

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482, z 2017 r. poz. 1249 oraz z 2018 r. poz. 1257) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury:

a) dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo datę wykonania tej procedury,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz., U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

- b) wykonanej w warunkach wskazanych w przepisach, o których mowa w pkt 13a – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24 godzinnym, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez zespół ratownictwa medycznego;”
- b) w ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
- „3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon - dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, a jeżeli przyczyną zgonu jest nowotwór złośliwy – także dane, o których mowa w ust. 2b; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. ”
- c) po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:
- „2b. W przypadku gdy przyczyną główną udzielenia świadczenia jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub w wyniku przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono nowotwór złośliwy, świadczeniodawca gromadzi dodatkowo dane charakteryzujące rozpoznany nowotwór złośliwy, zgodny z prowadzoną dokumentacją medyczną:
- 1) kod i stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM rewizja 7,
 - 2) jeżeli istnieje specyficzna dla nowotworu złośliwego klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania - nazwa klasyfikacji i wynik;
 - 3) stadium zaawansowania (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione) – w przypadku, jeżeli nie jest możliwe zastosowanie klasyfikacji TNM rewizja 7.”;
- 2) w § 8 w ust. 1 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:
- „5a) wskazanie okolicy ciała w szczególności ustalonej między płatnikiem a świadczeniodawcą - w przypadku list oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzonych w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, jeżeli informacja ta jest niezbędna dla weryfikacji przestrzegania zasady, o której mowa w art. 20 ust. 10 ustawy;”;
- 3) w załączniku nr 3 do rozporządzenia tabela nr 9 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
 - 4) załącznik nr 11 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
 - 5) załącznik nr 12 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia wymienionego w części I pkt 6 -15 załącznika nr 11 do rozporządzenia, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone od dnia 1 stycznia 2019 r. Do dnia 31 grudnia 2018 r. świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń wprowadzą do posiadanego systemu informatycznego obsługującego listy oczekujących na udzielenie świadczenia dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.

2. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia wymienionego w części II pkt 3 - 4, 7-15 oraz w częściach III - V załącznika nr 12 do rozporządzenia, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone od dnia 1 lipca 2019 r. Do dnia 30 czerwca 2019 r. świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń wprowadzą do aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 30 czerwca 2019 r.

3. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w części II pkt 10 -12, w części III pkt 1-2 oraz w części V załącznika nr 12 do rozporządzenia, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, do dnia 30 czerwca 2019 r. są prowadzone i sprawozdawane zgodnie z zasadami dotychczasowymi.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Alina Budziszewska-Makulska

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia ...(poz...)

Załącznik nr 1

Tabela nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego				
Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj i zakres uprawnienia	Kategoria		Kod
1	2	3		4
Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane				
art. 42 ust. 1 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MON
art. 42 ust. 1a ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne	weteran	żołnierz	42WŻ
		poszkodowany	funkcjonariusz	42WF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	42WABW

	świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa		
art. 42 ust. 2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjant, funkcjonariusz Straży Granicznej, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę	42MSW
Prawo do wyrobów medycznych			
art. 47 ust. 1 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne	inwalida wojenny	47IB
		inwalida wojskowy	47IW
		cywilna niewidoma ofiara działań wojennych	47CN
		osoba represjonowana	47OR
art. 47 ust. 1a ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w	świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną	47DN

	liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia	chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu	
art. 47 ust.1b ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia	świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	47ZN
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	47ZND
art. 47 ust. 2 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik	47MON
art. 47 ust. 2a ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób	weteran	472AŻ
		poszkodowany	żołnierz
			funkcjonariusz
	funkcjonariusz Agencji	472ABW	

	nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa		Bezpieczeństwa Wewnętrznego	
Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej				
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		24A
art. 24b ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran	żołnierz	24BŻ
		poszkodowany	funkcjonariusz	24BF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24BABW
art. 24c ustawy	prawo do	weteran	żołnierz	24CŻ

	korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż te, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	poszkodowany	funkcjonariusz	24CF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24CABW
art. 47c ustawy albo art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000)	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, „Dawcy Przeszczepu” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”		47CZ
		inwalida wojenny		47CIB
		inwalida wojskowy		47CIW
		kombatant		47CK
		kobieta w ciąży		47CC
		świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu		47CDN

		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	47CZN
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	47CZND
		działacz opozycji antykomunistycznej	47COA
		osoba represjonowana z powodów politycznych	47CRP
		osoba deportowana do pracy przymusowej	47CPP
Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania			
art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	inwalida wojenny	57IB
		inwalida wojskowy	57IW
		kombatant	57K
		osoba represjonowana	57OR
		działacz opozycji antykomunistycznej	57OA
		osoba represjonowana z powodów politycznych	57RP
		osoba deportowana do pracy	57PP

		przymusowej		
art. 57 ust. 2 pkt 10a ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	cywilna niewidoma ofiara działań wojennych		57CN
art. 57 ust. 2 pkt 12 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		57MON
art. 57 ust. 2 pkt 13 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran	żołnierz	57Ż
		poszkodowany	funkcjonariusz	57F
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	57ABW

art. 57 ust. 2 pkt 14 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	osoba posiadająca zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a	57CP
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	57ZN
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	57ZND
Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży i porodu oraz osób niepełnosprawnych			
art. 31 ust. 3 ustawy oraz przepisy wydane na podstawie art. 31d określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentystry oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia	31D
		kobieta w ciąży i w okresie porodu	31C
		dzieci i młodzież niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia 18. roku życia	31N
		młodzież niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym, która ukończyła 18. rok	31N1 8

		życia	
art. 3 ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności i (Dz. U. poz. 932) w związku z art. 136 ust. 2 pkt 1a ustawy	świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej	z świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	ZSN
		z świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	ZSND
Prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego			
art. 32a ustawy	prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	osoba, której wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego	32aDILO
Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu			

art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860 oraz z 2018 r. poz. 1076)	prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	kobieta w ciąży powikłanej	ZZC
		dziecko, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	ZZDN

Załącznik nr 2

Załącznik nr 11

**Wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy
oczekujących na udzielenie świadczenia**

I. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) koronarografia [88.55; 88.56; 88.57];
- 2) wszczepienie albo wymiana rozrusznika jednojamowego [37.82; 37.86];
- 3) wszczepienie albo wymiana rozrusznika jednojamowego i dwujamowego [37.83; 37.87];
- 4) implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu [02.931];
- 5) wszczepienie albo wymiana stymulatora nerwu błędnego [04.941];
- 6) artroskopia lecznicza stawu kolanowego [80.26];
- 7) artroskopowa rekonstrukcja więzadeł krzyżowych [81.45];
- 8) plastyka więzadeł pobocznych kolana [81.46];
- 9) usunięcie migdałków podniebiennych [28.2, 28.3];
- 10) zabiegi na przegrodzie nosowej [21.13, 21.5, 21.841, 21.87, 21.893];
- 11) zabiegi w zakresie termolezji i blokady [03.8, 04.2, 05.32];
- 12) leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka [04.43];
- 13) operacje przepukliny pachwinowej [53.0, 53.1];
- 14) operacje usunięcia żyłaków kończyny dolnej [38.59, 38.69];
- 15) operacje palucha koślawego [77.59].

II. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - badania genetyczne.

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego:

- 1) leczenie aparatem ortodontycznym [23.2402; 23.2401; 23.2310];
- 2) leczenie protetyczne [23.3102; 23.3103; 23.3104; 23.3105].

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, niewymienione w załączniku nr 12 do rozporządzenia.

V. Świadczenia gwarantowane znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 42e ust. 1 ustawy, jeżeli nie są wymienione w częściach I-IV i zostały wskazane w sposób umożliwiający prowadzenie odrębnej listy.

Załącznik nr 3

Załącznik nr 12

Wykaz świadczeń, w przypadku których udzielania świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z § 8 ust. 1a rozporządzenia

I. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych w zakresie świadczeń:

Lp.	Zakres świadczeń w poradniach specjalistycznych	Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych
1	Świadczenia z zakresu onkologii	1240 Poradnia onkologiczna; 1241 Poradnia onkologiczna dla dzieci; 1249 Poradnia onkologii i hematologii dla dzieci; 1242 Poradnia chemioterapii; 1460 Poradnia ginekologii onkologicznej; 1458 Poradnia profilaktyki chorób piersi; 1244 Poradnia radioterapii
2	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej; 1581 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
3	Świadczenia z zakresu kardiologii	1100 Poradnia kardiologiczna; 1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci; 1102 Poradnia wad serca; 1103 Poradnia wad serca dla dzieci; 1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego; 1105 Poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci
4	Świadczenia z zakresu endokrynologii	1030 Poradnia endokrynologiczna; 1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci; 1032 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna; 1033 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci; 1034 Poradnia andrologiczna; 1035 Poradnia andrologiczna dla dzieci; 1036 Poradnia leczenia niepłodności; 1038 Poradnia chorób tarczycy; 1039 Poradnia chorób tarczycy dla dzieci

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) endoprotezoplastyka stawu biodrowego [81.51, 81.52];
- 2) endoprotezoplastyka stawu kolanowego [81.54];
- 3) rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego [81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 00.74, 00.75, 00.76, 00.77];
- 4) rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego [81.55, 00.80, 00.81, 00.82, 00.83, 00.84];
- 5) zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) [13.1-13.7];
- 6) usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) [00.66, 36.07, 36.09];
- 7) operacje jaskry [12.52, 12.53, 12.59, 12.65, 12.69];
- 8) operacje jaskry z zaćmą [12.65, 12.69, 12.79];
- 9) operacje plastyczne oka [08.0, 08.2-08.8, 09.2-09.4, 09.6-09.7, 10.4-10.5, 16.0, 16.3-16.5, 16.9];
- 10) zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia) [14.73; 14.74];
- 11) wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka [20.96, 20.97, 20.98];
- 12) wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu [20.9941] albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego [20.9942];
- 13) pomosty dla rewaskularyzacji serca [36.1];
- 14) zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia) [60.2-60.6];
- 15) wycięcie macicy (histerektomia) [68.3-68.7, 68.9].

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - badania diagnostyczne:

- 1) rezonansu magnetycznego;
- 2) tomografii komputerowej;
- 3) gastrokopii;
- 4) kolonoskopii.

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane w warunkach stacjonarnych:

- 1) rehabilitacja ogólnoustrojowa;
- 2) rehabilitacja neurologiczna;
- 3) rehabilitacja pulmonologiczna;
- 4) rehabilitacja kardiologiczna;
- 5) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa;

V. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych:

- 1) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
- 2) leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD);
- 3) leczenie stwardnienia rozsianego.

VI. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wydanego na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Przedmiotowy projekt ma na celu:

1) poprawę monitorowania dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej przez:

a) zmiany w zakresie prowadzenia list oczekujących:

- zwiększenie liczby świadczeń dla których prowadzi się odrębne listy oczekujących,
- zwiększenie liczby list oczekujących, które mają być prowadzone w czasie rzeczywistym, bezpośrednio w aplikacji udostępnianej przez Fundusz,

b) nałożenie obowiązku przekazywania informacji o czasie wykonania istotnej procedury (dacie, godzinie i minucie w systemie 24-godzinnym) pacjentom przyjętym w trybie nagłym;

2) uwzględnienie zmian wprowadzonych do ustawy o świadczeniach dotyczących dodatkowych uprawnień w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w celu identyfikacji osób, które skorzystały z przysługujących im uprawnień dodatkowych, co umożliwi monitorowanie efektów wprowadzonych rozwiązań.

Zmiany mające na celu poprawę monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

Zmiany w zakresie list oczekujących

Listy oczekujących prowadzone do komórek organizacyjnych nie pozwalają ustalić czasu oczekiwania na konkretne świadczenia zdrowotne realizowane przez te komórki, dlatego wprowadzono zmiany do załącznika 11 i 12 do rozporządzenia mające na celu zwiększenie liczby list prowadzonych na konkretne świadczenia opieki zdrowotnej (procedury), na których wykonanie czeka duża liczba świadczeniobiorców. Wprowadzone zmiany pozwolą także

rozszerzyć informacje o pierwszych wolnych terminach, które są publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Informatorze o Terminach Leczenia. Zmiany te pozwolą również na poprawę monitorowania skuteczności działań podejmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie skracania czasów oczekiwania na konkretne świadczenia zdrowotne.

Wprowadzone zmiany polegają na rozszerzeniu wykazu świadczeń lub procedur, na które mają być prowadzone odrębne listy oczekujących:

- 1) w systemie informatycznym świadczeniodawców (zmiany w załączniku nr 11);
- 2) bezpośrednio prowadzonych przez świadczeniodawców w aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w czasie rzeczywistym (zmiany w załączniku nr 12) – wprowadzono obowiązek prowadzenia list dodatkowo dla ponad 20 świadczeń, co pozwoli na poprawę skuteczności monitorowania czasów oczekiwania na świadczenia na poziomie centralnym.

Zmiany w załącznikach 11 i 12 zostały dokonane na podstawie analizy propozycji zgłoszonych przez świadczeniobiorców, oddziały wojewódzkie i centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, a także na podstawie opinii konsultantów krajowych w dziedzinie okulistyki i otorynolaryngologii oraz własnych ocen i analiz. W wykazie znalazły się m.in. świadczenia, które stanowią najczęstszy przedmiot poszukiwań świadczeniobiorców, a które nie są realizowane przez wszystkich świadczeniodawców lub są realizowane w komórkach organizacyjnych różnych specjalności w zależności od świadczeniodawcy (np. usunięcie migdałków może być wykonywane przez oddział otolaryngologiczny lub chirurgii ogólnej).

Obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących w aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zacznie obowiązywać od dnia 1 lipca 2019 r. Czas ten jest niezbędny dla Narodowego Funduszu Zdrowia w celu dostosowania działającej aplikacji (tzw. AP KOLCE) do wprowadzenia nowych list oczekujących. W przypadku procedur, na które odrębne listy oczekujących będą prowadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy, obowiązek ich prowadzenia powstanie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Ponadto przewidziano możliwość wprowadzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowego pola charakteryzującego świadczenie, na jakie prowadzona jest lista oczekujących, przez wskazanie okolicy ciała. W przypadku niektórych świadczeń - przykładowo - świadczeń rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej,

endoprotezoplastyki czy zaćmy - jest to dana niezbędna do weryfikacji przestrzegania zasady określonej w art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. W przypadku list oczekujących prowadzonych w aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacja ta pozwoli na blokowanie jednoczesnych wpisów na listy oczekujących na takie samo badanie tej samej okolicy ciała lub zabieg dotyczący danej części ciała (endoprotezoplastyka lewego lub prawego biodra, operacja na prawym lub lewym oku).

Rozszerzenie obowiązku przekazywania dokładnych informacji o dacie, godzinie i minucie w przypadku wykonania procedury w stanach nagłych.

Obowiązkiem podawania daty, godziny i minuty rozpoczęcia leczenia oraz wykonania zasadniczej procedury w sytuacji ratowania życia pacjenta objęto wszystkich świadczeniodawców, a nie tylko szpitalne oddziały ratunkowe, gdyż informacja ta pozwala monitorować w jakim czasie od przyjęcia pacjenta świadczeniodawca udzielił świadczenia sprawozdanego jako udzielone w stanie nagłym. Obowiązek ten nie będzie dotyczył jedynie świadczeń udzielanych przez zespół ratownictwa medycznego, gdyż w tym przypadku ramy czasowe dla wykonanych procedur określają już rejestrowane dane dotyczące przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych oraz dotyczące zakończenia akcji prowadzenia tych czynności.

Zmiany uwzględniające wejście w życie ustaw przyznających dodatkowe uprawnienia

Przedmiotowy projekt uwzględnia zmiany wprowadzone przez:

1) ustawę z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przyznające dodatkowe uprawnienia świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;

2) ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach

pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 1552), przyznająca od 30 października 2018 r. dodatkowe uprawnienia osobom deportowanym do pracy przymusowej.

Wymienieni świadczeniobiorcy uzyskali dodatkowe uprawnienia do:

1) korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej (art. 47c ust. 1 ustawy o świadczeniach);

2) korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania (art. 57 ust. 2 pkt 14 ustawy o świadczeniach).

Dodatkowo świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności przyznano prawo do wyrobów medycznych, bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie określonej przez osobę uprawnioną do wystawienia zlecenia (art. 47 ust. 1b ustawy o świadczeniach).

Kody dla poszczególnych uprawnień tej grupy zostały dodane do tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

Rozszerzenie zakresu gromadzonych i przekazywanych danych o informację dotyczącą stopnia zaawansowania choroby nowotworowej

Kolejna zmiana polega na rozszerzeniu gromadzonych i przekazywanych danych o informację dotyczącą stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Informacja ta obejmuje wskazanie kodu i stopnia zaawansowania według klasyfikacji TNM rewizji 7, a w przypadku nowotworów dla których istnieje specyficzna klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania - dodatkowo nazwę tej klasyfikacji i jej wynik. W przypadku niemożliwości zastosowania klasyfikacji TNM świadczeniodawca powinien przekazać stadium zaawansowania nowotworu złośliwego - in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione. Dane te będą gromadzone i przekazywane przez każdego świadczeniodawcę, w przypadku gdy przyczyną główną udzielenia świadczenia było podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub w wyniku przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono nowotwór złośliwy (§ 3 ust. 2b rozporządzenia). Ponadto szpitale, które już obecnie zobowiązane są do wskazania w przypadku zgonu pacjenta bezpośredniej przyczyny zgonu, będą przekazywały także informację o stopniu zaawansowania nowotworu, jeżeli przyczyną zgonu był nowotwór złośliwy (zmiany wprowadzone w § 3 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia).

O włączenie informacji o stopniu zaawansowania choroby nowotworowej do katalogu danych obowiązkowo sprawozdawanych przez świadczeniodawców Narodowemu Funduszowi Zdrowia wnioskowały stowarzyszenia i fundacje onkologiczne, wskazując, że obecny system gromadzenia tej danej w Krajowym Rejestrze Nowotworów jest nieskuteczny, a baza jest niekompletna i niewiarygodna. Tymczasem informacja o stopniu zaawansowania nowotworu jest informacją uniwersalną dla wszystkich rozpoznań nowotworowych i jest niezbędna do dokonania oceny skuteczności leczenia onkologicznego i monitorowania jakości tego leczenia. Wiedza o stopniu zaawansowania nowotworów w populacji chorych pozwala także na weryfikację, prognozowanie oraz planowanie potrzeb związanych z opieką onkologiczną.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców, ponieważ proponowane zmiany nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.