

1073

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 9 sierpnia 2010 r.

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

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) przepustka — okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opieki zdrowotnej w trakcie stacjonarnego leczenia: psychiatrycznego, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowskiego lub rehabilitacji leczniczej, bez dokonywania z niego wypisu, po wyrażeniu zgody przez tego świadczeniobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez zakład opieki zdrowotnej, w którym świadczeniobiorca przebywa.”;

2) w § 3:

a) w ust. 1:

— pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki, chyba że obowiązek rejestrowania większej liczby znaków wynika z przepisów odrębnych lub z umowy, przy czym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kod przyczyny głównej podaje się wyłącznie w przypadkach określonych w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do książki chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania;”;

— pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, które tworzą pierwsze trzy znaki, chyba że obowiązek rejestrowania większej liczby znaków wynika z przepisów odrębnych lub z umowy;”;

— pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziesiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych — dodatkowo datę wykonania tej procedury;”;

— po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce — w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;”;

— po pkt 13 dodaje się pkt 13a w brzmieniu:

„13a) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.³⁾) lub

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 531 i Nr 107, poz. 679.

- w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm. 4));”
- pkt 14 otrzymuje brzmienie:
- „14) kod badania, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:
- podstawowej opieki zdrowotnej — dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
 - ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej — wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.”
- b) w ust. 2:
- pkt 2 otrzymuje brzmienie:
- „2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, rok dokonania wpisu i numer księgi głównej;”
- w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:
- „4) kod przyczyny głównej hospitalizacji — zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania; kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 5) kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.”
- c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratowniczy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informacje dotyczące:
- przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

- konieczności przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- numeru w księdze pogotowia ratunkowego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu, rok wpisu i numer tej księgi;
- daty, godziny i minut, w systemie 24-godzinnym:
 - powiadomienia o zdarzeniu,
 - przekazania dyspozycji (zlecenia) wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego,
 - wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - przybycia na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych,
 - przekazania opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego,
 - zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- numeru zespołu ratownictwa medycznego, nadanego przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- identyfikatora osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 11.”

d) w ust. 4 w pkt 3 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,”

e) w ust. 5 w pkt 4 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,”

f) w ust. 6 w pkt 3 uchyla się lit. c;

3) w § 4:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;”

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679.

- b) w pkt 3 w lit. d średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. e w brzmieniu:
„e) nazwa: gminy, powiatu i województwa;”;
- 4) w § 5 w ust. 2:
- a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) ubezpieczonych — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, pkt 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;”;
- b) pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy — dane, o których mowa w § 4 pkt 1–3, 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.”;
- 5) w § 6:
- a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o świadczeniach udzielonych świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;”;
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Świadczeniodawcy w odniesieniu do świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, którzy złożyli deklarację wyboru, przekazują, w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest:
- 1) porada — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 6;
- 2) bilans zdrowia, porada patronażowa, wizyta patronażowa lub szczepienie — dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.”;
- c) w ust. 3:
— wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Świadczeniodawca w odniesieniu do świadczeń innych niż wymienione w ust. 2 przekazuje dane zbiorcze według kodów świadczeń określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, w zakresie:”;
- pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej — liczbę wykonanych badań znajdujących się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;”;
- 6) w § 7 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz pkt 6 lit. a i c oraz pkt 7 lit. a, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest własny numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.”;
- 7) w § 8:
- a) w ust. 1:
— pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) identyfikator listy, na który składają się:
- a) identyfikator świadczeniodawcy — w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
- b) identyfikator świadczeniodawcy oraz kod świadczenia ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych — w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego oraz w przypadku, gdy z umowy lub z przepisów odrębnych wynika obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie procedury lub zakresu świadczeń;”;
- w pkt 4 lit. a otrzymuje brzmienie:
„a) o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 3 lit. a–d;”;
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących:
- 1) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,

2) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia — według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.”,

c) po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Świadczeniodawcy przekazują co miesiąc dane, o których mowa w ust. 2 i 3, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca.”;

8) w § 9:

a) w ust. 2 w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,”,

b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w ust. 2 — dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1—4 i 6, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL — identyfikator jednego z rodziców albo identyfikator opiekuna prawnego dziecka;”;

9) w § 11 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5—7 i § 9 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.”;

10) w załączniku nr 1 do rozporządzenia w tabeli nr 2 wyrazy „w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy” zastępuje się wyrazami „w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy”;

11) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) tabela nr 1 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej	
Nazwa zawodu	Kod
1	2
asystentka dentystyczna	1
diagnosta laboratoryjny	2
dietetyk	3
farmaceuta	4
felczer	5
fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
higienistka dentystyczna	7
higienistka szkolna	8
instruktor higieny	9
instruktor terapii uzależnień	33
specjalista psychoterapii uzależnień	34
lekarz	11
lekarz dentysta	12
logopeda	13
masażysta (technik masażysta)	14
opiekunka dziecięca	15
opiekun medyczny	32
optometrysta	16
ortoptystka	17
pielęgniarka	18
położna	19
protetyk słuchu	20
psychoterapeuta	21
ratownik medyczny	22
specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
technik analityki medycznej	24

1	2
technik dentystyczny	25
technik farmaceutyczny	26
technik elektroniki medycznej	27
technik elektroradiolog	28
technik optyk	29
technik ortopeda	30
terapeuta zajęciowy	31
psycholog	50

b) tabela nr 3 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 3. Kod informacji o sposobie zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa	
Wyszczególnienie	Kod
osoba, której udzielano świadczenia, została przyjęta przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć	1
osoba, której udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć	2
osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez jednostkę organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	3
osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez centrum urazowe	4
przekazanie opieki nad osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lotniczemu zespołowi ratownictwa medycznego	5
odstąpiono od medycznych czynności ratunkowych	6
inny niż wymieniony wyżej	7

c) uchyla się tabelę nr 5,

d) tabela nr 7 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 7. Identyfikator osoby, której udzielono świadczenia, oraz kod identyfikatora			
Lp.	Identyfikator	Kod	Wymagany
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 kordynacji, 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	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NN, gdzie XXXXX — kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR — rok	NN	w przypadku gdy osoba nie posiada żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1—5
7	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NW, gdzie XXXXX — kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR — rok	NW	w przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1—5 i nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z jego rodziców albo opiekuna prawnego

e) w tabeli nr 8 dodaje się wiersze 12–14 w brzmieniu:

12	osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ust. 5 ustawy	UC	Pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego
13	osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ust. 6 ustawy	CH	Pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego
14	osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń, zgodnie z art. 67 ust. 7 ustawy	EM	Pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego

f) tabela nr 9 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego			
Podstawa prawna lub dodatkowego uprawnienia	Rodzaj uprawnienia	Kategoria	Kod
1	2	3	4
art. 42 ust. 1 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawnieni żołnierze oraz pracownicy, także po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę	42MON
art. 42 ust. 2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjanci, funkcjonariusze Straży Granicznej, funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu, strażacy Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownicy tych służb, także po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę	42MSWiA
art. 47 ust. 1 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi	inwalidzi wojenni	47IB
		inwalidzi wojskowi	47IW
		cywilne niewidome ofiary działań wojennych	47CN
		osoby represjonowane	47OR
art. 47 ust. 2 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawnieni żołnierze oraz pracownicy	47MON
art. 31 ust. 3 ustawy	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentystry oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia	31D
		kobiety w ciąży albo w okresie połogu	31C
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik	24A
art. 47c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”	47CZ
		inwalidzi wojenni	47CIB
		inwalidzi wojskowi	47CIW
		kombatanci	47CK

1	2	3	4
	Świadczenia udzielane w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, inne niż udzielane na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy	kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu	C

g) dodaje się tabelę nr 11 w brzmieniu:

Tabela nr 11. Przypadki, w których gromadzona jest przyczyna główna udzielenia świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej			
Lp.	Wyszczególnienie		Rozpoznania według ICD10
1	Cukrzyca (E10-E14)		E10; E11; E14
2	Choroby układu krążenia	(I10—I15) Choroba nadciśnieniowa	I10; I11; I11.0; I11.9; I12; I12.0; I12.9; I13; I13.0; I13.1; I13.2; I13.9; I15
		(I20—I25) Choroba niedokrwienności serca	I20; I20.1; I20.8; I20.9; I25
		(I26—I28) Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego	I27; I27.1; I27.8; I27.9; I28
		(I30—I52) Inne choroby serca	I39.0; I39.1; I39.2; I39.3; I39.4; I42; I42.0; I42.2; I42.6; I42.8; I42.9; I43; I43.1; I43.2; I43.8; I48; I50; I50.0; I50.1; I50.9
		(I60—I69) Choroby naczyń mózgowych	I65; I65.0; I65.1; I65.2; I65.3; I65.8; I65.9; I66; I66.0; I66.1; I66.2; I66.3; I66.4; I66.8; I66.9; I67; I67.2; I67.3; I67.4; I67.5; I67.9; I69
		(I70—I79) Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych	I70; I70.0; I70.1; I70.2; I70.8; I70.9; I71; I71.2; I71.4; I71.6; I71.9; I72; I72.0; I72.1; I72.2; I72.3; I72.4; I72.8; I72.9; I73; I73.0; I73.1; I73.8; I73.9

12) uchyla się załącznik nr 6 do rozporządzenia;

13) załączniki nr 4, 7 i 8 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1, 2 i 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Dane wymagane rozporządzeniem, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozpo-

ządzeniem, są przekazywane przez świadczeniodawców po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń udzielonych w październiku 2010 r.

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

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 9 sierpnia 2010 r. (poz. 1073)

Załącznik nr 1

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia w ambulatoryjnej
opiece zdrowotnej

- 1) „2” — przyjęcie w trybie nagłym;
- 2) „3” — przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 3) „4” — przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 4) „5” — przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy.

KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU

osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1) „2” — przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) „3” — przyjęcie w trybie nagłym — inne przypadki;
- 3) „5” — przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) „6” — przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) „7” — przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” — zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” — skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” — skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” — skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie opieki stacjonarnej;
- 5) „6” — wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” — osoba leczona samowolnie opuściła zakład opieki stacjonarnej przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” — wypisanie na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 8) „9” — zgon pacjenta.

SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA

1. Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególną procedurę lub zakres świadczeń. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na poszczególną procedurę lub zakres świadczeń nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub zakres świadczeń będą wykonywane.
2. Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie:
 - T — średni czas oczekiwania,
 - D — łączna liczba dni oczekiwania, gdzie:
 - $D = d^1 + d^2 + \dots + d^n$, gdzie
 - d^n — liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,
 - L — łączna liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

1. **OBJAŚNIENIA**
 - 1.1. WPISY W KOLUMNIE "FORMAT"
 - 1.2. WPISY W KOLUMNIE "KROTNOŚĆ"
 - 1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH
2. **NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW**
3. **KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi**
4. **KOMUNIKAT ŚWIADCZEN AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**
 - 4.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH
 - 4.2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH
 - 4.2.1. Nagłówek komunikatu - elementy "komunikat" i "świadczentodawca"
 - 4.2.2. Elementy "zestaw-swiadczen" i "dane-zestawu"
 - 4.2.3. Element "pacjent"
 - 4.2.4. Element "zlecenie"
 - 4.2.5. Element "hospitalizacja"
 - 4.2.6. Element "swiadczenie"
 - 4.2.7. Element "kom-org"
 - 4.2.8. Element "personel-real"
 - 4.2.9. Element "przyczyna"
 - 4.2.10. Element "transport"
 - 4.2.11. Element "procedura"
 - 4.2.12. Element "ratownictwo"
5. **KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**
- 5.1. **KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**
- 5.2. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH
- 5.3. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- 5.4. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
6. **KOMUNIKAT DEKLARACJI POZ**
 - 6.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH
 - 6.2. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJACH POZ
 - 6.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJACH POZ
7. **KOMUNIKAT O PORADACH LEKARSKICH UDZIELONYCH W POZ**
8. **KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ**
 - 8.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ
 - 8.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ
9. **KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH**
 - 9.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH
 - 9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

1. OBJAŚNIENIA

1.1. WPISY W KOLUMNIE "FORMAT"

- data** - oznacza datę zapisaną w postaci RRRR-MM-DD
data + czas - oznacza datę łącznie z czasem zapisane w postaci RRRR-MM-DDTHH:MM:SS (gdzie T jest literą rozdzielającą datę od czasu)
rok - oznacza rok zapisany w postaci RRRR
miesiąc - oznacza miesiąc kalendarzowy zapisany w postaci MM
rok + miesiąc - oznacza miesiąc roku zapisany w postaci RRRR-MM

liczba (m,n) - oznacza liczbę o maksymalnie m cyfrach znaczących, w tym n cyfr w części ułamkowej, oddzielonej znakiem kropki [wart. dom.] - oznacza tzw. wartość domyślną, jeżeli dany atrybut nie wystąpi w konkretnym komunikacie, to przyjmuje się, że jego wartość jest taka, jak określono w specyfikacji struktury komunikatu.

1.2. WPISY W KOLUMNIE "KROTNOŚĆ"

1z - oznacza, że w konkretnym komunikacie może wystąpić tylko jeden z atrybutów lub elementów na tym samym poziomie hierarchii w ramach elementu bezpośredniego nadrzędnego, które oznaczono symbolem "1z";

0z - oznacza warunek, który spełniają elementy i atrybuty zgodnie z oznaczeniem "1z" lub że może nie wystąpić żaden z nich.

1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

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

0 - płeć nieokreślona

1 - mężczyzna

2 - kobieta

9 - nieznaną

2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat	xmins	1	stała wartość	Główny element komunikatu	
			1		Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnie) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwanym dalej „rozporządzeniem”, jest to stała wartość: „www.csioz.gov.pl/xml/swid-platnik/”.
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	Typ komunikatu określa rodzaj informacji przekazywanych w komunikacie.
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	Wersja określa zastosowaną strukturę komunikatu danego typu.
		id-odb	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) odbiorcy komunikatu	
		id-inst-odb	0-1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, atrybut nie jest przekazywany. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzenia), to jest to identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika.
		id-nad	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	Odpowiednio, jak dla atrybutu id-odb.
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu	Odpowiednio, jak dla atrybutu id-inst-odb.
		nr-gen	1	liczba (8:0)	Numer kolejny komunikatu danego typu, wygenerowanego z systemu nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania komunikatu	Informacja pomocnicza.

1	swiadcziodawca		1			Swiadcziodawca dokonujący sprawozdania	Wartości: R - nr REGON K - nr księgi rejestrowej RZOZ X - identyfikator techniczny nadany przez płatnika odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (spośród ww.).
		typ-id-swd	1	1 znak		Typ identyfikatora świadczeniodawcy	
		id-swd	1	do 16 znaków		Identyfikator świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie świadczeniodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy.
		id-inst	1	do 38 znaków		Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	

3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi

Poziom w hierarchii	Element komunikat	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0		typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu	
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Typ komunikatu (symbol) Numer wersji struktury komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_ODB". W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "1". Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadcziodawca	(wszystkie)	1		Swiadcziodawca, który przekazał potwierdzone dane	
1	potw-komun		1		Identyfikacja potwierdzonego komunikatu	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie jak analogiczne atrybuty /komunikat/* potwierdzonego komunikatu.
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji struktury komunikatu	
		id-nad	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzany komunikat	
		nr-gen	1	liczba (8.0)	Numer kolejny potwierdzonego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania potwierdzonego komunikatu	
2	problem-kom		0-1		Informacja o problemie z całością komunikatu	Występuje tylko w przypadku odrzucenia całego komunikatu z danymi. Może to wynikać z błędów w potwierdzonym komunikacie, który uniemożliwia przetworzenie jego merytorycznej zawartości, np. nieobsługiwany typ lub wersja formatu komunikatu,

						niepoprawna struktura komunikatu. Odrzucenie komunikatu może wynikać także z błędów w danych merytorycznych zawartych w komunikacie, jeżeli protokół wymiany danych odpowiedniego komunikatu nie przewiduje odrębnego potwierdzenia każdej z przesyłanych w komunikacie).
	waga	1	1	1	1	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
	kod		1		1	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika).
	opis		1		1	Opis powodu odrzucenia komunikatu

4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH
4.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH

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

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	świadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	zestaw-swiadczen	1-n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, gdy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie. W szczególności dotyczy to wszystkich pobytów na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta.
2	dane-zestawu	0-1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy przekazywane są informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informacje o potrzebie usunięcia danych o zestawie świadczeń, wysłanych w jednym z poprzednich komunikatów.
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w § 4 rozporządzenia.
3	zlecenie	0-1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia.
3	hospitalizacja	0-1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane tylko w przypadku przekazywania sprawozdania obejmującego świadczenia udzielone podczas hospitalizacji.
3	swiadczenie	1-n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie.
4	kom-org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia.
4	personel-real	1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.
4	przyczyna	1	Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia.
4	transport	0-1	Element zawierający dodatkowe dane rejestrowane w związku z przewozem pacjenta.
4	procedura	0-n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu, np. konkretne procedury medyczne.
4	ratownictwo	0-1	Dodatkowe dane rejestrowane w związku z wyjazdem.

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

4.2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORNYCH I SZPITALNYCH
4.2.1. Nagłówek komunikatu - elementy "komunikat" i "świadczeniodawca"

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

4.2.2. Elementy "zestaw-swiadczen" i "dane-zestawu"

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

		mom-modul	1	data i czas	Data i czas ostatniej modyfikacji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii).
2	dane-zestawu		0-1		Dane obejmujące świadczenia wchodzące w skład zestawu świadczeń	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania zestawu świadczeń. Jeśli atrybut "usun" w elemencie "zestaw-swiadczen" ma wartość "T", to element "dane-zestawu" (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje.
		swiadcz-ratuj-zycie	0-1	1 litera [N]	Czy wykonane świadczenie było świadczeniem ratującym życie, tj. czy zostało udzielone w warunkach, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 13a rozporządzenia	Wartości: T – Tak N – Nie

4.2.3. Element "pacjent"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	pacjent		1		Dane pacjenta	
4	ident-pacj		1		Identyfikacja pacjenta	
		typ-osoby	0-1	1 litera [P]	Informacja, dla jakiej osoby przekazano dane identyfikacyjne	P - pacjent O - rodzic albo opiekun prawny
		typ-id	0-1	do 2 znaków [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator pacjenta	
4	pacjent-stat		0-1		Dane statystyczne o pacjencie	Przekazywane wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta, z wyjątkiem osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - w ich przypadku zawsze przekazuje się dane o płci i dacie urodzenia.
		plec	1	1 cyfra	Plec pacjenta	Na podstawie normy ISO 5218.
		data-urodz	0-1	data	Data urodzenia pacjenta	Niewymagana w przypadku pacjentów „NN” lub „NW” oraz ratownictwa medycznego, gdy ustalenie tych danych jest niemożliwe.
4	dane-osob		0-1		Dane osobowe pacjenta	Nie występuje wyłącznie w przypadku ubezpieczonych, których identyfikatorem jest numer PESEL. Niewymagany w przypadku, gdy /ident-pacj/@typ-id jest „NN” lub „NW” i ustalenie danych jest niemożliwe.
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
5	adres		0-1		Adres w państwie stałego zamieszkania pacjenta	Podawany wyłącznie w przypadku udzielenia świadczenia: - świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni - osób, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 lit. d rozporządzenia.

	teryt	0-1	7 cyfr	Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	Identyfikacja gminy poprzez kod TERYT określa również jednoznacznie organ wydający decyzję (wójt/burmistrz gminy).
	organ	1	do 50 znaków	Nazwa organu wydającego	
	instytucja	0-1 1z		instytucja właściwa	
	kod-inst	1	do 10 znaków	Numer identyfikacyjny instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	Numer instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
	akronim-nazwy	0-1	do 25 znaków	Akronim nazwy instytucji właściwej	Dla numeru identyfikacyjnego instytucji jest to drugi człon symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
5	dokument	0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	Może wystąpić tylko jeden z elementów: karta, decyzja, dokument-ue, dokument-inne-upraw, karta-polaka.
6	karta	0-1 1z		Karta ubezpieczenia zdrowotnego	Dotyczy polskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego.
	numer	1	do 20 znaków	Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego	
6	decyzja	0-n 1z		Decyzja wójta, burmistrza gminy	
	numer	0-1	do 40 znaków	Numer decyzji	
	data-od	1	data	Data, od której przysługuje prawo do świadczeń	
6	dokum-ue	0-n 1z		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji	
7	ekuz	0-n 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
	numer	1	do 20 znaków	Numer	
	data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	certifikat	0-n 1z		Certyfikat	
	data-wyst	0-1	data	Data wystawienia	
	data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
	data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	poswiadcz	0-n 1z		Poświadczenie	
	numer	1	do 20 znaków	Numer poświadczenia	Numer ten, zbudowany zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E 100.
	data-wyst	1	data	Data wystawienia	
	data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	

7	druk-e	data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności Formularz seri E	
		rodzaj	0-n 1z			
		data-wyst	1	4 znaki data	Rodzaj formularza Data wystawienia	Oznaczenie bez spacji lub myślnika (E999).
		data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
	dokum-inne-upraw		0-1 1z		Dokument potwierdzający uprawnienia	Dokument potwierdzający uprawnienia zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia: I, AL, NA, PS, CU, ZA.
		nazwa	1	do 100 znaków	Nazwa dokumentu	
		nr-dok	1	do 10 znaków	Numer dokumentu	
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		podim-wyst	1	do 30 znaków	Podmiot wystawiający	
		npwz	0-1	7 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza, który wystawił dokument	Przekazywany tylko w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie
6	karta-polaka		0-1 1z		Karta Polaka	
		numer	1	do 10 znaków	Numer karty	
		data-waznosci	1	data	Data ważności	
4	upraw-dodatkowe		0-1		Informacje o uprawnieniu dodatkowym pacjenta	
		upraw-dod	1	do 7 znaków	Kod dodatkowego uprawnienia pacjenta	Zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
5	dok-upr-dod		0-1		Dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe	
		nazwa	1	do 20 znaków	Nazwa dokumentu	
		id-dok	0-1	do 20 znaków	Identyfikator dokumentu	

4.2.4. Element "zlecenie"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	zlecenie		0-1		Dane charakteryzujące fazę zlecenia świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 12 rozporządzenia.
		typ	0-1	1 litera [S]	Typ zlecenia	Atrybut techniczny określający, czy podmiot zlecający jest świadczącym, czy inną instytucją uprawnioną do wystawiania skierowań.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	wypis	data	1	data	Data przyjęcia	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		tryb	1	1 cyfra	Dane dotyczące wypisu ze szpitala	
		data	1	data	Tryb wypisu	
		przyczyna-zgonu	0-1	do 5 znaków	Data wypisu	
5	przyczyny-wsp	przyczyna-główna	1	do 5 znaków	Przyczyna zgonu (wg ICD10)	Jeżeli zgon był przyczyną zakończenia hospitalizacji.
		przyczyna-wsp	0-5		Przyczyna główna	Zgodna z chorobą zasadniczą, wpisana do historii choroby w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala. Kod wg klasyfikacji ICD-10.
			1	do 5 znaków	Dane dotyczące przyczyn współistniejących	
		przyczyna-wsp	1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca	Kod wg klasyfikacji ICD-10.

4.2.6. Element "świadczynie"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	świadczynie		1-n		Dane charakteryzujące udzielone świadczenie	Dane obejmują świadczenie udzielone w ramach działania określonej komórki organizacyjnej.
		id-swiaid	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu "zestaw-swiaidzen".
		kod-swiaid	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.
		podtyp-swiaidcz	0-1	do 3 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia, kod badania według słownika zdefiniowanego przez płatnika. W przypadku badań dotyczy badań wskazanych w § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia.
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia	
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	
		tryb	0-1	1 cyfra	Kod trybu przyjęcia pacjenta. Podawany obligatoryjnie dla zestawów świadczeń ambulatoryjnych. Niepodawany dla zestawów świadczeń stacjonarnych (tryb przyjęcia określony jest wtedy w elemencie //hospitalizacja/przyjecie/@tryb)	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		dni-lecz	0-1	do 3 cyfr	Liczba dni leczenia	Liczba dni w przypadku, gdy jednostką statystyczną jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.

		usun	0-1	1 litera [n]	Podane świadczenie należy traktować jako usunięte	Wartości: T – żądanie usunięcia N – przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N". Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest przyczyną wykreślenia z listy oczekujących.
4	Z-listy-oczek		0-1		Dane charakteryzujące wpis na listę oczekujących, z której wykreślono pacjenta	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących.
		data-oczekiw	1	data	Data wpisu na listę oczekujących	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących.
		kod-kateg	1	1 znak	Kryterium medyczne przypisane pacjentowi na liście oczekujących	Wartości: 1 - przypadek stabilny 2 - przypadek pilny. Określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.
		kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej, zakresu świadczeń lub świadczenia wyspecjalistycznego	Występuje, gdy lista, z której wykreślono pacjenta, dotyczy określonej procedury medycznej. Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wyspecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika.
		id-kom-org	1	3 lub 4 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej RZoz, której dotyczy lista oczekujących	Gdy nienadany, należy przekazać "000". Świadczenie może być zrealizowane w innej komórce świadczeniodawcy niż ta, której dotyczy lista oczekujących.
4	przepustka		0-n		Dane dotyczące przepustki	Przepustka zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia.
		nr-przepust	1	do 3 cyfr	Numer przepustki	Unikalny kolejny numer przepustki w ramach świadczenia
		data-od	1	data i czas	Data i godzina rozpoczęcia przepustki	
		data-do	1	data i czas	Data i godzina zakończenia przepustki	

4.2.7. Element "kom-org"

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

4.2.8. Element "personel-real"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	personel-real		1		Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia.
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		typ	1	1 znak	Typ kodu	1 – Nr prawa wykonywania zawodu Jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej.

4.2.12. Element "ratownictwo"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	ratownictwo		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z wyjazdem	
		przyczyna-wyjazdu	1	1 znak	Przyczyna wyjazdu	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		oddzial-ratunkowy	0-1	1 znak	oddział ratunkowy	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		nr-powiadomienia	1	do 16 znaków	Nr powiadomienia w księdze	Numer powiadomienia wraz z rokiem i numerem tej księgi.
		kod-zespołu	1	10 znaków	Kod zespołu Państwowego Ratownictwa Medycznego	Kod zespołu ratownictwa medycznego nadany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń.
		powiadomienie-zdarzenie	1	data + czas	Powiadomienie o zdarzeniu	Data i czas powiadomienia o zdarzeniu.
		przekazania-dyspozycji	1	data + czas	Przekazanie dyspozycji wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego	Data i czas przekazania dyspozycji wyjazdu zespołowi ratownictwa medycznego.
		wyjazd	1	data + czas	Wyjazd zespołu ratownictwa medycznego	Data i czas wyjazdu do zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego.
		przybycie	1	data + czas	Przybycie na miejsce zdarzenia	Data i czas przybycia na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
		tryb-zakonczenia	1	1 znak	Tryb zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		zakonczenie-czynnosci	0-1	data + czas	Zakończenie medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przekazanie pacjenta szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala	
		oddzial-ratunkowy-przek	0-1	data + czas	Przekazanie opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	
		zgon-osoby	0-1	1 znak	Informacje o przypadku zgonu osoby	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
4	personel-real		2-3		Dane identyfikujące zespół udzielający świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia.
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		typ	1	1 znak	Typ kodu	1 – Nr prawa wykonywania zawodu Jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej.

											2 – Numer PESEL W przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany nr prawa wykonywania zawodu. Wartość według deklaracji w atrybucie //ratown-personel/@typ.
		wartosc	1	do 20 znaków							Wartość //ratown-personel/@typ.
4.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH											
Poziom w hierarchii	Element komunikat	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności					
0		typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_SWI".					
		wersja (pozostale)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "5". Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.					
1	swiadzeniodawca		1		Swiadzeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.					
1	problem	waga	0-1 1z		Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.					
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).					
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu						
1	potw-danych		0-1 1z		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie						
2	potw-zest-swiad		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żądanych zestawów świadczeń (przykład teoretyczny) Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiazchen/@id-zest-swiaz.					
		id-zest-swiaz	1	do 20 znaków	Identyfikator zestawu świadczeń						

	nr-wersji	1	do 4 cyfr	Nr modyfikacji zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczeni/@nr-wersji.
3	problem	0-n		informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczą one poszczególnych świadczeń składowych.
	waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
	kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
	opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
3	potw-swiadcz	0-n		informacja o ewentualnych problemach występujących w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach	Może nie wystąpić, jeśli wykryto błąd w danych zestawu świadczeń (czyli na poziomie nadrzędnym).
	id-swiad	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczeni/@id-swiad.
4	problem	0-n		informacja o ewentualnych problemach związanych ze świadczeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów dotyczących tego świadczenia.
	waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości jak w //komunikat/potw-danych/potw-zest-swiad/problem/@waga.
	kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
	opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

5. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

5.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH

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

5.2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Poziom w hierarchii	Element komunikat	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0		typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu	
		wersja	1	do 2 cyfr	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "ZPOSP"
		(pozostate)			Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "3"
1	swiadczeniodawca	(wszystkie)	1			Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
					Swiadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
1	spraw-rozlicz-zposp		1			Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
					Sprawozdanie rozliczeniowe zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Sprawozdanie jednoznacznie identyfikowane jest przez: - identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w ramach którego wygenerowano sprawozdanie - identyfikator dokumentu sprawozdania w ramach instalacji systemu informatycznego - nr korekty do danego dokumentu - sprawozdania (w przypadku pierwotnej wersji dokumentu sprawozdania nr korekty przyjmuje wartość 0).
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu sprawozdania	Unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w atrybucie /komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst. Pierwotna postać dokumentu, jak i wszystkie jego korekty (atrybut @nr-korekty) i wszystkie ich przesłania (atrybut @nr-przeslania) mają ten sam ID dokumentu sprawozdania.
		nr-korekty	1	do 2 cyfr	Numer kolejny korekty dokumentu sprawozdania korygującego	Dotyczy sytuacji, w których wymagane jest stworzenie odrębnego dokumentu korekty (np. po akceptacji i wyplacie faktury).
2	poz-spraw-zposp		0-n		Pozycja sprawozdania	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana pozycja sprawozdania	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie /komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.

		id-poz-rozlicz	1	do 10 cyfr	Identyfikator pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy.
		typ-pozycji	1	1 duża litera	Typ pozycji	Przyjmuje wartości: K - pozycja korygująca N - pozycja normalna.
3	pozycja-koryg	id-inst	0-1 1z	do 38 znaków	Wskazanie korygowanej pozycji rozliczeniowej	Występuje w przypadku pozycji typu K (korygującej).
		id-poz-koryg	1	do 10 cyfr	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana korygowana pozycja sprawozdania	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
3	dane-pr-zposp		0-1 1z		Identyfikator korygowanej pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy.
		kod	1	do 5 znaków	Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia	Występuje w przypadku pozycji typu N (normalna).
		data-od	1	data	Kod świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.
		data-do	0-1	data	Data początku udzielania świadczenia lub przyjęcia do realizacji	Data przyjęcia zlecenia lub innego dokumentu do realizacji bądź w przypadku naprawy - data przyjęcia przedmiotu do naprawy.
4	podst-rozlicz		1		Data końca udzielania świadczenia	Data odbioru przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy - data dokonania naprawy. Data końca udzielania świadczenia = dacie odbioru środka/przedmiotu zgodnej z datą umieszczoną na zleceniu.
		typ-dok	1	1 znak	Dane zlecenia/dokumentu zgody na realizację, wydanego przez płatnika i stanowiącego podstawę rozliczeń z płatnikiem	
		id-dok	1	do 24 znaków	Typ dokumentu	Kody typów dokumentów ustalone przez płatnika.
		pesel	0-1	11 cyfr	Identyfikator dokumentu	
4	przedmiot		1		Identyfikator osoby, której dotyczy zaopatrzenie	
		kod-przedm	1	do 16 znaków	Dane dotyczące wydanego przedmiotu	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 3 lit. c lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. b rozporządzenia, według słownika zdefiniowanego przez płatnika.
		ilosc	1	do 3 cyfr	Kod przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy - kod naprawy przedmiotu.	W przypadku naprawy ilość jest równa 1.
		okres-zaop-od	0-1	rok + miesiąc	Wydana ilość przedmiotów	Przekazywany tylko w przypadku realizacji świadczeń na kartę zaopatrzenia.
		okres-zaop-dlug	0-1	liczba (1,0) [1]	Początek okresu, za który pobrano przedmioty (rok i miesiąc)	iw.
		refundacja	1	liczba (8,2)	Długość okresu (w miesiącach), za który pobrano przedmioty	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 4 lit. d lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. c rozporządzenia
		doplata	1	liczba (8,2)	Kwota refundacji	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 4 lit. e lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. d rozporządzenia

5.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Poziom w hierarchii	Element komunikat	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia i zależności
0	komunikat	typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "p ZPO".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "3".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	świadcziodawca	(wszystkie)	1		Świadcziodawca, który przekazał potwierdzone dane	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw-rozlicz-zposp		1		Potwierdzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie	
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie	
		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu rozliczeniowego	
		nr-korekty	0-1	do 2 cyfr	Numer potwierdzonej korekty dokumentu rozliczeniowego	
2	problem		0-1 1z		Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje np., gdy niemożliwe jest żądane przez świadcziodawcę usunięcie danej wersji dokumentu rozliczeniowego lub niemożliwe jest przyjęcie nowej wersji, ponieważ w aktualnym stanie procesu rozliczenia zmiany dopuszczalne są już tylko w trybie korekty.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu. Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

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

6. KOMUNIKAT DEKLARACJI POZ

6.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiary danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego.
1	spraw-rozl-z-dekl-poz	1	Element obejmujący sprawozdanie deklaracji poz za dany okres rozliczeniowy, z danej umowy.
2	deklaracje	1-n	Element obejmujący deklaracje danego typu.
3	personel-dekl	0-n	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub pozostałej, którym przypisano deklarację.
4	dekl-poz	1-n	Dane dotyczące pojedynczej deklaracji poz.
5	pacjent-dekl	1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja.
6	id-pacj-dekl	1	Identyfikacja pacjenta.
7	PESEL	0-1 1-z	Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL.
7	noworodek	0-1 1-z	Wskazanie, że deklaracja dotyczy noworodka bez nadanego numeru PESEL.

7	posw-druku-e	0-1 1-Z	Identyfikacja pacjenta z UE bez nadanego numeru PESEL.
7	umowa-ubezpz-ind	0-1 1-Z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie.
6	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie.
6	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta.
6	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Rzeczypospolitej Polskiej.

6.2. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJACH POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat	typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "DEKL".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "4".
		(pozostate)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca	(wszystkie)	1		Swiadczeniodawca dokonujący sprawozdania	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Sprawozdanie rozliczeniowe deklaracji poz	Przekazanie wszystkich typów deklaracji musi nastąpić w ramach umowy, roku, miesiąca i jednego identyfikatora instalacji ./komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst".
		id-spraw	1	1 cyfra	Identyfikator sprawozdania	Identyfikator sprawozdania w ramach umowy, roku i miesiąca.
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych w ramach sprawozdania	Pierwszy numer wersji w ramach identyfikatora sprawozdania przyjmuje wartość „1”. Przesłanie danych w wersji niższej lub takiej jak zarejestrowana w systemie płatnika, w ramach identyfikatora sprawozdania, powoduje odrzucenie sprawozdania. Przesłanie danych w wersji wyższej w ramach identyfikatora sprawozdania powoduje nadpisanie w całości sprawozdania poprzedniego.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Identyfikuje równocześnie rok szkolny.
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	deklaracje	typ-dekl	1-n	1 znak	Deklaracje Typ deklaracji	Dany typ deklaracji musi wystąpić tylko w ramach jednego sprawozdania. Przekazanie tego samego typu w ramach różnych sprawozdań spowoduje odrzucenie sprawozdania nowszego.
3	personel-dekl		0-n		Lekarz, pielęgniarka lub położna, wybrana przez pacjenta na deklaracji	
		pesel	0-1	11 cyfr	Numer PESEL	Wartość przekazywana w przypadku pielęgniarek i położnych oraz grup zawodowych

							nieposiadających numeru prawa wykonywania zawodu. W przypadku deklaracji złożonej przed 01.10.2004 r. i niezawierającej wyboru konkretnej osoby atrybut nie powinien być przekazywany.
	npwz		0-1	do 20 znaków			Numer prawa wykonywania zawodu
4	dekl-poz		1-n				Dane dotyczące deklaracji podstawowej opieki zdrowotnej złożonej przez świadczeniobiorcę
	id-dekl		1	do 10 cyfr			Identyfikator deklaracji
	data-zloz		1	data			Data złożenia deklaracji wyboru
	id-kom-org		1	3 lub 4 cyfry			Identyfikator komórki organizacyjnej, w której złożono deklarację
5	pacjent-dekl		1				Dane pacjenta
6	id-pacj-dekl		1				Identyfikacja pacjenta
7	pesel		0-1 1-z				Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL
	pesel		1	11 cyfr			PESEL pacjenta
7	noworodek		0-1 1-z				Wskaźnik, że deklaracja dotyczy dziecka bez własnego numeru PESEL
7	posw-druku-e		0-1 1-z				Identyfikacja pacjenta uprawnionego do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji bez nadanego nr PESEL
	posw-druku-e		1	do 20 znaków			Nr poświadczenia druku serii E100
7	umowa-ubezpz-ind		0-1 1-z				Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym
6	pacjent-stat		1 0-1	do 20 znaków			Numer umowy o dobrowolne ubezpieczenie Dane statystyczne o pacjencie
	data-urodz		1	data			Data urodzenia
	plec		1	1 cyfra			Płeć
6	dane-osob		1 1 0-1 1	do 30 znaków do 30 znaków do 40 znaków do 40 znaków			Dane osobowe pacjenta Imię Drugie imię Nazwisko Drugi człon nazwiska
	nazwisko		1	do 40 znaków			Nazwisko
	nazwisko2		0-1	do 40 znaków			Drugi człon nazwiska
							Kody zgodnie z ISO 5218.
							Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano numeru PESEL pacjenta.

6	adres	0-1		Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Rzeczypospolitej Polskiej	Nieprzekazywane w przypadku deklaracji dotyczącej medycyny szkolnej. Format: 99-999.
	kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy	
	miejscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość	
	ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
	nr-domu	1	do 9 znaków	Nr domu	
	nr-lok	0-1	do 10 znaków	Nr lokalu	
	teryt	0-1	7 znaków	Kod terytorialny gminy zamieszkania	

6.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJACH POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat	typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_DEK".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "4".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Swiadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw-rozlic-dekl-poz		1		Potwierdzenie sprawozdania rozliczeniowego deklaracji poz	
		id-spraw	1	1 cyfra	Identyfikator sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych w ramach sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
2	deklaracje		1-n			
		typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
3	problem		0-1 1z		Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje, gdy sprawozdanie zostało odrzucone w całości, np. jeśli numer wersji jest mniejszy od poprzednio przekazanego.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu

									I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu. Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
									Nie występuje, gdy zaistniał problem z całością sprawozdania.
3	potw-poz-spraw	id-dekl							Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz@id-dekl.
4	potw-dekl-poz								Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji.
5	problem	waga							Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
									Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).

7. KOMUNIKAT O PORADACH LEKARSKICH, BILANSACH ZDROWIA, PORADACH PATRONAŻOWYCH, WIZYTACH PATRONAŻOWYCH ORAZ SZCZEPIENIACH UDZIELONYCH W POZ
Sprawozdawczość świadczeń wymienionych w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej należy realizować poprzez komunikat danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych.

8. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ

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

Poziom w hierarchii	Element komunikat	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0		typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "ZBPOZ"
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "3"
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.

1	swiadcziodawca	(wszystkie)		1		Swiadcziodawca dokonujący sprawozdania	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie	umowa		1	do 24 znaków	Dane objęte sprawozdaniem Numer umowy z płatnikiem, w ramach której były realizowane świadczenia objęte sprawozdaniem zbiorczym	
		rok		1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac		1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja		1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane w ramach wskazanego okresu sprawozdawczego dane (dotyczy to wszystkich elementów "rodz-swdcz").
		usun		0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T - należy usunąć N - nie należy usuwać (przekazanie nowych danych).
2	lb-swiadc			0-n		Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju	Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia.
		typ-swiadc		1	do 5 znaków	Typ świadczenia	Kod świadczenia zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia
		podtyp-swiadc		0-1	do 5 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia: - kod badania według słownika zdefiniowanego przez płatnika. - cel przewozu zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
3	wielkosc			1-n		Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń	
		ilosc		1	liczba (5,0)	Liczba zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju w określonej grupie wiekowej	

8.2 KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ

Do potwierdzenia danych o świadczeniach udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stosowany jest ogólny komunikat "potwierzenia odbioru", przedstawiony w osobnym rozdziale. Przyjęciu lub odrzuceniu przez płatnika podlega całość danych zbiorczych przekazanych w potwierdzanym komunikacie.

9. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

9.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

Poziom w hierarchii	Element komunikat	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0		typ	1	do 5 znaków	Główny element komunikatu Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "LIOCZ".

	wersja (pozostate)	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "4". Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadzeniodawca (wszystkie)	1		Swiadzeniodawca dokonujący sprawozdania	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów. Sprawozdanie dotyczy stanu na ostatni dzień miesiąca.
1	spraw-1-oczek	1		Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		1	rok	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	lista-oczek	1-n	miesiac	Zakres przekazywanych danych listy oczekujących	Wartości: S - dane statystyczne (czasy oczekiwania i liczba oczekujących) W - wykaz osób oczekujących. Gdy nienadany, należy przekazać "000".
		1	1 litera	Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej RZOZ	
	id-kom-org	1	3 lub 4 cyfry	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika.
	kod-proc	0-1	do 20 znaków	Data dokonania ostatniej oceny listy	Przekazywane przez świadczeniodawców, o których mowa w § 8 ust. 3 rozporządzenia.
	data-oceny	1	data	Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących	Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane.
	wersja	1	do 3 cyfr	Żądanie usunięcia danych dotyczących określonej listy oczekujących	Stosowane wówczas, gdy chcemy usunąć ze sprawozdania listę (dotyczącą określonej komórki organizacyjnej lub procedury), traktowaną jako odrębny obiekt sprawozdawczy. Natomiast jeżeli lista jest obserwowana, ale ma liczebność = "0" i czas oczekiwania = "0", to podaje się te wartości w odpowiednich atrybutach elementu "parametry".
	usun	0-1	1 znak [N]	Parametry podsumowujące listę oczekujących	Występuje wtedy, gdy nie przekazuje się danych osób oczekujących (atrybut "zakres-danych" = S).
3	stat-listy-oczek	0-1 1z		Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną	
4	podzbior-ocz	1-n		Kod kategorii osób oczekujących	Wartości: 1 - przypadki stabilne 2 - przypadki pilne.
	kod-kateg	1	1 znak	Liczba osób oczekujących	
	lb-oczekuj	1	liczba (4,0)		

3	lista-osob	rzech-czas-oczek	1	liczba (4.0)	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Według wzoru określonego w załączniku nr 7 do rozporządzenia.
4	oczekujacy		0-1 1z		Lista osób oczekujących w kolejce	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut "zakres-danych" = W).
5	ident-pacj		0-n		Dane osoby zapisanej na liście oczekujących	
		nr-na-liscie	1	liczba (5.0)	Numer na liście w roku zapisania	
		rozpoznanie	1	do 50 znaków	Rozpoznanie lub powód przyjęcia	
			0-1		Identyfikacja pacjenta	
		typ-id	0-1	1 duża litera [P]	Kod typu identyfikatora	
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator osoby	
		dane-osob	1		Dane osobowe pacjenta	
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Nazwisko - drugi człon	
		adres	1		Adres zamieszkania pacjenta	
		panstwo	0-1	2 znaki	Kod państwa stałego zamieszkania	Według normy PN-ISO 3166-1.
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miejscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
5	kontakt		0-1		Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą	
		nr-tel	0-1	do 40 znaków	Numer telefonu kontaktowych	
		inny	0-1	do 40 znaków	Inne sposoby kontaktowania się	
5	termin		1-n		Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian)	
		mom-zapisu	1	data + czas	Data i godzina wpisu na listę	
		operator	1	do 30 znaków	imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu	
		data-plan	1	data	Planowana data udzielenia świadczenia	W przypadku zaplanowania z dokładnością do tygodnia podaje się pierwszy dzień tygodnia (poniedziałek).
		doklad-plan	1	1 znak	Dokładność zaplanowania daty realizacji	Wartości: D - dzień T - tydzień.
		kateg	1	1 znak	Kryterium medyczne zastosowane przy planowaniu daty realizacji	Wartości: 1 - przypadek stabilny 2 - przypadek pilny.
5	skreslenie	przycz-zmiany	0-1	do 200 znaków	Przyczyna zmiany terminu	Element przekazywany tylko raz – w komunikacie za okres, w którym nastąpiło skreślenie z listy oczekujących.
			0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących	
		data-skresli	1	data	Data skreślenia	
		kod-skresli	1	1 znak	Kod przyczyny skreślenia	Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

Ogólna budowa komunikatu potwierdzenia danych o listach oczekujących

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	świadcziodawca	1	Identyfikacja świadcziodawcy i jego systemu informatycznego.
1	problem	0-1 1-z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu.
1	potw-danych	0-1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie.
2	potw-lista-oczek	1-n	Informacja o liście oczekujących.
3	lista-problem	0-1	Informacja o przyczynie zakwestionowania / odrzucenia listy oczekujących.

Szczegółowa budowa komunikatu potwierdzenia danych o listach oczekujących

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_LIO".
		wersja (pozostate)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „4”.
1	świadcziodawca		1		Świadcziodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				
1	problem		0-1 1z		Informacja o ew. problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	potw-danych	waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika. np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
1	potw-danych		0-1 1z		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie.	
2	potw-lista-oczek		1-n		Informacja o liście	Element przekazywany w celu potwierdzenia przyjęcia listy lub zasygnalizowania problemu.
		zakres-danych	1	1 litera	Zakres przekazywanych danych listy oczekujących	Wartości: S – dane statystyczne (czasy oczekiwania i liczba oczekujących) W – wykaz osób oczekujących.
		nzf:id-tech-kom-org	1	do 12 znaków	Identyfikator techniczny komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, nadany przez płatnika	
		kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika.
3	lista-problem	wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących	Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane.
			0-1		Informacja o przyczynie zakwestionowania / odrzucenia listy	Nieprzekazywany w przypadku list niezawierających problemu.
		waga	1	1 znak	Waga problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika. np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		lista-zakw	1	1 znak	Lista oczekujących zakwestionowana przez operatora NFZ	T – Tak N – Nie

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		lista-nie-publ	1	1 znak	Lista oczekujących niepublikowana w systemie NFZ	T – Tak N – Nie
		opis	1	do 250 znaków	Opis przyczyn zakwestionowania / niepublikowania informacji o danej liście oczekujących	