

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 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**

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. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej "Funduszem", lub innym podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów;
- 2) sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

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 - Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w rozporządzeniu wydanym 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 - Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, o której mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;
- 4) osoba, której udzielono świadczenia - świadczeniobiorcę, 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 2-6 ustawy;
- 5) 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 państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 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 świadczenia zdrowotnego;
- 2) kod świadczenia, wynikający z funkcji ochrony zdrowia oraz jednostki sprawozdawczej, określony zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej "kodem świadczenia";
- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne zostało

udzielone w oddziale szpitalnym - pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;

- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących istotnych dla udzielenia tego świadczenia zdrowotnego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, które tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
- 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (pełen kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego, a jeżeli świadczenie zdrowotne obejmuje dokonanie przeszczepu - dodatkowo datę jego wykonania;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 8) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego - w przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 9) datę wpisu do rejestru danych dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zwanego dalej "listą oczekujących", oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy - jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy;
- 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej "identyfikatorem świadczeniodawcy";
- 11) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie, na który składa się:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu - numer PESEL,
 - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 12) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne 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 albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecenia świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie.

2. W przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty osoby, której udzielono świadczenia, pomiędzy wpisem i wypisem do księgi głównej przyjęć i wypisów, stanowią jedną hospitalizację. W tym przypadku dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:

- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 4 do rozporządzenia;
- 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, wraz z numerem księgi głównej;
- 3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 4 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon - dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki.

3. W przypadku, gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:

- 1) przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) konieczności udzielenia świadczeń przez Szpitalny Oddział Ratunkowy lub izbę przyjęć, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

4. 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, albo na podstawie innego dokumentu, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie lub inny dokument, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b,
 - b) kod typu zlecenia lub dokumentu, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń 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) dane dotyczące realizacji zlecenia lub innego dokumentu, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przyjęcia zlecenia lub innego dokumentu do realizacji,
 - c) liczbę wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,
 - d) kwotę refundacji,
 - e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,
 - f) datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
 - g) okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

5. Jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe dotyczyło dokonania naprawy przedmiotu ortopedycznego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) identyfikator wniosku o naprawę;
- 2) datę przyjęcia do naprawy;
- 2) dane 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.

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

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 2) 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego 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 3 do rozporządzenia - w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy,
 - d) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określony w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm. ²⁾),
 - e) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przejazdu,
 - c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

7. 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.

8. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1-7, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

- 1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, określony zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia;
- 2) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej "umową";
- 3) kod dla świadczenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 5) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, 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 7 załącznika nr 3 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) datę urodzenia;
- 5) płeć;
- 6) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
 - a) kod tytułu uprawnienia,
 - b) kod i identyfikator dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń - określone zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
 - c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:
 - dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO-3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji, ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6:
 - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 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, w tym także udzielający świadczeń świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy oraz świadczeń wynikających z art. 12 pkt 2- 4 i 6 ustawy, z zastrzeżeniem § 6, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy z Funduszem, w tym także wykonanego powyżej wartości umowy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, określony w § 3 ust. 1 pkt 1, zależy od tytułu uprawnienia do świadczeń i obejmuje w przypadku:

- 1) ubezpieczonych - dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli

- identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 4-7;
 - 3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni - dane, o których mowa w § 4 pkt 1-3, 6 i 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5;
3. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, przekazują odpowiednio dane, o których mowa w:
- 1) § 3 ust. 4 pkt 2, 3 lit. a-c i pkt 4 - jeżeli realizują zlecenie na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze;
 - 2) § 3 ust. 5 pkt 2-4 - jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.

§ 6.

1. Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej działający w ramach umów z Funduszem gromadzą i przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o świadczeniach udzielonych świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji:
 - 1) którzy złożyli deklarację wyboru - w zakresie określonym w ust. 2 i 3;
 - 2) spoza terenu objętego właściwością oddziału Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę - w zakresie określonym w § 3 ust. 1.
2. Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do porad udzielonych osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.
3. Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, w odniesieniu do świadczeń innych niż porada, udzielonych osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazuje dane zbiorcze według kodów świadczeń określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w zakresie:
 - 1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
 - a) liczbę bilansów zdrowia według grup wiekowych, zgodnych z odrębnymi przepisami,
 - b) liczbę badań według rodzajów badań określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia,
 - c) liczbę szczepień według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
 - d) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń;
 - 2) opieki pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej - liczbę udzielonych świadczeń;
 - 3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania:
 - a) liczbę badań (testów) przesiewowych według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
 - b) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową;
 - c) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń,
 - 4) transportu sanitarnego - liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

§ 7.

1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych przekazują właściwym podmiotom, 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 dane o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz 6 lit. a i c oraz 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

§ 8.

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
- tworzy i prowadzi listę oczekujących.

2. Na liście oczekujących są gromadzone:

- 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 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, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin 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) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
 - c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, o którym mowa w lit. b, także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
 - a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 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:

- 1) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca, w poszczególnych komórkach według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w ust. 2 pkt 6 lit. b;
- 2) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia.

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.

§ 9.

1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tworzą i prowadzą dodatkowo:

- 1) rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, zwany dalej "rejestrem deklaracji poz";
- 2) rejestr danych dotyczących dzieci i młodzieży objętych opieką, zwany dalej "rejestrem deklaracji medycyny szkolnej" - w przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;

- 2) dotyczące osób objętych opieką:
 - a) identyfikator, którym jest:
 - numer PESEL - w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy - dodatkowo w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,
 - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 3;
 - 3) oznaczenie typu deklaracji, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;
 - 4) data dokonania wyboru;
 - 5) data rezygnacji z opieki - jeżeli jest znana świadczeniodawcy;
 - 6) niezbędne do rozliczenia deklaracji z Funduszem, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.
3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:
- 1) dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1, pkt 2 lit. a i b; pkt 3, 4 i 6;
 - 2) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.
4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu z rejestru, o którym mowa:
- 1) w ust. 2 - dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-4 i 6;
 - 2) w ust. 3 - dane, o których mowa w ust. 3.

§ 10.

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.
3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu, przekazywane są w formie elektronicznych komunikatów zapisanych przy użyciu języka XML, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Komunikaty dostarczane są do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych za pomocą przenośnych elektronicznych nośników informacji lub przez ich teletransmisję.
4. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 3, obejmuje mogące się powtarzać fazy:
 - 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.
5. Zasady weryfikacji, o której mowa w ust. 4 pkt 3, są jawne i zamieszczane na stronie internetowej właściwego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

§ 11.

1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5, § 6, § 7, § 8 ust. 3 i 4 i § 9 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.
3. Dane, o których mowa w § 3 ust. 8 pkt 4 i 5, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.
4. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców działających w ramach umów z

Funduszem w zakresie uregulowanym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 137 ust. 10 ustawy.

§ 12.

1. W okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia świadczeniodawcy, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia:

- 1) średni przewidywany czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia oraz liczbę oczekujących, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 2 pkt 6 lit. b. według stanu na ostatni dzień miesiąca:
 - a) w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - b) na wybrane procedury oraz na leczenie w ramach programów zdrowotnych i na świadczenia z zakresu chemioterapii, określone w załączniku nr 9 do rozporządzenia;
- 2) w odniesieniu do osób wpisywanych na listę od dnia 1 stycznia 2007 roku:
 - a) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca, w poszczególnych komórkach organizacyjnych według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 2 pkt 6 lit. b;
 - b) średni rzeczywisty czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia.

§ 13.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 29 marca 2008 r. ⁵⁾

MINISTER ZDROWIA

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

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, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208, Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280.

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, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 oraz z 2007 r. Nr 166, poz. 1172.

4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290.

5) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 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 (Dz. U. Nr 114, poz. 780 i Nr 242, poz. 1756), które utraciło moc na podstawie art. 18 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia stanowi wykonanie 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. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej

„ustawą”.

Projekt rozporządzenia uchyla rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 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 (Dz.U. Nr 114, poz. 780, z późn. zm).

W stosunku do poprzednio obowiązujących przepisów, zmianie uległ w niewielkim zakresie zakres danych charakteryzujących udzielone świadczenie, poprzez dodanie danych charakteryzujących świadczenia ratownictwa medycznego. Konieczność uzupełnienia rozporządzenia o te dane wynika z ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz.1410 z późn.zm). Zgodnie z art. 23 tejże ustawy dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest zobowiązany do przekazywania wojewodzie danych o szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach ratownictwa medycznego, w zakresie określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Celem wprowadzonych zmian było zapewnienie aby Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał od świadczeniodawców dane charakteryzujące działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego. Analiza dotychczasowego zakresu danych wykazała, że w niedostatecznym stopniu charakteryzowane są dane dotyczące wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, stąd wprowadzono dodatkowy ustęp uzupełniający zakres informacji w tym zakresie (§3 ust. 3). Umożliwi to wprowadzenie zmian w zestawie danych przekazywanych przez Fundusz wojewodom na podstawie rozporządzenia wydawanego na podstawie 190 ust. 3 ustawy.

Pozostałe zmiany uwzględnione w projekcie związane są z wejściem w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 166, poz. 1172). Nowelizacja ta wprowadziła m.in. zmiany dotyczące zakresu danych, do jakich przetwarzania uprawniony jest Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia oraz celów, w jakich dane te mogą być przetwarzane; ponadto poszerzyła pojęcia świadczeniobiorcy (kategoria osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3) oraz zakresu osób uprawnionych do korzystania z leczenia w krajach Unii Europejskiej. Ponadto rozporządzenie nie obejmuje już świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie kodeksu karnego wykonawczego, gdyż zgodnie z art. 12a świadczenia te wyłączone są z zakresu stosowania ustawy.

Ponadto projekt uwzględnia także fakt, że koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych bezpłatnie świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i art. 12 pkt 2-4 ustawy, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, będzie pokrywał świadczeniodawcom Narodowy Fundusz Zdrowia. Dotychczas środki finansowe za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone tym świadczeniobiorcom, świadczeniodawcy otrzymywali za pośrednictwem Biura Rozliczeń Międzynarodowych z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia. Obecnie, świadczenia te będą rozliczane przez właściwe Oddziały Funduszu. Stąd dane dotyczące tych świadczeń, zamiast Ministrowi Zdrowia będą obecnie przekazywane Oddziałom Funduszu.

Ponadto uproszczono zapis dotyczący zakresu danych przekazywanych przez świadczeniodawców innym, niż Fundusz podmiotom finansującym świadczenia ze środków publicznych. Zgodnie z obecnym brzmieniem § 7 zakres danych charakteryzujących osobę, jakiej udzielono świadczenia oraz danych charakteryzujących świadczenie, nie jest zróżnicowany w zależności od podmiotu, do którego przekazywane są dane.

Projekt ten uwzględnia też zmiany wynikające ze zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U Nr 282, poz. 2814, z późn.zm), tj. fakt przekazania lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej sprawującemu profilaktyczną opiekę zdrowotną obowiązku wykonywania szczepień, dotychczas należących do zadań pielęgniarki szkolnej.

Projekt rozporządzenia określa też sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia przedłużono wprowadzony poprzednim rozporządzeniem roczny okres przejściowy, dający świadczeniodawcom czas na dostosowanie się do nowych przepisów, o kolejny rok, tj. do końca marca 2008. W tym okresie obok danych dotyczących rzeczywistego czasu oczekiwania, przekazywane będą nadal informacje o przewidywanym czasie oczekiwania.

Ponadto, w Załączniku nr 1 do rozporządzenia, uzupełniono brakujące definicje jednostek sprawozdawczych.

Określony w projekcie zakres informacji, jaki mają gromadzić świadczeniodawcy i przekazywać Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz innym podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, umożliwi Funduszowi i tym podmiotom realizację ich ustawowych zadań.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

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, oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych (odbiorców informacji). Z dotychczasowego kręgu podmiotów, na jakie oddziałuje projektowana regulacja, wyłączono Ministra Sprawiedliwości, gdyż nowelizacja ustawy wyłączyła z zakresu stosowania ustawy świadczenia udzielane na podstawie kodeksu karnego wykonawczego, finansowane z budżetu tego Ministra.

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

Projektowana regulacja nie wprowadza zmian, które wykraczałyby poza dotychczasowy zakres skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

3. Konsultacje społeczne.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie przekazany następującym podmiotom: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska, Naczelna Rada 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, Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, 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, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolski Związek Pracodawców SP ZOZ, Federacja Konsumentów, Związek Pracodawców Służby Zdrowia, Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej, Federacja Związków Pracodawców ZOZ RP, Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSWiA, Izba Lecznictwa Polskiego, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Business Center Club, Związek Rzemiosła Polskiego, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Warszawie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych, Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ, Unia Metropolii Polskich, Unia Miasteczek Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

Projekt rozporządzenia zostanie także przesłany do zaopiniowania przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz skonsultowany z wojewodami i marszałkami województw.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz.U. Nr 169, poz. 1414), projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowana regulacja nie ma wpływu na rynek pracy.

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

Projektowana regulacja nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki oraz przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowana regulacja nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na ochronę zdrowia ludności.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.