



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 14 maja 2025 r.

Poz. 625

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 31 marca 2025 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 1857);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 42).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 1857), które stanowią:

„§ 2. 1. Przepis § 3 ust. 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się po raz pierwszy do przekazywania okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za drugi kwartał 2023 r.

2. Tabele I.4.1.1 i I.4.2.1, o których mowa w części Okresowe sprawozdanie z działalności Funduszu – cz. I załącznika nr 1 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane po raz pierwszy w okresowym sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za drugi kwartał 2023 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 13 września 2023 r.”;

- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 42), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: wz. *W. Konieczny*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia
31 marca 2025 r. (Dz. U. poz. 625)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 czerwca 2016 r.

w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw

Na podstawie art. 190 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
- 2) wzór sprawozdania okresowego z działalności Funduszu oraz sposób i terminy jego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw na podstawie art. 189a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywania tych informacji.

§ 2. 1. Roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, zwane dalej „rocznym sprawozdaniem”, zawiera co najmniej:

- 1) informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;
- 2) opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie;
- 3) informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;
- 4) opis organizacji Funduszu;
- 5) informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu;
- 6) informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców.

2. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej informacji o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz zawiera co najmniej:

- 1) charakterystykę zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem przyjętego przez Fundusz sposobu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „umowami”, i ich rozliczania w okresie sprawozdawczym;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umów, w tym:
 - a) liczbę świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy,
 - b) liczbę, wartość i stopień realizacji zawartych umów,
 - c) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i liczbę osób, którym udzielono poszczególnych świadczeń.

¹⁾ Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304 i 620.

3. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej opisu realizacji zadań Funduszu zawiera co najmniej informacje dotyczące:

- 1)³⁾ zadań, o których mowa w art. 42d, art. 42i, art. 42j, art. 50 ust. 18, art. 97 ust. 3 pkt 1, 2, 4, 5, 7, 8 i 11, art. 102 ust. 5 pkt 21a, art. 107 ust. 5 pkt 7 lit. a i b, pkt 8 lit. a–d, art. 109 oraz w art. 131b ustawy;
- 2)³⁾ realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2, art. 102 ust. 5 pkt 21a oraz w art. 107 ust. 5 pkt 7 lit. a i b oraz w pkt 8 lit. a–c ustawy, w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 3) wprowadzonych w roku sprawozdawczym istotnych zmian mających wpływ na realizację zadań wskazanych w pkt 1;
- 4) najważniejszych trudności, które powstały w trakcie realizacji zadań wskazanych w pkt 1, oraz podjętych działań mających na celu rozwiązanie tych trudności;
- 5) oceny stopnia realizacji zadań wskazanych w pkt 1.

4. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej informacji o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu zawiera co najmniej informacje o:

- 1) liczbie osób oczekujących, czasie oczekiwania wyrażonym medianą oraz trzecim kwantylem średniego czasu oczekiwania oraz liczbie osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z powodu wykonania świadczenia opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem informacji dotyczącej przyczyn ograniczonej dostępności oraz analizy zmian zachodzących w czasie oczekiwania; dane te są prezentowane:
 - a) dla 5 komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 i 620), zwanych dalej „komórkami organizacyjnymi”, o najdłuższych czasach oczekiwania, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych o największej liczbie osób oczekujących w skali kraju – dla każdego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) dla 10 świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, o najdłuższych czasach oczekiwania, wybranych spośród 30 świadczeń opieki zdrowotnej o największej liczbie osób oczekujących w skali kraju,
 - c) dla komórek organizacyjnych oraz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których nastąpiły w roku sprawozdawczym istotne zmiany w zakresie zmniejszenia lub zwiększenia liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tysięcy osób w skali kraju;
- 2) geograficznej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń;
- 3) świadczeniach opieki zdrowotnej, w odniesieniu do których nie zawarto umów w liczbie gwarantującej planowane zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem przyczyn ograniczonej dostępności.

5. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej organizacji Funduszu zawiera co najmniej opis:

- 1) struktury organizacyjnej Funduszu;
- 2) stanu zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu, w tym informacje o płynności kadr oraz średnim miesięcznym wynagrodzeniu w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu – według stanu na koniec roku sprawozdawczego;
- 3) działań podejmowanych w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowanych projektów;
- 4) zmian wprowadzonych w okresie sprawozdawczym.

6. Roczne sprawozdanie w części odnoszącej się do skarg, zażaleń i kontroli dotyczących Funduszu zawiera co najmniej opis:

- 1) głównej tematyki składanych skarg i zażaleń;
- 2) kontroli wewnętrznych i kontroli zewnętrznych, z uwzględnieniem wyników tych kontroli;
- 3) audytu wewnętrznego;
- 4) spraw sądowych;
- 5) podejmowanych przez Fundusz działań naprawczych.

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 42), które weszło w życie z dniem 29 stycznia 2025 r.

7. Roczne sprawozdanie w części odnoszącej się do skarg, zażeń i kontroli dotyczących świadczeniodawców zawiera co najmniej opis:

- 1) głównej tematyki składanych skarg i zażeń;
- 2) kontroli prowadzonych przez Fundusz, z uwzględnieniem wyników tych kontroli;
- 3) spraw sądowych z powództwa cywilnego;
- 4) spraw sądowych karnych, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczętych na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa;
- 5) innych, niż określone w pkt 4, spraw sądowych;
- 6) podejmowanych przez Fundusz działań naprawczych.

8. Dane, o których mowa w ust. 2 i w ust. 4 pkt 1, są zestawiane z danymi co najmniej za dwa lata poprzedzające rok sprawozdawczy.

§ 3. 1.⁴⁾ Okresowe sprawozdania z działalności Funduszu, zwane dalej „okresowymi sprawozdaniami”, są sporządzane co kwartał i po przyjęciu przez Radę Funduszu, są przekazywane, w postaci elektronicznej, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie 100 dni od dnia zakończenia kwartału.

2. Zakres informacji zawartych w okresowych sprawozdaniach, okresy, dla których są sporządzane te informacje, oraz wzór okresowego sprawozdania określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom i marszałkom województw określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Oddział wojewódzki Funduszu sporządza informacje, o których mowa w ust. 1, według stanu na koniec każdego kwartału, i przekazuje je właściwemu wojewodzie oraz marszałkowi województwa nie później niż w terminie 75 dni od dnia zakończenia kwartału.

§ 5. 1. Informacje, o których mowa w § 4 ust. 1, są przekazywane w formie komunikatów elektronicznych przez dostarczenie nośnika danych lub w inny sposób zgodny z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1557 i 1717) wraz z instrukcją ułatwiającą otwarcie przekazanych plików oraz korzystanie z danych w nich zawartych.

2. Wzór budowy komunikatów elektronicznych, o których mowa w ust. 1, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie stosuje się po raz pierwszy do:

- 1) sprawozdania rocznego sporządzanego za rok 2016;
- 2) sprawozdania okresowego sporządzanego na dzień 30 czerwca 2016 r.;
- 3) zbiorczych informacji, o których mowa w § 4 ust. 1, sporządzanych na dzień 30 czerwca 2016 r.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia^{5), 6)}

⁴⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 1857), które weszło w życie z dniem 13 września 2023 r.

⁵⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 28 czerwca 2016 r.

⁶⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. poz. 1271 i 2249 oraz z 2006 r. poz. 756 i 1757), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 2016 r., zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 625)

Załącznik nr 1⁷⁾

WZÓR

OKRESOWE SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA INSTRUKCJA OGÓLNA (do wszystkich tabel)

I. Wypełnianie komórek w tabelach

1. Każda komórka w tabelach sprawozdawczych musi być wypełniona.
2. W tabelach podaje się wartości w: (a) złotych lub (b) tysiącach złotych. Wartości podawane w złotych podaje się z dokładnością do jednej złotówki, zaś w przypadku wartości podawanych w tysiącach złotych kwoty podaje się z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
3. W komórkach, w których należy wpisywać wartości liczbowe, dopuszczalne jest umieszczanie wyłącznie następujących znaków:

liczb,

bd – gdy brak danych (ale dane zjawisko występuje),

nd – gdy nie dotyczy (dane zjawisko nie dotyczy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, np. nie kontraktują danego rodzaju świadczeń).

Wszelkie inne znaki (–, X, *) oraz przypisy są niedopuszczalne – „0” – wpisuje się wyłącznie, gdy liczba przypadków równa jest „0”, gdy np. mimo ogłoszenia konkursu nie wpłynęła żadna oferta. „0” nie może oznaczać „nie dotyczy”.

Dodatkowe komentarze i przypisy należy umieszczać w kolumnie „uwagi” lub pod tabelą, z dokładnym odniesieniem do kolumny i wiersza, którego dotyczą.

4. Nie należy zmieniać położenia tabel (numery wiersza i kolumny, od której się zaczynają) ani łączyć kolumn, o ile instrukcja pod tabelą nie dopuszcza takiej możliwości.

Strona 1 z 79

⁷⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4, oraz przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3. Powołane w załączniku rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczących, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482, z 2017 r. poz. 1249, z 2018 r. poz. 1257 oraz z 2019 r. poz. 333) utraciło moc na podstawie art. 4 pkt 12 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429 oraz z 2019 r. poz. 1590), która weszła w życie z dniem 11 stycznia 2019 r.; wszedł w życie z dniem 1 lipca 2019 r.

II. Inne istotne informacje dotyczące danych przedstawianych w tabelach

Inne istotne informacje, uwagi lub wyjaśnienia dotyczące danych przedstawianych w tabelach mogą być także umieszczone w odrębnej części opisowej. Ponadto w części opisowej można zamieścić inne spostrzeżenia i uwagi dotyczące realizacji ustawowych zadań.

Okresowe sprawozdanie z działalności Funduszu – cz. I

SPIS TABEL

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabele
1	Wykaz zarządzeń Prezesa Funduszu	I.1.1	kwartalna	I.1.1_zarządzenia_Prezesa
2	Wykaz zarządzeń dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu	I.1.2	kwartalna	I.1.2_zarządzenia_Dyrektorów
3	Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu	I.2	roczna	I.2_zatrudnienie
4	Wynagrodzenie Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu	I.3.1	roczna	I.3.1_wynagrodzenie_Prezes
5	Wynagrodzenie w centrali Funduszu	I.3.2	roczna	I.3.2_wynagrodzenie_Centrala
6	Wynagrodzenie w oddziałach wojewódzkich Funduszu	I.3.3	roczna	I.3.3_wynagrodzenie_Oddziały
7	Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	I.4.1	półroczna	I.4.1_decyzje_ubezpieczenie
8	Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydane od dnia 1 września 2020 r.	I.4.1.1	półroczna	I.4.1_decyzje_ubezpieczenie_aktualne
9	Decyzje w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń	I.4.2	półroczna	I.4.2_decyzje_nieuprawnieni
10	Decyzje w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń, wydane od dnia 1 września 2020 r.	I.4.2.1	półroczna	I.4.2_decyzje_nieuprawnieni_aktualne
11	Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu	I.5.1	roczna	I.5.1_sprawy_sadowe_prowadzone
12	Zestawienie spraw sądowych zakończonych	I.5.2	roczna	I.5.2_sprawy_sadowe_zakończone

Tabela I.1.1 Wykaz zarządzeń Prezesa Funduszu							
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku							
Lp.	Numer identyfikacyjny	Nazwa zarządzenia	Data wydania	Obowiązuje od dnia	Zmiany ¹⁾		Uwagi
					numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązuje od dnia	
1	2	3	4	5	6	7	9
1.							

¹⁾ Kolejne zmiany należy wykazywać w jednym wierszu, nie dodając ani nowych wierszy, ani kolumn. W przypadku gdy zmiana polega na uchyleniu całego zarządzenia i wydaniu nowego, informację o nowym zarządzeniu (numeryze identyfikacyjnym, rozpoczęciu obowiązywania) należy wpisywać w osobnym wierszu, utworzonym poniżej. Jeżeli zmiana polega na uchyleniu zarządzenia bez wydania nowego, odpowiednią informację o tym należy zamieścić w kolumnie 9. w wierszu dotyczącym uchylonego zarządzenia.

Tabela I.1.2 Wykaz zarządzeń dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu							
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku							
Lp.	Numer identyfikacyjny zarządzenia	Nazwa zarządzenia	Data wydania	Obowiązuje od dnia	Zmiany ¹⁾		Uwagi
					numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązuje od dnia	
1	2	3	4	5	6	7	9
1.							

¹⁾ Kolejne zmiany należy wykazywać w jednym wierszu, nie dodając ani nowych wierszy, ani kolumn. W przypadku gdy zmiana polega na uchyleniu całego zarządzenia i wydaniu nowego, informację o nowym zarządzeniu (numeryze identyfikacyjnym, rozpoczęciu obowiązywania) należy wpisać w osobnym wierszu utworzonym poniżej. Jeżeli zmiana polega na uchyleniu zarządzenia bez wydania nowego, odpowiednią informację o tym należy zamieścić w kolumnie 9. w wierszu dotyczącym uchylonego zarządzenia.

Tabela I.2 Stan zatrudnienia w centrach Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu			
Stan na koniec roku							
1	2	Grupy	Stan zatrudnienia na koniec okresu sprawozdawczego			Średnie zatrudnienie ¹⁾	
			planowane etaty	wykonanie		etaty	osoby
				etaty	osoby		
			3	4	5	6	7
ogółem Fundusz (centrala + oddziały wojewódzkie Funduszu)							
centrala	Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa Funduszu						
	kadra kierownicza ²⁾						
	pracownicy administracyjni ³⁾						
	obsługa techniczna ⁴⁾						
	ogółem						
oddziały wojewódzkie Funduszu łącznie	kadra kierownicza ²⁾						
	w tym	dyrektorzy i zastępcy dyrektora					
		pozostała kadra kierownicza					
	pracownicy administracyjni ³⁾						
	obsługa techniczna ⁴⁾						
ogółem							
zatrudnienie w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu							
[nazwa oddziału]	kadra kierownicza ²⁾						
	w tym	dyrektorzy i zastępcy dyrektora					
		pozostała kadra kierownicza					
	pracownicy administracyjni ³⁾						
	obsługa techniczna ⁴⁾						
	ogółem						

1) Przy obliczaniu przeciętnego średniego zatrudnienia należy zastosować metodę średniej arytmetycznej zgodnie z Zasadami metodycznymi statystyki rynku pracy i wynagrodzeń Głównego Urzędu Statystycznego. Przeciętne zatrudnienie w okresie sprawozdawczym jest ilorazem sumy przeciętnej liczby zatrudnionych w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego i liczby miesięcy w danym okresie.

- 2) Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowiska: dyrektora, głównego księgowego, zastępcy dyrektora, audytora wewnętrznego, rzecznika prasowego, rady prawnego, naczelnika wydziału, kierownika działu oraz kierownika sekcji.
- 3) Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowiska: głównego specjalisty, pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych, starszego specjalisty, starszego informatyka, starszego księgowego, specjalisty, informatyka, księgowego, archiwisty, kasjera, starszego referenta, referenta, inspektora, pracownika technicznego (z wyłączeniem osób, które zostały zaliczone do kadry kierowniczej).
- 4) Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowisko kierowcy, magazyniera, portiera, sprzątaczkę.

Tabela I.3.1 Wynagrodzenie Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu									
Stan na koniec roku									
Lp.	Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa Funduszu	Przeciętne wynagrodzenie ¹⁾ z danego kwartału				Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w zł brutto		Nagroda roczna ²⁾	
		I	II	III	IV			kwota	za który rok
1	2	3	4	5	6	7		8	9
1.	Prezes Funduszu								
2.	Zastępca Prezesa Funduszu								
3.	Zastępca Prezesa Funduszu								
4.	Zastępca Prezesa Funduszu ds. służb mundurowych								

¹⁾ W przypadku wypłaty świadczeń o charakterze jednorazowym (odprawa, nagroda jubileuszowa) kwotę należy wykazywać jedynie w kolumnie 7. „przeciętne miesięczne wynagrodzenie w zł brutto”.

²⁾ W tej tabeli odrębnie wykazywana jest kwota nagrody rocznej i dlatego nie należy jej uwzględniać ani w kwartalnym wynagrodzeniu, ani w przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu.

Tabela I.3.2 Wynagrodzenie w centrach Funduszu						
Stan na koniec roku						
Lp.	Wynagrodzenie	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w zł brutto ¹⁾	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w zł ²⁾ według poszczególnych grup			
			Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa Funduszu	kadra kierownicza	pracownicy administracyjni	obsługa techniczna
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem, w tym:					
2.	zasadnicze					

¹⁾ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres sprawozdawczy oblicza się w sposób przyjęty przez Główny Urząd Statystyczny, tj. suma wynagrodzeń osobowych, wypłaconych w okresie sprawozdawczym, finansowanych przez zakład pracy, dzielona przez przeciętne zatrudnienie w okresie sprawozdawczym wraz z wynagrodzeniami Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu.

²⁾ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w przeliczeniu na 1 etat.

Tabela I.3.3 Wynagrodzenie w oddziałach wojewódzkich Funduszu										Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu			
Stan na koniec roku													
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w zł brutto ¹⁾	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie ²⁾ według poszczególnych grup w zł brutto:										
			dyrektor i zastępcy dyrektora		pozostała kadra kierownicza		pracownicy administracyjni		obsługa techniczna				
			ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze			
			4	5	6	7	8	9	10	11			
1.	2	3											
1.	[nazwa oddziału]												

¹⁾ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres sprawozdawczy oblicza się w sposób przyjęty przez Główny Urząd Statystyczny, tj. suma wynagrodzeń osobowych, wypłaconych w okresie sprawozdawczym, finansowanych przez zakład pracy, dzielona przez przeciętne zatrudnienie w okresie sprawozdawczym.

²⁾ Przeciętne wynagrodzenie w przeliczeniu na 1 etat.

Tabela I.4.1 Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu						
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku				Liczba w roku sprawozdawczym						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	W sprawach dotyczących	3	decyzji wydanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu	odwołań od decyzji dyrektorów wniesionych do Prezesa Funduszu	odwołań rozpatrzonych przez Prezesa Funduszu	decyzji zmienionych lub uchylonych przez Prezesa Funduszu	skarg wniesionych do sądu administracyjnego na decyzje/postanowienia Prezesa Funduszu	orzeczeń sądu	
				4	5	6	7	8	ogółem	uchylających lub zmieniających decyzje Prezesa Funduszu
1	2	3							9	10
1.	[nazwa oddziału]	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym								
		ustalenia prawa do świadczeń								

¹⁾ Do tabeli za II półrocze należy dołączyć opis charakteryzujący wydane decyzje.

Tabela I.4.1.1 Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydane od dnia 1 września 2020 r. ^{1), 2)}			Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu				
Narastająco od początku roku do końca roku							
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	W sprawach dotyczących	Liczba w roku sprawozdawczym				
			decyzji wydanych z upoważnienia Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	wniosków o ponowne rozpatrzenie do Prezesa Funduszu w postępowaniach nadzwyczajnych	skarg wniesionych do sądu administracyjnego na decyzje wydane z upoważnienia Prezesa Funduszu	orzeczeń sądu	
						ogółem	uchylających lub zmieniających decyzje wydane z upoważnienia Prezesa Funduszu
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	[nazwa oddziału]	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym					
		ustalenia prawa do świadczeń					

¹⁾ Do tabeli za II półrocze należy dołączyć opis charakteryzujący wydane decyzje.

²⁾ Informacje dotyczące decyzji wydanych przed dniem 1 września 2020 r. powinny być umieszczane w tabeli I.4.1.

Tabela I.4.2 Decyzje ¹⁾ w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń					Zbiornicza według oddziałów wojewódzkich Funduszu			
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					Liczba			Wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym ustalonych w decyzjach ostatecznych (w tys. zł)
Lp.	2	wydanych decyzji		wniesionych do odwołań do Prezesa Funduszu	skarg wniesionych do sądu administracyjnego na decyzje/postanowienia Prezesa Funduszu	orzeczeń sądu uchylających lub zmieniających decyzje Prezesa Funduszu		
		obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń	stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej					
1		3	4	5	6	7	8	
1.	ogółem							
2.	[nazwa oddziału]							

¹⁾ Decyzje, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Tabela I.4.2.1 Decyzje w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń, wydane od dnia 1 września 2020 r. ^{1), 2)}						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu				
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku										
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba					skarg wniesionych do sądu administracyjnego na decyzje/postanowienia wydane z upoważnienia Prezesa Funduszu	orzeczeń sądu		Wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym ustalonych w decyzjach ostatecznych (w tys. zł)
		wydanych decyzji z upoważnienia Prezesa Funduszu		wniosków o ponowne rozpatrzenie do Prezesa Funduszu w postępowaniach nadzwyczajnych	ogółem	uchylających lub zmieniających decyzje wydane z upoważnienia Prezesa Funduszu				
		obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń	stwierdzających działania osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej					umarzających postępowania administracyjne		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	ogółem									
2.	[nazwa oddziału]									

¹⁾ Decyzje, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy.

²⁾ Informacje dotyczące decyzji wydanych przed dniem 1 września 2020 r. powinny być umieszczane w tabeli I.4.2.

Tabela I.5.1 Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu						Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*
Stan na koniec roku						
Lp.	Sprawy		Sprawy prowadzone w okresie sprawozdawczym		W tym sprawy wszczęte w okresie sprawozdawczym	
			liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)	liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)
1	2		3	4	5	6
1.	cywilne	z powództwa Funduszu				
2.		sprawy przeciwko Funduszowi				
3.	sądowoadministracyjne					
4.	ogółem					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

Tabela I.5.2 Zestawienie spraw sądowych zakończonych						Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*/centrala Funduszu ¹⁾
Stan na koniec roku						
Lp.	Sprawy	Liczba spraw	Kwota (w tys. zł)			
			ogółem		zasądzona	
			na rzecz Funduszu	od Funduszu	na rzecz Funduszu	od Funduszu
1	2	3	4= (6+8)	5= (7+9)	6	7
1.	związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity					8
2.	o zapłatę wynikającą z wykonania umowy					9
3.	postępowania sądowoadministracyjne ²⁾					
4.	pozostałe postępowania sądowe ²⁾					
5.	ogółem					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

1) Tabelę należy sporządzić także dla postępowań prowadzonych przez centralę Funduszu. W przypadku tej tabeli, tabela zbiorcza uwzględnia dane dotyczące postępowań prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz centralę Funduszu.

2) Pod tabelą należy zamieścić krótką charakterystykę najczęściej występujących spraw.

Okresowe sprawozdanie z działalności Funduszu – cz. II

SPIS TABEL

Lp.	Tytuł tabeli	Numer tabeli	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabelę	Poziom agregacji
1.	Ubezpieczeni	II.1	kwartalna	II.1_ubezpieczeni	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
2.	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	II.2.1	kwartalna	II.2.1_Centralny_Wykaz_grupy	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
3.	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – poszczególne statusy	II.2.2	kwartalna	II.2.2_Centralny_Wykaz_statusy	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
4.	Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy	II.3	kwartalna	II.3_decyzje_art_54	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
5.	Osoby posiadające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej inne niż ubezpieczeni, które skorzystały w okresie sprawozdawczym ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	II.4	kwartalna	II.4_korzystanie_inni	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla Funduszu ogółem bez wyodrębniania danych dla każdego oddziału wojewódzkiego

Tabela II.1 Ubezpieczeni					Zbiórca według oddziałów wojewódzkich Funduszu			
Stan na koniec kwartału roku ¹⁾								
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Ubezpieczeni obowiązkowo			Ubezpieczeni dobrowolnie			Ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
1.	ogółem							
2.	[nazwa oddziału]							

¹⁾ Dane mają przedstawiać liczbę ubezpieczonych w Funduszu (i jego poszczególnych oddziałach wojewódzkich) według stanu na ostatni dzień okresu sprawozdawczego.

Tabela II.2.1 Centralny Wykaz Ubezpieczonych														Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu						
Stan na koniec kwartału roku																				
Lp.	Kategoria	Status z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych ¹⁾	Dolnośląski	Kujawsko-Pomorski	Lubelski	Lubuski	Łódzki	Małopolski	Mazowiecki	Opolski	Podkarpacki	Podlaski	Pomorski	Śląski	Świętokrzyski	Warmińsko-Mazurski	Wielkopolski	Zachodniopomorski	Nieokreślony	Ogółem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1.	Osoby posiadające prawo do świadczeń:																			
1.1	ubezpieczeni																			
1.2	osoby posiadające prawo do świadczeń na podstawie art. 67 ust. 4 ustawy																			
1.3	osoby posiadające prawo do świadczeń na podstawie art. 67 ust. 6 ustawy																			
1.4	osoby posiadające prawo do świadczeń na podstawie art. 67 ust. 7 ustawy																			
1.5	nieubezpieczone osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, które posiadają prawo do świadczeń na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy																			
1.6	osoby uprawnione na podstawie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy																			
1.7	Pozostałe osoby posiadające prawo do świadczeń																			
2.	Osoby nieposiadające prawa do świadczeń																			
3.	Pozostałe statusy w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych																			

¹⁾ Dla każdej kategorii w kolumnie 2. należy wpisać odpowiadające statusy w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

[illegible]

¹⁾ Pod tabelą należy umieścić objaśnienie kryteriów przyporządkowywania do każdego stosowanego statusu w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

²⁾ Identyfikator statusu w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Należy wymienić wszystkie stosowane statusy.

Tabela II.3 Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy										Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec kwartału roku										
Lp.	2	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje			
		na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających		status uchodźcy	Uwagi
		ogółem	świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu		na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu	obywatelstwo polskie		
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	ogółem									
2.	[nazwa oddziału]									

Tabela II.4 Osoby posiadające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej inne niż ubezpieczeni, które skorzystały w okresie sprawozdawczym ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										Zbiorcza
Stan na koniec półrocza roku										
Lp.	Kategorie osób			Liczba osób			Uwagi			
1	2			3			4			
1.	Świadczeniobiorcy inni niż osoby, o których mowa w art. 2 ust. 1	pkt 2 ustawy								
2.		pkt 3 ustawy								
3.		pkt 4 ustawy								
4.	Osoby posiadające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 12	pkt 2 ustawy								
5.		pkt 3 ustawy								
6.		pkt 4 ustawy								
7.		pkt 6 ustawy								
8.		pkt 9 ustawy								

Okresowe sprawozdanie z działalności Funduszu – cz. III
SPIS TABEL

Lp.	Tytuł tabeli	Numer tabeli	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabelę	Poziom agregacji
1.	Liczba konkursów ofert zakończonych rozstrzygnięciem	III.1.1	kwartalna	III.1.1_konkursy_ofert	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
2.	Wyniki konkursów ofert	III.1.2	kwartalna	III.1.2_konkursy_ofert	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
3.	Wyniki rokowań	III.2	kwartalna	III.2_rokowania	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
4.	Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym – liczba, okres obowiązywania i wartość	III.3	kwartalna	III.3_umowy_obowiązujące	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
5.	Zawieranie umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna zgodnie z art. 159 ustawy	III.4.1	kwartalna	III.4.1_umowy_poz	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
6.	Zawieranie umów w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne zgodnie z art. 159 ustawy	III.4.2	kwartalna	III.4.2_umowy_wyroby_medyczne	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
7.	Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	III.5	kwartalna	III.5_SOR	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem
8.	Liczba zespołów ratownictwa medycznego, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	III.6	kwartalna	III.6_zespoły_ratownictwa_medycznego	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
9.	Kontrolne umów – liczba kontroli, wartość zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nalożonych kar	III.7	kwartalna	III.7_kontrole_umów	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju

Tabela III.1.1 Liczba konkursów ofert zakończonych rozstrzygnięciem ¹⁾										Zbiorca/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku											
Lp.	Przedmiot postępowania konkursowego	Liczba postępowań	Liczba ofert złożonych ²⁾	Liczba ofert odrzuconych ³⁾		Liczba ofert			Liczba ofert po przeprowadzonych negocjacjach		Liczba ofert wybranych bez przeprowadzenia negocjacji ⁴⁾
				w części	w całości	w całości lub w części zakwalifikowanych do części niejawnej konkursu	zakwalifikowanych do negocjacji	niewybranych	wybranych		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1.	nocna i świąteczna opieka zdrowotna										
2.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna										
3.	leczenie szpitalne										
4.	leczenie szpitalne – chemioterapia										
5.	leczenie szpitalne – programy lekowe										
6.	leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne										
7.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień										
8.	rehabilitacja lecznicza										
9.	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej										
10.	opieka paliatywna i hospicyjna										
11.	leczenie stomatologiczne										
12.	lecznictwo uzdrowiskowe										
13.	ratownictwo medyczne										
14.	pomoc doraźna i transport sanitarny										

[illegible]

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ W tabeli należy umieszczać dane dotyczące konkursów zakończonych do końca okresu sprawozdawczego. Zgodnie z art. 151 ust. 5 ustawy w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia. Tabela uwzględnia wyłącznie konkursy dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed dniem 31 grudnia roku poprzedniego.

²⁾ Liczba ofert liczona według miejsc realizacji świadczeń.

³³⁾ Zgodnie z art. 149 ustawy.

⁴⁴⁾ W tym także oferty przyjęte w części.

[illegible]

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Tabela III.1.2 jest kontynuacją tabeli III.1.1. Kolumna 3 tej tabeli odpowiada sumie kolumn 10 i 11 tabeli III.1.1.

²⁾ Należy wpisać wszystkie kategorie wymienione w tabeli III.1.1.

³⁾ Dotyczy umów i aneksów do umów podpisanych w związku z przeprowadzonymi konkursami ofert.

Tabela III.2 Wyniki rokowań ¹⁾													Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*					
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku																		
Lp.	Przedmiot rokowań ²⁾	Liczba rokowań według przyczyn ich podjęcia wymienionych						Liczba ofert			Liczba protestów		Liczba rokowań zakończonych bez dokonania wyboru oferty	Liczba zawartych			Łączna wartość ofert wybranych w rokowaniach (w tys. zł)	
		w art.144 pkt			w art. 154 ust. 7 ustawy			złożonych	odrzuconych	wybranych w rokowaniach	złożonych	uwzględnionych		umów	aneksów			
		1 ustawy	2 ustawy	3 ustawy	4	5	6									7		8
1.																		

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ W tabeli należy umieszczać dane dotyczące rokowań zakończonych do końca okresu sprawozdawczego. Zgodnie z art. 151 ust. 5 ustawy zakończenie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia. Tabela uwzględnia wyłącznie rokowania dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed dniem 31 grudnia roku poprzedniego.

²⁾ Należy wpisać wszystkie kategorie wymienione w tabeli III.1.

Tabela III.3 Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym ¹⁾ – liczba, okres obowiązywania i wartość													Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*			
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku																
			Umowy razem		poniżej 1 roku		od 1 roku do 3 lat		powyżej 3 do 5 lat		powyżej 5 do 10 lat		powyżej 10 lat		nieoznaczony	
Lp.	Rodzaj świadczeń ³⁾	Liczba świadczeniodawców	liczba ⁴⁾	wartość (w tys. zł) ⁵⁾	liczba	wartość (w tys. zł)	liczba	wartość (w tys. zł)	liczba	wartość (w tys. zł)	liczba	wartość (w tys. zł)	liczba	wartość (w tys. zł)	liczba	wartość (w tys. zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.																

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Bez względu na to, w którym roku zostały zawarte i na jaki okres (sprawozdanie obejmuje wszystkie umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym, także te podpisane przed dniem 31 grudnia roku poprzedniego). Jeżeli umowa obowiązująca w poprzednim roku została przedłużona na rok sprawozdawczy aneksem, to należy ją wykazać w liczbie umów. Natomiast aneksy zawierane w czasie roku sprawozdawczego zwiększające wartość umowy nie będą zwiększały liczby zawartych umów, a jedynie ich wartość.

²⁾ Umowy są grupowane według okresu obowiązywania. Nie jest istotne, ile obejmują okresów rozliczeniowych. Przez okres obowiązywania należy rozumieć faktyczny okres obowiązywania umowy (jeżeli umowa została przedłużona, to należy sumować okresy obowiązywania).

³⁾ Należy wymienić wszystkie rodzaje świadczeń. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne należy podać wartość obowiązującego planu finansowego.

⁴⁾ Stanowi sumę liczb wykazanych w kolumnach 6, 8, 10, 12, 14 i 16.

⁵⁾ Stanowi sumę liczb wykazanych w kolumnach 7, 9, 11, 13, 15 i 17. W każdym przypadku podawania wartości należy wpisywać wartość odnoszącą się do danego roku sprawozdawczego. W przypadku oddziałów wojewódzkich Funduszu, które nie określają w umowie łącznej wartości zakupionych świadczeń, należy podać wartość wynikającą z liczby zakupionych świadczeń i ich ceny.

Tabela III.4 Zawieranie umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna/zaopatrzenie w wyroby medyczne zgodnie z art. 159 ustawy ^{1), 2)}					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba świadczeniodawców		umów	Liczba podpisanych	
		wnioskujących o zawarcie umowy	spełniających warunki do zawarcia umowy		aneksów przedłużających umowy	
					wieloletnie	wygasające
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					
2.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ W tabeli należy umieszczać dane dotyczące wyników postępowań rozstrzygniętych do końca okresu sprawozdawczego. Sprawozdanie obejmuje wszystkie postępowania dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed dniem 31 grudnia roku poprzedniego.

²⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 2 tabele oznaczone w spisie tabel jako III.4.1 i III.4.2.

Tabela III.5 Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku				
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy ¹⁾		Uwagi
1	2	3		4
1	ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

¹⁾ Należy wykazać liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok sprawozdawczy.

Tabela III.6 Liczba zespołów ratownictwa medycznego, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ¹⁾							Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*			
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku										
Lp.	Zespół ratownictwa medycznego		Liczba zespołów ratownictwa medycznego					Liczba mieszkańców na 1 zespół ratownictwa medycznego	Liczba zespołów na 10 tys. mieszkańców	Uwagi
	kod	nazwa	całodobowych nieokresowych ²⁾	czasowych ³⁾	okresowych ⁴⁾	czasowo-okresowych ⁵⁾	ogółem			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	3112	podstawowy								
2.	3114	specjalistyczny								
3.	3152	wodny podstawowy								
4.	3154	wodny specjalistyczny								
5.	ogółem									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wykazać liczbę zespołów ratownictwa medycznego, zwanych dalej „zespołami”, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok sprawozdawczy. Każdy zespół ratownictwa medycznego jest liczony jako jeden zespół, bez względu na faktyczny okres jego funkcjonowania opisany w przypisach 2-5.

²⁾ Zespoły funkcjonujące przez 24 godziny na dobę przez cały rok sprawozdawczy. Jako zespoły całodobowe nieokresowe należy wykazać także te zespoły całodobowe, które funkcjonowały na podstawie umowy, która wygasła lub została rozwiązana w trakcie roku, ale okres ich funkcjonowania został dopełniony do całego roku sprawozdawczego na mocy umowy, która została zawarta w miejsce wygasłej lub rozwiązanej umowy.

³⁾ Zespoły funkcjonujące w wymiarze niższym niż 24 godziny na dobę przez cały rok sprawozdawczy. Jako zespoły czasowe należy wykazać także te zespoły całodobowe, które funkcjonowały w wymiarze niższym niż 24 godziny na dobę na podstawie umowy, która wygasła lub została rozwiązana w trakcie roku, ale okres ich funkcjonowania został dopełniony do całego roku sprawozdawczego na mocy umowy, która została zawarta w miejsce wygasłej lub rozwiązanej umowy.

⁴⁾ Zespoły funkcjonujące przez 24 godziny na dobę w okresie krótszym niż rok sprawozdawczy.

⁵⁾ Zespoły funkcjonujące w wymiarze niższym niż 24 godziny na dobę w okresie krótszym niż rok sprawozdawczy.

Tabela III.7 Kontrole umów – liczba kontroli, wartość zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar ¹⁾										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku											
Lp.	Umowy w rodzaju ²⁾	Udział świadczeniodawców objętych kontrolą wyrażony w %	Liczba kontroli		Wartość umów			% wartości		Wartość (w tys. zł)	
			planowych	doraźnych	w danym rodzaju	poddanych kontroli	w kontrolowanych zakresach	umów zawartych w danym rodzaju	umów w kontrolowanym zakresie	zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych	nałożonych kar
1	2	3	4	5	6	7	8	$9 = \frac{8}{(8/6)} \cdot 100$	$10 = \frac{9}{(8/7)} \cdot 100$	11	12
1.											

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Wartość zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar zgodnie z wystąpieniami pokontrolnymi.

²⁾ Należy wpisać wszystkie kategorie wymienione w tabeli III.1.1.

Okresowe sprawozdanie z działalności Funduszu – cz. IV

Uwaga ogólna

W przypadku tabel części IV dotyczących udzielonych świadczeń wykonanych świadczenia są charakteryzowane przez odwołanie do:

- 1) jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, tj. jednostek używanych w statystyce publicznej, niezależnych od sposobu rozliczania świadczeń przyjętych przez Fundusz w danym okresie sprawozdawczym – te tabele w nazwie pliku zawierają termin „jednostki_statystyczne”;
- 2) przyjętego przez Fundusz sposobu rozliczenia świadczenia zgodnie z zarządzeniami Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń – te tabele w nazwie zawierają termin „jednostki_rozliczeniowe”;
- 3) zakresów świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy – te tabele w nazwie zawierają termin „świadczenia_gwarantowane”.

Objaśnienie symboli określających poziom agregacji:

Z – jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem

16P + Z – dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju

SPIS TABEL

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstość - wość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabele	Poziom agregacji
1.	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej według oddziałów wojewódzkich Funduszu w rodzaju:				
	podstawowa opieka zdrowotna	IV.F.1	kwartalna	IV.F.1_koszty_poz	Z
	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	IV.F.2	kwartalna	IV.F.2_koszty_aos	
	leczenie szpitalne	IV.F.3	kwartalna	IV.F.3_koszty_szpitalne	
	leczenie szpitalne – programy lekowe	IV.F.3.1	kwartalna	IV.F.3.1_koszty_programy_lekowe	
	leczenie szpitalne – programy lekowe – leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	IV.F.3.1.1	kwartalna	IV.F.3.1.1_koszty_programy_lekowe_leki	
	leczenie szpitalne – chemioterapia	IV.F.3.2	kwartalna	IV.F.3.2_koszty_chemioterapia	Z
	leczenie szpitalne – chemioterapia – leki	IV.F.3.2.1	kwartalna	IV.F.3.2.1_koszty_chemioterapia_leki	
	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.F.4	kwartalna	IV.F.4_koszty_opieka_psihiatryczna	
	rehabilitacja lecznicza	IV.F.5	kwartalna	IV.F.5_koszty_rehabilitacja	

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabelę	Poziom agregacji
	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	IV.F.6	kwartalna	IV.F.6_koszty_opieka_pielęgnacyjna	
	opieka paliatywna i hospicyjna	IV.F.7	kwartalna	IV.F.7_koszty_paliatywna	
	leczenie stomatologiczne	IV.F.8	kwartalna	IV.F.8_koszty_stomatologia	
	lecznictwo uzdrowiskowe	IV.F.9	kwartalna	IV.F.9_koszty_uzdrowiskowe	
	pomoc doraźna i transport sanitarny	IV.F.10	kwartalna	IV.F.10_koszty_pomoc_doraźna	
	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	IV.F.11	kwartalna	IV.F.11_koszty_programy_profilaktyczne	
	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	IV.F.12	kwartalna	IV.F.12_koszty_kontraktowane_odrębnie	
	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa	IV.F.13	kwartalna	IV.F.13_koszty_wyroby_medyczne	
	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	IV.F.14	kwartalna	IV.F.14_koszty_refundacja_leków	
2.	Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:				
	podstawowa opieka zdrowotna	IV.L.1	półroczna	IV.L.1_wskaźnik_10tys_poz	Z
	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	IV.L.2	półroczna	IV.L.2_wskaźnik_10tys_aos	
	leczenie szpitalne	IV.L.3	półroczna	IV.L.3_wskaźnik_10tys_szpitalne	
	leczenie szpitalne – programy lekowe	IV.L.3.1	półroczna	IV.L.3.1_wskaźnik_10tys_programy_lekowe	
	leczenie szpitalne – chemioterapia	IV.L.3.2	półroczna	IV.L.3.2_wskaźnik_10tys_chemioterapia	
	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.L.4	półroczna	IV.L.4_wskaźnik_10tys_opieka_psychiatryczna	
	rehabilitacja lecznicza	IV.L.5	półroczna	IV.L.5_wskaźnik_10tys_rehabilitacja	
	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	IV.L.6	półroczna	IV.L.6_wskaźnik_10tys_opieka_pielęgnacyjna	
	opieka paliatywna i hospicyjna	IV.L.7	półroczna	IV.L.7_wskaźnik_10tys_paliatywna	
	leczenie stomatologiczne	IV.L.8	półroczna	IV.L.8_wskaźnik_10tys_stomatologia	
	lecznictwo uzdrowiskowe	IV.L.9	półroczna	IV.L.9_wskaźnik_10tys_uzdrowiskowe	
	pomoc doraźna i transport sanitarny	IV.L.10	półroczna	IV.L.10_wskaźnik_10tys_pomoc_doraźna	
	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	IV.L.11	półroczna	IV.L.11_wskaźnik_10tys_programy_profilaktyczne	
	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	IV.L.12	półroczna	IV.L.12_wskaźnik_10tys_kontraktowane_odrębnie	
	zaopatrzenie w wyroby medyczne podlegające refundacji oraz ich naprawa	IV.L.13	półroczna	IV.L.13_wskaźnik_10tys_wyroby_medyczne	

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotli- wość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabele	Poziom agregacji
3.	Hospitalizacje w rodzaju:				
	leczenie szpitalne	IV.H.1	półroczna	IV.H.1_hospitalizacje_szpitalne	16P + Z
	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.H.2	półroczna	IV.H.2_hospitalizacje_psychiatryczna	
	rehabilitacja lecznicza	IV.H.3	półroczna	IV.H.3_hospitalizacje_rehabilitacja	
	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	IV.H.4	półroczna	IV.H.4_hospitalizacje_długoterminowa	
	opieka paliatywna i hospicyjna	IV.H.5	półroczna	IV.H.5_hospitalizacje_paliatywna	
	leczenie uzdrowiskowe	IV.H.6	półroczna	IV.H.6_hospitalizacje_uzdrowiskowe	
4.	Osoby leczone w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju:				
	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.O.1	półroczna	IV.O.1_osoby_leczone_psychiatryczna	Z
	opieka paliatywna i hospicyjna	IV.O.2	półroczna	IV.O.2_osoby_leczone_paliatywna	
	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	IV.O.3	półroczna	IV.O.3_osoby_leczone_pielęgnacyjna	
5.	Podstawowa opieka zdrowotna				
5.1	lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.1.1	półroczna	IV.1.1.1_lekarze_poz_liczba	Z
		IV.1.1.2	półroczna	IV.1.1.2_lekarze_poz_objęci_opieką	
		IV.1.1.3	półroczna	IV.1.1.3_lekarze_poz_udzielone_świadczenia	
		IV.1.2.1	półroczna	IV.1.2.1_pielęgniarki_poz_liczba	
5.2	pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.2.2	półroczna	IV.1.2.2_pielęgniarki_poz_objęci_opieką	
		IV.1.2.3	półroczna	IV.1.2.3_pielęgniarki_poz_udzielone_świadczenia	
5.3.	położne podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.3.1	półroczna	IV.1.3.1_położne_poz_liczba	
		IV.1.3.2	półroczna	IV.1.3.2_położne_poz_objęci_opieką	
		IV.1.3.3	półroczna	IV.1.3.3_położne_poz_udzielone_świadczenia	
		IV.1.3.4	półroczna	IV.1.3.4_położne_poz_wybrane_świadczenia	

Lp.	Tytuł tabeli		Numer	Częstotli- wość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabele	Poziom agregacji
5.4.	w środowisku nauczania i wychowania	liczba udzielających świadczeń oraz szkół objętych opieką	IV.1.4.1	półroczna	IV.1.4.1_środowisko_nauczania_poz_liczba	
		liczba uczniów objętych opieką uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej	IV.1.4.2	półroczna	IV.1.4.2_środowisko_nauczania_poz_objęci_opieką	
		udzielone świadczenia	IV.1.4.3	półroczna	IV.1.4.3_środowisko_nauczania_poz_udzielone świadczenia	
	nocna i świąteczna opieka zdrowotna	liczba udzielających świadczeń	IV.1.5.1	półroczna	IV.1.5.1_nocna_świąteczna_poz_liczba	
		udzielone świadczenia	IV.1.5.2	półroczna	IV.1.5.2_nocna_świąteczna_poz_udzielone świadczenia	
	Transport sanitarny		IV.1.6	półroczna	IV.1.6_transport_sanitarny	
6.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna					
	według jednostek statystycznych		IV.2.1	półroczna	IV.2.1_aos_jednostki_statystyczne	16P + Z
	liczba udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych		IV.2.2	półroczna	IV.2.2_aos_jednostki_rozliczeniowe	
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne – jednostki rozliczeniowe		IV.2.3	półroczna	IV.2.3_aos_diagnostyczne_jednostki_rozliczeniowe	
		kompleksowa ambulatoryjna opieka	nad pacjentem z cukrzycą	IV.2.4.1	półroczna	IV.2.4.1_aos_cukrzyca_jednostki_statystyczne
specjalistyczna – według jednostek statystycznych		nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV)	IV.2.4.2	półroczna	IV.2.4.2_HIV_jednostki_statystyczne	
7.	Leczenie szpitalne					
	według jednostek statystycznych		IV.3.1	półroczna	IV.3.1_szpitalne_jednostki_statystyczne	16P + Z
	programy lekowe		IV.3.2	półroczna	IV.3.2_szpitalne_programy_lekowe_jednostki_rozliczeniowe	
	chemioterapia		IV.3.3	półroczna	IV.3.3_szpitalne_chemioterapia_osoby_objęte	
	chemioterapia niestandardowa		IV.3.4	półroczna	IV.3.4_szpitalne_chemioterapia_niestandardowa_osoby_objęte	
świadczenia wysokospecjalistyczne		IV.3.5	półroczna	IV.3.5_szpitalne_wysokospecjalistyczne_świadczenia_gwarantowane		
8.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień					
	według jednostek statystycznych		IV.4.1	półroczna	IV.4.1_opieka_psychiatryczna_jednostki_statystyczne	16P + Z
	liczba świadczeniodawców i osób, którym udzielono świadczenia		IV.4.2	półroczna	IV.4.2_opieka_psychiatryczna_świadczenia_gwarantowane	

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabelę	Poziom agregacji
9.	Rehabilitacja lecznicza				
	według jednostek statystycznych	IV.5.1	półroczna	IV.5.1_rehabilitacja_jednostki_statystyczne	16P + Z
	liczba świadczeniodawców i osób, którym udzielono świadczenia	IV.5.2	półroczna	IV.5.2_rehabilitacja_swiadczenia_gwarantowane	
10.	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej				
	według jednostek statystycznych	IV.6.1	półroczna	IV.6.1_pielagnacyjne_jednostki_statystyczne	16P + Z
	liczba świadczeniodawców i osób objętych opieką	IV.6.2	półroczna	IV.6.2_pielagnacyjne_swiadczenia_gwarantowane	
11.	Opieka paliatywna i hospicyjna				
	według jednostek statystycznych	IV.7.1	półroczna	IV.7.1_paliatywna_jednostki_statystyczne	16P + Z
	liczba świadczeniodawców i osób objętych opieką – świadczenia gwarantowane	IV.7.2	półroczna	IV.7.2_paliatywna_swiadczenia_gwarantowane	
12.	Leczenie stomatologiczne				
	liczba osób, którym udzielono świadczenia, i wartość świadczeń według poszczególnych zakresów	IV.8.1	półroczna	IV.8.1_stomatologia_swiadczenia_gwarantowane	16P + Z
	profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia	IV.8.2	półroczna	IV.8.2_stomatologia_swiadczenia_gwarantowane_profilaktyka	
13.	Transport sanitarny – liczba wyjazdowych zespołów transportu sanitarnego, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, liczba świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone przez wyjazdowe zespoły transportu sanitarnego typu „N”	IV.9	półroczna	IV.9_transport_sanitarny_jednostki_statystyczne	Z
14.	Ratownictwo medyczne – liczba świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone przez zespoły ratownictwa medycznego	IV.10	półroczna	IV.10_ratownictwo_jednostki_statystyczne	16P + Z
15.	Programy zdrowotne – świadczenia gwarantowane	IV.11	półroczna	IV.11_programy_zdrowotne_swiadczenia_gwarantowane	
16.	Świadczenia odrębnie kontraktowane	IV.12	półroczna	IV.12_kontraktowane_odrebnie_jednostki_rozliczeniowe	
17.	Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne podlegające refundacji				

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotli- wość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabele	Poziom agregacji
	wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz ich naprawa według rodzajów	IV.13.1	półroczna	IV.13.1_wyroby_medyczne_zaopatrzenie	16P + Z
	potwierdzanie zleceń na wyroby medyczne	IV.13.2	półroczna	IV.13.2_wyroby_medyczne_potwierdzanie_zleceń	
	łączna sprzedaż leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych na receptę w aptekach według kodów EAN	IV.14	kwartalna	IV.14_łączna_sprzedaż_w_aptekach	Z
	zestawienie recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne podlegające refundacji dla świadczeniobiorców	IV.15.1	kwartalna	IV.15.1_recepty_świadczeniobiorcy	16P + Z
	zestawienie recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne podlegające refundacji dla osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	IV.15.2	kwartalna	IV.15.2_recepty_koordynacja	
18.	Leczenie uzdrowiskowe				
	według jednostek statystycznych	IV.16.1	półroczna	IV.16.1_uzdrowiskowe_jednostki_statystyczne	16P + Z
	potwierdzanie skierowań na stacjonarne leczenie uzdrowiskowe	IV.16.2	półroczna	IV.16.2_uzdrowiskowe_skierowania	Z
19.	Realizacja wybranych świadczeń opieki zdrowotnej				
	endoprotezoplastyka	IV.17	półroczna	IV.17_ednoprotezoplastyka	16P + Z
	zaćma	IV.18	półroczna	IV.18_zaćma	
	świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 19 ustawy	IV.19	półroczna	IV.19_stany_nagle	Z
20.	Leczenie onkologiczne				
	pakiet onkologiczny według kategorii planu finansowego	IV.20.1	półroczna	IV.20.1_onkologiczne_pakiet_plan_finansowy	16P + Z
	świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	IV.20.2	półroczna	IV.20.2_onkologiczne_pakiet_aos	
	świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w leczeniu szpitalnym	IV.20.3	półroczna	IV.20.3_onkologiczne_pakiet_szpitalne	

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabelę	Poziom agregacji
	według zakresów, z wyłączeniem pakietu onkologicznego, według kategorii planu finansowego	IV.20.4	półroczna	IV.20.4_onkologiczne_poza_pakiem_plan_finansowy_zakresy	
	według przyczyn udzielania świadczenia, z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego	IV.20.5	półroczna	IV.20.4_onkologiczne_poza_pakiem_plan_finansowy_przyczyny	
21.	Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących				
	średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o wykonanych świadczeniach – na udzielenie	specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	IV.21.1.1	kwartalna	IV.21.1.1_czas_oczekiwania_rzeczywisty_aos
		świadczeń w oddziałach szpitalnych	IV.21.1.2	kwartalna	IV.21.1.2_czas_oczekiwania_rzeczywisty_oddzialy_szpitalne
		wybranych świadczeń opieki zdrowotnej	IV.21.2	kwartalna	IV.21.2_czas_oczekiwania_rzeczywisty_wybrane_swiadczenia
	średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców – na udzielenie	specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	IV.22.1.1	kwartalna	IV.22.1.1_czas_oczekiwania_swiadczeniodawcy_aos
		świadczeń w oddziałach szpitalnych	IV.22.1.2	kwartalna	IV.22.1.2_czas_oczekiwania_swiadczeniodawcy_oddzialy_szpitalne
		wybranych świadczeń opieki zdrowotnej	IV.22.2	kwartalna	IV.22.2_czas_oczekiwania_swiadczeniodawcy_wybrane_swiadczenia
					16P + Z

KOSZTY ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ZGODNIE Z PLANEM FINANSOWYM

Tabela IV.F Koszty świadczeń opieki zdrowotnej według oddziałów wojewódzkich Funduszu w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego] ^{1),2),3)}						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu		
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku								
	Oddział wojewódzki Funduszu	Roczny plan finansowy (w tys. zł) ⁴⁾	Wartość świadczeń (w tys. zł)		Wykonanie kosztów (%) w stosunku do planu finansowego	zawartych kontraktów	Uwagi	
Lp.			zakończonych na dany rok	wykonanych				
1	2	3	4	5	6=(4/3)*100	7=(5/3)*100	8=(5/4)*100	9
1.	ogółem							
2.	[nazwa oddziału]							

¹⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 17 tabel oznaczonych w spisie tabel od IV.F.1 do IV.F.13.

²⁾ Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.).

³⁾ W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz w przypadku zaopatrzenia w wyroby medyczne kolumny: 4, 6 i 8 nie są wypełniane.

⁴⁾ Plan finansowy z dnia:

Tabela IV.F.14 Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę ¹⁾					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Narastająco od początku roku do końca kwartału roku					
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Roczny plan finansowy (w tys. zł) ²⁾	narastająco (w tys. zł)	Koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	Uwagi
1	2	3	4	5= $(4/3)*100\%$	6
1.	ogółem				
2.	[nazwa oddziału]				

¹⁾ Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

²⁾ Plan finansowy z dnia:

LICZBA OSÓB, KTÓRE SKORZYSTAŁY ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DANYM RODZAJU

Tabela IV.L Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego] ¹⁾				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec ... półrocza roku				
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba osób ²⁾	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich	Uwagi
1	2	3	4	5
1.	ogółem			
2.	[nazwa oddziału]			

¹⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 15 tabel oznaczonych w spisie tabel od IV.L.1 do IV.L.13.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

HOSPITALIZACJE

Tabela IV.H Hospitalizacje w rodzaju: [należy wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego] ¹⁾							Zbiorca/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku									
Lp.	Grupy wiekowe	osób ²⁾	Liczba				osobodni	Średni czas hospitalizacji	Uwagi
			hospitalizacji ³⁾						
			ogółem	mężczyźni	kobiety				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	ogółem								
2.	poniżej roku								
3.	1–4								
4.	5–9								
5.	10–14								
6.	15–19								
7.	20–24								
8.	25–29								
9.	30–34								
10.	35–39								
11.	40–44								
12.	45–49								
13.	50–54								
14.	55–59								
15.	60–64								
16.	65–69								
17.	70–74								
18.	75+								
19.	brak określonego wieku								

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

- ¹⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 6 tabel oznaczonych w spisie tabel od IV.H.1 do IV.H.6.
- ²⁾ W przypadku gdy jedna osoba w okresie sprawozdawczym była hospitalizowana kilka razy, należy wykazać ją tylko raz.
- ³⁾ W tabeli należy wykazywać dane dotyczące wyłącznie hospitalizacji zakończonych w okresie sprawozdawczym.

OSOBY LECZONE W PODMIOTACH LECZNICZYCH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

Tabela IV.O Osoby leczone w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: [Należy wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego] ¹⁾			Zbiorcza/ oddział wojewódzki Funduszu*
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku			
Lp.	Komórka organizacyjna ²⁾		Liczba osób leczonych ³⁾
	kod	nazwa	
1	2	3	4
1.			

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 3 tabele oznaczone w spisie tabel od IV.O.1 do IV.O.3.

²⁾ Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zwanej dalej „komórką organizacyjną”, i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”, realizującej świadczenia finansowane odpowiednio w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, opieka paliatywna i hospicyjna oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

³⁾ Tabela przedstawia liczbę osób leczonych (przebywających w podmiotach leczniczych) zgodnie ze stanem na ostatni dzień okresu sprawozdawczego.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Tabela IV.1.1.1 Podstawowa opieka zdrowotna – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – liczba udzielających świadczeń					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu					
Stan na koniec półrocza roku										
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba			Liczba lekarzy według osób objętych opieką					Uwagi
		podmiotów	miejsc udzielania świadczeń	lekarzy ¹⁾	do 1.000	1.001–2.750	2.751 do 3.000	powyżej 3.000		
					6	7	8	9		
1	2	3	4	5					10	
1.	ogółem									
2.	[nazwa oddziału]									

1) Należy podać liczbę wszystkich lekarzy realizujących umowę.

Tabela IV.1.1.2 Podstawowa opieka zdrowotna – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – liczba osób objętych opieką uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej										Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Stan na koniec ... półrocza roku											
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba osób objętych opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej									
		według grup wiekowych zgodnie z zasadami obowiązującym w okresie sprawozdawczym ¹⁾						podopieczni domów pomocy społecznej, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych			
		0–6 lat	7–19 lat	20–39 lat	40–65 lat	powyżej 65 lat					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1.	ogółem										
2.	[nazwa oddziału]										

1) Kolumny odzwierciedlają obowiązujący w okresie sprawozdawczym podział na grupy wiekowe, który ma wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej.

Tabela IV.1.1.3 Podstawowa opieka zdrowotna – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – udzielone świadczenia ¹⁾						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
		Liczba wykonanych				
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	porad	porad domowych	świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia		Uwagi
				patronaży	badan bilansowych, w tym badan przesiewowych	
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					8
2.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.2.1 Podstawowa opieka zdrowotna – pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej – liczba udzielających świadczeń						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec ... półrocza roku						
		Liczba				
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	podmiotów	miejsc udzielania świadczeń	pielęgniarek ¹⁾	Liczba pielęgniarek według liczby osób objętych opieką	
					do 1.000	2.751 do 3.000
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem				8	9
2.	[nazwa oddziału]					10

¹⁾ Należy podać liczbę wszystkich pielęgniarek realizujących umowę.

Tabela IV.1.2.2 Podstawowa opieka zdrowotna – pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej – liczba osób objętych opieką uwzględniającą czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Stan na koniec ... półrocza roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba osób objętych opieką pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej			podopieczni domów pomocy społecznej, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych	Uwagi
		według grup wiekowych ¹⁾				
		0–6 lat	od 7– 65 lat	powyżej 65 lat		
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					
2.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ Kolumny odzwierciedlają obowiązujący w okresie sprawozdawczym podział na grupy wiekowe, który ma wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej.

Tabela IV.1.2.3 Podstawowa opieka zdrowotna – pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej – udzielone świadczenia ¹⁾						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec ... półrocza roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba udzielonych wizyt		Świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci do ukończenia 6. roku życia		Uwagi
		domowych	ambulatoryjnych	liczba wizyt patronażowych	liczba dzieci, którym wykonano badania (testy) przesiewowe	
		3	4	5	6	
1	2					7
1.	ogółem					
2.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.3.1 Podstawowa opieka zdrowotna – położne podstawowej opieki zdrowotnej – liczba udzielających świadczeń							Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec ... półrocza roku							
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba			Liczba położnych według liczby osób objętych opieką		Uwagi
		miejsc udzielania świadczeń	podmiotów	położnych	do 6600	6601–7.000	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. ogółem							9
2. [nazwa oddziału]							

Tabela IV.1.3.2 Podstawowa opieka zdrowotna – położne podstawowej opieki zdrowotnej – liczba osób objętych opieką							Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec ... półrocza roku							
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba osób objętych opieką położnej podstawowej opieki zdrowotnej			Liczba osób objętych opieką		Uwagi
		noworodków i niemowląt obu płci do ukończenia 2. miesiąca życia	noworodków i niemowląt obu płci do ukończenia 2. miesiąca życia	kobiet	do 6600	6601–7.000	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. ogółem							9
2. [nazwa oddziału]							

Tabela IV.1.3.3 Podstawowa opieka zdrowotna – położne podstawowej opieki zdrowotnej – udzielone świadczenia							Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Stan na koniec ... półrocza roku							
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba udzielonych wizyt ¹⁾					
		ambulatoryjnych		patronażowych			
		domowych	ogółem	liczba kobiet u których przeprowadzono:			
		3	4	1 wizytę	2 wizyty	3 wizyty	4 wizyty
1	2	3	4	5	6	7	8
1. ogółem							
2. [nazwa oddziału]							

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.3.4 Podstawowa opieka zdrowotna – położne podstawowej opieki zdrowotnej – wybrane świadczenia				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu		
Stan na koniec ... półrocza roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba udzielonych wizyt			Liczba świadczeń w programie profilaktyki raka szyjki macicy	Uwagi
		w edukacji przedporodowej u kobiet w okresie od 21 tygodnia ciąży do porodu	w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych			
1	2	3	4	5	6	
1.	ogółem					
2.	[nazwa oddziału]					

Tabela IV.1.4.1 Podstawowa opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania – liczba udzielających świadczeń oraz szkół objętych opieką					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu		
Stan na koniec ... półrocza roku							
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba				szkół objętych opieką	Uwagi
		podmiotów	pielęgniarek	higienistek szkolnych	położnych ¹⁾		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ogółem						
2.	[nazwa oddziału]						

¹⁾ Położne, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo kurs równoważny oraz posiadają co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania.

Tabela IV.1.4.2 Podstawowa opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania – liczba uczniów objętych opieką uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej										Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Stan na koniec ... półrocza roku											
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba uczniów według typów szkół i charakterystyki zdrowotnej ucznia ¹⁾									Uwagi
		typ I					typ II	typ III			
		I.1	I.2	I.3A	I.3B	I.3C		A	B	C	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	ogółem										
2.	[nazwa oddziału]										

¹⁾ Zgodnie z kategoriami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy. W przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym typów szkół lub uczniów należy uaktualnić poniższy opis. **Typ szkoły I** – szkoła podstawowa, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku; **Typ ucznia I.1** – uczeń klasy ogólnej w szkole typu I; **Typ ucznia I.2** – uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I; **Typ ucznia I.3A** – uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole; **Typ ucznia I.3B** – uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole; **Typ ucznia I.3C** – uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole. **Typ szkoły II** (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) – uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) ; **Typ szkoły III** (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży). **Typ ucznia IIIA** – uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III; **Typ ucznia IIIB** uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III; **Typ ucznia IIIC** uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III; **Typ A** – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo, słabowidzący i niedowidzący, słabosłyszący i niesłyszący, przewlekłe chorzy (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie); **Typ B** – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo; **Typ C** – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawni ruchowo.

Tabela IV.1.4.3 Podstawowa opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania – udzielone świadczenia ¹⁾					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba			Liczba uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową	Uwagi
		dzieci, którym wykonano testy przesiewowe w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia	testów przesiewowych w pozostałych rocznikach	innych udokumentowanych świadczeń profilaktycznych		
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					
2.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.5.1 Podstawowa opieka zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna – liczba udzielających świadczeń				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Stan na koniec ... półrocza roku					
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba			Uwagi
		podmiotów	obszarów zabezpieczenia	miejsc udzielania świadczeń	
1	2	3	4	5	6
1.	ogółem				
2.	[nazwa oddziału]				

Tabela IV.1.5.2 Podstawowa opieka zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna – udzielone świadczenia ¹⁾						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba porad lekarskich udzielonych				Liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych
		ambulatoryjnie	w trybie wyjazdowym	telefonicznie	ambulatoryjnie	
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					
2.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.6 Podstawowa opieka zdrowotna – transport sanitarny						Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu				
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku										
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba		miejsc udzielania świadczenia	ogółem	Liczba przewozów				Uwagi
		podmiotów	3			według celów– kody ¹⁾				
						kod 1	kod 2	kod 3	kod 4	
1	2			4	5	6	7	8	9	10
1.	ogółem									
2.	[nazwa oddziału]									

¹⁾ Objasnienie kodów: 1 – Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym; 2 – Potrzeba zachowania ciągłości leczenia; 3 – Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego; 4 – inne przypadki.

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Tabela IV.2.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – według jednostek statystycznych ¹⁾										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku										
Lp.	Zakres świadczeń ¹⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ¹⁾		Świadczenia wykonane			Liczba osób ³⁾		Uwagi	
		kod	nazwa	kod ²⁾	nazwa ²⁾	liczba				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.										

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego realizujące zakres świadczeń zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, realizującej świadczenia z zakresu: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

²⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, dotyczy także porad nierozliczanych według odrębnej wyceny.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.2.2 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – liczba udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych ¹⁾														Zbiórca/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku																
Lp.	Zakres świadczeń ²⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Porady o charakterze zachowawczym – liczba											Porady o charakterze zabiegowym – liczba	
				w tym świadczenia:												
				ogółem		specjalistyczne		specjalistyczne receptowe		pohospitalizacyjne			specjalistyczne pierwszorazowe			
						porad	osób ³⁾	porad	osób ³⁾	porad	osób ³⁾	porad	osób ³⁾	porad		
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1.																

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Zgodnie z podziałem na świadczenia o charakterze zachowawczym i zabiegowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określających szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń wymienionych w katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych.

²⁾ Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

³⁾ Liczba osób, którym udzielono świadczeń. Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.2.3 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ¹⁾ – jednostki rozliczeniowe				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Zakres świadczeń ¹⁾		Liczba udzielonych świadczeń	Liczba osób, którym udzielono świadczeń ²⁾	Uwagi
	kod	nazwa			
1	2	3	4	5	6
1.					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, pogrupowane zgodnie z kodem zakresu świadczeń.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.2.4 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna – według jednostek statystycznych ¹⁾ – nad pacjentem z cukrzycą/nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) ²⁾							Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku								
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba umów	Liczba świadczeniodawców	Wartość umów (w tys. zł)	Wartość zapłaconych świadczeń (w tys. zł)	Liczba osób objętych opieką ³⁾	Liczba wykonanych porad	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	ogółem							
2.	[nazwa oddziału]							

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, dotyczy także porad nierozliczanych według odrębnej wyceny.

²⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 2 tabele oznaczone w spisie tabel jako IV.2.4.1 i IV.2.4.2.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

LECZENIE SZPITALNE

Tabela IV.3.1 Leczenie szpitalne – według jednostek statystycznych ¹⁾							Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku									
Lp.	Zakres świadczeń ²⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Świadczenia wykonane ¹⁾			Liczba		Uwagi
		kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób ³⁾	osobodni ⁴⁾	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów w oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji.

2) Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

3) Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

4) Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnach 5 i 6 jest pobyt, pobyt w oddziale szpitalnym, osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

Tabela IV.3.2 Leczenie szpitalne – programy lekowe					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku							
Lp.	Program lekowy ¹⁾		Produkt rozliczeniowy ²⁾		Liczba rozliczonych jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach ³⁾	Liczba osób objętych programem ⁴⁾	Uwagi
	numer załącznika z obwieszczenia	nazwa	kod	nazwa			
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wpisać programy lekowe realizowane w okresie sprawozdawczym zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

²⁾ Kody i nazwy produktów rozliczeniowych stosowane w okresie sprawozdawczym, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

³⁾ W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu lekowego.

⁴⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.3.3 Leczenie szpitalne – chemioterapia				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku				
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba osób objętych chemioterapią ¹⁾	Wartość (w tys. zł)	Uwagi
1	2	3	4	5
1.	[nazwa oddziału]			

¹⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.3.4 Leczenie szpitalne – chemioterapia niestandardowa				Zbiórca według oddziałów wojewódzkich Funduszu		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba wniosków	Liczba wydanych zgód	Wartość zgód (w tys. zł)	Liczba osób objętych chemioterapią ¹⁾	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7
1.	[nazwa oddziału]					

¹⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.3.5 Leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Świadczenie wysokospecjalistyczne ¹⁾	Liczba			Wartość (w tys. zł)	Uwagi
		świadczeń	osób, którym udzielono świadczenia ²⁾	świadczeniiodawców		
1	2	3	4	5	6	7
1.						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wpisać świadczenia wysokospecjalistyczne zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy. W przypadku świadczeń *Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym* należy dodatkowo wyodrębnić dwa wiersze, odpowiednio dla świadczeń: 1) wykonanych osobom, które nie ukończyły 18. roku życia oraz 2) wykonanych pozostałym osobom.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Tabela IV.4.1 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – według jednostek statystycznych ¹⁾										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku										
Lp.	Zakres świadczeń ²⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Świadczenia wykonane ¹⁾			Liczba		osobodni ⁴⁾	Uwagi
		kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób ³⁾			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.										

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów w oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji.

²⁾ Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

⁴⁾ Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5. i 6. jest pobyt, pobyt w oddziale szpitalnym, osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

Tabela IV.4.2 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – liczba świadczeniodawców i osób, którym udzielono świadczenia					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Świadczenia udzielane w warunkach		Liczba świadczeniodawców	Liczba osób, którym udzielono świadczeń ¹⁾	Wartość udzielonych świadczeń (w tys. zł)	Uwagi
1	2		3	4	5	6
1.	stacjonarnych	psychiatrycznych				
2.		leczenia uzależnień				
3.		w izbie przyjęć				
4.	dziennych	psychiatrycznych				
5.		leczenia uzależnień				
6.	ambulatoryjnych	psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)				
7.		leczenia uzależnień				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

REHABILITACJA LECZNICZA

Tabela IV.5.1 Rehabilitacja lecznicza – według jednostek statystycznych ¹⁾							Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku									
Lp.	Zakres świadczeń ²⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Świadczenia wykonane ¹⁾			Liczba		Uwagi
		kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób ³⁾	osobodni ⁴⁾	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów w oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji.

²⁾ Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

⁴⁾ Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 6. i 7. jest pobyt, pobyt w oddziale szpitalnym, osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

Tabela IV. 5.2 Rehabilitacja lecznicza – liczba świadczeniodawców i osób, którym udzielono świadczenia				Zbiórca/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach:	Wyszczególnienie	Liczba świadczeniodawców	Liczba osób, którym udzielono świadczenia ¹⁾	Wartość udzielonych świadczeń (w tys. zł)	Uwagi
Lp.	2	3	4	5	6	7
1.	ambulatoryjnych	porada lekarska rehabilitacyjna				
2.		wizyta fizjoterapeutyczna				
3.		zabieg fizjoterapeutyczny				
4.	domowych	porada lekarska rehabilitacyjna				
5.		wizyta fizjoterapeutyczna				
6.		zabieg fizjoterapeutyczny				
7.		rehabilitacja ogólnoustrojowa				
8.		rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego				
9.		rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy				
10.	ośrodka lub oddziału dziennego	rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku				
11.		rehabilitacja kardiologiczna				
12.		rehabilitacja pulmonologiczna				
13.	stacjonarnych	rehabilitacja ogólnoustrojowa				
14.		rehabilitacja neurologiczna				
15.		rehabilitacja pulmonologiczna				
16.		rehabilitacja kardiologiczna				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Tabela IV.6.1 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – według jednostek statystycznych ¹⁾							Zbiórca/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku									
Lp.	Zakres świadczeń ²⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Liczba wykonanych świadczeń ¹⁾			Liczba		Uwagi
		kod	nazwa	kod	nazwa	liczba	osób objętych opieką ³⁾	osobodni ⁴⁾	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytych w oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji.

²⁾ Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

⁴⁾ Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5. i 6. jest pobyt, pobyt w oddziale szpitalnym, osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

Tabela IV. 6.2 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – liczba świadczeniodawców i osób objętych opieką				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Świadczenia udzielane w warunkach:	Liczba świadczeniodawców	Liczba osób objętych opieką ¹⁾	Wartość udzielonych świadczeń (w tys. zł)	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1.	stacjonarnych				
2.	domowych	zespół długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie			
		pielęgniarska opieka długoterminowa domowa			

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

Tabela IV.7.1 Opieka paliatywna i hospicyjna – według jednostek statystycznych ¹⁾					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*					
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku										
Lp.	świadczeń ²⁾	Zakres	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Świadczenia wykonane ¹⁾			Liczba		Uwagi
			kod	nazwa	nazwa	kod	liczba	osób ³⁾	osobodni ⁴⁾	
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
1.										

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów w oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji.

2) Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

3) Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

4) Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5. i 6. jest pobyt, pobyt w oddziale szpitalnym, osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

Tabela IV.7.2 Opieka paliatywna i hospicyjna – liczba świadczeniodawców i osób objętych opieką – świadczenia gwarantowane				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Świadczenia udzielane w warunkach	Liczba świadczeniodawców	Liczba osób, którym udzielono świadczeń ¹⁾	Wartość udzielonych świadczeń (w tys. zł)	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1.	stacjonarnych				
2.	ambulatoryjnych				
3.	domowych				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Tabela IV.8.1 Leczenie stomatologiczne – liczba osób, którym udzielono świadczenia, i wartość świadczeń według poszczególnych zakresów ¹⁾				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*			
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku							
Lp.	Zakres świadczenia gwarantowanego	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia ²⁾				Uwagi
			ogółem	do 18 lat ³⁾	powyżej 18 – 65 lat	powyżej 65 lat	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	świadczenia ogólnostomatologiczne						
2.	świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia						
3.	świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym						
4.	świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS						
5.	świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii						
6.	świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży						
7.	świadczenia protetyki stomatologicznej						
8.	świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki						
9.	świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Zakresy wymienione w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

³⁾ Do ukończenia 18. roku życia.

Tabela IV.8.2 Leczenie stomatologiczne – profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia ¹⁾				Zbiorca/oddział wojewódzki Funduszu*
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku				
Lp.	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka ¹⁾	Kod świadczenia ²⁾	Liczba osób, którym udzielono świadczenia ³⁾	Uwagi
1	2	3	4	5
1.	w 6. miesiącu życia	23.1009		
2.	w 9. miesiącu życia	23.1010		
3.	w 12. miesiącu życia	23.1011		
4.	w 2. roku życia	23.1012		
5.	w 4. roku życia	23.1013		
6.	w 5. roku życia	23.1014		
7.	w 6. roku życia	23.1015		
8.	w 7. roku życia	23.1016		
9.	w 10. roku życia	23.1017		
10.	w 12. roku życia	23.1018		
11.	w 13. roku życia	23.1019		
12.	w 16. roku życia	23.1020		
13.	w 19. roku życia	23.1021		

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Świadczenia wymienione w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

²⁾ Kod świadczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

TRANSPORT SANITARNY

Tabela IV.9 Transport sanitarny – liczba wyjazdowych zespołów transportu sanitarnego, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, liczba świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone przez wyjazdowe zespoły transportu sanitarnego typu „N”				Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Ip.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba		Uwagi	
		wyjazdowych zespołów transportu sanitarnego typu „N”	świadczeń udzielonych przez wyjazdowe zespoły transportu sanitarnego typu „N”(1)	osób, którym udzielono świadczenia(2)	
1	2	3	4	5	6
1. ogółem					
2. [nazwa oddziału]					

1) Świadczeniem udzielonym przez wyjazdowy zespół transportu sanitarnego typu „N” jest przewóz.

2) Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

RATOWNICTWO MEDYCZNE

Tabela IV.10 Ratownictwo medyczne – liczba świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone przez zespoły ratownictwa medycznego				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Zespół ratownictwa medycznego		Liczba świadczeń udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego(1)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	Uwagi
	kod	nazwa			
1	2	3	4	5	6
1.	3112	podstawowy			
2.	3114	specjalistyczny			
3.	3152	wodny podstawowy			
4.	3154	wodny specjalistyczny			
5.	ogółem				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

1) Świadczeniem udzielonym przez zespół ratownictwa medycznego jest wyjazd w przypadku naziemnych zespołów ratownictwa medycznego lub akcja ratownicza w przypadku wodnych zespołów ratownictwa medycznego.

PROGRAMY ZDROWOTNE

Tabela IV.11 Programy zdrowotne – świadczenia gwarantowane ¹⁾					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Nazwa i etap programu zdrowotnego ²⁾	Liczba osób objętych programem ³⁾	Liczba świadczeniiodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Programy zdrowotne wymienione w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

²⁾ W przypadku programów realizowanych w etapach, dla każdego etapu programu zdrowotnego należy wypełnić odrębny wiersz.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

ŚWIADCZENIA ODRĘBNE KONTRAKTOWANE

Tabela IV.12 Świadczenia odrębnie kontraktowane						Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku								
Lp.	Zakres świadczeń zgodnie z katalogiem Funduszu ¹⁾		Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Liczba			Uwagi
			kod	nazwa	świadczeniodawców	wykonanych świadczeń	osób, którym udzielono świadczenia ³⁾	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wpisać wszystkie kody i nazwy świadczeń kontraktowanych odrębnie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

²⁾ Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

LEKI, ŚRODKI SPOŻYWCZE SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBY MEDYCZNE PODLEGAJĄCE REFUNDACJI

Tabela IV.13.1 Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne podlegające refundacji – wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz ich naprawa według rodzajów						Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku							
Lp.	Wyrób medyczny ¹⁾		Zaopatrzenie w wyroby medyczne		Naprawa wyrobów medycznych		Uwagi
	kod	nazwa	liczba	wartość wydanych wyrobów medycznych ogółem (w tys.) ²⁾	liczba napraw	wartość (w tys. zł)	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

1) Oznaczenie wyrobu medycznego należy podać w sposób zgodny z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

2) Należy wpisywać wartość wydanych wyrobów medycznych w części sfinansowanej przez Fundusz do wysokości obowiązujących limitów cen.

Tabela IV.13.2 Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne podlegające refundacji – potwierdzanie zleceń na wyroby medyczne					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Stan na koniec półrocza roku							
	Wyrób medyczny ¹⁾		Liczba potwierdzonych zleceń od początku roku do końca okresu sprawozdawczego	Liczba oczekujących na potwierdzenie zlecenia ogółem	Liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosi		
	kod	nazwa			do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6
1	2	3	4	5=(6+7+8)	6	7	8
1.							

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

1) Oznaczenie wyrobu medycznego należy podać w sposób zgodny z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

Tabela IV.14 Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne podlegające refundacji – łączna sprzedaż leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych na receptę w aptekach według kodów EAN ¹⁾										Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca ... miesiąca ... kwartału roku ²⁾										
Lp.	Kod EAN ³⁾	Nazwa	Postać	Dawka (wielkość i jednostka)/ Rozmiar	Zawartość opakowania	Substancja czynna/rodzaj wyrobu	Wielkość sprzedaży (liczba opakowań w szt.)	W zł		
								wartość sprzedaży	kwota refundacji (Funduszu)	kwota odpłatności (świadczeniobiorca)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.										

1) Dla wszystkich leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych niezależnie od statusu apteki, która go sprzedała.

2) Tabela jest sporządzana co miesiąc, przekazywana kwartalnie.

3) Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN.

Tabela IV.15 Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne podlegające refundacji – zestawienie recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne podlegające refundacji dla świadczeniobiorców/osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ^{1), 2)}				Zbiorca/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca ... kwartału roku						
Lp.	Rodzaj	Liczba pozycji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych zrealizowanych na podstawie recept	W tys. zł			Uwagi
			wartość leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych zrealizowanych na podstawie recept	dopłata wniesiona przez pacjenta	kwota podlegająca refundacji	
1	2	3	4	5	6	7

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 2 tabele oznaczone w spisie tabel jako IV.15.1 i IV.15.2.

²⁾ Poszczególne wiersze tabeli mają być zgodne z zestawieniem zbiorczym recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją na podstawie zaakceptowanych recept, o którym mowa w art. 45b ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji.

LECZENIE UZDROWISKOWE

Tabela IV.16.1 Leczenie uzdrowiskowe – według jednostek statystycznych ¹⁾										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku												
Lp.	Zakres świadczeń ²⁾	Komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń ²⁾		Świadczenia wykonane ¹⁾			Liczba		osobodni ⁴⁾	Uwagi		
				liczba	kod	nazwa						
		kod	nazwa				5	6			7	8
1	2	3	4								10	
1.												

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Według jednostek statystycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

²⁾ Zakresy świadczeń i komórki organizacyjne realizujące zakres świadczeń zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określającymi szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Dla każdego zakresu wskazanego w kolumnie 2. należy wyodrębnić tyle wierszy, ile komórek organizacyjnych realizuje dany zakres świadczeń. Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

³⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

⁴⁾ Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5. i 6. jest pobyt, pobyt w oddziale szpitalnym, osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

Tabela IV.16.2 Leczenie uzdrowiskowe – potwierdzanie skierowań na stacjonarne leczenie uzdrowiskowe					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu				
Stan na koniec półrocza roku									
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Rodzaj leczenia stacjonarnego	Liczba skierowań potwierdzonych od początku roku do końca okresu sprawozdawczego	Liczba oczekujących na skierowania ogółem ¹⁾	Liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosi				
					do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18 do 24	powyżej 24
1	2	3	4	5=(6+7+8+9+10)	6	7	8	9	10
1.	ogółem	szpital uzdrowiskowy							
		sanatorium uzdrowiskowe							
2.	[nazwa oddziału]	szpital uzdrowiskowy							
		sanatorium uzdrowiskowe							

¹⁾ Osoby, których skierowania nie zostały potwierdzone wyłącznie z powodu braku miejsc (dotyczy skierowań, których celowość została już zaaprobowana przez lekarza specjalistę).

REALIZACJA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Tabela IV.17 Realizacja wybranych świadczeń opieki zdrowotnej – endoprotezoplastyka										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu	*
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku											
Lp.	Świadczenie opieki zdrowotnej	Wykonane świadczenia		Liczba osób, którym udzielono świadczeń ²⁾	Liczba świadczeniiodawców realizujących świadczenia ¹⁾	Wartość umów (w tys. zł) ¹⁾	% wykorzystania środków ¹⁾	Uwagi			
		liczba	wartość (w tys. zł) ¹⁾								
1	2	3	4	5	6	7	8= (4/7)	9			
1.	biodrowego	pierwotna	całkowita								
			częściowa								
		rewizyjna	całkowita								
			częściowa								
			bez wymiany elementów								
	kolanowego	pierwotna	całkowita								
			częściowa								
		rewizyjna	całkowita								
			częściowa								
			bez wymiany elementów								
	ogółem	łokciowego									
		ramiennego									
		innego									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wypełnić wyłącznie dla wiersza ogółem.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.18 Realizacja wybranych świadczeń opieki zdrowotnej – zaćma							Zbiorca/oddział wojewódzki Funduszu	*
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku								
Lp.	Świadczenie opieki zdrowotnej	Wykonane świadczenia		Liczba osób, którym udzielono świadczeń ²⁾	Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia ¹⁾	Wartość umów (w tys. zł) ¹⁾	% wykorzystania środków ¹⁾	Uwagi
		liczba	wartość (w tys. zł) ¹⁾					
1	2	3	4	5	6	7	8= (4/7)	9
1.	operacje zaćmy							
		powikłanej						
		niepowikłanej						
	ogółem							

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wypełnić wyłącznie dla wiersza ogółem.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.19 Realizacja wybranych świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 19 ustawy						Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku						
	Liczba wniosków świadczeniodawców	Liczba kontroli zasadności wniosków, o których mowa w art. 19 ust. 6 ustawy	Liczba uwzględnionych wniosków	Koszty ogółem	Uwagi	
1	2	3	4	5	6	
1.						

LECZENIE ONKOLOGICZNE

Tabela IV.20.1 Leczenie onkologiczne – pakiet onkologiczny według kategorii planu finansowego					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Kategorie planu finansowego	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba osób ¹⁾	Uwagi	
1	2	3	4	5	
1.					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.20.2 Leczenie onkologiczne – świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Pakiety diagnostyczne zgodnie z katalogiem Funduszu ¹⁾		Liczba świadczeń	Wartość świadczeń opieki zdrowotnej (w tys. zł)	Liczba osób ²⁾	Uwagi
	kod	nazwa				
1	2	3	4	5	6	7
1.						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wpisać wszystkie pakiety diagnostyczne z katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określających szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie realizacji i finansowania świadczeń onkologicznych w okresie sprawozdawczym. W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden pakiet diagnostyczny.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.20.3 Leczenie onkologiczne – świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w leczeniu szpitalnym				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Zakres świadczeń zgodnie z katalogiem Funduszu ¹⁾		Liczba świadczeń	Wartość świadczeń opieki zdrowotnej (w tys. zł)	Liczba osób ²⁾	Uwagi
	kod	nazwa				
1	2	3	4	5	6	7
1.						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Należy wpisać wszystkie zakresy świadczeń wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określających szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie realizacji i finansowania świadczeń onkologicznych – pakiety onkologiczne w okresie sprawozdawczym. W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV.20.4 Leczenie onkologiczne – według zakresów, z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego			Zbiorca/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku				
Lp.	Kategorie planu finansowego	Wyszczególnienie ¹⁾	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba osób ²⁾
1	2	3	4	5
1.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna			
2.	leczenie szpitalne, w tym:			
2.1	programy lekowe			
2.1.2	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami i lekowymi			
2.2.	chemioterapia			
2.2.1.	w tym leki stosowane w chemioterapii			
3.	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych			
4.	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie			
5.	opieka paliatywna i hospicyjna			

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Dla każdej kategorii planu finansowego należy wyodrębnić wiersze dla poszczególnych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, które można przyporządkować leczeniu onkologicznemu.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

Tabela IV. 20.5 Leczenie onkologiczne – według przyczyn udzielania świadczenia ¹⁾ , z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego			Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku			
Lp.	Kategorie planu finansowego	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba osób ²⁾
1	2	3	4
1.			

¹⁾ W tabeli należy uwzględnić wszystkie świadczenia, w przypadku których główną przyczyną udzielenia był kod z zakresu C.00– D.09 lub D.37–D.48 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

²⁾ Osoby o niepowtarzalnych numerach PESEL.

CZAS OCZEKIWANIA I LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH

Tabela IV.21.1 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o wykonanych świadczeniach¹⁾ – na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej/świadczeń w oddziałach szpitalnych²⁾

Tabela IV.21.1 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o wykonanych świadczeniach ¹⁾ – na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej/świadczeń w oddziałach szpitalnych ²⁾																		Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*									
Sprawozdanie za ... kwartał roku ³⁾																											
Komórka organizacyjna ⁴⁾			Liczba osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia															Liczba świadczeniodawców, na których listy wpisani byli oczekujący									
			u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił										u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił														
Lp.	kod	nazwa	ogółem	do 1 m-ca	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24	ogółem		do 1	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24								
				4 ⁵⁾	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19								
1.																											

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Tabela przedstawia dane wyliczone przez Fundusz na podstawie danych o wykonanych każdym świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania = data skreślenia z listy z powodu wykonania świadczenia – data wpisu na listę).

²⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 2 tabele oznaczone w spisie tabel jako IV.21.1.1 i IV.21.1.2.

³⁾ Dane przedstawiane w tabeli dotyczą wyłącznie osób, którym w danym okresie sprawozdawczym udzielono świadczeń.

⁴⁾ Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

⁵⁾ Suma kolumn 5–11.

Tabela IV.21.2 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o wykonanych świadczeniach – na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej ¹⁾										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*							
Sprawozdanie za ... kwartał roku ²⁾																	
Lp.	Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej ³⁾	Liczba osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia		Liczba świadczeniodawców, na których listy wpisani byli oczekujący													
		ogółem	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił													
				ogółem													
				do 1 m-ca	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	ogółem	do 1	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	
1	2	3 ⁴⁾	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.																	

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Tabela przedstawia dane wyliczone przez Fundusz na podstawie danych o wykonanych każdym świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania = data skreślenia z listy z powodu wykonania świadczenia – data wpisu na listę).

²⁾ Dane przedstawiane w tabeli dotyczą wyłącznie osób, którym w danym okresie sprawozdawczym udzielono świadczeń.

³⁾ Świadczenia, o których mowa w wykazie określonym w załączniku nr 11 oraz pkt II załącznika nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniiodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, z późn. zm.) oraz świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

⁴⁾ Suma kolumn 4–10.

Tabela IV.22.1 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców ¹⁾ – na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej/ świadczeń w oddziałach szpitalnych ²⁾										Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*
Sprawozdanie za ... kwartał roku ³⁾										
Komórka organizacyjna ⁴⁾			Przypadki pilne					Przypadki stabilne		
			liczba oczekujących		średni rzeczywisty czas oczekiwania		procent komórek organizacyjnych, do których rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0	średni rzeczywisty czas oczekiwania		procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0
Lp.	kod	nazwa	liczba oczekujących		średni rzeczywisty czas oczekiwania		procent komórek organizacyjnych, do których rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0	średni rzeczywisty czas oczekiwania		procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.										

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Tabela przedstawia dane wyliczone przez Fundusz na podstawie informacji otrzymanych od świadczeniodawców o liczbie oczekujących i średnich rzeczywistych czasach oczekiwania.

²⁾ Na podstawie niniejszego wzoru należy sporządzić 2 tabele oznaczone w spisie tabel jako IV.22.1.1 i IV.22.1.2.

³⁾ Dane przedstawione w tabeli prezentują stan na koniec kwartału.

⁴⁾ Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej i nazwa tej komórki zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

Tabela IV.22.2 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców ¹⁾ – na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej		Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*							
Sprawozdanie za ... kwartał roku ²⁾									
Lp.	Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej ³⁾	Przypadki pilne			Przypadki stabilne				
		liczba oczekujących	średni rzeczywisty czas oczekiwania		liczba oczekujących	średni rzeczywisty czas oczekiwania			
			mediana	trzeci kwartył		mediana	trzeci kwartył		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Tabela przedstawia dane wyliczone przez Fundusz na podstawie informacji otrzymanych od świadczeniodawców o liczbie oczekujących i średnich rzeczywistych czasach oczekiwania.

²⁾ Dane przedstawione w tabeli prezentują stan na koniec okresu sprawozdawczego.

³⁾ Świadczenia, o których mowa w wykazie określonym w załączniku nr 11 oraz pkt II załącznika nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wyspecjalizowanych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Okresowe sprawozdanie z działalności Funduszu – cz. V

SPIS TABEL

Lp.	Tytuł tabeli	Numer	Częstotliwość	Wymagana nazwa pliku zawierającego tabele	Poziom agregacji
1.	Koordynacja – wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym związanych z rozliczaniem świadczeń	V.1	półroczna	V.1_koordynacja_kwoty_zaplacone	1 zbiorcza
2.	Koordynacja – wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu rozliczanych według kosztów rzeczywistych	V.2	półroczna	V.2_koordynacja_roszczenia	1 zbiorcza
3.	Koordynacja – kwoty zrefundowane świadczeniobiorcom w związku z korzystaniem ze świadczeń na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	V.3	półroczna	V.3_koordynacja_kwoty_zrefundowane	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
4.	Koordynacja – wartość świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie rozliczeń przedstawionych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym według kosztów rzeczywistych	V.4	półroczna	V.4_koordynacja_swiadczenia	1 zbiorcza
5.	Koordynacja – zaświadczenia o prawie do świadczeń na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu wydawane świadczeniobiorcom	V.5	półroczna	V.5_koordynacja_wydane_zaswiadczenia	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
6.	Koordynacja – planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na podstawie art. 42i ustawy – informacje ogólne	V.6.1	półroczna	V.6.1_koordynacja_planowane leczenie	jedna tabela zbiorcza – prezentująca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dla Funduszu ogółem

7.	Koordinacja – planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na podstawie art. 42i ustawy – informacje szczegółowe	V.6.2	półroczna	V.6.2_koordinacja_planowane leczenie	1 zbiorcza
8.	Dyrektywa transgraniczna ¹⁾ – wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom na terytorium innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu zgodnie z art. 42b ustawy	V.7	półroczna	V.7_dyrektywa_wartość świadczeń_udzielonych	dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
9.	Dyrektywa transgraniczna ¹⁾ – liczba wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń	V.8	półroczna	V.8_dyrektywa_wypłaty_zwrot_kosztów	1 zbiorcza
10.	Planowane leczenie/badania diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa Funduszu zgodnie z art. 42j ustawy	V.9	półroczna	V.9_planowane_leczenie_zgody_Prezesa	1 zbiorcza

¹⁾ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011, str. 45, z późn. zm.), zwana dalej „dyrektywą transgraniczną”.

Tabela V.1 Koordynacja – wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym związanych z rozliczaniem świadczeń					Zbiiorcza	
Narastająco od początku roku do końca półroczna roku						
Lp.	Państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	Wartość zapłaconych kwot (w tys. zł) ¹⁾			Uwagi	
		przez Rzeczpospolitą Polską innym państwom członkowskim Unii Europejskiej za leczenie świadczeniobiorców, którym udzielono świadczeń na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu według	Polsce przez inne państwa członkowskie Unii Europejskiej za leczenie osób uprawnionych z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, którym udzielono świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej rozliczanych według kosztów rzeczywistych			
			kosztów rzeczywistych	kwot zryczałtowanych		
				3		4
1	2			6		
1.	ogółem					
2.	[nazwa państwa]					

¹⁾ Koszty rzeczywiste/kwoty zryczałtowane zapłacone za świadczenia rozliczane są zgodnie z art. 62 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 987/2009”.

Tabela V.2 Koordynacja – wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu rozliczanych według kosztów rzeczywistych ¹⁾					Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	Świadczeniobiorcy, którym udzielono świadczeń na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	wartość świadczeń ogółem (w tys. zł)		Uwagi
		liczba roszczeń indywidualnych za świadczenia rozliczane według kosztów rzeczywistych			
1	2	3	4	5	
1.	ogółem				
2.	[nazwa państwa]				

¹⁾ Koszty rzeczywiste zgłoszone w okresie sprawozdawczym przez instytucje łącznikowe innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu zgodnie z art. 62 rozporządzenia nr 987/2009.

Tabela V.3 Koordynacja – kwoty zrefundowane świadczeniobiorcom w związku z korzystaniem ze świadczeń na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu ¹⁾					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca półrocza						
	Państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	Liczba złożonych wniosków	Wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków ogółem (w tys. zł)	Liczba osób, dla których zatwierdzono kwoty do zwrotu	Wartość zatwierdzonych kwot do wypłaty ogółem (w tys. zł)	Uwagi
Lp.	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					
2.	[nazwa państwa]					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Koszty rzeczywiste rozliczane są zgodnie z art. 62 rozporządzenia nr 987/2009 pomiędzy instytucjami łącznikowymi, ale na potrzeby art. 25 lit. B rozporządzenia nr 987/2009 są to wypłacone kwoty zwrotu na podstawie stawek określonych przez instytucje właściwe innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu.

Tabela V.4 Koordynacja – wartość świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie rozliczeń przedstawianych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym według kosztów rzeczywistych ¹⁾					Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku					
Lp.	Państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	Osoby uprawnione z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, którym udzielono świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej		wartość udzielonych świadczeń ogółem (w tys. zł)	Uwagi
		liczba roszczeń indywidualnych za świadczenia rozliczane według kosztów rzeczywistych			
1	2	3	4	5	
1.	ogółem				
2.	[nazwa państwa]				

¹⁾ Koszty rzeczywiste przedstawione są zgodnie z art. 62 rozporządzenia nr 987/2009.

Tabela V.5 Koordynacja – zaświadczenia o prawie do świadczeń na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu wydawane świadczeniobiorcom					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*				
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku									
	Państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu	Liczba wydanych zaświadczeń					Uwagi		
		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	Certyfikat	S1	S2	S3			DA1
Lp.	2	3	4	5	6	7	8	9	
1									
1.	ogółem								
2.	[nazwa państwa]								
3.	państwo nieokreślone ¹⁾								

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ W tym wierszu wykazywane są przypadki, w których zaświadczenia nie można przypisać do konkretnego państwa.

Tabela V.6.1 Koordynacja – planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na podstawie art. 42i ustawy – informacje ogólne					Zbiorcza według oddziałów wojewódzkich Funduszu		
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku							
Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba złożonych wniosków o przeprowadzenie		Liczba zgód na			Koszty przewidywane przez Fundusz (w tys. zł)
		planowanego leczenia	badania diagnostycznych	planowane leczenie	badania diagnostyczne	planowanego leczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ogółem						
2.	[nazwa oddziału]						

Tabela V.6.2 Koordynacja – planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na podstawie art. 42i ustawy – informacje szczegółowe						Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku						
Lp.	Rodzaj świadczenia ¹⁾	Szczegółowy zakres świadczenia ²⁾	Czas oczekiwania ²⁾		Kraj, na terytorium którego udzielono świadczenia	Koszty przewidywane przez Fundusz (w tys. zł)
			przewidywany zgodnie z listą oczekujących	dopuszczalny czas oczekiwania		
1	2	3	4	5	6	7
1.						

¹⁾ Należy wpisać: badania diagnostyczne lub planowane leczenie.

²⁾ Należy wpisać zgodnie z danymi zamieszczonymi we wniosku, o którym mowa w art. 42i ustawy.

Tabela V.7 Dyrektywa transgraniczna – wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom na terytorium innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu zgodnie z art. 42b ustawy					Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku						
Lp.	Państwa członkowskie Unii Europejskiej	Liczba wniosków o zwrot kosztów udzielonych świadczeń	Łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków (w tys. zł) ¹⁾	Liczba wypłat	Łączna wartość wypłaconych kwot (w tys. zł)	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7
1.	ogółem					
2.	[nazwa państwa]					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Kwoty w walutach obcych przeliczane są na złote zgodnie z art. 42c ust. 13 ustawy.

Tabela V.8 Dyrektywa transgraniczna – liczba wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń				Zbiorcza/oddział wojewódzki Funduszu*	
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza roku					
Lp.	Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba wypłat	Łączna wartość wypłaconych kwot (w tys. zł)	Uwagi	
1	2	3	4	5	
1.	ogółem				
2.	[kategoria planu finansowego] ¹⁾				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące oddziału wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę tego oddziału.

¹⁾ Wpisać zgodnie z kategoriami planu finansowego.

Tabela V.9 Planowane leczenie/badania diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa Funduszu zgodnie z art. 42j ustawy						Zbiorcza	
Narastająco od początku roku do końca półrocza roku							
Lp.	Państwa	Liczba wniosków o przeprowadzenie		Liczba zgód na		Koszty przewidywane przez Fundusz (w tys. zł)	
		planowanego leczenia	badania diagnostycznych	planowane leczenie	badania diagnostyczne	planowego leczenia	badania diagnostycznych
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ogółem						
2.	państwa członkowskie Unii Europejskiej						
2.1.	[nazwa państwa]						
3.	państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu						
3.1.	[nazwa państwa]						
4.	inne państwa						
4.1.	[nazwa państwa]						

MINIMALNY ZAKRES ZBIORCZYCH INFORMACJI PRZEKAZYWANYCH PRZEZ FUNDUSZ WOJEWODOM
I MARSZAŁKOM WOJEWÓDZTW

1. Minimalny zakres zbiorczych informacji obejmuje dane dotyczące:

- 1) średniego czasu pobytu, który jest przedstawiany:
 - a) dla każdego szpitala oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa:
 - oznaczonego przez identyfikator oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, kod nadany świadczeniodawcy przez oddział wojewódzki Funduszu, nazwę, numer REGON oraz powiat miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
 - według komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zwanych dalej „komórkami organizacyjnymi”,
 - b) odrębnie dla zamieszkujących na terenie województwa:
 - świadczeniobiorców,
 - osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”;
- 2) liczby procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (kod tworzą pierwsze cztery znaki), wykonanych:
 - a) w oddziałach szpitalnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa w podziale na powiaty miejsca udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek pacjentów;
- 3) liczby hospitalizacji i osób hospitalizowanych:
 - a) przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa w podziale na powiaty miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
- 4) głównych przyczyn udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą 3 znaki dla opieki ambulatoryjnej oraz 5 znaków dla opieki szpitalnej):
 - a) odrębnie dla świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa:
 - w poradniach specjalistycznych,
 - w oddziałach szpitalnych,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
- 5) liczby świadczeń opieki zdrowotnej wyrażanych w kodach świadczeń określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, oraz liczby osób, którym udzielono tych świadczeń w zakresie następujących kodów:
 - a) z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
 - kod 2.4 porada w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 8.4 porada w domu pacjenta,
 - kod 2.5 porada patronażowa w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,

- kod 2.17 bilans zdrowia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 8.5 porada patronażowa w domu pacjenta,
 - kod 8.7 wizyta patronażowa w domu pacjenta,
 - kod 8.17 bilans zdrowia w domu pacjenta
- przy czym dla świadczeń opieki zdrowotnej o kodzie: 2.4 porada w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz kodzie 8.4 porada w domu pacjenta dane dotyczą świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych:
- przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na gminę i powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek,
- przy czym dla pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej dane dotyczą wyłącznie zbiorczej liczby świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
- b) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
- kod 4.4 porada w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym,
 - kod 4.10 sesja w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym,
 - kod 7.4 porada w pozostałej opiece ambulatoryjnej,
- c) z zakresu rehabilitacji:
- kod 9.1 pobyt w oddziale szpitalnym w rehabilitacji stacjonarnej,
 - kod 11.4 porada w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.6 wizyta w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.8 cykl leczenia w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.11 osoba leczona w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 12.4 porada w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
 - kod 12.6 wizyta w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
 - kod 12.11 osoba leczona w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
- d) z zakresu leczenia stacjonarnego:
- kod 0.1 pobyt w oddziale szpitalnym w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 0.16 hemodializa w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 0.3 pobyt w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 1.2 leczenie jednego dnia,
 - kod 1.16 hemodializa w leczeniu jednego dnia,
- e) z zakresu stomatologii:
- kod 3.4 porada w leczeniu stomatologicznym,
 - kod 3.9 badanie w leczeniu stomatologicznym,
- f) z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej:
- kod 14.1 pobyt w oddziale szpitalnym w stacjonarnej długoterminowej opiece,
 - kod 14.3 pobyt w stacjonarnej długoterminowej opiece
- przy czym dla świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w lit. b–f dane dotyczą świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych:
- przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa według powiatów miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek,
 - dla świadczeń oznaczonych kodem: 4.4 porada w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym; 7.4 porada w pozostałej opiece ambulatoryjnej; 0.1 pobyt w oddziale szpitalnym w leczeniu stacjonarnym; 1.2 leczenie jednego dnia – dane przedstawia się dodatkowo według komórek organizacyjnych;

- 6) liczby przyjęć i wypisów według kodów trybu przyjęcia i wypisu określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy:
 - a) w szpitalach udzielających świadczeń na terenie województwa w podziale na powiaty miejsca udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b;
- 7) liczby przewozów środkami transportu sanitarnego, zlecanych lub realizowanych:
 - a) przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa w podziale na:
 - rodzaje transportu zgodnie z kodem charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej,
 - główne przyczyny według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą pierwsze trzy znaki),
 - cel przewozu zgodnie z kodem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy;
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania
 - przy czym w przypadku transportu sanitarnego udzielonego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dane dotyczą wyłącznie zbiorczej liczby przewozów według celów, o których mowa w lit. a tiret trzecie;
- 8) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego:
 - a) świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa w podziale na:
 - rodzaje zespołów zgodnie z kodem charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej,
 - główne przyczyny według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą pierwsze trzy znaki),
 - b) do wszystkich osób, którym udzielono świadczeń na terenie województwa;
- 9) podstawowej opieki zdrowotnej dotyczące liczby:
 - a) osób wykonujących zawód medyczny według rodzajów opieki podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze, pielęgniarki, położne oraz pielęgniarki, higienistki szkolne i położne w środowisku nauczania i wychowania) w podziale na gminy miejsca udzielania świadczenia,
 - b) osób objętych opieką, odrębnie dla grupy świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy; każda grupa w podziale na gminy miejsca ich zamieszkania – dla każdego rodzaju opieki, wskazanego w lit. a;
- 10) programów zdrowotnych w odniesieniu do liczby osób objętych każdym programem oraz liczby udzielonych im świadczeń w każdym zakresie programu:
 - a) dotyczące grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiaty miejsca zamieszkania,
 - b) udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa.

2. W każdym przypadku, gdy dane mają być przekazywane w podziale na:

- 1) komórki organizacyjne – komórki te należy oznaczać zgodnie z nazwą i kodem charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.);
- 2) wiek – należy uwzględnić następujące przedziały wiekowe: 00-poniżej roku, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75+, 99-brak danych;
- 3) gminę lub powiat – gminę lub powiat należy oznaczać zgodnie z nazwą oraz identyfikatorem określonym w krajowym rejestrze urzędowym podziału terytorialnego kraju „TERYT”, o którym mowa w art. 47 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1799).

Załącznik nr 3

WZÓR BUDOWY KOMUNIKATÓW ELEKTRONICZNYCH SŁUŻĄCYCH DO PRZEKAZYWANIA MINIMALNEGO ZAKRESU ZBIORCZYCH INFORMACJI
WOJEWODOM I MARSZAŁKOM WOJEWÓDZTW

Poziom	Element	Atrybut	Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
0	komunikat		1	Komunikat			Przy konstrukcji komunikatu założono, że Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, ma możliwość przekazania poszczególnych wymaganych załącznikiem nr 2 do rozporządzenia raportów jednorazowo w jednym komunikacie bądź w oddzielnych komunikatach. W związku z powyższym krotność elementów o nazwie zaczynającej się od ciągu znaków raport-przyjmuje wartość 0-1. Podane założenie ma na celu elastyczne dopasowanie się do możliwości technicznych odbiorców komunikatów
		typ	1	Typ komunikatu	tekst(3)		Przyjmuje wartość „SWO” – sprawozdawczość dla wojewodów i marszałków województw
		wersja	1	Wersja komunikatu	tekst(8)		1.1
		id-odb	1	Identyfikator odbiorcy	tekst(2)	Identyfikator województwa zgodny z identyfikatorem określonym w krajowym rejestrze urzędowym podziału terytorialnego kraju „TERYT”, o którym mowa w art. 47 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1799), zwanym dalej „TERYT”	02 do 32
		id-nad	1	Identyfikator nadawcy	tekst(2)	Identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu	01 do 16
		id-inst-nad	1	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy	tekst do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy, z którego wygenerowano komunikat	
		nr-gen	1	Numer generacji	liczba (8,0)	Unikalny numer komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	Data i czas generacji komunikatu	data + czas	Data i czas generacji komunikatu	

1	spraw-wojew		1	Sprawozdanie						
		rok	1	Rok sprawozdawczy	liczba(4)	Rok sprawozdawczy				
		okres-typ	1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera	Typ okresu sprawozdawczego			Obecnie przyjmuje wartość: K – kwartał. Dane naliczane są narastająco od początku roku do końca wskazanego kwartału, z wyjątkiem raportu 9, który zawiera dane na koniec kwartału	
		okres-nr	1	Numer okresu sprawozdawczego	liczba(1)	Numer okresu sprawozdawczego w ramach roku				
			0-1	Średni czas pobytu w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych					Na podstawie ust. 1 pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia	
2	raport-1		1-n	Świadczeniodawca						
		ow	1	Identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu	tekst(2)					
		kod-swd	1	Kod świadczeniodawcy	tekst do 16 znaków	Kod nadany świadczeniodawcy przez oddział wojewódzki Funduszu				
		regon	1	Numer REGON	tekst do 14 znaków	Numer REGON				
		nazwa	1	Nazwa	tekst do 255 znaków	Nazwa				
3	raport-1-swd		1-n							
		id-tech-kom-org	1	Identyfikator techniczny komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (świadczeniodawcy), zwanej dalej „komórką organizacyjną”	tekst do 12 cyfr	Identyfikator techniczny komórki organizacyjnej w systemie Funduszu				
						Resortowy kod identyfikacyjny komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, stanowiący część VII 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 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”			Podawany wtedy, gdy został nadany, w przeciwnym przypadku przyjmuje wartość „000”	
		nr	1	Numer komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst do 4 znaków					
4	raport1-kom-org									

		typ	1	Specjalność komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej	
	nazwa	1	1	Nazwa komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst do 255 znaków	Nazwa komórki organizacyjnej	
	teryt-pow	1	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według adresu komórki organizacyjnej
	nazwa-pow	1	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
	typ-grupy	1	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Typ: 1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa; 2-osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, zamieszkale na terenie województwa
2	raport-2		1	Średnia liczba dni pobytu	liczba(9,0)	Średnia liczba dni pobytu	Średnia liczba dni pobytu
			0-1	Liczba procedur medycznych wykonanych na oddziałach szpitalnych			Na podstawie ust. 1 pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport2-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
			1-n				
		teryt-pow-mz	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci świadczeniobiorcy	Oznaczenie płci: 0-płeć nieokreślona; 1-mężczyźni; 2-kobiety; 9-płeć nieznana
4	raport2-swb		1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa świadczeniobiorców	Grupa wiekowa, do której należą świadczeniobiorcy: 00-poniżej 1 roku; 01-lata 1-4; 02-lata 5-9; 03-lata 10-14; 04-lata 15-19; 05-lata 20-24; 06-lata 25-29; 07-lata 30-34; 08-lata 35-39; 09-lata 40-44; 10-lata 45-49; 11-lata 50-54; 12-lata 55-59; 13-lata 60-64; 14-lata 65-69; 15-lata 70-74; 16-lata 75+; 99-brak danych

		kod-proc	1	Kod procedury medycznej	tekst(4)	Kod procedury medycznej	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń; pierwsze 4 znaki, z kropką włącznie (xx.x, gdzie x dana cyfra z kodu tej Klasyfikacji)
		liczba-proc	1	Liczba procedur medycznych	liczba(9,0)	Liczba wykonanych procedur medycznych	
2	raport-3		0-1	Liczba hospitalizacji i osób hospitalizowanych			Na podstawie ust. 1 pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n				
3	raport-3-swd	teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
		nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
			1-n				
		teryt-pow-mz	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
4	raport-3-swb	plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	Jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	Jak w elemencie raport-2
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
		liczba-swiadc	1	Liczba świadczeń	liczba(9,0)	Liczba hospitalizacji	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(9,0)	Liczba osób hospitalizowanych	
2	raport-4_1		0-1	Główne przyczyny udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych			Na podstawie ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n				
3	raport-4_1-swd	teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
		nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	

[illegible]

3	raport-5_1-swd	1-n	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
		1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
		1-n				
4	raport-5_1-swb	1	Identyfikator terytorialny gminy	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
		1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	Jak w elemencie raport-2
		1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	Jak w elemencie raport-2
		1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	Kod świadczenia 2.4 lub 8.4
		1	Liczba świadczeń	liczba(9,0)	Liczba świadczeń	
		1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(9,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
		0-1	Liczba udzielonych świadczeń według powiatów miejsca udzielania świadczeń			Na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 2.4, 8.4)
3	raport-5_2-swd	1-n				
		1	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia.
		1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
4	raport-5_2-swb	1-n				
		1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	Kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 2.4 i 8.4)
		1	Liczba świadczeń	liczba(9,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-5_3	0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, w podziale na specjalności komórek organizacyjnych			Na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. b i d załącznika nr 2 do rozporządzenia (kody świadczeń: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
		1-n				
3	raport-5_3-swd	1	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
		1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	

	typ-kom-org		1	Specjalność komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej	
4	nazwa	1	1	Nazwa komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst do 255 znaków	Nazwa komórki organizacyjnej	
			1-n				
	teryt-pow-mz	1	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy
	nazwa-pow	1	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
	typ-grupy	1	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
	plec	1	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	Jak w elemencie raport-2
	grupa-wiek	1	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	Jak w elemencie raport-2
	kod-swiazcz	1	1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	Kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. b i d załącznika nr 2 do rozporządzenia (w zakresie kodów: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
	liczba-swiazcz	1	1	Liczba świadczeń	liczba(9,0)	Liczba świadczeń	
	liczba-osob	1	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(9,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2			0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, według powiatów zamieszkania			Na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
3			1-n				
	teryt-pow	1	1	Identyfikator terytorialny powiatu według miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
	nazwa-pow	1	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
4			1-n				
	teryt-pow-mz	1	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy
	nazwa-pow	1	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	

	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
	plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	Jak w elemencie raport-2
	grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	Jak w elemencie raport-2
	kod-swiazdzc	1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	Kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. b–f załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
	liczba-swiazdzc	1	Liczba świadczeń	liczba(9,0)	Liczba świadczeń	
2	liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(9,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
		0-1	Liczba hospitalizacji według trybów przyjęć i wypisów w poszczególnych powiatach			Na podstawie ust. 1 pkt 6 załącznika nr 2 do rozporządzenia
		1-n	Wiersz raportu			
3	teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca udzielenia świadczenia
	nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
	kod-trybu-p	1	Kod trybu przyjęcia	tekst do 3 znaków	Tryb przyjęcia poprzedzony literą P	Kod trybu przyjęcia zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	kod-trybu-w	1	Kod trybu wypisu	tekst do 3 znaków	Tryb wypisu poprzedzony literą W	Kod trybu wypisu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	liczba-hospit	1	Liczba hospitalizacji	liczba(9,0)	Liczba hospitalizacji z daną kombinacją trybu przyjęcia i wypisu	
		0-1	Transport sanitarny – liczba przewozów świadczeniobiorców			Na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3		1-n	Wiersz raportu			
	teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
	nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków	Nazwa powiatu	
	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
	kod-rodz-trans	1	Kod rodzaju transportu	tekst(4)	Kod rodzaju transportu	Według VIII części kodu resortowego
	liczba-przew	1	Liczba przewozów świadczeniobiorców	liczba(9,0)	Liczba przewozów świadczeniobiorców	Na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia

2	raport-7_2		0-1	Transport sanitarny – liczba przewozów według głównych przyczyn				Na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-7_2-wiersz		1-n	Wiersz raportu				
		teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)		Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków		Nazwa powiatu	
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)		Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)		Kod przyczyny	Kod przyczyny według ICD 10 – pierwsze trzy znaki
2	raport-7_3	liczba-przew	1	Liczba przewozów świadczeniobiorców	liczba(9,0)		Liczba przewozów świadczeniobiorców	
			0-1	Transport sanitarny – liczba przewozów według celów przewozu sanitarnego udzielanego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej			Transport sanitarny – liczba przewozów według celów przewozu bez transportu sanitarnego udzielanego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	Na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia – nie dotyczy transportu sanitarnego udzielanego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
			1-n	Wiersz raportu				
		teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)		Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków		Nazwa powiatu	
3	raport-7_3-wiersz	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)		Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1
		kod-celu	1	Kod celu przewozu	tekst(2)		Kod celu przewozu	Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
		liczba-przew	1	Liczba przewozów	liczba(9,0)		Liczba przewozów	
			0-1	Transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej – liczba przewozów według celów przewozu			Transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej – liczba przewozów według celów przewozu	Na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia – dane zbiorcze dla podstawowej opieki zdrowotnej
			1-n	Wiersz raportu				
3	raport-7_4-wiersz	kod-celu	1	Kod celu przewozu	tekst(2)		Kod celu przewozu	Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
		liczba-przew	1	Liczba przewozów	liczba(9,0)		Liczba przewozów	
			0-1	Ratownictwo medyczne – liczba wyjazdów				Na podstawie ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia

3	raport-8_1-wiersz		1-n	Wiersz raportu					
		rodzaj-zespołu	1	Rodzaj zespołu	tekst(4)		Rodzaj zespołu		Według VIII części kodu resortowego.
		liczba-wyjazd	1	Liczba wyjazdów	liczba(9,0)		Liczba wyjazdów		
2	raport-8_2		0-1	Ratownictwo medyczne – liczba wyjazdów według głównych przyczyn					Na podstawie ust. 1 pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n	Wiersz raportu					
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)		Kod przyczyny		Kod przyczyny według ICD 10 – pierwsze trzy znaki
3	raport-8_2-wiersz	liczba-wyjazd	1	Liczba wyjazdów	liczba(9,0)		Liczba wyjazdów		
			0-1	Podstawowa opieka zdrowotna					Na podstawie ust. 1 pkt 9 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n	Podstawowa opieka zdrowotna					
3	raport-9-swd	teryt-gmina-swd	1	Identyfikator terytorialny gminy według miejsca udzielania świadczeń	tekst(7)		Identyfikator gminy zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT		Według miejsca udzielania świadczeń
		nazwa-gmina-swd	1	Nazwa gminy	tekst do 255 znaków		Nazwa gminy		
		rodz-opieki	1	Rodzaj opieki	tekst(1)		Rodzaj opieki według rodzajów pracowników medycznych		Rodzaj opieki: L – opieka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej P – opieka pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, O – opieka położnej, S – opieka pielęgniarki, higienistki szkolnej, położnej w środowisku nauczania i wychowania
4	raport-9-swb	liczba-prac-med	1	Liczba pracowników medycznych	liczba(9,0)		Liczba pracowników medycznych		Ustalona na podstawie umów z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
			1-n	Osoby objęte podstawową opieką zdrowotną					
		teryt-gmina-mz	1	Identyfikator terytorialny gminy	tekst(7)		Identyfikator gminy zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT		
4	raport-9-swb	nazwa-gmina	1	Nazwa gminy	tekst do 255 znaków		Nazwa gminy		
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)		Typ grupy osób		Typ: 1-świadczeniobiorcy 2-osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy
		liczba-osob	1	Liczba osób	liczba(9,0)		Liczba osób objętych opieką		Ustalona na podstawie deklaracji
2	raport-10		0-1	Dane z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych					Na podstawie ust. 1 pkt 10 załącznika nr 2 do rozporządzenia

3	raport-10-wiersz									
		1-n	Wiersz raportu							
	teryt-pow	1	Identyfikator terytorialny powiatu	tekst(4)		Identyfikator powiatu zgodny z identyfikatorem określonym w TERYT	Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej			
	nazwa-pow	1	Nazwa powiatu	tekst do 255 znaków		Nazwa powiatu				
	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)		Typ grupy osób	Jak w elemencie raport-1			
	kod-prog	1	Kod programu	tekst do 16 znaków		Kod programu w Funduszu	Kod zakresu świadczeń, w ramach którego finansowana jest realizacja programu			
	nazwa-prog	1	Nazwa programu	tekst do 250 znaków		Nazwa programu				
	liczba-osob	1	Liczba osób		liczba(9,0)	Liczba osób objętych programem	Liczba osób wyznaczona na podstawie unikalnej liczby identyfikatorów świadczeniobiorców i osób uprawnionych, którzy w okresie sprawozdawczym skorzystali ze świadczeń objętych profilaktycznym programem zdrowotnym			
	liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(9,0)		Liczba świadczeń				