

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia.....2004 r.

w sprawie ustalenia zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu sprawozdań okresowych i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz minimalnego zakresu zbiorczych informacji i sposobu ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, oraz rodzajów wykorzystywanych nośników informacji i wzorów dokumentów

Na podstawie art. 190 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) zarządza się, co następuje:

§ 1. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr, 210, poz. 2135);
- 2) ustawa o zawodzie lekarza - ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm²⁾);
- 3) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, ogłoszoną przez Światową Organizację Zdrowia;
- 4) Międzynarodowa Klasyfikacji Procedur Medycznych - obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta ^{CM}, ogłoszoną przez Światową Organizację Zdrowia;
- 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) umowa – umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 13 ustawy, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 25 ustawy oraz położną podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 28 ustawy.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439)

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271 oraz z 2003 r. Nr 90, poz. 845.)

§ 2. Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, gromadzi w swoim systemie informatycznym dane dotyczące:

- 1) ubezpieczonych;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni;
- 4) świadczeniodawców:
 - a) z którymi Fundusz zawarł umowę,
 - b) którzy udzielili świadczenia opieki zdrowotnej w trybie określonym w art. 19 ust. 2 ustawy,
 - c) wystawiających receptę na refundowane leki lub wyroby medyczne, którzy zawarli z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept, zgodnie z art. 34 ust. 2 ustawy;
- 5) aptek realizujących recepty na refundowane leki i wyroby medyczne;
- 6) obrotu refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, przekazywane Funduszowi przez apteki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 2 ustawy;
- 7) każdego jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, zwanego dalej „świadczeniem” udzielonego:
 - a) ubezpieczonemu,
 - b) osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni;
- 8) płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 9) opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 10) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 11) zawartych umów i ich realizacji;
- 12) liczby oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu;
- 13) sytuacji majątkowej i finansowej Funduszu;
- 14) osób zatrudnionych w Funduszu;
- 15) decyzji i uchwał podejmowanych przez organy Funduszu;
- 16) sprawach sądowych.

§3.1 Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji:

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) data urodzenia;
- 4) płeć;
- 5) obywatelstwo;
- 6) numer identyfikacyjny PESEL;
- 7) numer NIP;
- 8) seria i numer dowodu osobistego, paszportu, Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość wraz ze wskazaniem rodzaju tego dokumentu, w przypadku gdy osoba nie ma nadanego numeru identyfikacyjnego PESEL ani numeru NIP;
- 9) numer identyfikacyjny PESEL matki lub opiekuna dziecka, lub ich numer NIP, a w przypadku gdy osoby te nie mają nadanego numeru PESEL ani numer NIP - seria i numer ich dowodu osobistego, paszportu, Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub

innego dokumentu stwierdzającego tożsamość wraz ze wskazaniem rodzaju tego dokumentu - w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL;

10) numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę - w przypadku braku możliwości określenia identyfikatorów, o których mowa w pkt 6-9;

11) kod rodzaju identyfikatora dotyczącego ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, oznaczony symbolem:

- a) „P” - numer PESEL,
- b) „N” - numer NIP,
- c) „B” - osobisty numer identyfikacyjny,
- d) „D” - dowód osobisty,
- e) „T” - paszport;
- f) „E” - Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
- g) „I” - inny dokument potwierdzający tożsamość,
- h) „M” - numer dokumentacji medycznej;

12) kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oznaczony symbolem:

- a) „U” dla ubezpieczonego,
- b) „U42” dla ubezpieczonego posiadającego uprawnienia, określone w art. 42 ustawy,
- c) „P” dla osoby uprawnionej,
- d) „N” dla świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony,
- e) „CN” dla osób posiadających uprawnienia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy,
- f) „DN” dla osób posiadających uprawnienia określone w art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy,
- g) „IN” dla osób nie będących ubezpieczonym, posiadającym uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 ustawy,
- h) „IB” - osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 46 ustawy,
- i) „IW” - osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 45 ustawy,
- j) „ZK” - osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 43 ustawy,
- k) „AZ” - osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 7a ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2004 r. Nr 3, poz. 20, Nr 96, poz. 959, Nr 120, poz. 1252 i Nr 210, poz. 2135),
- l) „WP” - osoba, o której mowa w art. 133 pkt 1, art. 134, 135 ust. 1, art. 161, 164 ust. 1, art. 170 ust. 1 i art. 206 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, z późn. zm.⁴⁾);

13) kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej,

- a) „K” - karta ubezpieczenia zdrowotnego,
- b) „E” - Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
- c) „NK” - w przypadku gdy nie przedstawiono karty lub osoba jest uprawniona do dodatkowych świadczeń - każdy dokument, który zgodnie z obowiązującymi przepisami potwierdza uprawnienia lub szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- d) „O” - poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ustawy,
- e) „F” - formularz serii E,

14) identyfikator dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych:

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 732, Nr 113, poz. 984 i 985, Nr 156, poz. 1301, Nr 166, poz. 1363, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679 i 1683, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 139, poz. 1326, Nr 179, poz. 1750, Nr 210, poz. 2036 i Nr 223, poz. 2217 oraz z 2004 r. Nr 116, poz. 1203

- a) numer dokumentu, o którym mowa w pkt 7 lit. a, b, d oraz e,
 - b) nazwa, numer i seria oraz data ważności jeżeli występuje oraz - w przypadku dokumentu, o którym mowa w pkt 7 lit c,
 - c) data wystawienia, organ wystawiający i numer decyzji - w przypadku dokumentu, o którym mowa w pkt 7 lit. f
- 15) adres zamieszkania;
- 16) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 17) kod terytorialny gminy, zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439 z późn. zm.³⁾), na terenie której:
- a) ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji ma miejsce zamieszkania,
 - b) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji ma miejsce czasowego pobytu – jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 18) kod znacznego stopnia niepełnosprawności zgodnie z oznaczeniem kodów przyjętym w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.⁴⁾) - w przypadku członka rodziny osoby ubezpieczonej lub osoby będącej osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 19) kod stopnia pokrewieństwa z opłacającym składkę, zgodnie z oznaczeniem kodów przyjętym w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych - w przypadku członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu ;
- 20) informacja o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym- w przypadku osób o których mowa w art. 5 pkt 3 lit.c ustawy;
- 21) identyfikator oddziału Funduszu według załącznika nr 1:
- a) właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) wybranego przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) Mazowieckiego Oddziału Funduszu – w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust 1 pkt 16 ustawy, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 22) dane dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym- w przypadku ubezpieczonych:

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 oraz z 2003 r. Nr 217, poz. 2125.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546, Nr 173, poz. 1808, Nr 187, poz. 1925 i Nr 210, poz. 2135.

- a) data objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym;
 - b) kod tytułu ubezpieczenia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
 - c) przyczyna objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem;
 - d) kod przyczyny wyrejestrowania – w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego;
 - e) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego;
- 23) dane dotyczące karty ubezpieczenia zdrowotnego:
- a) data ważności,
 - b) numer identyfikacyjny,
 - c) data unieważnienia w przypadku gdy karta ta została unieważniona;
- 24) dane dotyczące objęcia opieką przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej:
- a) dane dotyczące świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, do którego osoba złożyła deklarację wyboru, o których mowa w art. 56 ust. 1 ustawy,
 - b) data objęcia opieką przez wybranego świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej,
 - c) data rezygnacji z opieki świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej,
 - d) dane o czynnikach mających wpływ na wysokość stawki kapitałowej płaconej przez Fundusz za osobę objętą opieką;
- 25) informacje charakteryzujące instytucję właściwą osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - w przypadku osób uprawnionych do nich na podstawie przepisów o koordynacji:
- a) nazwa instytucji,
 - b) numer identyfikacyjny instytucji,
 - c) symbol kraju do którego należy instytucja, zgodny z normą ISO 3166-1;
- 26) informacja dotycząca uprawnień świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - w przypadku osób uprawnionych do nich na podstawie przepisów o koordynacji:
- a) zakres świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 27) osobisty numer identyfikacyjny – w przypadku osób uprawnionych do nich na podstawie przepisów o koordynacji.
2. Fundusz w odniesieniu do świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni gromadzi i przetwarza dane, o których mowa w §3 ust. 1 pkt 1, 7-12 oraz dane dotyczące rodzaju i zakresu udzielonych im świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust.1.
- §4. Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
- 1) numer NIP;
 - 2) numer REGON;
 - 3) nazwa świadczeniodawcy;
 - 4) adres miejsca prowadzenia działalności;
 - 5) kod terytorialny miejsca prowadzenia działalności zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy o statystyce publicznej;

6) numer rachunku bankowego świadczeniodawcy, na który dokonywana jest płatność związana z udzielonym świadczeniem opieki zdrowotnej.

§5.1 Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) numer NIP;
- 2) numer REGON;
- 3) numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu, jeżeli płatnikowi składek nie nadano numerów, o których mowa w pkt. 1 i 2 lub jednego z nich;
- 4) nazwę (firmę) pełną lub skróconą, a w przypadku osób fizycznych płatników składek nieposiadających nazwy skróconej - imię i nazwisko.

2. Fundusz gromadzi następujące dane o opłaconych składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazywane Funduszowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego :

- 1) imię i nazwisko;
- 2) identyfikator ubezpieczonego wymieniony w § 3 ust. 1 pkt. 7-11;
- 3) identyfikator płatnika wymieniony w § 5 ust. 1 pkt. 1-3;
- 4) okres, którego składka dotyczy;
- 5) kwotę podstawy wymiaru składki;
- 6) kwotę składki należnej;
- 7) kwotę składki opłaconej;
- 8) kwotę odsetek za zwłokę;
- 9) okres, w którym składka za ubezpieczonego nie została opłacona w całości lub części.

§6.1 Fundusz gromadzi dane dotyczące postępowań w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

2. Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące konkursu ofert:

- 1) przedmiot zamówienia;
- 2) kod nazwy oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadzającego konkurs;
- 3) charakterystyka oferty:
 - a) na etapie poprzedzającym negocjacje - kod przyjmujący wartość:
 - 1 - w przypadku, gdy oferta została odrzucona,
 - 2 - w przypadku, gdy oferta nie została zakwalifikowana do negocjacji lub podpisania,
 - 3 - w przypadku, gdy oferta została wycofana przez świadczeniodawcę,
 - 4 - w przypadku, gdy oferta została zakwalifikowana do negocjacji,
 - 5 - w przypadku, gdy oferta została przyjęta do podpisania umowy bez negocjacji,
 - b) na etapie negocjacji- kod przyjmujący wartość:
 - 1 - w przypadku, gdy oferta została odrzucona,
 - 2- w przypadku , gdy oferta nie została zakwalifikowana do negocjacji lub podpisania,
 - 3 - w przypadku, gdy oferta została wycofana przez świadczeniodawcę,
 - 4 - w przypadku, gdy oferta została przyjęta do podpisania umowy,
 - c) na etapie podpisywania umowy - kod przyjmujący wartość:
 - 1 - w przypadku, gdy oferta stała się podstawą do podpisania umowy,
 - 2 - w przypadku, gdy oferta stała się podstawą do podpisania aneksu do umowy,
 - 9 - w przypadku, gdy nie doszło do podpisania umowy lub aneksu do umowy;
- 4) w przypadku, gdy doszło do podpisania umowy – identyfikator umowy ustalony przez Fundusz;
- 5) informacja o zgłoszeniu protestu:
 - a) identyfikator podmiotu składającego protest zgodnie z §5 ust. 1 pkt 1-3,

- b) data złożenia protestu,
- c) data rozstrzygnięcia,
- d) sposób rozstrzygnięcia protestu:
 - pełne uwzględnienie protestu,
 - częściowe uwzględnienie protestu,
 - nieuwzględnienie protestu;
- 6) informacja o złożeniu odwołania:
 - a) identyfikator podmiotu składającego protest zgodnie z §5 ust. 1 pkt 1-3,
 - b) data złożenia odwołania,
 - c) data rozstrzygnięcia,
 - d) sposób rozstrzygnięcia:
 - unieważnienie rozstrzygnięcia konkursu,
 - oddalenie odwołania,
 - e) odwołanie do Prezesa Funduszu w trybie art. 154 ust. 4 ustawy:
 - data złożenia odwołania,
 - data rozstrzygnięcia,
 - uwzględnienie odwołania,
 - nieuwzględnienie odwołania,
 - f) skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego:
 - data złożenia skargi,
 - data rozstrzygnięcia,
 - uwzględnienie skargi,
 - nieuwzględnienie skargi,
 - g) kasacja od orzeczenia wojewódzkiego sądu administracyjnego:
 - uwzględnienie kasacji,
 - oddalenie kasacji.
- 3. Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące przebiegu rokowań:
 - 1) przedmiot zamówienia;
 - 2) kod i skrót oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadzającego rokowania;
 - 3) charakterystyka przebiegu rokowań:
 - a) 5 - w przypadku gdy oferta została przyjęta do podpisania umowy,
 - b) 9 - w przypadku gdy oferta nie została przyjęta do podpisania umowy;**
 - 4) w przypadku, gdy doszło do podpisania umowy – identyfikator umowy ustalony przez Fundusz;
 - 5) informacja o zgłoszeniu protestu jak w §6 ust. 1 pkt 4;
 - 6) informacja o unieważnieniu postępowania jak w §6 ust. 1 pkt 5.

§7.1 Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) identyfikator umowy;
- 2) okres obowiązywania umowy;
- 3) kody i liczby świadczeń;
- 4) kody komórek organizacyjnych świadczeniodawców określone 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. zm⁵⁾), zwaną dalej „ustawą o zakładach opieki zdrowotnej”;

⁵⁾ 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 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223,

- 5) kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy według zakontraktowanych świadczeń;
 - 6) warunki udzielania świadczeń.
2. Fundusz gromadzi następujące dane dotyczące wykonywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
- 1) identyfikator umowy ustalany przez Fundusz;
 - 2) okres obowiązywania umowy;
 - 3) kody i liczby jednostkowych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) kody komórek organizacyjnych według rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art.13 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;
 - 5) dane dotyczące rozliczenia jednostkowych świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) rodzaj jednostek rozliczeń finansowych, będących podstawą do rozliczania umowy, wybrany dla danego typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy,
 - b) wartości jednostek rozliczeń finansowych,
 - c) liczba jednostek rozliczeń finansowych,
 - d) cena;
 - 6) informacja o rozwiązaniu umowy – w przypadku rozwiązania umowy,
 - 7) przyczyna rozwiązania umowy – w przypadku rozwiązania umowy.

§.8.1 Fundusz gromadzi następujące dane charakteryzujące świadczenie:

- 1) kod resortowy funkcji ochrony zdrowia, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;
- 2) określony kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie jest udzielane osobom wymagającym udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, zwanych dalej „opieką stacjonarną” - pierwsze cztery znaki);
- 3) kody nie więcej niż dwóch przyczyn współistniejących istotnych dla udzielenia tego świadczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli świadczenie dotyczy opieki stacjonarnej;
- 4) kody zrealizowanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
- 5) data rozpoczęcia wykonywania świadczenia;
- 6) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, jeżeli świadczenie dotyczy opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej;
- 7) data zakończenia wykonywania świadczenia;
- 8) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, jeżeli świadczenie dotyczy opieki stacjonarnej;
- 9) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów szpitala, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia do szpitala, wraz z numerem księgi głównej, jeżeli świadczenie dotyczy opieki stacjonarnej;
- 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenie i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 11) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, felczera lub pielęgniarki oraz położnej, udzielających świadczenia;

12) kod zleconego przez świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej badania finansowanego ze środków jakie otrzymał na świadczeniobiorców oraz osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, określony według załącznika nr 4 do rozporządzenia;

13) dane charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zostało udzielone na postawie skierowania lub zlecenia, z wyłączeniem zlecenia na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, zwane dalej „przedmiotami ortopedycznymi”, albo na środki pomocnicze oraz zlecenia na przejazd środkiem transportu sanitarnego:

- a) data skierowania lub zlecenia,
- b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
- c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie, i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;

14) dane charakteryzujące zlecenie na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze, jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe zostało udzielone na postawie tego zlecenia:

- a) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,
- b) data wystawienia zlecenia,
- c) identyfikator zlecenia, którym jest numer ewidencyjny zlecenia, a w przypadku środków pomocniczych numer karty zaopatrzenia miesięcznego,
- d) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie, i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- e) numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub felczera wystawiającego zlecenie,
- f) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;

15) dane dotyczące realizacji zlecenia na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze:

- a) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenie i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- b) data przyjęcia zlecenia do realizacji,
- c) liczba wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych;
- d) rzeczywista cena przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego,
- e) kwota refundacji,
- f) dopłata poniesiona przez osobę, której udzielono świadczenie,
- g) data odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego;

16) dane dotyczące dokonania naprawy przedmiotu ortopedycznego:

- a) numer potwierdzenia wniosku na naprawę przedmiotu ortopedycznego,
- b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,
- c) rzeczywista cena naprawy,
- d) dopłata osoby, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
- e) data naprawy;

17) dane charakteryzujące zlecenie na przejazd środkiem transportu sanitarnego, jeżeli świadczenie towarzyszące zostało udzielone na postawie tego zlecenia:

- a) data zlecenia,
- b) identyfikator zlecenia, jeżeli występuje,

- c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie, i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub felczera wystawiającego zlecenie,
- e) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia, według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki,
- f) kod stopnia niesprawności, oznaczony symbolem:
 - „1” w przypadku pierwszego stopnia niesprawności;
 - „2” w przypadku drugiego stopnia niesprawności,
- g) kod odpłatności, przyjmujący wartość:
 - „0” - dla przejazdu przysługującego bezpłatnie;
 - „X” – dla przejazdu przysługującego za odpłatnością w wysokości X% ,
- h) kod rodzaj transportu, oznaczony symbolem:
 - „L” – w przypadku lotniczego transportu sanitarnego;
 - „N” - w przypadku transportu noworodkowego karetką „N”,
 - „S” – w przypadku innego transportu sanitarnego,
- i) kod celu przewozu, przyjmujący wartość:
 - „1” w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - „2” w przypadkach wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
 - „3” w przypadku dysfunkcji narządu ruchu, uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu medycznego,
 - „4” w każdym innym przypadku,
- j) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu:
 - data udzielenia świadczenia,
 - dopłata poniesiona przez osobę, której udzielono świadczenie,
 - dodatkowe dane charakteryzujące przejazd, w tym czas przejazdu i liczba przejechanych kilometrów;

18) dodatkowe dane niezbędne do rozliczenia, określone w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych jeżeli umowa ta przewiduje ich rejestrowanie lub określone w przepisach odrębnych, w tym:

- a) identyfikator umowy,
- b) nazwa świadczenia,
- c) dane dotyczące rozliczenia świadczenia:
 - rodzaj jednostek rozliczeń finansowych, będących podstawą do rozliczania, wybrany dla danego typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy,
 - wartości jednostek rozliczeń finansowych,
 - liczba jednostek rozliczeń finansowych,
 - cena.

2. Fundusz gromadzi dane dotyczące refundowanych leków i wyrobów medycznych określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 2 ustawy.

3. Fundusz gromadzi dane dotyczące recept na refundowane leki i wyroby medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust.2 i art. 63 ust. 6 ustawy.

§ 9. W prowadzonym przez Fundusz rejestrze ubezpieczonych, którzy nie uzyskali potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, są gromadzone dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 33 ust.5 ustawy.

§ 10. Dane dotyczące sytuacji majątkowej i finansowej Funduszu gromadzone są zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm⁶⁾).

§ 11. 1. Fundusz przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia następujące rodzaje sprawozdań okresowych:

- 1) z działalności;
- 2) sporządzane na podstawie danych przekazywanych przez apteki zgodnie rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 63 ust. 6 i 190 ust. 2 ustawy;
- 3) dotyczące postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Sprawozdanie z działalności dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest kwartał, Fundusz przekazuje nie później niż w terminie 45 dni od zakończenia kwartału. Roczne sprawozdanie z działalności przekazywane jest nie później niż do dnia 30 kwietnia roku następnego.

3. Wzory kwartalnych sprawozdań z działalności, określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

4. Wzory sprawozdań dotyczące danych przekazywanych przez apteki określają przepisy wydane na podstawie art. 63 ust. 6 i 190 ust. 2 ustawy.

5. Wzory sprawozdań dotyczące danych dotyczących postępowań w sprawie zawierania umów określa załącznik nr 6 rozporządzenia.

6. Sprawozdania okresowe, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, Fundusz przekazuje w okresie od dnia 1 października każdego roku do dnia 31 marca kolejnego roku, w okresach nie krótszych niż 14 dniowych.

§12. 1 Fundusz co kwartał przekazuje gromadzone przez siebie dane wojewodom i sejmikom wojewódzkim w zakresie określonym we wspólnych porozumieniach wojewody i przewodniczącego sejmiku z danego województwa z Funduszem.

2. Porozumienia zawierane są do dnia 30 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy porozumienie.

3. W przypadku braku porozumienia Fundusz przekazuje wojewodom i marszałkom dane, o których mowa w:

- 1) §3 pkt 3-5;
- 2) §4 pkt 2, 3 i 6;
- 3) §8 ust. 1 pkt 1-4 i 10;
- 4) art. 23 ust. 1 ustawy.

4. Kwartalnie Fundusz przekazuje wojewodom i sejmikom województw dane, nie później niż w terminie 45 dni od zakończenia kwartału. Roczne dane przekazywane są przez Fundusz nie później niż do dnia 30 kwietnia roku następnego, chyba, że strony w porozumieniu postanowią inaczej.

§ 13. 1. Procedura wymiany danych między poszczególnymi podmiotami, o których mowa w art. 190 ust. 3 ustawy niezależnie od stosowanego nośnika danych składa się z następujących faz:

- 1) rejestracji faktu wysłania dokumentu przez podmiot wysyłający;
- 2) przekazania dokumentu z danymi;
- 3) rejestracji faktu otrzymania dokumentu przez podmiot odbierający;

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 60, poz. 535, Nr 124, poz. 1152, Nr 139, poz. 1324 i Nr 229, poz. 2276 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 145, poz. 1535, Nr 146, poz. 1546 i Nr 213, poz. 2155

4) potwierdzenia odbioru przez podmiot odbierający.

2. Fundusz, minister właściwy do spraw zdrowia, wojewodowie oraz sejmiki wojewódzkie ustalają organizacyjne i techniczne metody ochrony przesyłanych danych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271), właściwe dla stopnia zagrożenia związanego z ich zniszczeniem, utratą, dostępem osób nieupoważnionych lub możliwością zmiany przekazywanych danych, w tym terminy przekazywania informacji zbiorczych.

§ 14.1 Dane są przekazywane w formie komunikatów elektronicznych, określonych według załącznika nr 7 do rozporządzenia, poprzez dostarczenie nośnika umożliwiającego odczyt informacji w sposób cyfrowy, z zapisanym na nim komunikatem, albo poprzez teletransmisję komunikatu.

2. Przekazanie komunikatu obejmuje:

- 1) fazę pierwszą - rejestrację przez fundusz faktu wysłania odbiorcy komunikatu elektronicznego;
- 2) fazę drugą - dostarczenie odbiorcy nośnika z komunikatem albo przesłanie komunikatu poprzez jego teletransmisję;
- 3) fazę trzecią - rejestrację przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu i kontrolę jego poprawności;
- 4) fazę czwartą - potwierdzenie przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu, zawierające datę otrzymania komunikatu i jego identyfikator, lub przyczynę odrzucenia komunikatu.

§15. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 roku.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 190 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, zwanej dalej ustawą) minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do wydania rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych danych gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz wzorów i sposobów przekazywania informacji zbiorczych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom i sejmikom województw.

Celem rozporządzenia jest określenie zakresu i rodzaju gromadzonych danych i zasad ich przekazywania, tak by:

- 1) zapewnić Funduszowi dostęp do informacji niezbędnych do prawidłowej realizacji jego zadań statutowych,
- 2) umożliwić Ministrowi Zdrowia dostęp do informacji potrzebnych do monitorowania i kontrolowania funkcjonowania NFZ oraz świadczeniodawców w zakresie wykonywania przez nich świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
- 3) umożliwić wojewodom i sejmikom województw realizację zadań określonych w rozdziale 2 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych dotyczącym zadań władz publicznych.

W związku z powyższym w projekcie rozporządzenia szczegółowo określono dane jakie mają być gromadzone o:

- 1) ubezpieczonych oraz osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
- 2) świadczeniodawcach, z którymi Fundusz zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) składkach i ich płatnikach,
- 4) procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej (na podstawie konkursu ofert i rokowań),
- 5) zakontraktowanych świadczeniach opieki zdrowotnej,
- 6) wykonywaniu umów o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- 7) wykonanych świadczeniach opieki zdrowotnej,
- 8) refundowanych lekach i wyrobach medycznych,
- 9) receptach na refundowane leki i wyroby medyczne,
- 10) zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W projekcie rozporządzenia określono także zakres i rodzaj informacji przekazywanych ministrowi do spraw zdrowia przez Fundusz niezbędny ze względu na nadzór sprawowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia nad Funduszem na podstawie ustawy.

Szczegółowe określenie tych danych zostało przedstawione w formularzach sprawozdania z działalności dotyczących:

- 1) organizacji Funduszu,
- 2) ubezpieczonych,
- 3) postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 4) świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- 5) świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji.

Formularze te stanowią załącznik nr 5 rozporządzenia. Przeważająca część tych formularzy była już wykorzystywana do otrzymywania danych sprawozdawczych z Funduszu, a wcześniej od kas chorych.

Przy tworzeniu formularzy sprawozdania dotyczącego monitorowania procesu zawierania umów wykorzystano dotychczasowe doświadczenia istniejące w tym zakresie w celu określenia zakresu i rodzaju zbieranych danych odpowiednio do zadań ustawowych ministra właściwego do spraw zdrowia. Formularze te stanowią załącznik nr 6 do rozporządzenia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowana regulacja dotyczy ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewodów i sejmików województw.

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

Wejście w życie przedmiotowej regulacji nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa.

3. Konsultacje społeczne

W procesie konsultacji społecznych uwzględnione zostaną: 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”, Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Forum Związków Zawodowych, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Konfederacja Pracodawców Polskich, Związek Pracodawców Służby Zdrowia, Związek Pracodawców Niepublicznej Służby Zdrowia, Federacja Związków Pracodawców ZOZ-RP, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, marszałkowie województw i wojewodowie.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacja nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wewnętrzną i zewnętrzną konkurencyjność gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Projektowane rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na ochronę zdrowia ludności.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Zakres projektu rozporządzenia jest objęty prawem Unii Europejskiej w części dotyczącej norm przygotowanych przez zespół CEN-251 ds. informacji medycznych.