

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2019 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**

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. 1. Rozporządzenie określa zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem”, lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów.

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba, której udzielono świadczenia – następujące kategorie osób:
 - a) świadczeniobiorcę,
 - b) osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,

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, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399 i 447.

- d) osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 1a–6 i 9–12 ustawy;
- 3) osobisty numer identyfikacyjny – stały symbol numeryczny, jednoznacznie identyfikujący osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- 4) przepustka – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza podmiotem leczniczym w trakcie stacjonarnego leczenia: psychiatrycznego, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowskiego lub rehabilitacji leczniczej, bez dokonywania z niego wypisu, po wyrażeniu zgody przez tego świadczeniobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez podmiot leczniczy, w którym świadczeniobiorca przebywa.

§ 2. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, zwani dalej „świadczeniodawcami”, tworzą i prowadzą w postaci elektronicznej rejestr świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „rejestrzem świadczeń”.

2. W rejestrze świadczeń gromadzone są dane charakteryzujące każde udzielone świadczenie opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, zwane dalej „świadczeniem”.

§ 3. 1. Rejestr świadczeń obejmuje następujące dane dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego:

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami § 4;
- 2) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;
- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą onkologiczną”, lub na podstawie karty onkologicznej – przyczyną główną jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym”, wpisane do karty onkologicznej po udzieleniu tego świadczenia; w przypadku gdy przyczyną główną jest rozpoznanie choroby rzadkiej, znajdującej się w klasyfikacji ORPHANET, dodatkowo jest przekazywany właściwy numer tej klasyfikacji;

- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 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,
 - b) wykonanej w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.³⁾) – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24 – godzinnym wykonania tej procedury, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 8) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1115, 1544, 1629 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 15, 60 i 235 i 399.

- 9) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 10) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 albo 12 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy – jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy oczekujących;
- 11) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
- 12) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie; w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym dodatkowo identyfikator osoby kierującej wykonaniem tej operacji albo zabiegu, na który składa się:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu – numer PESEL,
 - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 13) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
 - a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
 - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
 - c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli została nadana,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;
- 14) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

- 15) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 16) kod badania, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:
 - a) podstawowej opieki zdrowotnej – dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
 - b) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej – wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;
- 17) kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia zdrowotnego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określony zgodnie z tabelą nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia polegającego na kompleksowej ocenie stanu zdrowia, obejmującego podjęcie decyzji diagnostycznej oraz decyzji terapeutycznej;
- 18) datę, godzinę i minutę, w systemie 24-godzinnym:
 - a) przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitalnego oddziału ratunkowego,
 - b) wypisu świadczeniobiorcy ze szpitalnego oddziału ratunkowego,
 - c) przekazania świadczeniobiorcy do oddziału szpitalnego – w przypadku udzielenia świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy;
- 19) kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy;
- 20) informacje dotyczące harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy, zwanym dalej „harmonogramem przyjęć”:
 - a) data wpisu w harmonogram przyjęć,
 - b) kategorię świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy, zwanej dalej „kategorią świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć”, w dniu dokonania wpisu w harmonogram przyjęć oraz w dniu udzielania świadczenia, jeżeli uległa

zmianie; świadczeniobiorcę, który w dniu wpisu w harmonogram przyjęć posiadał prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, i uzyskał poza kolejnością świadczenie, na które został wpisany przed utratą tego prawa, należy dodatkowo oznaczyć kodem „BK”;

- 21) kod i stopień zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM rewizja 7, a jeżeli istnieje specyficzna dla nowotworu złośliwego klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania i nie jest możliwe zastosowanie klasyfikacji TNM rewizja 7 – nazwę klasyfikacji i wynik oraz stadium zaawansowania (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione) - w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta: C18-C20, C34, C50, C56, C61).

2. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty osoby, której udzielono świadczenia, pomiędzy wpisem i wypisem do księgi głównej przyjęć i wypisów stanowią jedną hospitalizację. W tym przypadku dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:

- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia; w przypadku gdy osobę przyjęto w trybie nagłym – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24 – godzinnym przyjęcia do szpitala, zgodne z danymi wpisanymi do historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, rok dokonania wpisu i numer księgi głównej;
- 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; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
- 4) kod przyczyny głównej hospitalizacji – zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie

z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu jej przetwarzania;

- 5) kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 6) informację czy w trakcie hospitalizacji doszło do zakażenia szpitalnego w rozumieniu art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 i 1669) wraz ze wskazaniem przyczyny choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

3. W przypadku świadczenia zakończonego wydaniem karty onkologicznej oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych zgodnie z art. 32a ustawy na podstawie karty onkologicznej w rejestrze są gromadzone dodatkowo dane zgodne z wpisem do karty onkologicznej:

- 1) wpisywane wyłącznie w przypadku wydania karty onkologicznej:
 - a) data sporządzenia,
 - b) dane lekarza wydającego kartę onkologiczną: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i wskazanie, czy lekarz wydał kartę onkologiczną jako lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarz udzielający świadczeń w ramach programów zdrowotnych albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych,
 - c) informacja, czy karta onkologiczna została wydana osobie, której leczenie onkologiczne zostało rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.,
 - d) informacja, czy karta onkologiczna została wydana noworodkowi,
 - e) data decyzji o założeniu karty onkologicznej,
 - f) data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno–lecniczego oraz data wykonania zabiegu diagnostyczno–lecniczego – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, a potwierdzenie nowotworu złośliwego zostało dokonane na podstawie zabiegu diagnostyczno–lecniczego,
 - g) informacja, czy karta onkologiczna została wydana z powodu zmiany świadczeniodawcy – w przypadku karty onkologicznej wydanej przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych;

- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej;
- 3) kod i nazwa jednostki chorobowej podejrzenia lub rozpoznania nowotworu złośliwego, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 4) kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, określony w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy, ze wskazaniem poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego oznaczonego zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych – jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;
- 5) informację, na którym etapie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego jest udzielane świadczenie, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 6) data wykonania zabiegu diagnostyczno–leczniczego;
- 7) informacje charakteryzujące ustalenie planu leczenia onkologicznego:
 - a) dane lekarzy wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego ustalającego plan leczenia onkologicznego, zwanego dalej „konsylium”, a w przypadku pacjenta małoletniego – jeżeli zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy konsylium nie jest organizowane – dane lekarza, który ustalił plan leczenia onkologicznego:
 - imię i nazwisko,
 - numer prawa wykonywania zawodu,
 - b) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy,
 - c) informacje dotyczące ustalonego planu leczenia onkologicznego:
 - data posiedzenia konsylium lub ustalenia planu leczenia onkologicznego,
 - opis planu leczenia onkologicznego,
 - d) dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej;
- 8) dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 32b ust. 4 pkt 3 ustawy: imię (imiona) i nazwisko oraz nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratowniczy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:

- 1) przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) numeru w księdze dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu lub zgłoszenie alarmowe przekazane z centrum powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2018 r. poz. 867 i 1115), rok wpisu i numer tej księgi;
- 5) daty, godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym:
 - a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu lub zgłoszenia alarmowego przekazanego z centrum powiadamiania ratunkowego,
 - b) przekazania przez dyspozytora medycznego zespołowi ratownictwa medycznego zlecenia wyjazdu na miejsce zdarzenia,
 - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia medycznych czynności ratunkowych,
 - e) zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) kodu zespołu ratownictwa medycznego, określonego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 7) identyfikatora osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 8) identyfikatora kierownika zespołu ratownictwa medycznego, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 9) wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.

5. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia potwierdzającego uprawnienie do zaopatrzenia w wyroby medyczne, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 13,
 - b) kod typu zlecenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kod wyrobu medycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - d) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą pierwsze trzy znaki);
- 4) dane dotyczące realizacji zlecenia, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przyjęcia zlecenia do realizacji,
 - c) liczbę wydanych wyrobów medycznych,
 - d) kwotę refundacji,
 - e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,
 - f) datę odbioru wyrobu medycznego,
 - g) okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

6. Jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe polega na dokonaniu naprawy wyrobu medycznego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) identyfikator zlecenia potwierdzającego uprawnienie świadczeniobiorcy do wykonania naprawy, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 3) datę przyjęcia do naprawy;

- 4) dane dotyczące dokonanej naprawy:
- a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) kod naprawy wyrobu medycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kwotę refundacji,
 - d) kwotę zapłaconą przez osobę, której wyrób medyczny podlegał naprawie,
 - e) datę dokonania naprawy.

7. W odniesieniu do świadczenia towarzyszącego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia na przejazd środkiem transportu sanitarnego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 11,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,
 - c) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - d) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przejazdu,
 - c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

8. W odniesieniu do świadczenia, które zostało udzielone w ramach realizacji programu zdrowotnego, świadczeniodawca gromadzi także dane niezbędne do dokonania oceny programu, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy.

9. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1–8, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

- 1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, określony zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia;

- 2) kod świadczeniodawcy, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 3) kod miejsca udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej „umową”;
- 5) kod dla świadczenia, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 6) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 7) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 8) informacje niezbędne do potwierdzenia spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

10. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego gromadzi także informacje niezbędne do obliczania wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, o których mowa w art. 32c ustawy.

§ 4. Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, obejmują:

- 1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;
- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej – w przypadku osoby, której wydano kartę onkologiczną, oraz w przypadku gdy diagnostyka onkologiczna lub leczenie onkologiczne są udzielane na podstawie karty onkologicznej;
- 3) imię (imiona) i nazwisko;
- 4) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:
 - a) państwo,
 - b) nazwa miejscowości,

- c) kod pocztowy,
 - d) ulica, numer domu i lokalu,
 - e) nazwa: gminy, powiatu i województwa;
- 5) numer telefonu kontaktowego, adres poczty elektronicznej lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą – jeżeli zostanie wskazane;
- 6) datę urodzenia;
- 7) płeć;
- 8) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
- a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) dane identyfikujące dokument, w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
 - dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane określone w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy – datę złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazaną w oświadczeniu datę rozpoczęcia i zakończenia udzielenia świadczenia,
 - c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:
 - dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO-3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- d) w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy – informację o wystąpieniu tego przypadku,
 - e) w przypadku gdy osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę – informację o wygaśnięciu tego prawa oraz o dacie wygaśnięcia;
- 9) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 8, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a i 12–14 ustawy, lub gdy świadczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej jest udzielane świadczeniobiorcy posiadającemu orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:
- a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument – jeżeli uprawnienie nie zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy;
- 10) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana osobie małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.⁴⁾):
- a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) adres miejsca zamieszkania;
- 11) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana noworodkowi z ciąży mnogiej – numer kolejny noworodka wpisany do karty onkologicznej.

§ 5. 1. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, w tym także udzielający świadczeń świadczeniobiorcom, o których

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 1524, z 2018 r. poz. 1115, 1515, 2219 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 150 i 447.

mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 ustawy, oraz świadczeń wynikających z art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, z zastrzeżeniem § 6, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także wykonanego powyżej kwoty, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Dane, o których mowa w § 3 ust. 3, są przekazywane za pośrednictwem:

- 1) komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1;
- 2) aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2.

3. Dane, o których mowa w § 3 ust. 3, są wpisywane w czasie rzeczywistym w aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2:

- 1) w dniu wydania karty onkologicznej – dane:
 - a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 4 lit. b–e, pkt 5–7, 10 i 11, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
 - b) charakteryzujące świadczeniodawcę, który wydał kartę onkologiczną, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 11 i ust. 8 pkt 1a–2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
 - c) wpisane do karty onkologicznej, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 1–5, przy czym data sporządzenia karty onkologicznej nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o założeniu karty onkologicznej;
- 2) po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, zabiegu diagnostyczno–lecniczego, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego, po rozpoczęciu leczenia onkologicznego oraz po zakończeniu leczenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej, dane charakteryzujące:
 - a) świadczeniodawcę realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 11 i ust. 9 pkt 2–4, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
 - b) lekarza realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne: imię i nazwisko oraz prawo wykonywania zawodu,
 - c) diagnostykę wstępną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki wstępnej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,

- data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną,
 - data porady zakończonej rozpoznaniem,
 - informacja, czy diagnostyka wstępna została wykonana pacjentowi, któremu na etapie wydania karty onkologicznej jako dalsze postępowanie wskazano skierowanie na zabieg diagnostyczno–lecniczy, a lekarz udzielający świadczeń szpitalnych stwierdził konieczność wykonania diagnostyki wstępnej przed zabiegiem diagnostyczno–lecniczym,
- d) diagnostykę pogłębianą zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki pogłębionej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
 - data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębioną,
 - data porady kończącej etap diagnostyki pogłębionej,
- e) wykonany zabieg diagnostyczno–lecniczy zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 3–6,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno–lecniczego,
- f) ustalenie planu leczenia onkologicznego:
- o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5 i 7,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
 - data rozpoczęcia leczenia onkologicznego – realizacja planu,
- g) zakończone leczenie onkologiczne zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- data zakończenia leczenia onkologicznego,
 - zalecenia,
 - dane, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 8.

4. Za pośrednictwem komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1, są przekazywane dane, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2, oraz dane charakteryzujące osobę zgodnie z ust. 2.

5. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, określony w § 3 ust. 1 pkt 1, obejmuje w przypadku:

- 1) świadczeniobiorcy, którego prawo do świadczeń zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 1a, pkt 6 lit. a, b oraz e i pkt 7 lit. a;
- 2) osoby, której prawo do świadczeń zostało potwierdzone w inny sposób niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy:
 - a) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, pkt 8 lit. a, b oraz e i pkt 9 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 3, 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju w odniesieniu do ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–5, 8 i 9, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju – w odniesieniu do świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy,
 - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–3 i 6–9 – w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

6. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne przekazują numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia, w przypadku osób, którym nadano ten numer oraz dane, o których mowa w § 4 pkt 8 lit. a i pkt 9, oraz odpowiednio dane, o których mowa w § 3:

- 1) ust. 5 pkt 2, 3 lit. a–c i pkt 4 – jeżeli realizują zlecenie na wyroby medyczne;
- 2) ust. 6 pkt 2–4 – jeżeli dokonują napraw wyrobów medycznych.

7. Świadczeniodawcy, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 3, 6 i 7, w przypadku gdy ustalenie tych danych było możliwe.

§ 6. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem,

przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o udzielonych świadczeniach w zakresie określonym w:

- 1) ust. 2-4 – w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ust. 5 – w zakresie świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) ust. 6 – w zakresie świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania;
- 4) ust. 7 – w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 5) ust. 8 – w zakresie transportu sanitarnego.

2. W przypadku świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawcy przekazują dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia, z wyłączeniem przypadków, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie i szczepienie, w zakresie wskazanym w:

- 1) ust. 3 i 4 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 357), u tego świadczeniodawcy;
- 2) § 3 ust. 1 – w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

3. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1, obejmują:

- 1) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka;
- 2) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju;
- 3) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6, a w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest porada – dodatkowo także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3;
- 4) informację o wadze i wzroście świadczeniobiorcy - w przypadku pierwszej porady w danym roku kalendarzowym.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie, świadczeniodawca przekazuje w odniesieniu do wykonanych badań, znajdujących się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zbiorcze dane o liczbie wykonanych badań według kodów, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 16 lit. a.

5. W przypadku świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawcy przekazują dane zbiorcze o udzielonych świadczeniach, z wyłączeniem przypadków, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest wizyta patronażowa. Zakres danych o wizytach patronażowych obejmuje dane wskazane w ust. 3.

6. Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania lub higienistka szkolna przekazuje następujące dane zbiorcze:

- 1) liczbę badań (testów) przesiewowych według grup wiekowych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;
- 2) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową;
- 3) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń według kodów świadczeń określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.

7. Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przekazują dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia, w zakresie wskazanym w § 3 ust. 1, z wyłączeniem porad udzielonych telefonicznie, o których przekazują zbiorcze dane w postaci liczby udzielonych porad.

8. Świadczeniodawcy realizujący umowę w zakresie transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej przekazują liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych przekazują tym podmiotom dane o każdym udzielonym świadczeniu, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3 oraz pkt 8 lit. a i c oraz pkt 9 lit. a, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest własny numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7.

§ 8. 1. W harmonogramie przyjęć są gromadzone:

- 1) identyfikator harmonogramu przyjęć, na który składają się:

- a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
 - c) kod ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, identyfikujący harmonogram przyjęć:
 - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, a jeżeli w strukturze jednostki organizacyjnej świadczeniodawcy nie wyodrębniono komórki organizacyjnej – na zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w jednostce organizacyjnej, określony przez wskazanie części IX i X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia na podstawie karty onkologicznej;
- 2) dane o świadczeniobiorcy wpisanym w harmonogram przyjęć:
- a) o których mowa w § 4 pkt 1 i 3,
 - b) o których mowa w § 4 pkt 4 lit. a–d; w przypadku braku adresu miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, świadczeniobiorcy należy nadać kod „BD”. W takiej sytuacji danych adresowych nie wypełnia się,
 - c) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu w harmonogram przyjęć:
- a) data wpisu,
 - b) godzina wpisu,
 - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia, z zastrzeżeniem art. 19a ust. 5 ustawy:
- a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
 - b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy o co najmniej 7 dni niż wskazany przez świadczeniodawcę,

- c) zmianę terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a jeżeli zmiana dotyczy świadczeniobiorcy z kategorii oczekujący - w tabeli nr 19 załącznika nr 3; w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć, także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) kod kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia:
 - a) w dniu wpisu w harmonogram przyjęć,
 - b) zmiana tej kategorii;
 - 8) dane dotyczące skreślenia z harmonogramu przyjęć:
 - a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy skreślenie dotyczy świadczeniobiorcy z kategorii oczekujący – w tabeli nr 17 załącznika nr 3;
2. Na liście oczekujących, stanowiącej część harmonogramu przyjęć, są gromadzone:
- 1) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1–5;
 - 2) numer kolejny;
 - 3) w przypadku listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, dodatkowo:
 - a) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej,
 - b) kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 18 załącznika nr 3 do rozporządzenia – ustalany na podstawie karty onkologicznej przedstawionej przez świadczeniobiorcę;
 - 4) 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;
 - 5) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
 - a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia, z wyjątkiem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki

długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej,

- b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy o co najmniej 7 dni niż wskazany przez świadczeniodawcę,
 - c) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
 - d) zmiana terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli nr 19 załącznika nr 3 do rozporządzenia a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, także uzasadnienie tej zmiany,
 - e) informacja o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10b ustawy,
 - f) informacja o przywróceniu na listę oczekujących w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10f ustawy;
- 6) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
- a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 7) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.

3. Świadczeniodawcy udzielający, w ramach umowy z Funduszem, świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia, prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

4. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach umowy z Funduszem, w szpitalach, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej albo stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:

- 1) dane dotyczące osób wpisanych w każdy harmonogram przyjęć:
- a) liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) liczbę osób skreślonych w okresie sprawozdawczym z harmonogramu przyjęć,

- c) liczbę osób skreślonych w okresie sprawozdawczym z harmonogramu przyjęć z powodu udzielenia świadczenia
– według grup osób wyodrębnionych ze względu na kategorię świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć;
 - 2) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:
 - a) dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdego świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca, a jeżeli świadczeniobiorca w okresie sprawozdawczym został wpisany na listę oczekujących ze względu na zmianę dotychczas posiadanej kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć – dodatkowo wskazanie tej kategorii przed dokonaniem zmiany,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdego świadczeniobiorcy skreślonego w okresie sprawozdawczym z listy oczekujących, jeżeli przyczyną skreślenia była zmiana kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć ze wskazaniem kategorii po dokonaniu zmiany,
 - c) liczbę osób, których termin uległ w okresie sprawozdawczym zmianie w wyniku skorzystania z możliwości, o której mowa w art. 20 ust. 9a
– według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;
 - 3) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym;
 - 4) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.
5. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 4, przekazują dane, o których mowa w ust. 4:
- 1) pkt 1–3 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
 - 2) pkt 4 – każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach

opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

6. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 3, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane, o których mowa w ust. 4 pkt 5, dotyczące prowadzonych list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 5 pkt 2.

7. Dane dotyczące harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, w zakresie liczby osób wpisanych do harmonogramu przyjęć oraz osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia, które oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone listy oczekujących.

8. Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia, które oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc.

§ 9. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, tworzą i prowadzą w formie elektronicznej dodatkowo:

- 1) rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, zwany dalej „rejestrem deklaracji poz”;
- 2) rejestr danych dotyczących dzieci i młodzieży objętych opieką, zwany dalej „rejestrem deklaracji medycyny szkolnej” – w przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;
- 2) dotyczące osób objętych opieką:
 - a) identyfikator, którym jest numer:

- PESEL – w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - poświadczenia – w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, którym nie nadano numeru PESEL,
 - umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym – w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
- b) dane, o których mowa w § 4 pkt 3, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7,
- c) dane, o których mowa w § 4 pkt 4;
- 3) oznaczenie typu deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;
- 4) data dokonania wyboru;
- 5) data rezygnacji z opieki – jeżeli jest znana świadczeniodawcy;
- 6) informacje niezbędne do rozliczenia dokonywanego na podstawie liczby osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

- 1) dane, o których mowa w ust. 2 pkt 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6;
- 2) numer PESEL pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami, a w przypadku pielęgniarki lub położnej dodatkowo numer prawa wykonywania zawodu;
- 3) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu z rejestru, o którym mowa:

- 1) w ust. 2 – dane, o których mowa:
- a) w ust. 2 pkt 1 i 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator jednego z rodziców albo identyfikator opiekuna prawnego dziecka,
 - b) w § 4 pkt 4 lit. a–d oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;
- 2) w ust. 3 – dane, o których mowa w ust. 3.

§ 10. 1. Świadczeniodawcy przekazują podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych dane w formie elektronicznej.

2. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zwolnić świadczeniodawcę na czas określony z obowiązku gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej.

3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane:

- 1) w formie elektronicznych komunikatów, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów stosowanych do przekazywania danych, określonymi w załączniku nr 7 do rozporządzenia – jeżeli nie wskazano sposobu, o którym mowa w pkt 2;
- 2) w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Funduszu, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach.

4. Komunikaty, o których mowa w ust. 3 pkt 1, są dostarczane do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych za pomocą przenośnych informatycznych nośników danych lub w drodze teletransmisji.

5. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 4, obejmuje mogące się powtarzać fazy:

- 1) przygotowanie komunikatu przez świadczeniodawcę;
- 2) przekazanie komunikatu przez świadczeniodawcę;
- 3) weryfikacja komunikatu przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 4) przygotowanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego, zawierającego potwierdzenie prawidłowości komunikatu lub wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków;
- 5) przekazanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego do świadczeniodawcy.

6. Zasady weryfikacji, o której mowa w ust. 5 pkt 3, są jawne i zamieszczane na stronie internetowej właściwego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

§ 11. 1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5–7 i § 9 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później

niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

2. W przypadku danych, o których mowa w § 6 ust. 5, okres sprawozdawczy obejmuje sześć miesięcy, a dane są przekazywane nie później niż w terminie 20 dni od zakończenia półrocza, którego dotyczą.

3. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może przedłużyć termin przekazania danych, o których mowa w ust. 1.

4. Dane, o których mowa w § 3 ust. 10 pkt 4 i 5, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.

5. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem, w zakresie uregulowanym w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy.

§ 12. 1. Świadczeniodawcy, którzy do dnia 31 grudnia 2019 r., nie będą prowadzić harmonogramu przyjęć, zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2429), przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r.:

- 1) dane dotyczące osób oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:
 - a) liczbę oczekujących oraz dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia,
 - c) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
 - d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
 - e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach
- według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;

- 2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym;
- 3) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, przekazuje dane, o których mowa w ust.

1:

- 1) pkt 1 i 2 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
- 2) pkt 3 – każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

§ 13. 1. Harmonogram przyjęć na udzielenie świadczenia wymienionego w części II pkt 3, 4, 7 –15 oraz w częściach III – V załącznika nr 9 do rozporządzenia jest prowadzony od dnia 1 września 2019 r. Do dnia 1 września 2019 r. świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń wprowadzą do aplikacji udostępnionej przez Fundusz dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 sierpnia 2019 r.

2. Do dnia 1 września 2019 r. listy oczekujących na świadczenia, o których mowa w części II pkt 10–12, w części III pkt 1 i 2 oraz w części V załącznika nr 9 do rozporządzenia są prowadzone na zasadach dotychczasowych, a zakres danych przekazywany oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia określa § 12.

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.⁵⁾

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem 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, z 2018 r. poz. 1257 oraz z 2019 r. poz. 333), które traci moc z dniem 1 lipca 2019 r. zgodnie z art. 4 pkt 12 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2429).

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..... 2019 r. (Dz. U.
poz.....)

Załącznik Nr 1

**KODY FUNKCJI OCHRONY ZDROWIA I JEDNOSTEK STATYSTYCZNYCH
ŚWIADCZEŃ**

W załączniku przedstawiono:

W tabeli nr 1: kody funkcji ochrony zdrowia,

W tabeli nr 2: kody jednostek statystycznych świadczeń,

W tabeli nr 3: kody świadczeń.

Tabela nr 1. Kody funkcji ochrony zdrowia.			
Nazwa funkcji ochrony zdrowia		Kod	
Grupa	Wyszczególnienie		
1. Grupa – usługi lecznicze Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków choroby lub urazu.	1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego	0	
	1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” obejmuje m.in. chirurgię „jednego dnia”, chemioterapię nowotworów.	1	
	1.3. Leczenie ambulatoryjne świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego.	1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane ze stawianiem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	2
		1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentyistów.	3
		1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia psychiatrii ambulatoryjnej.	4
		1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	5
		1.3.6. Leczenie w trybie dziennym Leczenie wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	6
		1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, położne i innych przedstawicieli zawodów medycznych (z wyjątkiem fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji) oraz wykonywane przez psychologów.	7
		1.4. Świadczenia w domu pacjenta Np. porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej lub położnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe.	8
	2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne	2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.	9

Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.	2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w tym samym dniu.		10	
	2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego.		11	
	2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta		12	
	2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.		13	
	3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w podmiocie leczniczym.		14	
3. Grupa – opieka długoterminowa Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki paliatywnej.	3.2. Długoterminowa opieka dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.		15	
	3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.		16	
	3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym		17	
	4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.		18	
4. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej	4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.	4.2.1. Diagnostyka obrazowa	19	
		4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa	20	
	4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	4.3.3. Pomoc doraźna – zespoły ratownictwa medycznego		28
		4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego		29
		4.3.5. Pomoc doraźna – wodne pogotowie ratunkowe		30
		4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie		31
		4.3.7. Pozostałe	4.3.7.1. Pozostałe – Transport pacjenta	32
	4.6. Usługi pielęgnacyjne		33	
	4.9. Pozostałe usługi pomocnicze Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze		34	

5. Dostarczanie produktów leczniczych lub wyrobów w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 175 i 447) dla pacjentów ambulatoryjnych	5.2. Wyroby przysługujące na podstawie zlecenia Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.	5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35
		5.2.2. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortezy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36
		5.2.3. Środki wspomaganie słuchu Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37
		5.2.4. Urządzenia medyczne Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38
		5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	39
		5.2.9. Pozostałe wyroby	40
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.	6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.	6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne	41
		6.1.2. Zdrowie matki i dziecka	42
		6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem	43
		6.1.4. Inna	44
	6.2. Medycyna szkolna Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.	45	
	6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.	46	
	6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta.	47	
	6.6. Medycyna sportowa	48	
	6.7. Oświata i promocja zdrowia	49	

Tabela nr 2. Kody jednostek statystycznych świadczeń.

Lp.	Jednostka statystyczna	Objaśnienie
-----	------------------------	-------------

	Nazwa	Kod	
1.	Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
2.	Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.
3.	Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.
4.	Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
5.	Porada patronażowa	5	Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
6.	Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
7.	Wizyta patronażowa	7	Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
8.	Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
9.	Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
10.	Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
11.	Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
12.	Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
13.	Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
14.	Przewóz	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N).
15.	Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa.
16.	Bilans zdrowia	17	Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia: – zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowanie leczenia, – problemów społecznych dziecka i jego rodziny, oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych.
17.	Wyrób medyczny	18	Wyroby medyczne znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
18.	Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych.
19.	Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarskie mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.
	Świadczenie	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom

20.	profilaktyczne		statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20.
-----	----------------	--	---

Tabela nr 3. Kod świadczenia (kod funkcji ochrony zdrowia powiązany z kodem jednostki statystycznej).			
Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
1	2	3	4
1. Grupa – usługi lecznicze			
1.1. Leczenie stacjonarne	pobyt w oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do książki głównej), z wyjątkiem pobytów w: – oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, – oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego – kod 14.3 oraz pobytów w podmiocie leczniczym udzielającym długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.	0.3
	osoba leczona	M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobytem na oddziale.	0.11
1.2. Leczenie jednego dnia	leczenie jednego dnia		1.2
	hemodializa		1.16
1.3. Leczenie ambulatoryjne			
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	bilans zdrowia		2.17
1.3.2. Leczenie stomatologiczne	porada		3.4
	badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne	porada		4.4
	cykl leczenia		4.8
	sesja		4.10
	osoba leczona		4.11
1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8
1.3.6. Leczenie w trybie dziennym	cykl leczenia	Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach: – rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8; – długoterminowej dziennej opieki, przyjmującej kod 15.8.	6.8
	osoba leczona		6.11
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna	porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym.	7.4
	wizyta		7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.	7.8
	sesja		7.10
	osoba leczona		7.11

	hemodializa		7.16
1.4. Świadczenia w domu pacjenta	porada	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: – rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.4, – długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.4.	8.4
	porada patronażowa		8.5
	wizyta	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: – rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.6, – długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.6.	8.6
	wizyta patronażowa		8.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: – rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.8, – długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.8.	8.8
	badanie		8.9
	sesja		8.10
	osoba leczona		8.11
	hemodializa		8.16
	bilans zdrowia		8.17
2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne			
2.1. Rehabilitacja stacjonarna	pobyt w oddziale szpitalnym		9.1
2.2. Rehabilitacja dzienna	cykl leczenia	W przypadku, gdy pacjenci nie są wpisywani do książki głównej przyjęć i wypisów.	10.8
	osoba leczona		10.11
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna	porada		11.4
	wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta	porada		12.4
	wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna	porada		13.4
	wizyta		13.6
	cykl leczenia		13.8
	osoba leczona		13.11
3. Grupa – opieka długoterminowa			
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka	pobyt w oddziale szpitalnym		14.1
	pobyt		14.3
3.2. Długoterminowa dzienna opieka	cykl leczenia		15.8
	osoba leczona		15.11
3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta	porada		16.4
	wizyta		16.6
	cykl leczenia		16.8
	osoba leczona		16.11

3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hostelowym	pobyt		17.3
	osoba leczona		17.11
4. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej			
4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej	badanie	Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18.9
4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych.	19.9
	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik nieobrazowych.	20.9
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta		Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	
4.3.3. Pomoc doraźna – zespoły ratownictwa medycznego	wyjazd ratowniczy		28.12
4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	przelot		29.15
4.3.5. Pomoc doraźna – wodne pogotowie ratunkowe	akcja ratownicza		30.13
4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie	akcja ratownicza		31.13
4.3.7. Pozostałe			
4.3.7.1. Pozostałe –Transport pacjenta	przewóz		32.14
	przelot		32.15
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		33.6
	osoba leczona		33.11
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze		Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze.	34.*
5. Dostarczanie produktów leczniczych lub wyrobów w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 175 i 447) dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Wyroby		Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.	
5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne	wyrób medyczny	Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35.18
5.2.2. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortezy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów	36.18

		medycznych (np. endoprotez stawu).	
5.2.3. Środki wspomagania słuchu	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37.18
5.2.4. Urządzenia medyczne	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38.18
5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy		39.18
5.2.9. Pozostałe wyroby	medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy		40.18
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne			
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			41.*
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			42.*
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem		Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom.	43.*
6.1.4. Inna			44.*
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badanie przesiewowe (test)		45.20
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym		Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia.	46.*
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym			47.*
6.6. Medycyna sportowa	porada		48.4
	wizyta		48.6
	osoba leczona		48.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		49.11

* Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki statystycznej zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2.

Załącznik Nr 2

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

Identyfikator świadczeniodawcy i jego komórki organizacyjnej udzielającej świadczenia, jeżeli jest ona wyróżniona w strukturze świadczeniodawcy, składa się z następujących elementów:

- 1) numer księgi rejestrowej albo pierwsze dziewięć cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON;
- 2) część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

Załącznik Nr 3

KODY WYMAGANE DO OZNACZANIA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej		
Lp.	Nazwa zawodu	Kod
1.	asystentka dentystyczna	1
2.	diagnosta laboratoryjny	2
3.	dietetyk	3
4.	farmaceuta	4
5.	felczer	5
6.	fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
7.	higienistka dentystyczna	7
8.	higienistka szkolna	8
9.	instruktor higieny	9
10.	instruktor terapii uzależnień	33
11.	specjalista psychoterapii uzależnień	34
12.	lekarz	11
13.	lekarz dentysta	12
14.	logopeda	13
15.	masażysta (technik masażysta)	14
16.	opiekunka dziecięca	15
17.	opiekun medyczny	32
18.	optometrysta	16
19.	ortoptystka	17
20.	pielęgniarka	18
21.	położna	19
22.	protetyk słuchu	20
23.	psychoterapeuta	21
24.	ratownik medyczny	22
25.	specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
26.	technik analityki medycznej	24
27.	technik dentystyczny	25
28.	technik farmaceutyczny	26
29.	technik elektroniki medycznej	27
30.	technik elektroradiolog	28
31.	technik optyk	29

32.	technik ortopeda	30
33.	terapeuta zajęciowy	31
34.	psycholog	50
35.	pedagog specjalny	35
36.	terapeuta środowiskowy	36

Tabela nr 2. Kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Lp.	Sposób	Kod
1.	Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej	1
2.	Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej	2
3.	Skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny	3
4.	Skierowanie do szpitala	4
5.	Zakończenie leczenia specjalistycznego	5

Tabela nr 3. Kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy

Lp.	Miejsce	Kod
1.	Pomieszczenia podmiotu leczniczego	1
2.	Miejsce, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 238) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi	2

Tabela nr 4. Kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu

Lp.	Etap	Kod
1.	Skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej	1
2.	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej tej samej specjalności	2
3.	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej innej specjalności	3
4.	Posiadacz karty onkologicznej wymaga leczenia onkologicznego	6
5.	Zamknięcie karty onkologicznej – posiadacz karty onkologicznej nie wymaga leczenia onkologicznego	7
6.	Skierowanie na zabieg diagnostyczno–leczniczy w oddziale szpitalnym	9
7.	Ustalenie planu leczenia onkologicznego	10
8.	Zamknięcie karty onkologicznej z powodu zakończenia leczenia onkologicznego	11
9.	Zakończenie leczenia onkologicznego na wniosek pacjenta	12
10.	Zamknięcie karty onkologicznej – w innych przypadkach niż określone dla kodów 7, 11 i 12	13

Tabela nr 5. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu

Lp.	Etap	Kod
1.	Diagnostyka wstępna	1
2.	Diagnostyka pogłębiona	2
3.	Konsylium	3
4.	Rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
5.	Zakończenie leczenia onkologicznego	6
6.	Zabieg diagnostyczno–leczniczy	7

Tabela nr 6. Kod przyczyny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego

Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1.	Nagle zachorowanie – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W kategorii tej należy także uwzględniać przypadek wyjazdu do porodu.	1
2.	Wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które może powodować uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utratę życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.	2
3.	Przypadek niewymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.	3

Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1.	osoba, której udzielano świadczenia, została przyjęta przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć	1
2.	osoba, której udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć	2
3.	osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez jednostkę organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	3
4.	osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez centrum urazowe	4
5.	przekazanie opieki nad osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lotniczemu zespołowi ratownictwa medycznego	5
6.	odstąpiono od medycznych czynności ratunkowych	6
7.	inny niż wymieniony wyżej	7

Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1.	zgon pacjenta nastąpił przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego	1
2.	zgon nastąpił w trakcie udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego	2

Lp.	Cel przewozu	Kod
1.	Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	1
2.	Potrzeba zachowania ciągłości leczenia	2
3.	Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	3
4.	Inne niż wymienione wyżej	4

Lp.	Identyfikator	Kod	Wymagany
1.	numer PESEL	P	zawsze w przypadku osoby, która ma nadany numer PESEL
2.	osobisty numer identyfikacyjny	R	zawsze w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, bez względu na to, czy ma nadany numer PESEL
3.	seria i numer dowodu osobistego	D	w przypadku gdy osoba nie ma nadanego numeru PESEL lub osobistego numeru identyfikacyjnego
4.	seria i numer paszportu	T	
5.	nazwa, seria i numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość	I	
6.	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NN, gdzie XXXXX – kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR – rok	NN	
7.	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NW, gdzie XXXXX – kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR – rok	NW	żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5 i nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z jego rodziców albo opiekuna prawnego

Lp.	Uprawnienie		Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie	
	Tytuł	kod tytułu	kod nazwy/pełna nazwa dokumentu	pozostałe dane identyfikujące dokument
1	2	3	4	5
1.	ubezpieczony	U	K – w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego NK – w przypadku innego dokumentu, który	numer identyfikacyjny karty nazwa dokumentu oraz jeżeli występują:

			zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku dokumentu wystawionego przez rolnika pomocnikowi rolnika w rozumieniu art. 6 pkt 2a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019 r. poz. 299, z późn. zm.) – numer PESEL tego rolnika
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
2.	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	N	A – w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator, jeżeli występuje, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju, o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 997, z późn. zm.), jeżeli jest znany świadczeniodawcy
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
3.	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy	IA	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
4.	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	IAU	KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2018 r. poz. 2094, z późn. zm.) ZPC – decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt

			okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
5.	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy	IB	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
6.	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy	IBU	KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach ZPC – decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia

					i zakończenia udzielania świadczenia
7.	osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E – w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego		numer identyfikacyjny karty oraz data ważności
			O – w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy		numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
			F – w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1		rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny – jeżeli podano w dokumencie)
			C – w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego		data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
			SED – w przypadku dokumentu SED S045		data wystawienia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
8.	osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM	T – w przypadku paszportu		seria i numer paszportu
9.	osoby, którym świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 ustawy	pkt 1a	PO	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza
		pkt 2	AL		
		pkt 3	NA		
		pkt 4	PS		
		pkt 5	CU		
		pkt 6	ZA		
		pkt 10	ZP		
		pkt 11	ZF		
		pkt 12	RR		
10.	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy	RP	KP – Karta Polaka, o której mowa w ustawie z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2018 r. poz. 1272, z późn. zm.)		numer oraz data ważności
11.	osoby, którym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ustawy	ust. 4	BU	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
		ust. 5	UC		
		ust. 6	CH		
		ust. 7	EM		
12.	świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	EL	DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy		data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz
13.	świadczeniobiorca, któremu udzielono świadczenia w	B	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej		niewymagane

	sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy			
14.	osoba nieposiadająca prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub osoba, która utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę	UP	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
15.	osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez inny podmiot niż Fundusz	NF	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
16.	osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mająca prawo do medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	RM	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane

Tabela nr 12. Kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Lp.	w którym wskazano jako podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	dla oświadczenia złożonego przez	
		świadczeniobiorcę	przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy
1.	objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym	Ouw	OUP
2.	decyzję, o której mowa w art. 54 ustawy	ODW	ODP
3.	art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy	przypadek nie występuje	OMP
4.	art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy	OCW	OCP
5.	art. 67 ust. 4–7 ustawy	OZW	OZP

Tabela nr 13. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego

Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj i zakres uprawnienia	Kategoria		Kod
1	2	3		4
I. 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 świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania	weteran poszkodowany	żołnierz	42WŻ
			funkcjonariusz	42WF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	42WABW

	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 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
II. 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 liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia	świadczniobiorca 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		47DN
art. 47 ust. 1b ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia	świadczniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności		47ZN
		świadczniobiorca 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		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 nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	472AŻ
			funkcjonariusz	472AF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	472ABW
III. 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 poszkodowany	żołnierz	24BŻ
			funkcjonariusz	24BF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24BABW
art. 24c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całonocnych 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	weteran poszkodowany	żołnierz	24CŻ
			funkcjonariusz	24CF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24CABW

	państwa			
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, z późn. zm.)	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	
		komatant	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 współudziału 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	
IV. 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	
		komatant	57K	
		osoba represjonowana	57OR	
		działacz opozycji antykomunistycznej	57OA	
		osoba represjonowana z powodów politycznych	57RP	
		osoba deportowana do pracy przymusowej	57PP	
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
V. 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 stomatologicznego	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentysty 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 do ukończenia 16. roku życia oraz dzieci i młodzież niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia 18. roku życia	31N
		osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym, która ukończyła 18. rok życia	31N18
art. 3 ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932) w związku z art. 136 ust. 2 pkt 1a ustawy	świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej	świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	ZSN
		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	ZSND
VI. 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
VII. 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. z 2019 r. poz. 473)	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
--	--	---	------

Tabela nr 14. Kod przyczyny zmiany terminu w harmonogramie przyjęć		
Lp.	Przyczyna	Kod
1.	Na wniosek osoby wpisanej w harmonogram przyjęć	1
2.	Osoba wpisana w harmonogram przyjęć nie kwalifikowała się do leczenia ze względów medycznych w terminie pierwotnie wyznaczonym	2
3.	Z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy	3
4.	Zmiana kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy	4
5.	Osoba wpisana w harmonogram	5
6.	Inna przyczyna	6

Tabela nr 15. Kod dla kategorii świadczeniobiorcy, wpisywanego do harmonogramu przyjęć		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1.	przyjęty na bieżąco	1
2.	oczekujący	2
3.	oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	3
4.	posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	4 + kod podstawy tego prawa zgodnie z cz. III tabeli nr 10 załącznika nr 3
5.	kontynuujący leczenie	5
6.	przyjęty w stanie nagłym	6

Tabela nr 16. Kod przyczyny skreślenia z harmonogramu przyjęć		
Lp.	Przyczyna	Kod
1.	Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
2.	Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną w harmonogram przyjęć	2
3.	Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
4.	Zgon osoby wpisanej w harmonogram przyjęć	6
5.	Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogram przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia	8
6.	Osoba wpisana w harmonogram przyjęć została omyłkowo wpisana	10
7.	Osoba wpisana w harmonogram przyjęć nie kwalifikuje się do leczenia ze względów medycznych	11
8.	Inna przyczyna	9

Tabela nr 17. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących		
Lp.	Przyczyna	Kod
1.	Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
2.	Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę oczekujących	2
3.	Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
4.	Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
5.	Zgon osoby wpisanej na listę oczekujących	6
6.	Informacja potwierdzona przez Fundusz, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
7.	Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną na listę oczekujących w ustalonym terminie udzielenia świadczenia	8
8.	Niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących	10
9.	Osoba wpisana na listę oczekujących została omyłkowo wpisana	11
10.	Osoba wpisana na listę oczekujących nie kwalifikuje się do leczenia ze względów medycznych	12
11.	Osobie wpisanej na listę oczekujących zmieniono kategorię, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy, na inną niż osoba oczekująca	13
12.	Inna przyczyna	9

Tabela nr 18. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego podawanego w przypadku listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy (dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, którym wydano kartę onkologiczną)

Lp.	Etap	Kod
1.	Oczekiwanie na diagnostykę wstępną	1
2.	Oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną	2
3.	Oczekiwanie na konsylium	3
4.	Oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
5.	Oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne	6
6.	Oczekiwanie na zabieg diagnostyczno–leczniczy	7

Tabela nr 19. Kod przyczyny zmiany terminu osoby wpisanej na listę oczekujących

Lp.	Przyczyna	Kod
1.	Na wniosek osoby wpisanej na listę oczekujących	1
2.	Osoba wpisana na listę oczekujących nie kwalifikowała się do leczenia ze względów medycznych w terminie pierwotnie wyznaczonym	2
3.	Z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy	3
4.	Osoba skorzystała z możliwości, o której mowa w art. 20 ust. 9a ustawy	4
6.	Inna przyczyna	6

Załącznik Nr 4

KODY TRYBU PRZYJĘCIA OSOBY, KTÓREJ UDZIELONO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W PRZYPADKU UDZIELENIA ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym;
- 2) „4” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 3) „5” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy;
- 4) „7” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878), art. 93f ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1987, z późn. zm.), art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969) oraz art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24, z późn. zm.);

- 5) „8” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „9” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy, osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 7) „11” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2137, z późn. zm.) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030, z późn. zm.);
- 8) „13” – przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia osoby, która wymaga okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia;
- 9) „14” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU

OSOBY, KTÓREJ UDZIELONO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W PRZYPADKU POBYTU W ODDZIALE SZPITALNYM

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki;
- 3) „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) „7” – przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „8” – przeniesienie z innego szpitala;
- 7) „9” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z

dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

- 8) „10” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 93a § 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, art. 12, 25a § 2, art. 26 i 79 § 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;
- 9) „11” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” – skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) „6” – wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” – osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” – wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8) „9” – zgon pacjenta;
- 9) „10” – osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, która samowolnie opuściła podmiot leczniczy;

- 10) „11” – wypisanie na podstawie art. 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Załącznik Nr 5

**IDENTYFIKATOR PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA
ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

Identyfikator oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:	
Identyfikator	Nazwa oddziału wojewódzkiego
01	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
02	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
03	Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
04	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
05	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
06	Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
07	Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
08	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
09	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
10	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
11	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
12	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
13	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
14	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
15	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
16	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

Identyfikator innego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych	
93	Minister Sprawiedliwości
94	minister właściwy do spraw wewnętrznych
97	Minister Obrony Narodowej
98	minister właściwy do spraw zdrowia

Załącznik Nr 6

SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA

1. Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególnej procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy. Grupy te są wyodrębniane ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 2 pkt 5 lit. c rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na określoną procedurę medyczną lub świadczenie w określonym zakresie nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub świadczenie w określonym zakresie będą wykonywane.

2. Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie:

T – średni czas oczekiwania,

D – łączna liczba dni oczekiwania

gdzie

$$D = d_1 + d_2 + \dots + d_n,$$

gdzie

d_n – liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na tę listę do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,

L – łączna liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, z wyłączeniem osób, które rezerwowały termin, zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 5 lit. b

Załącznik Nr 7

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

1. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

1.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	zestaw–swiadczen	1–n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, gdy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie, w szczególności dotyczy to wszystkich pobytów na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta
2	dane–zestawu	0–1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy są przekazywane informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Element ten nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informację o potrzebie usunięcia danych o zestawie świadczeń, wysłanych w jednym z poprzednich komunikatów
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w § 4 rozporządzenia
3	zlecenie	0–1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Element ten nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia
3	hospitalizacja	0–1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane wyłącznie w przypadku sprawozdawania obejmującego świadczenia udzielone podczas hospitalizacji
3	swiadczenie	1–n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie
4	dane–swiadzenia	0–1	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia
5	kom–org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia
5	personel–real	1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia
5	przyczyna	1	Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia
5	procedura	0–n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu, np. konkretne procedury medyczne
5	transport	0–1	Element obejmujący dane charakteryzujące transport pacjenta
5	ratownictwo	0–1	Element obejmujący dane charakteryzujące wyjazd zespołu ratownictwa medycznego

1.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	problem	0–1 1z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw–danych	0–1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie
2	potw–zest–swiad	0–n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń
3	problem	0–n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem
3	potw–swiadcz	0–n	Informacja o ewentualnych problemach występujących w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach rozliczeniowych

4	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych ze świadczeniem
---	---------	-----	---

2. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

2.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-zosp	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze z określonej umowy i okresu rozliczeniowego
2	poz-spraw-zosp	0-n	Zrealizowane w ramach sprawozdania zaopatrzenie w wyroby medyczne
3	dane-pr-zosp	1	Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia w wyroby medyczne
4	podst-rozlicz	1	Dane o zgodzie płatnika na refundację zaopatrzenia w wyroby medyczne
4	przedmiot	1	Wydane wyroby medyczne

2.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-spraw-rozlicz-zosp	1	Potwierdzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w wyroby medyczne
2	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania
2	potw-poz-spraw-zosp	0-1 1z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z poszczególnymi pozycjami sprawozdania
3	potw-poz-rozl-zosp	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia w wyroby medyczne (pozycji sprawozdania)
4	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z pozycją sprawozdania

3. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej

3.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-dekl-poz	1	Element obejmujący sprawozdanie deklaracji wyboru za dany okres rozliczeniowy, z danej umowy
2	deklaracje	1-n	Element obejmujący deklaracje wyboru danego typu
3	personel-dekl	0-n	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub położnej, którym przypisano deklaracje wyboru
4	dekl-poz	1-n	Dane dotyczące pojedynczej deklaracji wyboru
5	pacjent-dekl	1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja wyboru
6	id-pacj-dekl	1	Identyfikacja pacjenta
7	pesel	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL

7	noworodek	0-1 1z	Wskazanie, że deklaracja wyboru dotyczy noworodka bez nadanego numeru PESEL
7	posw-druku-e	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta UE bez nadanego numeru PESEL
7	umowa-ubezp-ind	0-1 1z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne
6	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie
6	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
6	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

3.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadzeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-komun	1	Identyfikacja potwierdzanego komunikatu
2	problem-kom	0-1	Informacja o problemie z całością komunikatu

4. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

4.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	swiadzeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania
1	sprawozdanie	1	Dane objęte sprawozdaniem
2	1b-swiadc	0-n	Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju
3	wielkosc	1-n	Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń

4.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadzeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-komun	1	Identyfikacja potwierdzanego komunikatu
2	problem-kom	0-1	Informacja o problemie z całością komunikatu

5. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH i HARMONOGRAMIE PRZYJĘĆ

5.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy

			informacji
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania
1	spraw-1-harm	0-1	Harmonogram przyjęć
2	harm-przyj	1-n	Dane charakteryzujące harmonogram przyjęć
3	lista-osob	0-1	Lista osób zapisanych w harmonogramie
4	oczekujacy	1-n	Lista pacjentów w harmonogramie
1	spraw-1-oczek	0-1	Lista oczekujących
2	lista-oczek	1-n	Dane charakteryzujące listę oczekujących
3	stat-listy-oczek	0-1	Parametry podsumowujące listę oczekujących
4	podzbior-ocz	2	Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną
3	lista-osob	0-1	Pełna lista osób oczekujących
4	oczekujacy	1-n	Lista pacjentów oczekujących
5	ident-pacj	1	Identyfikacja pacjenta
5	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
5	lista	1	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących
1	spraw-1-termin	0-1	Lista oczekujących – pierwszy wolny termin
2	lista-oczek-pierw-wolny-termin	1-n	Pierwszy wolny termin
3	lista-termin	0-1	Parametry podsumowujące informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia
4	podzbior-kat	2	Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu

5.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdawania
1	problem	0-1 1-z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1-z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazywanych w komunikacie
2	potw-lista	1-n	Informacja potwierdzająca przyjęcie danych
3	lista-problem	0-n	Informacja o przyczynie zakwestionowania albo odrzucenia danych statystycznych lub pierwszego wolnego terminu

Objaśnienie do wpisów w kolumnie „Krotność”:

1z	-	oznacza, że w konkretnym komunikacie może wystąpić tylko jeden z atrybutów lub elementów na tym samym poziomie hierarchii w ramach elementu bezpośrednio nadrzędnego, które oznaczono symbolem „1z”
1-n	-	oznacza, że element lub atrybut musi wystąpić jeden lub więcej razy
0-n	-	oznacza, że element lub atrybut może wystąpić jeden lub więcej razy
0-1	-	oznacza, że element lub atrybut może, lecz nie musi wystąpić jeden raz

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU UDZIELANIA KTÓRYCH
ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ HARMONOGRAM PRZYJĘĆ 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.), niewymienione w załączniku nr 12 do rozporządzenia.

- V. Świadczenia gwarantowane znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych 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 9

WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU UDZIELANIA KTÓRYCH ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ HARMONOGRAM PRZYJĘĆ W CZASIE RZECZYWISTYM W APLIKACJI UDOSTĘPNIONEJ PRZEZ PREZESA FUNDUSZU, ZGODNIE Z § 8 UST. 3 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 szklistego (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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.):
- 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, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

UZASADNIENIE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwanego dalej „rozporządzeniem”, wydawane jest 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.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika ze zmiany treści upoważnienia ustawowego, zmienionego art. 4 pkt 12 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2429), zwaną dalej „ustawą o e-skierowaniach”. Ustawa o e-skierowaniach wprowadziła harmonogram przyjęć jako nowe narzędzie monitorowania sposobu zarządzania przez poszczególnych świadczeniodawców czasem oczekiwania wszystkich grup pacjentów, którym mają być udzielone świadczenia zdrowotne (pierwszorazowych, kontynuujących leczenie, posiadających prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością itd.). W związku z powyższym rozporządzenie dodatkowo uregulowało sposób rejestrowania przez świadczeniodawców danych w harmonogramie przyjęć oraz zakres danych gromadzonych w harmonogramie, które mają być przekazywane przez świadczeniodawców Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto projekt uwzględnia także fakt, że ustawa o e-skierowaniach rozszerzyła obowiązek prowadzenia list oczekujących na wszystkie komórki organizacyjne realizujące świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

W porównaniu z treścią zastępowanego rozporządzenia (tj. 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 i 482, z 2017 r. poz. 1249 oraz z 2018 r. poz. 1257) zmiany wprowadzono w zakresie list oczekujących oraz dodano konieczne uregulowania dotyczące harmonogramu przyjęć. W związku z powyższym główne zmiany dotyczą § 8, który dotychczas odnosił się do listy oczekujących, a obecnie reguluje także harmonogram przyjęć.

Wprowadzone w § 8 zmiany obejmują:

- 1) dodanie ustępu określającego sposób rejestrowania danych gromadzonych w harmonogramie przyjęć. Zakres ten określa art. 19a ust. 2 ustawy o świadczeniach. W celu ujednoczenia sposobu rejestrowania niektórych danych, wprowadzono okodowania dla:
 - a) kategorii świadczeniobiorców, jaka zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 3 ma być nadana każdej osobie wykazywanej w harmonogramie (kategorie te zostały określone w ustawie, rozporządzenie przypisuje im jedynie kody) (tabela nr 15 załącznika nr 3),
 - b) przyczyny zmian terminu w harmonogramie przyjęć – tabela nr 14 Załącznika nr 3,
 - c) przyczyny skreślenia z harmonogramu przyjęć – tabela nr 16 Załącznika nr 3.
- 2) rozszerzenie katalogu przyczyn skreślenia z list oczekujących, określanej w tabeli nr 17 Załącznika nr 3, tak aby możliwa było jak najbardziej precyzyjne ustalenie przyczyn skreślenia (jeżeli dana przyczyna nie jest wyszczególniona świadczeniodawca wybiera opcję „inna przyczyna”). Dodano przyczyny pozwalające na identyfikację przypadków skreślenia z powodu:
 - a) omyłkowego wpisania na listę,
 - b) braku kwalifikacji do leczenia ze względów medycznych,
 - c) zmiany kategorii w harmonogramie przyjęć – tj. gdy osoba z listy oczekujących nadal jest wpisana w harmonogram przyjęć (listy oczekujących zgodnie z ustawą stanowią część harmonogramu przyjęć), ale oczekuje na świadczenie np. jako osoba posiadająca prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością albo została przyjęta w trybie nagłym, ze względu na pogorszenie stanu zdrowia.
- 3) wprowadzenie katalogu przyczyn zmian terminu dla list oczekujących - tabela nr 19 Załącznika nr 3, analogicznie jak dla harmonogramu przyjęć, aby jednolicie okodowane były zarówno przyczyny przesunięć terminów w przypadku i list i harmonogramu;
- 4) doprecyzowanie, że w przypadku osób bezdomnych nie jest konieczne dla dokonania wpisu na listę/harmonogram przyjęć wypełnianie adresu miejsca zamieszkania (takiej osobie należy nadać kod BD, co powoduje brak konieczności wypełniania w harmonogramie danych adresowych);
- 5) uregulowanie kwestii dotyczących zakresu danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców, dotyczących harmonogramu przyjęć (w tym list oczekujących).

Zakres danych, jakie świadczeniodawcy mają przekazywać co miesiąc właściwemu oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie harmonogramu przyjęć określa art. 23

ust. 1 ustawy. Przepis ten bezpośrednio wskazał w art. 23 ust. 1 pkt 1 i 2 jakie dane mają być przekazywane, oraz upoważnił Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia dodatkowych danych, jakie mają być przekazywane. Informacje których przekazywanie wynika bezpośrednio z art. 23 ust. 1 pkt 1 i 2 są to informacje o:

- 1) liczbie osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca dla każdej kategorii świadczeniobiorcy (art. 23 ust. 1 pkt 1). Są to dane zbiorcze, o poszczególnych kategoriach świadczeniobiorców, którzy mają przyznane w harmonogramie przyjęć terminy udzielenia świadczenia. Dane te pozwolą określić strukturę świadczeniobiorców, którzy w harmonogramie mają wyznaczony termin;
- 2) każdej osobie na liście oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca. Osoby te mają być charakteryzowane przez dane o: imieniu i nazwisku, numerze PESEL i kryterium medycznym. Dane te przekazywane są także obecnie;
- 3) o przypadkach zmian jakie zaszły na liście oczekujących w danym miesiącu (tj. wpis na listę lub skreślenie z listy oczekujących), jeżeli wynikały ze zmiany kategorii świadczeniobiorcy, a nie z innych przyczyn np. wykonania świadczenia (art. 23 ust. 1 pkt 2). Obejmuje to sytuacje, w których:
 - a) świadczeniobiorca z listy został przeniesiony do kategorii, z którą może się wiązać szybsze uzyskanie świadczenia (np. przeniesienie z listy oczekujących do kategorii świadczeniobiorców uprawnionych do świadczeń poza kolejnością lub w trybie nagłym),
 - b) świadczeniobiorca trafił na listę, mimo że wcześniej miał kategorię inną np. posiadającego prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością lub kontynuującego leczenie.

Uzyskanie tych informacji pozwoli na monitorowanie sposobów zarządzania ruchem świadczeniobiorców i zapewni większą transparentność prowadzenia harmonogramu przyjęć. Należy założyć, że część zmian kategorii będzie wynikała ze: zmiany stanu zdrowia (np. przyjęcie w stanie nagłym), z błędnego twierdzenia świadczeniobiorcy (np. że ma prawo do korzystania poza kolejnością), z pomyłek, z nabycia prawa do korzystania poza kolejnością (np. ciąża). Szczególnemu monitoringowi powinny podlegać te przypadki, w których osoba z listy została wykazana jako przyjęta w stanie nagłym.

Ponadto, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 3, jako dodatkowe dane w zakresie harmonogramów przyjęć (wymagane przez rozporządzenie o danych) będą przekazywane informacje o

skreśleniach z harmonogramu przyjęć, jakie dokonały się w okresie sprawozdawczym. Podstawową przyczyną skreślenia z harmonogramu jest wykonanie w terminie zaplanowanego świadczenia. Wszystkie pozostałe przyczyny, wynikające zarówno z okoliczności leżących po stronie świadczeniodawcy jak i świadczeniobiorcy, oznaczają, że dana osoba nie uzyskała świadczenia.

W tym zakresie przekazywane będą dane dotyczące:

- 1) liczby świadczeniobiorców skreślonych w danym okresie sprawozdawczym z harmonogramu przyjęć,
- 2) liczby świadczeniobiorców skreślonych z powodu wykonania świadczenia.

Dotychczas takie dane przekazywane były w odniesieniu do list oczekujących. Obecnie dane te pozwolą ustalić o ile zmniejszyła w każdej z kategorii liczba osób umieszczonych w harmonogramie i jaki udział w zmniejszeniu wynikał z wykonania świadczenia. Dane te będą przekazywane wyłącznie zbiorczo (tylko dane o łącznej liczbie osób, bez wymieniaania PESELI osób, które uzyskały świadczenie lub zostały skreślone z innego powodu).

Ponadto w § 3 do zestawu danych charakteryzujących wykonane świadczenie dodano informacje o dacie wpisania do harmonogramu przyjęć oraz wskazania kategorii świadczeniobiorcy nadanej przy dokonywaniu wpisu do harmonogramu przyjęć oraz w momencie udzielania świadczenia (§ 3 ust. 1 pkt 20). Dzięki temu na podstawie danych o wykonanych świadczeniach Fundusz będzie mógł monitorować ścieżkę pacjenta i czasy oczekiwania, np. ile upłynęło czasu od wpisu do harmonogramu do otrzymania świadczenia. Ponadto dla każdego świadczenia, na które prowadzony jest harmonogram przyjęć będzie możliwe określenie udziałów świadczeniobiorców z poszczególnych kategorii, którzy otrzymali dane świadczenie (np. na 100 osób, którym wykonano zabieg zaćmy – 80 osób było to osoby z listy, 10 poza kolejnością, 5 w trybie nagłym i 5 kontynuujących). Ponadto w przepisie tym odzwierciedlono zasadę, zgodnie z którą osoby, które miały w dniu wpisu do harmonogramu przyjęć prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, mają prawo do korzystania poza kolejnością, nawet jeżeli do wyznaczonego terminu udzielania świadczenia prawo to utraciły (przyjęcie innego rozwiązania oznaczałoby, że świadczeniobiorca ponosi negatywne konsekwencje faktu, że wybrany przez niego świadczeniodawca nie był w stanie udzielić świadczenia w dniu zgłoszenia, co zgodnie z ustawą o świadczeniach powinno być regułą). Osoby takie należy oznaczyć właściwym kodem, tak aby możliwe było sprawozdanie takiej osoby jako uprawnionej.

Z pozostałych zmian merytorycznych, nie związanych z wprowadzeniem harmonogramu przyjęć należy wskazać poszerzenie obowiązków gromadzenia i przekazywania danych o informacje dotyczące:

- 1) kodu i stopnia zaawansowania nowotworu złośliwego - w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca tj. w przypadkach nowotworów, dla których obowiązek gromadzenia takich danych wprowadzono Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. poz. 2423) (§ 3 ust. 1 pkt 21 rozporządzenia). Dane to pozwolą na lepsze monitorowanie jakości i efektywności opieki onkologicznej;
- 2) wagi i wzrostu świadczeniobiorcy, ustalonej przy pierwszej w roku poradzie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (§ 6 w ust. 3 pkt 4). Profilaktyka jest jednym z głównych zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z powyższym należy oczekiwać, że lekarze już na obecnym etapie weryfikują masę i wzrost pacjenta. Projektowana zmiana zakłada, że przy pierwszej poradzie w roku lekarz będzie przekazywał te informacje do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozwolą one Funduszowi na zwiększenie efektywności prowadzonych działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, m.in. przez wyliczenie na ich podstawie wskaźnika BMI. Biorąc pod uwagę, że nadwaga jest głównym czynnikiem ryzyka wielu chorób informacja o BMI umożliwi identyfikację osób najbardziej narażonych na wystąpienie danych jednostek chorobowych np. udaru niedokrwiennego. Dodatkowo informacje o wadze i wzroście świadczeniobiorcy umożliwią Funduszowi podjęcie nowych działań uszczelniających finansowanie świadczeń w przypadku dawkowania wysokokosztowych leków w przeliczeniu na masę ciała i pozwoli na identyfikację m.in. takich zdarzeń, w ramach których masa i wzrost sprawozdawana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej różni się znacząco od masy i wzrostu wykazanego na etapie refundacji świadczeń;
- 3) o zakażeniu szpitalnym, w przypadku gdy w trakcie hospitalizacji u świadczeniobiorcy wystąpiło zakażenie, o którym mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151, z późn. zm.). Pozwoli to Funduszowi na realizację jednego z ustawowych zadań tj. zapewnienia jakości udzielanych świadczeń. Ponadto informacja ta umożliwi podjęcie działań zmierzających do poprawy zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz skuteczności oraz efektywności stosowanych terapii.

Ponadto w załączniku nr 4, w części określającej kody trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zrezygnowano z dotychczasowego rozróżniania przypadków przyjęcia osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu (na podstawie skierowania i bez skierowania), określając jeden wspólny kod dla wszystkich przyjęć.

Ze względu na fakt, że projekt zastępuje rozporządzenie wydane w roku 2008, wprowadzono także zmiany uwzględniające zmiany w aktach prawnych, do których projekt się odwołuje.

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.