



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 5 grudnia 2013 r.

Poz. 1447

### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 4 lipca 2013 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 197, poz. 1172 i Nr 232, poz. 1378) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 159, poz. 1073);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 727);
- 4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1507).

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

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 159, poz. 1073), które stanowią:

„§ 2. Dane wymagane rozporządzeniem, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane przez świadczeniodawców po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń udzielonych w październiku 2010 r.

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

- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273), które stanowią:

„§ 2. 1. Dane, o których mowa w § 8 ust. 2 pkt 1 lit. c-e i pkt 2 oraz ust. 2a rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane przez świadczeniodawców po raz pierwszy za pierwszy miesiąc następujący po miesiącu, w którym niniejsze rozporządzenie weszło w życie.

2. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy dyrektor wojewódzkiego oddziału Funduszu może zwolnić jednorazowo na czas określony, nie dłużej jednak niż na trzy miesiące, świadczeniodawcę z obowiązku przekazania danych, o których mowa w § 8 ust. 2a rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia.”;

- 3) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 727), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 4, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 r.”;

- 4) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1507), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.”.

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 4 lipca 2013 r. (poz. 1447)

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

z dnia 20 czerwca 2008 r.

### **w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych**

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

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

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

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

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

<sup>3)</sup> Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 159, poz. 1073), które weszło w życie z dniem 15 września 2010 r.

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

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

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

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami § 4;
- 2) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;
- 3)<sup>4)</sup> kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, przy czym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kod przyczyny głównej podaje się wyłącznie w przypadkach określonych w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 4)<sup>4)</sup> kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5)<sup>5)</sup> kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo datę wykonania tej procedury;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7a)<sup>6)</sup> datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;
- 8) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 9) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy – jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy;
- 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
- 11) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie, na który składa się:
  - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu – numer PESEL,
  - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

<sup>4)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273), które weszło w życie z dniem 12 stycznia 2012 r.

<sup>5)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>6)</sup> Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a tiret czwarte rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 12) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
- a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
  - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
  - c)<sup>7)</sup> identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część kodu resortowego, jeżeli została nadana,
  - d)<sup>8)</sup> numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;
- 13)<sup>9)</sup> kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 13a)<sup>10)</sup> informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.<sup>11)</sup>) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 i 1245);
- 14)<sup>12)</sup> 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.

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

- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia;
- 2)<sup>13)</sup> numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, rok dokonania wpisu i numer księgi głównej;
- 3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon – dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
- 4)<sup>14)</sup> kod przyczyny głównej hospitalizacji – zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania; kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 5)<sup>14)</sup> kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

<sup>7)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>8)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1507), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

<sup>9)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>10)</sup> Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a tiret piąte rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. a tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>11)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 1245 i 1287.

<sup>12)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret szóste rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>13)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>14)</sup> Dodany przez § 1 pkt 2 lit. b tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

3.<sup>15)</sup> W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratowniczy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:

- 1) przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2)<sup>16)</sup> sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) numeru w księdze pogotowia ratunkowego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu, rok wpisu i numer tej księgi;
- 5)<sup>17)</sup> daty, godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym:
  - a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu,
  - b) przekazania przez dyspozytora medycznego zespołowi ratownictwa medycznego dyspozycji (zlecenia) wyjazdu na miejsce zdarzenia,
  - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
  - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych,
  - e) zakończenia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6)<sup>17)</sup> kodu zespołu ratownictwa medycznego, określonego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 7) identyfikatora osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 11;
- 8)<sup>18)</sup> identyfikatora kierownika zespołu ratownictwa medycznego, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 11;
- 9)<sup>18)</sup> wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.

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

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
  - a)<sup>19)</sup> o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b–d,
  - b) kod typu zlecenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
  - c)<sup>20)</sup> kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
  - d) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą pierwsze trzy znaki);

<sup>15)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>16)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. b tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<sup>17)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. b tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<sup>18)</sup> Dodany przez § 1 pkt 1 lit. b tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<sup>19)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<sup>20)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 4) dane dotyczące realizacji zlecenia, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
- identyfikator świadczeniodawcy,
  - datę przyjęcia zlecenia do realizacji,
  - liczbę wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,
  - kwotę refundacji,
  - dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,
  - datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
  - okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

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

- dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- identyfikator zlecenia potwierdzającego uprawnienie świadczeniobiorcy do wykonania naprawy, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- datę przyjęcia do naprawy;
- dane dotyczące dokonanej naprawy:
  - identyfikator świadczeniodawcy,
  - <sup>21)</sup> kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
  - kwotę refundacji,
  - kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
  - datę dokonania naprawy.

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

- dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- kod świadczenia;
- dane charakteryzujące zlecenie:
  - o których mowa w ust. 1 pkt 12,
  - kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,
  - (uchylona),<sup>22)</sup>
  - <sup>23)</sup> kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
  - kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
  - identyfikator świadczeniodawcy,
  - datę przejazdu,
  - dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

<sup>21)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. e rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>22)</sup> Przez § 1 pkt 2 lit. f rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>23)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

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

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

- 1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, określony zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia;
- 1a)<sup>24)</sup> kod świadczeniodawcy, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 2) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej „umową”;
- 3) kod dla świadczenia, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 5) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

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

- 1)<sup>25)</sup> identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;
- 2) imię (imiona) i nazwisko;
- 3) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:
  - a) państwo,
  - b) nazwa miejscowości,
  - c) kod pocztowy,
  - d) ulica, numer domu i lokalu,
  - e)<sup>26)</sup> nazwa: gminy, powiatu i województwa;
- 4) datę urodzenia;
- 5) płeć;
- 6) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
  - a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
  - b)<sup>27)</sup> dane identyfikujące dokument, w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
    - dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane określone w tabeli nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
    - oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy – datę złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a załącznika nr 3 do rozporządzenia,

<sup>24)</sup> Dodany przez § 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>25)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>26)</sup> Dodana przez § 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>27)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.



- 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)<sup>28)</sup> w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy – informację o wystąpieniu tego przypadku,
  - e)<sup>28)</sup> w przypadku gdy osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę – informację o wygaśnięciu tego prawa oraz o dacie wygaśnięcia;
- 7)<sup>29)</sup> w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a, 12 i 13 ustawy:
- a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
  - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument.

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

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, określony w § 3 ust. 1 pkt 1, zależy od tytułu uprawnienia do świadczeń i obejmuje w przypadku:

- 1)<sup>30)</sup> ubezpieczonych – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, pkt 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 4–7;
- 3)<sup>31)</sup> świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy – dane, o których mowa w § 4 pkt 1–3, 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

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

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

<sup>28)</sup> Dodana przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<sup>29)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 727), które weszło w życie z dniem 5 lipca 2012 r.

<sup>30)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>31)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

4.<sup>32)</sup> Świadczeniodawcy, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5, w przypadku gdy ustalenie tych danych było możliwe.

§ 6. 1.<sup>33)</sup> 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:

- 1) w ust. 2 i 3 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, u tego świadczeniodawcy;
- 2) w § 3 ust. 1 – w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

2.<sup>33)</sup> Świadczeniodawcy w odniesieniu do świadczeń udzielonych osobom, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, przekazują, w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest:

- 1) porada – dane:
  - a) o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka,
  - b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
  - c) o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 6;
- 2) bilans zdrowia, porada patronażowa lub wizyta patronażowa – dane:
  - a) o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka,
  - b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
  - c) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.

3. Świadczeniodawca w odniesieniu do świadczeń innych niż wymienione w ust. 2 przekazuje dane zbiorcze według kodów świadczeń określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, w zakresie:<sup>34)</sup>

- 1)<sup>35)</sup> opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – liczbę wykonanych badań znajdujących 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;
- 2) opieki pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej – liczbę udzielonych świadczeń;
- 3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania:
  - a) liczbę badań (testów) przesiewowych według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
  - b) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową,
  - c) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń;
- 4) transportu sanitarnego – liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

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

2.<sup>36)</sup> Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz pkt 6 lit. a i c oraz pkt 7 lit. a, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest własny numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

<sup>32)</sup> Dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<sup>33)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>34)</sup> Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. c tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>35)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 lit. c tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>36)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

§ 8. 1. Na liście oczekujących są gromadzone:

- 1)<sup>37)</sup> identyfikator listy, na który składają się:
  - a) identyfikator świadczeniodawcy – w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
  - b) identyfikator świadczeniodawcy oraz kod świadczenia ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego oraz w przypadku, gdy z umowy lub z przepisów odrębnych wynika obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie procedury lub zakresu świadczeń;
- 2) numer kolejny;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu na listę:
  - a) data wpisu,
  - b) godzina wpisu,
  - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
  - a)<sup>38)</sup> o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 3 lit. a–d,
  - b) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 5) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;
- 6) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia:
  - a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku (w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia),
  - b) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
  - c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, o którym mowa w lit. b, także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
  - a) data skreślenia,
  - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 8) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.

2.<sup>39)</sup> Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:

- 1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących:
  - a) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,
  - b) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,
  - c) łączną 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 sześciu 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, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym.

<sup>37)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 7 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>38)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 7 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>39)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

2a.<sup>40)</sup> Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 2, udzielający świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 10 do rozporządzenia, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dodatkowo z każdej listy oczekujących dane:

- 1) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a – dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,
- 2) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a i pkt 7 – dotyczące osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym

– 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. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych przekazują dane, o których mowa w ust. 1, według stanu na ostatni dzień miesiąca:

- 1) oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia – jeżeli udzielają świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem;
- 2)<sup>41)</sup> ministrowi właściwemu do spraw zdrowia – jeżeli udzielają świadczeń finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

4.<sup>42)</sup> Świadczeniodawcy przekazują co miesiąc dane, o których mowa w ust. 2–3, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca.

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

- 1) rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, zwany dalej „rejestrzem deklaracji poz”;
- 2) rejestr danych dotyczących dzieci i młodzieży objętych opieką, zwany dalej „rejestrzem deklaracji medycyny szkolnej” – w przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;
- 2) dotyczące osób objętych opieką:
  - a) identyfikator, którym jest numer:
    - PESEL – w przypadku osób, którym nadano ten numer,
    - poświadczenia – w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, którym nie nadano numeru PESEL,
    - umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym – w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
  - b)<sup>43)</sup> dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,
  - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 3;
- 3) oznaczenie typu deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;

<sup>40)</sup> Dodany przez § 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>41)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>42)</sup> Dodany przez § 1 pkt 7 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>43)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 8 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 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)<sup>44)</sup> dane, o których mowa w ust. 2 pkt 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6;
- 1a)<sup>45)</sup> numer PESEL pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami, a w przypadku pielęgniarki lub położnej dodatkowo numer prawa wykonywania zawodu;
- 2) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

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

- 1)<sup>46)</sup> w ust. 2 – dane, o których mowa:
  - a) w ust. 2 pkt 1 i 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator jednego z rodziców albo identyfikator opiekuna prawnego dziecka,
  - b) w § 4 pkt 3 lit. a–d oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;
- 2) w ust. 3 – dane, o których mowa w ust. 3.

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

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

3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu przekazywane są w formacie elektronicznych komunikatów, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Komunikaty dostarczane są do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych za pomocą przenośnych informatycznych nośników danych lub przez ich teletransmisję.

4. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 3, obejmuje mogące się powtarzać fazy:

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

5. Zasady weryfikacji, o której mowa w ust. 4 pkt 3, są jawne i zamieszczane na stronie internetowej właściwego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

<sup>44)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>45)</sup> Dodany przez § 1 pkt 4 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>46)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

§ 11. 1.<sup>47)</sup> 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. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może przedłużyć termin przekazania danych, o których mowa w ust. 1.

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

4. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem, w zakresie uregulowanym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 137 ust. 9 lub 10 ustawy.

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

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

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

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia<sup>48), 49)</sup>

<sup>47)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 9 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>48)</sup> Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 11 lipca 2008 r.

<sup>49)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780 i Nr 242, poz. 1756), które utraciło moc z dniem 29 marca 2008 r. na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 20 czerwca 2008 r.

## Załącznik nr 1

## KODY FUNKCJI OCHRONY ZDROWIA I JEDNOSTEK STATYSTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ

W załączniku przedstawiono:  
W tabeli nr 1: kody funkcji ochrony zdrowia,  
W tabeli nr 2: kody jednostek statystycznych świadczeń,  
W tabeli nr 3: kody świadczeń.

Tabela nr 1. Kody funkcji ochrony zdrowia

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

2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.	2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.		9
	2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu.		10
	2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego.		11
	2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta		12
	2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.		13
3. Grupa – opieka długoterminowa Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej.	3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w zakładzie.		14
	3.2. Długoterminowa opieka dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.		15
	3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.		16
	3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym		17
4. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej	4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.		18
	4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.	4.2.1. Diagnostyka obrazowa	19
		4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa	20



	4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	4.3.3. Pomoc doraźna – zespoły ratownictwa medycznego	28	
		4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	29	
		4.3.5. Pomoc doraźna – wodne pogotowie ratunkowe	30	
		4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie	31	
		4.3.7. Pozostałe	4.3.7.1. Pozostałe – Transport pacjenta	32
		4.6. Usługi pielęgnacyjne		33
		4.9. Pozostałe usługi pomocnicze Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze		34
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych	5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.	5.2.1. Lecznicze środki wspomagania w okulistyce Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35	
		5.2.2. Przedmioty ortopedyczne Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortezy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36	
		5.2.3. Lecznicze środki wspomagania w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37	
		5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38	
		5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	39	
		5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	40	
		6. Profilaktyka i zdrowie publiczne Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.	6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.	6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka	42			
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem	43			
6.1.4. Inna	44			
6.2. Medycyna szkolna Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.			45	

	6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.	46
	6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta.	47
	6.6. Medycyna sportowa	48
	6.7. Oświata i promocja zdrowia	49

**Tabela nr 2.<sup>50)</sup> Kody jednostek statystycznych świadczeń**

Jednostka statystyczna		Objaśnienie
Nazwa	Kod	
Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do zakładu, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.
Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.
Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
Porada patronażowa	5	Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
Wizyta patronażowa	7	Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.

<sup>50)</sup> Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 10 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
Przewóz	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N).
Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa.
Bilans zdrowia	17	Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia: – zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowanie leczenia, – problemów społecznych dziecka i jego rodziny, oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych.
Wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	18	Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środki pomocnicze znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.
Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych.
Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarskie mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.
Świadczenie profilaktyczne	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20.

**Tabela nr 3.<sup>51)</sup> Kod świadczenia (kod funkcji ochrony zdrowia powiązany z kodem jednostki statystycznej)**

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
1. Grupa – usługi lecznicze			
1.1. Leczenie stacjonarne	pobyt w oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do księgi głównej), z wyjątkiem pobytów w: – oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, – oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu – kod 14.3 oraz pobytów w zakładzie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.	0.3
	osoba leczona	M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobytem na oddziale.	0.11
1.2. Leczenie jednego dnia	leczenie jednego dnia		1.2
	hemodializa		1.16
1.3. Leczenie ambulatoryjne			
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	bilans zdrowia		2.17
1.3.2. Leczenie stomatologiczne	porada		3.4
	badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne	porada		4.4
	cykl leczenia		4.8
	sesja		4.10
	osoba leczona		4.11
1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8

<sup>51)</sup> Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 5 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

1.3.6. Leczenie w trybie dziennym	cykl leczenia	Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach: – rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8; – długoterminowej dziennej opieki, przyjmującej kod 15.8.	6.8
	osoba leczona		6.11
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna	porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobylem w oddziale szpitalnym.	7.4
	wizyta		7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.	7.8
	sesja		7.10
	osoba leczona		7.11
	hemodializa		7.16
1.4. Świadczenia w domu pacjenta	porada	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: – rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.4, – długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.4.	8.4
	porada patronażowa		8.5
	wizyta	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: – rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.6, – długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.6.	8.6
	wizyta patronażowa		8.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: – rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.8, – długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.8.	8.8
	badanie		8.9
	sesja		8.10
	osoba leczona		8.11
	hemodializa		8.16
	bilans zdrowia		8.17

2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne			
2.1. Rehabilitacja stacjonarna	pobyt w oddziale szpitalnym		9.1
2.2. Rehabilitacja dzienna	cykl leczenia	W przypadku, gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów.	10.8
	osoba leczona		10.11
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna	porada		11.4
	wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta	porada		12.4
	wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna	porada		13.4
	wizyta		13.6
	cykl leczenia		13.8
	osoba leczona		13.11
3. Grupa – opieka długoterminowa			
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka	pobyt w oddziale szpitalnym		14.1
	pobyt		14.3
3.2. Długoterminowa dzienna opieka	cykl leczenia		15.8
	osoba leczona		15.11
3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta	porada		16.4
	wizyta		16.6
	cykl leczenia		16.8
	osoba leczona		16.11
3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hostelowym	pobyt		17.3
	osoba leczona		17.11
4. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej			
4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej	badanie	Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18.9
4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych.	19.9
	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik nieobrazowych.	20.9
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta		Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	
4.3.3. Pomoc doraźna – zespoły ratownictwa medycznego	wyjazd ratowniczy		28.12

4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	przelot		29.15
4.3.5. Pomoc doraźna – wodne pogotowie ratunkowe	akcja ratownicza		30.13
4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie	akcja ratownicza		31.13
4.3.7. Pozostałe			
4.3.7.1. Pozostałe – Transport pacjenta	przewóz		32.14
	przelot		32.15
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		33.6
	osoba leczona		33.11
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze		Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze.	34.*
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia		Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.	
5.2.1. Lecznicze środki wspomaganie w okulistyce	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35.18
5.2.2. Przedmioty ortopedyczne	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijsko-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36.18
5.2.3. Lecznicze środki wspomaganie w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37.18
5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38.18

5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy		39.18
5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy		40.18
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne			
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			41.*
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			42.*
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem		Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom.	43.*
6.1.4. Inna			44.*
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badanie (test) przesiewowe		45.20
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym		Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia.	46.*
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym			47.*
6.6. Medycyna sportowa	porada		48.4
	wizyta		48.6
	osoba leczona		48.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		49.11

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

Załącznik nr 2

#### IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

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

- 1) numer księgi rejestrowej albo pierwsze dziewięć cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON;
- 2) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego.



## KODY WYMAGANE DO OZNACZANIA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII

<b>Tabela nr 1.<sup>52)</sup> Kod przynależności do danej grupy zawodowej</b>	
<b>Nazwa zawodu</b>	<b>Kod</b>
1	2
asystentka dentystyczna	1
diagnosta laboratoryjny	2
dietetyk	3
farmaceuta	4
felczer	5
fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
higienistka dentystyczna	7
higienistka szkolna	8
instruktor higieny	9
instruktor terapii uzależnień	33
specjalista psychoterapii uzależnień	34
lekarz	11
lekarz dentysta	12
logopeda	13
masażysta (technik masażysta)	14
opiekunka dziecięca	15
opiekun medyczny	32
optometrysta	16
ortoptystka	17
pielęgniarka	18
położna	19
protetyk słuchu	20
psychoterapeuta	21
ratownik medyczny	22
specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
technik analityki medycznej	24
technik dentystyczny	25
technik farmaceutyczny	26
technik elektroniki medycznej	27
technik elektroradiolog	28
technik optyk	29
technik ortopeda	30
terapeuta zajęciowy	31
psycholog	50

<b>Tabela nr 2. Kod przyczyny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego</b>	
<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Kod</b>
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 uwzględnić przypadek wyjazdu do porodu.	1
Wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które może powodować uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utratę życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.	2
Przypadek niewymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.	3

<sup>52)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 11 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<b>Tabela nr 3.<sup>53)</sup> Kod informacji o sposobie zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa</b>	
<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Kod</b>
osoba, której udzielano świadczenia, została przyjęta przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć	1
osoba, której udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć	2
osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez jednostkę organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	3
osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez centrum urazowe	4
przekazanie opieki nad osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lotniczemu zespołowi ratownictwa medycznego	5
odstąpiono od medycznych czynności ratunkowych	6
inny niż wymieniony wyżej	7

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

<b>Tabela nr 5. (uchylona)<sup>54)</sup></b>
--

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

<b>Tabela nr 7.<sup>55)</sup> Identyfikator osoby, której udzielono świadczenia, oraz kod identyfikatora</b>			
<b>Lp.</b>	<b>Identyfikator</b>	<b>Kod</b>	<b>Wymagany</b>
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	

<sup>53)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 11 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>54)</sup> Przez § 1 pkt 11 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>55)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 11 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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

**Tabela nr 8.<sup>56)</sup> Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie**

Lp.	Uprawnienie		Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie	
	tytuł	kod tytułu	kod nazwy/pełna nazwa dokumentu	pozostałe dane identyfikujące dokument
1	2	3	4	5
1	ubezpieczony	U	K – w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty
			NK – w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	nazwa dokumentu oraz seria i numer dokumentu, jeżeli występuje
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a
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, numer identyfikacyjny gminy z rejestru TERYT (o którym mowa w rozporządzeniu art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej) – jeżeli jest znany świadczeniodawcy

<sup>56)</sup> Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 11 lit. e rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3; § 1 pkt 6 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4, oraz § 1 pkt 4, lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a
3	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy	IA	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, 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 oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a
3a	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	IB	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, 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 oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a
4	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
5	osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM	T – w przypadku paszportu	seria i numer paszportu
6	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 2 ustawy	AL	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie – także numer wykonywania zawodu lekarza
7	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 3 ustawy	NA	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie – także numer wykonywania zawodu lekarza
8	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 4 ustawy	PS	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie – także numer wykonywania zawodu lekarza
9	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 5 ustawy	CU	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie – także numer wykonywania zawodu lekarza

10	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 6 ustawy	ZA	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie – także numer wykonywania zawodu lekarza
11	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy	RP	KP – Karta Polaka, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280, z późn. zm.)	numer oraz data ważności
12	osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ust. 5 ustawy	UC	Pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego
13	osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ust. 6 ustawy	CH	Pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego
14	osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń, zgodnie z art. 67 ust. 7 ustawy	EM	Pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego
15	świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń 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
16	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
17	osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, 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

Tabela nr 8a.<sup>57)</sup> Kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń

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 lit. a ustawy	przypadek nie występuje	OMP
4	art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	OCW	OCP
5	art. 67 ust. 4–7 ustawy	OZW	OZP

<sup>57)</sup> Dodana przez § 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

<b>Tabela nr 9<sup>58)</sup>. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego</b>				
<b>Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia</b>	<b>Rodzaj i zakres uprawnienia</b>	<b>Kategoria</b>		<b>Kod</b>
1	2	3		4
<b>Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowanego</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. 2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjant, funkcjonariusz Straży Granicznej, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MSW
art. 42 ust. 1a ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	42WŻ
			funkcjonariusz	42WF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	42WABW
<b>Prawo do bezpłatnych 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. 2 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		47MON
art. 47 ust. 2a ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	472AŻ
			funkcjonariusz	472AF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	472ABW
<b>Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej</b>				
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		24A
art. 24b ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24BŻ
			funkcjonariusz	24BF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24BABW

<sup>58)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 29.

art. 24c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż te, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24CŻ
			funkcjonariusz	24CF
art. 47c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”	funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24CABW
			inwalida wojenny	47CIB
			inwalida wojskowy	47CIW
			kombatant	47CK
<b>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	inwalida wojskowy	57IB
			kombatant	57IW
			osoba represjonowana	57K
				57OR
art. 57 ust. 2 pkt 10a ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	cywilna niewidoma ofiara działań wojennych		57CN
art. 57 ust. 2 pkt 12 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania – w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		57MON
art. 57 ust. 2 pkt 13 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania – w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	57Ż
			funkcjonariusz	57F
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	57ABW
<b>Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży, porodu i pójgu</b>				
art. 31 ust. 3 ustawy	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentystry oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	osoba do ukończenia 18. roku życia		31D
			kobieta w ciąży albo w okresie pójgu	31C
	świadczenia udzielane w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i pójgu, inne niż udzielane na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy	kobieta w okresie ciąży, porodu i pójgu		C

<b>Tabela nr 10.<sup>59)</sup> Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących</b>	
<b>Przyczyna</b>	<b>Kod</b>
wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
powiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji	2
zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
zgon osoby wpisanej na listę oczekujących	6
potwierdzona przez Fundusz informacja, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
inna przyczyna	9

<sup>59)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.



<b>Tabela nr 11.<sup>60)</sup> Przypadki, w których gromadzona jest przyczyna główna udzielenia świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej</b>			
<b>Lp.</b>	<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Rozpoznania według ICD10</b>	
1	<b>Cukrzyca (E10–E14)</b>	E10; E11; E14	
2	<b>Choroby układu krążenia</b>	(I10–I15) Choroba nadciśnieniowa	I10; I11; I11.0; I11.9; I12; I12.0; I12.9; I13; I13.0; I13.1; I13.2; I13.9; I15
		(I20–I25) Choroba niedokrwienna serca	I20; I20.1; I20.8; I20.9; I25
		(I26–I28) Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego	I27; I27.1; I27.8; I27.9; I28
		(I30–I52) Inne choroby serca	I39.0; I39.1; I39.2; I39.3; I39.4; I42; I42.0; I42.2; I42.6; I42.8; I42.9; I43; I43.1; I43.2; I43.8; I48; I50; I50.0; I50.1; I50.9
		(I60–I69) Choroby naczyń mózgowych	I65; I65.0; I65.1; I65.2; I65.3; I65.8; I65.9; I66; I66.0; I66.1; I66.2; I66.3; I66.4; I66.8; I66.9; I67; I67.2; I67.3; I67.4; I67.5; I67.9; I69
		(I70–I79) Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych	I70; I70.0; I70.1; I70.2; I70.8; I70.9; I71; I71.2; I71.4; I71.6; I71.9; I72; I72.0; I72.1; I72.2; I72.3; I72.4; I72.8; I72.9; I73; I73.0; I73.1; I73.8; I73.9

Załącznik nr 4<sup>61)</sup>**KODY TRYBU PRZYJĘCIA****osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym;
- 2) „3” – przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 3) „4” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 4) „5” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy;
- 5) „6” – 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 2013 r. poz. 947), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124);
- 6) „7” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.<sup>62)</sup>),

<sup>60)</sup> Dodana przez § 1 pkt 11 lit. g rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>61)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 7 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

<sup>62)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602, z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678, Nr 133, poz. 767, Nr 160, poz. 964, Nr 191, poz. 1135, Nr 217, poz. 1280, Nr 233, poz. 1381 i Nr 240, poz. 1431, z 2012 r. poz. 611 oraz z 2013 r. poz. 849, 905, 1036 i 1247.

art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.<sup>63</sup>) oraz art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 178, z późn. zm.<sup>64</sup>).

## KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU

### osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym

#### KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki;
- 3) „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) „7” – przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „8” – przeniesienie z innego szpitala;
- 7) „9” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) „10” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 94, 95a i 96 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego oraz art. 12 i 25a § 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

#### KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” – skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) „6” – wypisanie na własne żądanie;

<sup>63</sup>) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 50, poz. 580, Nr 62, poz. 717, Nr 73, poz. 852 i Nr 93, poz. 1027, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 106, poz. 1149, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, z 2003 r. Nr 17, poz. 155, Nr 111, poz. 1061 i Nr 130, poz. 1188, z 2004 r. Nr 51, poz. 514, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889, Nr 240, poz. 2405 i Nr 264, poz. 2641, z 2005 r. Nr 10, poz. 70, Nr 48, poz. 461, Nr 77, poz. 680, Nr 96, poz. 821, Nr 141, poz. 1181, Nr 143, poz. 1203, Nr 163, poz. 1363, Nr 169, poz. 1416 i Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 15, poz. 118, Nr 66, poz. 467, Nr 95, poz. 659, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 141, poz. 1009 i 1013, Nr 167, poz. 1192 i Nr 226, poz. 1647 i 1648, z 2007 r. Nr 20, poz. 116, Nr 64, poz. 432, Nr 80, poz. 539, Nr 89, poz. 589, Nr 99, poz. 664, Nr 112, poz. 766, Nr 123, poz. 849 i Nr 128, poz. 903, z 2008 r. Nr 27, poz. 162, Nr 100, poz. 648, Nr 107, poz. 686, Nr 123, poz. 802, Nr 182, poz. 1133, Nr 208, poz. 1308, Nr 214, poz. 1344, Nr 225, poz. 1485, Nr 234, poz. 1571 i Nr 237, poz. 1651, z 2009 r. Nr 8, poz. 39, Nr 20, poz. 104, Nr 28, poz. 171, Nr 68, poz. 585, Nr 85, poz. 716, Nr 127, poz. 1051, Nr 144, poz. 1178, Nr 168, poz. 1323, Nr 178, poz. 1375, Nr 190, poz. 1474 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 98, poz. 626, Nr 106, poz. 669, Nr 122, poz. 826, Nr 125, poz. 842, Nr 182, poz. 1228 i Nr 197, poz. 1307, z 2011 r. Nr 48, poz. 245 i 246, Nr 53, poz. 273, Nr 112, poz. 654, Nr 117, poz. 678, Nr 142, poz. 829, Nr 191, poz. 1135, Nr 217, poz. 1280, Nr 240, poz. 1430, 1431 i 1438 i Nr 279, poz. 1645, z 2012 r. poz. 886, 1091, 1101, 1327, 1426, 1447 i 1529 oraz z 2013 r. poz. 480, 765, 849, 1247, 1262 i 1282.

<sup>64</sup>) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887 i Nr 191, poz. 1134, z 2012 r. poz. 579 oraz z 2013 r. poz. 628 i 1165.

- 6) „7” – osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” – wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8) „9” – zgon pacjenta;
- 9) „10” – osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, która samowolnie opuściła podmiot leczniczy.

Załącznik nr 5

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

Załącznik nr 6

(uchylony)<sup>65)</sup>

Załącznik nr 7<sup>66)</sup>

#### SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA

- Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególnej procedurę lub zakres świadczeń. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na poszczególnej procedurę lub zakres świadczeń nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub zakres świadczeń będą wykonywane.
- Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem:  $T = D/L$ , gdzie:
  - T – średni czas oczekiwania,
  - D – łączna liczba dni oczekiwania, gdzie:
    - $D = d^1 + d^2 + \dots + d^n$ , gdzie
    - $d^n$  – liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,
  - L – łączna liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

<sup>65)</sup> Przez § 1 pkt 12 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

<sup>66)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 13 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH  
DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

1. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

1.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

<sup>67)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 8.

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie
2	potw-zest-swiad	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń
3	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem
3	potw-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	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-zposp	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze z określonej umowy i okresu rozliczeniowego
2	poz-spraw-zposp	0-n	Zrealizowane w ramach sprawozdania zaopatrzenie w wyroby medyczne
3	dane-pr-zposp	1	Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia w wyroby medyczne
4	podst-rozlicz	1	Dane o zgodzie płatnika na refundację zaopatrzenia w wyroby medyczne
4	przedmiot	1	Wydane wyroby medyczne

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

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

## 3. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

### 3.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-dekl-poz	1	Element obejmujący sprawozdanie deklaracji wyboru za dany okres rozliczeniowy, z danej umowy
2	deklaracje	1-n	Element obejmujący deklaracje wyboru danego typu
3	personel-dekl	0-n	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub położnej, którym przypisano deklaracje wyboru
4	dekl-poz	1-n	Dane dotyczące pojedynczej deklaracji wyboru
5	pacjent-dekl	1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja wyboru
6	id-pacj-dekl	1	Identyfikacja pacjenta
7	pesel	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL
7	noworodek	0-1 1z	Wskazanie, że deklaracja wyboru dotyczy noworodka bez nadanego numeru PESEL
7	posw-druku-e	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta UE bez nadanego numeru PESEL
7	umowa-ubezyp-ind	0-1 1z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne
6	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie
6	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
6	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

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

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

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

### 4.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

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

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



## 5. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

## 5.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania
1	spraw-l-oczek	1	Rok i miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie
2	lista-oczek	1-n	Dane charakteryzujące listę oczekujących
3	stat-listy-oczek	0-1	Parametry podsumowujące listę oczekujących
4	podzbior-ocz	1-n	Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną
3	lista-osob	0-1	Pełna lista osób oczekujących
4	oczekujący	1-n	Lista pacjentów oczekujących
5	ident-pacj	1	Identyfikacja pacjenta
5	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
5	adres	0-1	Adres zamieszkania pacjenta
5	kontakt	0-1	Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą
5	lista	1	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących
6	lista-w	0-1 1z	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne
7	termin	1	Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia i jego zmian
7	skreslenie	0-1	Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących
6	lista-o	0-1 1z	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących na świadczenia, o których mowa w załączniku nr 10 do rozporządzenia
7	termin	1	Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia i jego zmian
7	skreslenie	0-1	Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania
1	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazywanych w komunikacie
2	potw-lista-oczek	1-n	Informacja o liście
3	lista-problem	0-1	Informacja o przyczynie zakwestionowania lub odrzucenia listy

**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

Załącznik nr 9

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

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

Klasyfikacja ICD 9 CM		Nazwa procedury według ICD 9 CM
zakres	kod	
Zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	23.24	Leczenie aparatem ortodontycznym
	23.27	Leczenie protetyczne
Zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne – różne	87.03 – 87.04, 87.41, 87.71, 88.01, 88.02, 88.32, 88.38	Tomografia komputerowa
	88.72	Echokardiografia
	88.91 – 88.97	Rezonans magnetyczny
	92.093	Tomografia pozytronowa PET

Zabiegi w zakresie oka	12.5	Ułatwienie krążenia śródgałkowego (jaskra)
	13.1 – 13.9	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)
	14.7	Zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia)
Zabiegi w zakresie ucha	20.95 – 20.99	Wszczepienie elektromagnetycznego przyrządu słuchowego, protezy słuchowej
Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego	35	Zabiegi na zastawkach i przegrodach sercowych
	36.0	Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)
	36.1	Pomosty dla rewaskularyzacji serca
	37.8 – 37.9	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca i inne zabiegi
	39.8	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach innych niż wieńcowe
	88.55 – 88.57	Koronarografia
Zabiegi w zakresie układu trawiennego	51.24	Laparoskopowa cholecystektomia, laparoskopowa cholecystektomia laserowa
Zabiegi w zakresie układu moczowego	59.95	Kruszenie kamieni moczowych (ultradźwiękami)
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	80.2	Artroskopia
	81.0 – 81.09	Zabiegi związane z operacjami kręgosłupa (usztywnienie, spondylodeza)
	81.51 – 81.52	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego
	81.53	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego
	81.54	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego
	81.55	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego

- II. Wykaz terapeutycznych programów zdrowotnych oraz świadczeń z zakresu chemioterapii, dla których w okresie przejściowym świadczeniodawcy przekazują dane o średnim przewidywanym czasie oczekiwania oraz łącznej liczbie osób oczekujących na leczenie
1. Leczenie raka piersi docetakselem
  2. Leczenie raka piersi kapecytabiną
  3. Leczenie raka piersi trastuzumabem
  4. Leczenie raka jelita grubego irinotekanem
  5. Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną
  6. Leczenie glejaków mózgu temozolomidem
  7. Leczenie raka jajnika topotecanem
  8. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) imatinibem
  9. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem
  10. Leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem
  11. Leczenie raka jajnika paklitakselem
  12. Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem
  13. Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego
  14. Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci immunoglobulinami
  15. Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową
  16. Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową
  17. Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem
  18. Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta

19. Leczenie przewlekłego WZW typu B lamiwudyną
20. Zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej
21. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem
22. Leczenie sepsy aktywowanym białkiem C
23. Leczenie niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych
24. Leczenie choroby Gauchera imiglucerażą
25. Leczenie niskorosłych dzieci z samotropinową niedoczynnością przysadki (SNP) hormonem wzrostu
26. Leczenie niskorosłych dzieci z ZT hormonem wzrostu
27. Leczenie niskorosłych dzieci z PNN hormonem wzrostu
28. Leczenie choroby Hurler laronidazą
29. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem
30. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem
31. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa pegylowanym
32. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym
33. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa rekombinowanym
34. Leczenie immunosupresyjne mykofenolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu
35. Leczenie immunosupresyjne sirolimusem
36. Leczenie immunosupresyjne tacrolimusem
37. Leczenie dzieci z Zespołem Prader-Willi hormonem wzrostu
38. Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dorosłych
39. Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dzieci
40. Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytowego)

Załącznik nr 10<sup>68)</sup>

WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU KTÓRYCH UDZIELENIA ŚWIADCZENIODAWCY PRZEKAZUJĄ  
DODATKOWY ZAKRES DANYCH, ZGODNIE Z § 8 UST. 2A ROZPORZĄDZENIA

## I. Świadczenia gwarantowane udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych

### A. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Lp.	Poradnie/pracownie	Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych
1	endokrynologiczne	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; 1037 Poradnia leczenia niepłodności dla dzieci; 1038 Poradnia schorzeń tarczycy; 1039 Poradnia schorzeń tarczycy dla dzieci; 1040 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy; 1041 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy dla dzieci
2	chorób naczyń	1120 Poradnia chorób naczyń; 1121 Poradnia chorób naczyń dla dzieci

<sup>68)</sup> Dodany przez § 1 pkt 9 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

3	chirurgii ręki	1552 Poradnia chirurgii ręki; 1553 Poradnia chirurgii ręki dla dzieci
4	hematologiczne	1070 Poradnia hematologiczna; 1071 Poradnia hematologiczna dla dzieci
5	chirurgii naczyniowej	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej; 1531 Poradnia chirurgii naczyniowej dla dzieci
6	neurochirurgiczne	1570 Poradnia neurochirurgiczna; 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci
7	rehabilitacyjne	1300 Poradnia rehabilitacyjna; 1301 Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
8	kardiologiczne	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

## B. Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego – w oddziałach

Lp.	Oddziały	Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych
1	reumatologii	4280 Oddział reumatologiczny; 4281 Oddział reumatologiczny dla dzieci
2	chirurgii plastycznej	4550 Oddział chirurgii plastycznej; 4551 Oddział chirurgii plastycznej dla dzieci
3	endokrynologii	4030 Oddział endokrynologiczny; 4031 Oddział endokrynologiczny dla dzieci
4	alergologiczny	4010 Oddział alergologiczny; 4011 Oddział alergologiczny dla dzieci

## II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) leczenia wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF;
- 2) zabiegów w zakresie ciała szklistego (witrektomia) [14.73; 14.74];
- 3) koronarografii [88.55; 88.56; 88.57];
- 4) wszczepienia/wymiany rozrusznika jednojamowego [37.80; 37.82; 37.86];
- 5) wszczepienia/wymiany rozrusznika dwujamowego [37.83; 37.87].

## III.<sup>69)</sup> 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. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95), mających na celu:

- 1) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B;
- 2) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
- 3) leczenie stwardnienia rozsianego.

## IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- 1) świadczenia rezonansu magnetycznego.

<sup>69)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 29; wszedł w życie z dniem 1 lipca 2012 r.