Pielęgniarstwo Polskie 2013, 1(47), 42–47

ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

DISBURSEMENT FOR MEDICAL SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

TOMASZ HOLECKI, AGATA BOCIONEK

Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: dr Tomasz Holecki

Streszczenie

Opracowanie opisuje rolę i zadania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w polskim systemie ochrony zdrowia z położeniem akcentu na sposób rozliczania świadczeń oraz warunki ich kontraktowania. Wskazuje szczegółowe zasady rozliczania procedur przez publicznego płatnika (NFZ) oraz systematyzuje wiedzę z zakresu finansowania świadczeń medycznych.

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna (POZ), kontraktowanie świadczeń medycznych, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Abstract

Elaboration describes role and tasks of General Practisioner (GP) in polish system of public health with site of accent on manner of paying for services by National Health Fund and conditions of their contracting. It indicate detailed principles of accounting of procedures by public payer and systematizes knowledge from range of sponsorship of medical service.

Key words: General Practitioner (GP), Contracting of medical service, National Health Fund.

Wstęp

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej, kształtowana od kilkudziesięciu lat przez Światową Organizację Zdrowia, zakłada holistyczne podejście do pojęcia zdrowia jednostki i społeczeństwa wykraczając poza opiekę zdrowotną, definiowaną jako świadczenia medyczne. Stanowi pierwsze ogniwo kontaktu pacjenta z systemem i ma zasadniczy wpływ na proces profilaktyczno-terapeutyczny. Jej zadaniem jest zapewnienie takiej opieki, aby zoptymalizować liczbę interwencji medycznych na wyższym poziomie referencyjności, rozumianych jako specjalistyczna lub wysokospecjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna.

W sytuacji wzorcowej POZ powinna koncentrować się na edukacji społeczeństwa poprzez promocję zdrowego stylu życia, profilaktyce chorób oraz wczesnej diagnostyce schorzeń. W praktyce zajmuje się diagnostyką oraz leczeniem schorzeń, w tym przewlekłych chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia i cukrzyca, marginalizując pozostałe zadania z zakresu medycyny szkolnej oraz akcji promocyjno-profilaktycznych.

Celem opracowania jest dokonanie strukturyzacji zasad funkcjonowania i sposobu finansowania POZ w Polsce w powiązaniu z dokonaniem opisu roli i zadań lekarza rodzinnego oraz pielęgniarki systemu.

Rola i zasady funkcjonowania POZ

Polski system POZ kształtuje się od początku XX wieku, bazując na priorytetowej roli lekarza i pielęgniarki w sprawowaniu opieki medycznej nad rodziną. Do końca lat 90-tych świadczenia te były realizowane nie tylko przez lekarza i pielęgniarkę, ale również przez ginekologa i stomatologa. Miejscem realizacji były państwowe przychodnie rejonowe, w całości finansowane przez budżet państwa. Reorganizacja służby zdrowia zapoczątkowana w latach 90. XX wieku umożliwiła świadczenie tego rodzaju usług medycznych również przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek, a ponadto wprowadziła element konkurencji w wyborze lekarza, pielęgniarki i położnej znosząc tzw. rejonizację. Od tej pory zgodnie z formułą, że „pieniądze podążają za pacjentem" stosuje się zasadę wolnego wyboru personelu medycznego poprzez złożenie deklaracji wyboru. Celem takiego działania jest zwiększenie dostępności świadczeniodawców oraz pobudzenie konkurencyjności pomiędzy nimi, co w konsekwencji powinno skutkować wzrostem poziomu usług. Obecnie obowiązująca ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podtrzymuje zasadę wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej spośród wszystkich świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia [1].

Zgodnie z formalną definicją podstawowa opieka zdrowotna obejmuje świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, które są udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych [1]. Usługi gwarantowane z tego zakresu obejmują świadczenia [2]: lekarza, pielęgniarki i położnej, pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz transportu sanitarnego.

Należy zaznaczyć, że mimo iż nocna i świąteczna opieka zdrowotna objęta jest definicją świadczeń gwarantowanych to są one odrębnie kontraktowane. Oznacza to, że nie każda poradnia, która zawarła z NFZ umowę podstawową, ma prawo wykonywać na koszt publicznego płatnika tego rodzaju usługi. Opieka ta realizowana jest poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy, w przypadku stanu nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia [2], którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub utrata życia [3].

W celu skorzystania z procedur opieki zdrowotnej udzielanej w ramach POZ, pacjent jest zobowiązany dokonać wyboru placówki oferującej usługi tego rodzaju. Wybór ten jest formalnie potwierdzony pisemnym oświadczeniem woli, zwanym deklaracją wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej [1]. Pacjent ma prawo być jednocześnie rozliczany tylko u jednego świadczeniodawcy, a w sytuacji, gdy złoży więcej niż jedną deklarację, właściwy oddział NFZ przyporządkowuje go do placówki wg najpóźniejszej daty dokonania wyboru [4].

Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej jest bezpłatny, pod warunkiem, że jest dokonywany nie częściej niż dwa razy w ciągu roku. W przypadku kolejnej zmiany pacjent zobowiązany jest wnieść na rzecz właściwego oddziału NFZ opłatę, która obecnie wynosi 80 zł [1]. Zwolnienie z jej uiszczenia dotyczy przypadków wynikających ze zmiany miejsca zamieszkania pacjenta, zaprzestania działalności przez wybranego lekarza, pielęgniarkę, położną lub z innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta. W sytuacji, gdy pacjent przebywa poza miejscem zamieszkania ma prawo do świadczeń POZ w dowolnej placówce wyłącznie w sytuacji nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia.

W celu zapewnienia ciągłości i dostępności świadczeń zdrowotnych Prezes NFZ ustala normy dotyczące liczby świadczeniobiorców, która może być objęta opieką przez jednego lekarza, pielęgniarkę lub położną w ramach placówki, która zawarła z Funduszem umowę na realizowanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Liczba pacjentów nie powinna przekroczyć 2750 w przeliczeniu na jednego lekarza lub pielęgniarkę, natomiast w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną położną, liczba ta nie może przekroczyć 6600. Przy czym do świadczeniobiorców objętych opieką położniczą kwalifikuje się kobiety, noworodki i niemowlęta do ukończenia 2 miesiąca życia [4]. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej, udzielane są przez zespół lekarza i pielęgniarki, na który może przypadać nie więcej niż 25 000 osób [5], w czasie pomiędzy godziną 18:00 a 8:00 oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

Innym zakresem świadczeń realizowanych w POZ jest nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska lub pielęgniarska. Warunkiem zawarcia kontraktu pomiędzy daną placówką medyczną a NFZ jest złożenie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy oświadczeń dotyczących przekazania tej placówce w opiekę świadczeniobiorców zadeklarowanych w innych podmiotach. Dodatkowym warunkiem zawarcia umowy jest ograniczenie liczby potencjalnych pacjentów przypadających na jednego lekarza lub pielęgniarkę w trakcie realizacji nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej do 50 000 osób. Warunkiem zawarcia umowy jest również dostosowanie kadrowe polegające na zapewnieniu gotowości do udzielania świadczeń przez co najmniej jednego lekarza i jedną pielęgniarkę na każde rozpoczęte 50 000 osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia danej placówki [6]. W celu zapewnienia dostępności, w przypadku gdy jedna z osób zespołu wykonuje pracę poza placówką, np. w domu pacjenta, drugi członek zespołu jest zobowiązany pozostawać w gotowości na terenie placówki [6].

Z kolei transport sanitarny ma na celu umożliwienie przewozu pacjenta ambulansem do najbliższego podmiotu medycznego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem do miejsca zamieszkania w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi [4]. Procedury związane z transportem sanitarnym obejmują również przewóz od granicy RP do miejsca zamieszkania lub najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania, podmiotu kontynuującego leczenie, gdy z przyczyn losowych świadczeniobiorca ten korzystał ze świadczeń szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w tym okresie nie pozwala na samodzielny powrót lub przejazd do miejsca kontynuacji leczenia [4].

Finansowanie na podstawie stawek kapitacyjnych

W podstawowej opiece zdrowotnej stosuje się dwojaki, powiązany ze sobą, sposób finansowania procedur. Część pierwsza obejmuje stawkę kapitacyjną za świadczenia udzielane w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej, zespołu lekarsko-pielęgniarskiego lub jednostki transportu sanitarnego. Część druga wyznaczona jest ceną jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu), która dotyczy świadczeń wyłączonych z finansowania tą metodą [4]. Należność za świadczenia finansowane metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby pacjentów danej placówki i stawki miesięcznej, wynoszącej 1/12 wartości rocznej. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Przychodnia POZ każdego miesiąca otrzymuje równowartość 1/12 stawki rocznej za każdego zadeklarowanego pacjenta, dodatkowo wykorzystując dla potrzeb kalkulacji tzw. współczynniki korygujące ustalane odpowiednio dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy, charakteru miejsca pobytu oraz rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10. Szczegóły obrazuje tabela 2.

Tabela 1. Wartości rocznych stawek kapitacyjnych obowiązujących w roku 2013
Table 1. Values of rates in year 2013

Lp.	Nazwa świadczenia	Wartość w złotówkach
		2013 r.
1	Porada lekarza	96,00
2	Porada pielęgniarki	26,64
3	Porada położnej	26,64
4	Porada pielęgniarki szkolnej	42,00
5	Porada pielęgniarki szkolnej w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	5,40
6	Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska	4,56
7	Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka pielęgniarska	1,92
8	Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska	6,24
9	Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka pielęgniarska	2,64
10	Transport sanitarny realizowany w ramach gotowości	4,44

Źródło (Source): Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r.

Tabela 2. Wykaz współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w roku 2013
Table 2. List of ratio in year 2013 correcting

Lp.	Kategoria	Współczynnik korygujący
1	Osoba, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia	3,0
2	Osoba inna niż wskazana w pkt 1, która jest podopiecznym domu pomocy społecznej, placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	2,5
3	Osoba nie wymieniona w pkt 1-2, będąca w grupie od 0 do 6 roku życia	2,0
4	Osoba nie wymieniona w pkt 1-2, będąca w grupie od 7 do 19 roku życia	1,2
5	Osoba nie wymieniona w pkt 1-2, będąca w grupie od 20 do 65 roku życia	1,0
6	Osoba nie wymieniona w pkt 1-2, będąca w grupie powyżej 65 roku życia	2,0

Źródło (Source): Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r.

Tabela 3. Wykaz współczynników korygujących dla świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę POZ w roku 2013
Tab. 3. List of ratio in year 2013 correcting for services lended by nurse

Lp.	Kategoria	Wartość współczynnika korygującego
1	Osoba, która jest podopiecznym domu pomocy społecznej, placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	3,5
2	Osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 0 do 6 roku życia	2,0
3	Osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 7 do 65 roku życia	1,0
4	Osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie powyżej 65 roku życia	2,0

Źródło (Source): Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r.

Warunkiem stosowania współczynnika korygującego wskazanego w punkcie pierwszym powyższej tabeli jest udzielenie nie mniej niż jednej porady lekarskiej w związku z leczeniem cukrzycy lub chorób układu krążenia, w ciągu trzech miesięcy w roku kalendarzowym [7]. Ponadto w okresie sprawozdawczym (miesiąc kalendarzowy), w którym została udzielona wspomniana porada, pacjent nie może być objęty leczeniem w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z chorobą przewlekłą [4]. Oznacza to, że zadeklarowanemu u danego świadczeniodawcy pacjentowi zostanie przypisana stawka 3,0, jeśli w przeciągu trzech poprzednich miesięcy miał udzieloną i poprawnie sprawozdaną do NFZ minimum jedną poradę lekarską w związku z leczeniem cukrzycy lub chorób układu krążenia. Wówczas niezależnie od ilości wizyt wykonanych w poprzednim kwartale, stawka kapitacyjna zostanie zmodyfikowana współczynnikiem korygującym.

Tabela 4. Wykaz współczynników korygujących dla pielęgniarki szkolnej w roku 2013
Table 4. List of ratio in year 2013 correcting for services lended by school nurse

Typ szkoły	Kategoria uczniów	Wartość współczynnika korygującego
Typ I – szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane, szkoła artystyczna, szkoła policealna	Uczniowie klas ogólnych	1,0
	Uczniowie klas integracyjnych i sportowych	1,7
	Uczniowie z niepełnosprawnością typu A	5,0
	Uczniowie z niepełnosprawnością typu B	9,4
	Uczniowie z niepełnosprawnością typu C	25,0
Typ II – szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa		1,7
Typ III – szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży	Uczniowie z niepełnosprawnością typu A	5,0
	Uczniowie z niepełnosprawnością typu B	9,4
	Uczniowie z niepełnosprawnością typu C	25,0

Źródło (Source): Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r.

Deklarowaną, przez NFZ, przyczyną wprowadzenia współczynnika korygującego na poziomie 3,0 jest znaczny wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne, zwłaszcza cukrzycę i przewlekłe choroby układu krążenia. Decyzja ta w naturalny sposób spowodowała znaczny wzrost nakładów na świadczenia POZ w tym zakresie.

Świadczenia pielęgniarki POZ związane z opieką nad podopiecznymi domów pomocy społecznej obejmują zadania z zakresu udziału w tworzeniu indywidualnych planów opieki dla mieszkańców DPS, edukację personelu w zakresie objętym planem opieki oraz realizację świadczeń pielęgnacyjnych i leczniczych wynikających z diagnozy i zleceń lekarskich [4]. Szczegółowe współczynniki obrazuje tabela 3.

Współczynnik korygujący stawkę kapitacyjną ustalony został również dla pielęgniarek szkolnych. Uzależniony jest od typu szkoły oraz stanu zdrowia ucznia, a kwalifikacji do jednej z powyższych kategorii dokonuje się na podstawie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności. Szczegóły przedstawia tabela 4.

Również w przypadku nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ stawka kapitacyjna modyfikowana jest współczynnikiem korygującym. Tym razem szacowany jest wg liczebności populacji objętej nocną oraz świąteczną opieką i wynosi odpowiednio: dla populacji do 5 000 – 1,4; od 5 001 do 10 000 – 1,2; powyżej 10 000 osób – 1,0.

Finansowanie na podstawie jednostek rozliczeniowych

Należność za świadczenia finansowane w oparciu o cenę jednostki rozliczeniowej przekazywana jest w placówce medycznej na podstawie wystawionych rachunków, w trybie comiesięcznego sprawozdania [4]. Szczegóły przedstawia tabela 5.

Powyższe metody rozliczania należności za udzielone świadczenia (stawka kapitacyjna i stawka jednostki rozliczeniowej) nie dotyczą świadczeń transportu sanitarnego „dalekiego”, tj. na odległość powyżej 121 km tam i z powrotem. Ten rodzaj świadczeń jest rozliczany za pomocą stawki ryczałtowej [4].

W przypadku przewozów na odległość od 121 do 400 km ryczałt wynosi 210,00 PLN, natomiast w przypadku świadczeń transportu „dalekiego” w POZ na odległość powyżej 400 km – 0,84 PLN za każdy km przewozu powyżej 400 km [8].

Tabela 5. Wartości cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych (porad), które zostały wydzielone z finansowania na podstawie stawki kapitacyjnej obowiązujących w roku 2013
Table 5. Values of prices of individual identification units in year 2013

Lp.	Nazwa świadczenia	Wartość ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej (porady) [PLN]
1	Porada lekarza w profilaktyce chorób układu krążenia	48,00
2	Porada lekarza udzielana w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, lecz spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	45,00
3	Porada lekarza udzielana w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat Zastępujący EKUZ)	45,00
4	Porada lekarza w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego" w POZ	20,00
5	Porada pielęgniarki w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	4,00
6	Porada pielęgniarki udzielana w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, lecz spoza gminy własnej i sąsiadującej i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	12,00
7	Porada pielęgniarki udzielana w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy (innym niż ubezpieczone), uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, jedynie na podstawie „Karty Polaka" oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	12,00
8	Wizyta położnej w edukacji przedporodowej	31,00
9	Wizyta patronażowa położnej	26,00
10	Wizyta położnej w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	15,00
11	Porada położnej udzielana w stanach nagłych zachorowań pacjentom spoza OW oraz z terenu OW, lecz spoza gminy własnej i sąsiadującej i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	12,00
12	Porada położnej udzielana w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy (innym niż ubezpieczone), uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, jedynie na podstawie „Karty Polaka" oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	12,00
13	Porada położnej udzielana w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat Zastępujący EKUZ)	12,00
14	Nocna i świąteczna opieka lekarska udzielana w stanach nagłych świadczeniobiorcom spoza OW i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	45,00
15	Nocna i świąteczna opieka pielęgniarska udzielana w stanach nagłych świadczeniobiorcom spoza OW i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	12,00
16	Nocna i świąteczna opieka lekarska udzielana w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy (innym niż ubezpieczone), uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, jedynie na podstawie „Karty Polaka" oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	12,00
17	Nocna i świąteczna opieka lekarska udzielana w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat Zastępujący EKUZ)	45,00
18	Nocna i świąteczna opieka pielęgniarska udzielana w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat Zastępujący EKUZ)	12,00

Źródło (Source): Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r.

Podsumowanie

Rola, jaką przypisuje się podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce, pociąga za sobą stały dynamiczny wzrost wydatków, zmianę nakładów po stronie średniej rocznej stawki kapitacyjnej oraz trend wzrostowy kontraktowania wartości zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarek szkolnych oraz położnych.

Przy założeniu, że w przyszłości również zostanie położony nacisk na uczynienie z POZ skutecznej i relatywnie taniej formuły sprawowania opieki nad całymi grupami pacjentów, można spodziewać się wzrostów w tej części rynku medycznego, tym bardziej, że sposoby rozliczania świadczeń w POZ, mimo ciągłego ich rozbudowywania, pozostają znacznie prostsze, niż w przypadku kontraktowania usług wysokospecjalistycznych, w szczególności związanych z lecznictwem stacjonarnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm., art. 28 ust. 1, art. 5 pkt 27, art. 56 ust. 1.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. 2009 nr 139, poz. 1139 z późn. zm., par. 2, art. 5 pkt 17a.
3. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2006 nr 191, poz. 1410 z późn. zm., art. 3 pkt 8.
4. Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ, par. 10 ust. 8 pkt 5, par. 20 ust. 2, par. 28 ust. 1 i 2 pkt 1-2, par. 10 ust. 1, par. 15 ust. 5 pkt 1-2, par. 16 ust. 4, par. 10 ust. 10 pkt 1, par. 30 ust. 2.
5. Zarządzenie Nr 74/2010/DSOZ Prezesa NFZ, art. 29.
6. Zarządzenie Nr 21/2013/DSOZ Prezesa NFZ, par. 8 ust. 1 i 3.
7. Zarządzenie Nr 87/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 grudnia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, par. 1 pkt 6.
8. Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

Adres do korespondencji:
dr Tomasz Holecki
Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
e-mail: tholecki@sum.edu.pl