

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 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**

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Rozporządzenie określa zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, lub innym podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także w sprawie rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów 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) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.³⁾);
 - 3) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych - obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;
 - 4) Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych - obowiązująca Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;
 - 5) Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego - Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego potwierdzającą, zgodnie z przepisami o koordynacji, prawo do świadczeń rzeczowych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
 - 6) formularz serii E - formularz serii E potwierdzający, zgodnie z przepisami o koordynacji, prawo do świadczeń rzeczowych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
 - 7) osoba, której udzielono świadczenia - ubezpieczonego, świadczeniobiorcę innego niż ubezpieczony, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy, osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy, oraz osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 1-5 ustawy;
 - 8) 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 państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
 - 9) identyfikator gminy - identyfikator gminy z rejestru TERYT, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej.

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 rejestr świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej "rejestrem 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 dane dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego:

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenie, zgodnie z zakresem określonym w §4;
- 2) kod świadczenia, na który składa się resortowy kod identyfikacyjny funkcji ochrony zdrowia wraz z kodem przyporządkowanej mu jednostki sprawozdawczej, zgodnie z [załącznikiem nr 1](#) do rozporządzenia, zwany dalej "kodem świadczenia"; w przypadku badań laboratoryjnych dodatkowo kod badania według Klasyfikacji Badań Laboratoryjnych;
- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym - pierwsze cztery znaki);
- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących istotnych dla udzielenia tego świadczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym (kod tworzą pierwsze cztery znaki);
- 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (kod tworzą pierwsze cztery znaki), z wyłączeniem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 6) datę rozpoczęcia wykonywania świadczenia, a jeżeli świadczenie obejmuje dokonanie przeszczepu - dodatkowo datę jego wykonania;
- 7) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia, określony według [załącznika nr 2](#) do rozporządzenia, jeżeli świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym;
- 8) datę zakończenia wykonywania świadczenia;
- 9) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia, określony według [załącznika nr 2](#) do rozporządzenia; jeżeli świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym, a przyczyną wypisu jest zgon - dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze cztery znaki);
- 10) liczba dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia - w przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w pkt 2 jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 11) datę wpisu na listę oczekujących;
- 12) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia, wraz z numerem księgi głównej - jeżeli świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym;
- 13) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia określony według [załącznika nr 3](#) do rozporządzenia, zwany dalej "identyfikatorem świadczeniodawcy";
- 14) numer prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza dentystry, felczera, pielęgniarki albo położnej) udzielającego świadczenia;
- 15) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
 - a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
 - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
 - c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie.

2. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, zwane dalej "przedmiotami ortopedycznymi", albo na środki pomocnicze, rejestr świadczeń obejmuje dane:

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenie, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 5, 6 i 8;
- 2) kod świadczenia;
- 3) charakteryzujące zlecenie lub inny dokument, na podstawie którego udzielono świadczenia:
 - a) o których mowa w ust.1 pkt 15,
 - b) kod typu zlecenia lub dokumentu, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych,
 - c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,
 - d) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki);
- 4) dotyczące realizacji zlecenia lub dokumentu, na podstawie którego udzielono świadczenia:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przyjęcia zlecenia (dokumentu) do realizacji,
 - c) liczbę wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,
 - d) kwotę refundacji,
 - e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia,
 - f) datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego;

3. Jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe dotyczyło dokonania naprawy przedmiotu

ortopedycznego rejestr świadczeń obejmuje dane:

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenie, o których mowa w §4 pkt 1, 2, 5, 6 i 8;
- 2) identyfikator wniosku o naprawę;
- 3) identyfikator zlecenia na podstawie którego wydano przedmiot, którego dotyczyła naprawa;
- 4) dotyczące dokonanej naprawy:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,
 - c) kwotę refundacji,
 - d) kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
 - e) datę dokonania naprawy.

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

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenie, o których mowa w §4 pkt 1, 2, 5, 6 i 8,
- 2) kod świadczenia;
- 3) charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 15,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki,
 - c) stopień niesprawności ustalony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy, przyjmujący kod określony w tabeli nr 5 [załącznika nr 4](#) - w przypadku o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy,
 - d) kod rodzaju transportu oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.⁴⁾),
 - e) kod celu przewozu, określony w tabeli nr 6 [załącznika nr 4](#);
- 4) charakteryzujące przejazd środkiem transportu:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę udzielenia świadczenia,
 - c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia;

5. 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 lub z przepisów odrębnych.

6. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1-5, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

- 1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, określony zgodnie z [załącznikiem nr 5](#) do rozporządzenia;
- 2) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej "umową";
- 3) kod dla świadczenia, uzgodniony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) informacje niezbędne do rozliczenia, 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) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 1 i 1a [załącznika nr 4](#) do rozporządzenia;
- 2) imię (imiona) i nazwisko;
- 3) adres 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;
- 4) identyfikator gminy miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) datę urodzenia;
- 6) płeć;

- 7) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
- a) kod tytułu uprawnienia,
 - b) kod i identyfikator dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń,
- określone zgodnie z tabelą nr 2 [załącznika nr 4](#) do rozporządzenia;
 - c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:
 - dane charakteryzujące instytucję właściwą osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z ISO-3166-1 oraz skrót nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji, ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 7:
- a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 3 [załącznika nr 4](#) do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi oraz dane identyfikujące ten dokument.

§5.

1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z zakresu umowy z Funduszem, w tym także wykonanego powyżej wartości umowy, gromadzone w zakresie określonym w §3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.
2. Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej przekazują dane o świadczeniach udzielonych:
 - 1) świadczeniobiorcom którzy złożyli deklarację wyboru – w zakresie określonym w ust. 3;
 - 2) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością oddziału Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę - w zakresie określonym w § 3 ust. 1.
3. Świadczeniodawca, w odniesieniu do świadczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 1, będący:
 - 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej przekazuje:
 - a) w odniesieniu do świadczeń, których jednostką sprawozdawczą, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 jest:
 - porada (porada domowa) - dane o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 oraz w § 4 pkt 1,
 - badanie bilansu zdrowia - dane zbiorcze przedstawiające liczbę wykonanych świadczeń według grup wiekowych, zgodnych z przepisami odrębnymi,
 - badanie - dane zbiorcze przedstawiające liczbę wykonanych badań wskazanych w [załączniku nr 6](#) do rozporządzenia,
 - inna jednostka - dane zbiorcze przedstawiające liczbę wykonanych świadczeń,
 - b) pielęgniarką środowiskową, rodzinną, położną podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarką środowiskową w środowisku nauczania i wychowania przekazuje zbiorcze dane przedstawiające liczbę wykonanych świadczeń.
4. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w §3 pkt 1, zależy od tytułu uprawnienia do udzielenia świadczenia i obejmuje w przypadku:
 - 1) osób ubezpieczonych - dane o których mowa w §4 pkt 1,2, 7 lit.a i pkt 8a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 5 i 6;
 - 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - dane o których mowa w §4;
 - 3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni - dane o których mowa w §4 pkt 1,2,7 i 8.

§6.

1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń:
 - 1) wynikających z art. 12 pkt 1-5 oraz art. 13 ust. 1 i 2 ustawy, które są finansowane ze środków publicznych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - 2) wysokospecjalistycznych na podstawie umowy zawartej z ministrem właściwym do spraw zdrowia,

- 3) na podstawie art. 42 ustawy, finansowanych odpowiednio przez Ministra Obrony Narodowej lub ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
 - 4) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,
 - 5) w ramach realizacji programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ustawy, finansowanych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - przekazują właściwym podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznym, dane o każdym udzielonym świadczeniu, gromadzone w zakresie określonym w §3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.
2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje, w przypadku świadczeniodawców, o których mowa:
- 1) w ust. 1 pkt 1 - dane o których mowa w §4 pkt 1,2, 4 i 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 5 i 6;
 - 2) w ust. 1 pkt 2 - zależy od tytułu uprawnienia do udzielenia świadczenia i obejmuje, w przypadku:
 - a) osób ubezpieczonych - dane o których mowa w §4 pkt 1,2, 4 i 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 5 i 6,
 - b) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - dane o których mowa w §4 pkt 1-7;
 - c) świadczeniobiorców innym niż ubezpieczeni - dane o których mowa w §4 pkt 1,2 i 7;
 - 3) w ust. 1 pkt 3 - dane o których mowa w §4 pkt 1,2, 7 lit.a i 8, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 5 i 6;
 - 4) w ust. 1 pkt 4 - dane o których mowa w §4 pkt 1-4 i 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 5 i 6;
 - 5) w ust. 1 pkt 5 - dane o których mowa w §4 pkt 1,2 i 4, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 5 i 6.

§ 7.

1. Świadczeniodawca:

- 1) działający w ramach umowy z Funduszem i udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
- 2) który udziela świadczeń wysokospecjalistycznych:
 - a) na podstawie umowy z Funduszem,
 - b) finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 15 ust. 3 ustawy,
 - jest zobowiązany do tworzenia i prowadzenia rejestru danych dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanego dalej „listą oczekujących”.

2. Na liście oczekujących są gromadzone następujące dane:

- 1) identyfikator listy, na który składa się co najmniej identyfikator świadczeniodawcy, a w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego także kod tego świadczenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
- 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) o których mowa w § 4 pkt 1- 3,
 - 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 jest dopuszczalne, w chwili wpisywania na listę, wskazanie terminu określonego 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) kod kategorii wpływającej na wyznaczenie terminu, zgodnie z zastosowanym kryterium medycznym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
 - c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kategorii, o której mowa w pkt b, także uzasadnienie tej zmiany;

- 7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
- a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość:
 - „1”- wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę - w tym przypadku wpisuje się dodatkowo datę rozpoczęcia wykonania świadczenia, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 6, a w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym wpisuje się także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 5 rozporządzenia,
 - „2”- powiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji,
 - „3”- zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju,
 - „4”- inna przyczyna;
- 8) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.
3. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych:
- 1) liczba oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - 2) średni rzeczywisty czas oczekiwania, określony zgodnie z [załącznikiem nr 6](#) do rozporządzenia:
 - według poszczególnych kategorii, o których mowa w ust. 2 pkt 6 lit.b.
4. Dane, o których mowa w ust. 2, według stanu na ostatni dzień miesiąca przekazywane są przez świadczeniodawców, o których mowa:
- 1) w ust. 1 pkt 2 lit. a - oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
 - 2) w ust. 1 pkt 2 lit. b - ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 8.

1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tworzą i prowadzą dodatkowo rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, zwany dalej „rejestrem deklaracji”. W przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania rejestrowane są dane dotyczące dzieci i młodzieży objętych opieką.
2. W rejestrze deklaracji gromadzone są dane:
- 1) dotyczące lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do której została złożona deklaracja:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu,
 - b) numer PESEL,
 - c) identyfikator umowy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 2) dane dotyczące osób objętych opieką:
 - a) o których mowa w §4 pkt 1- 3, 5 i 6,
 - b) nazwisko rodowe,
 - c) numer telefonu,
 - d) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonego;
 - 3) kod typu deklaracji, uzgodniony między Funduszem a świadczeniodawcą;
 - 4) data dokonania wyboru;
 - 5) data rezygnacji z opieki;
 - 6) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku studentów i uczniów – także ze względu na miejsce nauki;
 - 7) kod współczynnika korygującego mającego wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej, jeżeli występuje, uzgodniony między Funduszem a świadczeniodawcą.
3. W rejestrze deklaracji gromadzone są następujące dane dotyczące dzieci i młodzieży objętych profilaktyczną opieką zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania:
- 1) o których mowa w §4 pkt 1 i 2;
 - 2) adres szkoły (placówki), na który składa się:
 - a) kod pocztowy,
 - b) miejscowość,
 - c) ulica,
 - d) numer;
 - 3) kod szkoły (placówki) oraz oznaczenie klasy, w sposób uzgodniony między Funduszem a świadczeniodawcą.

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane, o których mowa w ust 2 pkt 1, 2 lit. a i b, 3 i 5 - 7, a w odniesieniu do dzieci i młodzieży objętych profilaktyczną opieką w środowisku nauczania i wychowania – identyfikator osoby oraz dane, o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3.

§9.

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. W takim przypadku podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych określa wzory dokumentów zgodnie z którymi należy przekazywać dane.
3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu, z wyłączeniem danych o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 4, przekazywane są w formie komunikatów elektronicznych, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z opisem komunikatów, określonym w [załączniku nr 8](#) do rozporządzenia.
4. Każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może dodatkowo opracować komunikat elektroniczny przekazujący dane niezbędne do rozliczeń, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 4, zgodnie z przyjętym okresem, trybem i zasadami rozliczeń.
5. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 3 i 4 obejmuje następujące fazy, które mogą się powtarzać:
 - 1) przygotowanie komunikatu przez świadczeniodawcę;
 - 2) przekazanie komunikatu przez świadczeniodawcę;
 - 3) weryfikacja komunikatu przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
 - 4) przygotowanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego, zawierającego potwierdzenie prawidłowości komunikatu lub wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków;
 - 5) przekazanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego do świadczeniodawcy.
6. Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych po dokonaniu weryfikacji poprawności przekazanych danych informują świadczeniodawcę o jej wynikach.
7. Komunikaty, o których mowa w ust. 3 i 4:
 - 1) właściwi ministrowie ogłaszają w drodze obwieszczenia w dzienniku urzędowym ministra, oraz umieszczają na swoich stronach internetowych,
 - 2) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przyjmuje w drodze decyzji i umieszcza na stronie internetowej Funduszu.

§ 10.

1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5, § 6 , § 7 ust. 3 i 4 i § 8 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, jednak nie dłużej niż o siedem dni kalendarzowych.

§ 11.

1. W okresie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia świadczeniodawcy, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:
 - 1) informację o średnim przewidywanym czasie oczekiwania, określonym zgodnie z [załącznikiem nr 7](#) do rozporządzenia:
 - a) w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - b) na wybrane procedury, określone w [załączniku nr 9](#),
 - c) na leczenie w ramach programów terapeutycznych,
 - 2) informację o łącznej liczbie osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca:
 - a) w poszczególnych komórkach organizacyjnych,

- b) na wybrane procedury, określone w [załączniku nr 9](#),
- 3) w odniesieniu do osób wpisywanych na listę od dnia wejścia w życie rozporządzenia, następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych:
- a) średni rzeczowy czas oczekiwania, określony zgodnie z [załącznikiem nr 7](#), według kategorii, o których mowa w §7 ust. 2 pkt 6 lit.b,
 - b) liczba osób oczekujących według kategorii, o których mowa w §7 ust. 2 pkt 6 lit.b.
2. Opis ramowy komunikatu stosowanego przy przekazywaniu danych, o których mowa w ust. 1, określa [załącznik nr 10](#).

§12.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2005 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 176, poz. 1467 i Nr 266, poz. 2248).

§13.

Rozporządzenie wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem § 12, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2006 r.

- 1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).
- 2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519.
- 3) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 163, poz. 1362.
- 4) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420, Nr 239, poz. 2020 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518.

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm), zwanej dalej ustawą, Minister Zdrowia został zobowiązany do wydania rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, a także w sprawie rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów dokumentów.

Realizując to upoważnienie Minister Zdrowia w dniu 29 lipca 2005 r. wydał 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 176, poz. 1467), które miało wejść w życie dnia 1 stycznia 2006 r. Jednak Minister Zdrowia, po przeanalizowaniu wniosku zgłoszonego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia uznał za zasadne przedłużenie okresu vacatio legis z

niepełnych czterech do dziewięciu miesięcy, tj. do dnia 1 lipca br., w celu:

- zapewnienia odpowiedniego okresu dostosowywania systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia (obejmującego Centralę oraz 16 Oddziałów Wojewódzkich) do wymagań określonych w Rozporządzeniu,
- zapewnienia świadczeniodawcom bezpiecznego przejścia do wymiany danych w nowym otwartym systemie XML,
- uniknięcia ryzyka pojawienia się zaburzeń w zakresie rozliczeń związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej (obejmujących kwotę ponad 25 mld złotych) między NFZ a 40 tys. świadczeniodawców,
- przetestowania wprowadzanych przez Rozporządzenie rozwiązań i ewentualne ich modyfikacje.

W trakcie przedłużonego vacatio legis, Minister Zdrowia we współpracy z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, przeprowadził szczegółowe analizy przyjętych rozwiązań i wprowadził niezbędne w nich zmiany. Ze względu na liczbę zmian, nowelizacja Rozporządzenia polega na przygotowaniu nowego ujednoliconego tekstu rozporządzenia. Przyjęcie tego rozwiązania zapewnia większą czytelność regulacji prawnej.

Wprowadzone zmiany dotyczą przede wszystkim:

zakresu danych przekazywanych poszczególnym podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (obecny zakres danych o osobie, której udzielono świadczenie przedstawia załącznik nr 2 do Informacji),

- rozwiązań dotyczących list oczekujących i uwzględniają wstępne wyniki prac ekspertów zachodnich w ramach projektu VITAPOL oraz wprowadzają rozwiązania dla okresu przejściowego,
- zapisów załącznika wprowadzającego kody świadczeń opieki zdrowotnej. W celu weryfikacji kompletności załącznika przyporządkowano podane w nim kody każdemu ze świadczeń kontraktowanych przez Fundusz. W rozwiązaniach szczegółowych towarzyszących pracom nad rozporządzeniem przyjęto, że kody te będą generowane automatycznie, by nie obciążać dodatkowo świadczeniodawców i aby jednocześnie zapewnić kompletność i dobrą jakość gromadzonych i przekazywanych informacji,
-
- uwzględnienia także świadczeń realizowanych w ramach programów zdrowotnych, zlecanych na podstawie art. 48 ustawy,
- rozwiązań dotyczących zakresu danych gromadzonych i przekazywanych przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy poz zobowiązani zostali do zbierania informacji o każdym udzielonym świadczeniu ale w węższym zakresie niż pozostali świadczeniodawcy (np. z wyłączeniem wykonanych procedur). Dane przekazywane są przez świadczeniodawców poz w postaci zbiorczej, z wyjątkiem lekarzy poz, którzy mają obowiązek przekazania danych analitycznych o każdej udzielonej poradzie,
- opisów komunikatów XML. Uwzględniono zapisy normy europejskiej EN 1068 oraz zweryfikowano poprawność zapisów komunikatów m.in. analizując szczegółowe rozwiązania NFZ. Ponadto rozwiązania przyjęte w tym załączniku zostały poddane ocenie eksperta zewnętrznego w celu zapewnienia ich zgodności z zasadą otwartości, poprawnością warsztatową oraz zgodnością z prawem,
- sposobu identyfikacji świadczeniodawców. Wprowadzone zmiany zapewniają możliwość identyfikowania wszystkich świadczeniodawców.

W projekcie nowelizowanego rozporządzenia przyjęto, że wejście w życie nowej regulacji nastąpi w dniu 1 stycznia 2007 roku. Przyjęcie tej daty wynika m.in. z faktu, że trwają prace nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zapisy nowelizowanej ustawy mogą mieć wpływ na treść Rozporządzenia, dlatego pożądanym jest wprowadzenie go w życie po określeniu treści zmian do ustawy.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowana regulacja oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (zobowiązując ich do gromadzenia i przekazywania określonych danych) oraz na Narodowy Fundusz Zdrowia, i inne podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych tj. ministra właściwego do spraw zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości oraz ministra właściwego do spraw

wewnętrznych (odbiorców informacji).

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych

Wejście w życie projektowanej zmiany nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

3. Konsultacje społeczne

Projekt będzie konsultowany z następującymi podmiotami: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Unia Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Związków, Stowarzyszeń, Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Federacja Konsumentów, Związek Pracodawców Służby Zdrowia, Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej, Federacja Związków Pracodawców ZOZ-RP, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSWiA, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Business Centre Club, Związek Rzemiosła Polskiego.

Dodatkowo projekt zostanie przekazany wojewodom i marszałkom województw.

Ponadto projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana zmiana nie ma wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowana zmiana nie ma wpływu na wewnętrzną i zewnętrzną konkurencyjność gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowana zmiana nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Proponowana zmiana ma wpływ na ochronę zdrowia ludności, gdyż dane gromadzone i przekazywane przez świadczeniodawców pozwolą na lepsze niż dotychczas monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej. Tym samym dane te będą stanowiły dobrą podstawę do podejmowania decyzji związanych m.in. z finansowaniem świadczeń ze środków publicznych oraz wprowadzania zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Proponowana zmiana nie ma wpływu na zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.