

Warszawa, dnia 21 listopada 2025 r.

Poz. 1588

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 października 2025 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia
w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych 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 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1469);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 205);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 985).

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

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1469), które stanowią:

„§ 2. Do dnia wydania wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 21 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, kod i stopień zaawansowania choroby nowotworowej jest rejestrowany i sprawozdawany zgodnie z ósmą rewizją klasyfikacji TNM.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 1 lit. b, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 205), które stanowią:

„§ 2. 1. Harmonogramy przyjęć na udzielanie świadczeń, o których mowa w załączniku nr 9 w części I „Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych w zakresie świadczeń” w tabeli w lp. 5–12 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone w aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dla świadczeń z zakresu:

- 1) neurologii oraz urologii – od dnia 1 maja 2025 r.;
- 2) nefrologii oraz okulistyki – od dnia 15 maja 2025 r.;
- 3) gruźlicy i chorób płuc oraz otolaryngologii – od dnia 1 czerwca 2025 r.;
- 4) diabetologii oraz gastroenterologii – od dnia 15 czerwca 2025 r.

2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu, o którym mowa w ust. 1, wprowadzą do aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dane osób oczekujących na świadczenia z zakresu:

- 1) neurologii oraz urologii – do dnia 30 kwietnia 2025 r. według stanu na dzień 30 kwietnia 2025 r.;
- 2) nefrologii oraz okulistyki – do dnia 14 maja 2025 r. według stanu na dzień 14 maja 2025 r.;
- 3) gruźlicy i chorób płuc oraz otolaryngologii – do dnia 31 maja 2025 r. według stanu na dzień 31 maja 2025 r.;
- 4) diabetologii oraz gastroenterologii – do dnia 14 czerwca 2025 r. według stanu na dzień 14 czerwca 2025 r.

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

- 3) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 985), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: wz. *T. Maciejewski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2025 r. (Dz. U. poz. 1588)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 26 czerwca 2019 r.

w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych 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 2025 r. poz. 1461 i 1537) zarządza się, co następuje:

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

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba, której udzielono świadczenia – następujące kategorie osób:
 - a) świadczeniobiorcę,
 - b) osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,
 - 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 9–13 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 leczniczym podmiotu leczniczego w trakcie stacjonarnego leczenia: psychiatrycznego i uzależnień, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowiskowego lub rehabilitacji leczniczej bez dokonywania z niego wypisu, po wyrażeniu zgody przez tego świadczeniobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez zakład leczniczy podmiotu leczniczego, w którym przebywa świadczeniobiorca.

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

2. W rejestrze świadczeń są gromadzone 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:

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zgodnie z przepisami § 4;
- 2) kod świadczenia, który stanowi kod jednostki statystycznej określonej zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;

¹⁾ Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; jeżeli świadczenie 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 zostało udzielone w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą onkologiczną”, lub na podstawie karty onkologicznej – przyczyną główną jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym”, wpisane do karty onkologicznej po udzieleniu tego świadczenia; w przypadku gdy przyczyną główną jest rozpoznanie choroby rzadkiej, znajdującej się w klasyfikacji ORPHANET, dodatkowo jest przekazywany właściwy numer tej klasyfikacji;
- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, a w przypadku świadczeń opieki koordynowanej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – kody przyczyn współistniejących wskazujących na każdą rozpoznaną chorobę przewlekłą zgodnie z wykazem świadczeń opieki koordynowanej określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy określających świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury:
 - a) dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo datę wykonania tej procedury,
 - b) wykonanej w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620, 637 i 1211), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 619, 769 i 1301) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i 637) – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym wykonania tej procedury, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia;
- 8) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;
- 9) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 10) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 albo art. 20 ust. 12 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy oraz informację o rezerwacji terminu, o której mowa w § 8 ust. 2 pkt 5 lit. b – jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy oczekujących; w przypadku gdy data zaplanowanego terminu udzielenia świadczenia wyznaczona przez świadczeniodawcę w dniu wpisu na listę oczekujących została w terminie późniejszym zmieniona na wniosek świadczeniobiorcy lub z przyczyn leżących po jego stronie – zaplanowany termin udzielenia świadczenia aktualny na dzień, w którym świadczeniobiorca wnioskuje o zmianę; do przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy należą przyczyny, które zgodnie z tabelą nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia mają przypisany kod przyczyny o wartości: 4, 5, 8, 12 albo 14;
- 11) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
- 12) identyfikator osoby udzielającej świadczenia lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie; w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym dodatkowo identyfikator osoby kierującej wykonaniem tej operacji albo zabiegu (operatora), na który składa się:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu – numer PESEL,
 - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 13) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie 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 pełną nazwę innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli została nadana,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;
- 14) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 15) informację, czy świadczenie zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 16) kod badania ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:
- a) podstawowej opieki zdrowotnej – dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, oraz w wykazie badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać skierowania zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, z późn. zm.²⁾),
 - b) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej – wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;
- 17) kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określony zgodnie z tabelą nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia polegającego na kompleksowej ocenie stanu zdrowia, obejmującego podjęcie decyzji diagnostycznej oraz decyzji terapeutycznej;
- 18) datę, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym:
- a) przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitalnego oddziału ratunkowego,
 - b) wypisu świadczeniobiorcy ze szpitalnego oddziału ratunkowego,
 - c) przekazania świadczeniobiorcy do oddziału szpitalnego – w przypadku udzielenia świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy;
- 19) kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy;
- 20) informacje dotyczące harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy, zwanego dalej „harmonogramem przyjęć”:
- a) datę wpisu w harmonogramie przyjęć,
 - b) kategorię świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy, zwaną dalej „kategorią świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć”, w dniu dokonania wpisu w harmonogramie przyjęć oraz w dniu udzielania świadczenia, jeżeli uległa zmianie;
- 21) kod i stopień zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM, zgodnie z rewizją tej klasyfikacji wskazaną w wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, o których mowa w art. 22 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208), a jeżeli istnieje specyficzna dla nowotworu złośliwego klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania i nie jest możliwe zastosowanie klasyfikacji TNM – nazwę klasyfikacji i wynik oraz stadium zaawansowania (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione) w przypadku udzielania świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego:³⁾
- a) związanego z wykonaniem pierwotnego zabiegu chirurgicznego lub pierwotnej radioterapii albo radiochemioterapii, o charakterze radykalnym,

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 854 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 129, 619, 637 i 1301.

³⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1469), które weszło w życie z dniem 18 października 2024 r.

- b) polegającego na ustaleniu planu leczenia onkologicznego przez konsylium, a jeżeli konsylium nie odbyło się – rozpoczynającego leczenie z powodu rozpoznania choroby nowotworowej,
- c) w sytuacji stwierdzenia zmiany ustalonego wcześniej zaawansowania choroby nowotworowej albo nawrotu choroby nowotworowej w przypadku wykonania pierwotnego zabiegu chirurgicznego lub radioterapii albo radiochemioterapii, o charakterze radykalnym

– jeżeli przyczyną główną udzielenia świadczenia był nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta: C18–C20, C34, C50, C56, C61);

- 22) identyfikator zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji w rozumieniu art. 2 pkt 18 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, 779 i 1537), o którym mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 11 ust. 4a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 23)⁴⁾ data sporządzenia opisu wyników badań diagnostycznych – w przypadku udzielenia świadczenia rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych.

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

- 1) kod trybu przyjęcia do szpitala osoby, której udzielono świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia, a w przypadku gdy osobę przyjęto do szpitala w trybie nagłym – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym przyjęcia do szpitala, zgodnie z danymi wpisanymi do historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu do szpitala osoby, której udzielono świadczenia, rok dokonania wpisu i numer księgi głównej;
- 3) kod trybu wypisu ze szpitala osoby, której udzielono świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia, a jeżeli przyczyną wypisu ze szpitala jest zgon – dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym czwarty znak to kropka;
- 4) kod przyczyny głównej hospitalizacji – zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu jej przetwarzania, 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;
- 6) informację, czy w okresie trwania hospitalizacji doszło do zakażenia szpitalnego w rozumieniu art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 i 1897) wraz ze wskazaniem – jeżeli jest możliwa do ustalenia – przyczyny choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

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

- 1) wpisywane wyłącznie w przypadku wydania karty onkologicznej:
 - a) data sporządzenia,
 - b) dane lekarza wydającego kartę onkologiczną: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i wskazanie, czy lekarz wydał kartę onkologiczną jako lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarz udzielający świadczeń w ramach programów zdrowotnych albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych,

⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

- c) informacja, czy karta onkologiczna została wydana osobie, której leczenie onkologiczne zostało rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.,
 - d) informacja, czy karta onkologiczna została wydana noworodkowi,
 - e) data decyzji o założeniu karty onkologicznej,
 - f) data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-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,
 - g) informacja, czy karta onkologiczna została wydana z powodu zmiany świadczeniodawcy – w przypadku karty onkologicznej wydanej przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych;
- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej;
- 3)⁵⁾ kod i nazwa jednostki chorobowej podejrzenia lub rozpoznania nowotworu złośliwego, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 4)⁵⁾ kod dalszego etapu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, określony w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, ze wskazaniem poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego oznaczonego zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych – jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;
- 5) informacja, na którym etapie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego jest udzielane świadczenie, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 6) data wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego;
- 7) informacje charakteryzujące ustalenie planu leczenia onkologicznego:
- a) dane lekarzy wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego ustalającego plan leczenia onkologicznego, zwanego dalej „konsylium”, a w przypadku pacjenta małoletniego – jeżeli zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy określającymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego konsylium nie jest organizowane – dane lekarza, który ustalił plan leczenia onkologicznego:
 - imię i nazwisko,
 - numer prawa wykonywania zawodu,
 - b)⁵⁾ dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej,
 - c) informacje dotyczące ustalonego planu leczenia onkologicznego:
 - data posiedzenia konsylium lub ustalenia planu leczenia onkologicznego,
 - opis planu leczenia onkologicznego,
 - d) dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej;
- 8) (uchylony).

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

- 1) przyczyny wyjazdu ratowniczego zespołu ratownictwa medycznego, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

⁵⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 985), które weszło w życie z dniem 8 sierpnia 2025 r.

- 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) numeru w księdze dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu lub zgłoszenie alarmowe przekazane z centrum powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1354), rok wpisu i numer tej księgi;
- 5) daty, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym:
 - a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu lub zgłoszenia alarmowego przekazanego z centrum powiadamiania ratunkowego,
 - b) przekazania przez dyspozytora medycznego zespołowi ratownictwa medycznego zlecenia wyjazdu na miejsce zdarzenia,
 - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia medycznych czynności ratunkowych,
 - e) zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) kodu zespołu ratownictwa medycznego, określonego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 7) identyfikatorów osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonych zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 8) identyfikatora kierownika zespołu ratownictwa medycznego, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 9) wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.

4a. W przypadku świadczenia, w trakcie którego wystawiono zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne w postaci elektronicznej albo papierowej oraz dokonano weryfikacji tego zlecenia za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, rejestr świadczeń obejmuje informacje:

- 1) dotyczące wystawionego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) identyfikator zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - b) w przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie – czy zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest nowym zleceniem czy kontynuacją zlecenia uprzednio wystawionego,
 - c) dane podmiotu, w ramach którego wystawiono zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne: nazwę, adres miejsca udzielania świadczeń (kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu lub lokalu) oraz REGON,
 - d) dane świadczeniobiorcy:
 - imię (imiona), nazwisko, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – datę urodzenia, płeć oraz serię i numer paszportu albo numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość z podaniem symbolu państwa wydania tego dokumentu,
 - informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3, 6 albo ust. 9 ustawy, a w przypadku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przedstawionego w postaci papierowej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - e) informacje o posiadanych uprawnieniach dodatkowych, jeżeli dotyczy:
 - kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy ciąża stanowi kryterium przyznania wyrobu medycznego – dodatkowo informacja o ciąży,
 - dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe: rodzaj, a w przypadku gdy takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę ważności, datę wystawienia oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która go wystawiła,
 - f) szczegółowe informacje dotyczące wyrobu medycznego:
 - nazwę wyrobu medycznego, jego grupę i liczbę porządkową oraz kryteria przyznania tego wyrobu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907 i 1192),

- liczbę przetok i ich rodzaj w przypadku stomii albo umiejscowienie w przypadku innych wyrobów medycznych,
 - liczbę sztuk w przypadku zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne innych niż comiesięczne, a w przypadku zleceń comiesięcznych liczbę sztuk na miesiąc, informację o pierwszym miesiącu zaopatrzenia comiesięcznego oraz liczbie miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego,
 - uzasadnienie medyczne wystawienia zlecenia świadczeniobiorcy, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta,
 - uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego – w przypadku uprawnienia dodatkowego, o którym mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy,
 - informacje umożliwiające prawidłowe wykonanie wyrobu medycznego, odpowiadające rodzajowi wady wzroku świadczeniobiorcy oraz jego budowie anatomicznej – w przypadku soczewek okularowych,
 - dodatkowe informacje dotyczące wyrobu medycznego,
- g) w przypadku wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w związku ze skróceniem okresu użytkowania – wskazanie kryterium skrócenia tego okresu wraz z uzasadnieniem,
- h) informacje o osobie uprawnionej, która wystawiła zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne: imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawiła osoba upoważniona, o której mowa w art. 41a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w postaci elektronicznej na podstawie upoważnienia udzielonego przez osobę uprawnioną: imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL tej osoby,
- i) podpis osoby wystawiającej zlecenie – jeżeli zlecenie jest wystawione w postaci elektronicznej,
- j) datę wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 2) dotyczące weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne dokonanej przez Fundusz:
- a) datę dokonania weryfikacji i jej wynik (pozytywna czy negatywna), a w przypadku weryfikacji negatywnej – wskazanie jej przyczyny,
- b) okres, w którym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne może zostać zrealizowane,
- c) kod właściwego dla świadczeniobiorcy oddziału wojewódzkiego Funduszu, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- d) informacje niezbędne do potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego:
- umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - potwierdzona liczba sztuk wyrobu medycznego,
 - grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego,
 - kod wyrobu medycznego,
 - limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
 - wysokość procentowego udziału Funduszu w limicie finansowania ze środków publicznych danego wyrobu medycznego,
 - data ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
- e) informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3, 6 albo ust. 9 ustawy, a w przypadku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przedstawionego w postaci papierowej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- f) dodatkowe informacje dla świadczeniobiorcy, jeżeli dotyczy.
5. (uchylony).
6. (uchylony).
7. W odniesieniu do świadczenia towarzyszącego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia na przejazd środkiem transportu sanitarnego, w tym realizowany przez zespół transportu medycznego albo neonatologiczny zespół wyjazdowy N, rejestr świadczeń obejmuje:
- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) kod świadczenia;

- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 13,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,
 - c) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - d) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przejazdu,
 - c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

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

9. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1–4 i 7–8, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

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

10. (uchylony).

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

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

- 5) numer telefonu kontaktowego lub adres poczty elektronicznej – jeżeli został wskazany, a w przypadku gdy świadczeniobiorca jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody – dodatkowo imię (imiona) i nazwisko 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 2024 r. poz. 581);
- 6) datę urodzenia;
- 7) płeć;
- 8) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
 - a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) dane identyfikujące dokument, w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń na podstawie:
 - dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane określone w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a albo ust. 6 ustawy – dane określone w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - 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, w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy – informację o wystąpieniu tego przypadku,
 - e) w przypadku gdy osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę – informację o wygaśnięciu tego prawa oraz o dacie wygaśnięcia;
- 9) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 8, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 8–15 ustawy, lub gdy świadczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej jest udzielane świadczeniobiorcy posiadającemu orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:⁶⁾
 - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument – jeżeli uprawnienie nie zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy;
- 10) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana osobie małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody – dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) adres miejsca zamieszkania;
- 11) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana noworodkowi z ciąży mnogiej – numer kolejny noworodka wpisany do karty onkologicznej.

§ 5. 1. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, w tym także udzielający świadczeń świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 ustawy, oraz świadczeń wynikających z art. 12 pkt 2–6 i 9–13 ustawy, z zastrzeżeniem § 6, przekazują Funduszowi dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także wykonanego powyżej kwoty, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

⁶⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

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

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

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

- 1) w dniu wydania karty onkologicznej – dane:
 - a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1, 3–7, 10 i 11, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
 - b) charakteryzujące świadczeniodawcę, który wydał kartę onkologiczną, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 11 i ust. 9 pkt 2–4, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
 - c) wpisane do karty onkologicznej, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 1–5, przy czym data sporządzenia karty onkologicznej nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o założeniu karty onkologicznej;
- 2) po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, zabiegu diagnostyczno-leczniczego, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego, po rozpoczęciu leczenia onkologicznego oraz po zakończeniu leczenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej – dane charakteryzujące:
 - a) świadczeniodawcę realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 11 i ust. 9 pkt 2–4, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
 - b) lekarza realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne: imię i nazwisko oraz prawo wykonywania zawodu,
 - c) diagnostykę wstępną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki wstępnej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
 - data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną,
 - data porady zakończonej rozpoznaniem,
 - informacja, czy diagnostyka wstępna została wykonana pacjentowi, któremu na etapie wydania karty onkologicznej jako dalsze postępowanie wskazano skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy, a lekarz udzielający świadczeń szpitalnych stwierdził konieczność wykonania diagnostyki wstępnej przed zabiegiem diagnostyczno-lecznicznym,
 - d) diagnostykę pogłębioną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki pogłębionej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
 - data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębioną,
 - data porady kończącej etap diagnostyki pogłębionej,
 - e) wykonany zabieg diagnostyczno-leczniczy zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 3–6,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego,
 - f) ustalenie planu leczenia onkologicznego:
 - o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5 i 7,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
 - data rozpoczęcia leczenia onkologicznego,
 - g) zakończone leczenie onkologiczne zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - data zakończenia leczenia onkologicznego,
 - zalecenia,
 - (uchylone).

4. Za pośrednictwem komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1, są przekazywane dane, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2, oraz dane charakteryzujące osobę zgodnie z ust. 5.

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

- 1) świadczeniobiorcy, którego prawo do świadczeń zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, pkt 8 lit. a, b oraz e i pkt 9 lit. a;
- 2) osoby, której prawo do świadczeń zostało potwierdzone w inny sposób niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy:
 - a) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, pkt 8 lit. a, b oraz e i pkt 9 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 3, 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju – w odniesieniu do ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–4, 8 i 9, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju – w odniesieniu do świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9–13 ustawy,
 - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–3 i 6–9 – w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

6. (uchylony).

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

§ 5a. 1. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Funduszem przetwarzają dane dotyczące świadczenia zdrowotnego rzeczowego, udzielonego w wyniku realizacji zlecenia:

- 1) na zaopatrzenie w wyroby medyczne – w zakresie wskazanym w ust. 2;
- 2) naprawy wyrobu medycznego – w zakresie wskazanym w ust. 3.

2. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone w wyniku realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane, o których mowa w § 3 ust. 4a;
- 2) informacje dotyczące realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) w zakresie przyjęcia do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - datę przyjęcia,
 - wskazanie, czy zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne zostało zrealizowane częściowo,
 - wskazanie miesiąca albo miesięcy oraz roku, których dotyczy realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - b) informacje o świadczeniodawcy realizującym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne: nazwę świadczeniodawcy, REGON, adres miejsca udzielania świadczeń (kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu lub lokalu) oraz numer umowy z Funduszem,
 - c) informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3, 6 albo ust. 9 ustawy, a w przypadku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przedstawionego w postaci papierowej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - d) informacje o nowym uprawnieniu dodatkowym, niż wpisane w zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne na etapie jego wystawienia oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający nowe uprawnienia dodatkowe: rodzaj, a w przypadku gdy takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę ważności, datę wystawienia oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która go wystawiła,
 - e) informacje o wpływie (lub jego braku) zmiany wieku pacjenta na limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, aktualności dotychczasowego limitu finansowania i jego wysokości oraz o wysokości procentowego udziału Funduszu w tym limicie;

- 3) informacje dotyczące potwierdzenia wydania oraz odbioru wyrobu medycznego:
- a) identyfikator zlecenia odebranego wyrobu medycznego,
 - b) dane dotyczące wydanego wyrobu medycznego:
 - kod wyrobu medycznego,
 - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - producenta, model, nazwę handlową i niepowtarzalny kod identyfikacyjny wyrobu medycznego, o którym mowa w art. 27 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.⁷⁾), zwany dalej „kodem UDI”, a w przypadku jego braku – numer seryjny wyrobu medycznego albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny,
 - liczbę wydanych sztuk wyrobu medycznego,
 - cenę detaliczną sztuki wyrobu medycznego,
 - kwotę refundacji wyrobu medycznego,
 - kwotę dopłaty świadczeniobiorcy do wyrobu medycznego,
 - łączną kwotę za wyrób medyczny,
 - c) datę wydania wyrobu medycznego,
 - d) imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny,
 - e) informację, czy wyrób medyczny odebrał świadczeniobiorca czy inna osoba, oraz dane osoby odbierającej wyrób medyczny: imię (imiona), nazwisko, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer paszportu albo numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość z podaniem państwa wydania tego dokumentu; dane dotyczące osoby odbierającej są umieszczane w rejestrze w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż świadczeniobiorca; jeżeli wyrób medyczny odebrał pacjent, jego dane są umieszczane w rejestrze w przypadku, gdy dane wpisane na etapie wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne uległy zmianie,
 - f) datę odbioru wyrobu medycznego.

3. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone w wyniku realizacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) w części dotyczącej wystawienia zlecenia naprawy wyrobu medycznego:
 - a) identyfikator zlecenia naprawy wyrobu medycznego,
 - b) dane świadczeniobiorcy, o których mowa w § 3 ust. 4a pkt 1 lit. d oraz e, wpisane w zleceniu naprawy wyrobu medycznego na etapie jego wystawiania,
 - c) potwierdzenie udzielenia świadczeniobiorcy informacji o wydłużeniu okresu użytkowania wyrobu medycznego proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy,
 - d) informacje dotyczące wyrobu medycznego będącego przedmiotem naprawy:
 - grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego,
 - identyfikator zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy,
 - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - nazwę naprawianego wyrobu medycznego, producenta, model, nazwę handlową i kod UDI, a w przypadku jego braku – numer seryjny wyrobu medycznego albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny,
 - uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta;

⁷⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 117 z 03.05.2019, str. 9, Dz. Urz. UE L 334 z 27.12.2019, str. 165, Dz. Urz. UE L 130 z 24.04.2020, str. 18, Dz. Urz. UE L 241 z 08.07.2021, str. 7, Dz. Urz. UE L 311 z 02.12.2022, str. 94, Dz. Urz. UE L 70 z 08.03.2023, str. 1, Dz. Urz. UE L 80 z 20.03.2023, str. 24, Dz. Urz. UE L 2023/2197 z 20.10.2023, Dz. Urz. UE L 2024/568 z 14.02.2024, Dz. Urz. UE L 2024/1860 z 09.07.2024 oraz Dz. Urz. UE L 2025/1920 z 23.09.2025.

- 2) w części dotyczącej weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego:
 - a) dane dotyczące weryfikacji:
 - datę dokonania weryfikacji i jej wynik (pozytywna czy negatywna), a w przypadku weryfikacji negatywnej – wskazanie jej przyczyny,
 - kod właściwego dla świadczeniobiorcy oddziału wojewódzkiego Funduszu, który finansuje naprawę wyrobu medycznego,
 - datę, od której zlecenie może zostać przyjęte do realizacji,
 - końcową datę realizacji zlecenia,
 - b) informacje potwierdzające limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego: limit ceny naprawy wyrobu medycznego, kod naprawy wyrobu medycznego oraz informację o okresie wydłużenia okresu użytkowania wyrobu medycznego,
 - c) informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3 ustawy, a w przypadku przedstawienia dokumentu w postaci papierowej potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - d) dodatkowe informacje dla świadczeniobiorcy, jeżeli zostały wpisane w zleceniu naprawy wyrobu medycznego;
- 3) w części dotyczącej przyjęcia do realizacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego:
 - a) datę przyjęcia zlecenia naprawy wyrobu medycznego do realizacji,
 - b) dane świadczeniodawcy realizującego zlecenie naprawy wyrobu medycznego: nazwę, REGON, adres miejsca udzielania świadczeń (kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu lub lokalu) oraz numer umowy z Funduszem,
 - c) informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3 ustawy, a w przypadku przedstawienia dokumentu w postaci papierowej potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - d) informacje, o których mowa w § 3 ust. 4a pkt 1 lit. e, wpisane w zleceniu naprawy wyrobu medycznego na etapie przyjęcia do realizacji, jeżeli dotyczy,
 - e) informacje o wysokości limitu finansowania ze środków publicznych naprawianego wyrobu medycznego;
- 4) w części dotyczącej wydania naprawionego wyrobu medycznego:
 - a) informacje dotyczące naprawionego wyrobu medycznego: opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy, łączną kwotą naprawy wyrobu medycznego, kwotą finansowania ze środków publicznych naprawy wyrobu medycznego, dopłatę świadczeniobiorcy do naprawy wyrobu medycznego oraz okres gwarancji naprawy wyrobu medycznego;
 - b) informacje potwierdzające wydanie naprawionego wyrobu medycznego: datę wydania naprawionego wyrobu medycznego oraz imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny;
 - c) informacje dotyczące odbioru naprawionego wyrobu medycznego:
 - dane osoby odbierającej naprawiony wyrób medyczny, zgodnie z zakresem, o którym mowa w ust. 2 pkt 3 lit. e,
 - datę odbioru naprawionego wyrobu medycznego.

4. Dane, o których mowa w ust. 2 i 3 oraz w § 3 ust. 4a, są przekazywane za pośrednictwem usług informatycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, albo aplikacji Funduszu przeznaczonych do wystawiania i realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne lub zlecenia naprawy wyrobu medycznego w czasie rzeczywistym, a w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających dostęp do usług informatycznych albo aplikacji – niezwłocznie po uzyskaniu dostępu.

§ 6. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują Funduszowi dane o udzielonych świadczeniach w zakresie określonym w:

- 1) ust. 2–4 – w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ust. 5 – w zakresie świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;

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

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

- 1) ust. 3 i 4 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), u tego świadczeniodawcy;
- 2) § 3 ust. 1 – w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

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

- 1) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka;
- 2) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju;
- 3) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6 i 22, 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, oraz – jeżeli porada została udzielona osobie objętej opieką koordynowaną – także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 4;
- 4) informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym;
- 5) informację dotyczącą używania przez świadczeniobiorcę, który ukończył 15 rok życia, wyrobów tytoniowych, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 18 załącznika nr 3 do rozporządzenia – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie, świadczeniodawca przekazuje zbiorcze dane o liczbie wykonanych badań według kodów, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 16 lit. a, w odniesieniu do wykonanych badań znajdujących się w wykazie:

- 1) świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy określających świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać skierowania zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

5. W przypadku świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawcy przekazują dane zbiorcze o udzielonych świadczeniach, z wyłączeniem przypadków, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest wizyta patronażowa oraz porada. Zakres danych o wizytach patronażowych i poradach obejmuje dane wskazane w ust. 3 pkt 1–3 oraz w przypadku porady dodatkowo informację dotyczącą zakresu porady, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 19 załącznika nr 3 do rozporządzenia – dla porad pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej albo w tabeli nr 20 załącznika nr 3 do rozporządzenia – dla porad położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

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 określających świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 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 kodów celu przewozu transportem sanitarnym określonych w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

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

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

§ 8. 1. W harmonogramie przyjęć są gromadzone:

- 1) identyfikator harmonogramu przyjęć, na który składają się:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
 - c) kod ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, identyfikujący harmonogram przyjęć:
 - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, a jeżeli w strukturze jednostki organizacyjnej świadczeniodawcy nie wyodrębniono komórki organizacyjnej – na zakres świadczeń wykonywanych w jednostce organizacyjnej, określony przez wskazanie części IX i X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia na podstawie karty onkologicznej;
- 2) dane o świadczeniobiorcy wpisanym w harmonogramie przyjęć:
 - a) o których mowa w § 4 pkt 1 i 3,
 - b) o których mowa w § 4 pkt 4; w przypadku braku adresu miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, świadczeniobiorcy należy nadać kod „BD”; w takiej sytuacji danych adresowych nie wypełnia się,
 - c) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu w harmonogramie przyjęć:
 - a) data wpisu,
 - b) godzina wpisu,
 - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia; wpisanie rozpoznania jest obowiązkowe, jeżeli można je ustalić na podstawie skierowania, które jest podstawą dokonania wpisu; dodatkowo w przypadku skierowania na cykl zabiegów z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej – rozpoznanie obejmuje kod jednostki chorobowej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 6) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia, z zastrzeżeniem art. 19a ust. 5 ustawy:
 - a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
 - b) informacja o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca w chwili wpisu na listę oczekujących wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 9b ustawy,
 - c) zmiana terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia; w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć, także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia:
 - a) w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
 - b) w przypadku zmiany tej kategorii; świadczeniobiorcę, który w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć posiadał prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń i uzyskał poza kolejnością świadczenie, na które został wpisany w harmonogramie przyjęć przed utratą tego prawa, należy dodatkowo oznaczyć kodem „BK”;

- 8) dane dotyczące skreślenia z harmonogramu przyjęć:
 - a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

2. Na liście oczekujących, stanowiącej część harmonogramu przyjęć, są gromadzone:

- 1) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1–5 i 8;
- 2) numer kolejny;
- 3) w przypadku listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, dodatkowo:
 - a) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej,
 - b) kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia – ustalany na podstawie karty onkologicznej przedstawionej przez świadczeniobiorcę;
- 4) wskazanie okolicy ciała, której ma dotyczyć świadczenie, w szczególności ustalonej między płatnikiem a świadczeniodawcą – w przypadku list oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzonych w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, jeżeli informacja ta jest niezbędna do weryfikacji przestrzegania zasady, o której mowa w art. 20 ust. 10 ustawy;
- 5) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
 - a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art. 19a ust. 5 ustawy,
 - b) informacja o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 9b ustawy,
 - c) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
 - d) zmiana terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, także uzasadnienie tej zmiany,
 - e) informacja o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10b ustawy,
 - f) informacja o przywróceniu na listę oczekujących w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10f ustawy;
- 6) (uchylony).

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

4. Świadczeniodawcy udzielający w ramach umowy z Funduszem świadczeń w szpitalach, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej albo stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne przekazują Funduszowi:

- 1) dane dotyczące świadczeniobiorców wpisanych w każdym harmonogramie przyjęć:
 - a) liczbę świadczeniobiorców wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) liczbę świadczeniobiorców skreślonych w okresie sprawozdawczym z harmonogramu przyjęć,
 - c) liczbę świadczeniobiorców skreślonych w okresie sprawozdawczym z harmonogramu przyjęć z powodu udzielenia świadczenia

– według grup osób wyodrębnionych ze względu na kategorię świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć;

- 2) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdą listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:
 - a) dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdego świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca, a jeżeli świadczeniobiorca w okresie sprawozdawczym został wpisany na listę oczekujących ze względu na zmianę dotychczas posiadanej kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć – dodatkowo wskazanie tej kategorii przed dokonaniem zmiany,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdego świadczeniobiorcy skreślonego w okresie sprawozdawczym z listy oczekujących, jeżeli przyczyną skreślenia była zmiana kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć, ze wskazaniem kategorii po dokonaniu zmiany,
 - c) liczbę świadczeniobiorców, których termin udzielenia świadczenia uległ w okresie sprawozdawczym zmianie w wyniku skorzystania z możliwości, o której mowa w art. 20 ust. 9a
– według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;
 - 3) (uchylony);
 - 4) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;
 - 5) informację o udzielaniu świadczeń dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą – w ramach danego harmonogramu przyjęć, jeżeli część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych komórki organizacyjnej, w której prowadzony jest harmonogram przyjęć, wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym, a komórka udziela świadczeń także dzieciom;
 - 6) w przypadku harmonogramów przyjęć na badania diagnostyczne, o których mowa w części III pkt 3 i 4 załącznika nr 9 do rozporządzenia – informację, czy świadczeniodawca wykonuje te badania także w znieczuleniu.
5. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 4, przekazują dane, o których mowa w ust. 4:
- 1) pkt 1, 2 i 5 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
 - 2) pkt 4 – w terminie określonym w art. 23 ust. 4 ustawy, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art. 19a ust. 5 ustawy.
6. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 3, przekazują Funduszowi dane, o których mowa w ust. 4 pkt 4, dotyczące list oczekujących prowadzonych w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 5 pkt 2.
7. Dane dotyczące harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, w zakresie liczby osób wpisanych w harmonogramie przyjęć oraz osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia, które Fundusz ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone listy oczekujących.
8. Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia, które Fundusz ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane przez Fundusz na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc.
- § 9. 1.** Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, tworzą i prowadzą w formie elektronicznej dodatkowo:
- 1) rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, zwany dalej „rejestrem deklaracji poz”;
 - 2) rejestr danych dotyczących dzieci i młodzieży objętych opieką, zwany dalej „rejestrem deklaracji medycyny szkolnej” – w przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.
2. W rejestrze deklaracji poz są gromadzone dane:
- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja;

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

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

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

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują Funduszowi z rejestru, o którym mowa:

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

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

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

3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane:

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

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

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

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

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

§ 11. 1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5, § 6, § 7 i § 9 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

2. W przypadku danych, o których mowa w § 6 ust. 4, okres sprawozdawczy obejmuje sześć miesięcy, a dane są przekazywane nie później niż w terminie 20 dni od zakończenia półrocza, którego dotyczą.

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

4. Dane, o których mowa w § 3 ust. 9 pkt 6 i 7, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.

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

§ 12. 1. Świadczeniodawcy, którzy do dnia 31 grudnia 2019 r. nie będą prowadzić harmonogramu przyjęć, zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429 oraz z 2019 r. poz. 1590), przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r.:

- 1) dane dotyczące osób oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdą listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:
 - a) liczbę oczekujących oraz dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z zasadami dotychczasowymi,
 - c) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
 - d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
 - e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach – według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;
- 2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym;
- 3) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.

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

- 1) pkt 1 i 2 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
- 2) pkt 3 – każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art. 19a ust. 5 ustawy.

§ 13. 1. Harmonogram przyjęć na udzielenie świadczenia wymienionego w części II pkt 3, 4, 7–15 oraz w częściach III, IV pkt 1–5, oraz w części V załącznika nr 9 do rozporządzenia jest prowadzony od dnia 1 września 2019 r. Do dnia 1 września 2019 r. świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń wprowadzą do aplikacji udostępnionej przez Fundusz dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 sierpnia 2019 r.

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

3. Harmonogram przyjęć na udzielenie świadczenia wymienionego w części IV pkt 6–7 załącznika nr 9 do rozporządzenia jest prowadzony od dnia 1 stycznia 2020 r. Do dnia 1 stycznia 2020 r. świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń wprowadzą do aplikacji udostępnionej przez Fundusz dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.

§ 14. Do dnia 31 grudnia 2020 r. świadczeniodawcy mogą nie gromadzić i nie przekazywać danych, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 22.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem § 3 ust. 1 pkt 21, ust. 2 pkt 6 oraz § 6 ust. 3 pkt 4 i 5, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.⁸⁾

⁸⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482, z 2017 r. poz. 1249, z 2018 r. poz. 1257 oraz z 2019 r. poz. 333), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 1588)

Załącznik nr 1

Kody jednostek statystycznych świadczeń			
Lp.	Jednostka statystyczna		Objaśnienie
	Nazwa	Kod	
1	Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyłączeniem: – świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia, – świadczeń w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, dla których jest właściwa jednostka oznaczona kodem 23 albo 24.
2	Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.
3	Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.
4	Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentyzę, psychologa, pielęgniarkę albo położną; w przypadku pielęgniarki oraz położnej – świadczenie musi spełniać warunki realizacji porady pielęgniarki albo położnej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy określających świadczenia gwarantowane dla danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.
5	Porada patronażowa	5	Pierwsza porada lekarza wykonywana w okresie 1–4 tygodnia życia dziecka, w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych albo ambulatoryjnych.
6	Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog; w przypadku pielęgniarki oraz położnej są wyłączone świadczenia, które spełniają warunki realizacji porady pielęgniarki albo położnej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy określających świadczenia gwarantowane dla danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.
7	Wizyta patronażowa	7	Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia położnicy i noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
8	Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
9	Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
10	Sesja	10	Oddziaływanie terapeutyczne zarówno indywidualne, jak i zbiorowe w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
11	Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
12	Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
13	Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.

14	Transport sanitarny	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone lub połączone z udzielaniem świadczenia w trakcie przewozu (w tym neonatologiczny zespół wyjazdowy N oraz zespół transportu medycznego).
15	Transport lotniczy	15	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone lub połączone z udzielaniem świadczenia w trakcie przelotu.
16	Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji w ramach planowego leczenia nerkozastępczego.
17	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 zaplanowania leczenia, – problemów społecznych dziecka i jego rodziny oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych.
18	Wyrób medyczny	18	Wyroby medyczne znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.).
19	Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych (dotyczy szczepień zawartych w Programie Szczepień Ochronnych, o którym mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).
20	Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarskie lub położnej 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.
21 ⁹⁾	Świadczenie profilaktyczne	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyrządkowane jednostkom statystycznym o kodach 5, 7, 17, 19, 20 i 25.
22	Osoba objęta opieką koordynowaną	22	Dotyczy pacjentów objętych wyodrębnioną formą koordynowanej opieki zdrowotnej.
23	Osoba leczona w szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć	23	W przypadku świadczeń udzielonych w szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć, obejmujących co najmniej poradę. Nie dotyczy przypadków: – przeprowadzenia segregacji medycznej i skierowania pacjenta do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; w tym przypadku jest właściwa jednostka oznaczona kodem 24, – przyjęć planowych.
24	Segregacja medyczna w szpitalnym oddziale ratunkowym	24	W przypadku gdy jedynym świadczeniem udzielonym w szpitalnym oddziale ratunkowym była segregacja medyczna.
25 ¹⁰⁾	Bilans zdrowia osoby dorosłej	25	Bilans zdrowia osoby dorosłej realizowany zgodnie z warunkami udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

⁹⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

¹⁰⁾ Dodana przez § 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

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

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

KODY WYMAGANE DO OZNACZANIA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej		
Lp.	Nazwa zawodu	Kod
1	asystentka dentystyczna	1
2	diagnosta laboratoryjny	2
3	dietetyk	3
4	farmaceuta	4
5	felczer	5
6	fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
7	higienistka dentystyczna	7
8	higienistka szkolna	8
9	instruktor higieny	9
10	instruktor terapii uzależnień	33
11	specjalista psychoterapii uzależnień	34
12	lekarz	11
13	lekarz dentysta	12
14	logopeda	13
15	masażysta (technik masażysta)	14
16	opiekunka dziecięca	15
17	opiekun medyczny	32
18	optometrysta	16
19	ortoptystka	17
20	pielęgniarka	18
21	położna	19
22	protetyk słuchu	20
23	psychoterapeuta	21
24	ratownik medyczny	22
25	specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
26	technik analityki medycznej	24
27	technik dentystyczny	25
28	technik farmaceutyczny	26
29	technik elektroniki medycznej	27
30	technik elektroradiolog	28
31	technik optyk	29
32	technik ortopeda	30
33	terapeuta zajęciowy	31
34	psycholog	50
35	pedagog specjalny	35
36	terapeuta środowiskowy	36
37	pedagog	37
38	psychoterapeuta dzieci i młodzieży	38
39 ¹¹⁾	profilaktyk	39

¹¹⁾ Dodana przez § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

Tabela nr 2. Kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej		
Lp.	Sposób	Kod
1	Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej	1
2	Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej	2
3	Skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny	3
4	Skierowanie do szpitala	4
5	Zakończenie leczenia specjalistycznego	5

Tabela nr 3. Kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy		
Lp.	Miejsce	Kod
1	Pomieszczenia podmiotu leczniczego	1
2	Miejsce, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1944) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi	2

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

Tabela nr 5. Kod etapu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej		
Lp.	Etap	Kod
1	Diagnostyka wstępna	1
2	Diagnostyka pogłębiona	2
3	Konsylium	3
4	Rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
5	Zakończenie leczenia onkologicznego	6
6	Zabieg diagnostyczno-leczniczy	7

Tabela nr 6. Kod przyczyny wyjazdu ratowniczego zespołu ratownictwa medycznego		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1	Nagle zachorowanie – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W kategorii tej należy także uwzględniać przypadek wyjazdu do porodu.	1
2	Wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które może powodować uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utratę życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.	2
3	Przypadek niewymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.	3

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

Tabela nr 8. Kod informacji dotyczącej zgonu osoby, której udzielano świadczenia		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1	zgon pacjenta nastąpił przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego	1
2	zgon nastąpił w trakcie udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego	2

Tabela nr 9. Kod celu przewozu transportem sanitarnym		
Lp.	Cel przewozu	Kod
1	Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym	1
2	Potrzeba zachowania ciągłości leczenia	2
3	Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	3
4	Inny cel niż wymienione wyżej	4

Tabela nr 10. Identyfikator osoby, której udzielano 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 w odniesieniu do których nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z rodziców albo opiekuna prawnego

Tabela nr 11. 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 albo pełna nazwa dokumentu, dla którego nie wskazano kodu	pozostałe dane identyfikujące dokument
1	2	3	4	5
1	ubezpieczony	U	K – w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego NK – w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	numer identyfikacyjny karty nazwa dokumentu oraz, jeżeli występują: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu

			publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku dokumentu wystawionego przez rolnika pomocnikowi rolnika w rozumieniu art. 6 pkt 2a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2025 r. poz. 197, z późn. zm.) – numer PESEL tego rolnika
			OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia
2	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	N	A – w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator, jeżeli występuje, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju, o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1799), jeżeli jest znany świadczeniodawcy
			OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia,

				o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia
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
			OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia
4	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	IAU	KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2025 r. poz. 1079)	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo

			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	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
			OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia
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
			OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia

				<p>i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia</p>
6	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy	IBU	<p>KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach</p> <p>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</p>	<p>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</p>
			<p>OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy</p>	<p>data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego</p>

					tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia	
7	osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E – w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego		numer identyfikacyjny karty oraz data ważności	
			O – w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy		numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu	
			F – w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1		rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny – jeżeli podano w dokumencie)	
			C – w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego		data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu	
			SED – w przypadku dokumentu SED S045		data wystawienia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu	
8	osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM	T – w przypadku paszportu		seria i numer paszportu	
9	osoby, którym świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 ustawy	pkt 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
			pkt 10			ZP
			pkt 11			ZF
			pkt 12			RR
10	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy	RP	KP – Karta Polaka, o której mowa w ustawie z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2023 r. poz. 192, 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	EL	DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy		data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz	

	potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy				
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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.)	RM	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane	
17	osoby, którym świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 13 ustawy	na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy oby-	EL	DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz
			UA	OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy, albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia,

		watelow Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337, z późn. zm.)		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; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził swoją tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		na podstawie art. 37 ust. 1b ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa	TR D – dokument wystawiony przez ministra właściwego do spraw zdrowia potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 37 ust. 1b ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa	data sporządzenia dokumentu, sygnatura umieszczona na dokumencie
18	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy		IC D – dokument potwierdzający przyznanie lub posiadanie prawa do renty rodzinnej OSE – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy, albo OSP – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	nazwa dokumentu, numer dokumentu, organ wystawiający dokument; data wystawienia dokumentu, data, od której przysługuje renta rodzinna data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data

				rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia; w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy – dodatkowo informacje dotyczące sposobu, w jaki świadczeniobiorca potwierdził tożsamość, oraz sposobu, w jaki złożył oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, także dane osoby, która złożyła oświadczenie: imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres zamieszkania oraz informacja o sposobie, w jaki osoba składająca oświadczenie potwierdziła tożsamość, oraz o sposobie, w jaki złożyła oświadczenie, zgodnie z kodami określonymi w tabeli nr 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia
19 ¹²⁾	osoby, którym tymczasowo świadczenia są udzielane bezpłatnie, na podstawie przepisów o przyznawaniu ochrony w przypadku masowego napływu cudzoziemców	MN	pełna nazwa dokumentu, zgodna z przepisami przyznającymi ochronę w przypadku masowego napływu cudzoziemców	nazwa dokumentu oraz, jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu

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

Lp.	w którym wskazano jako podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	dla oświadczenia złożonego przez	
		świadczeniobiorcę	przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy
1	objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym	O UW	O UP
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
6	art. 12 pkt 13 ustawy	OAW	OAP

¹²⁾ Dodana przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

Tabela nr 13. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego				
Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj i zakres uprawnienia	Kategoria		Kod
1	2	3		4
I. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane				
art. 42 ust. 1 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MON
art. 42 ust. 1a ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	42WŻ
			funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	42WF
	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej	weteran poszkodowany, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %	żołnierz	42WŻ30
			funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	42WF30
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	funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, zwolniony ze służby funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, zwolniony ze służby funkcjonariusz Agencji Wywiadu		42MSW
II. Prawo do wyrobów medycznych				
art. 47 ust. 1 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne	inwalida wojenny		47IB
		inwalida wojskowy		47IW
		cywilna niewidoma ofiara działań wojennych		47CN
		osoba represjonowana		47OR

art. 47 ust. 1a ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia	świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu		47DN
art. 47 ust. 1b ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia	świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności		47ZN
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji		47ZND
art. 47 ust. 2 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		47MON
art. 47 ust. 2a ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	47ZAŻ
			funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	472AF
	bezpłatne wyroby medyczne	weteran poszkodowany, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %	żołnierz	472AŻ30
			funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	472AF30
III. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej				
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		24A
art. 24b ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24BŻ
			funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu,	24BF

			Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	
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 i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	24CF
art. 47c ustawy albo art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2023 r. poz. 1185)	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, „Dawcy Przeszczepu” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, dawca krwi, który oddał co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19		47CZ
			inwalida wojenny	47CIB
			inwalida wojskowy	47CIW
			komatant	47CK
			kobieta w ciąży	47CC
			świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu	47CDN
			świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	47CZN
			świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	47CZND
			działacz opozycji antykomunistycznej	47COA
			osoba represjonowana z powodów politycznych	47CRP
			osoba deportowana do pracy przymusowej	47CPP
uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %	47C10			

		weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %	47C11
art. 47ca ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego w gabinecie dentystycznym w szkole oraz w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie – przez uczniów tej szkoły	uczeń	47CA
art. 47c ust. 1 pkt 13 ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych	żołnierz zawodowy, o którym mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. z 2025 r. poz. 825, z późn. zm.)	47C13
art. 47c ust. 1 pkt 14 ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych	żołnierz pełniący terytorialną służbę wojskową, o którym mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny	47C14
art. 47c ust. 1 pkt 15 ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej osób, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia	osoba legitymująca się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	47C15
IV.¹³⁾ Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania			
art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	inwalida wojenny	57IB
		inwalida wojskowy	57IW
		komatant	57K
		osoba represjonowana	57OR
		działacz opozycji antykomunistycznej	57OA
		osoba represjonowana z powodów politycznych	57RP
		osoba deportowana do pracy przymusowej	57PP
		żołnierz zastępczej służby wojskowej	57ZS
art. 57 ust. 2 pkt 10a ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	cywilna niewidoma ofiara działań wojennych	57CN
art. 57 ust. 2 pkt 12 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik	57MON
		uprawniony żołnierz lub pracownik, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %	57MON30

¹³⁾ Część ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

art. 57 ust. 2 pkt 13 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	57Ż 57F
	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	weteran poszkodowany, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %	żołnierz funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej	57Ż30 57F30
art. 57 ust. 2 pkt 14 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	osoba posiadająca zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy		57CP
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności		57ZN
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji		57ZND
art. 57 ust. 2 pkt 15 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych bez wymaganego skierowania	dzieci i młodzież		57M
art. 57 ust. 2 pkt 8 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania dla osób chorych na gruźlicę			57G
art. 57 ust. 2 pkt 9 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania dla osób zakażonych wirusem HIV			57H
art. 57 ust. 2 pkt 11 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania w zakresie leczenia uzależnień	dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia		57U1
		dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną		57U2

V. Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży i porodu oraz osób niepełnosprawnych			
art. 31 ust. 3 ustawy oraz przepisy wydane na podstawie art. 31d ustawy określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentysty oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia	31D
		kobieta w ciąży i w okresie porodu	31C
		dzieci i młodzież niepełnosprawna do ukończenia 16. roku życia oraz dzieci i młodzież niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia 18. roku życia	31N
		osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym, która ukończyła 18. rok życia	31N18
art. 3 ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932) w związku z art. 136 ust. 2 pkt 1a ustawy	świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej	świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	ZSN
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	ZSND
art. 34 ust. 3 w związku z art. 35 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	prawo do objęcia dodatkową opieką pielęgnacyjną przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego przez jego pobyt w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez konieczności ponoszenia kosztów tego pobytu	osoby małoletniej	34M
		osoby posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	34N
VI. Prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego			
art. 32a ustawy	prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	osoba, której wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego	32aDILO
VII. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu			
art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829)	prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	kobieta w ciąży powikłanej	ZZC
		dziecko, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	ZZDN

Tabela nr 14. Kod przyczyny zmiany terminu w harmonogramie przyjęć		
Lp.	Przyczyna	Kod
Przyczyny mające zastosowanie przy zmianie terminu w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących		
1	Termin wpisany przez pomyłkę	1
2	Termin przypada na dzień wolny od pracy	2
3	Względy medyczne – przyspieszenie terminu	3
4	Względy medyczne – czasowe odroczenie terminu	4
5	Na wniosek osoby wpisanej w harmonogram przyjęć	5

6	Z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy	7
7	Brak kompletu badań	8
8	Inna przyczyna	10
9	Aktualizacja terminu w wyniku rezygnacji innych pacjentów	11
10	Nieobecność lekarza	13
11	Osoba wpisana do harmonogramu przyjęć nie kwalifikowała się do leczenia ze względów medycznych w terminie pierwotnie wyznaczonym	14
12	Zmiana kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy	16
Przyczyny mające zastosowanie wyłącznie przy zmianie terminu na liście oczekujących		
13	Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)	6
14	Aktualizacja terminu wyznaczonego pierwotnie z dokładnością do tygodnia	9
15	Nieprawidłowa kategoria medyczna podana podczas rejestracji	12
16	Osoba skorzystała z możliwości, o której mowa w art. 20 ust. 9a ustawy	15

Tabela nr 15. Kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1	Przyjęty na bieżąco	1
2	Oczekujący	2
3	Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	3
4	Posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	4 + kod podstawy tego prawa zgodnie z cz. III tabeli nr 13 niniejszego załącznika
5	Kontynuujący leczenie	5
6	Przyjęty w stanie nagłym	6

Tabela nr 16. Kod przyczyny skreślenia z harmonogramu przyjęć		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
Przyczyny mające zastosowanie przy skreślaniu z harmonogramu przyjęć, w tym z listy oczekujących		
1	Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
2	Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć	2
3	Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
4	Zgon osoby wpisanej w harmonogramie przyjęć	6
5	Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia	8
6	Osoba wpisana w harmonogramie przyjęć została omyłkowo wpisana	11
7	Osoba wpisana w harmonogramie przyjęć nie kwalifikuje się do leczenia ze względów medycznych	12
8	Inna przyczyna	9
Przyczyny mające zastosowanie wyłącznie przy skreślaniu z listy oczekujących		
9	Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
10	Informacja potwierdzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
11	Niedostarczenie oryginału skierowania w terminie 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących	10
12	Osobie wpisanej na listę oczekujących zmieniono kategorię, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy, na inną niż osoba oczekująca	13

Tabela nr 17. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego podawanego w przypadku listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy (dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym)		
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 18. Kod informacji dotyczącej używania przez świadczeniobiorcę wyrobów tytoniowych				
Lp.	Wyszczególnienie		Kod	
1	Osoba niepaląca	nigdy niepaląca	1	
		paląca w przeszłości (osoba, która wypaliła w swoim życiu co najmniej 100 papierosów)	2	
2	Palący codziennie	papierosy tradycyjne	do 9 sztuk na dobę	3
			od 10 do 24 sztuk na dobę	4
			powyżej 24 sztuk na dobę	5
		e-papierosy	6	
		papierosy z podgrzewanym tytoniem (np. iqos, glo)	7	
		inne wyroby tytoniowe (tytoń fajkowy, tytoń do fajki wodnej, cygaro, cygaretki, tytoń do żucia, tytoń do nosa lub tytoń do stosowania doustnego)	8	
	zarówno papierosy tradycyjne, jak i inne wyroby tytoniowe	9		
3	Palący okazjonalnie (tj. raz w tygodniu lub rzadziej)	papierosy tradycyjne	10	
		e-papierosy	11	
		papierosy z podgrzewanym tytoniem (np. iqos, glo)	12	
		inne wyroby tytoniowe (tytoń fajkowy, tytoń do fajki wodnej, cygaro, cygaretki, tytoń do żucia, tytoń do nosa lub tytoń do stosowania doustnego)	13	
		zarówno papierosy tradycyjne, jak i inne wyroby tytoniowe	14	

Tabela nr 19. Kod informacji dotyczącej zakresu porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1	profilaktyka chorób i promocja zdrowia	1
2	dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego	2
3	ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	3
4	wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środków spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	4
5	ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty	5
6	wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy	6

Tabela nr 20. Kod informacji dotyczącej zakresu porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
1	porada dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej	1
2	dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego	2
3	ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	3
4	wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środków spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	4
5	ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty	5
6	wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy	6

7	wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiety ciężarnej	7
8 ¹⁴⁾	bilans zdrowia osoby dorosłej realizowany zgodnie z warunkami udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy	8

Tabela nr 21. Kod informacji dotyczącej sposobu potwierdzenia tożsamości oraz złożenia oświadczenia w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)		
Lp.	Wyszczególnienie	Kod
Sposoby potwierdzenia tożsamości		
1	na podstawie danych przekazanych przez pacjenta, zweryfikowanych przez świadczeniodawcę danymi z dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515)	1
2	okazanie przez pacjenta dokumentu potwierdzającego tożsamość – wyłącznie przy udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej w formie wideoporady	2
3	wykorzystanie elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1557, z późn. zm.)	3
4	inny	4
Sposoby złożenia oświadczenia		
1	ustne (fakt złożenia odnotowany przez świadczeniodawcę w formie pisemnej, o ile teleporada nie była rejestrowana)	1
2	elektronicznie (na odpowiednim urządzeniu rejestrującym podpis jako grafikę lub w formie wiadomości e-mail)	2
3	wykorzystanie elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne	3
4	inny	4

¹⁴⁾ Dodana przez § 1 pkt 4 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”;
- 4)¹⁵⁾ „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 2024 r. poz. 917), art. 93f ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 46, z późn. zm.), 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 2022 r. poz. 1689) oraz art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 978, z późn. zm.);
- 5) „8” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „9” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy, osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 7) „11” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924, z późn. zm.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

¹⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

(Dz. U. z 2023 r. poz. 2151) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939);

- 8) „13” – przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia osoby, która wymaga okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia;
- 9) „14” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU OSOBY, KTÓREJ UDZIELONO ŚWIADCZENIA
ZDROWOTNEGO, W PRZYPADKU POBYTU W ODDZIALE SZPITALNYM

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki;
- 3) „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) „7” – przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „8” – przeniesienie z innego szpitala;
- 7) „9” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8)¹⁶⁾ „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 art. 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 93a § 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, art. 17, art. 65 ust. 3 i art. 146 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

¹⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;

- 9) „11” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” – skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) „6” – wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” – osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” – wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.);
- 8) „9” – zgon pacjenta;
- 9) „10” – osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, która samowolnie opuściła podmiot leczniczy;
- 10) „11” – wypisanie na podstawie art. 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

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

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 poszczególłą procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.). Grupy te są wyodrębniane ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 2 pkt 5 lit. c rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na określoną procedurę medyczną lub świadczenie w określonym zakresie nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub świadczenie w określonym zakresie będą wykonywane.

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

T – średni czas oczekiwania,

D – łączna liczba dni oczekiwania, obliczana według wzoru:

$$D = d^1 + d^2 + \dots + d^n,$$

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, z wyłączeniem osób, które rezerwowały termin, zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 5 lit. b rozporządzenia; w przypadku osoby, której data zaplanowanego terminu udzielenia świadczenia wyznaczona przez świadczeniodawcę w dniu wpisu na listę oczekujących została w terminie późniejszym zmieniona na wniosek tej osoby lub z przyczyn leżących po jej stronie – liczba dni jej oczekiwania liczona jest od daty wpisania na listę oczekujących do daty zaplanowanego terminu udzielenia świadczenia, aktualnej na dzień, w którym świadczeniobiorca wnioskuje o zmianę.

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

WZORY DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISEM KOMUNIKATÓW ELEKTRONICZNYCH
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

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie

2	potw-zest-swiad	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń
3	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem
3	potw-swiadczy	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. (uchylony)

3. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515)

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	swiadzeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-dekl-poz	1	Element obejmujący sprawozdanie deklaracji wyboru za dany okres rozliczeniowy, z danej umowy
2	deklaracje	1-n	Element obejmujący deklaracje wyboru danego typu
3	personel-dekl	0-n	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub położnej, którym przypisano deklaracje wyboru
4	dekl-poz	1-n	Dane dotyczące pojedynczej deklaracji wyboru
5	pacjent-dekl	1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja wyboru
6	id-pacj-dekl	1	Identyfikacja pacjenta
7	pesel	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL
7	noworodek	0-1 1z	Wskazanie, że deklaracja wyboru dotyczy noworodka bez nadanego numeru PESEL
7	posw-druku-e	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta UE bez nadanego numeru PESEL
7	umowa-ubezp-ind	0-1 1z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne
6	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie
6	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
6	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadzeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-komun	1	Identyfikacja potwierdzonego 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	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca składający sprawozdanie
1	sprawozdanie	1	Dane objęte sprawozdaniem
2	1b-swiaucz	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 elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-komun	1	Identyfikacja potwierdzonego komunikatu
2	problem-kom	0-1	Informacja o problemie z całością komunikatu

5. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH I HARMONOGRAMIE PRZYJĘĆ

5.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat	1	Główny element komunikatu	
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca składający sprawozdanie	
1	spraw-l-oczek	0-1	Sprawozdanie dotyczące list oczekujących i harmonogramów przyjęć	Sprawozdanie dotyczące stanu list oczekujących na ostatni dzień miesiąca. Element służący do przekazywania danych statystycznych o kolejkach oczekujących związanych ze średnim czasem oczekiwania, liczbą oczekujących, liczbą skreślonych
2	lista-oczek	1-n	Harmonogramy przyjęć	
3	stat-listy-oczek	0-1	Parametry podsumowujące listę oczekujących	Element przekazywany dla danych statystycznych (średni czas oczekiwania, liczba oczekujących, liczba skreślonych). Informacja przekazywana przez świadczeniodawców niezależnie od informacji dotyczących harmonogramów przyjęć
4	podzbior-ocz	2	Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną	

Poziom w hierarchii	Element	Krot-ność	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	stat-harm-przyjec	0-1	Statystyka dotycząca poszczególnych kategorii świadczeniobiorców wyróżnianych w harmonogramie przyjęć	Informacja przekazywana przez świadczeniodawców prowadzących harmonogramy przyjęć. Przekazanie elementu wymagane dla sprawozdań od okresu styczeń 2020
4	stat-kategorii-swb	6	Dane dotyczące danej kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć	Muszą wystąpić wszystkie kategorie świadczeniobiorcy zdefiniowane w rozporządzeniu. Wymagane jest jednokrotne wystąpienie danej kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć
4	stat-zmian-term	2	Statystyka zmian terminów dla osób posiadających w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego kategorię świadczeniobiorcy oczekujący	Jeden wpis musi dotyczyć kategorii medycznej – przypadek pilny i jeden kategorii medycznej – przypadek stabilny
3	lista-osob-oczek	0-1	Lista osób oczekujących w kolejce (osób w harmonogramie przyjęć dla których kategoria-swb = 2)	Element nieprzekazywany w przypadku //podzbior-ocz/@lb-oczekuj = 0; w innym przypadku element przekazywany obligatoryjnie dla wszystkich list dotyczących danych za miesiąc sprawozdawczy @rok >= 2015; @miesiac >= 04
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	
6	zmiana-kategorii-swb	0-n		Dotyczy świadczeniodawcy, który prowadzi harmonogram przyjęć. Przekazywane, o ile w okresie sprawozdawczym dokonano zmiany kategorii świadczeniobiorcy
3	lista-osob-skreslonych	0-1	Lista osób skreślonych w danym okresie sprawozdawczym z powodu zmiany kategorii świadczeniobiorcy	
4	skreslony	1-n	Lista osób z danej grupy	
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		Sprawozdanie dotyczące przekazania danych o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia
2	lista-oczek-pierw-wolny-termin	1-n	Pierwsze wolne terminy kolejek oczekujących	Przyjmuje się, że do klucza pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia w kolejce wchodzi atrybuty @nfz:id-tech-kom-org; @kod-proc. Usunięcie lub aktualizacja danych o podanym kluczu następuje przez przekazanie danych z wyższym numerem wersji

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
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 kategorię medyczną	

5.2. 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 składający sprawozdanie
1	problem	0-1 1-z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
0	potw-danych	0-1 1-z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazywanych w komunikacie
2	potw-lista	1-n	Informacja potwierdzająca przyjęcie danych
3	lista-problem	0-n	Informacja o przyczynie zakwestionowania albo odrzucenia danych statystycznych lub pierwszego wolnego terminu

Objaśnienie do wpisów w kolumnie „Krotność”:

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

WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU UDZIELANIA KTÓRYCH ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ HARMONOGRAM PRZYJĘĆ, W TYM LISTY OCZEKUJĄCYCH, NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA

I. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) koronarografia [88.55; 88.56; 88.57];
- 2) wszczepienie albo wymiana rozrusznika jednojamowego [37.82; 37.86];
- 3) wszczepienie albo wymiana rozrusznika dwujamowego [37.83; 37.87];
- 4) implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu [02.931];
- 5) wszczepienie albo wymiana stymulatora nerwu błędnego [04.941];
- 6) artroskopia lecznicza stawu kolanowego [80.26];
- 7) artroskopowa rekonstrukcja więzadeł krzyżowych [81.45];
- 8) plastyka więzadeł pobocznych kolana [81.46];
- 9) usunięcie migdałków podniebiennych [28.2, 28.3, 28.4];
- 10) zabiegi na przegrodzie nosowej [21.13, 21.5, 21.841, 21.87, 21.893];
- 11) zabiegi w zakresie termolezji i blokady [03.8, 04.2, 05.32];
- 12) leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka [04.43];
- 13) operacje przepukliny pachwinowej [53.0, 53.1];
- 14) operacje usunięcia żyłaków kończyny dolnej [38.59, 38.69];
- 15) operacje palucha koślawego [77.5, 77.51–77.59].

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

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego:

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

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.), niewymienione w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

V. Świadczenia gwarantowane znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), jeżeli nie są wymienione w częściach I–IV i zostały wskazane w sposób umożliwiający prowadzenie odrębnej listy.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU UDZIELANIA KTÓRYCH ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ HARMONOGRAM PRZYJĘĆ, W TYM LISTY OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA, W CZASIE RZECZYWISTYM W APLIKACJI UDOSTĘPNIONEJ PRZEZ PREZESA FUNDUSZU

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
5 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu neurologii	1220 Poradnia neurologiczna; 1221 Poradnia neurologiczna dla dzieci
6 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu urologii	1640 Poradnia urologiczna; 1641 Poradnia urologiczna dla dzieci
7 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu nefrologii	1130 Poradnia nefrologiczna; 1131 Poradnia nefrologiczna dla dzieci
8 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu okulistyki	1600 Poradnia okulistyczna; 1601 Poradnia okulistyczna dla dzieci
9 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc	1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc; 1271 Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci; 1272 Poradnia chorób płuc; 1273 Poradnia chorób płuc dla dzieci
10 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu otolaryngologii	1610 Poradnia otorynolaryngologiczna; 1611 Poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci
11 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu diabetologii	1020 Poradnia diabetologiczna; 1021 Poradnia diabetologiczna dla dzieci; 1027 Poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
12 ¹⁷⁾	Świadczenia z zakresu gastroenterologii	1050 Poradnia gastroenterologiczna; 1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) endoprotezoplastyka stawu biodrowego [81.51, 81.52];
- 2) endoprotezoplastyka stawu kolanowego [81.54];
- 3) rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego [81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 00.74, 00.75, 00.76, 00.77];

¹⁷⁾ Dodana przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 205), które weszło w życie z dniem 4 marca 2025 r.

- 4) rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego [81.55, 00.80, 00.81, 00.82, 00.83, 00.84];
 - 5) zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) [13.1–13.7];
 - 6) usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) [00.66, 36.07, 36.09];
 - 7) operacje jaskry [12.52, 12.53, 12.59, 12.65, 12.69];
 - 8) operacje jaskry z zaćmą [12.65, 12.69, 12.79];
 - 9) operacje plastyczne oka [08.0, 08.2–08.8, 09.2–09.4, 09.6–09.7, 10.4–10.5, 16.0, 16.3–16.5, 16.9];
 - 10) zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia) [14.73; 14.74];
 - 11) wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka [20.96, 20.97, 20.98];
 - 12) wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu [20.9941] albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego [20.9942];
 - 13) pomosty dla rewaskularyzacji serca [36.1];
 - 14) zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia) [60.2–60.6];
 - 15) wycięcie macicy (histerektomia) [68.3–68.7, 68.9].
- III. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – badania diagnostyczne:
- 1) rezonans magnetyczny;
 - 2) tomografia komputerowa;
 - 3) gastroskopia;
 - 4) kolonoskopia.
- IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:
- 1) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych;
 - 2) rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych;
 - 3) rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych;
 - 4) rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych;
 - 5) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych;
 - 6) fizjoterapia ambulatoryjna;
 - 7) fizjoterapia domowa.
- V. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego

przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.):

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

VI. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych:

- 1) wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków;
- 2) operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla;
- 3) operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym;
- 4) przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca;
- 5) kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających;
- 6) mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami;
- 7) przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka.