

Warszawa, dnia 31 grudnia 2014 r.

Poz. 1986

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

z dnia 18 grudnia 2014 r.

**zmieniające 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**

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. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1447) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) w ust. 1:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą onkologiczną”, lub na podstawie karty onkologicznej – przyczyną główną jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego wpisane do karty onkologicznej po udzieleniu tego świadczenia; w przypadku gdy przyczyną główną jest rozpoznanie choroby rzadkiej, znajdującej się w klasyfikacji ORPHANET, dodatkowo jest przekazywany właściwy numer tej klasyfikacji;”

– pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 albo 12 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy – jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy oczekujących;”

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

<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, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188, 1491 i 1831.

– dodaje się pkt 15–17 w brzmieniu:

„15) kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z tabelą nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

16) datę, godzinę i minutę, w systemie 24-godzinnym:

- a) przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitalnego oddziału ratunkowego,
  - b) wypisu świadczeniobiorcy ze szpitalnego oddziału ratunkowego,
  - c) przekazania świadczeniobiorcy do oddziału szpitalnego
- w przypadku udzielenia świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy;

17) kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy, określony zgodnie z tabelą nr 18 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. W przypadku świadczenia zakończonego wydaniem karty onkologicznej oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych zgodnie z art. 32a ustawy na podstawie karty onkologicznej w rejestrze są gromadzone dodatkowo dane zgodne z wpisem do karty onkologicznej:

1) wpisywane wyłącznie w przypadku wydania karty onkologicznej:

- a) data sporządzenia,
  - b) dane lekarza wydającego kartę onkologiczną: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i wskazanie, czy lekarz wydał kartę onkologiczną jako lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych czy świadczeń szpitalnych,
  - c) informacja, czy karta onkologiczna została wydana osobie, której leczenie onkologiczne zostało rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.,
  - d) informacja, czy karta onkologiczna została wydana noworodkowi;
- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej;
- 3) data zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.<sup>3)</sup>), oraz numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów – w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych;
- 4) kod podejrzenia nowotworu złośliwego lub kod rozpoznania zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 5) rozpoznanie histopatologiczne zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 6) kody chorób współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 7) stopień zaawansowania klinicznego nowotworu złośliwego zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;
- 8) kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, określony w tabeli nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 9) kody badań diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń, wykonanych w celu stwierdzenia podejrzenia, rozpoznania lub określenia stopnia zaawansowania nowotworu złośliwego, oraz daty ich wykonania;
- 10) informację, na którym etapie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego jest udzielane świadczenie, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 11) informację o zgodności podejrzenia choroby nowotworowej określonego na etapie diagnostyki podstawowej:
- a) potwierdzony nowotwór złośliwy z danej grupy,
  - b) stwierdzenie innego nowotworu złośliwego niż wskazany w skierowaniu,

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183, 998, 1138 i 1741.

- c) potwierdzenie nowotworu niezłośliwego,
  - d) brak potwierdzenia nowotworu;
- 12) w przypadku ustalenia planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zwany dalej „konsylium”, dodatkowo:
- a) data posiedzenia konsylium,
  - b) dane lekarzy, którzy zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy obowiązkowo uczestniczą w konsylium:
    - specjalizacja,
    - numer prawa wykonywania zawodu,
  - c) informacja o planowanych rodzajach postępowania terapeutycznego wskazanych w karcie onkologicznej oraz dane charakteryzujące świadczeniodawcę realizującego dany rodzaj tego postępowania, o których mowa w ust. 1 pkt 10 i ust. 8 pkt 1a,
  - d) miejsce zorganizowania konsylium wskazane w karcie onkologicznej.”
- c) w ust. 8:
- po pkt 1a dodaje się pkt 1b w brzmieniu:  
„1b) kod miejsca udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;”
  - dodaje się pkt 6 w brzmieniu:  
„6) informacje niezbędne do potwierdzenia spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.”;
- 2) w § 4:
- a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:  
„1a) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej – w przypadku osoby, której wydano kartę onkologiczną, oraz w przypadku gdy diagnostyka onkologiczna lub leczenie onkologiczne są udzielane na podstawie karty onkologicznej;”
  - b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:  
„3a) numer telefonu kontaktowego lub adres poczty elektronicznej – jeżeli został wskazany;”
  - c) w pkt 6 w lit. b tiret drugie otrzymuje brzmienie:  
„– oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy – datę złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej określony w tabeli nr 8a załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazaną w oświadczeniu datę rozpoczęcia i zakończenia udzielenia świadczenia;”
  - d) dodaje się pkt 8 i 9 w brzmieniu:  
„8) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana osobie małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.<sup>4)</sup>):
    - a) imię (imiona) i nazwisko,
    - b) adres miejsca zamieszkania;
  - 9) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana noworodkowi z ciąży mnogiej – numer kolejny noworodka wpisany do karty onkologicznej.”;
- 3) w § 5:
- a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1c w brzmieniu:  
„1a. Dane, o których mowa w § 3 ust. 2a, są przekazywane za pośrednictwem:
    - 1) komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1;
    - 2) aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2.

<sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742, z 2013 r. poz. 1245 oraz z 2014 r. poz. 1822.

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

- 1) w dniu wydania karty onkologicznej w czasie rzeczywistym, dane:
  - a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1–3, 4, 5, 8 i 9,
  - b) charakteryzujące świadczeniodawcę, który wydał kartę onkologiczną, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10, ust. 8 pkt 1a–2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
  - c) wpisane do karty onkologicznej, o których mowa w:
    - § 3 ust. 2a pkt 1, 2, 4 i 10,
    - § 3 ust. 2a pkt 3 – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
    - § 3 ust. 2a pkt 8 – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
    - data porady zakończonej rozpoznaniem – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 2) po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego przez konsylium oraz rozpoczęciu leczenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej, dane charakteryzujące:
  - a) świadczeniodawcę realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10 i ust. 8 pkt 1a–2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
  - b) diagnostykę wstępną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
    - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2–4, 10 i 11; numer karty zgłoszenia nowotworu złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
    - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki wstępnej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
    - data pierwszej udzielonej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną,
    - data porady zakończonej rozpoznaniem podsumowującym diagnostykę wstępną,
  - c) diagnostykę pogłębioną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
    - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2–4, 8 i 10; numer karty zgłoszenia nowotworu złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
    - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki pogłębionej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
    - data pierwszej udzielonej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębioną,
    - data porady zakończonej rozpoznaniem podsumowującym diagnostykę pogłębioną,
  - d) postępowanie i ustalenia konsylium:
    - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2–4, 8, 10 i 12; numer karty zgłoszenia nowotworu złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2,
    - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
  - e) podjęte leczenie onkologiczne:
    - data rozpoczęcia leczenia,
    - data zakończenia leczenia.

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) świadczeniobiorcy, którego prawo do świadczeń zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 1a, pkt 6 lit. a, b oraz e i pkt 7 lit. a;
- 2) osoby, której prawo do świadczeń zostało potwierdzone w inny sposób niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy:
  - a) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 1a, pkt 6 lit. a, b oraz e i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju w odniesieniu do ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy,
  - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–3, 6 i 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju – w odniesieniu do świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy,
  - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–2 i 4–7 – w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.”;

4) § 6 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) ust. 2–4 – w zakresie świadczeń lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, zwanego dalej „lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej”, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ust. 5 – w zakresie świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) ust. 6 – w zakresie świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania;
- 4) ust. 7 – w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 5) ust. 8 – w zakresie transportu sanitarnego.

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

- 1) ust. 3 i 4 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, u tego świadczeniodawcy;
- 2) § 3 ust. 1 – w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

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

- 1) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka;
- 2) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju;
- 3) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6, a w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest porada – dodatkowo także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przekazuje w odniesieniu do wykonanych badań, znajdujących się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, według kodów, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 14 lit. a:

- 1) dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2 oraz w § 3 ust. 1 pkt 6, dotyczące każdego wykonanego badania – w przypadku badań udzielonych świadczeniobiorcom w związku z diagnozowaną cukrzycą lub przewlekłą chorobą układu krążenia, zgodnie z rozpoznaniem wskazanym w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia;



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

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

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

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

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

8. Świadczeniodawcy realizujący umowę w zakresie transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej przekazują liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.”;

5) w § 8:

a) w ust. 1:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) identyfikator listy oczekujących, na który składają się:

- a) identyfikator świadczeniodawcy,
- b) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
- c) kod ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, identyfikujący listę oczekujących:
  - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
  - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 11 do rozporządzenia,
  - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 12 do rozporządzenia;”

– po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) w przypadku listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, dodatkowo:

- a) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej,
- b) kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia – ustalany na podstawie karty onkologicznej przedstawionej przez świadczeniobiorcę;”

– w pkt 6:

– lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;”

– dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) informacja o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10b ustawy,

e) informacja o przywróceniu na listę oczekujących w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 10f ustawy;”

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

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

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:
  - a) liczbę oczekujących oraz dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2, dotyczące każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca,
  - b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,
  - c) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
  - d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
  - e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach

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

d) uchyla się ust. 2a i 3,

e) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa:

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

f) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

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

6. Dane dotyczące list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1a, w zakresie liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, które oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone listy oczekujących.”;

## 6) w § 10:

## a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane:

- 1) w formie elektronicznych komunikatów, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów stosowanych do przekazywania danych, określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia – jeżeli nie wskazano sposobu, o którym mowa w pkt 2;
- 2) w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Funduszu, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach.”

## b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Komunikaty, o których mowa w ust. 3 pkt 1, są dostarczane do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych za pomocą przenośnych informatycznych nośników danych lub w drodze teletransmisji.”;

## 7) w § 11 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

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

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

## 8) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

## a) w tabeli nr 1 po ostatnim wierszu dodaje się wiersz w brzmieniu:

pedagog specjalny	35
-------------------	----

## b) tabela nr 8 otrzymuje brzmienie:

<b>Tabela nr 8. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie</b>				
Lp.	Uprawnienie		Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie	
	tytuł	kod tytułu	kod nazwy/pelna nazwa dokumentu	pozostałe dane identyfikujące dokument
1	2	3	4	5
1	ubezpieczony	U	K – w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty
			NK – w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia



2	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	N	A – w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator, jeżeli występuje, oraz kod gminy krajowego rejestrurządowego podziału terytorialnego kraj, o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.), jeżeli jest znany świadczeniodawcy
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
3	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy	IA	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
4	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	IAU	KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.)  ZPC – decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji

			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
5	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy	IB	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
6	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy	IBU	KB – karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach  ZPC – decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
7	osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E – w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności

				O – w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy	numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
				E – w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności
				F – w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1	rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny – jeżeli podano w dokumencie)
				C – w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego	data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
8	osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM		T – w przypadku paszportu	seria i numer paszportu
9	osoby, którym świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 ustawy	pkt 2	AL	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza
		pkt 3	NA		
		pkt 4	PS		
		pkt 5	CU		
		pkt 6	ZA		
10	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy	RP		KP – Karta Polaka, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2014 r. poz. 1187)	numer oraz data ważności
11	osoby, którym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ustawy	ust. 4	BU	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
		ust. 5	UC		
		ust. 6	CH		
		ust. 7	EM		

12	świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	EL	DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz
13	świadczeniobiorca, któremu udzielono świadczenia w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy	B	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
14	osoba nieposiadająca prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub osoba, która utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę	UP	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
15	osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez inny podmiot niż Fundusz	NF	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane

c) tabela nr 8a otrzymuje brzmienie:

<b>Tabela nr 8a. Kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej</b>			
Lp.	w którym wskazano jako podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	dla oświadczenia złożonego przez	
		świadczeniobiorcę	przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy
1	objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym	OUW	OUP
2	decyzję, o której mowa w art. 54 ustawy	ODW	ODP
3	art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy	przypadek nie występuje	OMP
4	art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy	OCW	OCP
5	art. 67 ust. 4–7 ustawy	OZW	OZP

d) tabela nr 10 otrzymuje brzmienie:

<b>Tabela nr 10. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących</b>		
Lp.	Przyczyna	Kod
1	Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
2	Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę oczekujących	2
3	Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3

4	Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
5	Zgon osoby wpisanej na listę oczekujących	6
6	Informacja potwierdzona przez Fundusz, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
7	Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną na listę oczekujących w ustalonym terminie udzielenia świadczenia	8
8	Inna przyczyna	9
9	Niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących	10

e) uchyla się tabelę nr 11,

f) dodaje się table nr 12–18 w brzmieniu:

<b>Tabela nr 12. Wykaz przyczyn objęcia opieką z diagnozowaną cukrzycą lub przewlekłą chorobą układu krążenia, z czym wiąże się obowiązek składania sprawozdania o danych jednostkowych dotyczących udzielonego badania, zgodnie z § 6 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Rozpoznanie według ICD10</b>
1	Cukrzyca (E10-E14)	E10; E11; E14
2	(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 niedokrwienności 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	

<b>Tabela nr 13. Kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Etap</b>	<b>Kod</b>
1	Skierowanie na konsultację specjalistyczną (diagnostykę wstępną)	1
2	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną u lekarza tej samej specjalizacji	2
3	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną u lekarza innej specjalizacji	3
4	Skierowanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej	4
5	Skierowanie na konsylium	5
6	Decyzja konsylium – pacjent wymaga leczenia onkologicznego	6
7	Decyzja konsylium – pacjent nie wymaga leczenia onkologicznego	7
8	Zamknięcie karty onkologicznej	8



<b>Tabela nr 14. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Etap</b>	<b>Kod</b>
1	Diagnostyka wstępna	1
2	Diagnostyka pogłębiona	2
3	Konsylium	3
4	Zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej	4
5	Rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
6	Zakończenie leczenia onkologicznego	6

<b>Tabela nr 15. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego podawanego w przypadku listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy (dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, którym wydano kartę onkologiczną)</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Etap</b>	<b>Kod</b>
1	Oczekiwanie na diagnostykę wstępną	1
2	Oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną	2
3	Oczekiwanie na konsylium	3
4	Oczekiwanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej	4
5	Oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
6	Oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne	6

<b>Tabela nr 16. Kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Sposób</b>	<b>Kod</b>
1	Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej	1
2	Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej	2
3	Skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny	3
4	Skierowanie do szpitala	4
5	Zakończenie leczenia specjalistycznego	5

<b>Tabela nr 17. Wykaz badań, o których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej składa sprawozdanie jednostkowo, zgodnie z § 6 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Badanie</b>	<b>Wyszczególnienie</b>
1	Badanie ultrasonograficzne	tarczycy i przytarczyc
		ślinianek
		piersi
		nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
		brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
		węzłów chłonnych
		moszny, w tym jąder i najądrzy

2	Zdjęcie radiologiczne	kończyn w projekcji AP i bocznej
		kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej
		kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej
		miednicy w projekcji AP i bocznej
		klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
		czaszki
		zatok
		przełądowe jamy brzusznej
3	Spirometria	spirometria
4	Badanie biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)
		PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity
		FT3
		FT4
		proteinogram
		hormon tyreotropowy (TSH)
		antygen HBs-AgHBs
5	Badanie kału	krew utajona – metodą immunochemiczną

**Tabela nr 18. Kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy**

Lp.	Miejsce	Kod
1	Pomieszczenia podmiotu leczniczego	1
2	Miejsce, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 196 i 822) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi	2

9) w załączniku nr 4 do rozporządzenia:

- a) część KODY TRYBU PRZYJĘCIA osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, otrzymuje brzmienie:

**„KODY TRYBU PRZYJĘCIA**

**osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:**

- 1) „2” – przyjęcie w trybie nagłym;
- 2) „4” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 3) „8” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 4) „5” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy;
- 5) „9” – przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy, osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „11” – przyjęcie bez skierowania osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947,

z późn. zm.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124);

7) „12” – przyjęcie na podstawie skierowania osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;

8) „7” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie 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.), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.), art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382) oraz art. 16 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24).”;

b) w części KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym:

– w KODACH TRYBU PRZYJĘCIA pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„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, art. 12, 25a § 2 i art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.”;

– w KODACH TRYBU WYPISU dodaje się pkt 10 w brzmieniu:

„10) „11” – wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.”;

10) załącznik nr 7 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

11) w załączniku nr 8 do rozporządzenia w części 5.1. „Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę” tabela otrzymuje brzmienie:

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, z wyłączeniem list oczekujących na świadczenia znajdujące się w wykazie określonym w załączniku nr 12 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

- 12) uchyla się załącznik nr 10 do rozporządzenia;
- 13) dodaje się załączniki nr 11 i 12 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załącznikach nr 2 i 3 do niniejszego rozporządzenia.

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

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

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

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

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

– tego załącznika.

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

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

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

- 1) dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących na udzielenie świadczenia:
  - a) liczbę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,

- b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem,
- c) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach

– według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących na udzielenie świadczenia, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w danym okresie sprawozdawczym;
- 3) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

4. Dane, o których mowa w ust. 2:

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

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

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

**§ 5.** Dane, o których mowa w:

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



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

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

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

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 18 grudnia 2014 r. (poz. 1986)

**Załącznik nr 1**

**SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA**

1. Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególną procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy. Grupy te są wyodrębniane ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na określoną procedurę medyczną lub świadczenie w określonym zakresie nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub świadczenie w określonym zakresie będą wykonywane.

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

T – średni czas oczekiwania,

D – łączna liczba dni oczekiwania

gdzie

$$D = d_1 + d_2 + \dots + d_n,$$

gdzie

$d_n$  – liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na tę listę do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,

L – łączna liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

## Załącznik nr 2

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

- I. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:
- 1) leczenie wysiękowe postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dozsklistkowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF;
  - 2) zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia) [14.73; 14.74];
  - 3) koronarografia [88.55; 88.56; 88.57];
  - 4) wszczepienie albo wymiana rozrusznika jednojamowego [37.80; 37.82; 37.86];
  - 5) wszczepienie albo wymiana rozrusznika dwujamowego [37.83; 37.87];
  - 6) implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu [02.931];
  - 7) wszczepienie albo wymiana stymulatora nerwu błędnego [04.941].
- II. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
- 1) świadczenia rezonansu magnetycznego;
  - 2) świadczenia tomografii komputerowej;
  - 3) badania genetyczne.
- III. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego:
- 1) leczenie aparatem ortodontycznym [23.2402; 23.2401; 23.2310];
  - 2) leczenie protetyczne [23.3102; 23.3103; 23.3104; 23.3105].
- IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).
- V. Świadczenia gwarantowane znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli nie są wymienione w pkt I–IV i zostały wskazane w sposób umożliwiający prowadzenie odrębnej listy.

## Załącznik nr 3

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

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

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

- II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

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

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

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