*Niniejsze stanowisko jest efektem wielomiesięcznej pracy specjalnej grupy zadaniowej Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Materiał powstał na podstawie szczegółowej analizy regulacji stosowanych we wszystkich kasach chorych, a także wypływających z niej wniosków. W dużym stopni kierowano się też rozwiązaniami stosowanymi w tych krajach Europy, w których podstawowa opieka zdrowotna funkcjonuje w sposób harmonijny. Niektóre części opracowania, na różnych etapach pracy, konsultowane były z przedstawicielami zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i członkami kilku komisji, tworzonych dla przygotowania modelowych rozwiązań w tym obszarze. Dokument odzwierciedla jednak niezależne stanowisko największej organizacji profesjonalnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jaką jest Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zaprezentowane treści zgodne są z regulacjami ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, częściowo zaś zawierają propozycję do wykorzystania przy opracowywaniu stosownych aktów wykonawczych do ustawy. Zarząd Główny Kolegium przyjmując niniejsze stanowisko, uczynił to w nadziei, że wdrożenie proponowanych rozwiązań uporządkuje funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w skali całego kraju oraz zapewni jej stabilne warunki dla dalszego rozwoju.*

*Dr n. med. Adam Windak*
*Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce*

## Spis treści:

I Założenia ogólne ..... 5
II Organizacja systemu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ..... 6
III Zasady współpracy POZ z innymi strukturami systemu ochrony zdrowia ... 8
IV Kluczowe warunki zawierania umów w POZ ..... 10
V Finansowanie świadczeń w POZ ..... 12

Załączniki ..... 15
1. Zakres kompetencji lekarza rodzinnego/POZ ..... 16
2. Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej ..... 20
3. Zakres kompetencji położnej środowiskowo-rodzinnej ..... 22
4. Wzór karty informacyjnej ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego ..... 24
5. Wzór skierowania na konsultację specjalistyczną oraz wzór opisu wyniku konsultacji ..... 25
6. Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli zleceniodawcy ..... 26
7. Wykaz badań analitycznych wykonywanych w POZ ..... 28
8. Wykaz badań diagnostyki obrazowej wykonywanych w POZ ..... 30
9. Kalkulacja stawek kapitacyjnych w POZ ..... 31

# I. Założenia ogólne

1) Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą zdrowym i chorym kompleksowe i skoordynowane świadczenia zdrowotne w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, ukierunkowane na zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, wczesne rozpoznanie i leczenie oraz pielęgnację. Składają się na nią ogólna opieka lekarska i pielęgniarsko-położnicza.
2) POZ jest głównym i fundamentalnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. Stanowi miejsce podstawowego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej.
3) Lekarz rodzinny/POZ jest koordynatorem procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz działań w zakresie: promocji i profilaktyki wobec jego podopiecznych.
4) Podstawowa opieka zdrowotna sprawowana jest przez zespół, w skład którego wchodzi lekarz rodzinny/POZ, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna oraz położna środowiskowo-rodzinna. Zakres kompetencji poszczególnych członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej określają załączniki nr 1, 2 i 3.

## II. Organizacja systemu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)

1) Jednostkami organizacyjnymi POZ są publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz osoby wykonujące zawód medyczny w formie praktyki indywidualnej i/lub grupowej.
2) Podstawowa opieka zdrowotna kontraktowana jest z podmiotami udzielającymi wyłącznie świadczenia z zakresu opieki ambulatoryjnej.
3) Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej kontraktowane są z podmiotami, które sprawują opiekę nad łączną populacją nie większą niż 25 tys. osób.
4) Świadczenia z zakresu POZ udzielają lekarze rodzinni/POZ, pielęgniarki ogólne, pielęgniarki i położne środowiskowe/rodzinne oraz pielęgniarki w środowisku wychowania i nauczania/higienistki szkolne.
5) Liczba oraz rodzaj świadczeniodawców na danym terenie powinna być określona przez wojewódzki plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Plan powinien wskazywać obszary, w których należy tworzyć nowe jednostki POZ finansowane ze środków publicznych, aby poprawić dostępność do opieki podstawowej.
6) Zasady zawierania umów z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej powinny zawierać bodźce stymulujące do tworzenia grupowych praktyk medycyny rodzinnej, zapewniających kompleksowe świadczenia POZ, w tym opiekę lekarza rodzinnego, oraz środowiskową opiekę pielęgniarską i położniczą.
7) W przypadku odrębnego kontraktowania świadczeń POZ lekarze, pielęgniarki i położne muszą zawrzeć pisemne porozumienie, określające sposób oraz zakres współpracy w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom, którzy ich wybrali.
8) Wszystkie świadczenia udzielane w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy, pielęgniarki i położne, muszą być dostępne dla pacjentów zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i domowych.
9) Gabinety, w których lekarze, pielęgniarki oraz położne udzielają świadczeń z zakresu POZ, powinny być czynne od poniedziałku do piątku w godzinach 8–17-ej. Harmonogram pracy powinien zapewnić dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w przypadku lekarzy zarówno w godzinach rannych, jak i popołudniowych, w łącznym wymiarze czasu nie krótszym niż 5 godzin dziennie. Dostępność do świadczeń pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w gabinecie powinna być nie mniejsza niż 4 godziny dziennie, a w przypadku położnej środowiskowo-rodzinnej 2 godziny dziennie. W pozostałym czasie pracy gabinetu lekarze, pielęgniarki i położne udzielają świadczeń w domach pacjentów oraz wykonują czynności administracyjne.

10) Co najmniej raz w tygodniu powinny odbywać się konsultacje lekarsko-pielęgniarskie dotyczące procesu sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej. W trakcie tych spotkań lekarze, pielęgniarki i położne będą wymieniać informacje na temat udzielonych świadczeń, stanu zdrowia podopiecznych oraz ich potrzeb zdrowotnych, a także zaplanują dalszy proces diagnostyczno-terapeutyczny.
11) Liczba podopiecznych przypadających na jednego lekarza oraz pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej nie powinna przekraczać 2000, a docelowo powinna zostać zmniejszona do 1600.
12) Liczba podopiecznych przypadających na jedną położną środowiskowo-rodzinną udzielającą świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej nie powinna przekraczać 5000 populacji żeńskiej w wieku 15–49 r. ż. i noworodków oraz niemowląt obojga płci do 6 tyg. życia, a docelowo powinna zostać zmniejszona do 4000.
13) Lekarz i pielęgniarka/położna nie może przyjmować na swoją listę podopiecznych osób zamieszkałych w odległości od swojego gabinetu wymagającej czasu dojazdu dłuższego niż 1/2 h.
14) W uzasadnionych przypadkach, działając zgodnie z zasadami etyki zawodowej, lekarz, pielęgniarka oraz położna udzielający świadczeń z zakresu POZ mogą odmówić pacjentowi wpisu na swoją listę. W takim przypadku zobowiązani są do poinformowania go o innych świadczeniodawcach w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta, mogących zapewnić mu opiekę.
15) W ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lekarz rodzinny/POZ zapewnia ubezpieczonym dostęp do nocnej i świątecznej pomocy w ambulatorium oraz domu pacjenta, funkcjonującej w dni robocze w godzinach 17:00–8:00, a w dni świąteczne i wolne od pracy przez 24 godziny. Świadczenia te udzielane są przez świadczeniodawcę samodzielnie lub też na podstawie odpowiednich porozumień przez innych świadczeniodawców.
16) Świadczenia zdrowotne z zakresu dziennej i nocnej pomocy ambulatoryjnej i wyjazdowej **nie obejmują stanów nagłych i bezpośredniego zagrożenia życia**, a w szczególności nagłych zachorowań w miejscu publicznym, utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w nagłych sytuacjach, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu, dolegliwości związanych z ciążą, dolegliwości bólowych w klatce piersiowej u pacjentów powyżej 40 r.ż. lub młodszych leczonych wcześniej z powodu chorób serca. Koszty wymienionych świadczeń nie mogą obciążać świadczeniodawców innych niż ratownictwa medycznego. W każdej wątpliwej sytuacji podopieczny ma prawo do korzystania z kontaktu z dyspozytorem jednostki pogotowia ratunkowego/ratownictwa medycznego – dyspozytor ostatecznie podejmuje decyzję o przekazaniu pacjenta pomocy ambulatoryjnej i wyjazdowej POZ.

## III. Zasady współpracy świadczeniodawcy POZ z innymi strukturami systemu ochrony zdrowia

1) W ramach umowy z płatnikiem lekarz rodzinny/POZ może kierować pacjenta na konsultację specjalistyczną, udzielaną przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2) Pod pojęciem konsultacji specjalistycznej należy rozumieć jednorazową poradę specjalistyczną, udzieloną na podstawie skierowania lekarza rodzinnego/POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3) Specjaliści działający w ramach lecznictwa ambulatoryjnego w daleko mniejszym stopniu niż obecnie powinni sprawować bezpośrednią i ciągłą opiekę zdrowotną nad pacjentem. W znacznie większym zakresie powinni przejąć na siebie funkcje konsultantów, wspierających swoją wiedzą lekarzy rodzinnych/POZ.
4) Głównym zadaniem specjalistów w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej powinno być udzielanie konsultacyjnej pomocy lekarzowi rodzinnemu/POZ. Inne zadania to czasowe przejęcie opieki nad pacjentem lub wykonanie badań diagnostycznych. Celem stałego leczenia lekarze specjaliści powinni przejmować tylko tych pacjentów, których problemy kliniczne są na tyle złożone, iż wymagają ciągłych interwencji lekarza z głęboką wiedzą specjalistyczną w danej dziedzinie.
5) Przejęcie w stałą lub czasową opiekę specjalistyczną odbywa się na podstawie skierowania lekarza rodzinnego/POZ, wystawionego na wniosek specjalisty, uzasadniający potrzebę sprawowania tego typu opieki.
6) Skierowanie na stałe leczenie specjalistyczne ważne jest przez okres jednego roku. Jego przedłużenie wymaga pisemnego wniosku lekarza specjalisty, zawierającego opis aktualnego stanu pacjenta oraz uzasadnienie potrzeby przedłużenia opieki specjalistycznej.
7) Pod pojęciem stałej opieki specjalistycznej należy rozumieć porady specjalistyczne (z wyjątkiem pierwszej), których udzielają lekarze specjaliści w tej samej poradni specjalistycznej (załącznik nr 4).
8) Kierowanie do lekarza specjalisty nie powinno naruszać przysługującego pacjentowi prawa do wyboru specjalisty. W przypadku kiedy lekarz rodzinny/POZ uzna, że cel skierowania może być osiągnięty tylko u konkretnego świadczeniodawcy, może wpisać jego nazwę do skierowania, co nie ogranicza jednak prawa pacjenta do wyboru innego lekarza tej samej specjalności.
9) Gdy świadczenie zostało udzielone w związku ze zdjęciem opatrunku gipsowego lub zdjęciem szwów, karta informacyjna izby przyjęć szpitala lub ambulatorium pogotowia traktowane są na równi ze skierowaniem.
10) Wzór formularza skierowania na konsultację specjalistyczną powinien być jednolity, a także powinien gwarantować przekazanie niezbędnych informacji o pacjencie od lekarza POZ (załącznik nr 5).

11) Świadczeniodawca z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zobowiązany jest do prowadzenia ewidencji i przechowywania w dokumentacji medycznej skierowań lekarzy rodzinnych/POZ oraz lekarzy specjalistów, na podstawie których udzielono świadczeń zdrowotnych.
12) Jednolity wzór odpowiedzi lekarza specjalisty do lekarza rodzinnego/POZ (załącznik nr 5), powinien zawierać informację na temat wyniku konsultacji, sposobu dalszego postępowania z pacjentem oraz ewentualnych wskazań do objęcia stałą opieką specjalistyczną. Kierując do specjalisty lekarz rodzinny/POZ powinien załączyć stosowne wyniki badań dodatkowych, uzasadniające skierowanie. Ewentualne spory rozstrzygają Konsultant Wojewódzki określonej specjalności w porozumieniu z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie Medycyny Rodzinnej.
13) Pacjent po raz pierwszy zgłaszający się do konsultacji specjalistycznej powinien zostać przyjęty w ciągu pięciu dni roboczych od daty zgłoszenia lub krótszym, gdy wymaga tego stan zdrowia. Terminy przyjęć dla pozostałych pacjentów nie powinny być dłuższe niż 2 miesiące.
14) Lekarz specjalista, przejmując na stałe leczenie ubezpieczonego, zobowiązany jest do ponoszenia kosztów zlecanych przez siebie badań i zabiegów niezbędnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
15) Koszty konsultacji (w tym w domu chorego) i stałego leczenia specjalistycznego pokrywane są przez płatnika w drodze bezpośrednich rozliczeń z uprawnionymi podmiotami posiadającymi stosowne umowy. Nie mogą one obciążać finansowo lekarza rodzinnego/POZ, na liście którego znajduje się pacjent. Dopuszczalne jest również zawieranie umów obejmujących część lub cały zakres specjalistycznej opieki ambulatoryjnej ze świadczeniodawcą POZ (*fund holding*).
16) W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz rodzinny/POZ może wnioskować do specjalisty o udzielenie świadczenia w domu chorego. Lekarz specjalista powinien wykonać takie świadczenie w terminie do pięciu dni roboczych od dnia dostarczenia skierowania lub szybciej, jeżeli uzasadnia to stan pacjenta.
17) W przypadku specjalistycznych procedur diagnostycznych lub terapeutycznych udzielanych w lecznictwie otwartym, których ilość jest ograniczona, powinien zostać ustalony obowiązek prowadzenia jawnej listy pacjentów oczekujących. Rzetelność prowadzenia takiej listy powinna podlegać ścisłemu nadzorowi płatnika.
18) W przypadku zleceń na przejazdy środkami transportu sanitarnego musi funkcjonować jednoznaczna zasada, iż ich koszty pokrywa świadczeniodawca wystawiający zlecenie, z wyłączeniem przypadków zagrożenia życia, wymagających transportu z lekarzem, opłacanych przez płatnika na podstawie odrębnych umów z podmiotami realizującymi zadania z zakresu ratownictwa medycznego.

## IV. Kluczowe warunki zawierania umów w POZ

1) Podstawą zawierania umów na zapewnianie POZ może być wyłącznie lista podopiecznych, którzy dokonali wyboru danego lekarza, pielęgniarki i położnej środowiskowo-rodzinnej.
2) Świadczenia z zakresu medycyny szkolnej powinny być udzielane na podstawie odrębnie zawieranych umów.
3) Lekarz rodzinny/POZ posiadający listę podopiecznych, praktykujący w poradni o określonym standardzie lokalu i wyposażenia, współpracujący z zespołem o określonych kwalifikacjach jest obligatoryjnym partnerem dla płatnika do zawarcia umowy na POZ.
4) Świadczeniodawca zawierający kontrakt z płatnikiem na podstawową opiekę zdrowotną musi dysponować lokalem o powierzchni minimum 70 metrów kwadratowych na pierwsze 2000 pacjentów na liście oraz dodatkowo po 15 metrów kwadratowych na każdych następnych 500 podopiecznych na liście.
5) Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) w całym kraju powinna być zapewniana na podstawie jednej wzorcowej umowy, zawartej na czas nieokreślony.
6) Na terenie całego kraju powinna obowiązywać jednolita stawka kapitacyjna na zapewnianie opieki podstawowej pacjentowi, który wybrał danego lekarza, pielęgniarkę lub położną, zróżnicowana co do wysokości w zależności od:
   a. kwalifikacji świadczeniodawców
   b. wieku pacjentów objętych opieką
   c. miejsca zamieszkania pacjenta (DPS, DMD).
7) Zakres umowy na zapewnianie POZ powinien obejmować:
   1) opiekę lekarską
   2) środowiskową opiekę pielęgniarską
   3) środowiskową opiekę położniczą
   4) opiekę nocną i świąteczną.
8) Każdy z powyższych obszarów opieki powinien być finansowany poprzez wyodrębnioną stawkę kapitacyjną.
9) Programy profilaktyczne i przesiewowe muszą być organizowane z udziałem wszystkich struktur POZ i być odrębnie finansowane.
10) Świadczeniodawca zapewniający opiekę w zakresie lecznictwa zamkniętego i specjalistycznego nie może zawierać umów na zapewnianie POZ (w okresie przejściowym w związku z określonymi rozwiązaniami organizacyjnymi opieki zdrowotnej – działający jedyny SP ZOZ – takie umowy mogą być zawarte na czas (np. 1 roku, określony dla przeprowadzenia restrukturyzacji umożliwiającej oddzielne zakontraktowanie POZ).

11) Umowy na zapewnianie POZ muszą gwarantować lekarzom, pielęgniarkom i położnym czas i warunki umożliwiające uczestnictwo w szkoleniach oraz innych działaniach zapewniających ustawiczny rozwój zawodowy.
12) Płatnik, który zawarł umowę ze świadczeniodawcą sprawującym podstawową opiekę zdrowotną, może dokonać kontroli, oczekując w jej trakcie przedłożenia dokumentacji, która została wymieniona w załączniku nr 6.

# V. Finansowanie świadczeń w POZ

1) Do systemu kontraktowania należy wprowadzić przelicznik stawki, uwzględniający strukturę wiekową populacji objętej opieką. Proponowane wskaźniki to:
   a. dla pacjentów w grupie wiekowej 0–6 r.ż. przyjąć **przelicznik 1,3**,
   b. dla pacjentów w grupie wiekowej 7–64 r.ż. przyjąć **przelicznik 1,0**,
   c. dla pacjentów w wieku 65 lat i powyżej przyjąć **przelicznik 1,7**.
2) Do systemu kontraktowania należy wprowadzić przelicznik stawki uwzględniający sprawowanie opieki nad pensjonariuszami DPS i DMD. Dla tej grupy pacjentów należy przyjąć **przelicznik 2,5**.
3) Do systemu kontraktowania należy wprowadzić przelicznik stawki, uwzględniający formalne kwalifikacje lekarzy POZ. Takie rozwiązanie stanowić będzie istotny czynnik motywujący lekarzy do podnoszenia swoich kwalifikacji, a co za tym idzie będzie miało znaczący wpływ na jakość sprawowanej przez nich opieki. Proponowane wskaźniki to:
   a. dla lekarzy bez jakiejkolwiek specjalizacji przyjąć **przelicznik 0,9**,
   b. dla lekarzy z I stopniem specjalizacji w zakresie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, a także lekarzy z II stopniem specjalizacji innych niż wymienione **przelicznik 1,0**,
   c. dla lekarzy z II stopniem specjalizacji w zakresie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii **przelicznik 1,1**,
   d. i wreszcie dla specjalistów medycyny rodzinnej **przelicznik 1,2**.
4) Do systemu kontraktowania należy wprowadzić również przelicznik stawki, uwzględniający formalne kwalifikacje pielęgniarek środowiskowo- rodzinnych i położnych środowiskowo-rodzinnych Takie rozwiązanie stanowić będzie również istotny czynnik motywujący pielęgniarki i położne do podnoszenia swoich kwalifikacji. Proponowane wskaźniki to:
   a. dla pielęgniarek i położnych ogólnych przyjąć **przelicznik 0,9**,
   b. dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i położnych środowiskowo-rodzinnych w trakcie kursu kwalifikacyjnego **przelicznik 1,0**,
   c. dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i położnych środowiskowo-rodzinnych po kursie kwalifikacyjnym **przelicznik 1,1**.
   d. i wreszcie dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i położnych środowiskowo-rodzinnych specjalistek **przelicznik 1,2**.
5) Płatnik powinien także rozważyć możliwość wprowadzenia wskaźnika zmieniającego wysokość stawki bazowej dla:
   a. gmin o najniższym wskaźniku zaludnienia
   b. dużych aglomeracji miejskich o wysokich kosztach najmu lokali.

6) W stawce kapitacyjnej przekazuje się środki na transport sanitarny dla potrzeb i na zlecenie lekarza POZ realizowany zgodnie z zasadą, że płatnikiem jest świadczeniodawca POZ, jeżeli:
   a. stwierdzono podczas wizyty domowej konieczność przewiezienia pacjenta do szpitala (z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia, w których świadczeń udziela zespół wyjazdowy pogotowia ratunkowego), do poradni specjalistycznej lub na badanie diagnostyczne, lub przewiezienie pacjenta do jednorazowej konsultacji w poradni specjalistycznej tam i z powrotem,
   b. transport dotyczy wyłącznie pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego.
7) Stawka kapitacyjna lekarza rodzinnego/POZ obejmuje koszty badań analitycznych i obrazowych wymienionych w załącznikach nr 7 i 8. Badania wykonywane są wyłącznie dla potrzeb i na zlecenie lekarza rodzinnego/POZ.
8) Wysokość stawki kapitacyjnej na świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej musi być ustalana na podstawie kalkulacji kosztów funkcjonowania świadczeniodawcy, które zostały przedstawione w załączniku nr 9.

# ZAŁĄCZNIKI

# Załącznik nr 1.
# Zakres kompetencji lekarza rodzinnego/POZ

## Część I
## Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:

1. planuje i udziela świadczeń lekarskich lub podejmuje inną decyzję odnośnie sposobu postępowania w stosunku do osób objętych jego opieką medyczną, u których stwierdzi obecność jakichkolwiek ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych
2. dokonuje analizy potrzeb zdrowotnych zarówno pojedynczego pacjenta, jego rodziny, jak i potrzeb zdrowotnych społeczności, w której ten pacjent żyje, oraz zapewnia świadczenia zgodne z tymi potrzebami, w miarę możliwości i środków pozostających w jego dyspozycji
3. podejmuje decyzje na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych, w szczególności o częstości występowania chorób i zapadalności na nie w lokalnej społeczności
4. podejmuje w odniesieniu do swoich pacjentów działania mające na celu zachowanie zdrowia i zapobieganie chorobom
5. zajmuje się problemami zdrowotnymi w ich wymiarze fizycznym, psychologicznym, społecznym, uwzględniając także aspekt kulturowy i egzystencjalny
6. w planowaniu i udzielaniu świadczeń uwzględnia indywidualne preferencje i system wartości pacjenta
7. stosuje specyficzny dla praktyki ogólnej sposób konsultacji gwarantujący budowanie efektywnych więzi lekarza z pacjentem
8. zapewnia długotrwałą i ciągłą opiekę, której charakter określają problemy zdrowotne pacjenta
9. zajmuje się chorobami we wszystkich fazach ich rozwoju, a w szczególności w stadiach wczesnych i niezróżnicowanych
10. w uzasadnionych stanach nagłych podejmuje pilne interwencje, mające na celu ratowanie zdrowia i życia pacjenta.

## Część II

1. W zakresie działań mających na celu utrzymanie zdrowia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) prowadzi edukację zdrowotną pacjenta i członków jego rodziny
   2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia pacjentów zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami

3) uczestniczy w realizacji programów promocji zdrowia
4) inicjuje działania na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej
5) orzeka o zdolności do pracy i nauki zgodnie z odrębnymi regulacjami
6) opiniuje i zaświadcza o stanie zdrowia
7) współpracuje z innymi świadczeniodawcami systemu ochrony zdrowia oraz organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz zdrowia.

2. W zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne pacjentów, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie lub eliminację
   2) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych podopiecznych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami
   3) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych
   4) współpracuje ze służbami sanitarno-epidemiologicznymi celem uniknięcia lub zmniejszenia zagrożenia epidemią.
3. W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne stosownie do problemu pacjenta
   2) informuje pacjenta o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego problemu oraz wskazuje struktury systemu ochrony zdrowia, właściwe do jego przeprowadzenia
   3) przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, z uwzględnieniem budowanej na przestrzeni czasu wiedzy o środowiskowym i rodzinnym kontekście problemów pacjenta
   4) przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej
   5) wykonuje lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych, określonych odrębnymi przepisami
   6) kieruje pacjenta na konsultację specjalistyczną celem poszerzenia zakresu badań diagnostycznych
   7) kieruje pacjenta do jednostek lecznictwa zamkniętego celem poszerzenia zakresu badań diagnostycznych
   8) dokonuje oceny wyników badań i konsultacji wykonanych w innych strukturach systemu ochrony zdrowia.
4. W zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne stosowne do jego problemu oraz w zgodzie ze współczesną wiedzą medyczną

2) podejmuje działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby pacjenta
3) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne
4) wykonuje zabiegi i procedury lecznicze stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych możliwości
5) kieruje do wykonania specjalistycznych zabiegów i procedur leczniczych do innych struktur systemu ochrony zdrowia
6) kieruje do oddziałów lecznictwa stacjonarnego a także zakładów opiekuńczo-leczniczych
7) kieruje do leczenia klimatycznego i sanatoryjnego
8) w razie potrzeby współdziała z jednostkami ratownictwa medycznego
9) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami
10) integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego pacjenta przez różnych świadczeniodawców systemu ochrony zdrowia.

5. W zakresie działań mających na celu usprawnianie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) wykonuje zabiegi i procedury rehabilitacyjne stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych możliwości
   2) zleca i monitoruje wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych
   3) zleca wydanie pacjentowi środków zabezpieczenia ortopedycznego.

## Część III

1. W realizacji świadczeń zdrowotnych, o których mowa w części I i II, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z:
   1) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej
   2) położną podstawowej opieki zdrowotnej
   3) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania
   4) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych
   5) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
2. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej koordynuje działania osób i instytucji, o których mowa w pkt. 1, uwzględniając zasadę efektywnego wykorzystania środków i właściwego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.
3. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udziela pacjentowi wsparcia, doradza mu i informuje go o możliwym postępowaniu, a w razie potrzeby przejmuje na siebie, za jego zgodą, rolę rzecznika interesów pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

## Część IV

1. W zależności od swojego przygotowania zawodowego, udokumentowanego odpowiednią specjalizacją, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń, o których mowa w części I, II i III następującym grupom pacjentów:
   1) pediatra – dzieci i młodzież do 18 roku życia
   2) internista – osoby dorosłe po ukończonym 18 roku życia
   3) lekarz rodzinny i ogólny – wszystkie osoby niezależnie od wieku.

## Część V

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

## Część VI

1. Przepisy załącznika nie naruszają prawa lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

# Załącznik nr 2.
# Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

## Część I

1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej planuje i realizuje opiekę pielęgniarską nad osobą objętą opieką medyczną, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania.

## Część II

1. W zakresie działań mających na celu utrzymanie zdrowia i profilaktykę chorób pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) rozpoznaje, ocenia i zapobiega zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych;
   2) prowadzi edukację zdrowotną oraz poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia;
   3) uczestniczy w realizacji programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
   4) uczestniczy w realizacji szczepień ochronnych;
   5) prowadzi działania profilaktyczne u podopiecznych.
2. W zakresie świadczeń pielęgnacyjnych pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) realizuje opiekę pielęgnacyjną u pacjentów;
   2) przygotowuje do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności;
   3) wykonuje zabiegi higieniczne.
3. W zakresie działań mających na celu rozpoznawanie i leczenie chorób pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) przeprowadza i dokumentuje wywiad środowiskowy oraz ocenia jakość życia podopiecznych
   2) ocenia stan ogólny podopiecznego, wykorzystując elementy badania podmiotowego i przedmiotowego, a także pomiary niektórych parametrów (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, wzrost, masa ciała i inne);
   3) pobiera materiał do badań diagnostycznych i wykonuje testy i badania diagnostyczne zlecone przez lekarza;
   4) dobiera techniki karmienia w zależności od stanu chorego;
   5) stosuje zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna;
   6) wykonuje wlewy doodbytnicze;
   7) stawia bańki;

8) wykonuje inhalacje, doraźnie podaje tlen;
9) wykonuje zlecenia lekarskie samodzielnie lub pod nadzorem, w szczególności podaje leki różnymi drogami i technikami, wykonuje iniekcje dożylne, domięśniowe, podskórne i śródskórne, wykonuje opatrunki ran, odleżyn, oparzeń, wykonuje zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących, zdejmuje szwy.
10) udziela pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzi resuscytację krążeniowo-oddechową.

4. W zakresie działań mających na celu usprawnianie pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) prowadzi usprawnienie ruchowe, gimnastykę oddechową i ćwiczenia ogólnousprawniające
   2) uczestniczy w prowadzeniu rehabilitacji przyłóżkowej.

## Część III

1. W realizacji świadczeń zdrowotnych, o których mowa w części I i II, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z:
   1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej
   2) położną podstawowej opieki zdrowotnej
   3) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania
   4) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych
   5) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

## Część IV

1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej realizuje swoje zadania w odniesieniu do wszystkich pacjentów niezależnie od płci i wieku.
2. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń, o których mowa w części I i II, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i domowych.

## Część V

1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

# Załącznik nr 3.
# Zakres kompetencji położnej środowiskowo-rodzinnej

## Część I

1. Położna podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zadania z zakresu opieki położniczo-neonatologiczno-ginekologicznej nad osobą objętą opieką medyczną, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania.

## Część II

1. W zakresie działań mających na celu utrzymanie zdrowia i profilaktykę chorób położna podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) prowadzi edukację w zakresie planowania rodziny
   2) rozpoznaje, ocenia i zapobiega zagrożeniom zdrowotnym noworodków, niemowląt oraz kobiet w różnych etapach życia, ze szczególnym uwzględnieniem okresu ciąży i połogu
   3) prowadzi edukację zdrowotną kobiet we wszystkich okresach życia w zakresie samoobserwacji oraz podejmowania działań wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego
   4) prowadzi czynne poradnictwo w zakresie profilaktyki chorób ginekologicznych i onkologicznych u kobiet
   5) prowadzi program przygotowania do porodu z uwzględnieniem porodu rodzinnego
   6) prowadzi edukację w zakresie prawidłowego naturalnego i sztucznego żywienia niemowląt
   7) prowadzi edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową
   8) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych i z zakresu promocji zdrowia.
2. W zakresie świadczeń pielęgnacyjnych położna podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) realizuje opiekę pielęgnacyjną u podopiecznych
   2) prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w okresie ciąży i połogu
   3) wykonuje zabiegi higieniczne.
3. W zakresie działań mających na celu rozpoznawanie i leczenie chorób położna podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) ocenia ogólny stan zdrowia kobiety oraz noworodka i niemowlęcia wykorzystując elementy badania podmiotowego i przedmiotowego, a także pomiary niektórych parametrów (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, wzrost, masa ciała, tętno płodu i inne)

2) współdziała w zakresie monitorowania rozwoju ciąży, przebiegu połogu oraz rozwoju noworodka
3) pobiera materiał do badań diagnostycznych i wykonuje testy oraz badania diagnostyczne zlecone przez lekarza
4) wykonuje zlecenia lekarskie samodzielnie lub pod nadzorem, w szczególności podaje leki różnymi drogami i technikami, wykonuje iniekcje dożylne, domięśniowe, podskórne i śródskórne, wykonuje opatrunki ran, wykonuje zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze, zdejmuje szwy
5) udziela pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzi resuscytację krążeniowo-oddechową, a także udziela pomocy położniczej i neonatologicznej w nagłych przypadkach.

4. W zakresie działań mających na celu usprawnianie położna podstawowej opieki zdrowotnej:
   1) prowadzi usprawnienie ruchowe, gimnastykę oddechową i ćwiczenia ogólnousprawniające
   2) uczestniczy w prowadzeniu rehabilitacji przyłóżkowej.

## Część III

1. W realizacji świadczeń zdrowotnych położna podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z:
   1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnym
   2) lekarzem ginekologiem/położnikiem udzielającym świadczeń specjalistycznych
   3) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej
   4) pielęgniarką w środowisku nauczania i wychowania
   5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych
   6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny.

## Część IV

1. Położna podstawowej opieki zdrowotnej realizuje swoje zadania w odniesieniu do wszystkich kobiet niezależnie od wieku oraz noworodków i niemowląt obojga płci do 6 tygodnia życia.
2. Położna podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń, o których mowa w części I i II, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i domowych.

## Część V

1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

# Załącznik nr 4.
# Wzór karty informacyjnej ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego

data.....

.....
*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**KARTA INFORMACYJNA**
**AMBULATORYJNEGO LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO**

Pan/i.....PESEL l...l...l...l...l...l...l...l...l...l...l

**Pozostaje w stałym leczeniu tutejszej Poradni od** *(mm/rr)*.....

Rozpoznanie główne.....ICD-10:.....
Schorzenia współistniejące.....
.....

.....
*Data i podpis pacjenta lub opiekuna potwierdzający odbiór karty informacyjnej*

.....
.....
*Pieczęć lekarza specjalisty*

*tutaj*
*przeciąć*

data.....

.....
*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**KARTA INFORMACYJNA**
**AMBULATORYJNEGO LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO**
dla lekarza rodzinnego/poz

Pan/i.....PESEL l...l...l...l...l...l...l...l...l...l...l
zamieszkały(a).....

**Pozostaje w leczeniu tutejszej Poradni od** *(mm/rr)*.....

Rozpoznanie główne.....ICD-10:.....
.....
Schorzenia współistniejące.....
.....

Pacjent wymaga dalszego stałego leczenia specjalistycznego przez okres ..... miesięcy, ponieważ

Dotychczasowe najważniejsze badania diagnostyczne:.....
.....
.....
Przebyte zabiegi operacyjne:.....
.....
.....
.....
Aktualnie stosowane leczenie *(nazwy leków i dawkowanie)*:.....
.....
.....
.....
.....
Informacje dodatkowe: .....
.....
.....
.....

.....
.....
*Pieczęć lekarza specjalisty*

# Załącznik nr 5.
# Wzór skierowania na konsultację specjalistyczną oraz wzór opisu wyniku konsultacji

data.....

.....
*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ**
/leczenie okresowe lub leczenie stałe/ *odpowiednie podkreśl*

Do Poradni.....

Uprzejmie proszę o konsultację Pana/i..... PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Podejrzenie i objawy główne.....
Schorzenia współistniejące.....
.....
Cel konsultacji.....
.....
.....

Inne ważne informacje (*badania, stosowane dotychczas leczenie)*.....
.....
.....
.....

.....
*Data i podpis pacjenta lub opiekuna potwierdzający odbiór wyniku konsultacji*

.....
*Podpis i pieczęć lekarza*

**Uwaga!** Płatnik zastrzega sobie prawo nie uwzględniania w rozliczeniach skierowań, na których brak jest podpisu pacjenta potwierdzającego odbiór wyniku konsultacji (dotyczy również skierowania na leczenie okresowe lub stałe po pierwszej wizycie).

*tutaj przeciąć*

---

**WYNIK KONSULTACJI**

.....
*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

Imię i nazwisko pacjenta..... PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Wyniki przeprowadzonych badań.....
.....
.....
Rozpoznanie główne..... ICD-10:.....
.....
Schorzenia współistniejące.....
.....
Zalecenia.....
.....
.....
.....
.....

Jeżeli pacjent wymaga dalszego stałego leczenia specjalistycznego, to przypuszczalny okres leczenia będzie wynosił ..... miesięcy.

**Uzasadnienie**.....
.....
.....
.....

data.....

.....
*Pieczęć i podpis lekarza specjalisty*

**Uwaga!** Pacjent (rodzic lub opiekun) winien potwierdzić lekarzowi specjaliście otrzymanie wyniku konsultacji, a następnie przekazać go lekarzowi wydającemu skierowanie na konsultację lub lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej. Wynik winien być przekazywany również po pierwszej wizycie w przypadku skierowania.

# Załącznik nr 6.
# Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli zleceniodawcy

## Pielęgniarstwo i położnictwo środowiskowe

1. Lista podopiecznych pielęgniarki.
2. Lista podopiecznych położnej.
3. Deklaracje wyboru pielęgniarki (wg wzoru).
4. Deklaracje wyboru położnej (wg wzoru).
5. Książka zleceń dla pielęgniarki środowiskowej i położnej środowiskowej
6. Książka wizyt pielęgniarki środowiskowej (wg wzoru).
7. Książka wizyt położnej środowiskowej (wg wzoru).
8. Karty indywidualne zdrowia dziecka (patronażowe) (dane identyfikujące dziecko, oznaczenie środowiska epidemiologicznego, daty sprawowania opieki, rodzaj świadczenia, dane identyfikujące wykonawcę świadczeń).
9. Karty indywidualne położnych (dane identyfikujące położną, oznaczenie środowiska epidemiologicznego, daty sprawowania opieki, rodzaj świadczenia, dane identyfikujące wykonawcę świadczeń).
10. Karty indywidualne obserwacyjne pielęgniarki środowiskowej (dane identyfikujące chorego, oznaczenie środowiska epidemiologicznego, daty sprawowania opieki, rodzaj świadczenia, dane identyfikujące wykonawcę świadczeń).

## Dokumentacja lekarza rodzinnego/POZ

11. Lista podopiecznych lekarza.
12. Deklaracje wyboru lekarza (wg wzoru).
13. Książka gabinetu zabiegowego (lp., data, imię i nazwisko chorego, rodzaj zabiegu).
14. Dzienna ewidencja ludności w gabinecie i wizyty domowe.
15. Dokumentacja medyczna (wg aktualnego rozporządzenia).
16. Książka skierowań do konsultacji specjalistycznych (lp., data, imię i nazwisko chorego, adres, rodzaj skierowania i specjalność).
17. Ewidencja skierowań do szpitala (lp., data, imię i nazwisko chorego, oddział).
18. Ewidencja skierowań do badań obrazowych i endoskopowych (lp., data, imię i nazwisko chorego, rodzaj badania).
19. Ewidencja badań analitycznych (wg wzoru).
20. Prowadzenie grup dyspanseryjnych dla dorosłych i dzieci.
21. Książka szczepień profilaktycznych dorosłych (p-WZW, p-tężcowe) (lp., imię i nazwisko chorego, daty szczepień, gr. ryzyka, potwierdzenie zabiegu).

22. Karty indywidualne szczepień dzieci 0–6 r.ż. (wg wzoru).
23. Książka szczepień dzieci 0–6 r.ż.(wg wzoru).
24. Książka ewidencji noworodków i badań profilaktycznych (wg wzoru).
25. Ewidencja recept na środki narkotyczne (imię, nazwisko, środek med., ilość, dawka, nr recepty, potwierdzenie wydania przez lekarza).
26. Książka kontroli.
27. Książka skarg i wniosków.

# Załącznik nr 7.
# Wykaz badań analitycznych wykonywanych w POZ

## WYKAZ BADAŃ LABORATORYJNYCH W POZ

| LP | RODZAJ BADANIA | ICD 9 |
|---|---|---|
| 1 | OB. | C.59 |
| 2 | MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM | C.55 |
| 3 | ROZMAZ KRWI OBWODOWEJ | C.55 |
| 4 | MOCZ BADANIE OGÓLNE | A.01 |
| 5 | CHOLESTEROL CAŁKOWITY | I.99 |
| 6 | HDL | K.01 |
| 7 | LDL | K.03 |
| 8 | TRÓJGLICERYDY | O.49 |
| 9 | GLUKOZA WE KRWI | L.43 |
| 10 | BILIRUBINA CAŁKOWITA | I.89 |
| 11 | BILIRUBINA BEZPOŚREDNIA | I.87 |
| 12 | ASPAT | I.19 |
| 13 | ALAT | I.17 |
| 14 | CZAS PROTROMBINOWY, WSKAŹNIK PROTROMBINOWY, INR | G.21 |
| 15 | BIAŁKO CAŁKOWITE | I.77 |
| 16 | KWAS MOCZOWY | M.45 |
| 17 | RETIKULOCYTY | C.69 |
| 18 | PŁYTKI KRWI | C.53 |
| 19 | CZAS KRWAWIENIA | G.15 |
| 20 | CZAS KRZEPNIĘCIA KRWI PEŁNEJ | G.19 |
| 21 | CZAS KAOLINOWO–KEFALINOWY | G.11 |
| 22 | STĘŻENIE MOCZNIKA W SUROWICY | N.13 |
| 23 | STĘŻENIE SODU W SUROWICY | O.35 |
| 24 | STĘŻENIE POTASU W SUROWICY | N.45 |
| 25 | STĘŻENIE KREATYNINY W SUROWICY | M.37 |
| 26 | STĘŻENIE WAPNIA CAŁKOWITEGO W SUROWICY | O.75 |
| 27 | STĘŻENIE BIAŁKA CRP W SUROWICY | I.81 |
| 28 | ROZDZIAŁ ELEKTROFORETYCZNY BIAŁEK | I.79 |
| 29 | STĘŻENIE ŻELAZA W SUROWICY | O.95 |
| 30 | STĘŻENIE TSH W SUROWICY | L.69 |
| 31 | MIANO ANTYSTREPTOLIZYN (ASO) | brak |
| 32 | CZYNNIK REUMATOIDALNY | K.21 |
| 33 | STĘŻENIE ALBUMIN W SUROWICY | I.09 |

| | | |
|---|---|---|
| 34 | ILOŚCIOWE OZNACZANIE BIAŁKA W MOCZU | A.07 |
| 35 | ILOŚCIOWE OZNACZANIE GLUKOZY W MOCZU | A.15 |
| 36 | KREW UTAJONA W KALE | A.17 |
| 37 | PASOŻYTY W KALE | A.21 |
| 38 | STĘŻENIE CHLORKÓW W SUROWICY | I.97 |
| 39 | KRZYWA OBCIĄŻENIA GLUKOZĄ | Brak |
| 40 | AKTYWNOŚĆ AMYLAZY W SUROWICY | I.25.10 |
| 41 | AKTYWNOŚĆ AMYLAZY W MOCZU | I.25.24 |
| 42 | BAKTERIOLOGIA: WYMAZ Z NOSA Z POSIEWEM I ANTYBIOGRAMEM | U.16.76.87 |
| 43 | BAKTERIOLOGIA: WYMAZ Z GARDŁA Z POSIEWEM I ANTYBIOGRAMEM | U.14.76.87 |
| 44 | BAKTERIOLOGIA: POSIEW MOCZU Z ANTYBIOGRAMEM | U.24.76.87 |
| 45 | BAKTERIOLOGIA: POSIEW KAŁU Z ANTYBIOGRAMEM | U.05.76.87 |
| 46 | ANTYGEN HBS | V.09.81 |
| 47 | PRÓBA NA OBECNOŚĆ PORFIRYNY W MOCZU | N.41.24 |
| 48 | AKTYWNOŚĆ FOSFATAZY ZASADOWEJ W SUROWICY | L.11 |
| 49 | POZIOM FOSFORU W SUROWICY | L.23 |
| 50 | STĘŻENIE WAPNIA CAŁKOWITEGO W MOCZU | O.75.23 |
| 51 | STĘŻENIE TRANSFERYNY W SUROWICY | O.43 |

# Załącznik nr 8.
# Wykaz badań diagnostyki obrazowej wykonywanych w POZ

**WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ W POZ**

| **RODZAJ BADANIA** | **ICD 9** |
|---|---|
| EKG SPOCZYNKOWE | 89.51 |
| BADANIA RADIOLOGICZNE BEZ KONTRASTU: | |
| RTG CZASZKI.51PA i L | 87.17 |
| RTG ZATOK | 87.16 |
| RTG KRĘGOSŁUPA (AP i L) SZYJNEGO | 87.22 |
| RTG KRĘGOSŁUPA (AP i L) PIERSIOWEGO | 87.23 |
| RTG KRĘGOSŁUPA (AP i L) LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO | 87.24 |
| RTG KLATKI PIERSIOWEJ (PA i L) | 87.44 |
| – NIE DOPUSZCZA SIĘ ZDJĘĆ MAŁOOBRAZKOWYCH | |
| RTG KOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ | 88.24 |
| RTG KOŚCI KOŃCZYNY DOLNEJ | 88.29 |
| RTG MIEDNICY | 88.26 |
| RTG JAMY BRZUSZNEJ – (ZDJĘCIE PRZEGLĄDOWE) | 88.19 |
| BADANIA USG: | |
| JAMA BRZUSZNA | 88.741 |
| MIEDNICA MAŁA (PRZEZ POWŁOKI BRZUSZNE) | 88.744 |
| – UKŁADU MOCZOWEGO, W TYM PROSTATY | |
| SPIROMETRIA | |

# Załącznik nr 9.
# Kalkulacja stawek kapitacyjnych w POZ

W kalkulacji 1 wyliczono koszty funkcjonowania placówki POZ sprawującej opiekę nad populacją 2000 podopiecznych. W założeniach przyjęto, że opiekę realizują: lekarz specjalista medycyny rodzinnej, pielęgniarka specjalistka środowiskowo-rodzinna, położna specjalistka środowiskowo-rodzinna. Placówka modelowa, dla której liczono koszty, spełnia standardy lokalowe, zapewnia podopiecznym dostęp do diagnostyki analitycznej i obrazowej jak w załącznikach 7 i 8, a także zapewnia dostęp do opieki całodobowej ambulatoryjnej i wyjazdowej zgodnie z obowiązującym w tym zakresie prawem.

Należy przyjąć, że świadczenia z zakresu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, położnictwa środowiskowo-rodzinnego mogą być realizowane przez niezależne podmioty, a opieka całodobowa powinna być kupowana u innych świadczeniodawców lub organizowana we współpracy z innymi podmiotami. Przeprowadzono niezależne kalkulacje finansowe kosztów zabezpieczenia tych usług. Kalkulacja 2 dot. usług pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, kalkulacja 3 dot. usług położnej środowiskowo-rodzinnej, kalkulacja 4 dot. opieki całodobowej. Kalkulacje 2–5 są składnikami sumy wyliczonej w kalkulacji 1.

Na stronach 32–40 zestawiono stawki bazowe dla omawianych usług realizowanych w POZ. Dla otrzymania wartości ostatecznych dla konkretnego świadczeniodawcy należy użyć właściwych mnożników opisanych na stronie 12 i 13 niniejszego dokumentu.

## Kalkulacja 1

**Kalkulacja stawki kapitacyjnej w POZ na 2000 podopiecznych/m-c, obejmująca koszty świadczeń lekarza rodzinnego/POZ, pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, położnej środowiskowo-rodzinnej oraz nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.**

- **Amortyzacja**

| | |
|---|---|
| 1. Amortyzacja samochodu | 800 zł/m-c |
| 2. Amortyzacja sprzętu i wyposażenia ok. | 1000 zł/m-c |

- **Materiały**

| | |
|---|---|
| 1. Strzykawki, igły, probówki, papier do EKG itp., leki ok. | 500 zł |
| 2. Paliwo | 300 zł |
| 3. Literatura | 100 zł |
| 4. Materiały biurowe | 300 zł |
| 5. Środki czystości | 150 zł |

- **Energia**
  1. Energia elektryczna
  2. Woda
  3. Ogrzewanie — sumarycznie 400 zł

- **Wynagrodzenia i pochodne**
  1. Lekarz – ok. 2800 zł netto – tj. ok. — 5040 zł brutto
  2. Średni personel medyczny – 1400 zł netto x 1 (piel. środ.-rodz.) — 2520 zł brutto
  3. Średni personel medyczny – 175 zł netto x 1 (poł. środ.-rodz.) — 315 zł brutto
  4. Sekretarka medyczna – 1225 zł netto x 1 — 2205 zł brutto
  5. Wynagrodzenia bezosobowe (np. umowy zlecenia, umowy o dzieło) — xxx

- **Usługi obce**
  1. Opieka całodobowa przy standardzie 1 lekarz na 20 tys. podopiecznych wyjazdowa + ambulatorium ok. 1 zł na podopiecznego na m-c na 2000 = — 2000 zł
  2. Badania biochemiczne ok. 200 badań/m-c na 2 tys. podopiecznych przy średniej cenie za badanie ok. 6 zł – — 1200 zł
  3. Badania obrazowe – rtg. + gastroskopia+ rektoskopia + ew. hist.-pat. + usg j. brzusznej ok. — 800 zł/m-c
  4. Przegląd okresowy samochodu — 20 zł
  5. Telefony – stacjonarny + fax. + Internet + tel. komórkowy ok. — 600 zł/m-c
  6. Czynsz (10zł/$m^2$) – przy założeniu, że średnia powierzchnia gabinetu wynosi ok. 80 $m^2$ ok. — 800 zł/m-c
  7. Transporty chorych ok. — 350 zł
  8. Bieżące remonty samochodu — 200 zł
  9. Koszty obsługi księgowej ok. — 450 zł/m-c
  10. Koszty obsługi ew. wprowadzonego RUM w zależności od jego formy ok. — 400 zł/m-c
  11. Usługi pocztowe — 80 zł
  12. Sprzątanie gabinetu 80 $m^2$ — 500 zł

- **Podatki i opłaty**
  1. Ubezpieczenie samochodu — 200 zł/m-c
  2. Ubezpieczenia NZOZ OC, ubezpieczenia OC pracowników medycznych osobiste, ubezpieczenie pomieszczeń i sprzętu, ubezpieczenia NW i grupowe pracowników ok. — 200 zł

- **Usługi bankowe**
  1. Opłaty za prowadzenie rachunku bankowego 90 zł
  2. Odsetki i prowizje od kredytów 800 zł

- **Pozostałe koszty**
  1. Szkolenia 130 zł/m-c

  Koszty całkowite na m-c na 2000/podopiecznych – 21730,0 zł

  **stawka kapitacyjna/podopiecznego/m-c = 10,87 zł**

  ***na rok – 10,87 x 12 = 130,38 zł***

Przy założeniu, że średnie nakłady kapitacyjne na opiekę zdrowotną na 1 mieszkańca wynoszą ok. 720 zł, to wydatek na POZ winien stanowić ok. 18,11% całego budżetu na opiekę zdrowotną.

Stawka wyliczona dla populacji o standardowym przekroju wiekowym

- **Procentowy udział kosztów pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej** w stawce jw. zgodnie z załączoną kalkulacją – **17,4%**
- **Procentowy udział kosztów NPL stacjonarnej** 00/w stawce jw. 0,5 zł/1 podopiecznego/m-c x 12 = 6 zł – **4,6%**
- **Procentowy udział kosztów NPL wyjazdowej** w stawce jw. 0,5 zł/1 podopiecznego/m-c x 12 = 6 zł – **4,6%**
- **Procentowy udział kosztów transportu planowego** w stawce jw. 350 zł/m-c/2000 podopiecznych = 0,175 zł x 12 = 2,1 zł/rok na jednego podopiecznego – **1,6%**
- **Procentowy udział kosztów badań diagnostycznych biochemicznych i obrazowych z gastroskopią** 2000 zł/m-c/2000 podopiecznych = 1 zł/m-c x 12 = 12 zł – **9,2%**
- **Procentowy udział kosztów badań diagnostycznych biochemicznych i obrazowych bez gastroskopii** (wg dostępnych nam danych na 2000/m-c wykonuje się średnio 2 gastroskopie bez hist.-pat. i 1 z hist.-pat.) 2000 zł – 50 zł (średni koszt gastroskopii bez hist.-pat. z testem urazowym) x 2 – 75 zł (średni koszt gastroskopii z hist.-pat.) = 1825/m-c/2000 podopiecznych = 0,9125 zł x 12 = 10,95 – **8,4%**
- **Procentowy udział kosztów położnej środowiskowo-rodzinnej** ok. 412 zł/m-c/2000 podopiecznych = 2,52 zł/rok/podopiecznego – **1,9%**

**Medycyna szkolna to moduł zadaniowy opłacany dodatkowo kapitacyjnie za ucznia wg stawek pielęgniarka szkolna – 20 zł/rok/ucznia, lekarz 6 zł/rok/ucznia**

## Kalkulacja 2

**Kalkulacja stawki kapitacyjnej, obejmująca koszty udzielania świadczeń przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną w POZ na 2000 podopiecznych/m-c**

- **Amortyzacja**
  1. Amortyzacja samochodu — 350 zł/m-c
  2. Amortyzacja sprzętu i wyposażenia ok. — 50 zł/m-c
- **Materiały**
  1. Strzykawki, igły, probówki, papier do EKG itp., leki ok. — 150 zł
  2. Paliwo — 100 zł
  3. Literatura — 50 zł
  4. Materiały biurowe — 50 zł
  5. Środki czystości — 20 zł
- **Energia**
  1. Energia elektryczna
  2. Woda
  3. Ogrzewanie — sumarycznie 0 zł
- **Wynagrodzenia i pochodne**
  1. Pielęgniarka – ok. 1400 zł netto – tj. ok. — 2520 zł brutto
- **Usługi obce**
  1. Przegląd okresowy samochodu — 10 zł
  2. Telefony – stacjonarny + fax. + Internet + tel. komórkowy ok. — 100 zł/m-c
  3. Bieżące remonty samochodu — 50 zł
  4. Koszty obsługi księgowej ok. — 100 zł/m-c
  5. Usługi pocztowe — 20 zł
- **Podatki i opłaty**
  1. Ubezpieczenie samochodu — 50 zł/m-c
  2. Ubezpieczenia praktyki OC, ubezpieczenia OC pracowników medycznych osobiste, ubezpieczenie pomieszczeń i sprzętu, ubezpieczenia NW i grupowe pracowników ok. — 50 zł
- **Usługi bankowe**
  1. Opłaty za prowadzenie rachunku bankowego — 15 zł
  2. Odsetki i prowizje od kredytów — 80 zł
- **Pozostałe koszty**
  1. Szkolenia — 20 zł/m-c

Koszty całkowite piel. środ.-rodz. na m-c na 2000/podopiecznych –3785,0 zł
***stawka kapitacyjna piel. środ.-rodz/podopiecznego/m-c = 1,89 zł***
***Na rok – 1,89 x 12 = 22,71 zł***

Przy założeniu, że stawka kapitacyjna w POZ wynosi 130,38 zł na rok, to udział stawki kapitacyjnej **dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej stanowi: 22,71/ 130,38=0,174, tj. 17,4%**

## Kalkulacja 3

**Kalkulacja stawki kapitacyjnej, obejmująca koszty udzielania świadczeń przez położną środowiskowo-rodzinną w POZ na 2000 podopiecznych/m-c**

Wg GUS na dzień 31 grudnia 2001 roku liczba mieszkańców Polski wynosiła 38 632 453 osoby, z tego kobiet 19 871 665 tj. 51,44%, z tego kobiet w wieku 15–49 lat (grupa korzystająca głównie z usług położnej środowiskowo-rodzinnej) 10 228 844 tj. 26,5 % całej populacji. W 2001 roku zanotowano 370 247 urodzeń tj. 19,2 urodzenia na 2000 mieszkańców, czyli 1,33 urodzenia/2000/m-c. Zgodnie z powyższymi danymi można przyjąć, że jedna położna środowiskowo-rodzinna powinna obsługiwać statystyczną populację 16 tys.

- **Amortyzacja**
  1. Amortyzacja samochodu 240 zł/m-c
  2. Amortyzacja sprzętu i wyposażenia ok. 20 zł/m-c
- **Materiały**
  1. Strzykawki, igły, probówki, leki ok. 50 zł
  2. Paliwo 100 zł
  3. Literatura 20 zł
  4. Materiały biurowe 20 zł
  5. Środki czystości 30 zł
- **Energia**
  1. Energia elektryczna
  2. Woda
  3. Ogrzewanie sumarycznie 0 zł
- **Wynagrodzenia i pochodne**
  1. Położna – ok. 1400 zł netto – tj. ok. 2520 zł brutto
- **Usługi obce**
  1. Przegląd okresowy samochodu 10 zł
  2. Telefony – stacjonarny + fax + Internet + tel. komórkowy ok. 50 zł/m-c
  3. Bieżące remonty samochodu 40 zł

4. Koszty obsługi księgowej ok. 50 zł/m-c
5. Usługi pocztowe 25 zł

- **Podatki i opłaty**
  1. Ubezpieczenie samochodu 50 zł/m-c
  2. Ubezpieczenia praktyki OC, ubezpieczenia OC pracowników medycznych osobiste, ubezpieczenie pomieszczeń i sprzętu, ubezpieczenia NW i grupowe pracowników ok. 20 zł
- **Usługi bankowe**
  1. Opłaty za prowadzenie rachunku bankowego 30 zł
  2. Odsetki i prowizje od kredytów 0 zł
- **Pozostałe koszty**
  1. Szkolenia 20 zł/m-c

Koszty całkowite 3295 zł/m-c na populację 1600 tj.
ok. 412 zł/populację 2000

***to stawka kapitacyjna poł. środ.-rodz./podopiecznego/m-c = 0,21 zł na rok – 0,21 x 12 = 2,52 zł, co stanowi ok. 2,52/130,38 = 0,193 tj. ok. 1,9%.***

## Kalkulacja 4

**Kalkulacja stawki kapitacyjnej, obejmująca koszty opieki całodobowej w POZ na 2000 podopiecznych/m-c**

**Założenia:**
**1 lekarz dyżurny/20 tys. podopiecznych**
**wersja opieka ambulatoryjna i wyjazdowa to min. jeden zespół dyżurny na 40 tys. podopiecznych – tj. jeden lekarz w ambulatorium, drugi wyjazdowy**

- **Amortyzacja**
  1. Amortyzacja sprzętu i wyposażenia ok. 1400 zł/m-c
- **Materiały**
  1. Strzykawki, igły, probówki, papier do EKG itp., leki ok. 900 zł
  2. Materiały biurowe 400 zł
  3. Środki czystości 400 zł
- **Energia**
  1. Energia elektryczna
  2. Woda
  3. Ogrzewanie sumarycznie 900 zł/m-c

- **Wynagrodzenia i pochodne**
  1. 21 dyżurów 12h zwykłych w ambulatorium – 180 x 21= 3780
  2. 21 dyżurów 12h zwykłych wyjazdowych – 240 x 21= 5040
  3. 9 dyżurów 24h świątecznych w ambulatorium – 360 x 9 = 3240
  4. 9 dyżurów 24h świątecznych w ambulatorium – 480 x 9 = 4320
  5. 21 dyżurów pielęgniarskich 12h zwykłych w ambulatorium – 90 x 21= 1890
  6. 9 dyżurów pielęgniarskich 24h świątecznych w ambulatorium – 180 x 9 = 1620

  suma = 19890/m-c/40 tys. podopiecznych
  7. sprzątanie 1,5 etatu a 800 zł/etat netto, to brutto 2160 zł
  8. zarządzanie i nadzór 1 etat 2800 zł netto, brutto 5040 zł
  9. sekretariat i dokumentacja 1400 zł netto, brutto 2520 zł

- **Usługi obce**
  1. Koszty transportu sanitarnego w czasie dyżurów – 2400 zł/m-c
  2. Telefony – stacjonarny + fax + Internet + tel. komórkowy ok. 1500 zł/m-c
  3. Koszty obsługi księgowej ok. 800 zł/m-c
  4. Usługi pocztowe 200 zł
  5. Utylizacja odpadów sanitarnych 110 zł
  6. Czynsz 60 $m^2$ x 10 zł/$m^2$ 600 zł

- **Podatki i opłaty**
  1. Ubezpieczenia praktyki OC, ubezpieczenia OC pracowników medycznych osobiste, ubezpieczenie pomieszczeń i sprzętu, ubezpieczenia NW i grupowe pracowników ok. 500 zł/m-c

- **Usługi bankowe**
  1. Opłaty za prowadzenie rachunku bankowego 280 zł

  Sumarycznie koszty opieki/40 tys. podopiecznych/m-c 40 tys. zł

  Koszty całkowite opieki całodobowej na m-c na 2000/podopiecznych – 2000,0 zł

  **stawka kapitacyjna na opiekę całodobowa/podopiecznego/m-c = 1,0 zł**

  **na rok – 1,0 x 12 = 12,0 zł**

# Zestawienie podstawowych stawek kapitacyjnych w POZ.

| Lp. | Zakres świadczeń w stawce | Rodzaj świadczenia | Jednostkowa stawka roczna (zł) | Wskaźnik |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Kompleksowa opieka lekarska wraz z kosztami funkcjonowania gabinetu oraz badaniami laboratoryjnymi i obrazowymi (**71,5%**) | Opieka lekarska (0–6) | **70,51** | 1,3 |
| | | Opieka lekarska (7–64) | | 1 |
| | | Opieka lekarska (65 lat i powyżej) | | 1,7 |
| | | Opieka lekarska DPS i DMD | | 2,5 |
| 2 | Nocna ambulatoryjna pomoc lekarska 4,6%+ Nocna wyjazdowa pomoc lekarska 4,6% = **9,2%** | Opieka całodobowa | **11,99** | x |
| 3 | Opieka pielęgniarska w gabinecie i domu pacjenta = **17,4%** | Pielęgniarstwo środowiskowe (0–6) | **17,19** | 1,3 |
| | | Pielęgniarstwo środowiskowe (7–64) | | 1 |
| | | Pielęgniarstwo środowiskowe (65 lat i powyżej) | | 1,7 |
| 4 | Opieka położnej w gabinecie i domu pacjenta = **1,9%** | Położna środowiskowa | **2,0** | x |

Stawka bazowa zgodnie z przyjętymi zasadami dla **lekarza specjalisty medycyny rodzinnej** winna wynosić – **84,62;** dla **lekarza bez specjalizacji** – **63,51**; **dla lekarza z II st. specjalizacji w zakresie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii – 77,57.**
Stawka bazowa dla pielęgniarki **specjalistki środowiskowo-rodzinnej – 20,62,** dla: **pielęgniarki ogólnej – 15,471,** pielęgniarki **po kursie kwalifikacyjnym** – **18,90.**
Stawka bazowa dla **położnej specjalistki środowiskowo-rodzinnej – 2,52;** dla **położnej ogólnej** – **1,8,** dla położnej **po kursie kwalifikacyjnym** – **2,2.**
Należy stwierdzić, że wyjściowa kwota przeznaczona na POZ była skalkulowana dla sytuacji, w której świadczenia wykonują wyłącznie lekarze specjaliści med. rodzinnej (stanowią oni zaledwie ok. 15% lekarzy POZ), pielęgniarki specjalistki środowiskowo-rodzinne (brak danych o ich liczbie), położne specjalistki środowiskowo-rodzinne (brak danych o ich liczbie). Wskaźniki nie uwzględniają kosztów obsługi podopiecznych DPS, DMD i uczniów w szkołach, ze względu na brak danych o liczbie osób korzystających z tych placówek w Polsce. Stąd w wyliczeniach ostatecznych trzeba uwzględnić stosowne dane.

**Korekta**
Katarzyna Onderka

**Projekt graficzny okładki**
Katarzyna Stawiarz

**© Copyright by**
Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
ul. Muranowska 1
00–209 Warszawa

ISBN: 83-916649-6-1

**Wydawca**
Zdrowie i Zarzadzanie
ul. Sarego 16/3
31-047 Kraków

**Skład**
Zinel
Kraków

**Druk i oprawa**
Technet
ul. Wielicka 28
30–552 Kraków