



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 28 czerwca 2019 r.

Poz. 1207

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

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

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba, której udzielono świadczenia – następujące kategorie osób:
  - a) świadczeniobiorcę,
  - b) osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
  - c) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,
  - d) osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 1a–6 i 9–12 ustawy;
- 3) osobisty numer identyfikacyjny – stały symbol numeryczny, jednoznacznie identyfikujący osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- 4) przepustka – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza podmiotem leczniczym w trakcie stacjonarnego leczenia: psychiatrycznego, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowskiego lub rehabilitacji leczniczej bez dokonywania z niego wypisu, po wyrażeniu zgody przez tego świadczeniobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez podmiot leczniczy, w którym świadczeniobiorca przebywa.

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

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

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730, 752 i 1078.

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

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zgodnie z przepisami § 4;
- 2) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;
- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; jeżeli świadczenie zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; jeżeli świadczenie zostało udzielone w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą onkologiczną”, lub na podstawie karty onkologicznej – przyczyną główną jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym”, wpisane do karty onkologicznej po udzieleniu tego świadczenia; w przypadku gdy przyczyną główną jest rozpoznanie choroby rzadkiej, znajdującej się w klasyfikacji ORPHANET, dodatkowo jest przekazywany właściwy numer tej klasyfikacji;
- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, z wyłączeniem świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziesiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury:
  - a) dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo datę wykonania tej procedury,
  - b) wykonanej w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993) – dodatkowo datę, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym wykonania tej procedury, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia;
- 8) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;
- 9) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 10) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 albo art. 20 ust. 12 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy oraz informację o rezerwacji terminu, o której mowa w § 8 ust. 2 pkt 5 lit. b – jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy oczekujących;
- 11) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
- 12) identyfikator osoby udzielającej świadczenia lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie; w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym dodatkowo identyfikator osoby kierującej wykonaniem tej operacji albo zabiegu (operatora), na który składa się:
  - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu – numer PESEL,
  - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 13) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
  - a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
  - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,

- c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełną nazwę innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli została nadana,
  - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;
- 14) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 15) informację, czy świadczenie zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 16) kod badania ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:
- a) podstawowej opieki zdrowotnej – dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
  - b) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej – wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;
- 17) kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określony zgodnie z tabelą nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia polegającego na kompleksowej ocenie stanu zdrowia, obejmującego podjęcie decyzji diagnostycznej oraz decyzji terapeutycznej;
- 18) datę, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym:
- a) przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitalnego oddziału ratunkowego,
  - b) wypisu świadczeniobiorcy ze szpitalnego oddziału ratunkowego,
  - c) przekazania świadczeniobiorcy do oddziału szpitalnego – w przypadku udzielenia świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy;
- 19) kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy;
- 20) informacje dotyczące harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy, zwanego dalej „harmonogramem przyjęć”:
- a) datę wpisu w harmonogramie przyjęć,
  - b) kategorię świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy, zwaną dalej „kategorią świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć”, w dniu dokonania wpisu w harmonogramie przyjęć oraz w dniu udzielania świadczenia, jeżeli uległa zmianie;
- 21) kod i stopień zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM rewizja 7, a jeżeli istnieje specyficzna dla nowotworu złośliwego klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania i nie jest możliwe zastosowanie klasyfikacji TNM rewizja 7 – nazwę klasyfikacji i wynik oraz stadium zaawansowania (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione) w przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego:
- a) związanych z wykonaniem zabiegu operacyjnego,
  - b) z zakresu chemioterapii,
  - c) z zakresu radioterapii
- 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 2019 r. poz. 408 i 730), nadany w systemie usługodawcy, o którym mowa w art. 11 ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z wyłączeniem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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 2018 r. poz. 151 i 1669), wraz ze wskazaniem przyczyny choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

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

- 1) wpisywane wyłącznie w przypadku wydania karty onkologicznej:
  - a) data sporządzenia,
  - b) dane lekarza wydającego kartę onkologiczną: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i wskazanie, czy lekarz wydał kartę onkologiczną jako lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarz udzielający świadczeń w ramach programów zdrowotnych albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych,
  - c) informacja, czy karta onkologiczna została wydana osobie, której leczenie onkologiczne zostało rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.,
  - d) informacja, czy karta onkologiczna została wydana noworodkowi,
  - e) data decyzji o założeniu karty onkologicznej,
  - f) data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-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. 5 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. 5 ustawy, ze wskazaniem poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego oznaczonego zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych – jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;

- 5) 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. 5 ustawy,
  - c) informacje dotyczące ustalonego planu leczenia onkologicznego:
    - data posiedzenia konsylium lub ustalenia planu leczenia onkologicznego,
    - opis planu leczenia onkologicznego,
  - d) dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej;
- 8) dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 32b ust. 4 pkt 3 ustawy: imię (imiona) i nazwisko oraz nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

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

- 1) przyczyny wyjazdu 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 2019 r. poz. 1077), rok wpisu i numer tej księgi;
- 5) daty, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym:
  - a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu lub zgłoszenia alarmowego przekazanego z centrum powiadamiania ratunkowego,
  - b) przekazania przez dyspozytora medycznego zespołowi ratownictwa medycznego zlecenia wyjazdu na miejsce zdarzenia,
  - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
  - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia medycznych czynności ratunkowych,
  - e) zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) kodu zespołu ratownictwa medycznego, określonego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 7) identyfikatorów osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonych zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 8) identyfikatora kierownika zespołu ratownictwa medycznego, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 9) wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.



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

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

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

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) identyfikator zlecenia potwierdzającego uprawnienie świadczeniobiorcy do wykonania naprawy, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 3) datę przyjęcia do naprawy;
- 4) dane dotyczące dokonanej naprawy:
  - a) identyfikator świadczeniodawcy,
  - b) kod naprawy wyrobu medycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
  - c) kwotę refundacji,
  - d) kwotę zapłaconą przez osobę, której wyrób medyczny podlegał naprawie,
  - e) datę dokonania naprawy.

7. W odniesieniu do świadczenia towarzyszącego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia na przejazd środkiem transportu sanitarnego, w tym realizowany przez zespół transportu medycznego albo neonatologiczny zespół wyjazdowy N, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
  - a) o których mowa w ust. 1 pkt 13,
  - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,

- c) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
  - d) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
- a) identyfikator świadczeniodawcy,
  - b) datę przejazdu,
  - c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

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

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

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

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

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

- 1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;
- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej – w przypadku osoby, której wydano kartę onkologiczną, oraz w przypadku gdy diagnostyka onkologiczna lub leczenie onkologiczne są udzielane na podstawie karty onkologicznej;
- 3) imię (imiona) i nazwisko;
- 4) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:
  - a) nazwa miejscowości,
  - b) kod pocztowy,
  - c) ulica, numer domu i lokalu,
  - d) nazwa gminy, powiatu i województwa;
- 5) numer telefonu kontaktowego lub adres poczty elektronicznej – jeżeli został wskazany, a w przypadku gdy świadczeniobiorca jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody – dodatkowo imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 i 1128);

- 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. 6 ustawy – datę 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 wskazaną w oświadczeniu datę rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia,
  - c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:
    - dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO 3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
    - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
    - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - d) w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń, w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy – informację o wystąpieniu tego przypadku,
  - e) w przypadku gdy osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę – informację o wygaśnięciu tego prawa oraz o dacie wygaśnięcia;
- 9) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 8, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a i 12–14 ustawy, lub gdy świadczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej jest udzielane świadczeniobiorcy posiadającemu orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:
  - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
  - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument – jeżeli uprawnienie nie zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy;
- 10) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana osobie małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody – dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
  - a) imię (imiona) i nazwisko,
  - b) adres miejsca zamieszkania;
- 11) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana noworodkowi z ciąży mnogiej – numer kolejny noworodka wpisany do karty onkologicznej.

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

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

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



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

- 1) w dniu wydania karty onkologicznej – dane:
  - a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1, 3–7, 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,
    - dane, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 8.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) ust. 3 i 4 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730), u tego świadczeniodawcy;
- 2) § 3 ust. 1 – w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

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

- 1) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka;
- 2) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju;

- 3) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6, a w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest porada – dodatkowo także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3;
- 4) informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej w przypadku pierwszej porady w danym roku kalendarzowym u tego świadczeniodawcy;
- 5) informację dotyczącą używania przez świadczeniobiorcę wyrobów tytoniowych, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 18 załącznika nr 3 do rozporządzenia – co najmniej w przypadku pierwszej porady w danym roku kalendarzowym u tego świadczeniodawcy.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie, świadczeniodawca przekazuje w odniesieniu do wykonanych badań, znajdujących się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy określających świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zbiorcze dane o liczbie wykonanych badań według kodów, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 16 lit. a.

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

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

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

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

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

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

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

**§ 8. 1.** W harmonogramie przyjęć są gromadzone:

- 1) identyfikator harmonogramu przyjęć, na który składają się:
  - a) identyfikator świadczeniodawcy,
  - b) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
  - c) kod ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, identyfikujący harmonogram przyjęć:
    - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, a jeżeli w strukturze jednostki organizacyjnej świadczeniodawcy nie wyodrębniono komórki organizacyjnej – na zakres świadczeń wykonywanych w jednostce organizacyjnej, określony przez wskazanie części IX i X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
    - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia,
    - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia,
    - na udzielenie świadczenia na podstawie karty onkologicznej;

- 2) dane o świadczeniobiorcy wpisanym w harmonogramie przyjęć:
  - a) o których mowa w § 4 pkt 1 i 3,
  - b) o których mowa w § 4 pkt 4; w przypadku braku adresu miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, świadczeniobiorcy należy nadać kod „BD”; w takiej sytuacji danych adresowych nie wypełnia się,
  - c) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu w harmonogramie przyjęć:
  - a) data wpisu,
  - b) godzina wpisu,
  - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia, z zastrzeżeniem art. 19a ust. 5 ustawy:
  - a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
  - b) informacja o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
  - c) zmiana terminu wraz z podaniem kodu przyczyny zmiany, przyjmującego wartość określoną w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia; w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć, także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia:
  - a) w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
  - b) w przypadku zmiany tej kategorii; świadczeniobiorcę, który w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć posiadał prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń i uzyskał poza kolejnością świadczenie, na które został wpisany w harmonogramie przyjęć przed utratą tego prawa, należy dodatkowo oznaczyć kodem „BK”;
- 8) dane dotyczące skreślenia z harmonogramu przyjęć:
  - a) data skreślenia,
  - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

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

- 1) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1–5 i 8;
- 2) numer kolejny;
- 3) w przypadku listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, dodatkowo:
  - a) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej,
  - b) kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia – ustalany na podstawie karty onkologicznej przedstawionej przez świadczeniobiorcę;
- 4) wskazanie okolicy ciała, której ma dotyczyć świadczenie, w szczególności ustalonej między płatnikiem a świadczeniodawcą – w przypadku list oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzonych w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, jeżeli informacja ta jest niezbędna do weryfikacji przestrzegania zasady, o której mowa w art. 20 ust. 10 ustawy;
- 5) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
  - a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art. 19a ust. 5 ustawy,

- b) informacja o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
  - 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) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.

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

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

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

5. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 4, przekazują dane, o których mowa w ust. 4:

- 1) pkt 1–3 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;
- 2) pkt 4 – 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 oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia 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 oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone listy oczekujących.

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

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

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

2. W rejestrze deklaracji poz są gromadzone dane:

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

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

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

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

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

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

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

3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482, z 2017 r. poz. 1249, z 2018 r. poz. 1257 oraz z 2019 r. poz. 333), które traci moc z dniem 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. poz. 1207)

**Załącznik nr 1**

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

W załączniku przedstawiono:

w tabeli nr 1: kody funkcji ochrony zdrowia,

w tabeli nr 2: kody jednostek statystycznych świadczeń,

w tabeli nr 3: kody świadczeń.

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

|   |  |  |    |
|---|--|--|----|
|   | 1.4. Świadczenia w domu pacjenta<br>Np. porady domowe lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wizyty pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe. | 8  |    |
| 2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne<br>Obejmują świadczenia, w których nacisk jest położony głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.   | 2.1. Rehabilitacja stacjonarna<br>Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.  | 9  |    |
|   | 2.2. Rehabilitacja dzienna<br>Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w tym samym dniu.  | 10   |    |
|   | 2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna<br>Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego.   | 11   |    |
|   | 2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta   | 12   |    |
|   | 2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna<br>Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.  | 13   |    |
| 3. Grupa – opieka długoterminowa<br>Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej.<br>Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki paliatywnej. | 3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w podmiocie leczniczym.  | 14   |    |
|   | 3.2. Długoterminowa opieka dzienna<br>Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.  | 15   |    |
|   | 3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta<br>Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.    | 16   |    |
|   | 3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym   | 17   |    |
| 4. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej  | 4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej<br>Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.    | 18   |    |
|   | 4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego<br>Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.                                       | 4.2.1. Diagnostyka obrazowa                                    | 19 |
|   |  | 4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa                                 | 20 |
|   | 4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta<br>Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.   | 4.3.3. Pomoc doraźna – zespoły ratownictwa medycznego          | 28 |
|   |  | 4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego | 29 |
|   |  | 4.3.5. Pomoc doraźna – wodne pogotowie ratunkowe               | 30 |
|   |  | 4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie                     | 31 |
| 4.3.7. Pozostałe  |  | 4.3.7.1. Pozostałe – transport pacjenta                        | 32 |



|   |  |  |    |
|---|--|--|----|
|   | 4.6. Usługi pielęgnacyjne  |  | 33 |
|   | 4.9. Pozostałe usługi pomocnicze<br>Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze.  |  | 34 |
| 5. Dostarczanie produktów leczniczych lub wyrobów w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175, 447 i 534) dla pacjentów ambulatoryjnych   | 5.2. Wyroby przysługujące na podstawie zlecenia<br>Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.    | 5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne<br>Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.  | 35 |
|   |  | 5.2.2. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze<br>Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu). | 36 |
|   |  | 5.2.3. Środki wspomaganie słuchu<br>Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.  | 37 |
|   |  | 5.2.4. Urządzenia medyczne<br>Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.  | 38 |
|   |  | 5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej   | 39 |
|   |  | 5.2.9. Pozostałe wyroby  | 40 |
| 6. Profilaktyka i zdrowie publiczne<br>Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób.<br>Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) | 6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne<br>Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.  | 6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne   | 41 |
|   |  | 6.1.2. Zdrowie matki i dziecka   | 42 |
|   |  | 6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem  | 43 |
|   |  | 6.1.4. Inna  | 44 |
|   | 6.2. Medycyna szkolna<br>Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.  | 45   |    |
|   | 6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym<br>Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.   | 46   |    |
|   | 6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym<br>Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu jest wykonywana w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta. | 47   |    |
|   | 6.6. Medycyna sportowa   | 48   |    |
| 6.7. Oświata i promocja zdrowia   | 49   |  |    |

| <b>Tabela nr 2. Kody jednostek statystycznych świadczeń</b> |                               |            |   |
|---|-------------------------------|------------|---|
| <b>Lp.</b>  | <b>Jednostka statystyczna</b> |            | <b>Objaśnienie</b>  |
|   | <b>Nazwa</b>                  | <b>Kod</b> |   |
| 1   | Pobyt w oddziale szpitalnym   | 1          | Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.  |
| 2   | Leczenie jednego dnia         | 2          | Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.  |
| 3   | Pobyt                         | 3          | Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.   |
| 4   | Porada                        | 4          | Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.  |
| 5   | Porada patronażowa            | 5          | Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.   |
| 6   | Wizyta                        | 6          | Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.   |
| 7   | Wizyta patronażowa            | 7          | Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowłęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.   |
| 8   | Cykl leczenia                 | 8          | Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.  |
| 9   | Badanie                       | 9          | Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.  |
| 10  | Sesja                         | 10         | Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.  |
| 11  | Osoba leczona                 | 11         | Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.  |
| 12  | Wyjazd ratowniczy             | 12         | Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.   |
| 13  | Akcja ratownicza              | 13         | Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.   |
| 14  | Przewóz                       | 14         | Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N oraz zespołem transportu medycznego).  |
| 15  | Hemodializa                   | 16         | Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa.   |
| 16  | Bilans zdrowia                | 17         | Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia:<br>– zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowania leczenia,<br>– problemów społecznych dziecka i jego rodziny oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych. |
| 17  | Wyrób medyczny                | 18         | Wyroby medyczne znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, z późn. zm.).  |
| 18  | Szczepienie                   | 19         | Szczepienia finansowane ze środków publicznych.   |
| 19  | Badanie (test) przesiewowe    | 20         | Badanie lekarskie lub pielęgniarskie mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.   |
| 20  | Świadczenie profilaktyczne    | 21         | Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20.   |

| <b>Tabela nr 3. Kod świadczenia wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej.</b> |                                      |   |                        |
|---|--------------------------------------|---|------------------------|
| <b>Nazwa funkcji ochrony zdrowia</b>  | <b>Nazwa jednostki statystycznej</b> | <b>Opis</b>   | <b>Kod świadczenia</b> |
| <b>1</b>  | <b>2</b>                             | <b>3</b>  | <b>4</b>               |
| <b>1. Grupa – usługi lecznicze</b>  |                                      |   |                        |
| 1.1. Leczenie stacjonarne   | pobyt w oddziale szpitalnym          | Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do księgi głównej), z wyjątkiem pobytów w:<br>– oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1,<br>– oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.      | 0.1                    |
|   | hemodializa                          |   | 0.16                   |
|   | pobyt                                | Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego – kod 14.3 oraz pobytów w podmiocie leczniczym udzielającym długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3. | 0.3                    |
|   | osoba leczona                        | Między innymi świadczenia wykonane w izbie przyjęć zakończone pobytem w oddziale.   | 0.11                   |
| 1.2. Leczenie jednego dnia  | leczenie jednego dnia                |   | 1.2                    |
|   | hemodializa                          |   | 1.16                   |
| <b>1.3. Leczenie ambulatoryjne</b>  |                                      |   |                        |
| 1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej  | porada                               |   | 2.4                    |
|   | porada patronażowa                   |   | 2.5                    |
|   | bilans zdrowia                       |   | 2.17                   |
| 1.3.2 Leczenie stomatologiczne  | porada                               |   | 3.4                    |
|   | badanie                              |   | 3.9                    |
| 1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne   | porada                               |   | 4.4                    |
|   | cykl leczenia                        |   | 4.8                    |
|   | sesja                                |   | 4.10                   |
|   | osoba leczona                        |   | 4.11                   |
| 1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe  | cykl leczenia                        |   | 5.8                    |
| 1.3.6. Leczenie w trybie dziennym   | cykl leczenia                        | Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.<br>Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach:<br>– rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8;<br>– długoterminowej opieki dziennej, przyjmującej kod 15.8.   | 6.8                    |
|   | osoba leczona                        |   | 6.11                   |
| 1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna   | porada                               | Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym.  | 7.4                    |
|   | wizyta                               |   | 7.6                    |
|   | wizyta patronażowa                   |   | 7.7                    |
|   | cykl leczenia                        | Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.   | 7.8                    |
|   | sesja                                |   | 7.10                   |
|   | osoba leczona                        |   | 7.11                   |
|   | hemodializa                          |   | 7.16                   |

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

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



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

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

## 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

| <b>Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej</b> |   |            |
|---|---|------------|
| <b>Lp.</b>  | <b>Nazwa zawodu</b>   | <b>Kod</b> |
| 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         |

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

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

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

**Tabela nr 4. Kod dalszego etapu 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 – nagle 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<br>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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej | numer identyfikacyjny karty<br><br>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 pomocnikowi rolnika w rozumieniu art. 6 pkt 2a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019 r. poz. 299 i 303) – numer PESEL tego rolnika |
|     |              |            | OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy  | data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 12 niniejszego załącznika, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu  |

|   |  |     |   |  |
|---|--|-----|---|--|
|   |  |     |   | udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia   |
| 2 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy        | N   | A – w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy   | data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator, jeżeli występuje, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju, o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 649 i 730), jeżeli jest znany świadczeniodawcy  |
|   |  |     | OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy   | data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 12 niniejszego załącznika, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia  |
| 3 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy | IA  | pełna nazwa dokumentu   | nazwa dokumentu oraz, jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu  |
|   |  |     | OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy   | data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 12 niniejszego załącznika, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia  |
| 4 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy | IAU | KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2018 r. poz. 2094, z późn. zm.)<br><br>ZPC – decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach | seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji |



|   |  |     |   |   |
|---|--|-----|---|---|
|   |  |     | OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy   | data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 12 niniejszego załącznika, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia   |
| 5 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy                 | IB  | pełna nazwa dokumentu   | nazwa dokumentu oraz, jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza  |
|   |  |     | OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy   | data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 12 niniejszego załącznika, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia   |
| 6 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy                 | IBU | KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach  | seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data  |
|   |  |     | 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 | upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji |
|   |  |     | OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy   | data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 12 niniejszego załącznika, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia   |
| 7 | osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji | UE  | E – w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego  | numer identyfikacyjny karty oraz data ważności  |
|   |  |     | O – w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy   | numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu  |

|    |   |        |  |   |  |
|----|---|--------|--|---|--|
|    |   |        | F – w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1                      | rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny – jeżeli podano w dokumencie) |  |
|    |   |        | C – w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego   | data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu   |  |
|    |   |        | SED – w przypadku dokumentu SED S045   | data wystawienia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu   |  |
| 8  | osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy  | UM     | T – w przypadku paszportu  | seria i numer paszportu   |  |
| 9  | osoby, którym świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 ustawy   | pkt 1a | PO   | pełna nazwa dokumentu   | nazwa dokumentu oraz, jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza |
|    |   | pkt 2  | AL   |   |  |
|    |   | pkt 3  | NA   |   |  |
|    |   | pkt 4  | PS   |   |  |
|    |   | pkt 5  | CU   |   |  |
|    |   | pkt 6  | ZA   |   |  |
|    |   | pkt 10 | ZP   |   |  |
|    |   | pkt 11 | ZF   |   |  |
|    |   | pkt 12 | RR   |   |  |
| 10 | osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy   | RP     | KP – Karta Polaka, o której mowa w ustawie z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2018 r. poz. 1272, z późn. zm.) | numer oraz data ważności  |  |
| 11 | osoby, którym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ustawy   | ust. 4 | BU   | pełna nazwa dokumentu   | nazwa dokumentu oraz, jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu  |
|    |   | ust. 5 | UC   |   |  |
|    |   | ust. 6 | CH   |   |  |
|    |   | ust. 7 | EM   |   |  |
| 12 | świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy | EL     | DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy   | data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz   |  |
| 13 | świadczeniobiorca, któremu udzielono świadczenia w 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 2019 r. poz. 993) | RM | B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej | niewymagane |

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

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

**Tabela nr 13. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego**

| Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia   | Rodzaj i zakres uprawnienia  | Kategoria  | Kod   |
|---|--|--|-------|
| 1   | 2  | 3  | 4     |
| <b>I. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane</b> |  |  |       |
| art. 42 ust. 1 ustawy   | świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | uprawniony żołnierz lub pracownik, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę | 42MON |

|  |  |  |   |       |
|--|--|--|---|-------|
| art. 42 ust. 1a ustawy                 | świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania 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  |
| art. 42 ust. 2 ustawy                  | świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa                 | policjant, funkcjonariusz Straży Granicznej, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę  |   | 42MSW |
| <b>II. Prawo do wyrobów medycznych</b> |  |  |   |       |
| art. 47 ust. 1 ustawy                  | bezpłatne wyroby medyczne  | inwalida wojenny   |   | 47IB  |
|  |  | inwalida wojskowy  |   | 47IW  |
|  |  | cywilna niewidoma ofiara działań wojennych   |   | 47CN  |
|  |  | osoba represjonowana   |   | 47OR  |
| art. 47 ust. 1a ustawy                 | wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia   | świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu  |   | 47DN  |
| art. 47 ust. 1b ustawy                 | wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu przez osobę uprawnioną do jego wystawienia   | świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności   |   | 47ZN  |
|  |  | świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego 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  | 47ZAŻ |
|  |  |  | funkcjonariusz i zwolniony ze służby funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak  | 472AF |

|   |   |   |   |       |  |
|---|---|---|---|-------|--|
|   |   |   | i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej  |       |  |
| <b>III. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej</b>  |   |   |   |       |  |
| 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, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu oraz strażak i zwolniony ze służby strażak Państwowej Straży Pożarnej | 24BF  |  |
| 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 2017 r. poz. 1000, z późn. zm.) | prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej  | świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, „Dawcy Przeszczepu” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”   |   | 47CZ  |  |
|   |   | inwalida wojenny  |   | 47CIB |  |
|   |   | inwalida wojskowy   |   | 47CIW |  |
|   |   | 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  |   | 47CZND  |   |       |  |

|  |  |  |       |
|--|--|--|-------|
|  |  | 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  |       |
|  |  | działacz opozycji antykomunistycznej   | 47COA |
|  |  | osoba represjonowana z powodów politycznych  | 47CRP |
|  |  | osoba deportowana do pracy przymusowej   | 47CPP |
| <b>IV. Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania</b> |  |  |       |
| art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy   | prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania  | inwalida wojenny   | 57IB  |
|  |  | inwalida wojskowy  | 57IW  |
|  |  | komatant   | 57K   |
|  |  | osoba represjonowana   | 57OR  |
|  |  | działacz opozycji antykomunistycznej   | 57OA  |
|  |  | osoba represjonowana z powodów politycznych  | 57RP  |
|  |  | osoba deportowana do pracy przymusowej   | 57PP  |
| art. 57 ust. 2 pkt 10a ustawy  | prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania  | cywilna niewidoma ofiara działań wojennych   | 57CN  |
| art. 57 ust. 2 pkt 12 ustawy   | prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | uprawniony żołnierz lub pracownik  | 57MON |
| art. 57 ust. 2 pkt 13 ustawy   | prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | weteran  | 57Z   |
|  |  | poszkodowany   | 57F   |
| 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji | 57ZND |



| <b>V. Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży i porodu oraz osób niepełnosprawnych</b>   |   |  |         |
|---|---|--|---------|
| 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    |
| <b>VI. Prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</b>  |   |  |         |
| 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   | 32aDIL0 |
| <b>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</b> |   |  |         |
| art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2019 r. poz. 473)  | prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu | kobieta w ciąży powikłanej   | ZZC     |
|   |   | dziecko, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu  | ZZDN    |

**Tabela nr 14. Kod przyczyny zmiany terminu w harmonogramie przyjęć**

| Lp.   | Przyczyna  | Kod |
|---|--|-----|
| <b>Przyczyny mające zastosowanie przy zmianie terminu w harmonogramie przyjęć, w tym na liście oczekujących</b> |  |     |
| 1   | Na wniosek osoby wpisanej w harmonogramie przyjęć  | 1   |
| 2   | Osoba wpisana w harmonogramie przyjęć nie kwalifikowała się do leczenia ze względów medycznych w terminie pierwotnie wyznaczonym | 2   |
| 3   | Z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy  | 3   |
| 4   | Zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy   | 4   |
| 5   | Inna przyczyna   | 5   |
| <b>Przyczyny mające zastosowanie wyłącznie przy zmianie terminu na liście oczekujących</b>                      |  |     |
| 6   | Osoba wpisana na listę oczekujących skorzystała z możliwości, o której mowa w art. 20 ust. 9a ustawy                             | 6   |

| <b>Tabela nr 15. Kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć</b> |   |   |
|--|---|---|
| <b>Lp.</b>   | <b>Wyszczególnienie</b>   | <b>Kod</b>  |
| 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   |

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

| <b>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)</b> |  |            |
|--|--|------------|
| <b>Lp.</b>   | <b>Etap</b>  | <b>Kod</b> |
| 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          |

| <b>Tabela nr 18. Kod informacji dotyczącej używania przez świadczeniobiorcę wyrobów tytoniowych</b> |                         |  |                           |   |
|---|-------------------------|--|---------------------------|---|
| <b>Lp.</b>  | <b>Wyszczególnienie</b> | <b>Kod</b>   |                           |   |
| 1   | Osoba niepaląca         | nigdy niepaląca  | 1                         |   |
|   |                         | paląca w przeszłości   | 2                         |   |
| 2   | Palący codziennie       | papierosy tradycyjne   | do 9 sztuk na dobę        | 3 |
|   |                         |  | od 10 do 24 sztuk na dobę | 4 |
|   |                         |  | powyżej 24 sztuk na dobę  | 5 |
|   |                         | e-papierosy  | 6                         |   |
|   |                         | papierosy z podgrzewanym tytoniem (np. iqos, glo)  | 7                         |   |
|   |                         | inne wyroby tytoniowe (tytoń fajkowy, tytoń do fajki wodnej, cygaro, cygaretki, tytoń do żucia, tytoń do nosa lub tytoń do stosowania doustnego) | 8                         |   |
|   |                         | zarówno papierosy tradycyjne, jak i inne wyroby tytoniowe  | 9                         |   |

|   |  |  |    |
|---|--|--|----|
| 3 | Palący okazjonalnie<br>(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 |

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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), 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 2018 r. poz. 1878 oraz z 2019 r. poz. 730), art. 93f ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1987, z późn. zm.), art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969) oraz art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24, z późn. zm.);
- 5) „8” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „9” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy, osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 7) „11” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 i 1669.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2137, z późn. zm.) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852);

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

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

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

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

## KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” – skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) „6” – wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” – osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” – wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 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

| <b>Identyfikator oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> |   |
|---|---|
| <b>Identyfikator</b>  | <b>Nazwa oddziału wojewódzkiego</b>   |
| 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 |

| <b>Identyfikator innego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych</b> |   |
|---|---|
| 93  | Minister Sprawiedliwości                |
| 94  | minister właściwy do spraw wewnętrznych |
| 97  | Minister Obrony Narodowej               |
| 98  | minister właściwy do spraw zdrowia      |

## SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA

1. Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególłą procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). Grupy te są wyodrębniane ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 2 pkt 5 lit. c rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na określoną procedurę medyczną lub świadczenie w określonym zakresie nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub świadczenie w określonym zakresie będą wykonywane.

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

T – średni czas oczekiwania,

D – łączna liczba dni oczekiwania, obliczana według wzoru:

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

gdzie

$d^n$  – liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na tę listę do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia, z wyłączeniem osób, które rezerwowały termin, zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 5 lit. b rozporządzenia,

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

WZORY DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISEM KOMUNIKATÓW ELEKTRONICZNYCH  
STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

1. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

1.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

| Poziom w hierarchii | Element          | Krotność | Opis elementu   |
|---------------------|------------------|----------|---|
| 0                   | komunikat        | 1        | Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji   |
| 1                   | swiadczeniodawca | 1        | Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego   |
| 1                   | zestaw-swiazczen | 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-swiazczenia | 0-1      | Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia  |
| 5                   | kom-org          | 1        | Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia   |
| 5                   | personel-real    | 1        | Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia  |
| 5                   | przyczyna        | 1        | Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia   |
| 5                   | procedura        | 0-n      | Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu, np. konkretne procedury medyczne  |
| 5                   | transport        | 0-1      | Element obejmujący dane charakteryzujące transport pacjenta   |
| 5                   | ratownictwo      | 0-1      | Element obejmujący dane charakteryzujące wyjazd zespołu ratownictwa medycznego  |

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

| Poziom w hierarchii | Element          | Krotność | Opis elementu                                       |
|---------------------|------------------|----------|---|
| 0                   | komunikat        | 1        | Główny element komunikatu                           |
| 1                   | swiadczeniodawca | 1        | Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane |

|   |                 |           |   |
|---|-----------------|-----------|---|
| 1 | problem         | 0-1<br>1z | Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu   |
| 1 | potw-danych     | 0-1<br>1z | Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie  |
| 2 | potw-zest-swiad | 0-n       | Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń  |
| 3 | problem         | 0-n       | Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem                    |
| 3 | potw-swiazcz    | 0-n       | Informacja o ewentualnych problemach występujących w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach rozliczeniowych |
| 4 | problem         | 0-n       | Informacja o ewentualnych problemach związanych ze świadczeniem   |

## 2. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

### 2.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

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

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

## 3. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730)

## 3.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

## 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-l-oczek      | 0-1      | Sprawozdanie dotyczące list oczekujących i harmonogramów przyjęć   | Sprawozdanie dotyczące stanu list oczekujących na ostatni dzień miesiąca. Element służący do przekazywania danych statystycznych o kolejkach oczekujących związanych ze średnim czasem oczekiwania, liczbą oczekujących, liczbą skreślonych |
| 2                   | lista-oczek        | 1-n      | Harmonogramy przyjęć   |   |
| 3                   | stat-listy-oczek   | 0-1      | Parametry podsumowujące listę oczekujących   | Element przekazywany dla danych statystycznych (średni czas oczekiwania, liczba oczekujących, liczba skreślonych). Informacja przekazywana przez świadczeniodawców niezależnie od informacji dotyczących harmonogramów przyjęć              |
| 4                   | podzbior-ocz       | 2        | Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną                                       |   |
| 3                   | stat-harm-przyjec  | 0-1      | Statystyka dotycząca poszczególnych kategorii świadczeniobiorców wyróżnianych w harmonogramie przyjęć                          | Informacja przekazywana przez świadczeniodawców prowadzących harmonogramy przyjęć. Przekazanie elementu wymagane dla sprawozdań od okresu styczeń 2020  |
| 4                   | stat-kategorii-swb | 6        | Dane dotyczące danej kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć   | Muszą wystąpić wszystkie kategorie świadczeniobiorcy zdefiniowane w rozporządzeniu. Wymagane jest jednokrotne wystąpienie danej kategorii świadczeniobiorcy w harmonogramie przyjęć   |
| 4                   | stat-zmian-term    | 2        | Statystyka zmian terminów dla osób posiadających w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego kategorię świadczeniobiorcy oczekujący | Jeden wpis musi dotyczyć kategorii medycznej – przypadek pilny i jeden kategorii medycznej – przypadek stabilny   |



| Poziom w hierarchii | Element                        | Krotność | Opis  | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności   |
|---------------------|--------------------------------|----------|---|--|
| 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-l-termin                 | 0-1      |   | Sprawozdanie dotyczące przekazania danych o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia   |
| 2                   | lista-oczek-pierw-wolny-termin | 1-n      | Pierwsze wolne terminy kolejek oczekujących   | Przyjmuje się, że do klucza pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia w kolejce wchodzi atrybuty @nfz:id-tech-kom-org; @kod-proc. Usunięcie lub aktualizacja danych o podanym kluczu następuje przez przekazanie danych z wyższym numerem wersji |
| 3                   | lista-termin                   | 0-1      | Parametry podsumowujące informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia             |  |
| 4                   | podzbior-kat                   | 2        | Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia ze względu na kategorię medyczną                     |  |

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

| Poziom w hierarchii | Element          | Krotność | Opis elementu  |
|---------------------|------------------|----------|--|
| 0                   | komunikat        | 1        | Główny element komunikatu  |
| 1                   | swiadczeniodawca | 1        | Świadczeniodawca składający sprawozdanie                         |
| 1                   | problem          | 0-1      | Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem |

|   |               |            |   |
|---|---------------|------------|---|
|   |               | 1-z        | komunikatu  |
| 0 | potw-danych   | 0-1<br>1-z | Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazywanych w komunikacie                            |
| 2 | potw-lista    | 1-n        | Informacja potwierdzająca przyjęcie danych  |
| 3 | lista-problem | 0-n        | Informacja o przyczynie zakwestionowania albo odrzucenia danych statystycznych lub pierwszego wolnego terminu |

Objaśnienie do wpisów w kolumnie „Krotność”:

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

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

I. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

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

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

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego:

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

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), jeżeli nie są wymienione w częściach I–IV i zostały wskazane w sposób umożliwiający prowadzenie odrębnej listy.

## Załącznik nr 9

WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU UDZIELANIA KTÓRYCH ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄ HARMONOGRAM PRZYJĘĆ, W 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) gastroscopia;
  - 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 2019 r. poz. 784, z późn. zm.):
- 1) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
  - 2) leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD);
  - 3) leczenie stwardnienia rozsianego.
- VI. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) określających świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, z wyłączeniem świadczeń

z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.