780

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]

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

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

§ 1. 1. Rozporządzenie określa zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem", lub innym podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów.

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) ustawa — ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych — Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.[3)]);

3) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych — Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, o której mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;

4) Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych — Klasyfikację Badań Laboratoryjnych, o której mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;

5) osoba, której udzielono świadczenia — świadczeniobiorcę, osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy, oraz osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 1—5 ustawy;

6) osobisty numer identyfikacyjny — stały symbol numeryczny, jednoznacznie identyfikujący osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 2. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, zwani dalej „świadczeniodawcami", tworzą i prowadzą rejestr świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „rejestrem świadczeń".

2. W rejestrze świadczeń gromadzone są dane charakteryzujące każde udzielone świadczenie opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, zwane dalej „świadczeniem".

§ 3. 1. Rejestr świadczeń obejmuje dane dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego:

1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego;

2) kod świadczenia, na który składa się kod rodzaju opieki oraz kod jednostki sprawozdawczej, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia"; w przypadku badań laboratoryjnych dodatkowo kod badania według Klasyfikacji Badań Laboratoryjnych;

3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na 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

---

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

[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 i Nr 104, poz. 708 i 711.

[3)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 163, poz. 1362.

zdrowotnego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na oddziale szpitalnym, który 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) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, jeżeli świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym;

8) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;

9) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na oddziale szpitalnym, a 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;

10) 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;

11) datę wpisu do rejestru danych dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zwanego dalej „listą oczekujących”;

12) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, wraz z numerem księgi głównej — jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na oddziale szpitalnym;

13) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;

14) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, którym jest:

a) numer prawa wykonywania zawodu — w przypadku gdy świadczenie zdrowotne zostało udzielone przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, pielęgniarkę albo położną,

b) numer PESEL — w przypadku gdy świadczenie zdrowotne zostało udzielone przez osoby wykonujące inne niż wymienione w lit. a zawody medyczne

— oraz kod przynależności do danej grupy zawodowej, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

15) 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 zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych,

d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty lub felczera, wystawiającego skierowanie lub zlecenie.

2. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, zwane dalej „przedmiotami ortopedycznymi”, albo na środki pomocnicze, albo na podstawie innego dokumentu, rejestr świadczeń obejmuje:

1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;

2) kod świadczenia;

3) dane charakteryzujące zlecenie lub inny dokument, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:

a) o których mowa w ust. 1 pkt 15,

b) kod typu zlecenia lub dokumentu, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,

c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,

d) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki);

4) dane dotyczące realizacji zlecenia lub innego dokumentu, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:

a) identyfikator świadczeniodawcy,

b) datę przyjęcia zlecenia lub innego dokumentu do realizacji,

c) liczbę wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,

d) kwotę refundacji,

e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,

f) datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,

g) okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

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

1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;

2) identyfikator wniosku o naprawę;

3) identyfikator zlecenia, na podstawie którego wydano przedmiot objęty naprawą;

4) dane dotyczące dokonanej naprawy:

a) identyfikator świadczeniodawcy,

b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,

c) kwotę refundacji,

d) kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,

e) datę dokonania naprawy.

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

1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;

2) kod świadczenia;

3) dane charakteryzujące zlecenie:

a) o których mowa w ust. 1 pkt 15,

b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki,

c) stopień niesprawności ustalony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy, przyjmujący kod określony w tabeli nr 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia — w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy,

d) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określony w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.[4)]),

e) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:

a) identyfikator świadczeniodawcy,

b) datę przejazdu,

c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

5. W odniesieniu do świadczenia, które zostało udzielone w ramach realizacji programu zdrowotnego, świadczeniodawca gromadzi także dane niezbędne do dokonania oceny programu, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

6. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1—5, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, określony zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia;

2) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej „umową”;

3) kod dla świadczenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;

4) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;

5) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

[4)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420, Nr 239, poz. 2020 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518.

§ 4. Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, obejmują:

1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 4 i 4a załącznika nr 4 do rozporządzenia;

2) imię (imiona) i nazwisko;

3) adres zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:

   a) państwo,

   b) nazwa miejscowości,

   c) kod pocztowy,

   d) ulica, numer domu i lokalu;

4) datę urodzenia;

5) płeć;

6) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:

   a) kod tytułu uprawnienia,

   b) kod i identyfikator dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń

   — określone zgodnie z tabelą nr 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

   c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:

      — dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO-3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,

      — kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji, ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,

      — okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

7) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6:

   a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 4 do rozporządzenia,

   b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument.

§ 5. 1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem 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. Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej przekazują dane o świadczeniach udzielonych:

1) świadczeniobiorcom, którzy złożyli deklarację wyboru — w zakresie określonym w ust. 3;

2) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością oddziału Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę — w zakresie określonym w § 3 ust. 1.

3. Świadczeniodawca, w odniesieniu do świadczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 1, udzielający świadczeń w zakresie:

1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej — przekazuje — w odniesieniu do świadczeń, których jednostką sprawozdawczą wymienioną w § 3 ust. 1 pkt 2 jest:

   a) porada — dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 oraz w § 4 pkt 1,

   b) badanie bilansu zdrowia — dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń według grup wiekowych, zgodnych z odrębnymi przepisami,

   c) badanie — dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych badań wskazanych w załączniku nr 6 do rozporządzenia,

   d) inna jednostka sprawozdawcza — dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń;

2) opieki pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej przekazuje zbiorcze dane przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń;

3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania przekazuje dane zbiorcze przedstawiające:

   a) liczbę udzielonych świadczeń; a w przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest bilans zdrowia oraz szczepienia — dane zbiorcze przedstawiane są według grup wiekowych, zgodnych z odrębnymi przepisami,

   b) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową;

4) transportu sanitarnego przekazuje dane zbiorcze przedstawiające liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia.

4. 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, 2, pkt 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5;

2) osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji — dane, o których mowa w § 4;

3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 6 i 7.

§ 6. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń:

1) wynikających z art. 12 pkt 1—5 oraz art. 13 ust. 1 i 2 ustawy, które są finansowane ze środków publicznych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych,

2) wysokospecjalistycznych na podstawie umowy zawartej z ministrem właściwym do spraw zdrowia,

3) na podstawie art. 42 ustawy, finansowanych odpowiednio przez Ministra Obrony Narodowej lub ministra właściwego do spraw wewnętrznych,

4) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,

5) w ramach realizacji programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ustawy, finansowanych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych

— przekazują właściwym podmiotom, zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, dane o każdym udzielonym świadczeniu, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje, w przypadku świadczeniodawców, o których mowa:

1) w ust. 1 pkt 1 — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i pkt 6 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5;

2) w ust. 1 pkt 2 — zależy od tytułu uprawnienia do udzielenia świadczenia i obejmuje, w przypadku:

   a) osób ubezpieczonych — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 6, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,

   b) osób uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji — dane, o których mowa w § 4 pkt 1—6,

   c) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 6;

3) w ust. 1 pkt 3 — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, pkt 6 lit. a i pkt 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5;

4) w ust. 1 pkt 4 — dane, o których mowa w § 4 pkt 1—3 i pkt 6, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5;

5) w ust. 1 pkt 5 — dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

§ 7. 1. Świadczeniodawca:

1) działający w ramach umowy z Funduszem i udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej,

2) który udziela świadczeń wysokospecjalistycznych:

   a) na podstawie umowy z Funduszem,

   b) finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 15 ust. 3 ustawy

— tworzy i prowadzi listę oczekujących.

2. Na liście oczekujących są gromadzone:

1) identyfikator listy, na który składa się co najmniej identyfikator świadczeniodawcy, a w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego także kod tego świadczenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;

2) numer kolejny;

3) dane dotyczące dokonania wpisu na listę:

   a) data wpisu,

   b) godzina wpisu,

   c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;

4) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:

   a) o których mowa w § 4 pkt 1—3,

   b) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;

5) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;

6) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia:

   a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku (w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia),

   b) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,

c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, o którym mowa w lit. b, także uzasadnienie tej zmiany;

7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:

a) data skreślenia,

b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 7 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

8) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.

3. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia 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 kategorii, o których mowa w ust. 2 pkt 6 lit. b.

4. Dane, o których mowa w ust. 2, według stanu na ostatni dzień miesiąca przekazywane są przez świadczeniodawców, o których mowa:

1) w ust. 1 pkt 2 lit. a — oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;

2) w ust. 1 pkt 2 lit. b — ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 8. 1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tworzą i prowadzą dodatkowo rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, zwany dalej „rejestrem deklaracji". W przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, rejestrowane są dane dotyczące dzieci i młodzieży objętych opieką.

2. W rejestrze deklaracji gromadzone są dane:

1) dotyczące lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja:

a) numer prawa wykonywania zawodu,

b) numer PESEL,

c) identyfikator umowy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;

2) dane dotyczące osób objętych opieką:

a) o których mowa w § 4 pkt 1—6,

b) nazwisko rodowe,

c) numer telefonu,

d) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego — w przypadku ubezpieczonego; w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy — identyfikator decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy, określony w tabeli nr 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

3) kod typu deklaracji, ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą;

4) data dokonania wyboru;

5) data rezygnacji z opieki;

6) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku studentów i uczniów — także ze względu na miejsce nauki;

7) kod współczynnika korygującego mającego wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej, jeżeli występuje, ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą;

8) rok szkolny (akademicki), którego dotyczy deklaracja — w przypadku uczniów (studentów) kształcących się poza miejscem zamieszkania.

3. W rejestrze deklaracji gromadzone są następujące dane dotyczące dzieci i młodzieży objętych profilaktyczną opieką zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania:

1) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2;

2) adres szkoły (placówki), na który składa się:

a) kod pocztowy,

b) miejscowość,

c) ulica,

d) numer;

3) kod szkoły (placówki) oraz oznaczenie klasy, w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1, pkt 2 lit. a i b, pkt 3, pkt 4, pkt 6—8, a w odniesieniu do dzieci i młodzieży objętych profilaktyczną opieką w środowisku nauczania i wychowania — identyfikator osoby oraz dane, o których mowa w ust. 3 pkt 3.

§ 9. 1. Świadczeniodawcy przekazują podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych dane w formie elektronicznej.

2. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zwolnić świadczeniodawcę na czas określony z obowiązku gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej.

3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu, przekazywane są w formacie elektronicznych komunikatów zapisanych przy użyciu języka XML, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Komunikaty dostarczane są do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych za pomocą przenośnych elektronicznych nośników informacji lub przez ich teletransmisję.

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

1) przygotowanie komunikatu przez świadczeniodawcę;

2) przekazanie komunikatu przez świadczeniodawcę;

3) weryfikacja komunikatu przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;

4) przygotowanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego, zawierającego potwierdzenie prawidłowości komunikatu lub wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków;

5) przekazanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego do świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5, § 6, § 7 ust. 3 i 4 i § 8 ust. 4, z wyłączeniem danych, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 4 i 5, 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, jednak nie dłużej niż o siedem dni kalendarzowych.

3. Dane, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 4 i 5, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.

4. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców działających w ramach umów z Funduszem w zakresie uregulowanym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 137 ust. 10 ustawy.

§ 11. 1. W okresie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia 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:

   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:

   a) średni rzeczywisty czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, według kryteriów, o których mowa w § 7 ust. 2 pkt 6 lit. b,

   b) liczbę osób oczekujących według kryteriów, o których mowa w § 7 ust. 2 pkt 6 lit. b.

2. Wzór dokumentu będący opisem ramowym komunikatu stosowanego przy przekazywaniu danych, o których mowa w ust. 1, określa załącznik nr 10 do rozporządzenia.

§ 12. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2005 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 176, poz. 1467 i Nr 266, poz. 2248).

§ 13. W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest Minister Sprawiedliwości, przepisy rozporządzenia stosuje się z dniem 1 stycznia 2008 r.

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem § 12, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 27 czerwca 2006 r. (poz. 780)

Załącznik nr 1

KOD ŚWIADCZENIA

Objaśnienia pojęć:

Badanie: badanie laboratoryjne lub diagnostyczne

Cykl leczenia: świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.

Hospitalizacja: świadczenie udzielone na oddziale szpitalnym trwające co najmniej jedną noc (czas liczony od chwili wpisu do księgi głównej przyjęć i wypisów do chwili wypisu).

Leczenie jednego dnia: świadczenie udzielone przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w tym samym dniu. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż jeden dzień, świadczenie jest kwalifikowane jako hospitalizacja.

Pobyt: 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: świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.

Sesja: cykl leczenia, zarówno indywidualny jak i zbiorowy, prowadzony w szczególności przez psychologa.

Wizyta: świadczenie udzielone, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, a także przez psychologa.

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
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 trwające co najmniej jedną noc	hospitalizacja	0.1	Wszystkie hospitalizacje, z wyjątkiem hospitalizacji, przyjmujących kod 8.1 (na oddziale rehabilitacyjnym) i 13.1 (oddziale opieki długoterminowej
	zabieg	0.16	Dotyczy jedynie hemodializy
	pobyt	0.3	Dotyczy leczenia w sanatorium, prewentorium i hostelu z wyjątkiem pobytów zakwalifikowanych do kodu 16.3
1.2. Leczenie "jednego dnia" Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu. Leczenie "jednego dnia" obejmuje m.in. chirurgię "jednego dnia", dializoterapię, chemioterapię nowotworów, wykonywane w trybie jednodniowym	leczenie jednego dnia	1.2	
	zabieg	1.16	Dotyczy jedynie hemodializy
1.3. Leczenie ambulatoryjne			Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane z postawieniem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	porada	2.4	
	porada patronażowa	2.5	
	badanie bilansu zdrowia	2.17	
1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentystów. W kategorii tej znajdują się również protezy uzębienia	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	
1.3.4. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia	5.8	
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna	porada	6.4	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), jeżeli nie zakończyły się hospitalizacją

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
Obejmuje inne usługi ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych, z wyjątkiem : - fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji - ortodontów, oraz przez psychologów	wizyta	6.6	
	wizyta patronażowa	6.7	
	sesja	6.10	
	cykl leczenia	6.8	Nie uwzględnia rehabilitacji – odrębne kody dla cyklu leczenia w ramach rehabilitacji dziennej i ambulatoryjnej
	zabieg	6.16	Dotyczy jedynie hemodializy
1.4. Usługi lecznicze w domu pacjenta Porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki rodzinnej, jak i takie usługi jak dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe	porada	7.4	Uwzględnia opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad udzielonych w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej
	porada patronażowa	7.5	
	badanie bilansu zdrowia	7.17	
	wizyta	7.6	Uwzględnia opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach rehabilitacji i opieki długoterminowej
	wizyta patronażowa	7.7	
	sesja	7.10	
	cykl leczenia	7.8	Nie uwzględnia cyklów leczenia przeprowadzonych w ramach rehabilitacji
	zabieg	7.16	Dotyczy jedynie hemodializy
	osoba leczona	7.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
2. Grupa - usługi 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	hospitalizacja	8.1	
2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu	cykl leczenia	9.8	W przypadku gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów
	osoba leczona	9.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego	porada	10.4	
	wizyta	10.6	
	cykl leczenia	10.8	
	osoba leczona	10.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta.	porada	11.4	
	wizyta	11.6	
	osoba leczona	11.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii	porada	12.4	
	wizyta	12.6	
	osoba leczona	12.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
3. grupa –długoterminowa opieka pielęgnacyjna			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 medyczna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej
3.1.Stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna *Wykonywana na rzecz pacjenta formalnie przyjętego na pobyt w zakładzie*	pobyt	13.3	
	hospitalizacja	13.1	
3.2. Długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna *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	14.8	
	osoba leczona	14.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
3.3. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna 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	15.4	
	wizyta	15.6	
	cykl leczenia	15.8	
	osoba leczona	15.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
3.4. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w trybie hostelowym	pobyt	16.3	
4. Grupa -pomocnicze usługi opieki zdrowotnej			Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej; wykonywane przez osoby uprawnione
4.1. Badania laboratoryjne	badanie	17.9	Rejestrowane wyłącznie w świadczeniach z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
4.2. Diagnostyka obrazowa			Obejmuje badania diagnostyczne, wykonywane za pomocą technik obrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego
4.2.1.	badanie	18.9	USG
4.2.2.	badanie	19.9	Tomografia komputerowa
4.2.3.	badanie	20.9	Rentgenodiagnostyka
4.2.4.	badanie	21.9	Rezonans magnetyczny
4.2.5.	badanie	22.9	Scyntygrafia
4.2.6.	badanie	23.9	Angiografia
4.2.7.	badanie	24.9	Endoskopia
4.2.8.	badanie	25.9	Inne
4.2.9.	badanie	26.9	Pozostała diagnostyka (nieobrazowa)
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta			Obejmuje (a) usługi ratownictwa medycznego przedszpitalnego (b) usługi transportowania pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia
4.3.3. Pomoc doraźna -ratownicze zespoły wyjazdowe	wyjazd	27.12	
4.3.4. Pomoc doraźna -ratownictwo lotnicze i śmigłowcowe	wyjazd	28.12	
4.3.5. Pomoc doraźna -wodne pogotowie ratunkowe	wyjazd	29.12	
4.3.6. Pomoc doraźna- ratownictwo górskie	akcja ratownicza	30.13	
4.3.7. Pozostałe			
4.3.7.1. Pozostałe -Transport pacjenta	przewóz	31.14	
	przelot	31.15	
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta	32.6	
	osoba leczona	32.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze	osoba leczona	33.11	Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze
5. Produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych			

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
5.2. Sprzęt terapeutyczny i inne dobra medyczne trwałego użytkowania			Obejmuje dostarczanie pacjentom sprzętu medycznego, wraz z towarzyszącymi temu czynnościami, jak sprzedaż detaliczna, dopasowywanie, naprawy, wypożyczanie
5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne	produkt optyczny	34.18	Obejmują oprócz szkieł optycznych również soczewki kontaktowe, płyny do ich konserwacji oraz usługi, jakie związane są z dopasowaniem i sprzedażą ww. materiałów
5.2.2 Urządzenia ortopedyczne i inne protetyczne środki pomocnicze Obejmują protezy kończyn, pasy chirurgiczne i inne środki techniczne z zakresu protetyki. Nie obejmują protez wszczepialnych, zaliczanych do usługi wszczepienia (np. endoproteza stawu biodrowego)	przedmiot ortopedyczny	35.19	
	środek pomocniczy	35.20	Z wyjątkiem środków, wykazanych pod kodem 36.20 i 37.21
5.2.3. Środki wspomagania słuchu	środek pomocniczy	36.20	Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem
5.2.4. Techniczne urządzenia medyczne, w tym wózki inwalidzkie	urządzenie medyczne	37.21	Obejmują wózki inwalidzkie i inne urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych
5.2.9. Pozostałe medyczne dobra trwałego użytku	przedmiot	38.22	Niewymienione powyżej dobra trwałego użytku służące ochronie zdrowia
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
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne	porada	39.4	
	wizyta	39.6	
	badanie	39.9	
	osoba leczona	39.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka	porada	40.4	
	wizyta	40.6	
	osoba leczona	40.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem	porada	41.4	
	badanie bilansu zdrowia	41.17	
	wizyta	41.6	
	szczepienie	41.23	
	osoba leczona	41.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
6.1.4. Inna	porada	42.4	
	wizyta	42.6	
	osoba leczona	42.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
6.2. Medycyna szkolna *Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki szkolne w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia*	porada	43.4	
	wizyta	43.6	
	badania bilansu zdrowia	43.17	
	badania przesiewowe	43.24	
	szczepienie	43.23	Szczepienia obowiązkowe; gdyż tylko one finansowane są ze środków publicznych
	świadczenia profilaktyczne	43.25	
	osoba leczona	43.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
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*	porada	44.4	
	wizyta	44.6	
	badanie	44.9	
	osoba leczona	44.11	
6.3.1. Szczepienia	szczepienie	45.23	Szczepienia obowiązkowe; gdyż tylko one finansowane są ze środków publicznych
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*	porada	46.4	
	sesja	46.10	
	osoba leczona	46.11	
	badanie	46.9	

Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza	Kod świadczenia	Objaśnienia
6.6. Medycyna sportowa	porada	47.4	
	wizyta	47.6	
	osoba leczona	47.11	Podawać tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej jednostki
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona	48.11	

Załącznik nr 2

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

1) „1" — przyjęcie planowe;
2) „2" — przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej;
3) „3" — przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej;
4) „4" — przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania.

KODY TRYBU WYPISU

1) „1" — zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego;
2) „2" — skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
3) „3" — skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej;
4) „4" — skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej;
5) „5" — skierowanie do dalszego leczenia — inne przypadki;
6) „6" — wypisanie na własne żądanie;
7) „9" — zgon pacjenta.

Załącznik nr 3

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

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

1) numer księgi rejestrowej, a jeżeli świadczeniodawcy nie nadano numeru księgi rejestrowej — pierwsze dziewięć cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON;
2) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego;
3) numer identyfikacyjny z rejestru TERYT (o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej) gminy miejsca położenia komórki organizacyjnej wykonującej świadczenie, a jeżeli u świadczeniodawcy nie występuje podział na komórki organizacyjne — numer identyfikacyjny TERYT miejsca udzielania świadczenia przez świadczeniodawcę.

Załącznik nr 4

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej	
Nawa zawodu	**kod**
asystentka stomatologiczna	1
diagnosta laboratoryjny	2
dietetyk	3
farmaceuta	4
felczer	5
fizjoterapeuta (technik fizjoterapii+ lic. i mgr na kierunku fizjoterapia)	6
higienistka stomatologiczna	7
higienistka szkolna	8
instruktor higieny	9
instruktor terapii uzależnień /specjalista terapii uzależnień	10
lekarz	11
lekarz dentysta	12
logopeda	13
masażysta (technik masażysta)	14
opiekunka dziecięca	15
optometrysta	16
ortoptystka	17
pielęgniarka	18
położna	19
protetyk słuchu	20
psychoterapeuta	21
ratownik medyczny	22
specjalista zdrowia publicznego (lic+mgr na kierunku zdrowie publiczne)	23
technik analityki medycznej	24
technik dentystyczny	25
technik farmaceutyczny	26
technik elektroniki medycznej	27
technik elektroradiolog	28
technik optyk	29
technik ortopeda	30
terapeuta zajęciowy	31

Tabela nr 2. Kod stopnia niesprawności ustalany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy, w przypadkach, o których mowa w art. 41 ust. 3 ustawy	
Stopień niesprawności	**Kod**
Pierwszy	N1
Drugi	N2

Tabela nr 3. Kod celu przewozu transportem sanitarnym	
Cel przewozu	**Kod**
Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	C1
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia	C2
Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	C3
Inne niż wymienione wyżej	C4

Tabela nr 4. Identyfikator osoby, której udzielono świadczenia, oraz kod identyfikatora

Lp.	Identyfikator	kod	wymagany
1	2	3	4
1	numer PESEL	P	zawsze w przypadku osoby, która ma nadany numer PESEL
2	osobisty numer identyfikacyjny	R	zawsze w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, bez względu na to, czy ma nadany numer PESEL
3	seria i numer dowodu osobistego	D	w przypadku gdy osoba nie ma nadanego numeru PESEL lub osobistego numeru identyfikacyjnego
4	seria i numer paszportu	T	
5	nazwa, seria i numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość	I	
6	jeden z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5 opiekuna	zgodnie z tabelą 4a	w przypadku gdy dziecko nie posiada żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5
7	numer dokumentacji medycznej	NN	w przypadku gdy ustalenie tożsamości osoby ani opiekuna nie jest możliwe

Tabela nr 4a. Sposób kodowania identyfikatora opiekuna w przypadku, gdy dziecku nie nadano numeru PESEL

oznaczenie, że w danym przypadku podany jest identyfikator opiekuna	identyfikator opiekuna	kod rodzaju identyfikatora opiekuna
1	2	3
O (n) gdzie n=1 - pierwsze dziecko identyfikowane identyfikatorem opiekuna gdzie n=n+1 kolejne dziecko identyfikowane tym samym identyfikatorem opiekuna (np. w przypadku bliźniaków)	jeden z identyfikatorów wymienionych w tabeli nr 4	jeden z kodów rodzaju identyfikatora wymienionych w tabeli nr 4

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
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, skrót 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

Tabela nr 6. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego

Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia		Rodzaj uprawnienia	Kategoria	kod
1		2	3	4
art. 42 ustawy	ust. 1	świadczenia, o których mowa w załączniku do ustawy, oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane żołnierzom w czynnej służbie wojskowej i pracownikom wojska, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117), oraz po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	Żołnierze w czynnej służbie wojskowej i pracownicy wojska, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa	42MON
	ust. 2	świadczenia, o których mowa w załączniku do ustawy, oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane policjantom, funkcjonariuszom Straży Granicznej, funkcjonariuszom Biura Ochrony Rządu, strażakom Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownikom tych służb, oraz po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	Policjanci, funkcjonariusze Straży Granicznej, funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu, strażacy Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownicy tych służb	42MSWiA
art. 47 ustawy		bezpłatne wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi	inwalidzi wojenni	47IB
			inwalidzi wojskowi	47IW
			osoby represjonowane	47OR
art. 31 ust. 3 ustawy		dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentysty oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane dla tych osób	dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia	31D
			kobiety w ciąży i w okresie połogu	31C

Tabela nr 7. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących

przyczyna	kod
wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę - w tym przypadku wpisuje się dodatkowo datę rozpoczęcia wykonania świadczenia, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia, a w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym, wpisuje się także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 5 rozporządzenia	1
powiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji	2
zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
inna przyczyna	4

Załącznik nr 5

IDENTYFIKATOR PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

IDENTYFIKATOR ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:	
Identyfikator	Nazwa oddziału wojewódzkiego
01	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
02	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
03	Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
04	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
05	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
06	Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
07	Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
08	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
09	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
10	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
11	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
12	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
13	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
14	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
15	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
16	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie
IDENTYFIKATOR INNEGO PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	
93	Minister Sprawiedliwości
94	minister właściwy do spraw wewnętrznych
97	Minister Obrony Narodowej
98	minister właściwy do spraw zdrowia

Załącznik nr 6

BADANIA LABORATORYJNE I DIAGNOSTYCZNE SPRAWOZDAWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW POZ

Lp.	Wyszczególnienie	Kod badania
1	**krew pełna**	
2	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym	C55.083
3	płytki krwi	C53.083
4	retikulocyty	C69.083
5	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	C59.082
6	**surowica**	
7	sód	O35.09
8	potas	N45.09
9	wapń całkowity	O75.09
10	żelazo	O95.09
11	stężenie transferyny	O43.09
12	mocznik	N13.09
13	kreatynina	M37.09
14	glukoza	L43.09
15	test obciążenia glukozą	„2x L43.09”
16	białko całkowite	I77.09
17	proteinogram	I79.09
18	albuminy	I09.09
19	kwas moczowy	M45.09
20	cholesterol całkowity	I99.09
21	cholesterol-HDL	K01.09
22	cholesterol-LDL	K03.09
23	triglicerydy (TG)	O49.09
24	bilirubina całkowita	I89.09
25	bilirubina bezpośrednia	I87.09
26	fosfataza alkaliczna (ALP)	L11.09

Lp.	Wyszczególnienie	Kod badania
27	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	I19.09
28	aminotransferaza alaninowa (ALT)	I17.09
29	gammaglutamylotranspeptydaza (GGT)	L31.09
30	amylaza	I25.09
31	kinaza kreatynowa (CK)	M19.09
32	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	L15.09
33	czynnik reumatoidalny (RF)	K21.09
34	miano antystreptolizyn O (ASO)	U.09.881.09
35	hormon tyreotropowy (TSH)	L69.09
36	antygen HBs-AgHBs	V.09.81.09
37	VDRL	U.09.88.09
38	**mocz**	
39	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu	A01.24
40	ilościowe oznaczanie białka	A07.24
41	ilościowe oznaczanie glukozy	A15.24
42	ilościowe oznaczanie wapnia	O75.24
43	ilościowe oznaczanie amylazy	I25.24
44	**kał**	
45	badanie ogólne	A23.05
46	pasożyty	A21.05
47	krew utajona - metodą immunochemiczną	A17.05
48	**układ krzepnięcia**	
49	wskaźnik protrombinowy (INR)	G21.102
50	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	G11.102
51	fibrynogen	G53.102
52	**badania mikrobiologiczne**	
53	posiew moczu z antybiogramem	U.24.76.24, U24.87.24
54	posiew wymazu z gardła	U.14.77.14
55	ogólny posiew kału w kierunku pałeczek	

Lp.	Wyszczególnienie	Kod badania
56	Salmonella; Shigella	U.05.77.05
57	białko C-reaktywne (CRP)	I81.09
58	**badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku**	89.501
59	**badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej**	88.74
60	**zdjęcia radiologiczne**	
61	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	87.44
62	zdjęcia kostne kręgosłupa, kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej	87.29, 87.22-24, 87.29, 88.21-24, 88.27-29, 88.26
63	zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej	87.17, 87.16
64	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	87.69

Załącznik nr 7

ŚREDNI RZECZYWISTY CZAS OCZEKIWANIA

Średni rzeczywisty czas oczekiwania obliczany jest odrębnie dla każdej kategorii, o której mowa w § 7 ust. 2 pkt 6 lit. b rozporządzenia według wzoru: $T^R = D^R/L^R$
gdzie znaczenie poszczególnych symboli jest następujące:

T^R — rzeczywisty średni czas oczekiwania,

D^R— łączna liczba rzeczywistych dni oczekiwania, gdzie

$D^R = d^{R1} + d^{R2} +....+ d^{Rn}$, gdzie

d^R — liczba dni oczekiwania każdej osoby z danej kategorii, skreślonej w danym miesiącu z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,

L^R — łączna liczba osób z danej kategorii skreślonych w danym miesiącu z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

PRZEWIDYWANY ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA
(stosowany w okresie przejściowym, zgodnie z § 11)

Przewidywany średni czas oczekiwania — średnia liczba dni oczekiwania na udzielenie świadczenia, określana przez świadczeniodawcę na podstawie jego doświadczenia.

Załącznik nr 8

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

STRUKTURA KOMUNIKATU — ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Założenie techniczne do konstruowania komunikatu:

- Format daty — YYYY-MM-DD
- Format daty + czas — YYYY-MM-DDThh: mm: ss
- Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki
- Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8

Komunikat w sposób szczegółowy opisuje informacje wyszczególnione w treści rozporządzenia. Pozostałe informacje natury technicznej oraz informacje niezbędne do rozliczenia, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 4 rozporządzenia, oraz informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 5 rozporządzenia, definiowane są przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych w sposób nienaruszający poniższej struktury we wskazanych poniżej obszarach (szary kolor tła komórek tabeli).

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
0	komunikat	Struktura elementu definiowana przez płatnika zawierająca atrybuty i elementy podrzędne, których wartości umożliwiają właściwą realizację procesu wymiany danych pomiędzy: podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zwanym dalej płatnikiem, a świadczeniodawcą, który sprawozdaje dane o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej na podstawie umowy łączącej strony. Przekazywane w tym elemencie informacje powinny pozwolić na: - oznaczenie typu komunikatu - oznaczenie wersji struktury komunikatu - wskazanie płatnika – odbiorcy komunikatu (kod systemowy) - wskazanie świadczeniodawcy – nadawcy formalnego komunikatu (kod w systemie informatycznym płatnika) - identyfikację komunikatu w ramach nadawcy formalnego (identyfikator instalacji źródłowego systemu informatycznego, id komunikatu w ramach instalacji systemu informatycznego) - wyznaczenie daty i czasu generacji komunikatu - wskazanie rzeczywistego nadawcy komunikatu, o ile nadawca formalny zlecił obsługę przekazywania danych podmiotowi trzeciemu (nazwa, dane kontaktowe) - wskazanie systemu informatycznego, z którego wygenerowano komunikat (nazwa, wersja, producent, dane kontaktowe) - stwierdzenie podstawy formalnej upoważniającej świadczeniodawcę do przekazania świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w niniejszym komunikacie (id umowy świadczeniodawcy z płatnikiem) - określenie okresu sprawozdawczego					
1	swiadczenie		1-n	Świadczenie			Poprzez świadczenie rozumie się hospitalizację lub wizytę, którą zarejestrowano w systemie informatycznym z dokładnością do danej instalacji systemu informatycznego
		id-inst	0-1	Identyfikator instalacji	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego, w którym świadczenie zostało zarejestrowane	Podawane obligatoryjnie w sytuacji gdy identyfikator instalacji jest inny od przekazanego w elemencie komunikat
		id-swiadcz	1	Identyfikator świadczenia	do 20 cyfr	Identyfikator świadczenia w ramach instalacji systemu informatycznego	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		nr-mod	1	Numer modyfikacji	liczba (4,0)	Kolejny numer modyfikacji danych o świadczeniu identyfikowanym parą atrybutów: - id-inst - id-swiadcz	System informatyczny płatnika przetwarza dane o świadczeniach w części statystycznej, które posiadają większy numer modyfikacji niż uprzednio zarejestrowany przez płatnika. Sposób przetwarzania danych rozliczeniowych podlega regułom wskazanym w definicji elementu dane-rozlicz
		status	1	Status świadczenia	1 duża litera	Status świadczenia w systemie informatycznym z punktu widzenia świadczeniodawcy przekazującego dane A - aktywne U – usunięte	Wymagania dotyczące możliwości usunięcia danych o świadczeniu określane są przez płatnika
		wpr-data-czas	1	Data i czas pierwszej rejestracji danych	data+czas	Data i czas pierwszej rejestracji danych świadczenia identyfikowanych parą atrybutów: - id-inst - id-swiadcz	
		mod-data-czas	1	Data i czas ostatniej modyfikacji	data+czas	Data i czas ostatniej modyfikacji danych świadczenia identyfikowanych parą atrybutów: - id-inst - id-swiadcz	
2	dane-swiadczenia		0-1	Dane o świadczeniu			Element nie występuje w przypadku świadczeń o statusie - usunięte

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		charakter	1	Charakter świadczenia	1 duża litera	Charakter realizacji świadczenia: S - stacjonarny T - transport A - inny (w tym ambulatoryjny)	
		kod-swiadcz	1	Kod świadczenia	do 16 znaków	Kod świadczenia	*
		kod-bad-labor	0-1	Kod badania	do 16 znaków	Kod badania laboratoryjnego	*
		liczba-osobodni	0-1	Liczba osobodni opieki	liczba (4,0)	Liczba osobodni opieki	Przekazywane gdy jednostką sprawozdawaną jest osoba leczona i rodzaj opieki wskazuje na konieczność przekazywania osobodni opieki
		liczba-dni	0-1	Liczba dni opieki	liczba (4,0)	Liczba dni opieki	Przekazywane gdy jednostką sprawozdawaną jest osoba leczona i rodzaj opieki wskazuje na konieczność przekazywania dni opieki
		liczba-osob	0-1	Liczba osób	liczba (4,0)	Liczba osób objętych programem	Przekazywane gdy jednostką sprawozdawaną jest program zdrowotny
3	pacjent		1	Pacjent		Dane pacjenta	
		osoba	1	Osoba	1 duża litera	Osoba której identyfikator został przypisany do danego świadczenia	W szczególnych przypadkach – noworodki i dzieci bez nadanego nr PESEL – zamiast pacjenta identyfikuje się opiekuna P – pacjent O – opiekun
		rodz-ident	1	Kod rodzaju identyfikatora osoby	do 3 znaków	Kod rodzaju identyfikatora osoby	Zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		identyfikator	1	Identyfikator osoby	do 20 znaków	Identyfikator osoby	Jeżeli - PESEL to 11 znaków
		nr-dz	0-1	kolejne-dziecko	1 cyfra	kolejne dziecko	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
4	dane-pers-pacj		1	Dane personalne pacjenta			Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		imie	1	Imię	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	Drugie imię	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	Nazwisko	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	Drugi człon nazwiska	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
4	adres-poza-polska		0-1	Adres zamieszkania poza granicami Polski		Adres zamieszkania poza granicami Polski	Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		ulica-poza	1	Ulica	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu-poza	0-1	Nr domu	do 8 znaków	Nr domu	
		nr-lokalu-poza	0-1	Nr lokalu	do 8 znaków	Nr lokalu	
		kod-poczt-poza	1	Kod pocztowy	do 10 znaków	Kod pocztowy	*
		miejsc-poza	1	Miejscowość	do 56 znaków	Miejscowość	
		kraj	1	Kraj zamieszkania poza granicami Polski	2 litery	Kraj zamieszkania poza granicami Polski	Według ISO 3166-1-alpha- 2 *
4	adres-w-polsce		0-1	Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Polski		Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Polski	Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		ulica	1	Ulica	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	0-1	Nr domu	do 8 znaków	Nr domu	
		nr-lokalu	0-1	Nr lokalu	do 8 znaków	Nr lokalu	
		kod-poczt	1	Kod pocztowy	5 cyfr	Kod pocztowy	*
		miejscowosc	1	Miejscowość	do 56 znaków	Miejscowość	
		kod-krajowy	1	Kod Polski	dwie litery	Kod Polski	Według ISO 3166-1-alpha- 2
4	dane-stat-pacj		0-1	Dane statystyczne pacjenta			

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		data-urodz	0-1	Data urodzenia	data	Data urodzenia pacjenta	Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		plec	0-1	Płeć	1 cyfra	Dane statystyczne o pacjencie - płeć: 0 -płeć nieokreślona 1 -mężczyzna 2 - kobieta 9 – nieznana	Wymagana w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia Zgodnie z ISO 5218 *
4	kraj-wlasciwy		0-1	Kraj właściwy pacjenta		Kraj, w którym znajduje się instytucja właściwa dla pacjenta	Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		kraj	1	Kod kraju	2 znaki	Symbol państwa, w którym znajduje się instytucja właściwa	Według normy ISO 3166-1-alpha-2 *
4	instytucja-wlasciwa		0-1	Instytucja właściwa		Niepodawany w przypadku ubezpieczonych na podstawie przepisów o koordynacji, gdy nie jest możliwe określenie instytucji właściwej	W przypadku ubezpieczonych w NFZ należy podać typ kodu = 2, a jako kod oddziału wojewódzkiego (WF01 ... WF16) Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		kod	1	Numer identyfikujący instytucję właściwą	Do 32 znaków	Numer identyfikacyjny instytucji	*
		akronim-nazwy	1	Akronim nazwy instytucji	Do 50 znaków	Akronim nazwy instytucji	
4	uprawnienie		1	Uprawnienie			

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		tytul-upraw	1	Kod tytułu uprawnienia	Do 3 znaków	Kod tytułu uprawnienia	Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia. Zgodnie z tabelą nr 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia *
5	karta-ubezp		0-1				
		numer	1	Karta ubezpieczenia zdrowotnego	do 20 znaków		
5	inny-dokum		0-1				
		nazwa-dokum	1	Nazwa innego dokumentu	do 30 znaków	Nazwa innego dokumentu	
		seria-innego	1	Nr serii innego dokumentu	do 10 znaków	Nr serii innego dokumentu	
		nr-innego	1	Nr innego dokumentu	do 20 znaków	Nr innego dokumentu	
5	paszport		0-1				
		seria-paszportu	1	Nr serii paszportu	do 10 znaków	Nr serii paszportu	
		nr-paszportu	1	Nr paszportu	do 20 znaków	Nr paszportu	
5	decyzja		0-1	Decyzja organu administracji		Decyzja wójta lub burmistrza gminy	
		organ-wyst-gmina	1	Organ wystawiający	7 cyfr	Organ wystawiający określany poprzez podanie kodu terytorialnego gminy według GUS	Rodzaj wydającego decyzję wynika jednoznacznie z typu gminy wynikającego z kodu terytorialnego gminy *
		data-wyst	1	Data wystawienia	Data	Data wystawienia decyzji	
5	dokument-ue		0-1	Dane dokumentów uprawniających do świadczeń na podstawie koordynacji			
		zakres	0-1	Zakres świadczeń	do 200 znaków	Zakres świadczeń	
6	osoba		0-1		Osoba, której wydano dokument uprawniający	Tylko dla E100	Element obligatoryjnie przekazywany dla NFZ

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		pin	1	Identyfikator osoby, której wydano dokument upoważniający (Personal Identification Number)	Do 20 znaków		*
		pesel	0-1	Numer PESEL osoby, na którą wystawiono dokument upoważniający	11 znaków		Wymagany w przypadku nadania numeru PESEL osobie, której wydano dokument upoważniający *
		data-urodz	1	Data urodzenia	Data		
		status	1	Status osoby zgodny z przepisami o koordynacji	Do 2 cyfr	1 Osoba zatrudniona 2 Osoba pracująca na własny rachunek 3 Osoba bezrobotna 4 Pracownik przygraniczny (zatrudniony) 5 Pracownik przygraniczny (pracujący na własny rachunek) 6 Pracownik sezonowy 7 Pracownik przygraniczny 8 Osoba wnioskująca o emeryturę/rentę 9 Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych) 10 Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek) 11 Student 12 Inna osoba ubezpieczona	*
7	dane-pers-osoby		0-1	Dane personalne osoby		Dane personalne osoby, której wydano dokument uprawniający do świadczeń na podstawie koordynacji	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		imie	1	Imię	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	Drugie imię	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	Nazwisko	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	Drugi człon nazwiska	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
		data-urodz	1	Data urodzenia		Data urodzenia	
6	ekuz		0-1	Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	data		
		numer	1	Numer identyfikacyjny	Do 20 znaków	Numer identyfikacyjny	
		data-konc	1	Data końcowa okresu ważności	Data	Data końcowa okresu ważności	
6	poswiadczenie		0-1		poświadczenie		

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		numer	1	Numer	Do 20 znaków	Numer poświadczenia budowany jest według następujących wzorów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu wydawania i określenia wzoru poświadczenia: a) z dnia 1 maja 2004 r. – numer oddziału/numer kolejnego wydanego poświadczenia. dla poświadczeń wydanych przed 2005-01-01 b) z dnia 15 grudnia 2004 r. - numer oddziału/rodzaj zaświadczenia serii E100/rok wydania poświadczenia (dwie ostatnie cyfry)/numer kolejny poświadczenia (5-cyfrowy) dla poświadczeń wydanych od 2005-01-01	*
		data-wyst	1	Data wystawienia	Data		
		data-pocz	1	Data początkowa okresu ważności	Data		
		data-konc	1	Data końcowa okresu ważności	Data		
6	formE100		0-1	Formularz serii E100			
		rodz-form	1	Rodzaj formularza	Do 5 znaków, duże litery	Rodzaj formularza serii E100	Np E106
		data-wyst	1	Data wystawienia	Data		
		data-pocz	1	Data początkowa okresu ważności	Data		

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		data-konc	0-1	Data końcowa okresu ważności	Data		
6	certyfikat		0-1	Certyfikat			
		data-wyst	1	Data wystawienia	Data		
		data-pocz	0-1	Data początkowa okresu ważności	Data		
		data-konc	1	Data końcowa okresu ważności	Data		
4	dod-upraw		0-1	Dane o dodatkowym uprawnieniu		Podawane w przypadku gdy podstawą udzielenia było dodatkowe uprawnienie	Wymagane w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia
		kod-tytulu	1	Kod tytułu uprawnienia dodatkowego	do 7 znaków	Kod tytułu uprawnienia dodatkowego	Zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 4 do rozporządzenia. Podawany w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących pacjentowi *
5	upraw-dod-dokum		0-1	Dane o dokumencie poświadczającym uprawnienia dodatkowe pacjenta			
		rodz-dokum	1	Nazwa dokumentu	do 20 znaków	Nazwa dokumentu poświadczającego dodatkowe uprawnienia pacjenta	Podawany w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących pacjentowi
		ident-dokum	1	Dane identyfikujące dokument	do 30 znaków	Identyfikator dokumentu poświadczającego dodatkowe uprawnienia pacjenta	Podawany w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących pacjentowi

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
3	zlecenie-skierowanie		0-1	Zlecenie skierowanie		Dane o zleceniu lub skierowaniu	
		nr-zlec-skier	0-1	Identyfikator zlecenia lub skierowania	do 20 znaków	Identyfikator zlecenia lub skierowania	Należy podać, jeśli występuje
		data-zlec-skier	1	Data zlecenia	data	Data zlecenia.	
		nazwa-podmiotu	0-1	Pełna nazwa innego podmiotu	do 30 znaków	Pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych	
4	zlec-transportu		0-1	Dane dodatkowe dla zleceń związanych z transportem			
		stp-niespr	0-1	Stopień niesprawności	2 znaki	Stopień niesprawności zgodnie z tabelą nr 2 załącznika nr 4	*
		kod-rodz-tran	1	Kod rodzaju transportu	4 cyfry	zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określony w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej	*
		doplata	0-1	Dopłata poniesiona przez osobę	liczba (5,2)		
		kod-celu	1	Kod celu przewozu	2 znaki	Kod celu przewozu	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia*

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
4	kom-org-zlec		0-1	Komórka organizacyjna zlecająca		Dane komórki zlecającej	Niepodawany w przypadku udzielania świadczeń na podstawie orzeczeń sądowych bądź zleceń wystawionych przez lekarzy niebędących lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego - art. 58 ustawy
		regon	1	Pierwsze 9 cyfr REGON	9 cyfr	pierwsze 9 cyfr numeru REGON świadczeniodawcy udzielającego świadczenia	*
		kom-nr	1	VII część kodu resortowego	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej w ramach świadczeniodawcy	Podawany, jeżeli został nadany, w przeciwnym wypadku przyjmuje wartość „000”*
		nr-id-teryt-zlec	1	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT dla jednostki zlecającej	7 cyfr	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT dla jednostki zlecającej	*
4	personel-zlec		0-1	Personel zlecający		Personel zlecający	Niepodawany w przypadku udzielania świadczeń na podstawie orzeczeń sądowych
		id-rodz	1	Rodzaj numeru identyfikacyjnego	do 2 znaków	Rodzaj numeru identyfikacyjnego osoby personelu – numeru prawa wykonywania zawodu: 11 - lekarza 12 - dentysty 5 - felczera	*
		id-nr	1	Nr identyfikacyjny	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	Dla lekarza i lekarza dentysty 7 znaków
3	kol-oczek		0-1	Dane o kolejce, o ile pacjent był umieszczony w kolejce na udzielenie świadczenia			

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		data-wpisu	1	Data wpisu	data	Data wpisu na listę oczekujących	
3	dane-lecz-szpital		0-1	Dane związane z udzielaniem świadczenia na oddziale szpitalnym			
4	ksiega		1	Księga główna		Dane księgi głównej	
		rok	1	Rok księgi	4 cyfry	Rok księgi	
		nr	1	Nr księgi	8 znaków	Numer księgi	
		poz	1	Nr w księdze	8 cyfr	Numer pozycji w księdze	
4	przyczyna		1	Przyczyna		Dane o przyczynach	
		glowna	1	Kod przyczyny głównej	5 znaków	Kod przyczyny głównej	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych *
		wsp1	0-1	Kod przyczyny współistniejącej pierwszej	5 znaków	Rozpoznanie współistniejące	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych *
		wsp2	0-1	Kod przyczyny współistniejącej drugiej	5 znaków	Rozpoznanie współistniejące	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych*
		wsp3	0-1	Kod przyczyny współistniejącej trzeciej	5 znaków	Rozpoznanie współistniejące	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych*
4	przyjecie		1	Przyjęcie		Dane o przyjęciu	
		tryb	1	Tryb przyjęcia	cyfra	Tryb przyjęcia	Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia *
		data-wyk-przeszczepu	0-1	Data wykonania przeszczepu	data	Data wykonania przeszczepu	
		data	1	Data przyjęcia	data	Data przyjęcia	
4	wypis		0-1	Wypis		Dane wypisu	
		tryb	1	Tryb wypisu	cyfra	Tryb wypisu	Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia *
		data-wyp	1	Data wypisu	data	Data wypisu	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
5	przyczyny-zgonu		0-1				Tylko jeśli przyczyną wypisu był zgon
		bezposrednia	0-1	Przyczyna bezpośrednia	5 znaków	Kod bezpośredniej przyczyny zgonu	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych *
3	dane-swiadcz-jedn		1-n	Świadczenie jednostowe		Dane o świadczeniu jednostkowym	
		id-swiadcz-jedn	0-1	Identyfikator świadczenia jednostkowego	liczba (3, 0)	Identyfikator świadczenia jednostkowego	Wymagany w przypadku przekazywania danych do NFZ. Jest to id
		data-pocz	1	Data początku	data	Data początku realizacji świadczenia jednostkowego	Dla transportu – data transportu
		data-konc	0-1	Data końca	data	Data końca realizacji świadczenia jednostkowego	
4	kom-org-real		1	Komórka organizacyjna udzielająca świadczenia		Komórka organizacyjna udzielająca świadczenia	
		regon	1	Pierwsze 9 cyfr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON świadczeniodawcy udzielającego świadczenia	Lub numer księgi rejestrowej *
		kom-nr	1	VII część kodu resort	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej	Gdy objęty przez RZOZ. Gdy nieokreślony, podawana wartość [000]*
		nr-id-teryt-real	1	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT	7 cyfr	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT	*
		id-kom-Według-platnika	0-1	Identyfikator komórki organizacyjnej w której udzielono świadczenie	do 12 cyfr	Identyfikator komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia, w bazie danych płatnika	Wymagany w przypadku przekazywania danych do NFZ
4	personel-real		0-1	Personel realizujący		Personel realizujący	
		kod-zaw-med	1	Kod zawodu medycznego	do dwóch znaków	Kod zawodu medycznego	Zgodnie z tabelą nr 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia*

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		id-nr	1	Nr identyfikacyjny	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	Dla lekarza, lekarza dentysty, felczera, pielęgniarki lub położnej numer prawa wykonywania zawodu, w przypadku innych zawodów medycznych nr PESEL
4	przyczyna-amb		0-1	Przyczyna udzielenia świadczenia – tryb niestacjonarny		Dane o przyczynach	Obligatoryjne dla świadczeń udzielanych w trybie „A”
		glowna	1	Przyczyna główna	3 znaki	Przyczyna główna według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych	3 pierwsze znaki *
4	procedura		0-n	Procedura medyczna			
		id-proc	0-1	Identyfikator wykonania procedury	Liczba (3, 0)	Unikalny identyfikator liczbowy wykonania procedury w ramach danych jednostkowych	Dana techniczna potrzebna do funkcjonowania systemów NFZ
		data-wyk-przeszczepu	0-1	Data wykonania przeszczepu	data	Data wykonania przeszczepu	
		kod-proc	1	Kod procedury	do 7 znaków	Kod wykonanej procedury medycznej	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD9 CM *
4	dane-rozlicz		1	Dane dodatkowe płatnika wymagane do rozliczeń		Budowa elementu wynika z definicji komunikatu szczegółowego płatnika utworzonego w oparciu o umowy pomiędzy świadczeniodawcami i płatnikami	

Przykładowa struktura elementu **komunikat** i elementów podrzędnych

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
0	komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		typ	1	Typ komunikatu	3 duże litery	Typ komunikatu	Ciąg znaków – „SWK” (świadczenia finansowane ze środków publicznych)
		wersja	1	Nr wersji	do 8 znaków	Numer wersji komunikatu	
		id-platnika	1	Identyfikator płatnika	2 znaki	Identyfikator płatnika, tj. podmiotu lub jego jednostki organizacyjnej, który jest zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych	Identyfikator zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia*
		id-swd	1	Identyfikator świadczeniodawcy	do 24 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy – formalnego nadawcy komunikatu - przydzielony przez płatnika	Nadawanie identyfikatora według wewnętrznych procedur płatnika
		id-inst	1	Identyfikator instalacji	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy, z którego wygenerowano komunikat	Unikalny w ramach świadczeniodawcy
		nr-gen	1	Nr generacji	liczba (8,0)	Nr kolejnej generacji komunikatu w ramach danej instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Podany numer służy wyłącznie aplikacji wczytującej komunikat do zablokowania ponownego importu komunikatu o tym samym nr-gen w ramach danej instalacji
		data-gen	1	Data + czas generacji danych do komunikatu	data + czas	Data + czas generacji danych do komunikatu	
1	nadawca		0-1	Nadawca komunikatu		Rzeczywisty nadawca komunikatu	Występuje gdy świadczeniodawca powierzył obsługę procesu przekazywania danych podmiotowi trzeciemu
		nazwa	1	Nazwa	do 120 znaków	Nazwa	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		telefon	1	Telefon kontaktowy	do 20 znaków	Telefon kontaktowy	
		email	0-1	Email kontaktowy	do 40 znaków	Email kontaktowy	
1	system		1	System informatyczny		System informatyczny, w którym wygenerowano komunikat	
		nazwa	1	Nazwa	do 20 znaków	Nazwa systemu (aplikacji)	
		wersja	1	Wersja	do 20 znaków	Wersja systemu	
		producent	0-1	Producent	do 120 znaków	Producent oprogramowania systemu	
		adres	1	Adres producenta	do 40 znaków	Adres internetowy producenta	
1	sprawozdanie		0-1	Okresowe sprawozdanie z realizacji umowy			Formalna podstawa przekazania danych o świadczeniach – umowa; okres sprawozdawczy
		id-umowy	1	Identyfikator umowy	do 24 znaków	Identyfikator umowy zawartej między świadczeniodawcą a płatnikiem	Identyfikatory umów nadawane Według reguł i procedur określanych przez płatnika
		okres-rok	1	Rok	4 cyfry	Rok	
		okres-typ	1	Typ okresu	1 duża litera	Typ okresu sprawozdawczego	W rozporządzeniu wskazano jeden typ - miesiąc kalendarzowy, dla którego przyjęto oznaczenie - „M”*
		okres-nr	1	Nr okresu w roku	do 2 cyfr	Nr okresu danego typu w roku	Dla typu okresu „M” – miesiąc liczba z przedziału 1 do 12

* Po ogłoszeniu rejestracji kodu na stronie WWW utworzonej w wyniku wdrożenia normy EN1068 pozycja będzie poprzedzona 6-znakowym identyfikatorem i 3-znakowym identyfikatorem wersji. Szczegółowy opis tych pozycji znajduje się w tekście normy EN1068.

USTALENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE BUDOWY KOMUNIKATÓW XML

Założenie budowy komunikatów:

Format daty – YYYY-MM-DD
Format daty + czas - YYYY-MM-DDThh:mm:ss
Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki
Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8

Komunikat XML zwrotny do komunikatu o świadczeniach opieki zdrowotnej wykonanych przez świadczeniodawcę ramach: przekazywany przez NFZ do świadczeniodawcy

Poziom	Znaczniki		Krotność	Format [wartość domyślna]	Opis elementu lub atrybutu	Ograniczenia i inne zależności
	Elementy	Atrybuty				
0	komunikat		1		Element główny komunikatu	
		typ	1	3 duże liter	Typ komunikatu	„RZS" – Raport zwrotny
		wersja	1	8 znaków	Numer wersji komunikatu	Określany przez płatnika
		platnik	1	2 znaki	Kody jednostki organizacyjnej płatnika (np. dla OW NFZ - kod OW NFZ)	Nadawca komunikatu *
		kod-swd	1	Do 24 znaków	Stosowany do identyfikacji świadczeniodawców kod nadany przez płatnika	Wartości atrybutów kod-swd, id-inst oraz nr-gen jednoznacznie wskazują komunikat, dla którego generowany jest bieżący komunikat
		id-inst	1	Do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy	
		nr-gen	0-1	Liczba(8,0)	Nr generacji komunikatu z danej instalacji systemu zewnętrznego, dla której przygotowywany jest bieżący komunikat zwrotny	Jeżeli nie występuje informacja zwrotna, dotyczy całego wskazanego okresu sprawozdawczego dla umowy pomiędzy świadczeniodawcą i płatnikiem
		czas-gen	1	Data + czas	Data i czas generacji komunikatu „RRRR-MM-DDTGG:MM:SS" (T – litera) Powyższy format należy stosować we wszystkich polach typu data+czas	

		data_odbioru	1	Data	Data odbioru komunikatu sprawozdawczego przez płatnika	
1	problem-kom		0-n		Problemy dotyczące całego komunikatu	
		kod	1	7 cyfr	Kod problemu	
		opis	1	ciąg do 250 znaków	Opis problemu	
1	raport-swd		1		Dodatkowe dane raportu, do którego generowany jest podany komunikat zwrotny	
		nr-umowy	1	Do 24 znaków	Nr umowy	Nr umowy nadany przez płatnika. Jeżeli nr-gen różny od 0, to atrybut przyjmuje wartość zgodną z atrybutem o identycznej nazwie w komunikacie źródłowym
		okres-rok	1	Rok okresu	4 cyfry	Rok w formacie RRRR. Jeżeli nr-gen różny od 0, to atrybut przyjmuje wartość zgodną z atrybutem o identycznej nazwie w komunikacie źródłowym
		okres-typ	1	Typ okresu	1 duża litera	Typ okresu: M – miesiąc Jeżeli nr-gen różny od 0, to atrybut przyjmuje wartość zgodną z atrybutem o identycznej nazwie w komunikacie źródłowym *

		okres-nr	1	Nr okresu	Liczba (2,0)	Numer okresu w roku. Jeżeli nr-gen różny od 0, to atrybut przyjmuje wartość zgodną z atrybutem o identycznej nazwie w komunikacie źródłowym
		status	1	1 cyfra	Status odpowiedzi - 0 brak błędów związanych z komunikatem - 1 wystąpiły błędy w danych związanych z komunikatem	*
1	dane-zwrotne		1		Dane zwrotne do przekazanych danych przez świadczeniodawcę informacji	Budowa elementu wynika z definicji komunikatu szczegółowego płatnika
		wersja	1	Nr wersji	do 8 znaków	Wersja struktury elementów zagnieżdżonych w elemencie dane-zwrotne definiowana przez
		kod-dla-rozliczeniowych	1	7 cyfr	Kod problemu	
2	Element określony przez płatnika w wersji wskazanej przez wartość atrybutu wersja elementu dane-rozlicz					

* Po ogłoszeniu rejestracji kodu na stronie WWW utworzonej w wyniku wdrożenia normy EN1068 pozycja będzie poprzedzona 6-znakowym identyfikatorem i 3-znakowym identyfikatorem wersji. Szczegółowy opis tych pozycji znajduje się w tekście normy EN1068.

Struktura komunikatu - POZ

Założenie techniczne do budowy komunikatów:

Format daty – RRRR-MM-DD
Format daty + czas - RRRR-MM-DDThh:mm:ss
Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki
Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8

Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
0	komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	W komunikacie ujmowane są świadczenia finansowane ze środków publicznych
		typ-kom	1	Typ komunikatu	4 znaki	Typ komunikatu:	Przyjmuje wartość „POZD”
		wersja	1	Nr wersji	3 znaki	Numer wersji komunikatu	Przyjmuje wartość „1.0”
		platnik	1	Kod odbiorcy komunikatu	2 znaki	Kod - odbiorcy komunikatu	Według załącznika nr 5
		kod-swd	1	Kod nadawcy komunikatu	do 24 znaków	Kod nadany świadczeniodawcy przez system informatyczny płatnika	
		okres-rok	1	Rok	4 cyfry	Rok w formacie RRRR	Razem z polami okres-typ, okres-nr określa okres sprawozdawczy
		okres-typ	1	Typ	1 duża litera	Typ okresu: M - miesiąc	Obecnie zawsze „M”
		okres-nr	1	Nr okresu	2 cyfry	Numer okresu w roku	Dla Typu okresu = „M”- liczba 1..12
		id-inst	1	Identyfikator instalacji	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		nr-gen	1	Nr generacji	liczba (3,0)	Nr kolejnej generacji komunikatu w ramach okresu z danej instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy. Podany numer służy wyłącznie aplikacji wczytującej komunikat do zablokowania ponownego importu komunikatu o tym samym nr-gen w ramach danej instalacji	
		data-gen	1	Data + czas generacji danych do komunikatu	data + czas	Data + czas generacji danych do komunikatu	
		data-od	1	Data początku	data	Data początku okresu, za który przesyłane są świadczenia. Data początkowa musi zawierać się w okresie sprawozdawczym	
		data-do	1	Data końca	data	Data końca okresu, za który przesyłane są świadczenia. Data końcowa musi zawierać się w okresie sprawozdawczym	
1	personel		1-n	Personel			
		id-nr	1	Nr identyfikacyjny	do 20 znaków	Numer identyfikacyjny odpowiedni dla rodzaju numeru identyfikacyjnego	Dla id-rodz = „L” - należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu według obowiązującego standardu - 7 cyfr
		nr-mod	1	Nr modyfikacji	do 4 cyfr	Kolejny numer modyfikacji danych	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		oper-typ	1	Operacja	1 duża litera	Rodzaj operacji: M - dopisanie lub modyfikacja danych U - usunięcie	
		oper-data	1	Data operacji	data	Data operacji na danych	Data dopisania lub wykonania ostatniej modyfikacji danych
2	dane-swiadcz		0-1	Dane o świadczeniach			
3	piel-polozna-poz		0-1	Pielęgniarka lub położna POZ			
		swd-piel-pol-poz	1	Świadczenia dane zbiorcze	do 5 cyfr	Świadczenia dane zbiorcze	
		pesel-piel	1	Numer PESEL pielęgniarki położnej	11 znaków	Numer PESEL pielęgniarki położnej	*
		umowa-plat-piel	1	Identyfikator umowy z płatnikiem dla pielęgniarki	do 20 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem dla pielęgniarki	
		npwz-piel-pol	1	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki położnej	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki położnej	
3	p-srodszkol		0-1	Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania			
		npwz-piel-srod-szkol	1	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w środowisku nauczania	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w środowisku nauczania	
		pesel-piel-srod	1	Numer PESEL pielęgniarki w środowisku nauczania	11 znaków	Numer PESEL pielęgniarki w środowisku nauczania	*

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		umowa-plat-piel-srod	1	Identyfikator umowy z płatnikiem dla pielęgniarki w środowisku nauczania	do 20 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem dla pielęgniarki w środowisku nauczania	
		liczb-fluor	0-1	Liczba uczniów objętych profilaktyką fluorkową	do 5 cyfr	Liczba uczniów objętych profilaktyką fluorkową	
		og-liczba-swd	0-1	Ogólna liczba świadczeń	do 5 cyfr	Ogólna liczba świadczeń	
4	badania-gr-wiek		1-14	Badania w grupach wiekowych		Badania w grupach wiekowych	
		licz-swd-bil	0-1	Liczba świadczeń do badań bilansowych	do 5 cyfr	Liczba wykonanych świadczeń do badań bilansowych	
		licz-sz-ochr	0-1	Liczba szczepień ochronnych	do 5 cyfr	Liczba szczepień ochronnych wykonanych po kwalifikacji lekarskiej w gabinetach profilaktyki w szkole	
3	lek-poz		0-1				
		badanie	0-1	badanie	do 5 cyfr	Liczba wykonanych badań	badania wskazane w załączniku nr 6 do rozporządzenia

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		inna-jednostka	0-1	Dane zbiorcze przedstawiające liczbę wykonanych świadczeń	do 5 cyfr	Dane zbiorcze przedstawiające liczbę wykonanych świadczeń	
		pesel-lekarz	1	Nr PESEL lekarza	11 znaków	Nr PESEL lekarza	*
		npwz-lekarz	1	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	7 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	
		umowa-lekarz	1	Umowa z lekarzem	do 20 znaków	Umowa płatnika z lekarzem	
4	porada		1-n	Porady		Porady	
		pesel-pacjenta	1	PESEL pacjenta	11 znaków	PESEL pacjenta	
		kod-swiad	1	Kod świadczenia	do 16 znaków	Kod świadczenia	Według załącznika nr 1 do rozporządzenia *
4	bad-bil		1-14	Badanie bilansu zdrowia		Dane zbiorcze	
		wykon-badan-bilansowe	0-1	Liczba wykonanych badań bilansowych	do 4 cyfr	Liczba wykonanych badań bilansowych	
3	transport		0-1				

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		c1	0-1	Liczba wykonanych przewozów dla C1	do 4 cyfr	liczba wykonanych przewozów dla celu konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia	cele według tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		c2	0-1	Liczba wykonanych przewozów dla C2	do 4 cyfr	liczba wykonanych przewozów związanych z potrzebą zachowania ciągłości leczenia	cele według tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		c3	0-1	Liczba wykonanych przewozów dla C3	do 4 cyfr	liczba wykonanych przewozów przy dysfunkcji narządu ruchu	cele według tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		c4	0-1	Liczba wykonanych przewozów dla C4	do 4 cyfr	liczba wykonanych przewozów dla celów innych	cele według tabeli nr 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia

USTALENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE BUDOWY KOMUNIKATÓW XML

Założenie budowy komunikatów:

Format daty – YYYY-MM-DD
Format daty + czas - YYYY-MM-DDThh:mm:ss
Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki
Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8

DEKLARACJE WYBORU (TZW. LISTY POZ)- W komunikacie przekazywane są informacje o deklaracjach wyboru przedstawianych przez świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ do rozliczenia w ramach danego okresu sprawozdawczego. Lista deklaracji wyboru przekazywana jest zgodnie z obowiązującą umową (lista pełna/przyrostowa)

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	Atrybuty					
0	komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		typ	1	Typ komunikatu	3 duże litery	Typ komunikatu	Ciąg znaków – „POZ” (Lista POZ)
		wersja	1	Nr wersji	do 8 znaków	Numer wersji komunikatu	
		id-platnika	1	Identyfikator płatnika	2 znaki	Identyfikator płatnika, tj. podmiotu lub jego jednostki organizacyjnej, który jest zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych	Identyfikator zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia*
		id-swd	1	Identyfikator świadczeniodawcy	do 24 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy – formalnego nadawcy komunikatu – przydzielony przez płatnika	Nadawanie identyfikatora według wewnętrznych procedur płatnika

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		id-inst	1	Identyfikator instalacji	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy, z którego wygenerowano komunikat	Unikalny w ramach świadczeniodawcy
		nr-gen	1	Nr generacji	liczba (8,0)	Nr kolejnej generacji komunikatu w ramach danej instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Podany numer służy wyłącznie aplikacji wczytującej komunikat do zablokowania ponownego importu komunikatu o tym samym nr-gen w ramach danej instalacji
		data-gen	1	Data + czas generacji danych do komunikatu	data + czas	Data + czas generacji danych do komunikatu	
1	lista-poz		0-1	Lista POZ - nagłówek			
		nr-umowy	1	Numer umowy	do 24 znaków	Nr umowy POZ według OW NFZ	
		okres-rok	1	Rok	4 cyfry	Rok sprawozdawczy w formacie RRRR	
		okres-typ	1	Typ	1 duża litera	Typ okresu sprawozdawczego: M - miesiąc	Obecnie zawsze „M” *
		okres-nr	1	Nr okresu	2 cyfry	Numer okresu sprawozdawczego w roku	Dla Typu okresu = „m”- liczba 1..12
		typ-listy	1	Typ listy	1 duża litera	P- lista pełna świadczeniodawcy R – przyrostowa	Typ przekazywanych list wynika z zapisów w umowie zawartej pomiędzy OW NFZ i świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
1	deklaracja		1-n	Deklaracje		Dane deklaracji	
		id-dekl	1	Identyfikator deklaracji	liczba (10,0)	Jednoznaczny identyfikator deklaracji w ramach instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Unikalny Id deklaracji w ramach wszystkich deklaracji zarejestrowanych w danej instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy identyfikowanej przez id-inst
		nr-mod	1	Numer modyfikacji	liczba (4,0)	Kolejny numer modyfikacji danych deklaracji o danym id-dekl w danej instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	
		operacja	1	Operacja	1 duża litera	M - dopisanie lub modyfikacja danych U - usunięcie danych	Dla list pełnych zawsze „M”
2	dane-deklaracji		0-1	Dane deklaracji		Szczegółowe dane deklaracji. Nieprzekazywane w przypadku operacji usunięcia	
		kod_typu	1	Kod typu deklaracji	1 duża litera	L - deklaracja do lekarza S - deklaracja z zakresu medycyny szkolnej P - deklaracja do pielęgniarki O - deklaracja do położnej	
		zdarz-rodz	1	Rodzaj zdarzenia	1 duża litera	Rodzaj zdarzenia: Z - złożenie deklaracji (dokonanie wyboru) W - wycofanie deklaracji (rezygnacja z opieki)	Dla list pełnych zawsze „Z”. Przekazywanie zdarzeń „W” w listach pełnych traktowane jest jako błąd
		data-wycofania	0-1	Data rezygnacji z opieki	data	Data rezygnacji z opieki	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		stud-uczeń	1	Student/uczeń	1 duża litera	N - nie dotyczy U - deklaracja dotyczy miejsca nauki (uczeń) S - deklaracja dotyczy miejsca nauki (student) Z - deklaracja dotyczy miejsca zamieszkania	
3	personel		1	Osoba personelu, do której składana jest deklaracja		Osoba personelu, do której składana jest deklaracja	
		npwz	1	Nr prawa wykonywania zawodu	do 20 znaków	Nr prawa wykonywania zawodu	Nr prawa wykonywania zawodu dotyczy osób personelu o charakterze pracy odpowiadającemu typowi deklaracji. Dla typu deklaracji dotyczącej lekarza rodzinnego należy podać pełny numer prawa
		pesel	1	Numer PESEL	11 znaków	Numer PESEL lekarza, pielęgniarki, położnej	*
3	pacjent		1	Pacjent		Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja	
		osoba	1	Osoba	1 duża litera	W szczególnych przypadkach – noworodki i dzieci bez nadanego nr PESEL – zamiast pacjenta identyfikuje się opiekuna P – pacjent O – opiekun	
		rodz-ident	1	Kod rodzaju identyfikatora osoby	do 3 znaków	kod rodzaju identyfikatora	Zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		identyfikator	1	Numer identyfikacyjny	do 20 znaków	Nr identyfikacyjny	Jeśli PESEL, to 11 znaków
		imie	1	Imię	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	Drugie imię	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	Nazwisko	do 40 znaków	Nazwisko	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		nazwisko2	0-1	Drugi człon nazwiska	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
		nazwisko-rodowe	0-1	Nazwisko rodowe	do 40 znaków	Nazwisko rodowe	
		data-urodz	1	Data urodzenia	data	Data urodzenia	
		plec	1	Płeć	1 cyfra	Dane statystyczne o pacjencie - płeć: 0 -płeć nieokreślona 1 -mężczyzna 2 - kobieta 9 – nieznana	*
3	adres-pac		1	Adres pacjenta		Adres w kraju	
		kod-poczt	0-1	Kod pocztowy	5 cyfr	Kod pocztowy	
		miejscowosc	0-1	Miejscowość	do 56 znaków	Miejscowość	
		ulica	0-1	Ulica	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	0-1	Nr domu	do 8 znaków	Nr domu	
		nr-lokalu	0-1	Nr lokalu	do 8 znaków	Nr lokalu	
		kraj	1	Kraj zamieszkania	2 litery	Kraj zamieszkania	Według ISO 3166-1-alpha- 2 *
		nfz-student	0-1	Oddział NFZ właściwego według miejsca nauki lub studiów	do 2 cyfr	Oddział NFZ właściwego według miejsca nauki lub studiów	
		oddz-nfz	1	Oddział NFZ	do 2 cyfr	Oddział NFZ pacjenta/opiekuna według adresu zamieszkania	Kod zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia. W sytuacji gdy nie można ustalić kodu OW NFZ należy podać kod Oddziału Wojewódzkiego według siedziby świadczeniodawcy*

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
3	medycyna-szkolna		0-1	Dane dodatkowe dotyczące medycyny szkolnej			Obligatoryjne dla medycyny szkolnej
		kod-szkoly	1	Kod szkoły	14 cyfr	Kod szkoły	REGON 14 cyfrowy*
		rodzaj-szkoly	0-1	Rodzaj szkoły	2 cyfry	Rodzaj placówki szkolnej	Pole informacyjne, opisujące rodzaj placówki szkolnej
		klasa	1	Klasa	do 2 znaków	Oznaczenie klasy	
3	czynniki-stawki		1	Kod współczynnika korygującego			
		typ-ucznia	0-1	Typ ucznia	1 duża litera	Według słownika opracowywanego w każdym roku kontraktowym przez płatnika	Obligatoryjne dla medycyny szkolnej. B - Kapitacja w opiece pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania - typ szkoły I C - Kapitacja w opiece pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania - typ szkoły II D - Kapitacja w opiece pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania - typ szkoły IIIA E - Kapitacja w opiece pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania - typ szkoły IIIB F - Kapitacja w opiece pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania - typ szkoły IIIC

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		DPS	0-1	Czy pacjent przebywa w DPS	1 duża litera	T – tak N – nie	T może wystąpić wyłącznie dla listy lekarskiej
		typ-podopiecznego	0-1	Typ podopiecznego	do 2 cyfr	Według słownika definiowanego przez płatnika	1 Podopieczny DPSMD 2 Podopieczny DPS 3 Podopieczny DMD 4 Podopieczny DPJ 5 Pacjent jest podopiecznym DSS - 6 Pacjent jest podopiecznym OSW 7 PO-MON - żołnierz służby zasadniczej MON 8 PO-MS - Funkcjonariusz w służbie kandydackiej (służba zasadnicza) MS 9 PO-MSWiA - Funkcjonariusz w służbie kandydackiej (służba zasadnicza) MSWiA 10 Pacjent jest podopiecznym Pogotowia Opiekuńczego
		zakres-swiadcz	0-1	Kod zakresu świadczeń w umowie POZ	14 znaków	Podawany w celu jednoznacznego określenia stawki kapitacyjnej	

* Po ogłoszeniu rejestracji kodu na stronie WWW utworzonej w wyniku wdrożenia normy EN1068 pozycja będzie poprzedzona 6-znakowym identyfikatorem i 3-znakowym identyfikatorem wersji. Szczegółowy opis tych pozycji znajduje się w tekście normy EN1068.

STRUKTURA KOMUNIKATU – ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Założenie techniczne do konstruowania komunikatu:

- **Format daty – YYYY-MM-DD**
- **Format daty + czas - YYYY-MM-DDThh:mm:ss**
- **Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki**
- **Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8**

Komunikat w sposób szczegółowy opisuje informacje wyszczególnione w treści rozporządzenia. Pozostałe informacje natury technicznej oraz rozliczeniowej definiowane są przez płatników w sposób nienaruszający poniższej struktury we wskazanych poniżej obszarach (szary kolor tła komórek tabeli)

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
0	komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		typ	1	Typ	Ciąg 3 znaków	Typ komunikatu ZSP – Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	Przyjmuje wartość „ZSP”
		wersja	1	Nr wersji	Do 8 znaków	Numer wersji komunikatu	
1	producent		0-1	Producent		Element zawierający informacje o producencie oprogramowania, które generuje komunikat	
		nazwa	1	Nazwa producenta	Do 20 znaków	Nazwa producenta i ewentualne inne dane kontaktowe	
		wersja	1	Wersja oprogramowania	Do 10 znaków	Wersja oprogramowania, które wygenerowało przesłany komunikat	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		e-adres	0-1	Adres elektroniczny	Do 40 znaków	Adres elektroniczny, na który można przekazywać informacje związane z problemami dotyczącymi komunikatu	
1	naglowek		1	Nagłówek dokumentu		Nagłówek dokumentu	
		oddz-nfz	1	Kod Oddziału NFZ, do którego przesyłany jest komunikat	Liczba z przedziału <01..16>	Kod Oddziału NFZ, do którego przesyłany jest komunikat	
		kod-real	1	Kod realizatora	Do 24 znaków	Kod realizatora nadany przez system SINFZ Oddziału NFZ	
		id-inst	0-1	Identyfikator instalacji	Do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu zewnętrznego	Pole konieczne do wypełnienia w przypadku uzgodnienia z oddziałem więcej niż jednego miejsca, z którego będą przychodziły dane. Domyślnie pole niewypełnione
		umowa	1	Nr umowy w systemie informatycznym Oddziału NFZ zawartej pomiędzy realizatorem i tym Oddziałem NFZ, do którego wysyłany jest komunikat	Do 24 znaków	Nr umowy w systemie informatycznym Oddziału NFZ zawartej pomiędzy realizatorem i tym Oddziałem NFZ, do którego wysyłany jest komunikat	
		okres-rok	1	Rok	4 cyfry	Rok w formacie RRRR	
		okres-typ	1	Typ	1 duża litera	Typ okresu M –miesiąc	Obecnie zawsze „M”*
		okres-nr	1	Nr okresu	2 cyfry	Numer okresu w roku. Liczba 1..12	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		nr-dokumentu	1	Numer dokumentu w ramach okresu sprawozdawczego	Do 4 cyfr	Jednoznaczny numer dokumentu w ramach okresu Numeracja dokumentów w ramach okresu rozpoczyna się od 1	Sprawozdanie podstawowe musi mieć inny numer niż jego korekta
		nr-przeslania	1	Nr kolejnego przesłania dokumentu o danym numerze	do 2 cyfr	Nr kolejny przesłania dokumentu o danym numerze	Jeżeli do NFZ zostanie wysłany dokument o tym samym numerze i wyższym numerze przesłania, to system NFZ powinien zastąpić wcześniejszy dokument bieżącym
		tryb-przesłania	1	Tryb	1 znak	Tryb przesłania komunikatu: S - sprawozdanie K - korekta	
		data-gen	1	Czas generacji pliku	Data+Czas	Czas generacji pliku	
1	swiadczenie		0-n	Świadczenie zaopatrzenia			
		kod-swiadcz	0-1	Kod świadczenia	do 16 znaków	Kod świadczenia odnoszący się do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia. Niepodawany w przypadku naprawy przedmiotu ortopedycznego. Podawany w przypadku wydawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych*
2	pacjent		1	Pacjent		Dane pacjenta	
		osoba	1	Osoba	1 duża litera	Osoba, której identyfikator został przypisany do danego świadczenia. W szczególnych przypadkach – noworodki i dzieci bez nadanego nr PESEL – zamiast pacjenta identyfikuje się opiekuna	P – pacjent O – opiekun

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		rodz-ident	1	Kod rodzaju identyfikatora osoby	do 3 znaków	Kod rodzaju identyfikatora osoby	Zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia
		identyfikator	1	Numer identyfikacyjny	do 20 znaków	Numer identyfikacyjny	Jeżeli PESEL, to 11 znaków
		kod-rodz-dok	1	Kod rodzaju dokumentu	1 znak	Kod rodzaju dokumentu	
3	dane-pers-pacj		1				
		imie	1	Imię	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	Drugie Imię	do 30 znaków	Drugie Imię	
		nazwisko	1	Nazwisko	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	Drugi człon nazwiska	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
		plec	0-1	Płeć	1 cyfra	Dane statystyczne o pacjencie - płeć: 0 -płeć nieokreślona 1 -mężczyzna 2 - kobieta 9 – nieznana	Wymagana w sytuacjach określonych w treści rozporządzenia. Zgodnie z ISO 5218 *
		data-urodz	1	Data urodzenia	data	Data urodzenia	
3	dod-upraw		0-1	Dane o dodatkowym uprawnieniu		Podawane w przypadku, gdy podstawą udzielenia było dodatkowe uprawnienie	
		kod-tytulu	1	Kod tytułu dodatkowego uprawnienia	do 7 znaków	Kod tytułu uprawnienia dodatkowego	Zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 4 do rozporządzenia. Podawany w przypadku, gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących pacjentowi *
		nazwa-dok-upraw	0-1	Nazwa dokumentu potwierdzającego	do 20 znaków	Nazwa dokumentu potwierdzającego dodatkowe	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		identyfikator-dok-upraw	0-1	Dane identyfikujące dokument	do 30 znaków	Dane identyfikujące dokument	
2	zlecenie		0-1	Zlecenie		Dane o zleceniu	Nie występuje w przypadku naprawy przedmiotu ortopedycznego. Podawane w przypadku wydawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
		nr-zlec	0-1	Identyfikator zlecenia	do 20 znaków	Identyfikator zlecenia	Należy podać, jeśli występuje
		data-zlec	1	Data zlecenia	data	Data zlecenia	
		rozpoznanie	1	Kod rodzaju schorzenia	3 znaki	Kod rodzaju schorzenia	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych *
3	kom-org-zlec		1	Komórka organizacyjna zlecająca		Dane komórki zlecającej	
		regon	1	Pierwsze 9 cyfr REGON	9 cyfr	pierwsze 9 cyfr numeru REGON świadczeniodawcy udzielającego świadczenia	*
		kom-nr	1	VII część kodu resortowego	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej w ramach świadczeniodawcy	Podawany, jeżeli został nadany, w przeciwnym wypadku przyjmuje wartość „000”*
		nr-id-teryt-zlec	1	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT dla jednostki zlecającej	7 cyfr	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT dla jednostki zlecającej	
3	personel-zlec		1	Personel zlecający		Personel zlecający	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		id-rodz	1	Rodzaj numeru identyfikacyjnego	do 2 cyfr	Rodzaj numeru identyfikacyjnego osoby personelu – numeru prawa wykonywania zawodu: 11 - lekarza 12 - dentysty 05 - felczera	
		id-nr	1	Nr prawa wykonywania zawodu	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
2	kom-org-real		1	Komórka organizacyjna udzielająca świadczenia		Komórka organizacyjna udzielająca świadczenia	
		regon	1	Pierwsze 9 cyfr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON świadczeniodawcy udzielającego świadczenia	*
		kom-nr	1	VII część kodu resort.	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej	Gdy objęty przez RZOZ. Gdy nieokreślony, podawana wartość [000]*
		nr-id-teryt-real	1	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT dla jednostki realizującej	7 cyfr	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT dla jednostki realizującej	
		id-kom-Według-platnika	1	Identyfikator komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia	do 12 cyfr	Identyfikator komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia w bazie danych płatnika	
2	dane-rozlicz		1	Dane rozliczeniowe			

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		zgoda-rodz	1	Rodzaj dokumentu, na podstawie którego wydawany jest przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy	1 znak	Z – Wniosek na zaopatrzenie potwierdzony do realizacji przez OW NFZ K - Karta zaopatrzenia wydana pacjentowi przez OW NFZ	
		zgoda -nr	1	Nr dokumentu, na podstawie którego wydawany jest przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy	do 17 znaków	Nr zlecenia lub karty nadany przez Oddział Wojewódzki NFZ	
		kod-srodka	1	Kod środka, naprawy przedmiotu	do 8 znaków	Kod środka, przedmiotu ortopedycznego na zleceniu albo kod naprawy przedmiotu ortopedycznego	*
		data-pocz	0-1	Data początku	data	Data przyjęcia zlecenia do realizacji	Niepodawane w przypadku naprawy przedmiotu ortopedycznego
		data-konc	1	Data końca	data	Data odbioru środka, przedmiotu ortopedycznego bądź data naprawy przedmiotu	
		ilosc-szt	1	Ilość wydanego środka	liczba	Liczba wydanych przedmiotów ortopedycznych lub środków ortopedycznych	W przypadku naprawy zawsze równe 1
		kwota-ref	1	Kwota refundacji NFZ	liczba (8,2)	Kwota refundacji NFZ	
		doplata-pac	1	Dopłata pacjenta	liczba (8,2)	Dopłata pacjenta	
2	uprawnienie		1	Uprawnienie			
		tytul-upraw	1	Kod tytułu uprawnienia	Do 3 znaków	Kod tytułu uprawnienia	Zgodnie z tabelą nr 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia *

* Po ogłoszeniu rejestracji kodu na stronie WWW utworzonej w wyniku wdrożenia normy EN1068 pozycja będzie poprzedzona 6-znakowym identyfikatorem i 3-znakowym identyfikatorem wersji. Szczegółowy opis tych pozycji znajduje się w tekście normy EN1068.

USTALENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE BUDOWY KOMUNIKATÓW XML

Założenie budowy komunikatów:
Format daty – YYYY-MM-DD
Format daty + czas - YYYY-MM-DDThh:mm:ss
Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki
Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8

LISTY OCZEKUJĄCYCH - komunikat przesyłany przez świadczeniodawców prowadzących listy oczekujących

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
0	komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		typ	1	Typ	4 znaki	Typ komunikatu	Przyjmuje wartość „KOCZ”
		wersja	1	Nr wersji komunikatu	8 znaków	Identyfikuje wersję formatu komunikatu	
		id-platnika	1	Identyfikator płatnika	do 2 znaków	Identyfikator płatnika, tj. podmiotu lub jego jednostki organizacyjnej, który jest zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych	Identyfikator zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia *
		id-swd	1	Identyfikator świadczeniodawcy	do 24 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy – formalnego nadawcy komunikatu - przydzielony przez płatnika	Nadawanie identyfikatora według wewnętrznych procedur płatnika

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		data-gen	1	Data + czas generacji	data i czas	Data i czas, kiedy plik został wygenerowany RRRR-MM-DD GG:MM:SS. Jest to data aktualności niniejszego dokumentu, który zbiorczo zawiera dane o dowolnej liczbie list oczekujących. Ta data określa moment wygenerowania dokumentu z systemu świadczeniodawcy	
1	lista		1-n	Lista oczekujących			
2	ident-listy	rodzaj-listy	1	Rodzaj listy	1 litera	**M**= lista dla świadczeń wysokospecjalistycznych kontraktowanych przez MZ, **W**= lista dla świadczeń wysokospecjalistycznych kontraktowanych przez NFZ, **S**= lista dla świadczeń udzielanych na oddziałach szpitalnych **A**= lista dla świadczeń specjalistycznych udzielanych nie na oddziale szpitalnym	
		id-kom-Według-platnika	0-1	Kod komorki świadczeniodawcy nadany przez podmiot finansujący	do 12 cyfr	Kod komórki świadczeniodawcy nadany przez podmiot finansujący	Wymagany dla NFZ
		regon	1	Pierwsze 9 cyfr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON świadczeniodawcy	*

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		kom-nr	1	VII część kodu resort	3 cyfry	Numer komórki organizacyjnej	Gdy objęty przez RZOZ. Gdy nieokreślony, podawana wartość [000]
		nr-id-teryt	1	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT	7 cyfr	Nr identyfikacyjny z rejestru TERYT	*
		kod-listy	0-1	kod świadczenia- w numerze listy	do 30 znaków		Tylko w przypadku listy dla świadczeń wysokospecjalistycznych oraz świadczeń udzielanych na oddziałach szpitalnych. Kod świadczenia ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń
2	inf-statyst		1				
		lb-oczek	1	Liczba osób oczekujących	liczba do 5 cyfr	Liczba osób oczekujących	
		data-oceny-kolejki	1	Data oceny kolejki	data	oceny kolejki	
3	sr-czas-oczek		2	Czas oczekiwania			
		kod-kategorii	1	Kod kategorii	1 cyfra	Kod kategorii	Kategoria wynika z kryterium medycznego określonego w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy. Kod kategorii ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem finansującym 1 – przypadek pilny 2 – przypadek stabilny

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		rzeczywisty	1	średni rzeczywisty czas oczekiwania według kategorii – przypadek pilny	liczba (4, 1)	Rzeczywisty średni czas oczekiwania w dniach	Rzeczywisty średni czas oczekiwania określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia
3	elem-kol		0-n	Dane dotyczące oczekujących			Dla rodzajów list „M” i „W”
		numer	1	numer na liście	liczba (8,0)	Numer zarejestrowania na liście	
		data-wpisu	1	data wpisu	data + czas	Data i godzina dokonania wpisu	
		wpis-imie	1	imię wpisującego	do 30 znaków	Imię dokonującego wpisu na listę lub zmieniającego wpis	
		wpis-nazwisko	1	nazwisko wpisującego	do 40 znaków	Nazwisko dokonującego wpisu na listę lub zmieniającego wpis	
		wpis-nazwisko2	0-1	nazwisko wpisującego 2 człon	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska dokonującego wpisu na listę	
		rozpoznanie	1	rozpoznanie	5 znaków	Rozpoznanie lub powód przyjęcia	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych *
		data-skreslenia	0-1	data skreślenia	data	Data skreślenia z listy oczekujących	
		data-rozp-wykon	0-1	data rozpoczęcia wykonania	data	Data rozpoczęcia wykonania świadczenia	
		kod-przycz-glow	0-1	kod przyczyny głównej	5 znaków	Kod przyczyny głównej	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		przyczyna-skreslenia	0-1	Przyczyna skreślenia z listy oczekujących	1 cyfra	Przyczyna skreślenia z listy oczekujących	Zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 4 do rozporządzenia *
3	procedura		0-n	Procedura medyczna			
		id-proc	0-1	Identyfikator wykonania procedury	Liczba (3, 0)	Unikalny identyfikator liczbowy wykonania procedury w ramach danych jednostkowych	Dana techniczna potrzebna do funkcjonowania systemów NFZ
		data-wyk-przeszczepu	0-1	Data wykonania przeszczepu	data	Data wykonania przeszczepu	
		kod-proc	1	Kod procedury	do 7 znaków	Kod wykonanej procedury medycznej	Według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD9 CM *
4	oczekujacy		1	Dane o oczekującym			
		osoba	1	Osoba	1 duża litera	Osoba, której identyfikator został przypisany do danego świadczenia	W szczególnych przypadkach – noworodki i dzieci bez nadanego nr PESEL – zamiast pacjenta identyfikuje się opiekuna P – pacjent O – opiekun
		rodz-ident	1	Kod rodzaju identyfikatora osoby	do 3 znaków	Kod rodzaju identyfikatora osoby	Zgodnie z tabelą nr 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia *
		identyfikator	1	Numer identyfikacyjny	do 20 znaków	Numer identyfikacyjny	Jeżeli PESEL, to 11 znaków
		nr-dz	0-1	kolejne dziecko	1 cyfra	kolejne dziecko	
5	dane-pers-pacj		1	Dane personalne oczekującego			
		imie	1	Imię	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	Drugie imię	do 30 znaków	Drugie imię	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		nazwisko	1	Nazwisko	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	Drugi człon nazwiska	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
5	adres-zamieszk		1	Adres zamieszkania		Adres zamieszkania	
		ulica	1	Ulica	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	0-1	Nr domu	do 8 znaków	Nr domu	
		nr-lokalu	0-1	Nr lokalu	do 8 znaków	Nr lokalu	
		kod-poczt	1	Kod pocztowy	5 cyfr	Kod pocztowy	
		miejscowosc	1	Miejscowość	do 56 znaków	Miejscowość	
		kraj	1	Kraj zamieszkania	2 litery	Kraj zamieszkania	Według ISO 3166-1-alpha- 2 *
5	adres-pobytu		0-1	Adres pobytu na terytorium RP		Adres pobytu	
		ulica-kraj	1	Ulica w Polsce	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu-kraj	0-1	Nr domu w Polsce	do 8 znaków	Nr domu	
		nr-lokalu-kraj	0-1	Nr lokalu w Polsce	do 8 znaków	Nr lokalu	
		kod-poczt-kraj	1	Kod pocztowy w Polsce	5 cyfr	Kod pocztowy	
		miejscowosc-kraj	1	Miejscowość w Polsce	do 56 znaków	Miejscowość	
		kraj-polska	1	Kraj zamieszkania	2 litery	Kraj zamieszkania	Według ISO 3166-1-alpha- 2 *
5	kontakt		1				
		telefon	0-1	numer telefonu	do 40 znaków	Telefon	Numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem
		inna-forma-kontaktu	0-1	Inna forma kontaktu	do 50 znaków	Inna forma kontaktu	
4	modyfikacja		1-n	Wpisanie na listę lub zmiana terminu			Modyfikacja lub pierwszy zapis

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		nr-mod	1	numer modyfikacji	liczba (3,0)	Numer modyfikacji danych o osobie	1 gdy pierwszy zapis
		data-mod	1	data modyfikacji	data	Data zmiany	Data modyfikacji lub pierwszego zapisu
		nr-tygodnia	0-1	nr tygodnia w miesiącu planowanym	1 cyfra	Nr tygodnia w planowanym miesiącu przyjęcia	
		kod-kategorii	1	kod kategorii	do 3 znaków	Zastosowana kategoria, mająca wpływ na wyznaczony termin	Kategoria wynika z kryterium medycznego określonego w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy. Kody ustalone pomiędzy adresatem komunikatu i świadczeniodawcą
		uzasad-zmiany	0-1	uzasadnienie zmiany	do 40 znaków	Uzasadnienie zmiany kategorii	
		plan-data-swiadcz	1	planowana data świadczenia	data	Planowana data rozpoczęcia świadczenia	

* Po ogłoszeniu rejestracji kodu na stronie WWW utworzonej w wyniku wdrożenia normy EN1068 pozycja będzie poprzedzona 6-znakowym identyfikatorem i 3-znakowym identyfikatorem wersji. Szczegółowy opis tych pozycji pozycji znajduje się w tekście normy EN1068.

Załącznik nr 9

A) Procedury, dla których w okresie przejściowym świadczeniodawcy przekazują dane o średnim przewidywanym czasie oczekiwania oraz o łącznej liczbie osób oczekujących na te procedury

Klasyfikacja ICD 9		**Nazwa procedury wg ICD 9 CM**
Zakres	**kod**	
Zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	23.24	Leczenie aparatem ortodontycznym
	23.27	Leczenie protetyczne
Zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne – różne	87.03, -87.04, 87.41, 87.71, 88.01,88.02, 88.32, 88.38	Tomografia komputerowa
	88.72	Echokardiografia
	88.91 - 88.97	Rezonans magnetyczny
	92.093	Tomografia pozytronowa PET
Zabiegi w zakresie oka	12.5	Ułatwienie krążenia śródgałkowego (jaskra)
	13.1 - 13.9	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)
	14.7	Zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia)
Zabiegi w zakresie ucha	20.95 - 20.99	Wszczepienie elektromagnetycznego przyrządu słuchowego, protezy słuchowej
Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego	35	Zabiegi na zastawkach i przegrodach sercowych
	36.0	Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)
	36.1	Pomosty dla rewaskularyzacji serca
	37.8 - 37.9	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca i inne zabiegi
	39.8	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach innych niż wieńcowe
	88.55 - 88.57	Koronarografia
Zabiegi w zakresie układu trawiennego	51.24	Laparoskopowa cholecystektomia, laparoskopowa cholecystektomia laserowa
Zabiegi w zakresie układu moczowego	59.95	Kruszenie kamieni moczowych (ultradźwiękami)

Klasyfikacja ICD 9		Nazwa procedury wg ICD 9 CM
Zakres	**kod**	
Zabiegi w zakresie układu mięśnowo-szkieletowego	80.2	Artroskopia
	81.0 - 81.09	Zabiegi związane z operacjami kręgosłupa (usztywnienie, spondylodeza)
	81.51 - 81.52	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego
	81.53	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego
	81.55	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego
	81.55	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego

B) Wykaz programów terapeutycznych oraz świadczeń z zakresu chemioterapii, dla których w okresie przejściowym świadczeniodawcy przekazują dane o średnim przewidywanym czasie oczekiwania oraz łącznej liczbie osób oczekujących na leczenie

WYKAZ PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH I ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII

1. Leczenie raka piersi docetakselem
2. Leczenie raka piersi kapecytabiną
3. Leczenie raka piersi trastuzumabem
4. Leczenie raka jelita grubego irinotekanem
5. Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną
6. Leczenie glejaków mózgu temozolomidem
7. Leczenie raka jajnika topotecanem
8. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) imatinibem
9. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem
10. Leczenie chłoniaków złośliwych rytuksymabem
11. Leczenie raka jajnika paklitakselem
12. Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem
13. Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową
14. Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową
15. Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem
16. Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta
17. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem
18. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem
19. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem
20. Leczenie WZW typu C lub B interferonem alfa pegylowanym
21. Chemioterapia wykonywana w warunkach ambulatoryjnych
22. Chemioterapia wykonywana w warunkach stacjonarnych

WZÓR DOKUMENTU BĘDĄCEGO OPISEM RAMOWYM KOMUNIKATU STOSOWANEGO PRZY PRZEKAZYWANIU DANYCH O CZASIE OCZEKIWANIA W OKRESIE PRZEJŚCIOWYM

USTALENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE BUDOWY KOMUNIKATÓW XML

Założenie budowy komunikatów:
Format daty – RRRR-MM-DD
Format daty + czas - RRRR-MM-DDThh:mm:ss
Część całkowitą od części dziesiętnej w liczbach należy rozdzielać znakiem kropki
Wymagane jest jawne przekazanie standardu kodowania znaków. Dopuszczalny system kodowania to UTF-8

LISTY OCZEKUJĄCYCH – komunikat przejściowy na okres 18 m-cy przesyłany przez świadczeniodawców prowadzących listy oczekujących

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
0	komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		typ	1	typ	4 znaki	Typ komunikatu	Przyjmuje wartość „OCTY”
		wersja	1	Nr wersji komunikatu	3 znaki	Identyfikuje wersję formatu komunikatu	Przyjmuje wartość „1.1”
		kod-odb	1	kod odbiorcy komunikatu	do 5 znaków	Kod odbiorcy komunikatu	Zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia
		kod-swd	1	kod nadawcy	do 24 znaków	Kod świadczeniodawcy nadany przez odbiorcę	

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
		data-gen	1	data + czas generacji	data i czas	Data i czas, kiedy plik został wygenerowany RRRR-MM-DD GG:MM:SS. Jest to data aktualności niniejszego dokumentu, który zbiorczo zawiera dane o dowolnej liczbie list oczekujących. Ta data określa moment wygenerowania raportu z danymi w systemie świadczeniodawcy	
1	ident-swd		1	Identyfikator świadczeniodawcy			
		typ-ident	1	Typ identyfikatora	1 cyfra	Typ identyfikatora	1 – nr księgi rejestrowej 2 – pierwsze 9 cyfr numeru REGON (o ile nie nadano nr księgi rejestrowej)
		ident	1	Identyfikator	do 11 znaków	Identyfikator	
2	ident-kolejki		2	Identyfikator kolejki oczekujących			
		kod-tech-kom	0-1	Kod techniczny komórki	liczba (12, 0)	Kod techniczny komórki świadczeniodawcy nadany przez podmiot finansujący	Obowiązkowy dla NFZ
		nr-kom	1	VII część kodu resortowego	3 cyfry	VII część kodu resortowego komórki organizacyjnej	
		teryt-kom	1	Kod terytorialny	7 cyfr	Kod terytorialny według lokalizacji komórki organizacyjnej	
		kod-swiadczenia	0-1	Kod świadczenia	do 16 znaków	Kod świadczenia określony pomiędzy świadczeniodawcą i podmiotem finansującym świadczenia ze środków publicznych	Występuje obligatoryjnie, o ile kolejka dotyczy świadczenia będącego procedurą bądź programem terapeutycznym ujętym w załączniku nr 9 do rozporządzenia. Nie występuje dla innych świadczeń

Poziom	Znaczniki		Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	**Atrybuty**					
3	param-kolejki		2	Informacje szczegółowe dla danej kolejki i kategorii		Liczba oczekujących i średnie czasy oczekiwania określone dla danej kategorii przypadków i danej komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	Informacje szczegółowe - dla kryteriów medycznych, o których mowa w § 7 ust. 2 pkt 6 lit. b rozporządzenia
		kod-kategorii	1	Kategoria	Liczba(1,0)	Kod kategorii	Według słownika: 1 – przypadek stabilny 2 – przypadek pilny
		lb-oczek	1	Liczba osób oczekujących	liczba (5,0)	Liczba osób oczekujących – przypadki zaklasyfikowane do kategorii o kodzie określonym przez atrybut kod-kategorii	
		sr-rzecz-czas-oczek	1	Średni rzeczywisty czas oczekiwania wyrażony w dniach	liczba (6,2)	Średni rzeczywisty czas oczekiwania – przypadki zaklasyfikowane do kategorii o kodzie określonym przez atrybut kod-kategorii	Średni rzeczywisty czas oczekiwania określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia.
		sr-przewid-czas-oczek	1	Średni przewidywany czas oczekiwania wyrażony w dniach	liczba (6,2)	Średni przewidywany czas oczekiwania – przypadki zaklasyfikowane do kategorii o kodzie określonym przez atrybut kod-kategorii	Średni przewidywany czas oczekiwania określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia