

Warszawa, dnia 17 lutego 2016 r.

Poz. 192

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 21 stycznia 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia 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

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1484 i 1890) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst 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 2013 r. poz. 1447), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1986);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 698);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1660).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2–8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1986), które stanowią:

„§ 2. 1. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń wymienionych w załączniku nr 11 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone:

- 1) od dnia 1 stycznia 2015 r. – w przypadku świadczeń, o których mowa w części I pkt 1–5, w części II pkt 1 i w części IV tego załącznika, w odniesieniu do programów lekowych: leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B, leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C i leczenie stwardnienia rozsianego;
- 2) od dnia 1 kwietnia 2015 r. – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone w pkt 1.

2. Do dnia 31 marca 2015 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone w ust. 1 pkt 2 wprowadzą do posiadanego systemu informatycznego obsługującego listy oczekujących na udzielenie świadczeń dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 marca 2015 r.

§ 3. 1. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń wymienionych w załączniku nr 12 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) od dnia 1 stycznia 2015 r. – w przypadku świadczeń wymienionych w części II i III,
 - 2) od dnia 1 kwietnia 2015 r. – w przypadku świadczeń wymienionych w części I i IV
- tego załącznika.

2. Do dnia 31 marca 2015 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2, wprowadzają do aplikacji udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dane dotyczące osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 marca 2015 r.

§ 4. 1. Dane charakteryzujące listy oczekujących na udzielenie świadczeń, wymagane zgodnie z rozporządzeniem, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym tych list za kwiecień 2015 r.

2. Świadczeniodawcy prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczeń w komórkach organizacyjnych tego świadczeniodawcy oraz listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia opieki zdrowotnej dane obejmujące poszczególne miesiące pierwszego kwartału 2015 r.:

- 1) dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących na udzielenie świadczenia:
 - a) liczbę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem,
 - c) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
 - d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
 - e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących na udzielenie świadczenia, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Świadczeniodawcy, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, właściwemu ze względu na miejsce udzielenia świadczenia informację, o której mowa w ust. 2 pkt 3, dotyczącą poszczególnych miesięcy pierwszego kwartału 2015 r. W przypadku list oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, informacja o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia nie jest przekazywana według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Dane, o których mowa w ust. 2:

- 1) pkt 1 i 2 – są przekazywane co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
- 2) pkt 3 – są przekazywane co najmniej raz w tygodniu; w przypadku przekazywania raz w tygodniu informacja powinna być sporządzana według stanu na ostatni dzień roboczy każdego tygodnia i przekazywana najpóźniej następnego dnia roboczego od ostatniego dnia roboczego tygodnia.

5. Dane dotyczące list oczekujących na udzielenie świadczeń, prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, w zakresie liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, które oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone te listy. W przypadku list oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest wyliczany zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, z zastrzeżeniem że dane dotyczące średniego czasu oczekiwania za:

- 1) styczeń 2015 r. – obejmują dane dotyczące stycznia;
- 2) luty 2015 r. – obejmują dane dotyczące stycznia i lutego;
- 3) marzec 2015 r. – obejmują dane dotyczące pierwszego kwartału 2015 r.

§ 5. Dane, o których mowa w:

- 1) § 6 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń udzielonych w kwietniu 2015 r.;
- 2) § 6 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, mogą być przekazywane w formie zbiorczej do dnia 31 grudnia 2015 r.

§ 6. Dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 15–17 i ust. 8 pkt 6 oraz § 4 pkt 3a rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, oraz numer klasyfikacji ORPHANET są gromadzone od dnia 1 kwietnia 2015 r. i przekazywane po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w kwietniu 2015 r.

§ 7. Listy oczekujących na udzielenie procedury rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego oraz rewizji po endoprotezoplastyce stawu kolanowego, o których mowa w części II załącznika nr 12 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone do dnia 31 grudnia 2015 r. w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.”;

- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 698), które stanowią:

„§ 2. Kody, o których mowa w § 1 pkt 3 lit. a i b oraz pkt 4 lit. a w zakresie pkt 9 i 10 oraz lit. b niniejszego rozporządzenia, są gromadzone w rejestrze świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 1 lipca 2015 r. i przekazywane po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń udzielonych w lipcu 2015 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 2 oraz pkt 3 lit. c, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

- 3) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1660), które stanowią:

„§ 2. Dane, o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 1 lit. b, e i f, pkt 3, 5, 11 i 11a, § 5 ust. 1b pkt 1 lit. c, pkt 2 lit. c tiret czwarte i lit. ca rozporządzenia, o którym mowa w § 1, oraz kody określone w tabelach nr 13–15 w załączniku nr 3 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są gromadzone i przekazywane po raz pierwszy od dnia 1 grudnia 2015 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2015 r.”.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 21 stycznia 2016 r. (poz. 192)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

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

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, 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 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,
 - d) osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9 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 zakładem opieki zdrowotnej 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 zakład opieki zdrowotnej, 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 formie 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”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991, 1994 i 2198 oraz z 2016 r. poz. 65.

- 3)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 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 Dziesiąta 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 dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo datę wykonania tej procedury;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7a) 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;
- 8) 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;
- 9)⁴⁾ 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;
- 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
- 11) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie, 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;
- 12) 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 kodu resortowego, jeżeli została nadana,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, pielęgniarki, położnej lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1986), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 13) 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;
- 13a) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.⁵⁾), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.⁶⁾) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.⁷⁾);
- 14) 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;
- 15)⁸⁾ kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia zdrowotnego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określony zgodnie z tabelą nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia polegającego na kompleksowej ocenie stanu zdrowia, obejmującego podjęcie decyzji diagnostycznej oraz decyzji terapeutycznej;
- 16)⁹⁾ 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;
- 17)⁹⁾ kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy, określony zgodnie z tabelą nr 18 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy.

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;
- 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;

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1633, 1893, 1991 i 2199 oraz z 2016 r. poz. 65.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635, z 2014 r. poz. 1802, z 2015 r. poz. 1887 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. a tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 698), które weszło w życie z dniem 4 czerwca 2015 r.

⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. a tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 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 zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania; kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 5) kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

2a.¹⁰⁾ 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)¹¹⁾ 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 z zakresu profilaktycznych 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)¹²⁾ data decyzji o założeniu karty onkologicznej,
 - f)¹²⁾ data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz data wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, a potwierdzenie nowotworu złośliwego zostało dokonane na podstawie zabiegu diagnostyczno-leczniczego;
- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej;
- 3)¹³⁾ data zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.¹⁴⁾), oraz numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów – w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych albo lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych;
- 4) kod podejrzenia nowotworu złośliwego lub kod rozpoznania zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 5)¹⁵⁾ wynik badania potwierdzającego rozpoznanie nowotworu złośliwego zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 6) kody chorób współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 7) stopień zaawansowania klinicznego nowotworu złośliwego zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 8) kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, określony w tabeli nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

¹⁰⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

¹¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1660), które weszło w życie z dniem 1 listopada 2015 r.

¹²⁾ Dodana przez § 1 pkt 1 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

¹³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

¹⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 855, 1066, 1918, 1991, 1994 i 2281.

¹⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

- 9) kody badań diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń, wykonanych w celu stwierdzenia podejrzenia, rozpoznania lub określenia stopnia zaawansowania nowotworu złośliwego, oraz daty ich wykonania;
- 10) informację, na którym etapie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego jest udzielane świadczenie, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 11)¹⁶⁾ informacja o ocenie wyniku diagnostyki wstępnej:
 - a) nowotwór złośliwy lub nowotwór z zakresu kodów ICD-10: D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47, D76.0,
 - b) nowotwór niezłośliwy,
 - c) podejrzenie nowotworu wymagające wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego,
 - d) brak potwierdzenia nowotworu;
- 11a)¹⁷⁾ data wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego;
- 12) w przypadku ustalenia planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zwany dalej „konsylium”, dodatkowo:
 - a) data posiedzenia konsylium,
 - b) dane lekarzy, którzy zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy obowiązkowo uczestniczą w konsylium:
 - specjalizacja,
 - numer prawa wykonywania zawodu,
 - c) informacja o planowanych rodzajach postępowania terapeutycznego wskazanych w karcie onkologicznej oraz dane charakteryzujące świadczeniodawcę realizującego dany rodzaj tego postępowania, o których mowa w ust. 1 pkt 10 i ust. 8 pkt 1a,
 - d) miejsce zorganizowania konsylium wskazane w karcie onkologicznej.

3. 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 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) numeru w księdze pogotowia ratunkowego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu, rok wpisu i numer tej księgi;
- 5) daty, godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym:
 - a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu,
 - b) przekazania przez dyspozytora medycznego zespołowi ratownictwa medycznego dyspozycji (zlecenia) wyjazdu na miejsce zdarzenia,
 - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych,
 - e) zakończenia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;

¹⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

¹⁷⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. e rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

- 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 11;
- 8) identyfikatora kierownika zespołu ratownictwa medycznego, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 11;
- 9) wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.

4. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia potwierdzającego uprawnienie do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, zwane dalej „przedmiotami ortopedycznymi”, albo w środki pomocnicze, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b–d,
 - b) kod typu zlecenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, 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 przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,
 - d) kwotę refundacji,
 - e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,
 - f) datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
 - g) okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

5. Jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe polega na dokonaniu naprawy przedmiotu ortopedycznego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 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 przedmiotu ortopedycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kwotę refundacji,
 - d) kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
 - e) datę dokonania naprawy.

6. 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, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,
 - c) (uchylona),
 - d) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - e) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 6 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.

7. 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.

8. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1–7, 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;
- 1a) kod świadczeniodawcy, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 1b)¹⁸⁾ kod miejsca udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 2) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej „umową”;
- 3) kod dla świadczenia, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 5) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 6)¹⁹⁾ informacje niezbędne do potwierdzenia spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d 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 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;

¹⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. c tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

¹⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. c tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 1a)²⁰⁾ 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;
- 2) imię (imiona) i nazwisko;
- 3) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także 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;
- 3a)²¹⁾ numer telefonu kontaktowego lub adres poczty elektronicznej – jeżeli został wskazany;
- 4) datę urodzenia;
- 5) płeć;
- 6) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
 - a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 8 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 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - ²²⁾ 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 8a 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 osobie 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;
- 7) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6, 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, 12 i 13 ustawy:
 - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument;

²⁰⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

²¹⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

²²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

8)²³⁾ 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 2016 r. poz. 186):

- a) imię (imiona) i nazwisko,
- b) adres miejsca zamieszkania;

9)²³⁾ 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 mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 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 pkt 5 ustawy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

1a.²⁴⁾ Dane, o których mowa w § 3 ust. 2a, 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.

1b.²⁴⁾ Za pośrednictwem aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2, są przekazywane:

- 1) w dniu wydania karty onkologicznej w czasie rzeczywistym, dane:
 - a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1–3, 4, 5, 8 i 9,
 - b) charakteryzujące świadczeniodawcę, który wydał kartę onkologiczną, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10, ust. 8 pkt 1a–2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
- c)²⁵⁾ wpisane do karty onkologicznej, o których mowa w:
 - § 3 ust. 2a pkt 1, 2, 4, 8 i 10, przy czym data sporządzenia karty onkologicznej nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o założeniu karty onkologicznej,
 - § 3 ust. 2a pkt 3 – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych albo lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych; numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
 - data porady zakończonej rozpoznaniem – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych albo lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych;
- 2) po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, zabiegu diagnostyczno-leczniczego, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego przez konsylium oraz rozpoczęciu leczenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej, dane charakteryzujące:²⁶⁾
 - a) świadczeniodawcę realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10 i ust. 8 pkt 1a–2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
 - b) diagnostykę wstępną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2–4, 10 i 11; numer karty zgłoszenia nowotworu złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,

²³⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

²⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

²⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

²⁶⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

- 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 udzielonej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną,
 - data porady zakończonej rozpoznaniem podsumowującym diagnostykę wstępną,
- c) diagnostykę pogłębioną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2–4, 8 i 10; numer karty zgłoszenia nowotworu złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
 - 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 udzielonej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębioną,
 - ²⁷⁾ data porady kończącej etap diagnostyki pogłębionej,
- ca)²⁸⁾ wykonany zabieg diagnostyczno-leczniczy zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 3 – w przypadku gdy potwierdzenie nowotworu złośliwego zostało dokonane na podstawie zabiegu diagnostyczno-lecznego; numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
 - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 4, 8 i 11a,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-lecznego,
- d) postępowanie i ustalenia konsylium:
- o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2–4, 8, 10 i 12; numer karty zgłoszenia nowotworu złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
- e) podjęte leczenie onkologiczne:
- data rozpoczęcia leczenia,
 - data zakończenia leczenia.

1c.²⁴⁾ Za pośrednictwem komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1, są przekazywane dane, o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2, 4, 9 i pkt 12 lit. a, oraz dane charakteryzujące osobę zgodnie z ust. 2.

2.²⁹⁾ 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, 1a, pkt 6 lit. a, b oraz e i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5, 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 1–3, 6 i 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, 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 1–2 i 4–7 – w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

²⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

²⁸⁾ Dodana przez § 1 pkt 2 lit. b tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

²⁹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

3. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przekazują numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia, w przypadku osób, którym nadano ten numer, oraz odpowiednio dane, o których mowa w:

- 1) § 3 ust. 4 pkt 2, 3 lit. a–c i pkt 4 – jeżeli realizują zlecenie na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze;
- 2) § 3 ust. 5 pkt 2–4 – jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.

4. 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 2, 4 i 5, w przypadku gdy ustalenie tych danych było możliwe.

§ 6.³⁰⁾ 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, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, zwanego dalej „lekarzem 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. 56 ust. 1 ustawy, 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 4 i 5, 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. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej 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, według kodów, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 14 lit. a:

- 1) (uchylony);³¹⁾
- 2) dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2 oraz w § 3 ust. 1 pkt 6, dotyczące każdego wykonanego badania – w przypadku badań wskazanych w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) zbiorcze dane o liczbie wykonanych badań – w pozostałych przypadkach.

³⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³¹⁾ Przez § 1 pkt 2 rozporządzenia wymienionego jako drugie w odnośniku 8; wszedł w życie z dniem 21 maja 2015 r.

5. W przypadku świadczeń pielęgniarstwa 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 6 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 2 oraz pkt 6 lit. a i c oraz pkt 7 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 4 i 5.

§ 8. 1. Na liście oczekujących są gromadzone:

- 1)³²⁾ identyfikator listy oczekujących, 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 listę oczekujących:
 - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 11 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 12 do rozporządzenia;
- 2) numer kolejny;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu na listę:
 - a) data wpisu,
 - b) godzina wpisu,
 - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
 - a) o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 3 lit. a–d,
 - b) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;

4a)³³⁾ 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 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia – ustalany na podstawie karty onkologicznej przedstawionej przez świadczeniobiorcę;

³²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³³⁾ Dodany przez § 1 pkt 5 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 5) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;
- 6) dane dotyczące planowanego 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),
 - b)³⁴⁾ kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
 - c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, o którym mowa w lit. b, także uzasadnienie tej zmiany,
 - d)³⁵⁾ 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,
 - e)³⁵⁾ informacja o przywróceniu na listę oczekujących w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10f ustawy;
- 7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
 - a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 8) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.

1a.³⁶⁾ Świadczeniodawcy udzielający, w ramach umowy z Funduszem, świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 12 do rozporządzenia, prowadzą listy oczekujących w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

2.³⁷⁾ Świadczeniodawcy udzielający świadczeń, w ramach umowy z Funduszem, w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, prowadzą listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 1, w tym na świadczenia, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 11 do rozporządzenia, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:

- 1) dane dotyczące 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 2, dotyczące każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 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.

2a. (uchylony).³⁸⁾

³⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. a tiret pierwsze w tiret trzecim rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³⁵⁾ Dodana przez § 1 pkt 5 lit. a tiret drugie w tiret trzecim rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³⁶⁾ Dodany przez § 1 pkt 5 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³⁸⁾ Przez § 1 pkt 5 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

3. (uchylony).³⁸⁾

4.³⁹⁾ Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa:

- 1) w ust. 2 pkt 1 i 2 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
- 2) w ust. 2 pkt 3 – co najmniej raz w tygodniu; w przypadku przekazywania raz w tygodniu informacja powinna być sporządzona według stanu na ostatni dzień roboczy każdego tygodnia i przekazana najpóźniej następnego dnia roboczego od ostatniego dnia roboczego tygodnia.

5.⁴⁰⁾ Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1a, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane, o których mowa w ust. 2 pkt 3, dotyczące prowadzonych list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 4 pkt 2. W przypadku list, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, informacja o pierwszym wolnym terminie nie jest przekazywana według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia.

6.⁴⁰⁾ Dane dotyczące list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1a, w zakresie liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 7 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.

§ 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. 56 ust. 1 ustawy, 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 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,
 - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 3;
- 3) oznaczenie typu deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, 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.

³⁹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁴⁰⁾ Dodany przez § 1 pkt 5 lit. f rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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;
- 1a) numer PESEL pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami, a w przypadku pielęgniarki lub położnej dodatkowo numer prawa wykonywania zawodu;
- 2) 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 3 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.

3.⁴¹⁾ Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane:

- 1) w formacie 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 8 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.

3a.⁴²⁾ 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.

4. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 3, 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.

5. Zasady weryfikacji, o której mowa w ust. 4 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.

⁴¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁴²⁾ Dodany przez § 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

1a.⁴³⁾ W przypadku danych, o których mowa w § 6 ust. 4:

- 1) pkt 1 i 2 – okres sprawozdawczy obejmuje miesiąc, a dane są przekazywane nie później niż w terminie 20 dni od zakończenia miesiąca;
- 2) pkt 3 – okres sprawozdawczy obejmuje kwartał, a dane są przekazywane nie później niż w terminie 20 dni od zakończenia kwartału.

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

3. Dane, o których mowa w § 3 ust. 8 pkt 4 i 5, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.

4. 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 rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 137 *ust. 9*⁴⁴⁾ lub *10*⁴⁴⁾ ustawy.

§ 12. 1. Do dnia 31 grudnia 2009 r. świadczeniodawcy, o których mowa w § 8 ust. 2, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane, o których mowa w § 8 ust. 2, oraz średni przewidywany czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, oraz liczbę oczekujących, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy, według stanu na ostatni dzień miesiąca:

- 1) w poszczególnych komórkach organizacyjnych;
- 2) na wybrane procedury oraz na leczenie w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych i na świadczenia z zakresu chemioterapii, określone w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

2. Dane wymagane niniejszym rozporządzeniem są przekazywane przez świadczeniodawców po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń udzielonych w październiku 2008 r.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia^{45), 46)}

⁴³⁾ Dodany przez § 1 pkt 7 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁴⁴⁾ Obecnie ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z art. 1 pkt 50 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198), który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

⁴⁵⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 11 lipca 2008 r.

⁴⁶⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 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. Nr 114, poz. 780 i Nr 242, poz. 1756), które utraciło moc z dniem 29 marca 2008 r. na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

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 zakładu	0	
	1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu 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 zakładu. 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 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.	2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.		9
	2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu 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. 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 zakłady opieki paliatywnej.	3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w zakładzie.		14
	3.2. Długoterminowa opieka dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu. 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. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej	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
	4.2. 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
4.6. Usługi pielęgnacyjne			33
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze			34
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych	5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze 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. Lecznicze środki wspomagania w okulistyce Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35
		5.2.2. Przedmioty ortopedyczne Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynieryjno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36
		5.2.3. Lecznicze środki wspomagania w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37
		5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38
		5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	39
		5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	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

Jednostka statystyczna		Objaśnienie
Nazwa	Kod	
Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do zakładu, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
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.
Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.
Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
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.
Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
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.
Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.

Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
Przewóz	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N).
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.
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.
Wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	18	Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środki pomocnicze znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.
Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych.
Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarstwo 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 profilaktyczne	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom 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. 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 księgi głównej), z wyjątkiem pobyków w: – oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, – oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobyków w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu – kod 14.3 oraz pobyków w zakładzie 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 uzdrowskowe	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 pobylem 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 księgi 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: moc, 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. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze 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. Lecznicze środki wspomaganie w okulistyce	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35.18
5.2.2. Przedmioty ortopedyczne	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijsko-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36.18
5.2.3. Lecznicze środki wspomaganie w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37.18
5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie	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 przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	wyrób 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 (test) przesiewowe		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.

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 resortowego kodu identyfikacyjnego.

KODY WYMAGANE DO OZNACZANIA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej	
Nazwa zawodu	Kod
1	2
asystentka dentystyczna	1
diagnosta laboratoryjny	2
dietetyk	3
farmaceuta	4
felczer	5
fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
higienistka dentystyczna	7
higienistka szkolna	8
instruktor higieny	9
instruktor terapii uzależnień	33
specjalista psychoterapii uzależnień	34
lekarz	11
lekarz dentysta	12
logopeda	13
masażysta (technik masażysta)	14
opiekunka dziecięca	15
opiekun medyczny	32
optometrysta	16
ortoptystka	17
pielęgniarka	18
położna	19
protetyk słuchu	20
psychoterapeuta	21
ratownik medyczny	22
specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
technik analityki medycznej	24
technik dentystyczny	25
technik farmaceutyczny	26
technik elektroniki medycznej	27
technik elektroradiolog	28
technik optyk	29
technik ortopeda	30
terapeuta zajęciowy	31
psycholog	50
pedagog specjalny	35

⁴⁷⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 8 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; § 1 pkt 3 rozporządzenia wymienionego jako drugie w odnośniku 8, który w zakresie § 1 pkt 3 lit. c wszedł w życie z dniem 21 maja 2015 r., oraz § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

Tabela nr 2. Kod przyczyny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego	
Wyszczególnienie	Kod
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
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
Przypadek niewymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.	3

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

Tabela nr 4. Kod informacji dotyczącej nastąpienia zgonu	
Wyszczególnienie	Kod
zgon pacjenta nastąpił przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego	1
zgon nastąpił w trakcie udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego	2

Tabela nr 5. (uchylona)

Tabela nr 6. Kod celu przewozu transportem sanitarnym, w tym transportem wykonanym przez neonatologiczny zespół wyjazdowy N	
Cel przewozu	Kod
Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	1
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia	2
Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	3
Inne niż wymienione wyżej	4

Tabela nr 7. Identyfikator osoby, której udzielono świadczenia, oraz kod identyfikatora			
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	w przypadku gdy osoba nie posiada żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1–5
7	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NW, gdzie XXXXX – kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR – rok	NW	w przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1–5 i nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z jego rodziców albo opiekuna prawnego

Tabela nr 8. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie				
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	numer identyfikacyjny karty
			NK – w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	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 8a, 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 rejestrury 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 2012 r. poz. 591, 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 8a, 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 8a, 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. poz. 1650, z późn. zm.) 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 zezwoleń albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwoleń 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 zezwoleń 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 8a, 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 8a, 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 8a, 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	
				E – w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności	
				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	
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 2	AL	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 3	NA		
			pkt 4	PS		
			pkt 5	CU		
			pkt 6	ZA		
10	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy		RP	KP – Karta Polaka, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2014 r. poz. 1187, 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 sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy	B	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
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 8a. 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 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego				
Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj i zakres uprawnienia	Kategoria		Kod
1	2	3		4
Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowanego				
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. 2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjant, funkcjonariusz Straży Granicznej, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MSW
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 zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	42WŻ
			funkcjonariusz	42WF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	42WABW
Prawo do bezpłatnych 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. 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
Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej				
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej 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 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 całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż te, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24CŻ
			funkcjonariusz	24CF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24CABW
art. 47c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”		47CZ
		inwalida wojenny		47CIB
		inwalida wojskowy		47CIW
		kombatant		47CK
Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania				
art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	inwalida wojenny		57IB
		inwalida wojskowy		57IW
		kombatant		57K
		osoba represjonowana		57OR
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 i 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 i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	57Ż
			funkcjonariusz	57F
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	57ABW
Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży, porodu i pólgu				
art. 31 ust. 3 ustawy	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentystry oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	osoba do ukończenia 18. roku życia		31D
		kobieta w ciąży albo w okresie pólgu		31C
	świadczenia udzielane w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i pólgu, inne niż udzielane na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy	kobieta w okresie ciąży, porodu i pólgu		C

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

Tabela nr 10. 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	Inna przyczyna	9
9	Niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących	10

Tabela nr 11. (uchylona)

Tabela nr 12. (uchylona)

Tabela nr 13. 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 u specjalisty	1
2	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną u lekarza tej samej specjalizacji	2
3	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną u lekarza innej specjalizacji	3
4	Skierowanie na konsylium	5
5	Decyzja konsylium – pacjent wymaga leczenia onkologicznego	6
6	Decyzja konsylium – pacjent nie wymaga leczenia onkologicznego	7
7	Zamknięcie karty onkologicznej	8
8	Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy	9

Tabela nr 14. 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 15. 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 16. 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 17. Wykaz badań, o których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej składa sprawozdanie jednostkowo, zgodnie z § 6 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia		
Lp.	Badanie	Wyszczególnienie
1	Badanie ultrasonograficzne	tarczycy i przytarczyc
		ślinianek
		nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
		brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego
		obwodowych węzłów chłonnych
2	Zdjęcie radiologiczne	kończyn w projekcji AP i bocznej
		kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej
		kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej
		miednicy w projekcji AP i bocznej
		klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
		czaszki
		zatok
		przełądowe jamy brzusznej
3	Spirometria	spirometria
4	Badanie biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)
		PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity
		FT3
		FT4
		proteinogram
		hormon tyreotropowy (TSH)
		antygen HBs-AgHBs
5	Badanie kału	krew utajona – metodą immunochemiczną

Tabela nr 18. 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 turystycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 187) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi	2

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 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.), *art. 95a*⁴⁹⁾ ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.), art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.) 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 bez skierowania 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 (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, z późn. zm.) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, z późn. zm.);
- 8) „12” – przyjęcie na podstawie skierowania 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 oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) „13” – przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia osoby, która wymaga okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia;
- 10) „14” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

⁴⁸⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 9 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3, oraz § 1 pkt 4 rozporządzenia wymienionego jako drugie w odnośniku 8.

⁴⁹⁾ Uchylony przez art. 1 pkt 56 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 396), który wszedł w życie z dniem 1 lipca 2015 r.

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. 94, 95a i 96⁴⁹⁾* 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 i art. 26 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 przedsiębiorstwie 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. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

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

(uchylony)

Załącznik nr 7⁵⁰⁾**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. 1 pkt 6 lit. b 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.

⁵⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 10 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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-swadczen	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-swadczenia	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

⁵¹⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 5 rozporządzenia wymienionego jako drugie w odnośniku 8.

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	swiadzeniodawca	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-swiazcz	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	swiadzeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-zposp	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze z określonej umowy i okresu rozliczeniowego
2	poz-spraw-zposp	0-n	Zrealizowane w ramach sprawozdania zaopatrzenie w wyroby medyczne
3	dane-pr-zposp	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-zposp	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-zposp	0-1 1z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z poszczególnymi pozycjami sprawozdania
3	potw-poz-rozl-zposp	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. 56 UST. 1 USTAWY

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-ubezrp-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	lb-swiazcz	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

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-l-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-l-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 PROCEDUR, TERAPEUTYCZNYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH
ORAZ ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII, DLA KTÓRYCH W OKRESIE PRZEJŚCIOWYM
ŚWIADCZENIODAWCY PRZEKAZUJĄ DANE O ŚREDNIM PRZEWIDYWANYM CZASIE OCZEKIWANIA
ORAZ ŁĄCZNEJ LICZBIE OSÓB OCZEKUJĄCYCH NA LECZENIE**

I. Procedury, dla których w okresie przejściowym świadczeniodawcy przekazują dane o przewidywanym czasie oczekiwania oraz o łącznej liczbie osób oczekujących na te procedury

Klasyfikacja ICD 9 CM		Nazwa procedury według ICD 9 CM
zakres	kod	
Zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	23.24	Leczenie aparatem ortodontycznym
	23.27	Leczenie protetyczne
Zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne – różne	87.03 – 87.04, 87.41, 87.71, 88.01, 88.02, 88.32, 88.38	Tomografia komputerowa
	88.72	Echokardiografia
	88.91 – 88.97	Rezonans magnetyczny
	92.093	Tomografia pozytronowa PET
Zabiegi w zakresie oka	12.5	Ułatwienie krążenia śródgałkowego (jaskra)
	13.1 – 13.9	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)
	14.7	Zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia)
Zabiegi w zakresie ucha	20.95 – 20.99	Wszczepienie elektromagnetycznego przyrządu słuchowego, protezy słuchowej
Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego	35	Zabiegi na zastawkach i przegrodach sercowych
	36.0	Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)
	36.1	Pomosty dla rewaskularyzacji serca
	37.8 – 37.9	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca i inne zabiegi
	39.8	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach innych niż wieńcowe
	88.55 – 88.57	Koronarografia
Zabiegi w zakresie układu trawiennego	51.24	Laparoskopowa cholecystektomia, laparoskopowa cholecystektomia laserowa
Zabiegi w zakresie układu moczowego	59.95	Kruszenie kamieni moczowych (ultradźwiękami)
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	80.2	Artroskopia
	81.0 – 81.09	Zabiegi związane z operacjami kręgosłupa (usztywnienie, spondylodeza)
	81.51 – 81.52	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego
	81.53	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego
	81.54	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego
	81.55	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego

II. Wykaz terapeutycznych programów zdrowotnych oraz świadczeń z zakresu chemioterapii, dla których w okresie przejściowym świadczeniodawcy przekazują dane o średnim przewidywanym czasie oczekiwania oraz łącznej liczbie osób oczekujących na leczenie

1. Leczenie raka piersi docetakselem
2. Leczenie raka piersi kapecytabiną
3. Leczenie raka piersi trastuzumabem

4. Leczenie raka jelita grubego irinotekanem
5. Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną
6. Leczenie glejaków mózgu temozolomidem
7. Leczenie raka jajnika topotecanem
8. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) imatinibem
9. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem
10. Leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem
11. Leczenie raka jajnika paklitakselem
12. Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem
13. Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego
14. Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci immunoglobulinami
15. Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową
16. Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową
17. Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem
18. Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta
19. Leczenie przewlekłego WZW typu B lamiwudyną
20. Zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej
21. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem
22. Leczenie sepsy aktywowanym białkiem C
23. Leczenie niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych
24. Leczenie choroby Gauchera imiglucerażą
25. Leczenie niskorosłych dzieci z samotropinową niedoczynnością przysadki (SNP) hormonem wzrostu
26. Leczenie niskorosłych dzieci z ZT hormonem wzrostu
27. Leczenie niskorosłych dzieci z PNN hormonem wzrostu
28. Leczenie choroby Hurler laronidazą
29. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem
30. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem
31. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa pegylowanym
32. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym
33. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa rekombinowanym
34. Leczenie immunosupresyjne mykofenolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu
35. Leczenie immunosupresyjne sirolimusem
36. Leczenie immunosupresyjne tacrolimusem
37. Leczenie dzieci z Zespołem Prader-Willi hormonem wzrostu
38. Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dorosłych
39. Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dzieci
40. Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytozowego)

Załącznik nr 10
(uchylony)⁵²⁾

Załącznik nr 11⁵³⁾

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU UDZIELANIA KTÓRYCH ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ LISTY
OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA**

I. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia) [14.73; 14.74];
- 2) koronarografia [88.55; 88.56; 88.57];
- 3) wszczepienie albo wymiana rozrusznika jednojamowego [37.80; 37.82; 37.86];
- 4) wszczepienie albo wymiana rozrusznika dwujamowego [37.83; 37.87];
- 5) implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu [02.931];
- 6) wszczepienie albo wymiana stymulatora nerwu błędnego [04.941].

II. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- 1) świadczenia rezonansu magnetycznego;
- 2) świadczenia tomografii komputerowej;
- 3) 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 2015 r. poz. 345, z późn. zm.).

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

⁵²⁾ Przez § 1 pkt 12 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁵³⁾ Dodany przez § 1 pkt 13 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU KTÓRYCH UDZIELANIA ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ LISTY OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA W CZASIE RZECZYWISTYM W APLIKACJI UDOSTĘPNIONEJ PRZEZ FUNDUSZ, ZGODNIE Z § 8 UST. 1A ROZPORZĄDZENIA

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

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

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) endoprotezoplastyka stawu biodrowego;
- 2) endoprotezoplastyka stawu kolanowego;
- 3) rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego;
- 4) rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego;
- 5) zabiegi w zakresie soczewki (zaćma);
- 6) usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka).

III. Świadczenia gwarantowane udzielane na podstawie karty onkologicznej dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu.

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

⁵⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 13 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.