

Warszawa, dnia 22 czerwca 2026 r.

Poz. 822

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 17 czerwca 2026 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczególnego 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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1588 oraz z 2026 r. poz. 270) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 w ust. 1:

a) w pkt 5 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych, przez które rozumie się procedury niezbędne z punktu widzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego, według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń, z wyłączeniem świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury:”

b) w pkt 12 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) numer prawa wykonywania zawodu albo indywidualny identyfikator wpisu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1730), w przypadku osoby, o której mowa w art. 1 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu albo indywidualny identyfikator wpisu – numer PESEL,”

c) w pkt 20 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„informacje dotyczące harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy, zwanego dalej „harmonogramem przyjęć”, z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy:”

2) w § 8:

a) w ust. 1 w pkt 6 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) informacja o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca w chwili wpisu na listę oczekujących wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 9b ustawy; informacja ta nie jest wpisywana w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy,”

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczególnego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

- b) w ust. 4:
- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Świadczeniodawcy udzielający w ramach umowy z Funduszem świadczeń w szpitalach, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy, albo stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne przekazują Funduszowi.”;
 - uchyla się pkt 4,
- c) w ust. 5 uchyla się pkt 2,
- d) uchyla się ust. 6,
- e) ust. 7 otrzymuje brzmienie:
- „7. Dane dotyczące harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, w zakresie liczby osób wpisanych w harmonogramie przyjęć oraz liczby osób oczekujących, które Fundusz 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.”,
- f) uchyla się ust. 8;
- 3) w załączniku nr 1 do rozporządzenia w tabeli „Kody jednostek statystycznych świadczeń”:
- a) w lp. 1 objaśnienie do jednostki statystycznej „Pobyt w oddziale szpitalnym” otrzymuje brzmienie:
- „Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyłączeniem:
- świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia,
 - świadczeń uznanych za pobyt na oddziale szpitalnym nieprzekraczający 12 godzin, dla których data przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala jest równa dacie jego wypisu,
 - świadczeń w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, dla których jest właściwa jednostka oznaczona kodem 23 albo 24.”,
- b) w lp. 17 objaśnienie do jednostki statystycznej „Bilans zdrowia” otrzymuje brzmienie:
- „Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku albo profilaktyczne badania lekarskie osób dorosłych realizowane zgodnie z warunkami udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określonymi w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy.”,
- c) w lp. 21 objaśnienie do jednostki statystycznej „Świadczenie profilaktyczne” otrzymuje brzmienie:
- „Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom statystycznym o kodach 5, 7, 17, 19 i 20.”,
- d) uchyla się lp. 25,
- e) dodaje się lp. 26 w brzmieniu:

26	Pobyt dzienny w oddziale szpitalnym nieprzekraczający 12 godzin	26	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym w czasie nie dłuższym niż 12 godzin od przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala, zgodnie z warunkami określonymi w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy określających świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, dla którego data przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala jest równa dacie jego wypisu. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 12 godzin albo data przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala jest różna od daty jego wypisu, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym albo leczenie jednego dnia.
----	---	----	---

4) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 13 „Kod tytułu uprawnienia dodatkowego” w części IV „Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania” wiersz dotyczący art. 57 ust. 2 pkt 15 ustawy otrzymuje brzmienie:

art. 57 ust. 2 pkt 15 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych bez wymaganego skierowania dla dzieci i młodzieży	dzieci i młodzież	57M1
		osoby dorosłe korzystające ze świadczeń, w związku z procesem terapeutycznym dzieci i młodzieży	57M2

b) w tabeli nr 15 „Kod kategorii świadczeniobiorcy wpisanego w harmonogramie przyjęć” lp. 2 otrzymuje brzmienie:

2	Oczekujący	osoba wpisana w harmonogramie przyjęć, z wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej – dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej: – na które są prowadzone listy oczekujących, – o których mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy (świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji)	2
		osoba umieszczona w centralnym wykazie oczekujących, oczekująca na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej – dotyczy świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji	7

c) w tabeli nr 16 „Kod przyczyny skreślenia z harmonogramu przyjęć” po lp. 12 dodaje się wiersze w brzmieniu:

Przyczyny mające zastosowanie wyłącznie przy skreślaniu z harmonogramu przyjęć w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy (świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji)		
13	Informacja, że osoba jest wpisana w harmonogramie przyjęć u innego świadczeniodawcy na to samo świadczenie	14

5) w załączniku nr 8 do rozporządzenia dodaje się część VI w brzmieniu:

„VI. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej:

- 1) w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym dla dorosłych wentylowanych mechanicznie;
- 2) w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia wentylowanych mechanicznie.”;

6) w załączniku nr 9 do rozporządzenia w części I w tabeli uchyla się lp. 3, 4, 7 i 9.

§ 2. 1. Harmonogramy przyjęć na udzielenie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, o których mowa w części VI załącznika nr 8 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone od dnia 1 stycznia 2027 r.

2. Do dnia 31 grudnia 2026 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń, o których mowa w ust. 1, wprowadzą do posiadanego systemu informatycznego obsługującego harmonogramy przyjęć dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 grudnia 2026 r.

3. Przepisy dotyczące harmonogramów przyjęć, prowadzonych dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają zastosowanie do świadczeniodawców od dnia umożliwienia przez świadczeniodawcę dokonywania zgłoszeń centralnych przez świadczeniobiorcę, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 26 września 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1537).

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) § 1 pkt 1 lit. a i b, które wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia;
- 2) § 1 pkt 2 lit. b tiret drugie, lit. e i f oraz pkt 3 lit. a i e, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2026 r.;
- 3) § 1 pkt 6 w zakresie lp. 3 w części I załącznika nr 9 do rozporządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2026 r.;
- 4) § 1 pkt 6 w zakresie lp. 4, 7 i 9 w części I załącznika nr 9 do rozporządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2027 r.

Minister Zdrowia: wz. *T. Maciejewski*