



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 22 kwietnia 2024 r.

Poz. 610

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 25 marca 2024 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 2022 r. poz. 434), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 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. 749);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2022 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. 1497);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 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. 2262);
- 4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 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. 1245);
- 5) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 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. 173).

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

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 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. 749), które stanowią:

„§ 2. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń udzielonych od dnia 24 lutego 2022 r. do dnia wejścia w życie rozporządzenia, jeżeli świadczeniodawca:

- 1) zarejestrował dane dotyczące tożsamości osoby, której świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz dane identyfikujące dokument, na podstawie którego ustalono tożsamość, oraz

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

- 2) odebrał w dowolnej formie od osoby, której świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2022 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. 1497), które stanowią:

„§ 2. Kody jednostek statystycznych, o których mowa w lp. 23 i 24 załącznika nr 1 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są gromadzone w rejestrze świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w rozporządzeniu zmienianym w § 1, od dnia 1 sierpnia 2022 r. i przekazywane po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w sierpniu 2022 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.”;

- 3) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 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. 2262), które stanowią:

„§ 2. 1. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie określone w lp. 17 tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielonych 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 (Dz. U. poz. 583, z późn. zm.^{a)}) od dnia 18 lipca 2022 r.

2. W przypadku świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem o kopię dokumentu potwierdzającego 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, wydanego przez tego ministra osobie, której świadczeniodawca udzielił świadczenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

- 4) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 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. 1245), które stanowią:

„§ 2. Przekazywanie po dniu 1 stycznia 2024 r. danych dotyczących realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy wyrobu medycznego zrealizowanych do dnia 31 grudnia 2023 r. lub dokonywanie korekt tych danych odbywa się na zasadach dotychczasowych.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2023 r., z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. a, pkt 4 lit. a oraz b oraz pkt 5, 7 i 8, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.”;

- 5) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 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. 173), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2024 r.”.

Minister Zdrowia: wz. *W. Konieczny*

^{a)} Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 682, 683, 684, 830, 930, 1002, 1087, 1383, 1561, 1692, 1733 i 2185.

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 marca 2024 r. (Dz. U. poz. 610)

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 2024 r. poz. 146) 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)²⁾ 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 „rejestrem 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 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 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. 1245), które weszło w życie z dniem 1 lipca 2023 r.

- 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)³⁾ 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 Dziesiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń 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 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831 i 1972) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541, 1560 i 1972) – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24-godzinym 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)⁴⁾ 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;

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 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. 173), które weszło w życie z dniem 1 marca 2024 r.

⁴⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

- 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 2022 r. poz. 2702 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 185 i 1234),
 - 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)⁵⁾ kod i stopień zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM rewizja siódma, a jeżeli istnieje specyficzna dla nowotworu złośliwego klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania i nie jest możliwe zastosowanie klasyfikacji TNM rewizja siódma – nazwę klasyfikacji i wynik oraz stadium zaawansowania (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione) w przypadku udzielania świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego:
 - a) związanego z wykonaniem pierwotnego zabiegu chirurgicznego lub pierwotnej radioterapii albo radiochemioterapii, o charakterze radykalnym,
 - b) polegającego na ustaleniu planu leczenia onkologicznego przez konsylium, a jeżeli konsylium nie odbyło się – rozpoczynającego leczenie z powodu rozpoznania choroby nowotworowej,

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

- 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 2023 r. poz. 2465), 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.

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, zgodne z danymi wpisanymi do historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu 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 2023 r. poz. 1284, 909 i 1938) 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,
 - 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) kod i nazwa jednostki chorobowej podejrzenia lub rozpoznania nowotworu złośliwego, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie *art. 32b ust. 5⁶⁾* ustawy;
- 4) 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. 32b ust. 5⁶⁾* ustawy, ze wskazaniem poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego oznaczonego zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych – jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;
- 5) 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) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie *art. 32b ust. 5⁶⁾* ustawy,
 - c) informacje dotyczące ustalonego planu leczenia onkologicznego:
 - data posiedzenia konsylium lub ustalenia planu leczenia onkologicznego,
 - opis planu leczenia onkologicznego,
 - d) dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej;
- 8) (uchylony).⁷⁾

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;
- 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 2023 r. poz. 748), 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,

⁶⁾ Uchylony przez *art. 44 pkt 9* ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650 oraz z 2024 r. poz. 414), która weszła w życie z dniem 20 kwietnia 2023 r.

⁷⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

- 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.⁸⁾ 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 cięża 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:
 - ⁹⁾ 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 2023 r. poz. 826, 1733, 1938 i 2105),
 - 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,

⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

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

- 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).¹⁰⁾

6. (uchylony).¹⁰⁾

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;

¹⁰⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

- 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:¹¹⁾

- 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).¹²⁾

§ 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;

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

¹²⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. f rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

- 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 osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO 3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - d) w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń, 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 dodatkowo uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 8, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a i 12–14 ustawy, lub gdy świadczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej jest udzielane świadczeniobiorcy posiadającemu orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:
 - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument – jeżeli uprawnienie nie zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy;
- 10) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana osobie małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody – dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
 - 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. 1.²⁾ 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.

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).¹³⁾

¹³⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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)²⁾ 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).¹⁴⁾

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.¹⁵⁾ 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,

¹⁴⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

¹⁵⁾ Dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

- 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.¹⁶⁾), 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,

¹⁶⁾ 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 oraz Dz. Urz. UE L 2024/568 z 14.02.2024.

- 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;
- 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 udzielenie 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 2022 r. poz. 2527), 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)¹⁷⁾ 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.

¹⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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)¹⁸⁾ 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;

¹⁸⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

- 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)¹⁹⁾ 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)²⁰⁾ 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)²¹⁾ 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.

¹⁹⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 4 lit. b tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

²⁰⁾ Dodany przez § 1 pkt 4 lit. b tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

²¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

2. W rejestrze deklaracji poz są gromadzone dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarzki 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 pielęgniarzki 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 formacie 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.²²⁾ 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.

²²⁾ Zdanie pierwsze ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 5 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

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.²³⁾

²³⁾ 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 2024 r. poz. 610)

Załącznik nr 1

| Kody jednostek statystycznych świadczeń | | | |
|---|-----------------------------|-----|--|
| Lp. | Jednostka statystyczna | | Objaśnienie |
| | Nazwa | Kod | |
| 1 ²⁴⁾ | 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 dentystę, 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. |

²⁴⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2022 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. 1497), które weszło w życie z dniem 23 lipca 2022 r.

| | | | |
|-------------------|---|----|---|
| 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 2023 r. poz. 826, 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 jej skutki. |
| 21 | Świadczenie profilaktyczne | 21 | Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20. |
| 22 | Osoba objęta opieką koordynowaną | 22 | Dotyczy pacjentów objętych wyodrębnioną formą koordynowanej opieki zdrowotnej. |
| 23 ²⁵⁾ | 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 ²⁵⁾ | Segregacja medyczna w szpitalnym oddziale ratunkowym | 24 | W przypadku gdy jedynym świadczeniem udzielonym w szpitalnym oddziale ratunkowym była segregacja medyczna. |

²⁵⁾ Dodana przez § 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 24.

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 ²⁶⁾ | pedagog | 37 |
| 38 ²⁶⁾ | psychoterapeuta dzieci i młodzieży | 38 |

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 |

²⁶⁾ Dodana przez § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

| | | |
|---|---|---|
| 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 publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwanej dalej „ustawą”, do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej | numer identyfikacyjny karty nazwa dokumentu oraz, jeżeli występują: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku dokumentu wystawionego przez rolnika pomocników rolnika w rozumieniu art. 6 pkt 2a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | | | | społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90) – 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 2023 r. poz. 773), 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 2023 r. poz. 519, z późn. zm.) ZPC – decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach | seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego 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 |

| | | | | |
|---|---|----|--|---|
| | | | | <p>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 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> |
| 5 | <p>świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy</p> | IB | <p>pełna nazwa dokumentu</p> | <p>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</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</p> |

| | | | | |
|---|--|-----|--|---|
| | | | | <p>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 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> |

| | | | | | |
|------------------|---|--------|--|-----------------------|---|
| 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 ²⁷⁾ | 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) | | numer oraz data ważności |
| 11 | osoby, którym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ustawy | ust. 4 | BU | pełna nazwa dokumentu | nazwa dokumentu oraz, jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu |
| | | ust. 5 | UC | | |
| | | ust. 6 | CH | | |
| | | ust. 7 | EM | | |
| 12 | świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy | EL | DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy | | data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz |

²⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

| | | | | | |
|-------------------|---|-----------------------------|----|---|---|
| 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 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.) | | RM | B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej | niewymagane |
| 17 ²⁸⁾ | osoby, którym świadczenia są udzielane | na podstawie art. 37 ust. 1 | EL | DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy | data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz |

²⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 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. 749), które weszło w życie z dniem 6 kwietnia 2022 r.; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 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. 2262), które weszło w życie z dniem 8 listopada 2022 r.

| | | | | | |
|--|---|--|----|---|---|
| | bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 13 ustawy | ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 167, z późn. zm.) | 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, 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 ²⁹⁾ | 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 | nazwa dokumentu, numer dokumentu, organ wystawiający dokument; data wystawienia dokumentu, data, od której przysługuje renta rodzinna |
| | | | 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, 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 |

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

| Lp. | w którym wskazano jako podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej | dla oświadczenia złożonego przez | |
|------------------|--|----------------------------------|--|
| | | świadczeniobiorcę | przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy |
| 1 | objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym | OUW | OUP |
| 2 | decyzję, o której mowa w art. 54 ustawy | ODW | ODP |
| 3 | art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy | przypadek nie występuje | OMP |
| 4 | art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy | OCW | OCP |
| 5 | art. 67 ust. 4–7 ustawy | OZW | OZP |
| 6 ³⁰⁾ | art. 12 pkt 13 ustawy | OAW | OAP |

²⁹⁾ Dodana przez § 1 pkt 2 rozporządzenia wymienionego jako drugie w odnośniku 28.

³⁰⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 28.

| 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 | świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo | | 47DN |

| | | | | |
|--|--|--|---|---------|
| | uprawnioną do jego wystawienia | nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu | | |
| art. 47 ust. 1b ustawy | wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia | świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności | | 47ZN |
| | | świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji | | 47ZND |
| art. 47 ust. 2 ustawy | bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | uprawniony żołnierz lub pracownik | | 47MON |
| art. 47 ust. 2a ustawy | bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | weteran poszkodowany | żołnierz | 472AŻ |
| | | | 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.³¹⁾ 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 |

³¹⁾ Tabela ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 24, oraz przez § 1 pkt 4 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

| | | | | |
|--|---|---|--|--------|
| | | | 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 |
| | | | kombatant | 47CK |
| | | | kobieta w ciąży | 47CC |
| | | | świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu | 47CDN |
| | | | świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności | 47CZN |
| | | | świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji | 47CZND |
| | | | działacz opozycji antykomunistycznej | 47COA |
| | | | osoba represjonowana z powodów politycznych | 47CRP |
| | | | osoba deportowana do pracy przymusowej | 47CPP |
| 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 2024 r. poz. 248) | 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. 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 |

| | | | | |
|---|--|--|---|----------------|
| 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 |
| | | 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 |
| 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 współdziałania 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 2023 r. poz. 1923) | 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 – przyśpieszenie 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 | Pałacy 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 środki 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 środki 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 |

| 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 2024 r. poz. 146) | | |
|--|--|------------|
| 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 2022 r. poz. 2527) | 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. 307) | 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 |

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 2024 r. poz. 146), zwanej dalej „ustawą”;
- 4) „7” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, z późn. zm.), art. 93f ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 37), *art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969, z późn. zm.)*³²⁾ oraz art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689);
- 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 2023 r. poz. 1284, z późn. zm.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (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);

³²⁾ Ustawa utraciła moc na podstawie art. 416 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700 oraz z 2023 r. poz. 289 i 1860), która weszła w życie z dniem 1 września 2022 r.

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

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

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki;
- 3) „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) „7” – przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „8” – przeniesienie z innego szpitala;
- 7) „9” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) „10” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 93a § 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, *art. 12, 25a § 2, art. 26 i 79 § 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich*³²⁾ oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;
- 9) „11” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” – skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) „6” – wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” – osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” – wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 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 poszczególnej 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 2024 r. poz. 146). 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.

2.³³⁾ 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.

³³⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 7 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

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 potwierdzane 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-swiazecz | 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)³⁴⁾

3. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527)

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 |

³⁴⁾ Przez § 1 pkt 8 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

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-swiadczy | 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-1-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-sw | 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-sw = 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-sw | 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-1-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 | swiadzeniodawca | 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 żylaków 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 2023 r. poz. 826, 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 2024 r. poz. 146), 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 |

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) endoprotezoplastyka stawu biodrowego [81.51, 81.52];
- 2) endoprotezoplastyka stawu kolanowego [81.54];
- 3) rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego [81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 00.74, 00.75, 00.76, 00.77];
- 4) rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego [81.55, 00.80, 00.81, 00.82, 00.83, 00.84];
- 5) zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) [13.1–13.7];
- 6) usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) [00.66, 36.07, 36.09];
- 7) operacje jaskry [12.52, 12.53, 12.59, 12.65, 12.69];
- 8) operacje jaskry z zaćmą [12.65, 12.69, 12.79];
- 9) operacje plastyczne oka [08.0, 08.2–08.8, 09.2–09.4, 09.6–09.7, 10.4–10.5, 16.0, 16.3–16.5, 16.9];
- 10) zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia) [14.73; 14.74];
- 11) wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka [20.96, 20.97, 20.98];

- 12) wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu [20.9941] albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego [20.9942];
 - 13) pomosty dla rewaskularyzacji serca [36.1];
 - 14) zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia) [60.2–60.6];
 - 15) wycięcie macicy (histerektomia) [68.3–68.7, 68.9].
- III. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – badania diagnostyczne:
- 1) 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 2023 r. poz. 826, z późn. zm.):
- 1) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
 - 2) leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD);
 - 3) leczenie stwardnienia rozsianego.
- VI. Świadczenia gwarantowane z zakresu 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) przeszskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca;
- 5) kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przeszskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających;
- 6) mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami;
- 7) przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka.