

Projekt z dnia 15 listopada 2012 r.

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

z dnia ..... 2012 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. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.<sup>3)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) w ust. 1 w pkt 12 lit. d otrzymuje brzmienie:

„d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;”

---

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

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 476 i 1016.

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 159, poz. 1073, z 2011 r. Nr 215, poz. 1273 oraz z 2012 r. poz. 727.

b) w ust. 3:

- pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;”;

- pkt 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5) daty, godziny i minut, w systemie 24-godzinnym:

a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu,

b) przekazania dyspozycji (zlecenia) wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego,

c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,

d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych,

e) zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;

6) kodu zespołu ratownictwa medycznego udzielającego świadczenia określonego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”;

- dodaje się pkt 8 i 9 w brzmieniu:

„8) imienia i nazwiska osoby kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych;

9) wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.”;

c) w ust. 4 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b – d, ”;

2) w § 4 w pkt 6:

a) lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) dane identyfikujące dokument, w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:

- dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy - dane określone w tabeli nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy - data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a załącznika nr 3 do rozporządzenia.”;

b) dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust.11 ustawy – informację o wystąpieniu tego przypadku,

e) w przypadku, gdy osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę – informację o wygaśnięciu tego prawa oraz dacie wygaśnięcia.”;

3) w § 5 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

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

4) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 8

- lp. 1- 3 otrzymują brzmienie

„1	ubezpieczony	U	K - w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty
			NK - w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	nazwa dokumentu oraz seria i numer dokumentu, jeżeli występuje
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a

2	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	N	A - w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator - jeżeli występuje, numer identyfikacyjny gminy z rejestru TERYT (o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej) - 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 oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a
3	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy	Ia	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a"

- dodaje się lp. 3a w brzmieniu:

„3a	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	Ib	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 8a załącznika nr 3 do rozporządzenia"

- dodaje się lp. 15 - 17 w brzmieniu:

„15	Świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	EL	DE – dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz
16	Świadczeniobiorca, któremu udzielono świadczenie w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust.11 ustawy	B	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
17	Osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, która utraciła to prawo w trakcie	UP	B – brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane"

	udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę			
--	---	--	--	--

b) po tabeli nr 8 dodaje się tabelę nr 8a w brzmieniu:

„Tabela nr 8 a. Kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń			
Lp.	w którym wskazano jako podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	dla oświadczenia złożonego przez	
		świadczeniobiorcę	przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy
1.	objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym	OUW	OUP
2.	decyzją, o której mowa w art. 54 ustawy	ODW	ODP
3.	spełnienie warunków określonych w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit a ustawy	OMW	OMP
4.	spełnienie warunków określonych w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit b ustawy	OCW	OCP

5) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

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

**MINISTER ZDROWIA**

Za zgodność pod wzg. prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego  
Alina P...  
Makulsha

DYREKTOR  
Departamentu Prawnego

Władysław...  
radca g...  
5

## WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

### 1. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

#### 1.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	zestaw-świadczon	1-n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, gdy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie, w szczególności dotyczy to wszystkich pobytów na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta
2	dane-zestawu	0-1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy przekazywane są informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Element ten nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informację o potrzebie usunięcia danych o zestawie świadczeń, wysłanych w jednym z poprzednich komunikatów
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w § 4 rozporządzenia
3	zlecenie	0-1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Element ten nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia
3	hospitalizacja	0-1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane wyłącznie w przypadku sprawozdawania obejmującego świadczenia udzielone podczas hospitalizacji

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
3	swiadczenie	1-n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie
4	dane-swiadczenia	0-1	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia
5	kom-org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia
5	personel-real	1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia
5	przyczyna	1	Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia
5	procedura	0-n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu np. konkretne procedury medyczne
5	transport	0-1	Element obejmujący dane charakteryzujące transport pacjenta
5	ratownictwo	0-1	Element obejmujący dane charakteryzujące wyjazd zespołu ratownictwa medycznego

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	swiadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetworzeniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie
2	potw-zest-swiaad	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych zestawie świadczeń
3	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem
3	potw-swiaadcz	0-n	Informacja o ewentualnych problemach występujących w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach rozliczeniowych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
4	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych ze świadczeniem.

## 2. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

### 2.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-spraw-rozlicz-zosp	1	Potwierdzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w wyroby medyczne
2	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania



Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
2	potw-poz-spraw-zposp	0-1 1-Z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z poszczególnymi pozycjami sprawozdania
3	potw-poz-rozl-zposp	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia w wyroby medyczne (pozycji sprawozdania)
4	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z pozycją sprawozdania

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

#### 3.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
7	umowa-ubezp-ind	0-1 1z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie
6	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie
6	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
6	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

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

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

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

### 4.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

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

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

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

### 5. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

#### 5.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	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	oczekujacy	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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
5	lista	1	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących
6	lista-w	0-1 1z	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących na świadczenia wyspospecjalistyczne
7	termin	1	Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia i jego zmian
7	skreslenie	0-1	Dane dotyczące skreslenia z listy oczekujących
6	lista-o	0-1 1z	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących
7	termin	1	Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia i jego zmian
7	skreslenie	0-1	Dane dotyczące skreslenia z listy oczekujących

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

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

#### Objaśnienie do wpisów w kolumnie „krotność”:

**1z** - oznacza, że w konkretnym komunikacie może wystąpić tylko jeden z atrybutów lub elementów na tym samym poziomie hierarchii w ramach elementu bezpośrednio nadrzędnego, które oznaczono symbolem "1z"

- 1-n** - oznacza, że element lub atrybut **musi** wystąpić jeden lub więcej razy
- 0-n** - oznacza, że element lub atrybut **może** wystąpić jeden lub więcej razy
- 0-1** - oznacza, że element lub atrybut **może** lecz nie musi wystąpić jeden raz

## Uzasadnienie

Projekt wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (*Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.*), wydanego na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w 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.*), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Głównym celem nowelizacji jest uwzględnienie w rozporządzeniu zmian wprowadzonych do ustawy o świadczeniach ustawą z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku. Ustawa ta rozszerzyła możliwości potwierdzenia przez świadczeniobiorcę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzając oprócz, obecnie funkcjonujących dokumentów w postaci papierowej, możliwość potwierdzenia tego prawa poprzez dokument elektroniczny lub oświadczenie złożone przez świadczeniobiorcę. Zmiany wprowadzone przez projektowaną regulację dotyczą:

- przepisów określających sposób identyfikacji dokumentu, jaki został okazany w przypadku potwierdzania prawa do świadczeń (zmiana wprowadzona w § 4 pkt 6 lit. b),
- dodania przepisów umożliwiających świadczeniodawcy sprawozdanie:
  - świadczenia udzielonego bez wymaganego potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadkach, o których mowa w art. 50 ust. 11 (tj. w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia) (tj. § 4 pkt 6 lit. d) oraz
  - przypadku, w którym świadczeniobiorca poinformował świadczeniodawcę o wygaśnięciu prawa do świadczeń (§ 4 pkt 6 lit. e),
- tabeli określającej kod nadawany dokumentowi, który posłużył jako potwierdzenie prawa do świadczeń (tabela nr 8),
- dodania nowej tabeli, określającej zakres informacji przekazywanej Funduszowi dotyczącej złożonego przez świadczeniobiorcę oświadczenia (tj. o wskazanej przez świadczeniobiorcę

podstawie prawa do świadczeń oraz czy oświadczenie zostało złożone przez świadczeniobiorcę, czy jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego) (tabela nr 8a).

Ponadto projektowane rozporządzenie ma na celu uwzględnienie postulatów Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zmian dotyczących gromadzonych i przekazywanych danych dotyczących świadczeń:

- 1) zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy,
- 2) ratownictwa medycznego.

Ad. 1. W zakresie danych dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi (zmiany do § 3 ust. 4) poszerzono zakres danych gromadzonych w rejestrze świadczeń oraz przekazywanych do Funduszu o dwie informacje dotyczące osoby uprawnionej:

- 1) identyfikator świadczeniodawcy zlecającego zaopatrzenie w refundowane wyroby medyczne (zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 12 lit. c),
- 2) identyfikator osoby zlecającej zaopatrzenie w refundowane wyroby medyczne – numer wykonywania zawodu (zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 12 lit. d).

Powyższe informacje są niezbędne Narodowemu Funduszowi Zdrowia do monitorowania zaopatrzenia w wyroby medyczne o miesięcznym okresie użytkowania (np. pieluchomajtki). W przypadku tych wyrobów, ze względu na przyjętą przez Fundusz procedurę poświadczenia zlecenia (zlecenie to potwierdza się tylko raz na 12 miesięcy, tak aby ubezpieczony nie musiał co miesiąc stawiać się w Funduszu i na jego podstawie mógł zaopatrywać się w te środki przez cały rok), Fundusz dysponuje jedynie informacją dotyczącą świadczeniodawcy i lekarza, który wypisał pierwsze, „inicjujące” zlecenie. Fundusz nie dysponuje więc danymi dotyczącymi świadczeniodawcy i lekarza wypisującego kolejne zlecenia na środki pomocnicze o miesięcznym okresie użytkowania. Dane te umożliwią także monitorowanie wypisywania zleceń pod kątem zgodności z przepisami, co jest istotne, gdyż środki pomocnicze o miesięcznym okresie użytkowania generują ok. 50 % kosztów rocznych w rodzaju zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne. Dane takie obecnie są dostępne jedynie na rozliczanych zleceniach, co w sytuacji ich ogromnej ilości (ponad 20 tysięcy zleceń miesięcznie) uniemożliwia sporządzanie jakichkolwiek raportów, statystyk itp., które mogłyby wykazać nieprawidłowości. Ponadto dane te umożliwią weryfikację, czy świadczeniodawcy przestrzegają art. 35 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym

świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w nagłych wypadkach **zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne**, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia w trakcie udzielania pacjentowi całodobowych świadczeń tj. czy w trakcie udzielania tych świadczeń nie wypisano pacjentowi zlecenia na te wyroby. W tym przypadku świadczeniodawców obowiązuje zakaz wypisywania świadczeniobiorcom zleceń na wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych i innych podmiotach realizujących, tak aby nie nastąpiło dublowanie świadczeń.

Ponadto wprowadzono zmiany dotyczące obowiązku gromadzenia i przekazywania danych o osobie wystawiającej zlecenie lub skierowanie (§ 3 ust. 1 pkt 12 rozporządzenia). Zgodnie z art. 38 ust. 1 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.), zgodnie z którym „świadczeniobiorcom przysługuje, na zasadach określonych w ustawie, zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawa. Kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 może odbywać się także na zlecenie pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 5 pkt 26 ustawy o świadczeniach. Dotychczasowy przepis nie uwzględniał faktu, iż pielęgniarka oraz położna są także uprawnione do wystawiania zleceń.

Ad 2. Zmiany wprowadzone w zakresie danych dotyczących ratownictwa medycznego mają na celu:

- 1) doprecyzowanie użytych pojęć, tak aby uniknąć, zgłaszanych przez świadczeniodawców, trudności w ich interpretacji. Należy tu zaliczyć następujące zmiany:
  - dostosowanie odesłania w § 3 ust. 3 pkt 2 do brzmienia tytułu tabeli nr 3 załącznika nr 3, do której odnosi się treść wskazanego przepisu. Obecne brzmienie § 3 ust. 3 pkt 2 może prowadzić do nieporozumień, a w konsekwencji do nieprawidłowego gromadzenia i przekazywania informacji przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne,



- w § 3 ust. 5 lit. a i d rozporządzenia (odpowiednio w lit. a wprowadzenie sformułowania „otrzymanie powiadomienia” zamiast „powiadomienie” oraz doprecyzowanie w lit. d, iż chodzi o przybycie zespołu ratownictwa medycznego),

2) zrezygnowanie z uznanej za zbędną, danej dotyczącej daty i godziny przekazania opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (przez usunięcie w § 3 ust. 5 lit. e). Informację tę można uzyskać z zestawienia innych przekazywanych danych tj. daty i godziny zakończenia medycznych czynności ratunkowych (§ 3 ust. 3 pkt 5 lit. e w *wersji po zmianach*) oraz informacji o konieczności przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć (§ 3 ust. 3 pkt 2). Należy jednocześnie wskazać, iż usunięty przepis § 3 ust. 3 pkt 5 lit. e powodował trudności interpretacyjne.

3) zmianę sposobu identyfikowania zespołu ratownictwa medycznego (§ 3 ust. 3 pkt 6) – zamiast dotychczasowego numeru świadczeniodawca będzie gromadził kod określany przez wojewodów w wojewódzkich planach działania systemu, o których mowa w art. 21 ust. 1 *ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 181, poz. 1410, z późn. zm.)*. Zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są obecnie identyfikowane w ten sposób.

4) poszerzenie zakresu gromadzonych danych o:

a) osobie (tj. imieniu i nazwisku) będącej kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego (§ 3 ust. 3 pkt 8) - dana ta pozwoli na zidentyfikowanie osoby odpowiedzialnej za świadczenia udzielane przez zespół ratownictwa medycznego. Powyższa informacja jest wymagana także w karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, której wzór określa załącznik nr 3 do *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

b) tym, czy świadczenie zostało udzielone przez zespół ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym lub poza tym rejonem (§ 3 ust. 3 pkt 9). Na podstawie tych danych można ustalić liczbę przypadków, w których do zabezpieczenia świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w danym rejonie operacyjnym niezbędne jest wykorzystanie

zespołów z innych rejonów operacyjnych. Także ta informacja stanowi jeden z elementów karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.

5) rezygnację z dotychczas obowiązującej zasady przekazywania danych dotyczących tytułu uprawnień osób, którym udzielono świadczeń (przez dodanie § 5 ust. 4). Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, każda *osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ma prawo do uzyskania pomocy* niezależnie od tego, czy posiada tytuł do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego, czy też nie. Ponadto ze względu na specyfikę tych świadczeń, bardzo często brak jest możliwości ustalenia nawet podstawowych danych dotyczących pacjenta.

Ostatnia zmiana polega na ograniczeniu szczegółowości opisu wzoru dokumentu znajdującego się w załączniku nr 8. Zgodnie z projektowaną regulacją załącznik nr 8 określałby jedynie podstawowe elementy struktury komunikatu XML. Główną przyczyną tej zmiany jest fakt, iż zbytnia szczegółowość komunikatu powoduje, iż pojawienie się konieczności wprowadzenia nawet drobnej, technicznej zmiany (np. dotyczącej liczby znaków opisujących dany element) wiąże się z koniecznością nowelizowania rozporządzenia.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego**

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (poprzez niewielkie zmiany w zakresie gromadzonych i przekazywanych danych) oraz na Narodowy Fundusz Zdrowia.

### **2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Projektowane rozporządzenie nie wprowadza zmian, które powodowałyby wzrost obciążenia finansowego budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Zmiany dotyczące zakresu gromadzonych i przekazywanych danych spowodują konieczność wprowadzenia zmian w oprogramowaniu, stosowanym przez świadczeniodawców. Jednakże wprowadzane zmiany wymagają albo poszerzenia już istniejących modułów (tj. obsługujących zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ratownictwo medyczne – w obu przypadkach dodano tylko dwie nowe informacje) albo modyfikacji już istniejących słowników. Zazwyczaj tego rodzaju usługi są wykonywane przez producentów oprogramowania w ramach umów serwisowych.

### **3. Konsultacje społeczne**

Projekt został przekazany do konsultacji Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej i Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych oraz organizacjom zrzeszającym świadczeniodawców i pacjentów.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt rozporządzenia został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na rynek pracy.

**5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

**6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

**7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na ochronę zdrowia ludności.

**8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej**

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.