

1273

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 13 września 2011 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 oraz z 2010 r. Nr 159, poz. 1073) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) w ust. 1:

— pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, 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 księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;”

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, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016 i Nr 205, poz. 1203.

— w pkt 12 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część kodu resortowego, jeżeli została nadana,”

— pkt 13 i 13a otrzymują brzmienie:

„13) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia — w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

13a) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.³⁾) lub 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⁾);”

b) w ust. 6 w pkt 3 lit. d otrzymuje brzmienie:

„d) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,”

c) w ust. 8 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) kod świadczeniodawcy, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;”

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, z 2010 r. Nr 81, poz. 531, Nr 107, poz. 679 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 84, poz. 455, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i 658 i Nr 122, poz. 696.

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, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 219, poz. 1443 oraz z 2011 r. Nr 30, poz. 151, Nr 112, poz. 654 i Nr 208, poz. 1240 i 1241.

2) w § 6 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o udzielonych świadczeniach w zakresie określonym:

- 1) w ust. 2 i 3 — w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, u tego świadczeniodawcy;
- 2) w § 3 ust. 1 — w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

2. Świadczeniodawcy w odniesieniu do świadczeń udzielonych osobom, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, przekazują, w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest:

- 1) porada — dane:
 - a) 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, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL — dodatkowo imię i nazwisko dziecka,
 - b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
 - c) o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 6;
- 2) bilans zdrowia, porada patronażowa lub wizyta patronażowa — dane:
 - a) 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, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL — dodatkowo imię i nazwisko dziecka,
 - b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
 - c) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.”;

3) w § 8:

a) 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:

- 1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących:
 - a) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,
 - c) łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,

d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,

e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach

— według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;

2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym.”;

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

„2a. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 2, udzielający świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 10 do rozporządzenia, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dodatkowo z każdej listy oczekujących dane:

1) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a — dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,

2) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a i pkt 7 — dotyczące osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym

— według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.”;

c) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia — jeżeli udzielają świadczeń finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

4) w § 9:

a) w ust. 3:

— pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

— po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) numer PESEL pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami, a w przypadku pielęgniarki lub położnej dodatkowo numer prawa wykonywania zawodu.”;

b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w ust. 2 — dane, o których mowa:

- a) w ust. 2 pkt 1 i 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL — identyfikator jednego z rodziców albo identyfikator opiekuna prawnego dziecka,

b) w § 4 pkt 3 lit. a—d oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;”;

5) w załączniku nr 1 do rozporządzenia w tabeli nr 3:

a) wiersz 1.3.1 otrzymuje brzmienie:

1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	porada	2.4
	porada patronażowa	2.5
	bilans zdrowia	2.17

b) wiersze 6.1.3—6.3 otrzymują brzmienie:

6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem		Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom.	43.*
6.1.4. Inna			44.*
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badanie (test) przesiewowe		45.20
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym		Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia.	46.*

6) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 8 wiersz 4 otrzymuje brzmienie:

4	osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E — w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności
			O — w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy	numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
			F — w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1	rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny — jeżeli podano w dokumencie)
			C — w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego	data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu

b) tabela nr 10 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 10. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących	
Przyczyna	Kod
wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
powiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji	2
zaprzeszanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
zgon osoby wpisanej na listę oczekujących	6
potwierdzona przez Fundusz informacja, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
inna przyczyna	9

7) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

8) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;

9) dodaje się załącznik nr 10 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. Dane, o których mowa w § 8 ust. 2 pkt 1 lit. c—e i pkt 2 oraz ust. 2a rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane przez świadczeniodaw-

ców po raz pierwszy za pierwszy miesiąc następujący po miesiącu, w którym niniejsze rozporządzenie weszło w życie.

2. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy dyrektor wojewódzkiego oddziału Funduszu może zwolnić jednorazowo na czas określony, nie dłużej jednak niż na trzy miesiące, świadczeniodawcę z obowiązku przekazania danych, o których mowa w § 8 ust. 2a rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. (poz. 1273)

Załącznik nr 1

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

- 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;
- 5) „6” — przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu — przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w: art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grud-

nia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.¹⁾) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.²⁾);

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175, z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 127, poz. 857 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654 i Nr 120, poz. 690.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 105, poz. 614 i Nr 117, poz. 678.

6) „7” — przyjęcie przymusowe — przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.³⁾), art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.⁴⁾), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.⁵⁾) oraz art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 178 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887 i Nr 191, poz. 1134).

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 6, poz. 19, Nr 112, poz. 654 i Nr 122, poz. 696.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678, Nr 133, poz. 767, Nr 160, poz. 964 i Nr 191, poz. 1135.

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 50, poz. 580, Nr 62, poz. 717, Nr 73, poz. 852 i Nr 93, poz. 1027, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 106, poz. 1149, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, z 2003 r. Nr 17, poz. 155, Nr 111, poz. 1061 i Nr 130, poz. 1188, z 2004 r. Nr 51, poz. 514, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889, Nr 240, poz. 2405 i Nr 264, poz. 2641, z 2005 r. Nr 10, poz. 70, Nr 48, poz. 461, Nr 77, poz. 680, Nr 96, poz. 821, Nr 141, poz. 1181, Nr 143, poz. 1203, Nr 163, poz. 1363, Nr 169, poz. 1416 i Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 15, poz. 118, Nr 66, poz. 467, Nr 95, poz. 659, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 141, poz. 1009 i 1013, Nr 167, poz. 1192 i Nr 226, poz. 1647 i 1648, z 2007 r. Nr 20, poz. 116, Nr 64, poz. 432, Nr 80, poz. 539, Nr 89, poz. 589, Nr 99, poz. 664, Nr 112, poz. 766, Nr 123, poz. 849 i Nr 128, poz. 903, z 2008 r. Nr 27, poz. 162, Nr 100, poz. 648, Nr 107, poz. 686, Nr 123, poz. 802, Nr 182, poz. 1133, Nr 208, poz. 1308, Nr 214, poz. 1344, Nr 225, poz. 1485, Nr 234, poz. 1571 i Nr 237, poz. 1651, z 2009 r. Nr 8, poz. 39, Nr 20, poz. 104, Nr 28, poz. 171, Nr 68, poz. 585, Nr 85, poz. 716, Nr 127, poz. 1051, Nr 144, poz. 1178, Nr 168, poz. 1323, Nr 178, poz. 1375, Nr 190, poz. 1474 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 98, poz. 626, Nr 106, poz. 669, Nr 122, poz. 826, Nr 125, poz. 842, Nr 182, poz. 1228 i Nr 197, poz. 1307 oraz z 2011 r. Nr 48, poz. 245 i 246, Nr 53, poz. 273, Nr 112, poz. 654, Nr 117, poz. 678, Nr 142, poz. 829 i Nr 191, poz. 1135.

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;
- 6) „8” — przeniesienie z innego szpitala;
- 7) „9” — przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu — przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) „10” — przyjęcie przymusowe — przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 94, 95a i 96 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks postępowania karnego oraz art. 12 i 25a § 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

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 przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;

-
- 5) „6” — wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” — osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” — wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8) „9” — zgon pacjenta;
- 9) „10” — osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, która samowolnie opuściła podmiot leczniczy.

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

1. OBJAŚNIENIA

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

2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW**3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi****4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH****4.1. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**

- 4.1.1. Nagłówek komunikatu — elementy „komunikat” i „świadczeniodawca”
- 4.1.2. Elementy „zestaw-swiadczen” i „dane-zestawu”
- 4.1.3. Element „pacjent”
- 4.1.4. Element „zlecenie”
- 4.1.5. Element „hospitalizacja”
- 4.1.6. Element „swiadczenie”
- 4.1.7. Element „kom-org”
- 4.1.8. Element „personel-real”
- 4.1.9. Element „przyczyna”
- 4.1.10. Element „transport”
- 4.1.11. Element „procedura”
- 4.1.12. Element „ratownictwo”

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

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

6. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

- 6.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY
- 6.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

7. KOMUNIKAT O PORADACH, BILANSACH ZDROWIA, PORADACH PATRONAŻOWYCH, WIZYTACH PATRONAŻOWYCH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

8. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

8.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

8.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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 przecinka
[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 „KROTNOSC”

- 1z** — oznacza, że w konkretnym komunikacie może wystąpić tylko jeden z atrybutów lub elementów na tym samym poziomie hierarchii w ramach elementu bezpośrednio nadrzędnego, które oznaczono symbolem „1z”
0z — oznacza warunek, który spełniają elementy i atrybuty zgodnie z oznaczeniem „1z” lub że może nie wystąpić żaden z nich.

1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

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

- 0 — płec nieokreślona
 1 — mężczyzna
 2 — kobieta
 9 — nieznaną

2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczących, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwanym dalej „rozporządzeniem”, jest to stała wartość: www.csioz.gov.pl/xml/swd-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 świadczący (np. gdy jest to komunikat potwierdzenia), to jest to identyfikator systemu informatycznego świadczącego 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	
		typ-id-swd	1	1 znak	Typ identyfikatora swiadcziodawcy	Wartości: R – nr REGON K – nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą X – identyfikator techniczny nadany przez płatnika Odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (sposród ww.)
		id-swd	1	do 16 znaków	Identyfikator swiadcziodawcy	
		id-inst	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego swiadcziodawcy	Unikalny co najmniej w ramach swiadcziodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie swiadcziodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy

3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi

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_ODB”
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji struktury komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	swiadcziodawca		1		Swiadcziodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	potw-komun		1		Identyfikacja potwierdzonego komunikatu	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie, jak analogiczne atrybuty //komunikat/@* potwierdzonego komunikatu
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	

								Numer wersji struktury komunikatu	
								Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	
								Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzany komunikat	
								Numer kolejny potwierdzanego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
								Data i czas wygenerowania potwierdzanego komunikatu	
2	problem-kom							Informacja o problemie z całością komunikatu	Występuje tylko w przypadku odrzucenia całego komunikatu z danymi. Może to wynikać z błędów w potwierdzanym 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 potwierdzania każdej z pozycji danych (potwierdzany jest tylko całościowo zbiór danych przesłanych w komunikacie)
								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 powodu odrzucenia całego komunikatu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika)
								Opis powodu odrzucenia komunikatu	

4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORIJNYCH I SZPITALNYCH
4.1. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORIJNYCH I SZPITALNYCH

4.1.1. Nagłówek komunikatu – elementy „komunikat” i „świadcziodawca”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „SWIAD”
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „6”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów
1	świadcziodawca		1		Świadcziodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	zestaw-swiadczen		1-n		Zestaw świadczeń	Grupuje świadczenia, których charakterystyka przekazywana jest w elemencie „swiadczenie”
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy, w której został zarejestrowany zestaw świadczeń	Nie występuje, jeśli identyfikator instalacji jest taki sam jak przekazany w atrybucie //komunikat/swiadcziodawca/@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	usun	0-1	1 litera [N]	Żądanie usunięcia całego zestawu świadczeń	Wartości: T — żądanie usunięcia N — przekazanie danych. Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi „N”
		mom-wprow	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-modyf	mom-modyf	1	data i czas	Data i czas ostatniej modyfikacji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii)
2	dane-zestawu			0-1		Dane obejmujące świadczenia wchodzące w skład zestawu świadczeń	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania zestawu świadczeń. Jeśli atrybut „usun” w elemencie „zestaw-swiadczen” ma wartość „T”, to element „dane-zestawu” (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje
		swiadcz-ratuj-zycie	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

4.1.3. 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	P – pacjent O – rodzic albo opiekun prawny
		typ-osoby	0-1	1 litera [P]	Informacja, dla jakiej osoby przekazano dane identyfikacyjne	
		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	Płeć 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 własny 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 60 znaków	Nazwisko	
5	adres		0-1		Adres w państwie stałego zamieszkania pacjenta	Podawany wyłącznie w przypadku udzielenia świadczenia: – świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, – osobom, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 lit. d rozporządzenia, – bez numeru PESEL. Niewymagany w przypadku: – gdy //ident-pacj/@typ-id jest „NN” lub „NW” i ustalenie danych jest niemożliwe, – osób bezdomnych
		panstwo	0-1	2 znaki [PL]	Kod państwa stałego zamieszkania	Według normy PN-ISO 3166-1
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	

								Miejscowość zamieszkania	
								Ulica	
								Numer domu	
								Numer lokalu	
								Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	Przekazywany jeżeli //dane-osob/adres/@panstwo = „PL”
5	adres-w-polsce							Adres przebywania w Rzeczypospolitej Polskiej	Przekazywany, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania (zamieszkanie poza Rzeczpospolitą Polską)
								Kod pocztowy, jeżeli występuje	
								Miejscowość zamieszkania	
								Ulica	
								Numer domu	
								Numer lokalu	
								Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	
4	uprawnienie							Dane dotyczące ubezpieczenia lub sposobu finansowania świadczeń	Poszczególne świadczenia z jednego zestawu świadczeń mogą być udzielane na podstawie różnych uprawnień, np. ubezpieczenia albo decyzji wójta
								Kod państwa odpowiedzialnego za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń	Według normy PN-ISO 3166-1
								Tytuł uprawnienia	Zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia
5	podmiot-fin								UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów nfz-min, gmina, instytucja
6	nfz-min							Oddział NFZ lub odpowiednie ministerstwo	
								Kod oddziału NFZ lub ministerstwa	
6	gmina							Gmina, w której wydano decyzję dla świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	

		teryt	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		Institucja 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
5	dokument	akronim-nazwy	0-1	do 25 znaków	Akronim nazwy instytucji właściwej	Dla numeru identyfikacyjnego instytucji jest to drugi człon symbolu instytucji właściwej na dokumencie
			0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	Może wystąpić tylko jeden z elementów: karta, decyzja, dokument-ue, dokum-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		0-1 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		0-1 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
		numer	1	do 20 znaków	Numer	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfikat		0-1 1z		Certyfikat	
		data-wyst	0-1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	

7	poswiadcz		0-1 1z	do 20 znaków	Poświadczenie	Numer ten, zbudowany zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E100. Numer w formacie: OW/EEE/RR/NNNNN Gdzie OW – nr oddziału wojewódzkiego NFZ, EEE – dokument E100, RR – rok, NNNNN – kolejny numer poświadczenia
		numer	1		Numer poświadczenia	
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	druk-e		0-1 1z		Formularz serii E, dokument przenośny S lub DA1	
		rodzaj	1	do 4 znaków	Rodzaj formularza	Oznaczenie bez spacji lub myślnika
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
6	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, UC, CH, EM
		nazwa	1	do 100 znaków	Nazwa dokumentu	
		nr-dok	1	do 10 znaków	Numer dokumentu	
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		podm-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 100 znaków	Nazwa dokumentu	
		id-dok	0-1	do 20 znaków	Identyfikator dokumentu	

4.1.4. 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 świadczeniodawcą czy inną instytucją uprawnioną do wystawiania skierowań. Wartości: S – zlecenie wystawione przez świadczeniodawcę I – zlecenie wystawione przez inną instytucję
		id-zlec	0-1	do 20 znaków	Identyfikator zlecenia	Przekazuje się, jeżeli występuje na dokumencie zlecenia
		data	1	data	Data zlecenia	
4	swd-zlec		0-1 1z		Świadczeniodawca i jego komórka organizacyjna, w której wystawiono zlecenie wykonania świadczenia	Musi wystąpić jeden z elementów: „swd-zlec” lub „instyt-zlec”
		typ-id	0-1	1 litera [R]	Typ identyfikatora świadczeniodawcy: R lub K	Wartości: R – 9 cyfr numeru REGON K – nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
		id-swd	1	do 9 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy zlecającego	
		id-kom-org	1	3 lub 4 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej u świadczeniodawcy, w której wystawiono zlecenie	Część VII kodu resortowego. Jeśli nie nadano, to należy przekazać „000”
		id-typ-kom-org	1	4 cyfry	Identyfikator typu komórki organizacyjnej u świadczeniodawcy, w której wystawiono zlecenie	Część VIII kodu resortowego. Jeśli nie nadano, to należy przekazać „0000”

5	personel-zlec		1		Dane identyfikujące osobę zlecającą wykonanie świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej osoby zlecającej	
		npwz	1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
4	instyt-zlec		0-1 1z		Dane identyfikujące inny podmiot niż świadczeniodawca uprawniony do zlecenia świadczeń	Musi wystąpić jeden z elementów: „swd-zlec” lub „instyt-zlec”
		nazwa	1	do 50 znaków	Nazwa instytucji	

4.1.5. Element „hospitalizacja”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	hospitalizacja		0-1		Zestaw danych dotyczących hospitalizacji	Przekazywany dodatkowo, tylko w przypadku udzielenia świadczeń w ramach hospitalizacji. Podawany obligatoryjnie dla zestawów świadczeń, dla których atrybut //zestaw-swiadczen/@typ = „S”
4	ksiega		1		Dane księgi głównej	Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy księga główna	
		nr	1	do 8 cyfr	Nr księgi	
		poz	1	do 10 cyfr	Pozycja, pod którą zapisano pacjenta	
		nr-dziecka	0-1	1 cyfra	Nr kolejny noworodka	
4	przyjecie		1		Dane dotyczące przyjęcia do szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb przyjęcia	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia
		data	1	data	Data przyjęcia	
4	wypis		0-1		Dane dotyczące wypisu ze szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb wypisu	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia
		data	1	data	Data wypisu	

		prycz- zgonu	0-1	do 5 znaków	Przyczyna zgonu (wg ICD-10)	Jeżeli zgon był przyczyną zakończenia hospitalizacji
		przyczyna- główna	1	do 5 znaków	Przyczyna główna	Zgodna z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala. Kod wg klasyfikacji ICD-10
5	przyczyny-wsp		0-5		Dane dotyczące przyczyn współistniejących	
		przyczyna- wsp	1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca	Kod wg klasyfikacji ICD-10

4.1.6. Element „świadczenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	świadczenie		1-n		Dane charakteryzujące udzielenie świadczenia	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”
		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”
4	dane-swiaidzenia		0-1		Dane obejmujące udzielenie świadczenia	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia. Jeśli atrybut „usun” w elemencie „świadczenie” ma wartość „T”, to element „dane-swiaidzenia” (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje
		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 lit. b rozporządzenia
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia	

					Data końca udzielania świadczenia	
					Kod trybu przyjęcia pacjenta	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia. Atrybut nieprzekazywany w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej. Podawany obligatoryjnie dla zestawów świadczeń, dla których atrybut //zestaw-swiadczen/@typ = „A”. Niepodawany dla zestawów świadczeń stacjonarnych (tryb przyjęcia określony jest wtedy w elemencie //hospitalizacja/przyjecie/@tryb)
					Liczba dni leczenia	Liczba dni w przypadku, gdy jednostką statystyczną jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja
5	z-listy-oczek				Dane charakteryzujące wpis na listę oczekujących, z której wykreślono pacjenta	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest przyczyną wykreślenia z listy oczekujących
					Data wpisu na listę oczekujących	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących
					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 procedury medycznej, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Występuje, gdy lista, z której wykreślono pacjenta, dotyczy określonej procedury medycznej. Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika
					Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, której dotyczy lista oczekujących	Gdy nienadany, należy przekazać „000”. Świadczenie może być zrealizowane w innej komórce świadczeniodawcy niż ta, której dotyczy lista oczekujących
5	przepustka				Dane dotyczące przepustki	Przepustka zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia
					Numer przepustki	Unikalny kolejny numer przepustki w ramach świadczenia
					Data i godzina rozpoczęcia przepustki	Czas należy przekazywać z dokładnością do minut, wskazując w sekcji sekund wartość „00”
					Data i godzina zakończenia przepustki	Czas należy przekazywać z dokładnością do minut, wskazując w sekcji sekund wartość „00”

4.1.7. Element „kom-org”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	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”

4.1.8. Element „personel-real”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	personel-real		1		Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia. W przypadku ratownictwa medycznego jako osobę udzielającą świadczenia należy podać dane kierownika zespołu wyjazdowego, którego dane zostały wymienione w elemencie //ratownictwo/personel-real
		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 numer prawa wykonywania zawodu
		wartosc	1	do 20 znaków	Wartość	Wartość według deklaracji w atrybucie //swiadczenie/dane-swiadczenia/personel-real/@typ

4.1.9. Element „przyczyna”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	przyczyna		0-1		Przyczyna medyczna udzielenia świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 i 4 rozporządzenia
		glowna	1	do 5 znaków	Przyczyna główna	Kod według klasyfikacji ICD-10

		wsp1	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współlistniająca nr 1	jw.
		wsp2	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współlistniająca nr 2	jw.
		wsp3	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współlistniająca nr 3	jw.

4.1.10. Element „transport”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	transport		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z transportem pacjenta	
		kod-celu	1	2 znaki	Kod celu przewozu	Zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		doplata-pacj	0-1	liczba (8,2)	Dopłata poniesiona przez osobę, której udzielono świadczenia	

4.1.11. Element „procedura”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	procedura		0-n		Dane dotyczące procedury medycznej wykonanej w ramach świadczenia	Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia
		id-proc	1	do 12 znaków	Identyfikator usługi medycznej	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu „zestaw-swiadczen”
		typ-kodu	1	1 znak	Oznaczenie słownika, z którego pochodzą kody procedur	Wartość kodu określona przez płatnika
		kod	1	do 8 znaków	Kod procedury medycznej	Kod procedury zgodny z typem słownika określonym w atrybucie „typ-kodu”
		krotnosc	0-1	do 3 cyfr [1]	Liczba powtórzeń wykonanej procedury	Dla wartości „1” (domyślnej) atrybut może być pominięty
		data-wyk	0-1	data	Data wykonania procedury	Występuje w przypadkach określonych w § 3 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia

4.1.12. Element „ratownictwo”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	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
		nr-powiadomienia	1	do 16 znaków	Nr powiadomienia w księdze	Numer powiadomienia wraz z rokiem i numerem tej księgi
		kod-zespołu	1	do 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-zakończenia	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-czynności	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
5	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
		wartosc	1	do 20 znaków	Wartość	Wartość według deklaracji w atrybucie //ratownictwo/personel-real/@typ

4.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORIJNYCH I SZPITALNYCH

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_SWI”
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „6”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	

		(wszystkie)							Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	problem			0-1 1z				Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu	
		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
				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 potwierdzonym komunikacie nie było żadnych zestawów świadczeń (przypadek teoretyczny)
		id-zest-swiad		1	do 20 znaków			Identyfikator zestawu świadczeń	Identyfikator przekazany w potwierdzonym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swadczen/@id-zest-swiad
		nr-wersji		1	do 4 cyfr			Nr modyfikacji zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzonym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swadczen/@nr-wersji
		usun		0-1	1 litera [N]			Informacja o statusie dostępności zestawu świadczeń w systemie płatnika	Atrybut przekazywany w przypadku potwierdzeń usuniętych zestawów świadczeń
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 potwierdzonym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/swiadczenie/@id-swiad
		usun	0-1	1 litera [N]	Informacja o statusie dostępności świadczenia w systemie płatnika	Atrybut przekazywany w przypadku potwierdzeń usuniętych świadczeń
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. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

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 „ZPOSP”
	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
1	swiadczeniodawca	1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
	(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów
1	spraw-rozlicz-zposp	1		Sprawozdanie rozliczeniowe zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Sprawozdanie jednoznacznie identyfikowane jest przez: — identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w ramach którego wygenerowano sprawozdanie — identyfikator dokumentu sprawozdania w ramach instalacji systemu informatycznego — nr korekty do danego dokumentu sprawozdania (w przypadku pierwotnej wersji dokumentu sprawozdania nr korekty przyjmuje wartość 0)
	umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
	rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
	miesiac	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
	id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu sprawozdania	Unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w atrybucie //komunikat/swiadzeniodawca/@id-inst. Pierwotna postać dokumentu, jak i wszystkie jego korekty (atrybut @nr-korekty), mają ten sam identyfikator 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 wypłacie 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/swiadzeniodawca/@id-inst

			id-poz-rozlicz	1	do 10 cyfr	Identyfikator pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy
			typ-pozycji	1	1 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	0-1		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		id-poz-koryg	1	do 10 cyfr	Identyfikator korygowanej pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy
			kod	0-1 1z		Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia	Występuje w przypadku pozycji typu N (normalna)
			data-od	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia
			data-do	0-1	data	Data początku udzielenia 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		data-do	1	data	Data końca udzielenia świadczenia	Data odbioru przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy – data dokonania naprawy. Data końca udzielenia świadczenia = data odbioru środka/przedmiotu zgodna z datą umieszczoną na zleceniu
			typ-dok	1		Dane zlecenia/dokumentu zgody na realizację, wydanego przez płatnika i stanowiącego podstawę rozliczeń z płatnikiem	
			id-dok	1	1 znak	Typ dokumentu	Kody typów dokumentów ustalone przez płatnika
			pesel	0-1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu	
4	przedmiot			1	11 cyfr	Identyfikator osoby, której dotyczy zaopatrzenie	
			kod-przedm	1	do 16 znaków	Dane dotyczące wydanego przedmiotu	
				1	do 16 znaków	Kod przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy – kod naprawy 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	Wydana ilość przedmiotów	W przypadku naprawy ilość jest równa 1
		okres- zaop-od	0-1	rok + miesiąc	Początek okresu, za który pobrano przedmioty (rok i miesiąc)	Przekazywany tylko w przypadku realizacji świadczeń na kartę zaopatrzenia
		okres- zaop-dlug	0-1	liczba (1,0) [1]	Długość okresu (w miesiącach), za który pobrano przedmioty	jw.
		refundacja	1	liczba (8,2)	Kwota refundacji	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 4 lit. d lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. c rozporządzenia
		doplata	1	liczba (8,2)	Kwota dopłaty ze strony pacjenta	Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 4 lit. e lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. d rozporządzenia

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

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_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	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				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	
		miesiac	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 świadczeniodawcę 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
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika)
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
2	potw-poz-spraw-zposp		0-1 1z			Nie występuje, jeśli wykryto problemy na poziomie całości sprawozdania
3	potw-poz-rozl-zposp		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia (pozycji sprawozdania)	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym sprawozdaniu nie przekazano żadnych świadczeń zaopatrzenia
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana potwierdzana pozycja rozliczeniowa	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadzeniodawca/@id-inst
		id-poz-rozl	1	do 10 cyfr	Identyfikator potwierdzonej pozycji rozliczeniowej sprawozdania	
4	problem		0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych z pozycją sprawozdania	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów z daną pozycją sprawozdania

			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	

6. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

6.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „DEKL”
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „5”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów
1	spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Sprawozdanie rozliczeniowe deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	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	rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Identyfikuje równocześnie rok szkolny
		miesiąc	miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	deklaracje			1-n		Deklaracje	
		typ-dekl	typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	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 wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	
		pesel	pesel	0-1	11 cyfr	Numer PESEL	Wartość przekazywana w przypadku pielęgniarek i położnych, higienistek szkolnych sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami 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	npwz	0-1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	Wartość przekazywana, gdy grupa zawodowa posiada numer prawa wykonywania zawodu. W przypadku deklaracji złożonej przed 01.10.2004 r. i niezawierającej wyboru konkretnej osoby, atrybut nie powinien być przekazywany
4	dekl-poz			1-n		Dane dotyczące deklaracji wyboru, złożonej przez świadczeniobiorcę, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	

	id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	Atrybut techniczny jednoznacznie identyfikujący złożoną deklarację w ramach systemu informatycznego świadczeniodawcy
	data-zloz	1	data	Data złożenia deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	
5	pacjent-dekl	1		Dane pacjenta	
6	id-pacj-dekl	1		Identyfikacja pacjenta	
7	pesel	0-1 1z		Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL	Przekazywany w przypadku pacjentów, którym nadano numer PESEL
	pesel	1	11 cyfr	PESEL pacjenta	
7	noworodek	0-1 1z		Wskazanie, że deklaracja dotyczy dziecka bez własnego numeru PESEL	Przekazywany jest dla dzieci w sytuacji, gdy nie nadano im własnego nr PESEL
	typ-id	0-1	do 2 znaków [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia [pozycje 1-5]
	id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator rodzica albo opiekuna prawnego	
7	posw-druku-e	0-1 1z		Identyfikacja pacjenta uprawnionego do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji bez nadanego nr PESEL	Przekazywany w przypadku pacjentów uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji bez nadanego nr PESEL przedstawiających jako dokument uprawniający poświadczenie druku serii E100 lub odpowiednio S1 albo DA1
	posw-druku-e	1	do 20 znaków	Nr poświadczenia druku serii E100 lub odpowiednio S1 albo DA1	
7	umowa-ubezp-ind	0-1 1z		Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym	Przekazywany w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym
	nr-umowy	1	do 20 znaków	Numer umowy o dobrowolne ubezpieczenie	
6	pacjent-stat	0-1		Dane statystyczne o pacjencie	Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano numeru PESEL pacjenta
	data-urodz	1	data	Data urodzenia	
	plec	1	1 cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5218
6	dane-osob	1		Dane osobowe pacjenta	
	imie	1	do 30 znaków	Imię	

	imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
	nazwisko	1	do 60 znaków	Nazwisko	W przypadku nazwisk dwuczłonowych podawane z łącznikiem pomiędzy (bez spacji)
6	adres	0-1		Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Rzeczypospolitej Polskiej	Nieprzekazywane w przypadku deklaracji dotyczącej medycyny szkolnej
	kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy	Format: 99-999
	miescowosc	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	1	7 znaków	Kod terytorialny gminy zamieszkania	

6.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

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_DEK”
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „5”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	potw-spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Potwierdzenie sprawozdania rozliczeniowego deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	

		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	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania
2	deklaracje		1-n			
		typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	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
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzonych danych (płatnika)
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
3	potw-poz-spraw		0-1 1z			Nie występuje, gdy zaistniał problem z całością sprawozdania
4	potw-dekl-poz		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych deklaracji	
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz/@id-dekl
5	problem		0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych z deklaracją wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy

	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
		1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika)
		1	do 250 znaków	Opis problemu	

7. KOMUNIKAT O PORADACH, BILANSACH ZDROWIA, PORADACH PATRONAŻOWYCH, WIZYTACH PATRONAŻOWYCH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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 PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

8.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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 „ZBPOZ”
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „3”
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów
1	sprawozdanie		1		Dane objęte sprawozdaniem	
		umowa	1	do 24 znaków	Numer umowy z płatnikiem, w ramach której były realizowane świadczenia objęte sprawozdaniem zbiorczym	

	rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
	miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
	wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane w ramach wskazanego okresu sprawozdawczego dane (dotyczy to wszystkich elementów „rodz-swdcz”)
	usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T – należy usunąć N – nie należy usuwać (przekazanie nowych danych)
2	lb-swiadcz	0-n		Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju	Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia
	typ-swiadcz	1	do 5 znaków	Typ świadczenia	Kod świadczenia zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia
	podtyp-swiadcz	0-1	do 10 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 PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Do potwierdzenia danych o świadczeniach udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stosowany jest ogólny komunikat „potwierdzenia 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	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	

				stała wartość	1	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych niniejszym rozporządzeniem jest to stała wartość: www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1
	typ		1	do 5 znaków	1	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „LIOCZ”
	wersja		1	do 2 cyfr	1	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „5”
	id-odb		1	do 16 znaków	1	Identyfikator podmiotu (instytucji) odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikatorem tym jest kod zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierżeń danych), to jest to identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem
	id-inst-odb		0-1	do 38 znaków	0-1	Identyfikator systemu informatycznego odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, atrybut nie jest przekazywany. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierżenia), to jest to identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika
	id-nad		1	do 16 znaków	1	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	Identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem
	id-inst-nad		1	do 38 znaków	1	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu	Identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika
	nr-gen		1	liczba (8,0)	1	Numer kolejny komunikatu danego typu, wygenerowanego z systemu nadawcy	
	czas-gen		1	data + czas	1	Data i czas wygenerowania komunikatu	Informacja pomocnicza
1	swiadczeniodawca		1		1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
	typ-id-sw-d		1	1 znak	1	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	X – identyfikator techniczny nadany przez płatnika
	id-sw-d		1	do 16 znaków	1	Identyfikator świadczeniodawcy	

			id-inst	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie świadczeniodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy
1	spraw-l-oczek		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Sprawozdanie dotyczy stanu na ostatni dzień miesiąca
			miesiac	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	lista-oczek			1-n			Do klucza sprawozdania wchodzi atrybuty: rok; miesiąc i zakres-danych. Jest to jednoznaczny identyfikator przekazania sprawozdania za dany okres w danym zakresie danych. W ramach tego klucza następuje wersjonowanie opisane w atrybucie „wersja”
			zakres-danych	1	1 litera	Zakres przekazywanych danych listy oczekujących	Wartości: S — dane statystyczne (czasy oczekiwania i liczba oczekujących) W — wykaz osób oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne O — wykaz osób oczekujących na świadczenia, o których mowa w załączniku nr 10 do rozporządzenia
			kod-res-7	1	3 lub 4 cyfry	VII część kodu resortowego	Gdy nie nadany, należy przekazać „000”
			kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Kod procedury lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika
			data-oceny	1	data	Data dokonania ostatniej oceny listy oczekujących	
			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 w kluczu sprawozdania wymienionym w opisie elementu „lista-oczek”

			usun				Żądanie usunięcia danych dotyczących określonej listy oczekujących	Stosowane wówczas, kiedy chcemy usunąć ze sprawozdania listę (dotyczącą określonej komórki organizacyjnej lub procedury), traktowaną jako odrębny obiekt sprawozdawczy. Natomiast gdy kolejka jest obserwowana, ale ma liczebność = „0” i czas oczekiwania = „0”, to podaje się te wartości w odpowiednich atrybutach elementu „parametry”
3	stat-listy-oczek			0-1 1z			Parametry podsumowujące listę oczekujących	Występuje wtedy, gdy nie przekazuje się danych osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = S)
4	podzbior-ocz			1-n			Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną	
			kod-kateg	1	1 znak		Kod kategorii osób oczekujących	Wartości: 1 – przypadki stabilne 2 – przypadki pilne
			lb-oczekuj	1	liczba (5,0)		Liczba osób oczekujących	
			rzecz-czas-oczek	1	liczba (5,0)		Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	Według wzoru określonego w załączniku nr 7 do rozporządzenia
			lb-skreslonych-msc	1	liczba (5,0)		Liczba osób skreślonych w danym miesiącu	
			lb-skreslonych-msc-wyk-s	1	liczba (5,0)		Liczba osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia	
			lb-skreslonych-pol-wyk-s	1	liczba (5,0)		Liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z powodu wykonania świadczenia	
3	lista-osob			0-1 1z			Lista osób oczekujących w kolejce	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = W lub O)
4	oczekujacy			1-n			Lista pacjentów oczekujących	
5	ident-pacj			1			Identyfikacja pacjenta	
			typ-id	0-1	1 duża litera [P]		Kod typu identyfikatora	
			id-osoby	1	do 20 znaków		Identyfikator pacjenta	
5	dane-osob			1			Dane osobowe pacjenta	
			imie	1	do 30 znaków		Imię	
			imie2	0-1	do 30 znaków		Drugie imię	
			nazwisko	1	do 60 znaków		Nazwisko	

5	adres			0-1		Adres zamieszkania pacjenta	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = W)
		kod-pocztowy		0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		panstwo		0-1	2 znaki	Kod państwa stałego zamieszkania	Według normy PN-ISO 3166-1
		miescowosc		1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica		0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu		1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok		0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
5	kontakt			0-1		Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = W)
		nr-tel		0-1	do 40 znaków	Numery telefonów kontaktowych	
		inny		0-1	do 60 znaków	Inne sposoby kontaktowania się	
6	lista			1		Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących	
		kategoria		1	1 znak	Kryterium medyczne zastosowane przy planowaniu daty realizacji	Wartości: 1 – przypadek stabilny 2 – przypadek pilny
7	lista-w			0-1 1z		Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących na świadczenia wyspospecialistyczne	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = W)
		nr-na-liscie		1	liczba (5,0)	Numer na liście oczekujących w roku zapisania	
		rozpoznanie		1	do 50 znaków	Rozpoznanie lub powód przyjęcia	
8	termin			1		Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian)	
		mom-zapisu		1	data + czas	Data i godzina wpisu na listę oczekujących	
		operator		1	do 30 znaków	Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu	

			data	1	data	Planowana data udzielenia świadczenia	W przypadku zaplanowania z dokładnością do tygodnia podaje się pierwszy dzień tygodnia (poniedziałek)
		doklad-plan	1 znak	1	1 znak	Dokładność zaplanowania daty realizacji	Wartości: D – dzień T – tydzień
		przycz-zmiany	do 200 znaków	0-1	do 200 znaków	Przyczyna zmiany terminu	
8	skreslenie			0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących	Element przekazywany tylko raz – w komunikacie za okres, w którym nastąpiło skreślenie z listy oczekujących
		data-skresl	data	1	data	Data skreślenia	
		kod-skresl	1 znak	1	1 znak	Kod przyczyny skreślenia	Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia
7	lista-0			0-1 1z		Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = 0)
8	termin			1		Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian)	
		data	data	1	data	Data wpisu na listę oczekujących	
8	skreslenie			0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących	Element przekazywany tylko raz – w komunikacie za okres, w którym nastąpiło skreślenie z listy oczekujących
		data-skresl	data	1	data	Data skreślenia	
		kod-skresl	1 znak	1	1 znak	Kod przyczyny skreślenia	Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia

9.2. KOMUNIKAT 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	
		xmlns	1	stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyslnie) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych niniejszym rozporządzeniem jest to stała wartość: www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1

	typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „P_LIO”
	wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „5”
	id-odb	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) odbiorcy komunikatu	Jeżeli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikatorem tym jest kod zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia. Jeżeli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzeń danych), to jest to identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem
	id-inst-odb	0-1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego odbiorcy komunikatu	Jeżeli odbiorcą komunikatu jest płatnik, atrybut nie jest przekazywany. Jeżeli 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	Identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem
	id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu	Identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika
	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	swiadczeniodawca	1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
	typ-id-swd	1	1 znak	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	X — identyfikator techniczny nadany przez płatnika
	id-swd	1	do 16 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy	

			id-inst	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie świadczeniodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy
1	problem			0-1 1z		Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu	
		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
				1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika)
				1	do 250 znaków	Opis problemu	
1	potw-danych			0-1 1z		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazywanych w komunikacie	
2	potw-lista-oczek			1-n		Informacja o liście oczekujących	Element przekazywany w celu potwierdzenia przyjęcia listy oczekujących lub zasygnalizowania problemu
		zakres-danych		1	1 litera	Zakres przekazywanych danych z listy oczekujących	Wartości: S – dane statystyczne (czasy oczekiwania i liczba oczekujących) W – wykaz osób oczekujących na świadczenia wyspospecjalistyczne O – wykaz osób oczekujących na świadczenia, o których mowa w załączniku nr 10 do rozporządzenia
				0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wyspospecjalistycznego	Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wyspospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika

									Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane
3	lista-problem	wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących				Nieprzekazywany w przypadku list oczekujących niezawierających problemu
		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)
		lista-zakw	0-1	1 znak	Lista oczekujących zakwestionowana przez operatora NFZ				Atrybut przekazywany tylko dla zakres-danych = „O”. Wartości: T — Tak N — Nie
		lista-nie-publ	0-1	1 znak	Lista oczekujących niepublikowana w systemie NFZ				Atrybut przekazywany tylko dla zakres-danych = „O”. Wartości: T — Tak N — Nie
		opis	0-1	do 250 znaków	Opis przyczyny zakwestionowania / niepublikowania informacji o danej liście oczekujących				Atrybut przekazywany tylko dla zakres-danych = „O”

Załącznik nr 3

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ, W PRZYPADKU KTÓRYCH UDZIELENIA ŚWIADCZENIODAWCY PRZEKAZUJĄ
DODATKOWY ZAKRES DANYCH, ZGODNIE Z § 8 UST. 2A ROZPORZĄDZENIA**

I. Świadczenia gwarantowane udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych**A. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

Lp.	Poradnie/pracownie	Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych
1	endokrynologiczne	1030 Poradnia endokrynologiczna; 1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci; 1032 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna; 1033 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci; 1034 Poradnia andrologiczna; 1035 Poradnia andrologiczna dla dzieci; 1036 Poradnia leczenia niepłodności; 1037 Poradnia leczenia niepłodności dla dzieci; 1038 Poradnia schorzeń tarczycy; 1039 Poradnia schorzeń tarczycy dla dzieci; 1040 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy; 1041 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy dla dzieci
2	chorób naczyń	1120 Poradnia chorób naczyń; 1121 Poradnia chorób naczyń dla dzieci
3	chirurgii ręki	1552 Poradnia chirurgii ręki; 1553 Poradnia chirurgii ręki dla dzieci
4	hematologiczne	1070 Poradnia hematologiczna; 1071 Poradnia hematologiczna dla dzieci
5	chirurgii naczyniowej	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej; 1531 Poradnia chirurgii naczyniowej dla dzieci
6	neurochirurgiczne	1570 Poradnia neurochirurgiczna; 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci
7	rehabilitacyjne	1300 Poradnia rehabilitacyjna; 1301 Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
8	kardiologiczne	1100 Poradnia kardiologiczna; 1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci; 1102 Poradnia wad serca; 1103 Poradnia wad serca dla dzieci; 1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego; 1105 Poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci

B. Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego – w oddziałach

Lp.	Oddziały	Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych
1	reumatologii	4280 Oddział reumatologiczny; 4281 Oddział reumatologiczny dla dzieci
2	chirurgii plastycznej	4550 Oddział chirurgii plastycznej; 4551 Oddział chirurgii plastycznej dla dzieci
3	endokrynologii	4030 Oddział endokrynologiczny; 4031 Oddział endokrynologiczny dla dzieci
4	alergologiczny	4010 Oddział alergologiczny; 4011 Oddział alergologiczny dla dzieci

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) leczenia wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF;
- 2) zabiegów w zakresie ciała szklistego (witrektomia) [14.73; 14.74];
- 3) koronarografii [88.55; 88.56; 88.57];
- 4) wszczepienia/wymiany rozrusznika jednojamowego [37.80; 37.82; 37.86];
- 5) wszczepienia/wymiany rozrusznika dwujamowego [37.83; 37.87].

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych:

- 1) leczenia przewlekłego WZW typu B lub C;
- 2) leczenia przewlekłego WZW typu B w oporności na lamiwudynę;
- 3) leczenia stwardnienia rozsianego.

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- 1) świadczenia rezonansu magnetycznego.