

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 14 grudnia 2006 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców,

szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w ust. 2 uchyla się pkt 4;

2) w § 3

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Rejestr świadczeń obejmuje dane dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego:

1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego;

2) kod świadczenia, wynikający z funkcji ochrony zdrowia oraz jednostki sprawozdawczej, określony zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410 i Nr 227, poz. 1658.

- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym — pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
 - 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących istotnych dla udzielenia tego świadczenia zdrowotnego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, które tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
 - 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (pełen kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego, a jeżeli świadczenie zdrowotne obejmuje dokonanie przeszczepu — dodatkowo datę jego wykonania;
 - 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
 - 8) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego — w przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
 - 9) datę wpisu do rejestru danych dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zwanego dalej „listą oczekujących”, oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy — jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy;
 - 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
 - 11) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie, na który składa się:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu — numer PESEL,
 - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia;
 - 12) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
 - a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
 - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
 - c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecenia świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie.”,
- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
- „1a. W przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty osoby, której udzielono świadczenia, pomiędzy wpisem i wypisem do księgi głównej przyjęć i wypisów, stanowią jedną hospitalizację. W tym przypadku dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:
- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia;
 - 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, wraz z numerem księgi głównej;
 - 3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon — dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki.”,
- c) w ust. 2 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:
„a) o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b,”,
- d) w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) datę przyjęcia do naprawy;”,
- e) w ust. 4 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:
„a) o których mowa w ust. 1 pkt 12,”;
- 3) w § 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia;”;

4) § 5 otrzymuje brzmienie:

„§ 5. 1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem, z zastrzeżeniem § 5a, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy z Funduszem, w tym także wykonanego powyżej wartości umowy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

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

- 1) ubezpieczonych — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 4—7;
- 3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 6 i 7.

3. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, przekazują odpowiednio dane, o których mowa w:

- 1) § 3 ust. 2 pkt 2, 3 lit. a—c i pkt 4 — jeżeli realizują zlecenie na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze;
- 2) § 3 ust. 3 pkt 2—4 — jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.”;

5) po § 5 dodaje się § 5a w brzmieniu:

„§ 5a. 1. Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej działający w ramach umów z Funduszem gromadzą i przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o świadczeniach udzielonych świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji:

- 1) którzy złożyli deklarację wyboru — w zakresie określonym w ust. 2 i 3;
- 2) spoza terenu objętego właściwością oddziału Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę — w zakresie określonym w § 3 ust. 1.

2. Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do porad udzielonych osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane

o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.

3. Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, w odniesieniu do świadczeń innych niż porada, udzielonych osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazuje dane zbiorcze według kodów świadczeń określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w zakresie:

1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

- a) liczbę bilansów zdrowia według grup wiekowych, zgodnych z odrębnymi przepisami,
- b) liczbę badań według rodzajów badań określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia,
- c) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń;

2) opieki pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej — liczbę udzielonych świadczeń;

3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania:

- a) liczbę bilansów zdrowia według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
- b) liczbę szczepień według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
- c) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń,

d) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową;

4) transportu sanitarnego — liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia.”;

6) w § 7:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych:

- 1) liczbę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,
- 2) średni rzeczywisty czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia

— według poszczególnych kryteriów medycznych, określonych w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.”;

b) uchyla się ust. 3;

7) § 8 otrzymuje brzmienie:

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

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

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;
- 2) dotyczące osób objętych opieką:
 - a) identyfikator, którym jest:
 - numer PESEL — w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy — dodatkowo w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,
 - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 3;
- 3) oznaczenie typu deklaracji, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;
- 4) data dokonania wyboru;
- 5) data rezygnacji z opieki — jeżeli jest znana świadczeniodawcy;
- 6) niezbędne do rozliczenia deklaracji z Funduszem, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

- 1) dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1, pkt 2 lit. a i b; pkt 3, 4 i 6;

2) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu z rejestru, o którym mowa:

- 1) w ust. 2 — dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1—4 i 6;
- 2) w ust. 3 — dane, o których mowa w ust. 3.”;

8) w § 9 po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Zasady weryfikacji, o której mowa w ust. 4 pkt 3, są jawne i zamieszczane na stronie internetowej właściwego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.”;

9) w § 10 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5, § 5a, § 6, § 7 ust. 2a i 4 i § 8 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

2. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może przedłużyć termin przekazania danych, o których mowa w ust. 1.”;

10) § 11 otrzymuje brzmienie:

„§ 11. 1. W okresie od dnia 1 kwietnia 2007 r. do dnia 1 kwietnia 2008 r. świadczeniodawcy, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:

1) informację o średnim przewidywanym czasie oczekiwania, określonym zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, oraz łącznej liczbie osób oczekujących, według poszczególnych kryteriów medycznych, zastosowanych przy wyznaczaniu terminu, określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy:

a) w poszczególnych komórkach organizacyjnych,

b) na wybrane procedury oraz na leczenie w ramach programów terapeutycznych i na świadczenia z zakresu chemioterapii, określone w załączniku nr 9 do rozporządzenia;

- 2) w odniesieniu do osób wpisywanych na listę od dnia wejścia w życie rozporządzenia, następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych, według poszczególnych kryteriów medycznych, zastosowanych przy wyznaczaniu terminu, określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy:
- średni rzeczywisty czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,
 - liczbę osób oczekujących.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1, są sporządzane i przekazywane po raz pierwszy według stanu na dzień 31 marca 2007 r.”;
- załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
 - załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
 - w załączniku nr 4 do rozporządzenia:
 - w tabeli nr 1:
 - w nagłówku kolumny 1 wyraz „Nawa” zastępuje się wyrazem „Nazwa”;
 - dodaje się jako ostatnią pozycję wiersz w brzmieniu:

psycholog	50
-----------	----

b) w tabeli nr 4:

- uchyla się lp. 6,
- lp. 7 otrzymuje brzmienie:

7	numer dokumentacji medycznej	NN	W przypadku gdy osoba nie posiada żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1—5
---	------------------------------	----	--

c) uchyla się tabelę nr 4a,

d) tabela nr 5 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 5. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kod i identyfikator dokumentów potwierdzających te uprawnienia			
uprawnienie		dokument potwierdzający uprawnienie	
tytuł	kod tytułu	kod	identyfikator (zakres danych identyfikujących dokument)
1	2	3	4
ubezpieczony	U	K — w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty
		NK — w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	nazwa dokumentu oraz seria i numer dokumentu, jeżeli występuje
świadczeniobiorca inny niż ubezpieczony, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	N	A — w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data wystawienia, organ wystawiający, identyfikator — jeżeli występuje, numer identyfikacyjny gminy z rejestru TERYT (o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej) — jeżeli jest znany świadczeniodawcy

1	2	3	4
osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E — w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności
		O — w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy	numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
		F — w przypadku formularza serii E	rodzaj druku, data wystawienia formularza, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła formularz, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano formularz (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny — jeżeli podano w dokumencie)
		C — w przypadku certyfikatu zastępującego EKUZ	data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM	T — w przypadku paszportu	seria i numer paszportu
osoba niebędąca ubezpieczonym, posiadająca uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 1—5 ustawy	IN	niewymagane	niewymagane

e) w tabeli nr 7 w kolumnie — „przyczyna” opis kodu 1 otrzymuje brzmienie:

„wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę”;

14) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;

15) uchyla się załącznik nr 10 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem § 1 pkt 6 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2007 r.

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 14 grudnia 2006 r. (poz. 1756)

Załącznik nr 1

Tabela A. Jednostki sprawozdawcze wykorzystywane w kodach świadczeń

Jednostka sprawozdawcza		Objaśnienie
nazwa	kod	
Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do zakładu, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale.
Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające odpowiednio co najmniej jedną noc.
Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, przez lekarza, lekarza dentyzę lub psychologa.
Porada patronażowa	5	
Wizyta	6	Świadczenie udzielone, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentyzę, psycholog.
Wizyta patronażowa	7	
Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej dla danego świadczenia jednostki.
Wyjazd	12	Świadczenie ratownictwa medycznego przedszpitalnego wykonywane przez ratowniczy zespół wyjazdowy.
Akcja ratownicza	13	Świadczenie ratownictwa medycznego przedszpitalnego wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
Przewóz	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.
Przełot	15	(a) świadczenie ratownictwa medycznego przedszpitalnego wykonywane przez ratownictwo lotnicze i śmigłowcowe albo (b) transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.
Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka sprawozdawcza: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki sprawozdawcze, np. pobyt w oddziale i hemodializa.

Jednostka sprawozdawcza		Objaśnienie
Bilans zdrowia	17	
Wyrób medyczny	18	Wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym znajdujący się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy, który spełnia wymagania określone w poszczególnych funkcjach określonych w tabeli B.
Szczepienie	19	Szczepienia obowiązkowe, gdyż tylko takie szczepienia finansowane są ze środków publicznych.
Badanie przesiewowe	20	
Świadczenie profilaktyczne	21	

Tabela B. Kod świadczenia*

funkcja ochrony zdrowia	Świadczenie		Kod świadczenia
	jednostka sprawozdawcza (nazwa)	opis	
1. Grupa - usługi lecznicze		Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków choroby lub urazu.	
1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu	pobyt w oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym, z wyjątkiem pobytów w: - oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, - oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu - kod 14.3 oraz pobytów w zakładzie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.	0.3
	osoba leczona	M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobytem na oddziale.	0.11
1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” obejmuje m.in. chirurgię „jednego dnia”, chemioterapię nowotworów.	leczenie jednego dnia		1.2
	hemodializa		1.16

* Budowa kodu świadczenia: numer przypisany funkcji ochrony zdrowia, jednostka sprawozdawcza.

funkcja ochrony zdrowia	Świadczenie		Kod świadczenia
	jednostka sprawozdawcza (nazwa)	opis	
1.3. Leczenie ambulatoryjne		Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego.	
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane ze stawianiem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	bilans zdrowia		2.17
	osoba leczona		2.11
1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentystów	porada		3.4
	badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym usługi psychiatrii ambulatoryjnej, oraz „małej chirurgii”.	porada		4.4
	sesja		4.10
	osoba leczona		4.11
1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8
1.3.6. Leczenie w trybie dziennym Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	cykl leczenia	Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: - rehabilitacji dziennej, przyjmujących kod 10.8; - długoterminowej dziennej opieki, przyjmujących kod 15.8.	6.8
	osoba leczona		6.11
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych (z wyjątkiem fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji) oraz wykonywane przez psychologów.	porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym.	7.4
	wizyta		7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	sesja		7.10
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.	7.8
	hemodializa		7.16
	osoba leczona		7.11
1.4. Świadczenia w domu pacjenta Np. porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe.	porada	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.4, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.4.	8.4
	porada patronażowa		8.5
	bilans zdrowia		8.17
	osoba leczona		8.11

funkcja ochrony zdrowia	Świadczenie		Kod świadczenia
	jednostka sprawozdawcza (nazwa)	opis	
	wizyta	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta przyjmujących kod 12.6, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.6.	8.6
	wizyta patronażowa		8.7
	sesja		8.10
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.8, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.8.	8.8
	badanie		8.9
	hemodializa		8.16
	osoba leczona		8.11
2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne		Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.	
2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny	pobyt w oddziale szpitalnym		9.1
2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu	cykl leczenia	W przypadku gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów.	10.8
	osoba leczona		10.11
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego	porada		11.4
	wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta	porada		12.4
	wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii	porada		13.4
	wizyta		13.6
	cykl leczenia		13.8
	osoba leczona		13.11
3. Grupa – opieka długoterminowa		Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej.	

funkcja ochrony zdrowia	Świadczenie		Kod świadczenia
	jednostka sprawozdawcza (nazwa)	opis	
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w zakładzie.	pobyt		14.3
	pobyt w oddziale szpitalnym		14.1
3.2. Długoterminowa dzienna opieka Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu. Opieka taka oferowana jest pacjentom o ograniczonej samodzielności, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	cykl leczenia		15.8
	osoba leczona		15.11
3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.	porada		16.4
	wizyta		16.6
	cykl leczenia		16.8
	osoba leczona		16.11
3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hostelowym	pobyt		17.3
	osoba leczona		17.11
4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej		Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej; zwykle wykonywane przez średni personel medyczny.	
4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej	badanie	Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18.9
4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego		Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.	
4.2.1.	badanie	USG	19.9
4.2.2.	badanie	Tomografia komputerowa	20.9
4.2.3.	badanie	Rentgenodiagnostyka	21.9
4.2.4.	badanie	Rezonans magnetyczny	22.9
4.2.5.	badanie	Scyntygrafia	23.9
4.2.6.	badanie	Angiografia	24.9
4.2.7.	badanie	Endoskopia	25.9
4.2.8.	badanie	Inne (obrazowe)	26.9
4.2.9. Diagnostyka nieobrazowa	badanie		27.9
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta		Obejmuje (a) świadczenia ratownictwa medycznego przedszpitalnego (b) transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	
4.3.3. Pomoc doraźna - ratownicze zespoły wyjazdowe	wyjazd		28.12
4.3.4. Pomoc doraźna - ratownictwo lotnicze i śmigłowcowe	przelot		29.15
4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe	akcja ratownicza		30.13
4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie	akcja ratownicza		31.13
4.3.7. Pozostałe			

funkcja ochrony zdrowia	Świadczenie		Kod świadczenia
	jednostka sprawozdawcza (nazwa)	opis	
4.3.7.1.	przewóz		32.14
Pozostałe -Transport pacjenta	przełot		32.15
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		33.6
	osoba leczona		33.11
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze		Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze. ** Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki sprawozdawczej zgodnie z kodem określonym w tabeli A.	34.**
5. Produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku		Obejmuje dostarczanie pacjentom sprzętu medycznego, wraz z towarzyszącymi temu czynnościami, jak sprzedaż detaliczna, dopasowywanie, naprawy, wypożyczanie.	
5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne	wyrób medyczny	Obejmują oprócz szkieł optycznych również soczewki kontaktowe, płyny do ich konserwacji oraz usługi, jakie związane są z dopasowaniem i sprzedażą ww. materiałów.	35.18
5.2.2. Przedmioty ortopedyczne Obejmują protezy kończyn, pasy chirurgiczne i inne środki techniczne z zakresu protetyki. Nie obejmują protez wszczepialnych, zaliczanych do usługi wszczepienia (np. endoproteza stawu biodrowego)	wyrób medyczny		36.18
5.2.3. Środki wspomagania słuchu	wyrób medyczny	Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37.18
5.2.4. Techniczne urządzenia medyczne	wyrób medyczny	Obejmują wózki inwalidzkie i inne urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38.18
5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	wyrób medyczny		39.18
5.2.9. Pozostałe medyczne dobra trwałego użytku	wyrób medyczny	Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze trwałego użytku.	40.18
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne		Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.	
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne		Zdrowie matki i dziecka, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne; obejmuje szeroki zakres świadczeń od poradnictwa genetycznego, zapobiegania wadom rozwojowym, przygotowania do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.	
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne		** Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki sprawozdawczej zgodnie z kodem określonym w tabeli A.	41.**
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			42.**
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem			43.**
6.1.4. Inna			44.**

Świadczenie			Kod świadczenia
funkcja ochrony zdrowia	jednostka sprawozdawcza (nazwa)	opis	
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badania przesiewowe		45.20
	szczepienie		45.19
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.		** Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki sprawozdawczej zgodnie z kodem określonym w tabeli A.	46**
6.3.1. Szczepienia	szczepienie		47**
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym. Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, iż część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta		** Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki sprawozdawczej zgodnie z kodem określonym w tabeli A.	48**
6.6. Medycyna sportowa	porada		49.4
	wizyta		49.6
	osoba leczona		49.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		50.11

Załącznik nr 2

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

Identyfikator świadczeniodawcy i jego komórki organizacyjnej udzielającej świadczenia, jeżeli jest ona wyróżniona w strukturze świadczeniodawcy, składa się z następujących elementów:

- 1) numer książki rejestrowej, a jeżeli świadczeniodawcy nie nadano numeru książki rejestrowej — pierwsze dziewięć cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON;
- 2) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego.

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

Spis treści**1. OBJAŚNIENIA**

- 1.1. WPISY W KOLUMNIE „FORMAT”
- 1.2. WPISY W KOLUMNIE „KROTNOŚĆ”
- 1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW**3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi****4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**

- 4.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH
- 4.2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH
 - 4.2.1. Nagłówek komunikatu — elementy „komunikat” i „świadczeniodawca”
 - 4.2.2. Elementy „zestaw-swiadczen” i „dane-zestawu”
 - 4.2.3. Element „zlecenie”
 - 4.2.4. Element „hospitalizacja”
 - 4.2.5. Element „pacjent”
 - 4.2.6. Element „swiadczenie”
 - 4.2.7. Element „kom-org”
 - 4.2.8. Element „personel-real”
 - 4.2.9. Element „przyczyna”
 - 4.2.10. Element „transport”
 - 4.2.11. Element „procedura”

4.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**5. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

- 5.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH
- 5.2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- 5.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

6. KOMUNIKAT DEKLARACJI POZ

- 6.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH
- 6.2. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJACH POZ
- 6.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJACH POZ

7. KOMUNIKAT O PORADACH LEKARSKICH UDZIELONYCH W POZ

7.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O PORADACH POZ

7.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O PORADACH POZ

8. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ

8.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ

8.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ

9. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

9.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

**Objaśnienia
Wpisy w kolumnie „Format”**

data — oznacza datę zapisaną w postaci RRRR-MM-DD

data+czas — oznacza datę łącznie z czasem zapisane w postaci RRRR-MM-DDTHH:MM:SS (gdzie T jest literą rozdzielającą datę od czasu)

rok — oznacza rok zapisany w postaci RRRR

miesiąc — oznacza miesiąc kalendarzowy zapisany w postaci MM

rok+miesiąc — oznacza miesiąc roku zapisany w postaci RRRR-MM

liczba(m,n) — oznacza liczbę o maksymalnie **m** cyfrach znaczących, w tym **n** cyfr w części ułamkowej, oddzielonej znakiem kropki

[**wart. dom.**] — oznacza tzw. wartość domyślną; jeżeli więc dany atrybut nie wystąpi w konkretnym komunikacie, to przyjmuje się, że jego wartość jest taka, jak określono w specyfikacji struktury komunikatu;

Wpisy w kolumnie „Krotność”

1z — oznacza, że w konkretnym komunikacie może wystąpić tylko jeden z atrybutów lub elementów na tym samym poziomie hierarchii w ramach elementu bezpośrednio nadrzędnego, które oznaczono symbolem „1z”;

0z — oznacza warunek, który spełniają elementy i atrybuty zgodnie z oznaczeniem „1z” lub że może nie wystąpić żaden z nich;

Wpisy w pozostałych kolumnach

Płeć (w kolumnie „Opis”) — oznacza, że atrybut może przyjmować następujące wartości zgodnie z normą PN-ISO 5218:

0 — płeć nieokreślona

1 — mężczyzna

2 — kobieta

9 — nieznaną

Nagłówek komunikatów

Przedstawiony poniżej nagówek komunikatu stosowany jest we wszystkich komunikatach z danymi, przesyłanych od świadcziodawcy do płatnika, oraz komunikatach odpowiedzi przesyłanych od płatnika do świadcziodawcy.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych niniejszym rozporządzeniem jest to stała wartość: „www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1”
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	Typ komunikatu określa rodzaj informacji przekazywanych w komunikacie.
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	Wersja określa zastosowaną strukturę komunikatu danego typu.
		id-odb	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikatorem tym jest kod zgodny z załącznikiem nr 5. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzeń danych), to jest to identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem.
		id-inst-odb	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikator ten jest pusty. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzenia), to jest to identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-nad	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	Odpowiednio, jak dla atrybutu id-odb.
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu	Odpowiednio, jak dla atrybutu id-inst-odb.
		nr-gen	1	liczba (8,0)	Numer kolejny komunikatu danego typu, wygenerowanego z systemu nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania komunikatu	Informacja pomocnicza.
1	swiadczonio dawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		typ-id-swd	1	1 znak	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	Wartości: R – nr REGON K – nr księgi rejestrowej RZoz X – identyfikator techniczny nadany przez płatnika Odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (spośród ww.).
		id-swd	1	do 16 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy	
		id-inst	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie świadczeniodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy.

Komunikat potwierdzenia odbioru komunikatu z danymi

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_ODB"
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji struktury komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
1	swiadczonio dawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-komun		1		Identyfikacja potwierdzanego komunikatu	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie, jak analogiczne atrybuty //komunikat/@* potwierdzanego komunikatu.
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji struktury komunikatu	
		id-nad	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzany komunikat	
		nr-gen	1	liczba (8,0)	Nr kolejny potwierdzanego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania potwierdzanego komunikatu	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
2	problem-kom		0-1		Informacja o problemie z całością komunikatu	Występuje tylko w przypadku odrzucenia całego komunikatu z danymi. Może to wynikać z błędu w potwierdzanym komunikacie, który uniemożliwia przetworzenie jego merytorycznej zawartości, np. nieobslugiwany typ lub wersja formatu komunikatu, niepoprawna struktura komunikatu. Odrzucenie komunikatu może wynikać także z błędów w danych merytorycznych zawartych w komunikacie, jeżeli protokół wymiany danych odpowiedniego komunikatu nie przewiduje odrębnego potwierdzania każdej z pozycji danych (potwierdzany jest tylko całościowo zbiór danych przestanych w komunikacie).
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod powodu odrzucenia całego komunikatu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis powodu odrzucenia komunikatu	

Komunikat świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
Ogólna budowa komunikatu danych

Uwaga! Przedstawiona poniżej generalna struktura komunikatu obejmuje tylko główne elementy. Szczegółowa specyfikacja przedstawiona jest w następnym podrozdziale.

Poziom w hierarchii	Element	Krotkość	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	świadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	zestaw-swiadczen	1-n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, kiedy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie. W szczególności dotyczy to wszystkich pobytów na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta.
2	dane-zestawu	0-1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy przekazywane są informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informację o potrzebie usunięcia danych o zestawie świadczeń, wystanych w jednym z poprzednich komunikatów.
3	zlecenie	0-1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia.
3	hospitalizacja	0-1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane tylko w przypadku sprawozdawania świadczeń udzielonych podczas hospitalizacji.
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w § 4 rozporządzenia.
3	świadczenie	1-n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie.

Poziom w hierarchii	Element	Krot-ność	Opis elementu
4	kom-org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia.
4	personel-real	1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.
4	przyczyna	1	Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia.
4	transport	0-1	Element zawierający dodatkowe dane rejestrowane w związku z przewozem pacjenta.
4	procedura	0-n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu np. konkretne procedury medyczne.

Wszystkie przedstawione wyżej elementy podstawowe tworzą jedynie 'szkielet' komunikatu. Konkretnie dane przekazywane są w atrybutach tych elementów. Szczegółowa budowa poszczególnych elementów przedstawiona jest w tabelach poniżej.

Szczegółowa specyfikacja komunikatu danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych

Nagłówek komunikatu — elementy „komunikat” i „świadczeniodawca”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "SWIAD"
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.

Elementy „zestaw-swiadczen” i „dane-zestawu”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot- ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	zestaw- swiadczen		1-n		Zestaw świadczeń	Grupa świadczenia, których charakterystyka przekazywana jest w elemencie "swiadczenie".
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy, w której został zarejestrowany zestaw świadczeń	Nie występuje, jeśli identyfikator instalacji jest taki sam jak przekazany w atrybucie „//komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst”.
		id-zesti- swiad	1	do 20 cyfr	Identyfikator zestawu świadczeń	Atrybut techniczny pozwalający na synchronizację danych pomiędzy systemami informatycznymi świadczeniodawcy i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń.
		nr-wersji	1	liczba (4,0)	Nr wersji (modyfikacji) danych zestawu świadczeń, z wyjątkiem danych rozliczeniowych zdefiniowanych przez płatnika	Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji przekazywanych danych w przypadku ich poprawiania.
		typ	1	1 litera	Typ zestawu świadczeń	Pomocniczy atrybut techniczny pozwalający na lepszą weryfikację poprawności struktury przekazanego komunikatu w zależności od rodzaju sprawozdawanych świadczeń. Wartości: S – dla świadczeń opieki stacjonarnej A – dla pozostałych świadczeń
		usun	0-1	1 litera [N]	Żądanie usunięcia całego zestawu świadczeń	Wartości: T – żądanie usunięcia N – przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N".
		mom-wprow	1	data i czas	Data i czas pierwszej rejestracji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii).

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		mom-modyf	1	data i czas	Data i czas ostatniej modyfikacji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii).
2	dane-zestawu		0-1		Dane obejmujące świadczenia wchodzące w skład zestawu świadczeń	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania zestawu świadczeń. Jeśli atrybut "usun" w elemencie "zestaw-swiadczeń" ma wartość "T", to element "dane-zestawu" (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje.

Element „zlecenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	zlecenie		0-1		Dane charakteryzujące fazę zlecenia świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 12 rozporządzenia
		typ	0-1	1 litera [S]	Typ zlecenia	Atrybut techniczny określający, czy podmiot zlecający jest świadczeniodawcą czy inną instytucją uprawnioną do wystawiania skierowań. Wartości: S – zlecenie wystawione przez świadczeniodawcę I – zlecenie wystawione przez inną instytucję
		id-zlec	0-1	do 20 znaków	Identyfikator zlecenia	Przekazuje się, jeżeli występuje na dokumencie zlecenia.
		data	1	data	Data zlecenia	
4	swd-zlec		0-1 1z		Świadczeniodawca i jego komórka organizacyjna, w której wystawiono zlecenie wykonanie świadczenia	Musi wystąpić jeden z elementów: "swd-zlec" lub "instytut-zlec".
		typ-id	0-1	1 litera [R]	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	Wartości: R – 9 cyfr numeru REGON K – nr księgi rejestrowej RZOZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-swd	1	do 9 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy zlecającego	
		id-kom-org	1	3 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej u świadczeniodawcy, w której wystawiono zlecenie	Część VII kodu resortowego
5	personel-zlec		1		Dane identyfikujące osobę zlecającą wykonanie świadczenia	
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej osoby zlecającej	Zgodnie z tabelą nr 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia.
		npwz	1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
4	instyt-zlec		0-1 1z		Dane identyfikujące instytucję inną niż świadczeniodawca	Musi wystąpić jeden z elementów: "swd-zlec" lub "instyt-zlec".
		nazwa	1	do 50 znaków	Nazwa instytucji	

Element „hospitalizacja”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	hospitalizacja		0-1		Zestaw danych dotyczących hospitalizacji	Przekazywany dodatkowo, tylko w przypadku udzielenia świadczeń w ramach hospitalizacji.
4	ksiega		1		Dane księgi głównej	Zgodnie z § 3 ust. 1a pkt 2 rozporządzenia.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy księga główna	
		nr	1	do 8 cyfr	Nr księgi	
		poz	1	do 10 cyfr	Pozycja, pod którą zapisano pacjenta	
		nr-dziecka	0-1	1 cyfra	Nr kolejny noworodka	
4	przyjecie		1		Dane dotyczące przyjęcia do szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb przyjęcia	Zgodnie z § 3 ust. 1a pkt 1 rozporządzenia.
		data	1	data	Data przyjęcia	
4	wypis		0-1		Dane dotyczące wypisu ze szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb wypisu	Zgodnie z § 3 ust. 1a pkt 3 rozporządzenia.
		data	1	data	Data wypisu	
		przycz-zgonu	0-1	do 5 znaków	Przyczyna zgonu (wg ICD10)	Jeżeli zgon był przyczyną zakończenia hospitalizacji.

Element „pacjent”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	pacjent		1		Dane pacjenta	
4	ident-pacj		0-1		Identyfikacja pacjenta	
		typ-id	0-1	1 duża litera [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia.
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator pacjenta	
4	pacjent-stat		0-1		Dane statystyczne o pacjencie	Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta.
		plec	1	1 cyfra	Płeć pacjenta	Na podstawie normy ISO 5218.
		data-urodz	1	data	Data urodzenia pacjenta	
4	dane-osob		0-1		Dane osobowe pacjenta	W przypadku gdy płatnikiem jest NFZ, nie występuje, jeżeli identyfikatorem pacjenta jest PESEL.
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
5	adres		0-1		Adres w państwie stałego zamieszkania pacjenta	Dotyczy wyłącznie osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy.
		panstwo	0-1	2 znaki [PL]	Kod państwa stałego zamieszkania	Wg normy PN-ISO 3166-1.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		mijscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
5	adres-w-polsce		0-1		Adres przebywania w Polsce	Przekazywany, o ile inny niż adres zamieszkania (zamieszkanie poza Polską).
		kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		mijscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 8 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Numer lokalu	
4	uprawnienie		1-n		Dane dotyczące ubezpieczenia lub sposobu finansowania świadczeń	Poszczególne świadczenia z jednego zestawu świadczeń mogą być udzielane w oparciu o różne uprawnienia (ubezpieczenia), np. najpierw decyzja wójta, a później zwykłe ubezpieczenie.
		panstwo	0-1	2 znaki [PL]	Kod państwa odpowiedzialnego za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń	Wg normy PN-ISO 3166-1.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		tytuł-uprawn	0-1	do 2 znaków	Tytuł uprawnienia	Zgodnie z tabelą nr 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia.
5	podmiot-fin	upraw-dod	0-1	do 7 znaków	Dodatkowe uprawnienia pacjenta	Zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 4 do rozporządzenia. UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów niż-min, gmina, instytucja.
6	nfz-min		0-1 1z		Oddział NFZ lub odpowiednie ministerstwo	Zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia.
6	gmina	kod	1	2 cyfry	Kod oddziału NFZ lub ministerstwa	
			0-1 1z		Gmina, w której wydano decyzję dla świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy	
		teryt	0-1	7 cyfr	Kod TERYT gminy	Identyfikacja gminy poprzez kod TERYT określa również jednoznacznie organ wydający decyzję (wójt/burmistrz gminy).
6	instytucja	organ	1	do 50 znaków	Nazwa organu wydającego	
			0-1 1z		Instytucja właściwa	
		kod-inst	1	do 10 znaków	Kod instytucji na dokumencie upoważniającym	Kod instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
		akronim-nazwy	0-1	do 15 znaków	Skrótowiec nazwy instytucji właściwej	Dla kodu instytucji na dokumencie upoważniającym jest to drugi człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
5	dokument		0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	UWAGA! Może wystąpić jeden z elementów podrzędnych: "karta", "decyzja", "dokum-ue", albo element "dokument" nie występuje wcale.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
6	karta		0-1 1z		Karta ubezpieczenia zdrowotnego	Dotyczy polskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego.
		numer	1	do 20 znaków	Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego	
6	decyzja		0-1 1z		Decyzja wójta, burmistrza gminy	
		numer	1	do 30 znaków	Nr decyzji	
		data-od	1	data	Data wydania decyzji	
		data-do	1	data	Data końcowa ważności decyzji	
6	dokum-ue		0-1 1z		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji	
			0-1 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
7	ekuz	numer	1	do 20 znaków	Numer	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfikat		0-1 1z		Certyfikat	
		data-wyst	0-1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	poswiadcz		0-1 1z		Poświadczenie	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		numer	1	do 20 znaków	Numer poświadczenia	Numer ten, zbudowany zgodnie z wzorem określonym w odpowiednim rozporządzeniu, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E100.
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	druk-e		0-1 1z		Formularz serii E	
		rodzaj	1	4 znaki	Rodzaj formularza	Oznaczenie bez spacji lub myślnika (E999)
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
5	dok-upr-dod		0-1		Dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe	Może wystąpić tylko wtedy, gdy występuje atrybut "upraw-dod" w elemencie "uprawnienie".
		nazwa	1	do 20 znaków	Nazwa dokumentu	
		id-dok	0-1	do 20 znaków	Identyfikator dokumentu	

Element „świadczenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	swiadczenie		1-n		Dane charakteryzujące udzielone świadczenie	Dane obejmują świadczenie udzielone w ramach działania określonej komórki organizacyjnej.
		id-swiad	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu „zestaw-swiaadczen”.
		kod-swiaad	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie ze słownikiem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia.
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia.
		dni-lecz	0-1	do 3 cyfr	Liczba dni leczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia.
4	z-listy-oczek		0-1		Dane charakteryzujące wpis na listę oczekujących, z której wykreślono pacjenta	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest przyczyną wykreślenia z listy oczekujących.
		data-oczekiw	1	data	Data wpisu na listę oczekujących	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących.
		kod-kateg	1	1 znak	Kategoria medyczna przypisana pacjentowi na liście oczekujących	Wartości: 1 – przypadek stabilny 2 – przypadek pilny
		kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Występuje, gdy kolejka, z której wykreślono pacjenta, dotyczy określonej procedury medycznej.
		id-kom-org	1	do 3 cyfr	Identyfikator komórki organizacyjnej wg księgi rejestrowej RZOZ, której dotyczy lista oczekujących	Gdy nie nadany, należy przekazać „000”. Świadczenie może być zrealizowane w innej komórce świadczeniiodawcy, niż ta której dotyczy lista oczekujących.

Element „kom-org”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	kom-org		1		Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia	
		id-kom-org	1	3 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia	Część VII kodu resortowego. Jeśli nie nadano, to należy przekazać „000”.

Element „personel-real”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	personel-real		1		Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia.
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [1']	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej wg tabeli nr 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia.
		npwz	0-1 1z	do 20 znaków	Nr prawa wykonywania zawodu	Jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej.
		pesel	0-1 1z	11 cyfr	Numer PESEL	W przeciwnym przypadku podaje się nr PESEL.

Element „przyczyna”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	przyczyna		1		Przyczyna medyczna udzielenia świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 i 4 rozporządzenia.
		glowna	1	do 5 znaków	Przyczyna główna	Kod wg klasyfikacji ICD-10.
		wsp1	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca nr 1	jw.
		wsp2	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca nr 2	jw.
		wsp3	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca nr 3	jw.

Element „transport”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	transport		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z transportem pacjenta	
		stp-niespr	0-1	2 znaki	Stopień niesprawności	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 3 lit. c rozporządzenia.
		kod-celu	1	2 znaki	Kod celu przewozu	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 3 lit. e rozporządzenia.
		doplata-pacj	0-1	liczba(8,2)	Dopłata poniesiona przez świadczeniobiorcę	

Element „procedura”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	procedura		0-n		Dane dotyczące procedury medycznej wykonanej w ramach świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia.
		id-proc	1	do 12 znaków	Identyfikator usługi medycznej	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu „zestaw-swiadczen”.
		typ-kodu	0-1	1 znak [9]	Oznaczenie słownika, z którego pochodzą kody procedur	Ponieważ aktualnie korzysta się jedynie ze słownika procedur ICD-9/CM, który oznacza się kodem „9”, atrybut ten nie musi być przekazywany.
		kod	1	do 8 znaków	Kod procedury medycznej	Kod procedury zgodny z typem słownika określonym w atrybucie „typ-kodu”.
		krotnosc	0-1	do 3 cyfr [1]	Liczba powtórzeń wykonanej procedury	Dla wartości „1” (domyślnej) atrybut może być pominięty.
		data-wyk	0-1	data	Data wykonania procedury	Występuje wtedy, gdy data wykonania jest wymagana np. w przypadku przeszczepu.

Komunikat potwierdzenia danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_SWI".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
		(pozostate)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczenio dawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-danych		1		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie	
2	potw-zest-swiaad		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych zestawie świadczeń	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych zestawów świadczeń (przypadek teoretyczny).
		id-zest-swiaad	1	do 20 znaków	Identyfikator zestawu świadczeń	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiaadcen/@id-zest-swiaad
		nr-wersji	1	do 4 cyfr	Nr modyfikacji zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiaadcen/@nr-wersji

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot- ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		potw-oper	1	1 znak	Kod potwierdzenia operacji wykonanej na przestanej wersji danych medyczno-administracyjnych zestawu świadczeń	<p>Wartości:</p> <p>0 – brak operacji - przesłano tę samą wersję danych, co zarejestrowana już u płatnika</p> <p>1 – zaakceptowano przestaną wersję danych</p> <p>2 – odrzucono przestaną nowszą wersję danych (błędy)</p> <p>3 – zignorowano przestaną starszą wersję danych (w bazie danych płatnika jest już nowsza wersja)</p> <p>9 – usunięto zestaw świadczeń na życzenie świadczeniodawcy (wskazany do usunięcia poprzez atrybut //komunikat/zestaw-swiadczen/@usun=T' w potwierdzanym komunikacie).</p>
3	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem	<p>Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczą one poszczególnych świadczeń składowych.</p>
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	<p>Wartości:</p> <p>B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych</p> <p>O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu</p> <p>I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.</p>
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
3	potw-swiadcz		0-n		Informacja o ew. problemach występującym w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach	Może nie wystąpić, jeśli wykryto błąd w danych zestawu świadczeń (czyli na poziomie nadrzędnym).
		id-swiad	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/swiadczenie/@id-swiad.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych ze świadczeniem.	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów dotyczących tego świadczenia.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości jak w //komunikat/potw-danych/potw-zest-swiad/problem/@waga.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Ogólna budowa komunikatu danych

Poziom w hierarchii	Element	Krot-ność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego.
1	spraw-rozlicz-zposp	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze z określonej umowy i okresu rozliczeniowego.
2	poz-spraw-zposp	0-n	Zrealizowane w ramach sprawozdania rzeczowe świadczenia zdrowotne.
3	dane-pr-zposp	1	Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia.
4	podst-rozlicz	1	Dane o zgodzie płatnika na refundację zaopatrzenia.
4	przedmiot	1	Wydane świadczenie rzeczowe.

Szczegółowa specyfikacja komunikatu danych o zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "ZPOSP".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	świadczony dawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdawania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-rozlicz-zposp		1		Sprawozdanie rozliczeniowe zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Sprawozdanie jednoznacznie identyfikowane jest przez: - identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w ramach którego wygenerowano sprawozdanie - identyfikator dokumentu sprawozdania w ramach instalacji systemu informatycznego - nr korekty do danego dokumentu sprawozdania (w przypadku pierwotnej wersji dokumentu sprawozdania nr korekty przyjmuje wartość 0).
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		kategoria-spr	0-1	do 3 znaków	Kategoria sprawozdawcza pozycji ujętych w tej części sprawozdania	Występuje, gdy decyzją płatnika rozliczanie następuje w podziale na ustalone przez niego kategorie sprawozdań.
		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu sprawozdania	Unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w atrybucie „/komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst”.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
						Pierwotna postać dokumentu, jak i wszystkie jego korekty (atrybut @nr-korekty), i wszystkie ich przesłania (atrybut @nr-przesłania), mają ten sam id. dokumentu sprawozdania.
		nr-korekty	1	do 2 cyfr	Numer kolejny korekty dokumentu sprawozdania korygującego	Dotyczy sytuacji, w których wymagane jest stworzenie odrębnego dokumentu korekty (np. po akceptacji i wyptacie faktury).
		nr-przesłania	1	do 3 cyfr	Numer kolejnego przesłania dokumentu sprawozdania	Numer kolejnego przesłania dokumentu sprawozdania identyfikowanego zgodnie z opisem elementu „spraw-rozlicz-zposp”. Przyjmuje się, że atrybut „nr-przesłania” dla pierwszego przesłania przyjmuje wartość 1. Ponowne przekazywanie (z kolejnym numerem przesłania) możliwe jest do chwili rozliczenia danego dokumentu sprawozdania. Takie ponowne przekazanie skutkuje po stronie płatnika anulowaniem poprzednio przekazanej postaci dokumentu sprawozdania.
2	poz-spraw-zposp		0-n		Pozycja sprawozdania	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana pozycja sprawozdania	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
		id-poz-rozlicz	1	do 10 cyfr	Identyfikator pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy.
		typ-pozycji	1	1 duża litera	Typ pozycji	Przyjmuje wartości K – pozycja korygująca N – pozycja normalna
3	pozycja-koryg		0-1 1z		Wskaźnik korygowanej pozycji rozliczeniowej	Występuje w przypadku pozycji typu K (korygującej).
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana korygowana pozycja sprawozdania	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	id-poz-koryg	id-poz-koryg	1	do 10 cyfr	Identyfikator korygowanej pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy.
	dane-pr-zposp		0-1 1z		Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia	Występuje w przypadku pozycji typu N (normalna).
		kod	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie ze słownikiem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia lub przyjęcia do realizacji	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4 lit. b lub § 3 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia. Data przyjęcia zlecenia lub innego dokumentu do realizacji bądź w przypadku naprawy - data przyjęcia przedmiotu do naprawy.
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4 lit. f lub § 3 ust. 3 pkt 4 lit. e rozporządzenia. Data odbioru przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy - data dokonania naprawy.
4	przycz-glowna	przycz-glowna	0-1	3 znaki	Kod rodzaju schorzenia	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 3 lit. d. rozporządzenia. Niepodawany w przypadku naprawy przedmiotu.
4	podst-rozlicz		1		Dane zlecenia/dokumentu zgody na realizację, wydanego przez płatnika i stanowiącego podstawę rozliczeń z płatnikiem	
		typ-dok	1	1 znak	Typ dokumentu	Kody typów dokumentów ustalone przez płatnika.
		id-dok	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu	
4	przedmiot		1		Dane dotyczące wydanego przedmiotu	
		kod-przedm	1	do 16 znaków	Kod przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy kod naprawy przedmiotu	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 3 lit. c lub § 3 ust. 3 pkt 4 lit. b. rozporządzenia.
		ilosc	1	do 3 cyfr	Wydana ilość przedmiotów	W przypadku naprawy ilość jest równa 1.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		okres-zaop-od	0-1	rok + miesiąc	Początek okresu, za który pobrano przedmioty (rok i miesiąc)	Przekazywany tylko w przypadku realizacji świadczeń na kartę zaopatrzenia.
		okres-zaop-dlug	0-1	liczba (1,0) [1]	Długość okresu (w miesiącach), za który pobrano przedmioty	j.w.
		refundacja	1	liczba (8,2)	Kwota refundacji	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4 lit. d lub § 3 ust. 3 pkt 4 lit. c rozporządzenia.
		doplata	1	liczba (8,2)	Kwota dopłaty ze strony pacjenta	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4 lit. e lub § 3 ust. 3 pkt 4 lit. d rozporządzenia.

Komunikat potwierdzenia danych o zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_ZPO".
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
1	swiadczenie dawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krótkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	potw-spraw-rozlicz-zposp		1		Potwierzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie	
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie	
		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu rozliczeniowego	
		nr-korekty	0-1	do 2 cyfr	Numer potwierdzonej korekty dokumentu rozliczeniowego	
		nr-przeslania	1	do 3 cyfr	Numer przesłania	
2	problem		0-1 1Z		Informacja o ew. problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje np. gdy niemożliwe jest żądane przez świadczeniodawcę usunięcie danej wersji dokumentu rozliczeniowego lub niemożliwe jest przyjęcie nowej wersji, bo w aktualnym stanie procesu rozliczenia zmiany dopuszczalne są już tylko w trybie korekty.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
2	potw-poz-spraw-zposp		0-1 1z			Nie występuje, jeśli wykryto problemy na poziomie całości sprawozdania.
3	potw-poz-rozl-zposp		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczona zaopatrzenia (pozycji sprawozdania)	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzonym sprawozdaniu nie przekazano żadnych świadczeń zaopatrzenia.
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana potwierdzana pozycja rozliczeniowa	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst
		id-poz-rozl	1	do 10 cyfr	Identyfikator potwierdzonej pozycji rozliczeniowej sprawozdania	
4	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z pozycją sprawozdania	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów z daną pozycją sprawozdania.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat deklaracji POZ
Ogólna budowa komunikatu danych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-dekl-poz	1	Element obejmujący sprawozdanie deklaracji POZ za dany okres rozliczeniowy, z danej umowy.
2	dekl-poz	0-n	Dane dotyczące pojedynczej deklaracji POZ.
3	personel-dekl	1	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub położnej, którym przypisano deklarację.
3	pacjent-dekl	0-1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja.
3	med-szkolna	0-1	Dane związane z opieką w zakresie medycyny szkolnej.

Szczegółowa struktura komunikatu danych o deklaracjach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "DEKL".
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Sprawozdanie rozliczeniowe deklaracji POZ	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Identyfikuje równocześnie rok szkolny.
		miesiac	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych przekazanych w ramach określonej umowy, okresu rozliczeniowego i kategorii sprawozdawczej	Przyjmuje się, że dane przekazane w sprawozdaniu o większym numerze wersji (dla określonej umowy, okresu i kategorii pozycji sprawozdawczych) zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane. Sprawozdania z mniejszym lub takim samym numerem wersji, jak odebrane przez płatnika wcześniej, są odrzucane (ignorowane).
2	dekl-poz		0-n		Dane dotyczące deklaracji POZ złożonej przez świadczeniobiorcę	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana deklaracja	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/id-inst
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Atrybut techniczny jednoznacznie identyfikujący złożoną deklarację w ramach systemu informatycznego świadczeniodawcy.
		wersja	1	liczba(4,0)	Numer wersji danych deklaracji	Wykorzystywany do określenia aktualności danych deklaracji płatnika. Numeracja narastająco w ramach deklaracji identyfikowanej przez id-inst + id-dekl.
		data-zloz	1	data	Data złożenia deklaracji wyboru	
		typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji (podstawowy)	Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia.
3	personel-dekl		0-1		Lekarz, pielęgniarka lub położna, wybrana przez pacjenta na deklaracji	Nie występuje w przypadku, gdy deklaracja nie zawiera wyboru konkretnej osoby personelu.
		npwz	0-1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
		pesel	0-1	11 cyfr	PESEL	Przekazywany w przypadku gdy osoba personelu nie jest lekarzem.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	pacjent-dekl		1		Dane pacjenta	
4	id-pacj-dekl		1		Identyfikacja pacjenta	
		pesel	0-1	11 cyfr	PESEL pacjenta	Przekazywany w przypadku pacjentów, którym nadano numer PESEL.
		posw-druk-u-e	0-1	do 20 znaków	Nr poświadczenia druku serii E	Przekazywany w przypadku pacjentów z UE przedstawiających jako dokument uprawniający, poświadczenie do druku serii E100.
4	pacjent-stat		0-1		Dane statystyczne o pacjencie	Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta.
		data-urodz	1	data	Data urodzenia	
		plec	1	1 cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5218.
4	dane-osob		1		Dane osobowe pacjenta	
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
4	adres		0-1		Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Polsce	Nie przekazywane w przypadku deklaracji dot. medycyny szkolnej.
		kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy	Format: 99-999.
		mijscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Nr domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Nr lokalu	

Komunikat potwierdzenia danych o deklaracjach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot- ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_DEK".
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
1	swiadczonio- dawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw- rozlicz-dekl- poz		1		Potwierdzenie sprawozdania rozliczeniowego deklaracji POZ	
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		kategoria- spr	0-1	do 24 znaków	Kategoria sprawozdawcza pozycji ujętych w tej części sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
2	problem	wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych przekazanych w ramach wskazanej kategorii	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
			0-1 1z		Informacja o ew. problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje, gdy sprawozdanie zostało odrzucone w całości, np. jeśli numer wersji jest mniejszy od poprzednio przekazanego.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
2	potw-poz-spraw		0-1 1z			Nie występuje, gdy zaistniał problem z całością sprawozdania.
3	potw-dekl-poz		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych deklaracji	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana deklaracja	Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz/@id-inst. Występuje, gdy jest inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz /dekl-poz/@id-dekl.
		wersja	1	liczba(4:0)	Numer wersji danych deklaracji	Nr potwierdzonej wersji danych deklaracji, przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz/@wersja.
4	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z deklaracją	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat o poradach lekarskich udzielonych w POZ Szczegółowa struktura komunikatu danych o poradach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "PORAD".
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-porady-poz		1		Sprawozdanie porad POZ	
		umowa	1	do 24 znaków	Numer umowy z płatnikiem, w ramach której były realizowane sprawozdane porady POZ	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane.
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T – należy usunąć N – nie należy usuwać (przekazanie nowych danych)
2	porada		0-n		Porady lekarza POZ	
		id-por	1	do 12 cyfr	Identyfikator porady	Unikalny w ramach instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy, w której zarejestrowano poradę.
		data-porady	1	data	Data udzielenia porady	
		kod-swiad	1	do 5 znaków	Rodzaj porady	Kod świadczenia wg załącznika nr 1 do rozporządzenia.
3	pacjent-por		1		Dane o pacjencie, któremu udzielono porady	
4	id-pacj-por		1		Identyfikacja pacjenta	
		pesel	0-1	11 cyfr	PESEL pacjenta	Przekazywany w przypadku pacjentów, którym nadano numer PESEL.
		posw-drukowane	0-1	do 20 znaków	Nr poświadczenia druku serii E	Przekazywany tylko w przypadku pacjentów z UE z poświadczeniem druku serii E.
4	pacjent-stat		0-1		Dane statystyczne o pacjencie	Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta.
		data-urodz	1	data	Data urodzenia	
		plec	1	1 cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5218.

Komunikat potwierdzenia danych o poradach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_POR".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "1".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadzeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw-porady-poz		1		Potwierdzenie sprawozdania zrealizowanych porad POZ	
		umowa	1	do 24 znaków	Numer umowy z płatnikiem, w ramach której były realizowane sprawozdawane porady POZ	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		miesiac	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
2	problem		0-1 1z		Informacja o ew. problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje, gdy sprawozdanie zostało odrzucone w całości, np. jeśli numer wersji jest mniejszy od poprzednio przekazanego.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
2	potw-poz-spraw		0-1 1z			Nie występuje, gdy zaistniał problem z całością sprawozdania.
3	potw-porady		1-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych o poradzie POZ	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych porad (przypadek teoretyczny).
		id-por	1	do 10 cyfr	Identyfikator porady	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/sprawozdanie/porada/@id-por.
4	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z deklaracją	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w danych porady.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ
Szczegółowa struktura komunikatu danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "ZBPOZ".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	świadczonio-dawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdawania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie		1		Dane objęte sprawozdaniem	
		umowa	1	do 24 znaków	Numer umowy z płatnikiem, w ramach której były realizowane sprawozdawane zbiorczo świadczenia	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane w ramach wskazanego okresu sprawozdawczego dane (dotyczy to wszystkich elementów "rodz-swdcz").
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T – należy usunąć N – nie należy usuwać (przekazanie nowych danych)
2	lb-swiadc		0-n		Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		typ-swiazcz	1	do 5 znaków	Typ świadczenia	
		podtyp-swiazcz	0-1	do 10 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia – zgodnie z treścią rozporządzenia: - kod badania określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia; - cel przewożu zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia.
3	wielkosc		1-n		Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń	
		kategoria-pac	0-1	do 4 znaków	Kategoria pacjentów	Kod definiujący kategorie wiekowe pacjentów, w podziale na które sprawozdawana jest wielkość realizacji świadczeń. Dotyczy tylko niektórych rodzajów świadczeń, wskazanych w rozporządzeniu
		ilosc	1	liczba (5,0)	Liczba zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju w określonej grupie wiekowej	

Komunikat potwierdzenia danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ

Do potwierdzenia danych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ stosowany jest ogólny komunikat „potwierdzenia odbioru”, przedstawiony w osobnym rozdziale. Przyjęciu lub odrzuceniu przez płatnika podlega całość danych zbiorczych, przekazanych w potwierdzonym komunikacie.

Komunikat danych o listach oczekujących
Szczegółowa struktura komunikatu danych o listach oczekujących

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "LIOCZ".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”.
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdawania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-l-oczek		1			Sprawozdanie dotyczy stanu na ostatni dzień miesiąca.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krótkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
2	lista-oczek	miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
			1-n			
		zakres-danych	1	1 litera	Zakres przekazywanych danych listy oczekujących	Wartości: S – dane statystyczne (czasy oczekiwania i liczba oczekujących) W – wykaz osób oczekujących
		id-kom-org	1	do 3 cyfr	Identyfikator komórki organizacyjnej wg księgi rejestrowej RZOZ	Gdy nie nadany, należy przekazać „000”.
		kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	
		data-oceny	1	data	Data dokonania ostatniej oceny kolejki	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących	Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane.
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia danych dotyczących określonej listy oczekujących	Stosowane wówczas, kiedy chcemy usunąć ze sprawozdania kolejkę (dotyczącą określonej komórki organizacyjnej lub procedury), traktowaną jako odrębny obiekt sprawozdawczy. Natomiast jeżeli kolejka jest obserwowana, ale ma liczebność = "0" i czas oczekiwania = "0", to podaje się te wartości w odpowiednich atrybutach elementu "parametry".
3	stat-listy-oczek		0-1 1z		Parametry podsumowujące listę oczekujących	Występuje wtedy, gdy nie przekazuje się danych osób oczekujących (atrybut "zakres-danych" = S)
4	podzbior-ocz		1-n		Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną	
		kod-kateg	1	1 znak	Kod kategorii osób oczekujących	Wartości: 1 – przypadki stabilne 2 – przypadki pilne
		lb-oczekuj	1	liczba (4,0)	Liczba osób oczekujących	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot-ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		szac-czas-oczek	0-1	liczba (4,0)	Szacowany przez świadczeniodawcę czas oczekiwania w kolejce (w dniach)	Przekazywany w okresie przejściowym (§ 11 ust. 1 rozporządzenia).
		rzech-czas-oczek	1	liczba (4,0)	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	
3	lista-osob		0-1 1z		Lista osób oczekujących w kolejce	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut "zakres-danych" = W).
4	oczekujacy		0-n		Dane osoby zapisanej na liście oczekujących	
		nr-na-liscie	1	liczba (5,0)	Numer na liście w roku zapisania	
		rozpoznanie	1	do 50 znaków	Rozpoznanie lub powód przyjęcia	
5	ident-pacj		0-1		Identyfikacja pacjenta	
		typ-id	0-1	1 duża litera [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia.
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator osoby	
5	dane-osob		1		Dane osobowe pacjenta	
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Nazwisko – drugi człon	
5	adres		1		Adres zamieszkania pacjenta	
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		miescowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
5	kontakt		0-1		Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą	
		nr-tel	0-1	do 40 znaków	Numery telefonów kontaktowych	
		inny	0-1	do 40 znaków	Inne sposoby kontaktowania się	
5	termin		1-n		Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian)	
		mom-zapisu	1	data+czas	Moment dokonania ustalenia planowanego terminu realizacji	
		operator	1	do 30 znaków	Imię i nazwisko osoby, która zapisała planowany termin	
		data-plan	1	data	Planowana data udzielenia świadczenia	W przypadku zaplanowania z dokładnością do tygodnia podaje się pierwszy dzień tygodnia (poniedziałek).
		doklad-plan	1	1 znak	Dokładność zaplanowania daty realizacji	Wartości: D – dzień T – tydzień
		kateg	1	1 znak	Kategoria zastosowana przy planowaniu daty realizacji	Wartości: 1 – przypadek stabilny 2 – przypadek pilny

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot- ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		przycz- zmiany	0-1	do 200 znaków	Przyczyna zmiany terminu	
5	skreslenie		0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących	Element przekazywany tylko raz - w komunikacie za okres, w którym nastąpiło skreślenie z listy oczekujących.
		data-skresl	1	data	Data skreślenia	
		kod-skresl	1	1 znak	Kod przyczyny skreślenia	Zgodnie z tabelą nr 7 w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

Komunikat potwierdzenia danych o listach oczekujących

Do potwierdzenia danych o listach oczekujących stosowany jest ogólny komunikat „potwierdzenia odbioru”, przedstawiony w osobnym rozdziale. Przyjęciu lub odrzuceniu przez płatnika podlega całość danych o listach, przekazanych w potwierdzanym komunikacie.