz kąpieeli leczniczych	5.01.27.0400013	9	dotyczy okolic całego ciała, obejmuje czynności przygotowawcze oraz koszty materiałów opatrunkowych. Nie obejmuje kosztu wyrobów farmaceutycznych stosownych do kąpieeli leczniczych)
4.14	Założenie suchej rurki doodbytniczej	5.01.27.0400014	4	obejmuje czynności przygotowawcze oraz koszt sprzętu jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zabiegu
4.15	Zastosowanie basenu u pacjenta leżącego	5.01.27.0400015	4	obejmuje mycie krocza
4.16	Zmiana pampersa	5.01.27.0400016	4	obejmuje toaletę p/odparzeniową
4.17	Stosowanie baniek lekarskich	5.01.27.0400017	12	obejmuje oklepywanie pleców
4.18	Podawanie leków różnymi drogami - w zależności od zleceń lekarskich (doustnych, doodbytniczych, do oka, do nosa, do ucha, wziewnie)	5.01.27.0400018	4	obejmuje podanie wszystkich zaordynowanych leków w trakcie wizyty
4.19	Podawanie insuliny	5.01.27.0400019	4	obejmuje edukację w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub rodzinę
4.20	Podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych w ramach świadczenia pielęgnarskiej opieki środowiskowej	5.01.27.0400020	5	obejmuje sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
4.21	Podawanie leków w postaci iniekcji dożylnych	5.01.27.0400021	10	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia

4.22	Podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych	5.01.27.0400022	19	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
<b>5. Świadczenia usprawniające w ramach pielęgniarstwa środowiskowego</b>				
5.1	Prowadzenie ćwiczeń biernych i czynnych u pacjenta leżącego	5.01.27.0500001	6	obejmuje zastosowanie gimnastyki oddechowej (minimum 10 minut) z oklepywaniem
5.2	Prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia oraz chodzenia przy pomocy sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, nauka samoobsługi)	5.01.27.0500002	9	obejmuje zastosowanie gimnastyki oddechowej (minimum 10 minut) z oklepywaniem
5.3	Zastosowanie drenażu ułożeniowego, wykonanie inhalacji	5.01.27.0500003	6	obejmuje nacieranie pleców, oklepywanie
5.4	Gimnastyka oddechowa	5.01.27.0500004	4	obejmuje oklepywanie
<b>6. Świadczenia diagnostyczne w ramach pielęgniarstwa środowiskowego</b>				
6.1	Pomiar podstawowych parametrów życiowych (ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, temperatury)	5.01.27.0600001	5	dotyczy wykonania pomiaru wszystkich parametrów
6.2	Obserwacja występowania i pomiar obrzęków	5.01.27.0600002	3	dotyczy wykonania niezbędnych pomiarów
6.3	Wykonywanie pomiaru glikemii przy użyciu glukometru lub testów paskowych	5.01.27.0600003	5	obejmuje koszty materiałowe zabiegu
6.4	Pobieranie materiałów do badań: krwi, moczu, wymazów	5.01.27.0600004	5	świadczenie realizowane przy współpracy ze świadczeniodawcą POZ na którego liście lekarskiej znajduje się pacjent. Obejmuje czynności przygotowawcze, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia. Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków i środka transportu odpowiada lekarz poz zgodnie z warunkami umowy z wykonawcą badań.
6.5	Kontrola diurezy, prowadzenie bilansu wodnego	5.01.27.0600005	2	
<b>7. Wsparcie organizacyjne w zakresie korzystania ze świadczeń systemu opieki zdrowotnej i socjalnej w ramach pielęgniarstwa środowiskowego</b>				
7.1	Pomoc w zapewnieniu świadczeń opieki socjalnej, środków leczniczych i sprzętu niezbędnego do opieki i leczenia w domu	5.01.27.0700001	21	obejmuje współdziałanie z organizacjami i instytucjami w zakresie wsparcia osób i rodzin z problemami zdrowotnymi, poradnictwo w zakresie korzystania z systemu opieki zdrowotnej i socjalnej, współpracę z innymi członkami zespołu terapeutycznego
<b>8. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze realizowane poza planem indywidualnej opieki w ramach pielęgniarstwa środowiskowego</b>				
8.1	Stosowanie baniek lekarskich	5.01.27.0800001	12	obejmuje oklepywanie pleców
8.2	Podawanie insuliny	5.01.27.0800002	4	obejmuje edukację pacjenta w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub rodzinę
8.3	Podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych	5.01.27.0800003	5	obejmuje sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
8.4	Podawanie leków w postaci iniekcji dożylnych	5.01.27.0800004	10	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
8.5	Podawanie płynów	5.01.27.0800005	19	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny

	infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych			pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
8.6	Wykonywanie pomiaru glikemii przy użyciu glukometru lub testów paskowych	5.01.27.0800006	5	obejmuje koszty materiałowe zabiegu
8.7	Pobieranie materiałów do badań: krwi, moczu, wymazów	5.01.27.0800007	5	świadczenie realizowane przy współpracy ze świadczeniodawcą POZ na którego liście lekarskiej znajduje się pacjent. Obejmuje czynności przygotowawcze, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia. Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków i środka transportu odpowiada lekarz poz zgodnie z warunkami umowy z wykonawcą badań..





3. Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
4. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
5. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
6. Czy określiłby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
7. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
8. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
9. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
10. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
11. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:
- a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- b) krwioplucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAK|\_|, NIE |\_|\_|
12. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAK|\_|, NIE |\_|\_|

### Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....  
data i podpis świadczeniobiorcy

**LEGENDA:**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 1c, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11d, 12 - 1 PKT,**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 1a, 1b, 2, 6, 11a, 11b, 11c, - 2 PKT.**

**LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ**

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10                      podwyższone

9 - 1                        umiarkowane

**Wynik oceny na podstawie ankiety**

**U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał  $\geq 9$  punktów) i w porozumieniu z lekarzem poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje, został skierowany na dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc**

(adres Poradni) .....

TAK | \_ |,

NIE | \_ |

.....  
data, pieczęćka i podpis pielęgniarki poz

**Załącznik nr 5**  
**do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 5 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 19 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

Świadczeniodawca: (nazwa)  
 Kod umowy : (nr sygnatury)  
 Okres sprawozdawczy (Symbol ankiety): POZ-(xx)<sup>1</sup> -2007

**WZÓR ZBIORCZEGO RAPORTU STATYSTYCZNEGO**  
**Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POZ**

Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>2</sup>	Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ <sup>3</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – format XML
<b>1</b>			<b>Lekarz poz</b>		
1.1	5.01.00.0000044	2.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona w miejscu udzielania świadczeń		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.2	5.01.00.0000045	8.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona w domu pacjenta		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.3	5.01.00.0000046	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna 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 tego samego województwa		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.4	5.01.00.0000047	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.5	5.01.00.0000048	48.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób układu krążenia		<b>Sprawozdawczość merytoryczna – SIMP on line</b> <b>Sprawozdawczość rozliczeniowa –</b> komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.6	5.01.00.0000049	48.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.7	5.01.00.0000050	48.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) z wykonanym badaniem spirometrycznym – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.8	5.01.00.0000051	48.4	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

1.9	100101	2.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w miejscu udzielania świadczeń		komunikat z danymi zbiorczymi
1.10	100102	8.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w domu pacjenta		komunikat z danymi zbiorczymi
1.11	100103	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 2 latków		komunikat z danymi zbiorczymi
1.12	100104	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 4 latków		komunikat z danymi zbiorczymi
1.13	100105	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 6 latków		komunikat z danymi zbiorczymi
1.14	100106	2.17	liczba wykonanych pozostałych badań bilansowych u dzieci i młodzieży		komunikat z danymi zbiorczymi
1.15	100107	46.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych <sup>5</sup> wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku od 0 do 6 lat		komunikat z danymi zbiorczymi
1.16	100108	46.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych <sup>5</sup> wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku od 7 do 19 lat		komunikat z danymi zbiorczymi
1.17	Kody badań zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy		liczba wykonanych badań diagnostycznych świadczeniobiorcom w grupach wiekowych zgodnie ze słownikiem grup wiekowych określonym w załączniku nr 6 do umowy		komunikat z danymi zbiorczymi (co pół roku)
<b>2</b>			<b>Pielęgniarka poz</b>		
2.1	Kody zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”		świadczenia zrealizowane w okresie rozliczeniowym w trakcie wizyt pacjentów zadeklarowanych zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
2.2	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
2.3	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
2.4	100203	8.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie rozliczeniowym w gabinecie pielęgniarki poz		komunikat z danymi zbiorczymi
2.5	5.01.00.0000054	46.6	porada profilaktyczna w programie profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
2.6	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 tego samego województwa		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
2.7	5.01.00.0000053	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>3</b>			<b>Położna poz</b>		
3.1	100301	7.7	liczba zrealizowanych wizyt patronażowych u pacjentów zadeklarowanych		komunikat z danymi zbiorczymi
3.2	100302	7.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.3	100303	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie rozliczeniowym w gabinecie pielęgniarki poz		komunikat z danymi zbiorczymi
3.4	100304	X	liczba świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.5	100305	X	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.6	100306	X	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.7	100307	X	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.8	100308	X	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi

3.9	5.01.00.0000055	7.11	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 tego samego województwa		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
3.10	5.01.00.0000056	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>4</b>			<b>Pielęgniarka szkolna</b>		
4.1	100401	45.17	liczba wykonanych bilansów zdrowia		komunikat z danymi zbiorczymi
4.2	100402	45.20	liczba wykonanych badań przesiewowych w pozostałych rocznikach		komunikat z danymi zbiorczymi
4.3	100403	45.21	liczba wykonanych i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych		komunikat z danymi zbiorczymi
4.4	100404	45.11	liczba udzielonych uczniom świadczeń pomocy doraźnej		komunikat z danymi zbiorczymi
4.5	100501	45.21	liczba uczniów klas I-VI objętych grupową profilaktyką fluorkową w okresie sprawozdawczym		komunikat z danymi zbiorczymi

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej )

#### Objaśnienia:

<sup>1)</sup> oznaczenie miesiąca (okresu sprawozdawczego) w formacie dwucyfrowym np. 01 – styczeń

<sup>2)</sup> kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

<sup>3)</sup> kod dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ

<sup>4)</sup> dotyczy jednostkowo wykonanego szczepienia niezależnie od postaci szczepionki (np. szczepionki skojarzone należy wykazywać, jako jedno szczepienie)

#### Słownik efektów udzielanych świadczeń w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Kod efektu	Nazwa efektu
1011	pacjent podjął próbę zaprzestania palenia
1012	pacjent objęty leczeniem odwykowym w etapie podstawowym Programu
1013	pacjent zakwalifikowany do grupy ryzyka POChP
1014	pacjent z rozpoznaną POChP
1015	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w etapie specjalistycznym Programu
1016	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w poradni leczenia uzależnień

#### Słownik efektów udzielanych świadczeń w Programie profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w Programie
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 6**  
**do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 6 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 19 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

<b>Nazwa Świadczeniodawcy</b>				
<b>Kod Świadczeniodawcy ( numer umowy )</b>		<b>Okres sprawozdawczy ( półrocze )</b>		<b>Liczba populacji zadeklarowanej na koniec okresu rozliczeniowego</b>
		.....		.....
<b>LP.</b>	<b>Wyszczególnienie ( badania diagnostyczne )</b>	<b>Kod badań diagnostycznych wg NFZ<sup>1</sup></b>	<b>Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ<sup>2</sup></b>	<b>Liczba wykonanych badań w okresie sprawozdawczym</b>
<b>1 Badania hematologiczne</b>				
1	morfoloia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym	1001100001	18.9	
2	płytki krwi	1001100002	18.9	
3	retikulocyty	1001100003	18.9	
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	1001100004	18.9	
<b>2 Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi</b>				
1	sód	1001200001	18.9	
2	potas	1001200002	18.9	
3	wapń całkowity	1001200003	18.9	
4	żelazo	1001200004	18.9	
5	stężenie transferyny	1001200005	18.9	
6	mocznik	1001200006	18.9	
7	kreatynina	1001200007	18.9	
8	glukoza	1001200008	18.9	
9	test obciążenia glukozą	1001200009	18.9	
10	białko całkowite	1001200010	18.9	
11	proteinogram	1001200011	18.9	
12	albuminy	1001200012	18.9	
13	kwaz moczowy	1001200013	18.9	
14	cholesterol całkowity	1001200014	18.9	
15	cholesterol-HDL	1001200015	18.9	
16	cholesterol-LDL	1001200016	18.9	
17	triglicerydy (TG)	1001200017	18.9	
18	bilirubina całkowita	1001200018	18.9	
19	bilirubina bezpośrednia	1001200019	18.9	
20	fosfataza alkaliczna (ALP)	1001200020	18.9	

21	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	1001200021	18.9	
22	aminotransferaza alaninowa (ALT)	1001200022	18.9	
23	gammaglutamylotranspeptydaza (GGT)	1001200023	18.9	
24	amylaza	1001200024	18.9	
25	kinaza kreatynowa (CK)	1001200025	18.9	
26	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	1001200026	18.9	
27	czynnik reumatoidalny (RF)	1001200027	18.9	
28	miano antystreptolizyn O (ASO)	1001200028	18.9	
29	hormon tyreotropowy (TSH)	1001200029	18.9	
30	antygen HBs-AgHBs	1001200030	18.9	
31	VDRL	1001200031	18.9	
<b>3</b>	<b>Badanie moczu</b>			
1	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu	1001300001	18.9	
2	ilościowe oznaczanie białka	1001300002	18.9	
3	ilościowe oznaczanie glukozy	1001300003	18.9	
4	ilościowe oznaczanie wapnia	1001300004	18.9	
5	ilościowe oznaczanie amylazy	1001300005	18.9	
<b>4</b>	<b>Badanie kału</b>			
1	badanie ogólne	1001400001	18.9	
2	pasożyty	1001400002	18.9	
3	krew utajona - metodą immunochemiczną	1001400003	18.9	
<b>5</b>	<b>Badania układu krzepnięcia</b>			
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	1001500001	18.9	
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	1001500002	18.9	
3	fibrynogen	1001500003	18.9	
<b>6</b>	<b>Badania mikrobiologiczne</b>			
1	posiew moczu z antybiogramem	1001600001	18.9	
2	posiew wymazu z gardła	1001600002	18.9	
3	ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella; Shigella	1001600003	18.9	
4	białko C-reaktywne (CRP)	1001600004	18.9	
<b>7</b>	<b>Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku</b>			
		1001700001	27.9	
<b>8</b>	<b>Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej</b>			
		1001800001	19.9	
<b>9</b>	<b>Zdjęcia radiologiczne</b>			
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	1001900001	21.9	
2	zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa w projekcji AP i bocznej (cały kręgosłup)	1001900002	21.9	
3	zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa w projekcji AP i bocznej (odcinkowe)	1001900003	21.9	
4	zdjęcia kostne - w przypadku kończyn w projekcji AP i bocznej	1001900004	21.9	
5	zdjęcia kostne - w przypadku miednicy w projekcji AP i bocznej	1001900005	21.9	
6	zdjęcie czaszki w projekcji AP i bocznej	1001900006	21.9	
7	zdjęcie zatok w projekcji AP i bocznej	1001900007	21.9	
8	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	1001900008	21.9	

Osoba sporządzająca (nazwisko i imię): .....



Numer telefonu: .....

Data sporządzenia: .....

**Objaśnienia:**

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

<sup>2)</sup> kod dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ

**Słownik grup wiekowych**

<b>Kod grupy</b>	<b>Nazwa grupy</b>
1001	grupa wiekowa 0-6 r.ż.
1002	grupa wiekowa 7-19 r.ż.
1003	grupa wiekowa 20-65 r.ż.
1004	grupa wiekowa powyżej 65 r.ż.

**Załącznik nr 7  
do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ  
Prezesa NFZ  
z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 4 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 20 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

.....  
.....  
.....

nazwa, adres i nr telefonu siedziby Świadczeniodawcy

Okres sprawozdawczy: miesiąc ..... rok .....

**Wykaz świadczeniodawców, którzy realizują umowę o udzielanie świadczeń  
nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ  
w oparciu o zawarte porozumienie**

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Numer umowy z NFZ	Liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz
<b>Razem</b>			

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczętka i czytelny podpis osoby  
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

**Załącznik nr 8**  
**do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 6 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 20 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

Świadczeniodawca: (nazwa)  
 Kod umowy : (nr sygnatury)  
 Okres sprawozdawczy (Symbol ankiety): POZ-(xx)<sup>1</sup>-2007

**WZÓR ZBIORCZEGO RAPORTU STATYSTYCZNEGO**  
**Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POZ**

**w zakresie: nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ**  
**Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML, zgodnie z przedmiotem umowy:**

Liczba świadczeniobiorców objętych opieką w okresie sprawozdawczym: .....

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>2</sup>	Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ <sup>3</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – format XML
<b>1</b>			<b>Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ</b>		
1.1	100601	2.4	porady lekarskie ambulatoryjne udzielone osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców		komunikat z danymi zbiorczymi
1.2	100602	8.4	porady lekarskie wyjazdowe udzielone osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców		komunikat z danymi zbiorczymi
1.3	100603	2.4	porady lekarskie udzielone ambulatoryjnie osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
1.4	100604	8.4	porady lekarskie wyjazdowe udzielone osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
1.5	5.01.00.0000060	2.11	porada lekarska ambulatoryjna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.6	5.01.00.0000061	2.11	porada lekarska wyjazdowa udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.7	100605	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców		komunikat z danymi zbiorczymi
1.8	100606	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców,		komunikat z danymi zbiorczymi
1.9	100607	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
1.10	100608	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
1.11	5.01.00.0000062	8.11	wizyta pielęgniarska udzielona ambulatoryjnie osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych

					i szpitalnych
1.12	5.01.00.0000063	8.11	wizyta pielęgniarska udzielone w trybie wyjazdowym osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>2</b>			<b>Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska w POZ</b>		
2.1	100701	2.4	porady lekarskie ambulatoryjne udzielone osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców		komunikat z danymi zbiorczymi
2.2	100702	8.4	porady lekarskie ambulatoryjne udzielone osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
2.3	5.01.00.0000060	2.11	porada lekarska ambulatoryjna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>3</b>			<b>Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska w POZ</b>		
3.1	100801	2.4	porady lekarskie wyjazdowe udzielone osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców		komunikat z danymi zbiorczymi
3.2	100802	8.4	porady lekarskie wyjazdowe udzielone osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
3.3	5.01.00.0000061	2.11	porada lekarska wyjazdowa udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>4</b>			<b>Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka pielęgniarska w POZ</b>		
4.1	100901	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców		komunikat z danymi zbiorczymi
4.2	100902	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
4.3	5.01.00.0000062	8.11	wizyta pielęgniarska udzielona ambulatoryjnie osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>5</b>			<b>Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka pielęgniarska w POZ</b>		
5.1	101001	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym osobom znajdującym się na liście świadczeniobiorców,		komunikat z danymi zbiorczymi
5.2	101002	8.6	liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat z danymi zbiorczymi
5.3	5.01.00.0000063	8.11	wizyta pielęgniarska udzielona w trybie wyjazdowym osobie spoza listy świadczeniobiorców, uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej )

**Objaśnienia:**

- <sup>1)</sup> oznaczenie miesiąca (okresu sprawozdawczego) w formacie dwucyfrowym np. 01 – styczeń
- <sup>2)</sup> kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania
- <sup>3)</sup> kod dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ

**Załącznik nr 9  
do zarządzenia nr 105/2007/DSOZ  
Prezesa NFZ  
z dnia 05.12.2007 r.**

**Załącznik nr 7 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 20 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

Świadczeniodawca: (nazwa)  
Kod umowy : (nr sygnatury)  
Okres sprawozdawczy (Symbol ankiety): POZ-(xx)<sup>1</sup>-2007

**WZÓR ZBIORCZEGO RAPORTU STATYSTYCZNEGO  
Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POZ**

**w zakresie: transport sanitarny w POZ**

**Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:**

Liczba świadczeniobiorców objętych opieką w okresie sprawozdawczym: .....

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>2</sup>	Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ <sup>3</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – format XML
1	101101	32.14	przewozy na odległość „tam i z powrotem” do 120 km		komunikat z danymi zbiorczymi
2	101202	32.14	przewozy wykonane na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na odległość „tam i z powrotem” od 121 do 400 km		komunikat z danymi zbiorczymi
3	101303	32.14	przewozy wykonane na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na odległość „tam i z powrotem” powyżej 400 km		komunikat z danymi zbiorczymi

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

**Objaśnienia:**

- <sup>1</sup>) oznaczenie miesiąca (okresu sprawozdawczego) w formacie dwucyfrowym np. 01 – styczeń  
<sup>2</sup>) kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania  
<sup>3</sup>) kod dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ