

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2019 r.

w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej

Na podstawie art. 11 ust. 4a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, 730, 1590 i 1905) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy zakres danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej „systemem informacji” przekazywanych przez usługodawców do Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej „SIM”;
- 2) terminy przekazywania danych, o których mowa w pkt 1, do SIM;
- 3) sposób przekazywania danych, o których mowa w pkt 1, do SIM.

§ 2. Usługodawca zamieszcza w SIM:

- 1) dane usługodawcy, które obejmują w przypadku:
 - a) podmiotu wykonującego działalność leczniczą – I część jego kodu resortowego z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn., zm.²⁾), oraz 14-znakowy numer REGON zakładu leczniczego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730, 959, 1655 i 2020.

- b) podmiotu działającego na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w części prowadzonej przez okręgową radę lekarską, okręgową radę pielęgniarek i położnych albo Krajową Radę Fizjoterapeutów – numer wpisu podmiotu do tego rejestru wraz z kodem właściwego organu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) dane usługobiorcy, które obejmują:
- a) identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NN, gdzie XXXXX – kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR – rok – w przypadku, gdy osoba nie posiada identyfikatora usługobiorcy, o którym mowa w lit. a,
 - c) numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NW, gdzie XXXXX – kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR – rok – w przypadku dziecka do 6. miesiąca życia, które nie posiada identyfikatora usługobiorcy, o którym mowa w lit. a, i nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z jego rodziców albo opiekuna prawnego,
 - d) imię (imiona) i nazwisko,
 - e) datę urodzenia i płeć, jeżeli usługobiorcy nie nadano numeru PESEL,
 - f) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli usługobiorca, któremu udzielono świadczenia zdrowotnego, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się: nazwa miejscowości, kod pocztowy, ulica, numer domu i lokalu, jeżeli są znane usługodawcy i usługodawca nie przekazywał ich wcześniej do SIM albo uległy one zmianie;
- 3) dane identyfikujące świadczenie zdrowotne, które obejmują:
- a) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia,
 - b) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego,
 - c) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego,

- d) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania usługobiorcy na przepustce – w przypadku, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w tabeli nr 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt, przy czym przez przepustkę rozumie się okresowe przebywanie usługobiorcy poza podmiotem leczniczym w trakcie stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowskiego lub rehabilitacji leczniczej, bez dokonywania z niego wypisu, po wyrażeniu zgody przez tego usługobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez podmiot leczniczy, w którego zakładzie leczniczym usługobiorca przebywa, jeżeli dotyczy,
- e) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą onkologiczną”, lub na podstawie karty onkologicznej, przyczyną główną jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym”, wpisane do karty onkologicznej po udzieleniu tego świadczenia; w przypadku gdy przyczyną główną jest rozpoznanie choroby rzadkiej, znajdującej się w klasyfikacji ORPHANET, dodatkowo jest przekazywany właściwy numer tej klasyfikacji; jeżeli usługobiorcy zostało udzielone świadczenie zdrowotne w rodzaju rehabilitacja lecznicza, dodatkowo przekazuje się kod według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przy czym w zakresach:
- rehabilitacji stacjonarnej – przekazuje się go przy przyjęciu do i przy wypisie ze szpitala,
 - ambulatoryjnych – przekazuje się go przy rozpoczęciu i zakończeniu cyklu terapii, jeżeli dotyczy,
- f) kod przyczyny głównej hospitalizacji zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji

medycznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu jej przetwarzania, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w tabeli nr 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty usługobiorcy, któremu udzielono świadczenia zdrowotnego, pomiędzy wpisem do księgi głównej przyjęć i wypisów a wypisem z niej stanowią jedną hospitalizację; dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, jeżeli dotyczy,

- g) kody przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, spośród których pierwsze trzy przekazane do SIM zostaną udostępnione Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy,
- h) kody przyczyn współistniejących istotnych w przypadku hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; pierwszych pięć kodów przekazanych do SIM zostanie udostępnione Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy,
- i) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według polskiej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń; w przypadku procedur nieokreślonych w polskiej wersji tego dokumentu usługodawca przekazuje do SIM kody zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, a jeżeli kod dotyczy procedury:
 - dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo przekazuje się datę wykonania tej procedury,
 - wykonanej w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 i 1590) – dodatkowo przekazuje się datę,

godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym wykonania tej procedury, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez zespół ratownictwa medycznego,

- j) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.³⁾), na podstawie którego nastąpiło dane zdarzenie medyczne przetwarzane w systemie informacji, jeżeli dotyczy;
- 4) dane miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego, które obejmują:
- a) identyfikator miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 17c ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) część V resortowego kodu identyfikacyjnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy,
 - c) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;
- 5) dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia zdrowotnego lub odpowiedzialnego za jego udzielenie; w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym dodatkowo dane pracownika medycznego kierującego wykonaniem tej operacji albo zabiegu (operatora), które obejmują:
- a) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) imię (imiona) i nazwisko, jeżeli dany pracownik medyczny nie posiada identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w lit. a,
 - c) kod przynależności do danej grupy zawodowej określony zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia;
- 6) dane dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej zgodnie ze standardem Polskiej Implementacji Krajowej HL7 CDA oraz – w odniesieniu do dokumentacji obrazowej – w formacie DICOM, wytworzonej w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym, które obejmują:

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818 i 1905.

- a) identyfikator nadawany przez system usługodawcy,
 - b) rodzaj,
 - c) datę wytworzenia,
 - d) tryb udostępniania,
 - e) adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna;
- 7) inne dane pozwalające na identyfikację zdarzenia medycznego, które obejmują:
- a) identyfikator zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji,
 - b) dane dotyczące płatnika:
 - informację o rodzaju płatnika spośród określonych w art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych określony zgodnie z tabelą 1 lub 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy,
 - c) status komunikatu elektronicznego, o którym mowa w § 7 ust. 6,
 - d) dane osoby zamieszczającej w SIM dane, o których mowa w § 2:
 - w przypadku pracownika medycznego – identyfikator pracownika medycznego art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia wraz z kodem przynależności do danej grupy zawodowej określonym zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia,
 - w przypadku osoby upoważnionej – identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

§ 3. 1. W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej usługodawca przekazuje do SIM dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia zdrowotnego, z wyłączeniem przypadków, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w tabeli nr 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jest badanie lub szczepienie.

2. Dane, o których mowa w ust. 1, obejmują dane określone w § 2, przy czym w zakresie danych identyfikujących świadczenie zdrowotne, o których mowa w § 2 pkt 3, usługodawca przekazuje do SIM wyłącznie dane, o których mowa w § 2 pkt 3 lit. a oraz b, a w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w tabeli nr 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jest porada – dodatkowo także dane, o których mowa w § 2 pkt 3 lit. e.

3. W przypadku określonym w ust. 1, gdy usługobiorca złożył u danego usługodawcy deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o

podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357, 730 i 1590), usługodawca, oprócz danych określonych w ust. 2, przekazuje do SIM dodatkowo kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju.

§ 4. 1. W przypadku świadczeń zdrowotnych pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej usługodawca przekazuje do SIM dane o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w tabeli nr 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jest wizyta patronażowa.

2. Dane, o których mowa w ust. 1, obejmują dane określone w § 2, przy czym w zakresie danych identyfikujących świadczenie zdrowotne, o których mowa w § 2 pkt 3, usługodawca przekazuje do SIM wyłącznie dane, o których mowa w § 2 pkt 3 lit. a oraz b, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 3.

§ 5. 1. Usługodawca podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przekazuje dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia zdrowotnego, z wyłączeniem porad udzielonych telefonicznie w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Dane, o których mowa w ust. 1, obejmują dane określone w § 2, przy czym w zakresie danych identyfikujących świadczenie zdrowotne, o których mowa w § 2 pkt 3, usługodawca przekazuje do SIM dane, o których mowa w § 2 pkt 3 lit. a-c oraz e.

§ 6. 1. Usługodawca zamieszcza w SIM dane, o których mowa w § 2, niezwłocznie, nie później niż w terminie 1 dnia od zakończenia lub rozpoczęcia zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji.

2. Dane, o których mowa w § 2 pkt 3 lit. a oraz c-j, mogą być również zamieszczane przez usługodawcę w SIM w trakcie trwania zdarzenia medycznego, jeżeli rozpoczęcie i zakończenie udzielania świadczenia zdrowotnego nie następuje w tym samym dniu.

§ 7. 1. Usługodawcy przekazują dane do SIM w postaci elektronicznej.

2. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane do SIM w formie komunikatów elektronicznych, zgodnie z wzorami dokumentów stanowiącymi opis komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określonymi przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia i zamieszczonymi w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Przekazywanie komunikatów elektronicznych, o których mowa w ust. 2, obejmuje mogące się powtarzać fazy:

- 1) przygotowania komunikatu elektronicznego przez usługodawcę;
- 2) przekazania komunikatu elektronicznego do SIM przez usługodawcę;
- 3) weryfikacji komunikatu elektronicznego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, a w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych we współpracy z podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
- 4) przygotowania przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, a w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych - we współpracy z podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zwrotnego komunikatu elektronicznego zawierającego potwierdzenie prawidłowości komunikatu elektronicznego lub wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków;
- 5) przekazania usługodawcy zwrotnego komunikatu elektronicznego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia;
- 6) przekazania przez usługodawcę niezwłocznie poprawionego komunikatu elektronicznego jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

4. Opis sposobu weryfikacji, o której mowa w ust. 3 pkt 3, jest jawny i zamieszczany na stronie internetowej jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, a w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych - na stronie właściwego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

5. Przekazywanie komunikatów elektronicznych, o których mowa ust. 2, w tym dotyczących świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, odbywa się za pośrednictwem SIM.

6. Usługodawca określa status komunikatu elektronicznego, o którym mowa w ust. 2, spośród następujących:

- 1) nowy – w przypadku gdy komunikat elektroniczny dotyczy zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, którego dane usługodawca przekazuje po raz pierwszy do SIM;
- 2) aktualizacja – w przypadku gdy komunikat elektroniczny dotyczy zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, którego część danych została wcześniej przekazana do SIM;
- 3) anulowanie – w przypadku gdy komunikat elektroniczny dotyczy anulowania przez usługodawcę wcześniej przekazanego do SIM komunikatu elektronicznego o statusie określonym w pkt 1 lub 2, w którym przekazano błędne dane usługobiorcy; komunikat elektroniczny o statusie „anulowanie” przekazuje się razem z komunikatem elektronicznym o statusie „nowy”, który zawiera poprawne dane usługobiorcy.

§ 8. Usługodawcy udostępniają dane zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji nie później niż od dnia 8 stycznia 2021 r.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Alina Budziszewska-Makulska

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia (poz....)

Załącznik nr 1

**KODY FUNKCJI OCHRONY ZDROWIA I JEDNOSTEK STATYSTYCZNYCH
ŚWIADCZEŃ**

TABELA 1. KODY FUNKCJI OCHRONY ZDROWIA.

Nazwa funkcji ochrony zdrowia		Kod
Grupa	Wyszczególnienie	
1. Grupa – usługi lecznicze	1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz usługobiorcy przyjętego do podmiotu leczniczego.	0
Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków choroby lub urazu.	1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz usługobiorcy przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” obejmuje m.in. chirurgię „jednego dnia”, chemioterapię nowotworów.	1
	1.3. Leczenie ambulatoryjne Świadczenia wykonywane na rzecz usługobiorcy dochodzącego.	
	1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane ze stawianiem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	2
	1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentystów.	3
	1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w	4

		ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia psychiatrii ambulatoryjnej.	
		1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe.	5
		1.3.6. Leczenie w trybie dziennym Leczenie wykonywane na rzecz usługobiorcy przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest usługobiorcom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	6
		1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, położne i innych przedstawicieli zawodów medycznych (z wyjątkiem fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji) oraz wykonywane przez psychologów.	7
		1.4. Świadczenia w domu usługobiorcy, np. porady domowe lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wizyty pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe.	8
2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie		2.1. Rehabilitacja stacjonarna wykonywana na rzecz usługobiorcy przyjętego na oddział szpitalny.	9
		2.2. Rehabilitacja dzienna wykonywana na rzecz usługobiorcy przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w tym samym dniu.	10
		2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna wykonywana na rzecz usługobiorcy dochodzącego.	11

<p>na poprawę sprawności usługobiorcy, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.</p>	<p>2.4. Rehabilitacja w domu usługobiorcy.</p>	<p>12</p>
<p>3. Grupa – opieka długoterminowa Obejmuje opiekę pielęgniarstwa i lekarską wykonywaną na rzecz usługobiorcy w warunkach stacjonarnych albo domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność usługobiorcy bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę</p>	<p>2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna. Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.</p>	<p>13</p>
	<p>3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz usługobiorcy przyjętego na pobyt w podmiocie leczniczym</p>	<p>14</p>
	<p>3.2. Długoterminowa opieka dzienna wykonywana na rzecz usługobiorcy przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.</p>	<p>15</p>
	<p>3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu usługobiorcy Wykonywana w domu usługobiorcy opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.</p>	<p>16</p>
<p>3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym.</p>	<p>17</p>	

<p>nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki paliatywnej.</p>			
<p>4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej</p>	<p>4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej, które obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od usługobiorcy, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.</p>	<p>18</p>	
	<p>4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz usługobiorcy ambulatoryjnego Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz usługobiorcy ambulatoryjnego.</p>	<p>4.2.1. Diagnostyka obrazowa.</p>	<p>19</p>
		<p>4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa.</p>	<p>20</p>
	<p>4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz usługobiorcy</p>	<p>4.3.3. Pomoc doraźna – zespoły ratownictwa medycznego.</p>	<p>28</p>
	<p>Obejmuje medyczne czynności ratunkowe.</p>	<p>4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.</p>	<p>29</p>
		<p>4.3.5. Pomoc doraźna – wodne</p>	<p>30</p>

		pogotowie ratunkowe.	
		4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie.	31
	4.6. Usługi pielęgnacyjne.		33
	4.9. Pozostałe usługi pomocnicze. Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze.		34
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.	6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne.	41
		6.1.2. Zdrowie matki i dziecka.	42
		6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem.	43
		6.1.4. Inna.	44
	6.2. Medycyna szkolna, która obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.		45
	6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym, które obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.		46
	6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym, które obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie		47

	zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy usługobiorcy.	
	6.6. Medycyna sportowa.	48
	6.7. Oświata i promocja zdrowia.	49

TABELA 2. KODY JEDNOSTEK STATYSTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ

Jednostka statystyczna		Objaśnienie
Nazwa	Kod	
Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz usługobiorcy formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez usługodawcę na rzecz usługobiorcy przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.
Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.
Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
Porada patronażowa	5	Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w

		warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
Wizyta patronażowa	7	Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa.
Bilans zdrowia	17	Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia: – zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowanie leczenia,

		– problemów społecznych dziecka i jego rodziny, oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych.
Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych.
Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarskie mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.
Świadczenie profilaktyczne	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyrządkowane jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20.

TABELA 3. KOD ŚWIADCZENIA (KOD FUNKCJI OCHRONY ZDROWIA POWIĄZANY Z KODEM JEDNOSTKI STATYSTYCZNEJ)

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
1. Grupa – usługi lecznicze			
1.1. Leczenie stacjonarne	pobyt w oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do księgi głównej), z wyjątkiem pobytów w: – oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, – oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz usługobiorcy przyjętego do podmiotu leczniczego –	0.3

		<p>kod 14.3 oraz pobyków w podmiocie leczniczym udzielającym długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.</p>	
	osoba leczona	<p>M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobytem na oddziale.</p>	0.11
1.2. Leczenie jednego dnia	leczenie jednego dnia		1.2
	hemodializa		1.16
1.3. Leczenie ambulatoryjne			
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	bilans zdrowia		2.17
1.3.2. Leczenie stomatologiczne	porada		3.4
	badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne	porada		4.4
	cykl leczenia		4.8
	sesja		4.10
	osoba leczona		4.11
1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8
1.3.6. Leczenie w trybie dziennym	cykl leczenia	<p>Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach: 1) rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8; 2) długoterminowej dziennej opieki,</p>	6.8

		przyjmującej kod 15.8.	
	osoba leczona		6.11
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna	porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym.	7.4
	wizyta		7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.	7.8
	sesja		7.10
	osoba leczona		7.11
	hemodializa		7.16
1.4. Świadczenia w domu usługobiorcy	porada	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: 1) rehabilitacji w domu usługobiorcy, przyjmujących kod 12.4; 2) długoterminowej opieki w domu usługobiorcy, przyjmujących kod 16.4.	8.4
	porada patronażowa		8.5
	wizyta	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: 1) rehabilitacji w domu usługobiorcy, przyjmujących kod 12.6; 2) długoterminowej opieki w domu usługobiorcy, przyjmujących kod 16.6.	8.6

	wizyta patronażowa		8.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: 1) rehabilitacji w domu usługobiorcy, przyjmujących kod 12.8; 2) długoterminowej opieki w domu usługobiorcy, przyjmujących kod 16.8.	8.8
	badanie		8.9
	sesja		8.10
	osoba leczona		8.11
	hemodializa		8.16
	bilans zdrowia		8.17
2. Grupa – świadczenia rehabilitacyjne			
2.1. Rehabilitacja stacjonarna	pobyt w oddziale szpitalnym		9.1
2.2. Rehabilitacja dzienna	cykl leczenia	W przypadku, gdy usługobiorcy nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów.	10.8
	osoba leczona		10.11
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna	porada		11.4
	wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11
2.4. Rehabilitacja w domu usługobiorcy	porada		12.4
	wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna	porada		13.4
	wizyta		13.6
	cykl leczenia		13.8

	osoba leczona		13.11
3. Grupa – opieka długoterminowa			
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka	pobyt w oddziale szpitalnym		14.1
	pobyt		14.3
3.2. Długoterminowa dzienna opieka	cykl leczenia		15.8
	osoba leczona		15.11
3.3. Opieka długoterminowa świadczona w domu usługobiorcy	porada		16.4
	wizyta		16.6
	cykl leczenia		16.8
	osoba leczona		16.11
3.4. Opieka długoterminowa świadczona w trybie hostelowym	pobyt		17.3
	osoba leczona		17.11
4. Grupa – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej			
4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej	badanie	Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od usługobiorcy, takim jak: mocz, krew, kał, czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18.9
4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz usługobiorcy ambulatoryjnego	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych.	19.9
	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik nieobrazowych.	20.9
4.3. Ratownictwo medyczne		Obejmuje medyczne czynności ratunkowe usługodawcy.	
4.3.3. Pomoc doraźna	wyjazd		28.12

– zespoły ratownictwa medycznego	ratowniczy		
4.3.4. Pomoc doraźna – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	przelot		29.15
4.3.5. Pomoc doraźna – wodne pogotowie ratunkowe	akcja ratownicza		30.13
4.3.6. Pomoc doraźna – ratownictwo górskie	akcja ratownicza		31.13
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		33.6
	osoba leczona		33.11
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne			
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			41.*
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			42.*
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem		Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom.	43.*
6.1.4. Inna			44.*
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badanie (test) przesiewowe		45.20
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11

6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym		Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia.	46.*
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym			47.*
6.6. Medycyna sportowa	porada		48.4
	wizyta		48.6
	osoba leczona		48.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		49.11

* Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki statystycznej zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2.

Załącznik nr 2

KOD PRZYNALEŻNOŚCI DO DANEJ GRUPY ZAWODOWEJ

Lp.	Nazwa zawodu	Kod
1.	asystentka dentystyczna	1
2.	diagnosta laboratoryjny	2
3.	dietetyk	3
4.	farmaceuta	4
5.	felczer	5
6.	fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
7.	higienistka dentystyczna	7
8.	higienistka szkolna	8
9.	instruktor higieny	9

10.	instruktor terapii uzależnień	33
11.	specjalista psychoterapii uzależnień	34
12.	lekarz	11
13.	lekarz dentysta	12
14.	logopeda	13
15.	masażysta (technik masażysta)	14
16.	opiekunka dziecięca	15
17.	opiekun medyczny	32
18.	optometrysta	16
19.	ortoptystka	17
20.	pielęgniarka	18
21.	położna	19
22.	protetyk słuchu	20
23.	psychoterapeuta	21
24.	ratownik medyczny	22
25.	specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
26.	technik analityki medycznej	24
27.	technik dentystyczny	25
28.	technik farmaceutyczny	26
29.	technik elektroniki medycznej	27
30.	technik elektroradiolog	28
31.	technik optyk	29

32.	technik ortopeda	30
33.	terapeuta zajęciowy	31
34.	psycholog	50
35.	pedagog specjalny	35
36.	terapeuta środowiskowy	36

Załącznik nr 3

**IDENTYFIKATOR PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA
ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

**TABELA NR 1. IDENTYFIKATOR ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Identyfikator	Nazwa oddziału wojewódzkiego
01	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
02	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
03	Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
04	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
05	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
06	Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
07	Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
08	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
09	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
10	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku

11	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
12	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
13	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
14	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
15	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
16	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

TABELA NR 2. IDENTYFIKATOR INNEGO PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

93	Minister Sprawiedliwości
94	minister właściwy do spraw wewnętrznych
97	Minister Obrony Narodowej
98	minister właściwy do spraw zdrowia

UZASADNIENIE

Niniejszy projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 11 ust. 4a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, z późn. zm.) dodanego na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590). Ustawa, w sposób zasadniczy, zmodyfikowała definicję zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, zwanego dalej „zdarzeniem medycznym”. Dotychczas pojęcie to rozumiane było jako czynność w ramach świadczenia zdrowotnego lub świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), której dane są przetwarzane w systemie informacji. Obecnie natomiast jest ono definiowane jako świadczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 2 pkt 18 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia).

W wyniku dokonania powyższej zmiany legislacyjnej, koniecznym stało się dostosowanie do nowego brzmienia definicji zdarzenia medycznego zakresu danych, które usługodawcy mają obowiązek przekazywać do Systemu Informacji Medycznej, zwanego dalej „SIM”. Na poziomie ustawy zostały wskazane ogólne kategorie danych zdarzenia medycznego, jakie usługodawca przekazuje do SIM. Obejmują one: dane usługodawcy, dane usługobiorcy, dane identyfikujące świadczenie zdrowotne, dane miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego, dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia zdrowotnego, dane dotyczące dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym oraz inne dane pozwalające na identyfikację zdarzenia medycznego. Projektowane rozporządzenie precyzuje natomiast, jakie szczegółowe informacje należące do ww. kategorii, podlegają obowiązkowemu raportowaniu przez usługodawców do SIM. Warto wskazać, że proponowane zakresy danych sformułowane zostały możliwie wąsko, kierując się dążeniem do nienakładania nadmiernych obowiązków administracyjnych na podmioty wykonujące działalność leczniczą. Jednocześnie każdy z nich posiada wyczerpujący charakter, co wynika z faktu, że dane obligatoryjnie przekazywane do SIM w powiązaniu z informacjami zawartymi w innych rejestrach np. ogólnodostępnym Rejestrze

Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) czy rejestrze PESEL, zapewniają dostateczną identyfikację usługodawcy, usługobiorcy oraz innych elementów zdarzenia medycznego.

Już dziś niektórzy usługodawcy, tj. podmioty, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, sprawozdaje do NFZ część danych, jakie proponuje się, by były przekazywane do SIM. Zakres danych, jakie świadczeniodawcy, w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zobligowani są przekazywać do NFZ został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 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. poz. 1207). Warto podkreślić, że część danych określonych w § 2 niniejszego projektu rozporządzenia, została zaczerpnięta z katalogu zawartego w ww. rozporządzeniu i włączona do zakresu informacji obowiązkowo raportowanych do SIM. Przedmiotowe działanie miało na celu zaprojektowanie katalogu danych dotyczących zdarzenia medycznego, który będzie je zwięźle a zarazem dostatecznie wyczerpująco charakteryzował. Głównym zamierzeniem projektodawców było bowiem stworzenie narzędzia ułatwiającego proces udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno z perspektywy usługodawców jak i pracowników medycznych. Należy również podkreślić, że pokrywające się dane, które sprawozdawane są do NFZ oraz mają być przekazywane do SIM, nie będą raportowane dwutorowo, lecz nastąpi udostępnienie NFZ danych z SIM w celu rozliczania świadczeń zdrowotnych.

Pierwsza grupa informacji zamieszczanych w SIM obejmuje dane dotyczące usługodawcy (§ 2 pkt 1 projektowanego rozporządzenia). Proponuje się zobligowanie podmiotów leczniczych do raportowania do SIM I części jego kodu resortowego z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.) oraz 14-znakowego numeru REGON zakładu leczniczego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego. Dostarczą one bowiem informacji o tym, w jakim podmiocie leczniczym oraz w którym z jego zakładów

lecniczych, zaistniało dane zdarzenie medyczne. Z kolei na podmioty działające na podstawie wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską, okręgową radę pielęgniarek i położnych albo Krajową Radę Fizjoterapeutów, proponuje się nałożyć obowiązek przekazywania do SIM informacji o identyfikatorze usługodawcy składającym się z numeru wpisu tego podmiotu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz z kodu właściwego organu, o którym mowa w stosownych przepisach wykonawczych.

Drugą kategorię informacji zamieszczanych w SIM stanowią dane dotyczące usługobiorcy (§ 2 pkt 2 projektowanego rozporządzenia). W ramach projektu rozporządzenia proponuje się, by podstawową daną identyfikującą usługobiorcę był identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Co do zasady odpowiada on numerowi PESEL usługobiorcy, natomiast w sytuacji, gdy usługobiorcy nie nadano numeru PESEL, stanowi on serię i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 235 z 09.09.2015, str. 1). W projekcie rozporządzenia przewidziano też rozwiązania znajdujące zastosowanie do osób nielegitymujących się żadnym z powyższych dokumentów i którym nie przypisano żadnego ww. numerów. W takiej sytuacji identyfikator powinien zostać skonstruowany w sposób określony § 2 pkt 2 lit. b oraz c. Jeśli usługobiorcy nie nadano numeru PESEL, usługodawca przekazuje również datę urodzenia oraz płeć usługobiorcy. Ponadto proponuje się, by usługodawca zamieszczał w SIM adres miejsca zamieszkania, a jeżeli usługodawca nie posiada go na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Trzecia grupa informacji przekazywanych do SIM obejmuje dane identyfikujące świadczenie zdrowotne (§ 2 pkt 3 projektowanego rozporządzenia). W zakresie informacji przekazywanych w ramach tej grupy usługodawca zobligowany będzie raportować ogólne dane charakteryzujące od strony medycznej udzielone świadczenie

zdrowotne (§ 2 pkt 3 projektowanego rozporządzenia). Proponuje się, by obejmowały one: kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej zgodny z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do projektowanego rozporządzenia, kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta oraz kod przyczyny głównej hospitalizacji, o ile dane te dotyczą przedmiotowego zdarzenia medycznego. Usługodawca musi także zaraportować datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego, a jeżeli udzielenie świadczenia zdrowotnego następuje w więcej niż jednym dniu kalendarzowym - również datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego, datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania usługobiorcy na przepustce, identyfikator skierowania, jeżeli zostało ono wystawione w postaci elektronicznej.

Ponadto w ramach tej kategorii danych usługodawcy muszą przekazywać do SIM kody przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (istotna jest kolejność ich raportowania do SIM, ponieważ pierwsze trzy z nich zostaną udostępnione NFZ w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej), kody przyczyn współistniejących istotnych w przypadku hospitalizacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (podobnie jak wyżej ich kolejność jest ważna, ponieważ pierwsze pięć z nich zostanie udostępnionych NFZ w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej) oraz kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych. W przypadku ostatniej grupy wymienionych kodów należy podkreślić, że mają one być ustalane według polskiej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń. W przypadku natomiast procedur nieokreślonych w polskiej wersji ww. dokumentu usługodawca przekazuje do SIM kody zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM. Celem raportowania wymienionych powyżej danych jest zamieszczenie w SIM syntetycznego opisu udzielonego świadczenia zdrowotnego, tak by stanowił on wartościową a zarazem zwięzłą informację dla innych pracowników medycznych, którzy będą zapoznawali się z tymi danymi np. w ramach zapewniania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych usługobiorcy.

Kolejne istotne kategorie danych charakteryzujących zdarzenie medyczne stanowią informacje o: miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego, personelu uczestniczącym w jego udzielaniu oraz dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z danym zdarzeniem medycznym.

W zakresie zamieszczanych w SIM danych o miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego, planuje się by usługodawcy przekazywali identyfikator miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 17c ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz informacje o częściach V i VII resortowego kodu identyfikacyjnego. Sprawozdanie ww. danych pozwoli na przypisanie danego zdarzenia medycznego do konkretnej jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej, jeżeli występują one w strukturze podmiotu leczniczego.

W odniesieniu do pracownika medycznego, proponuje się, by za podstawową informację, służącą do identyfikacji pracownika medycznego, uznać identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Co do zasady stanowi on numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku osób, którym go nie nadano – numer PESEL. Dodatkowo projekt rozporządzenia zakłada, że usługodawcy będą zamieszczać w SIM również imię (imiona) i nazwisko oraz kod przynależności pracownika medycznego do danej grupy zawodowej wybrany spośród określonych w załączniku nr 2 do projektowanego rozporządzenia. Zaraportowanie ww. danych wydaje się szczególnie celowe w związku z posiadaniem przez przedstawicieli różnych zawodów medycznych takich samych numerów prawa wykonywania zawodu nadanych przez różne samorzady zawodowe. W takiej sytuacji sprawozdanie obok identyfikatora pracownika medycznego również kodu przynależności, pozwoli na jednoznaczne usunięcie wątpliwości co do tożsamości osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. W przypadku, gdy zdarzenie medyczne dotyczy poddania usługobiorcy operacji lub zabiegowi w oddziale szpitalnym, proponuje się, by obligatoryjnie przekazywano do SIM również identyfikator pracownika medycznego, kierującego wykonaniem tej operacji albo zabiegu.

Ponadto proponuje się, by w SIM zamieszczane były przez usługodawców również informacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej zgodnie ze standardem Polskiej Implementacji Krajowej HL7 CDA oraz – w odniesieniu do dokumentacji obrazowej – w formacie DICOM, wytworzonej w związku z udzielonym

świadczeniem zdrowotnym. Katalog ww. danych obejmować ma identyfikator dokumentacji medycznej nadawany przez system usługodawcy, wskazanie rodzaju dokumentacji medycznej w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), datę jej wytworzenia, tryb, w jakim podlega ona udostępnieniu, tzn. czy jest ona dostępna *online* czy też *offline* oraz adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna.

W grupie innych danych pozwalających na identyfikację zdarzenia medycznego, zawarto przede wszystkim kluczową daną identyfikującą świadczenie zdrowotne tj. unikatowy identyfikator, przypisywany poszczególnemu zdarzeniu medycznemu. Identyfikator ten przekazywany będzie także do NFZ celem powiązania ze sobą danych zamieszczanych w SIM oraz sprawozdawanych do NFZ. Zgodnie z § 2 pkt 7 projektowanego rozporządzenia usługodawcy raportują do SIM również informację o statusie komunikatu elektronicznego, o którym mowa w § 7 ust. 6 (nowy, aktualizacja albo anulowanie) oraz identyfikator pracownika medycznego zamieszczającego w SIM dane, o których mowa w § 2 projektowanego rozporządzenia wraz z kodem przynależności do danej grupy zawodowej określonym zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia, a w przypadku zamieszczania ich przez osobę upoważnioną identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Jednocześnie, warto zaznaczyć, że SIM posiada charakter rejestru uniwersalnego w tym sensie, iż mają być w nim gromadzone informacje o wszelkich zdarzeniach medycznych, tj. zarówno związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych komercyjnie, jak i finansowanych ze środków publicznych. Dlatego proponuje się, by usługobiorca raportował do SIM także informacje o rodzaju płatnika oraz o identyfikatorze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych określonym na podstawie tabelami nr 1 lub 2 załącznika nr 3 projektowanego rozporządzenia.

W ramach projektu rozporządzenia przewidziano jednocześnie szczególne zasady raportowania danych w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dla tego rodzaju świadczeń zmodyfikowany został zakres danych identyfikujących świadczenie zdrowotne (§ 2 pkt 3 projektowanego

rozporządzenia), jakie usługodawca przekazuje do SIM. Ograniczony został on tylko do informacji o dacie dziennej rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego oraz o kodzie świadczenia, wynikającym z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, a w przypadku porady – dodatkowo do kodu przyczyny głównej. Ponadto usługodawca zobligowany jest do przekazania kodu gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju, jeżeli usługobiorca złożył u niego deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357, z późn. zm.).

Analogiczne dane jak dla świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej usługodawca przekazuje do SIM w przypadku wizyty patronażowej zrealizowanej w ramach świadczeń zdrowotnych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej (z wyjątkiem kodu przyczyny głównej). Z kolei usługodawca podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przekazuje dane w zakresie wskazanym w § 2 projektowanego rozporządzenia dotyczące każdego udzielonego świadczenia zdrowotnego, z wyłączeniem porad udzielonych telefonicznie, przy czym w zakresie danych identyfikujących świadczenie zdrowotne, usługodawca przekazuje do SIM jedynie dane, o których mowa w § 2 pkt 3 lit. a-c oraz e.

W ramach projektowanego rozporządzenia zostały również określone terminy, w jakich powyższe dane powinny być zamieszczane w SIM (§ 6 projektu rozporządzenia). Proponuje się wprowadzenie ogólnej zasady, że usługodawcy mają obowiązek przekazywać do SIM ww. informacje niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 1 dnia od zakończenia lub rozpoczęcia zdarzenia medycznego. Przyjęcie takiego rozwiązania podyktowane jest dążeniem do zapewnienia jak najpełniejszej ochrony zdrowia i życia usługobiorców i umożliwienia innym usługodawcom uzyskania dostępu do danych dotyczących zdarzenia medycznego, w którym uczestniczył usługobiorca, możliwie najszybciej, co może być istotne np. dla zapewnienia ciągłości udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

W projekcie przewidziany został również wyjątek od ww. zasady. Proponuje się mianowicie umożliwienie zamieszczania przez usługodawcę w SIM danych, określonych w § 2 pkt 3 projektowanego rozporządzenia, w okresie pomiędzy datą rozpoczęcia a datą zakończenia zdarzenia medycznego. Wprowadzenie takiej alternatywy ukierunkowane

jest na zapewnienie usługodawcom elastyczności w zakresie raportowania przedmiotowych danych, w szczególności w przypadku świadczeń zdrowotnych, których udzielanie trwa przez dłuższy czas, tj. np. w przypadku hospitalizacji (przedmiotowy wyjątek nie dotyczy raportowania informacji o dacie dziennej rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego).

W projekcie rozporządzenia zawarte zostały również regulacje dotyczące sposobu przekazywania przez usługodawcę danych do SIM (§ 7 projektu rozporządzenia). Informacje te mają być raportowane w postaci elektronicznej w formie komunikatów elektronicznych zgodnych ze wzorami udostępnionymi przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia i przekazywanych za pośrednictwem SIM. Na przekazywanie komunikatów elektronicznych składa się kilka – mogących się powtarzać – faz. Obejmują one przygotowanie i przekazanie komunikatu przez usługodawcę do SIM, jego weryfikacja przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, a następnie przygotowanie przez nią i przekazanie komunikatu zwrotnego do usługodawcy. Komunikat zwrotny przygotowywany i przekazywany jest we współpracy z NFZ w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ponadto w sytuacji otrzymania przez usługodawcę zwrotnego komunikatu elektronicznego zawierającego wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków usługodawca zobligowany jest niezwłocznie przekazać jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia poprawiony komunikat elektroniczny. Zasady weryfikacji komunikatów są jawne i publikowane zgodnie z § 7 ust. 4 projektowanego rozporządzenia.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Jednak z uwagi na skomplikowany charakter przedłożonej regulacji prawnej, która wymaga odpowiedniego dostosowania do nich obecnych rozwiązań informatycznych zarówno po stronie usługodawców, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (będącego administratorem SIM), jak i NFZ, założono, że udostępnianie przez usługodawców danych zdarzenia medycznego, o których mowa w rozporządzeniu, nastąpi od dnia 8 stycznia 2021 r.

Pełne funkcjonowanie przyjętego rozwiązania zostanie poprzedzone pilotażem, którego uruchomienie jest planowane od dnia 1 lipca 2020 r.

Projekt rozporządzenia nie dotyczy majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia jest nieobjęty z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.