

801

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

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

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

§ 1. 1. Rozporządzenie określa zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem”, lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów.

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa — ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba, której udzielono świadczenia — następujące kategorie osób:
 - a) świadczeniobiorcę,
 - b) osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,
 - d) osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2—6 i 9 ustawy;

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

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

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

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

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami § 4;
- 2) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;
- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym — pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących istotnych dla udzielenia tego świadczenia zdrowotnego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, które tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
- 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziesiąta CM (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; a jeżeli kod dotyczy procedury dokonania przeszczepu — dodatkowo datę wykonania przeszczepu;

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 wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824, z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208 i Nr 176, poz. 1243 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305 i Nr 70, poz. 416.

- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego;
 - 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
 - 8) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego — w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
 - 9) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy — jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy;
 - 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;
 - 11) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie, na który składa się:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu — numer PESEL,
 - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
 - 12) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
 - a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
 - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
 - c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecenia świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;
 - 13) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia — w przypadku udzielenia świadczenia w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
 - 14) kod badania, w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest badanie, przyjmujący odpowiednio:
 - a) kod określony w tabeli nr 1 załącznika nr 6 do rozporządzenia — w przypadku badania laboratoryjnego lub diagnostycznego wykonanego w podstawowej opiece zdrowotnej,
 - b) kod określony w tabeli nr 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia — w przypadku badania diagnostycznego obrazowego wykonanego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.
2. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty osoby, której udzielono świadczenia, pomiędzy wpisem i wypisem do księgi głównej przyjęć i wypisów stanowią jedną hospitalizację. W tym przypadku dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:
- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia;
 - 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, wraz z numerem księgi głównej;
 - 3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon — dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki.
3. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratunkowy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:
- 1) przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
 - 2) konieczności przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
 - 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
 - 4) numeru w księdze pogotowia ratunkowego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu, wraz z numerem tej księgi;
 - 5) daty, godziny i minut, w systemie 24-godzinnym:
 - a) powiadomienia o zdarzeniu,
 - b) przekazania dyspozycji (zlecenia) wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego,
 - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - d) przybycia na miejsce zdarzenia,
 - e) przekazania opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego,

- f) zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) kodu miejsca wyczekiwania wraz z numerem zespołu ratownictwa medycznego, nadanego przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń.

4. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia potwierdzającego uprawnienie do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, zwane dalej „przedmiotami ortopedycznymi”, albo w środki pomocnicze, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b,
 - b) kod typu zlecenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,
 - d) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą pierwsze trzy znaki);
- 4) dane dotyczące realizacji zlecenia, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przyjęcia zlecenia do realizacji,
 - c) liczbę wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,
 - d) kwotę refundacji,
 - e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,
 - f) datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
 - g) okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

5. Jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe polega na dokonaniu naprawy przedmiotu ortopedycznego, rejestr świadczeń obejmuje:

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

- 2) identyfikator zlecenia potwierdzającego uprawnienie świadczeniobiorcy do wykonania naprawy, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;

3) datę przyjęcia do naprawy;

4) dane dotyczące dokonanej naprawy:

- a) identyfikator świadczeniodawcy,
- b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy,
- c) kwotę refundacji,
- d) kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
- e) datę dokonania naprawy.

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

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,
 - c) stopień niesprawności ustalony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy, przyjmujący kod określony w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do rozporządzenia — w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy,
 - d) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.³⁾),
 - e) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290.

- b) datę przejazdu,
- c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

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

8. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1—7, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

- 1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, określony zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia;
- 2) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej „umową”;
- 3) kod dla świadczenia, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 5) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

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

- 1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) imię (imiona) i nazwisko;
- 3) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:
 - a) państwo,
 - b) nazwa miejscowości,
 - c) kod pocztowy,
 - d) ulica, numer domu i lokalu;
- 4) datę urodzenia;
- 5) płeć;

6) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:

- a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- b) dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienia do tych świadczeń, zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:
 - dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO-3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ustalony między płaćnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

7) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 47c ustawy:

- a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
- b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument.

§ 5. 1. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, w tym także udzielający świadczeń świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, oraz świadczeń wynikających z art. 12 pkt 2—4, 6 i 9 ustawy, z zastrzeżeniem § 6, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także wykonane powyżej kwoty, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

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

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

3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2—4, 6 i 9 ustawy — dane, o których mowa w § 4 pkt 1—3, 6 i 7, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

3. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przekazują numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia, w przypadku osób, którym nadano ten numer, oraz odpowiednio dane, o których mowa w:

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

2) § 3 ust. 5 pkt 2—4 — jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.

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

1) którzy złożyli deklarację wyboru — w zakresie określonym w ust. 2 i 3;

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

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, w odniesieniu do porad udzielonych osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przekazuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.

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

1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

a) liczbę bilansów zdrowia według grup wiekowych, określonych przez Fundusz,

b) liczbę badań według rodzajów badań określonych w tabeli nr 1 załącznika nr 6 do rozporządzenia,

c) liczbę szczepień według grup wiekowych, określonych przez Fundusz,

d) liczbę porad patronażowych;

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

3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania:

a) liczbę badań (testów) przesiewowych według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,

b) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową,

c) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń;

4) transportu sanitarnego — liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych przekazują tym podmiotom dane o każdym udzielonym świadczeniu, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz pkt 6 lit. a i c oraz pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

§ 8. 1. Na liście oczekujących są gromadzone:

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

2) numer kolejny;

3) dane dotyczące dokonania wpisu na listę:

a) data wpisu,

b) godzina wpisu,

c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;

4) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:

a) o których mowa w § 4 pkt 1—3,

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

5) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;

6) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia:

- a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku (w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia),
- b) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczeniu terminu, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
- c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, o którym mowa w lit. b, także uzasadnienie tej zmiany;

7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:

- a) data skreślenia,
- b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

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

2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia:

- 1) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca, w poszczególnych komórkach organizacyjnych według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;
- 2) średni rzeczywisty czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia.

3. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych przekazują dane, o których mowa w ust. 1, według stanu na ostatni dzień miesiąca:

- 1) oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia — jeżeli udzielają świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem;
- 2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia — jeżeli udzielają świadczeń finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 15 ust. 3 ustawy.

§ 9. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, tworzą i prowadzą w formie elektronicznej dodatkowo:

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

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;

2) dotyczące osób objętych opieką:

- a) identyfikator, którym jest numer:
 - PESEL — w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - poświadczenia — w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, którym nie nadano numeru PESEL,
 - umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym — w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
- b) dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,
- c) dane, o których mowa w § 4 pkt 3;

3) oznaczenie typu deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;

4) data dokonania wyboru;

5) data rezygnacji z opieki — jeżeli jest znana świadczeniodawcy;

6) informacje niezbędne do rozliczenia dokonywanego na podstawie liczby osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

- 1) dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1, pkt 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6;
- 2) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

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

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

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

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

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

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

- 1) przygotowanie komunikatu przez świadczeniodawcę;
- 2) przekazanie komunikatu przez świadczeniodawcę;
- 3) weryfikacja komunikatu przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 4) przygotowanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego, zawierającego potwierdzenie prawidłowości komunikatu lub wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków;
- 5) przekazanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego do świadczeniodawcy.

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

§ 11. 1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5—7, § 8 ust. 2 i 3 i § 9 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

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

3. Dane, o których mowa w § 3 ust. 8 pkt 4 i 5, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.

4. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem, w zakresie uregulowanym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 137 ust. 9 lub 10 ustawy.

§ 12. 1. Do dnia 31 grudnia 2009 r. świadczeniodawcy, o których mowa w § 8 ust. 2, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane, o których mowa w § 8 ust. 2, oraz średni przewidywany czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, oraz liczbę oczekujących, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy, według stanu na ostatni dzień miesiąca:

- 1) w poszczególnych komórkach organizacyjnych;
- 2) na wybrane procedury oraz na leczenie w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych i na świadczenia z zakresu chemioterapii, określone w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

2. Dane wymagane niniejszym rozporządzeniem są przekazywane przez świadczeniodawców po raz pierwszy w komunikacie dotyczącym świadczeń udzielonych w październiku 2008 r.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.⁴⁾

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780 i Nr 242, poz. 1756), które utraciło moc z dniem 29 marca 2008 r. na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 20 czerwca 2008 r. (poz. 801)

Załącznik nr 1

Kody funkcji ochrony zdrowia i jednostek statystycznych świadczeń

W załączniku przedstawiono:

W tabeli nr 1: kody funkcji ochrony zdrowia,

W tabeli nr 2: kody jednostek statystycznych świadczeń,

W tabeli nr 3: kody świadczeń.

Tabela nr 1. Kody funkcji ochrony zdrowia

Nazwa funkcji ochrony zdrowia		Kod	
Grupa	Wyszczególnienie		
1. Grupa - usługi lecznicze Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków choroby lub urazu.	1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu	0	
	1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” obejmuje m.in. chirurgię „jednego dnia”, chemioterapię nowotworów.	1	
	1.3. Leczenie ambulatoryjne świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego.	1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane ze stawianiem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	2
		1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentyistów.	3
		1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia psychiatrii ambulatoryjnej.	4
		1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	5
		1.3.6. Leczenie w trybie dziennym Leczenie wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	6
		1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, położne i innych przedstawicieli zawodów medycznych (z wyjątkiem fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji) oraz wykonywane przez psychologów.	7
	1.4. Świadczenia w domu pacjenta Np. porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej lub położnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe.	8	
	2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.	2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.	9
2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu.		10	
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego.		11	
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta		12	
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.		13	

Nazwa funkcji ochrony zdrowia		Kod	
Grupa	Wyszczególnienie		
3. Grupa - opieka długoterminowa Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej.	3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w zakładzie.	14	
	3.2. Długoterminowa opieka dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	15	
	3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.	16	
	3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym	17	
4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej	4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18	
	4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.	4.2.1. Diagnostyka obrazowa	19
		4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa	20
	4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	4.3.3. Pomoc doraźna - zespoły ratownictwa medycznego	28
		4.3.4. Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	29
		4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe	30
		4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie	31
		4.3.7. Pozostałe	4.3.7.1. Pozostałe - Transport pacjenta
4.6. Usługi pielęgnacyjne		33	
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze		34	

Nazwa funkcji ochrony zdrowia		Kod	
Grupa	Wyszczególnienie		
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych	5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.	5.2.1. Lecznicze środki wspomaganie w okulistyce Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35
		5.2.2. Przedmioty ortopedyczne Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortezy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36
		5.2.3. Lecznicze środki wspomaganie w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37
		5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38
		5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	39
		5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	40
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.	6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.	6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne	41
		6.1.2. Zdrowie matki i dziecka	42
		6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem	43
		6.1.4. Inna	44
	6.2. Medycyna szkolna Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.		45
	6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.		46
	6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta.		47
	6.6. Medycyna sportowa		48
6.7. Oświata i promocja zdrowia		49	

Tabela nr 2. Kody jednostek statystycznych świadczeń

Jednostka statystyczna		Objaśnienie
Nazwa	Kod	
Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do zakładu, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.
Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-liczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedna noc.
Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
Porada patronażowa	5	Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
Wizyta patronażowa	7	Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
Przewóz	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N).
Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa.
Bilans zdrowia	17	Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia: - zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowanie leczenia, - problemów społecznych dziecka i jego rodziny, oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych.
Wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	18	Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środki pomocnicze znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy.

Jednostka statystyczna		Objaśnienie
Nazwa	Kod	
Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych.
Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarstwo mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.
Świadczenie profilaktyczne	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzydzielone jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20.

Tabela nr 3. Kod świadczenia (kod funkcji ochrony zdrowia powiązany z kodem jednostki statystycznej)

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
1. Grupa - usługi lecznicze			
1.1. Leczenie stacjonarne	pobyt w oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do księgi głównej), z wyjątkiem pobytów w: - oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, - oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu - kod 14.3 oraz pobytów w zakładzie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.	0.3
	osoba leczona	M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobylem na oddziale.	0.11
1.2. Leczenie jednego dnia	leczenie jednego dnia		1.2
	hemodializa		1.16
1.3. Leczenie ambulatoryjne			
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	bilans zdrowia		2.17
	osoba leczona		2.11
1.3.2. Leczenie stomatologiczne	porada		3.4
	badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne	porada		4.4
	cykl leczenia		4.8
	sesja		4.10
	osoba leczona		4.11
1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
1.3.6. Leczenie w trybie dziennym	cykl leczenia	Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach: - rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8; - długoterminowej dziennej opieki, przyjmującej kod 15.8.	6.8
	osoba leczona		6.11
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna	porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym.	7.4
	wizyta		7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.	7.8
	sesja		7.10
	osoba leczona		7.11
	hemodializa		7.16
1.4. Świadczenia w domu pacjenta	porada	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.4, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.4.	8.4
	porada patronażowa		8.5
	wizyta	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.6, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.6.	8.6
	wizyta patronażowa		8.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.8, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.8.	8.8
	badanie		8.9
	sesja		8.10
	osoba leczona		8.11
	hemodializa		8.16
	bilans zdrowia		8.17
2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne			
2.1. Rehabilitacja stacjonarna	pobyt w oddziale szpitalnym		9.1
2.2. Rehabilitacja dzienna	cykl leczenia	W przypadku, gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów.	10.8
	osoba leczona		10.11
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna	porada		11.4
	wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta	porada		12.4
	wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna	porada		13.4
	wizyta		13.6
	cykl leczenia		13.8
	osoba leczona		13.11
3. Grupa - opieka długoterminowa			
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka	pobyt w oddziale szpitalnym		14.1
	pobyt		14.3
3.2. Długoterminowa dzienna opieka	cykl leczenia		15.8
	osoba leczona		15.11
3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta	porada		16.4
	wizyta		16.6
	cykl leczenia		16.8
	osoba leczona		16.11
3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hostelowym	pobyt		17.3
	osoba leczona		17.11
4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej			
4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej	badanie	Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18.9
4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych.	19.9
	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik nieobrazowych.	20.9
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta		Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	
4.3.3. Pomoc doraźna - zespoły ratownictwa medycznego	wyjazd ratowniczy		28.12
4.3.4. Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	przelot		29.15
4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe	akcja ratownicza		30.13
4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie	akcja ratownicza		31.13
4.3.7. Pozostałe			
4.3.7.1. Pozostałe - Transport pacjenta	przewóz		32.14
	przelot		32.15
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		33.6
	osoba leczona		33.11
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze		Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze.	34.*

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia		Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczna, naprawy, wypożyczanie.	
5.2.1. Lecznicze środki wspomagania w okulistyce	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35.18
5.2.2. Przedmioty ortopedyczne	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynieryjno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36.18
5.2.3. Lecznicze środki wspomagania w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37.18
5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38.18
5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy		39.18
5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy		40.18
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne			
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			41.*
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			42.*
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem			43.*
6.1.4. Inna			44.*

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badanie (test) przesiewowe		45.20
	szczepienie		45.19
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym			46.*
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym			47.*
6.6. Medycyna sportowa	porada		48.4
	wizyta		48.6
	osoba leczona		48.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		49.11

* Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki statystycznej zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2.

Załącznik nr 2

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

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

- 1) numer księgi rejestrowej albo pierwsze dziewięć cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON;
- 2) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego.

Załącznik nr 3

KODY WYMAGANE DO OZNACZANIA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej	
Nazwa zawodu	Kod
asystentka stomatologiczna	1
diagnosta laboratoryjny	2
dietetyk	3
farmaceuta	4
felczer	5
fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
higienistka stomatologiczna	7
higienistka szkolna	8
instruktor higieny	9

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej	
instruktor terapii uzależnień /specjalista terapii uzależnień	10
lekarz	11
lekarz dentysta	12
logopeda	13
masażysta (technik masażysta)	14
opiekunka dziecięca	15
optometrysta	16
ortoptystka	17
pielęgniarka	18
położna	19
protetyk słuchu	20
psychoterapeuta	21
ratownik medyczny	22
specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
technik analityki medycznej	24
technik dentystyczny	25
technik farmaceutyczny	26
technik elektroniki medycznej	27
technik elektroradiolog	28
technik optyk	29
technik ortopeda	30
terapeuta zajęciowy	31
psycholog	50

Tabela nr 2. Kod przyczyny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego	
Wyszczególnienie	Kod
Nagle zachorowanie - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W kategorii tej należy także uwzględnić przypadek wyjazdu do porodu.	1
Wypadek - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które może powodować uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utratę życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.	2
Przypadek niewymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.	3

Tabela nr 3. Kod informacji o przyjęciu lub nieprzyjęciu przez szpitalny oddział ratunkowy osoby, której zespół ratownictwa medycznego udzielił świadczeń

Wyszczególnienie	Kod
osoba, której udzielano świadczenia, została przyjęta przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć	1
osoba, której udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć	2

Tabela nr 4. Kod informacji dotyczącej nastąpienia zgonu

Wyszczególnienie	Kod
zgon pacjenta nastąpił przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego	1
zgon nastąpił w trakcie udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego	2

Tabela nr 5. Kod stopnia niesprawności ustalany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy, w przypadkach, o których mowa w art. 41 ust. 3 ustawy

Stopień niesprawności	Kod
Pierwszy	1
Drugi	2

Tabela nr 6. Kod celu przewozu transportem sanitarnym, w tym transportem wykonanym przez neonatologiczny zespół wyjazdowy N

Cel przewozu	Kod
Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	1
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia	2
Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	3
Inne niż wymienione wyżej	4

Tabela nr 7. Identyfikator osoby, której udzielono świadczenia, oraz kod identyfikatora

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

Tabela nr 8. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie				
Lp.	Uprawnienie		Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie	
	tytuł	kod tytułu	kod nazwy/pełna nazwa dokumentu	pozostałe dane identyfikujące dokument
1	2	3	4	5
1	ubezpieczony	U	K - w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty
			NK - w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	nazwa dokumentu oraz seria i numer dokumentu, jeżeli występuje
2	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy	N	A - w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art.54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator - jeżeli występuje, numer identyfikacyjny gminy z rejestru TERYT (o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej) - jeżeli jest znany świadczeniodawcy
3	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy	I	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
4	osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E - w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności
			O - w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy	numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
			F - w przypadku formularza serii E	rodzaj druku, data wystawienia formularza, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła formularz, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano formularz (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny - jeżeli podano w dokumencie)
			C - w przypadku certyfikatu zastępującego EKUZ	data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu

1	2	3	4	5
5	osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM	T - w przypadku paszportu	seria i numer paszportu
6	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 2 ustawy	AL	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
7	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 3 ustawy	NA	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
8	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 4 ustawy	PS	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
9	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 5 ustawy	CU	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
10	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 6 ustawy	ZA	pełna nazwa dokumentu	numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza
11	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 9 ustawy	RP	KP - Karta Polaka, o której mowa w art.6 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz.U. Nr 180, poz. 1280, z późn.zm.)	numer oraz data ważności

Tabela nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego

Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj uprawnienia	Kategoria	Kod
1	2	3	4
art.42 ust. 1 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku do ustawy, oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawnieni żołnierze oraz pracownicy, także po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę	42MON
art. 42 ust.2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku do ustawy, oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjanci, funkcjonariusze Straży Granicznej, funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu, strażacy Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownicy tych służb, także po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę	42MSWiA
art.47 ust.1 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi	inwalidzi wojenni	47IB
		inwalidzi wojskowi	47IW
		cywilne niewidome ofiary działań wojennych	47CN
		osoby represjonowane	47OR

Tabela nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego			
Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj uprawnienia	Kategoria	Kod
1	2	3	4
art.47 ust.1a ustawy	bezpłatne wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawnieni żołnierze oraz pracownicy	47/MON
art.31 ust.3 ustawy	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentystry oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia	31D
		kobiety w ciąży albo w okresie połogu	31C
art.47c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”	47CZ
		inwalidzi wojenni	47CIB
		inwalidzi wojskowi	47CIW
		komatanci	47CK

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
zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
inna przyczyna	4

Załącznik nr 4

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

- 1) „1” – przyjęcie planowe;
- 2) „2” – przyjęcie w trybie nagłym;
- 3) „3” – przyjęcie osoby, o której mowa w art. 47c ustawy, która skorzystała z prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

**KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego
w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym**

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

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

KODY TRYBU WYPISU

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

Załącznik nr 5

**IDENTYFIKATOR PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW
PUBLICZNYCH**

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

Załącznik nr 6

Tabela nr 1. Kody badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonywanych w podstawowej opiece zdrowotnej

Lp.	Wyszczególnienie	Kody ICD 9	Kod badania
1	2	3	4
I	Badania hematologiczne		
1	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym	C55.083	001
2	płytki krwi	C53.083	002
3	retikulocyty	C69.083	003
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	C59.082	004
II	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi		
1	sód	O35.09	011
2	potas	N45.09	012
3	wapń całkowity	O75.09	013
4	żelazo	O95.09	014
5	stężenie transferyny	O43.09	015
6	mocznik	N13.09	016
7	kreatynina	M37.09	017
8	glukoza	L43.09	018
9	test obciążenia glukoza	podwójnie wykonane badanie L43.09	019
10	białko całkowite	I77.09	020
11	proteinogram	I79.09	021
12	albuminy	I09.09	022
13	kwas moczowy	M45.09	023
14	cholesterol całkowity	I99.09	024
15	cholesterol-HDL	K01.09	025
16	cholesterol-LDL	K03.09	026
17	triglicerydy (TG)	O49.09	027
18	bilirubina całkowita	I89.09	028
19	bilirubina bezpośrednia	I87.09	029
20	fosfataza alkaliczna (ALP)	L11.09	030
21	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	I19.09	031
22	aminotransferaza alaninowa (ALT)	I17.09	032
23	gammaglutamylotranspeptydaza (GGT)	L31.09	033
24	amylaza	I25.09	034
25	kinaza kreatynowa (CK)	M19.09	035
26	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	L15.09	036
27	czynnik reumatoidalny (RF)	K21.09	037
28	miano antystreptolizyn O (ASO)	U.09.881.09	038
29	hormon tyreotropowy (TSH)	L69.09	039
30	antygen HBs-AgHBs	V.09.81.09	040
31	VDRL	U.09.88.09	041
III	Badanie moczu		
1	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu	A01.24	051
2	ilościowe oznaczanie białka	A07.24	052

Lp.	Wyszczególnienie	Kody ICD 9	Kod badania
3	ilościowe oznaczanie glukozy	A15.24	053
4	ilościowe oznaczanie wapnia	O75.24	054
5	ilościowe oznaczanie amylazy	I25.24	055
IV	Badanie kału		
1	badanie ogólne	A23.05	061
2	Pasożyty	A21.05	062
3	krew utajona - metoda immunochemiczna	A17.05	063
V	Badanie układu krzepnięcia		
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	G21.102	071
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	G11.102	072
3	fibrynogen	G53.102	073
VI	Badania mikrobiologiczne		
1	posiew moczu z antybiogramem	U.24.76.24, U.24.87.24	081
2	posiew wymazu z gardła	U.14.77.14	082
3	ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella; Shigella	U.05.77.05	083
4	białko C-reaktywne (CRP)	I81.09	084
VII	Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku		
1	badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku	89.501	101
VIII	Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej		
1	badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej	88.74	111
IX	Zdjęcia radiologiczne		
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	87.44	121
2	zdjęcia kostne kręgosłupa, kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej	87.29, 87.22-24, 87.29, 88.21-24, 88.27-29, 88.26	122
3	zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej	87.17, 87.16	123
4	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	87.69	124

Tabela nr 2. Kody badań diagnostycznych obrazowych wykonywanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Lp.	Wyszczególnienie	Kod badania
1	USG	1
2	tomografia komputerowa	2
3	rentgenodiagnostyka	3
4	rezonans magnetyczny	4
5	scyntygrafia	5
6	angiografia	6
7	endoskopia	7
8	inne obrazowe	8

Załącznik nr 7

SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNICH CZASÓW OCZEKIWANIA**Średni rzeczywisty czas oczekiwania**

1. Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia.

2. Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$,
gdzie:

T – średni czas oczekiwania,

D – łączna liczba dni oczekiwania, gdzie

$$D = d^1 + d^2 + \dots + d^n, \text{ gdzie}$$

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

L – łączna liczba osób skreślonych w danym miesiącu z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Przewidywany średni czas oczekiwania

(stosowany w okresie przejściowym, zgodnie z § 12 rozporządzenia)

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

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

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

9. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH
9.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH
9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

1. OBJAŚNIENIA

1.1. WPISY W KOLUMNIE „FORMAT”

data - oznacza datę zapisaną w postaci RRRR-MM-DD
data+czas - oznacza datę łącznie z czasem zapisane w postaci RRRR-MM-DDTHH:MM:SS (gdzie T jest literą rozdzielającą datę od czasu)
rok - oznacza rok zapisany w postaci RRRR
miesiąc - oznacza miesiąc kalendarzowy zapisany w postaci MM
rok+miesiąc - oznacza miesiąc roku zapisany w postaci RRRR-MM
liczba(m,n) - oznacza liczbę o maksymalnie m cyfrach znaczących, w tym n cyfr w części ułamkowej, oddzielonej znakiem kropki [wart. dom.] - oznacza tzw. wartość domyślną; jeżeli dany atrybut nie wystąpi w konkretnym komunikacie, to przyjmuje się, że jego wartość jest taka, jak określono w specyfikacji struktury komunikatu.

1.2. WPISY W KOLUMNIE „KROTNOŚĆ”

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

1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

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

- 0 - płeć nieokreślona
- 1 - mężczyzna
- 2 - kobieta
- 9 - nieznaną

2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślniej) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych niniejszym rozporządzeniem jest to stała wartość: „www.csioz.gov.pl/xml/swd-płatnik/1”.
		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	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorca komunikatu jest płatnik, identyfikator ten jest pusty. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzenia), to jest to identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika.
		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	swiadczeniodawca		1		Swiadczeniodawca dokonujący sprawozdania	

					1 znak	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	Wartości: R - nr REGON K - nr księgi rejestrowej RZOZ X - identyfikator techniczny nadany przez płatnika Odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (sposród ww.).
				1	do 16 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy.
				1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego 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.

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 zgodne 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-komun		1		Identyfikacja potwierdzonego komunikatu	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie, jak analogiczne atrybuty //komunikat/0* potwierdzonego komunikatu.
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji struktury komunikatu	
		id-nad	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	

				1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzony komunikat
		nr-gen	1	1	liczba (8,0)	Numer kolejny potwierdzanego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy
		czas-gen	1	1	data + czas	Data i czas wygenerowania potwierdzanego komunikatu
2	problem-kom		0-1			Informacja o problemie z całością komunikatu Występuje tylko w przypadku odrzucenia całego komunikatu z danymi. Może to wynikać z błędów w potwierdzonym komunikacie, który uniemożliwia przetworzenie jego merytorycznej zawartości, np. nieobsługiwany typ lub wersja formatu komunikatu, niepoprawna struktura komunikatu. Odrzucenie komunikatu może wynikać także z błędów w danych merytorycznych zawartych w komunikacie, jeżeli protokół wymiany danych odpowiedniego komunikatu nie przewiduje odrębnego potwierdzenia każdej z pozycji danych (potwierdzony jest tylko całościowo zbiór danych przesłanych w komunikacie).
		waga	1	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	1	do 10 znaków	Kod powodu odrzucenia całego komunikatu Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika).
		opis	1	1	do 250 znaków	Opis powodu odrzucenia komunikatu

4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

4.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH

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

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

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

4.2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORIJNYCH I SZPITALNYCH

4.2.1. Nagłówek komunikatu - elementy „komunikat” i „świadczeniodawca”

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 „SWIAD”.
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „4”.
						Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	zestaw-swiadczen		1-n		Zestaw świadczeń	Grupa świadczenia, których charakterystyka przekazywana jest w elemencie „swiadczenie”.
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy, w której został zarejestrowany zestaw świadczeń	Nie występuje, jeśli identyfikator instalacji jest taki sam jak przekazany w atrybucie „///komunikat/swiadczeniodawca/&id-inst”.
		id-zest-swia	1	do 20 cyfr	Identyfikator zestawu świadczeń	Atrybut techniczny pozwalający na synchronizację danych pomiędzy systemami informatycznymi świadczeniodawcy i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń.
		nr-wersji	1	liczba (4,0)	Numer wersji (modyfikacji) danych zestawu świadczeń, z wyjątkiem danych rozliczeniowych zdefiniowanych przez płatnika	Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji przekazywanych danych w przypadku ich poprawiania.

	typ	1	1 litera	Typ zestawu świadczeń	Pomocniczy atrybut techniczny pozwalający na lepszą weryfikację poprawności struktury przekazanego komunikatu w zależności od rodzaju świadczeń przekazywanych w sprawozdaniu. Wartości: S - dla świadczeń opieki stacjonarnej A - dla pozostałych świadczeń.
	usun	0-1	1 litera [N]	Zadanie usunięcia całego zestawu świadczeń	Wartości: T - zadanie usunięcia N - przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi „N”.
	mom-wprow	1	data i czas	Data i czas pierwszej rejestracji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii).
	mom-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.

4.2.3. Element „pacjent”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	pacjent		1		Dane pacjenta	
4	ident-pacj		0-1		Identyfikacja pacjenta	
		typ-id	0-1	1 duża litera [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	Płeć pacjenta	Na podstawie normy ISO 5218.
		data-urodz	0-1	Data urodzenia pacjenta	Niewymagana w przypadku pacjentów NN oraz ratownictwa medycznego, gdy ustalenie tych danych jest niemożliwe.
4	dane-osob		0-1	Dane osobowe pacjenta	Nie występuje wyłącznie w przypadku ubezpieczonych, których identyfikatorem jest numer PESEL. Niewymagany w przypadku, gdy //ident-pacj/@typ-id jest „NN”.
		imie	1	Imię	
		imie2	0-1	Drugie imię	
		nazwisko	1	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	Drugi człon nazwiska	
5	adres		0-1	Adres w państwie stałego zamieszkania pacjenta	Podawany wyłącznie w przypadku udzielenia świadczenia: - świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni - osób, o których mowa w § 1 ust.2 pkt 2 lit. d rozporządzenia. Według normy PN-ISO 3166-1.
		panstwo	0-1	Kod państwa stałego zamieszkania	
		kod-pocztowy	0-1	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miejscowosc	1	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	Ulica	
		nr-domu	1	Numer domu	
		nr-lok	0-1	Numer lokalu	
5	adres-w-polsce		0-1	Adres przebywania w Polsce	Przekazywany, o ile inny niż adres zamieszkania (zamieszkanie poza Polską).
		kod-pocztowy	0-1	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miejscowosc	1	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	Ulica	
		nr-domu	1	Numer domu	
		nr-lok	0-1	Numer lokalu	
4	uprawnienie		1-n	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.

			panstwo	0-1	2 znaki{PL}	Kod państwa odpowiedzialnego za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń	Według normy PN-ISO 3166-1.
			tytul-uprawn	0-1	do 2 znaków[U]	Tytuł uprawnienia	Wskazano wartość domyślna.
5	podmiot-fin			1			UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów nfz-min, gmina, instytucja, karta, decyzja, dokum-ue, dokum-inne-upraw, karta-polaka.
6	nfz-min			0-1 1z		Oddział NFZ lub odpowiednie ministerstwo	
			kod	1	2 cyfry	Kod oddziału NFZ lub ministerstwa	
6	gmina			0-1 1z		Gmina, w której wydano decyzję dla świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	
			teryt	0-1	7 cyfr	Kod TERYT gminy	Identyfikacja gminy poprzez kod TERYT określa również jednoznacznie organ wydający decyzję (wójt/burmistrz gminy).
			organ	1	do 50 znaków	Nazwa organu wydającego	
6	instytucja			0-1 1z		Instytucja właściwa	
			kod-inst	1	do 10 znaków	Numer identyfikacyjny instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	Numer instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
			akronim-nazwy	0-1	do 25 znaków	Skrótowiec nazwy instytucji właściwej	Dla kodu instytucji na dokumencie upoważniającym jest to drugi człon symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
5	dokument			0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	
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 30 znaków	Numer decyzji	

6	dokum-ue	data-od	1	data	Data, od której przysługuje prawo do świadczeń	Data, od której przysługuje prawo do świadczeń
			0-1 Iz		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
7	ekuz	numer	0-1 Iz		Numer	
		data-do	1	do 20 znaków data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfiikat		0-1 Iz		Certyfiikat	
		data-wyst	0-1 Iz	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1 Iz	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	poswiadczc		0-1 Iz		Poświadczenie	
		numer	1	do 20 znaków	Numer poświadczenia	Numer ten, zbudowany zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczonego druku serii E100.
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1 Iz	data	Data końcowa okresu ważności	
7	druk-e		0-1 Iz		Formularz serii E	
		rodzaj	1	4 znaki	Rodzaj formularza	Oznaczenie bez spacji lub myślnika (E999).
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1 Iz	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1 Iz	data	Data końcowa okresu ważności	
6	dokum-inne-upraw		0-1 Iz		Dokument potwierdzający uprawnienia	Dokument potwierdzający uprawnienia zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia: AL,NA,PS,CU, ZA.
		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 Karta Polaka
6	karta-polaka	0-1 1z		
	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
5	dok-upr-dod	0-1		Dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe
	nazwa	1	do 20 znaków	Nazwa dokumentu
	id-dok	0-1	do 20 znaków	Identyfikator dokumentu

4.2.4. Element „zlecenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia 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 RZ0Z.
		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”.

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

4.2.5. 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.
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	Numer księgi	
		poz	1	do 10 cyfr	Pozycja, pod którą zapisano pacjenta	
4	przyjecie		0-1	1 cyfra	Numer kolejny numerodka	
		tryb	1	1 cyfra	Dane dotyczące przyjęcia do szpitala	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	Kod trybu wypisu	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		data	1	data	Data wypisu	
		przez-zgonu	0-1	5 znaków	Przyczyna zgonu (według ICD-10)	Jeżeli zgon był przyczyną zakończenia hospitalizacji.

4.2.6. Element „swiadczenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	swiadczenie		1-n		Dane charakteryzujące udzielone świadczenie	Dane obejmują świadczenie udzielone w ramach działania określonej komórki organizacyjnej.

					Identyfikator świadczenia	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu "zestaw-swiadczen".
			do 12 cyfr	1	Kod świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.
			do 5 znaków	1	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia, kod badania określony w tabeli nr 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia.
			do 3 znaków	0-1	Data początku udzielania świadczenia	
			data	1	Data końca udzielania świadczenia	
			data	0-1	Kod trybu przyjęcia pacjenta. Podawany obligatoryjnie dla zestawów świadczeń ambulatoryjnych.	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia, tj.: "1" - przyjęcie planowe; "2" - przyjęcie w trybie nagłym; "3" - przyjęcie osoby, o której mowa w art. 47c ustawy, która skorzystała z prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.
			1 cyfra	0-1	Niepodawany dla zestawów świadczeń stacjonarnych (tryb przyjęcia określony jest wtedy w elemencie //hospitalizacja/przyjcie/@tryb)	
			data	0-1	Liczba dni leczenia	Liczba dni w przypadku, gdy jednostka statystyczna jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.
			do 3 cyfr	0-1	Dane charakteryzujące wpis na listę oczekujących, z której określono pacjenta	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest przyczyną wykreślenia z listy oczekujących.
4	z-listy-oczek		data	1	Data wpisu na listę oczekujących	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących.
			1 znak	1	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.
			do 20 znaków	0-1	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Występuje, gdy kolejka, z której określono pacjenta, dotyczy określonej procedury medycznej. Kod procedury lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika.

		id-kom-org	1	3 lub 4 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej RZOZ, której dotyczy lista oczekujących	Gdy nienadany, należy przekazać „000”. Świadczenie może być zrealizowane w innej komórce świadczeniodawcy niż ta, której dotyczy lista oczekujących.
--	--	------------	---	---------------	--	--

4.2.7. Element „kom-org”

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

4.2.8. Element „personel-real”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	personel-real		1		Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.	Zgodnie z § 3 ust.1 pkt 11 rozporządzenia. W przypadku ratownictwa medycznego jako osobę udzielającą świadczenia należy podać dane kierownika zespołu wyjazdowego.
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		npwz	0-1 1z	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	Jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej.
		pesel	0-1 1z	11 cyfr	Numer PESEL	W przypadku, gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany nr prawa wykonywania zawodu.

4.2.9. Element „przyczyna”

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

4.2.10. Element „transport”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	transport		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z transportem pacjenta	
		stp-niespr	0-1	2 znaki	Stopień niesprawności	Zgodnie z tabelą nr 5 załącznika nr 3 do rozporządzenia w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust.3 ustawy.
		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	

4.2.11. Element „procedura”

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

4.2.12. Element „ratownictwo”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	ratownictwo		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z wyjazdem	
		przyczyna-wyjazdu	1	1 znak	Przyczyna wyjazdu	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		oddzial-ratunkowy	0-1	1 znak	Udział oddziału ratunkowy	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

		zgon-osoby	0-1	1 znak	Informacje o przypadku zgonu osoby	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		nr-powiadomienia	1	do 8 znaków	Nr powiadomienia w księdze	Numer powiadomienia wraz z numerem księgi.
		kod-zespołu	1	do 10 znaków	Kod zespołu	Kod miejsca wyczekiwania wraz z numerem zespołu ratownictwa medycznego nadanym przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń.
		powiadomienie-zdarzenie	1	data+czas	Powiadomienie o zdarzeniu	
		przekazanie-dyspozycji	1	data+czas	Przekazanie dyspozycji wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego	
		wyjazd	1	data+czas	Wyjazd zespołu ratownictwa medycznego	
		przybycie	1	data+czas	Przybycie na miejsce zdarzenia	
		zakonczenie-czynnosci	1	data+czas	Zakończenie medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przekazanie pacjenta szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala	

4.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH 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 (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „2”.
1	swiadczeniodawca		1		Swiadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		(wszystkie)				Wszytkie 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:
		1	do 10 znaków	Kod problemu	B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu. Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
1	potw-danych	1	do 250 znaków	Opis problemu	
		0-1 1z		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie	
2	potw-zest-swiad	0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych zestawów świadczeń (przypadek teoretyczny).
		1	do 20 znaków	Identyfikator zestawu świadczeń	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swadczen/@id-swiad.
		1	do 4 cyfr	Nr modyfikacji zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swadczen/@nr-wersji.
3	problem	0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadčeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczy one poszczególnych świadczeń składowych.
		1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu. Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		1	do 10 znaków	Kod problemu	
		1	do 250 znaków	Opis problemu	

3	potw-swiaadc		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-swiaad	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Przekazany w potwierdzonym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiaadczen/swiadczenie/@id-swiaad.
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-swiaadczen/zestaw-swiaadczen/swiadczenie/@waga.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

5. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

5.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH

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

5.2. 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 "2".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodne ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.

1	świadczeniodawca	(wszystkie)	1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-rozlicz-zosp		1		Sprawozdanie rozliczeniowe zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Sprawozdanie jednoznacznie identyfikowane jest przez: - identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w ramach którego wygenerowano sprawozdanie - identyfikator dokumentu sprawozdania w ramach instalacji systemu informatycznego - nr korekty do danego dokumentu sprawozdania (w przypadku pierwotnej wersji dokumentu sprawozdania nr korekty przyjmuje wartość 0).
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		Kategoria-spr	0-1	do 3 znaków	Kategoria sprawozdawcza pozycji ujętych w tej części sprawozdania	Występuje, gdy decyzyja płatnika rozliczanie następuje w podziale na ustalone przez niego kategorie sprawozdań.
		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu sprawozdania	Unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst. Pierwotna postać dokumentu, jak i wszystkie jego korekty (atrybut @nr-korekty), i wszystkie ich przesłania (atrybut @nr-przeslania) mają ten sam id. dokumentu sprawozdania.
		nr-korekty	1	do 2 cyfr	Numer kolejny korekty dokumentu sprawozdania korygującego	Dotyczy sytuacji, w których wymagane jest stworzenie odrębnego dokumentu korekty (np. po akceptacji i wypisaniu faktury).

			nr- przeslania	1	do 3 cyfr	Numer kolejnego przesłania dokumentu sprawozdania	Numer kolejnego przesłania dokumentu sprawozdania identyfikowanego zgodnie z opisem elementu „spraw-rozlicz-zposp”.
2	poz-spraw-zposp		id-inst	0-n 0-1	do 38 znaków	Pozycja sprawozdania Identyfikator instalacji systemu świadczącego, w którym została zarejestrowana pozycja sprawozdania	Przyjmuje się, że atrybut „nr-przeslania” dla pierwszego przesłania przyjmuje wartość 1. Ponowne przekazywanie (z kolejnym numerem przesłania) możliwe jest do chwili rozliczenia danego dokumentu sprawozdania. Takie ponowne przekazanie skutkuje po stronie płatnika anulowaniem poprzednio przekazanej postaci dokumentu sprawozdania.
			id-poz-rozlicz	1	do 10 cyfr	Identyfikator pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczącego.
			typ-pozycji	1	1 duża litera	Typ pozycji	Przyjmuje wartości: K - pozycja korygująca N - pozycja normalna.
3	pozycja-koryg			0-1 1z		Wskazanie korygowanej pozycji rozliczeniowej	Występuje w przypadku pozycji typu K (korygującej).
			id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczącego, w którym została zarejestrowana korygowana pozycja sprawozdania	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
			id-poz-koryg	1	do 10 cyfr	Identyfikator korygowanej pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczącego.
3	dane-pr-zposp			0-1 1z		Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia	Występuje w przypadku pozycji typu N (normalna).
			kod	1	do 5 znaków	Kod świadczącego	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.
			data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia lub przyjęcia do realizacji	Data przyjęcia zlecenia lub innego dokumentu do realizacji bądź w przypadku naprawy - data przyjęcia przedmiotu do naprawy.
			data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	Data odbioru przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy - data dokonania naprawy.

4	podst-rozlicz		1		Dane zlecenia/dokumentu zgody na realizację, wydanego przez płatnika i stanowiącego podstawę rozliczeń z płatnikiem	Kody typów dokumentów ustalone przez płatnika.
	typ-dok		1	1 znak	Typ dokumentu	
	id-dok		1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu	
	pesel		0-1	11 cyfr	Identyfikator osoby, której dotyczy zaopatrzenie	
4	przedmiot		1		Dane dotyczące wydanego przedmiotu	
	kod-przedm		1	do 16 znaków	Kod przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego, a w przypadku naprawy - kod naprawy przedmiotu	Zgodnie z § 3 ust.4 pkt 3 lit. c lub § 3 ust.5 pkt 4 lit. b rozporządzenia, określony przez rozporządzenie wydane na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy.
	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	j.w.
	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.

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

			(wszystkie)					Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw- rozlicz-zposp			1				Potwierdzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
		umowa		1	do 24 znaków			Identyfikator umowy z płatnikiem
		rok		1	rok			Rok, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie
		miesiąc		1	miesiąc			Miesiąc, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie
		id-dok-rozl		1	do 24 znaków			Identyfikator dokumentu rozliczeniowego
		nr-korekty		0-1	do 2 cyfr			Numer potwierdzonej korekty dokumentu rozliczeniowego
		nr- przeslania		1	do 3 cyfr			Numer przesłania
2	problem			0-1 1z				Występuje, np. gdy niemożliwe jest żądane przez świadczeniodawcę usuniecie 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			Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzućcie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popelnianego błędu.
		kod		1	do 10 znaków			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				Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzonym sprawozdaniu nie przekazano żadnych świadczeń zaopatrzenia.

	id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana potwierdzona pozycja rozliczeniowa	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
	id-poz-rozl	1	do 10 cyfr	Identyfikator potwierdzonej pozycji rozliczeniowej sprawozdania	
4	problem	0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych z pozycją sprawozdania	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów z daną pozycją sprawozdania.
	waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. 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 POZ

6.1. OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH

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

5	umowa-ubezpie-ind	0-1 1-z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie.
4	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie.
4	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta.
4	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Polsce.

6.2. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJACH POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		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 „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-dekl-poz		1		Sprawozdanie rozliczeniowe deklaracji poz	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Identyfikuje równocześnie rok szkolny.
		miesiac	1	miesiac	Miesiac, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych przekazanych w ramach określonej umowy, okresu rozliczeniowego i kategorii i kategorii sprawozdawczej	Przyjmuje się, że dane przekazane w sprawozdaniu o większym numerze wersji (dla określonej umowy, okresu i kategorii pozycji sprawozdawczych) zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane. Sprawozdania z mniejszym lub takim samym numerem wersji, jak odebrane przez płatnika wcześniej, są odrzucane (ignorowane).
2	dekl-poz		0-n		Dane dotyczące deklaracji poz złożonej przez świadczeniobiorcę	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana deklaracja	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Atrybut techniczny jednoznacznie identyfikujący złożoną deklarację w ramach systemu informatycznego świadczeniodawcy.

	wersja	1	liczba(4,0)	Numer wersji danych deklaracji	Wykorzystywany do określenia aktualności danych deklaracji piątnika. Numeracja narastająco w ramach deklaracji identyfikowanej przez id-inst + id-dekl.
	data-zloz	1	data	Data złożenia deklaracji wyboru	
	typ-dekl	1	1 znak	typ deklaracji (podstawowy)	
3	personel-dekl	0-1		lekarz, pielęgniarka lub położna, wybrana przez pacjenta na deklaracji	Nie występuje w przypadku, gdy deklaracja nie zawiera wyboru konkretnej osoby personelu.
	typ	1	1 znak	typ kodu	1 - Numer prawa wykonywania zawodu 2 - PESEL - przekazywany dodatkowo w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
	wartosc	1	do 20 znaków	wartość	Wartość zgodna z typem przekazanym w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz/personel-dekl/@typ.
	pesel-personel	0-1	11 cyfr	PESEL pielęgniarki lub położnej	
3	pacjent-dekl	1		Dane pacjenta	
4	id-pacj-dekl	1		Identyfikacja pacjenta	
5	pesel	0-1 1-z		Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL	Przekazywany w przypadku pacjentów, którym nadano numer PESEL.
	pesel	1	11 cyfr	PESEL pacjenta	
5	noworodek	0-1 1-z		Wskazanie, że deklaracja dotyczy noworodka bez własnego numeru PESEL.	Przekazywany jest dla dzieci do 6 miesiąca życia (180 dni od daty urodzenia) w sytuacji, gdy nie nadano im własnego nr PESEL.
5	nr_poswiadczenie	0-1 1-z		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.
	posw-druku-e	1	do 20 znaków	NR poświadczenia druku serii E100	Numer ten, zbudowany zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E100.
5	umowa-ubezpz-ind	0-1 1-z		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	Nr umowy o dobrowolne ubezpieczenie	
4	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	Pieczęć	Kody zgodnie z ISO 5218.
4	dane-osob	1		Dane osobowe pacjenta	
	imie	1	do 30 znaków	Imię	
	imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
	nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
	nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
4	adres	0-1		Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Polsce	Nieprzekazywane w przypadku deklaracji dotyczącej medycyny szkolnej.
	kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy	Format: 99-999.
	miejscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość	
	ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
	nr-domu	1	do 9 znaków	Nr domu	
	nr-lok	0-1	do 10 znaków	Nr lokalu	

6.3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJACH POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „P DEK”.
		wersja (pozostałe)	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „3”.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		(wszystkie)				
1	potw-spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Potwierdzenie sprawozdania rozliczeniowego deklaracji poz	Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.

					0-1	do 24 znaków	Kategoria sprawozdawcza pozycji ujętych w tej części sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
		wersja	1	dc 3 cyfr	1		Numer wersji danych przekazanych w ramach wskazanej kategorii	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzonego sprawozdania.
2	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	1		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	1		Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	1		Opis problemu	
2	potw-poz-spraw		0-1 1z		0-1 1z			Nie występuje, gdy zaistniał problem z całością sprawozdania.
3	potw-dekl-poz		0-n		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych deklaracji	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	0-1		Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana deklaracja	Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz/@id-inst. Występuje, gdy jest inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
		id-dekl	1	do 10 cyfr	1		Identyfikator deklaracji	Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz /dekl-poz/@id-dekl.
		wersja	1	liczba(4,0)	1		Numer wersji danych deklaracji	Numer potwierdzonej wersji danych deklaracji, przekazany w komunikacie potwierdzonego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/@wersja.
4	problem		0-n		0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych z deklaracją	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji.

	waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości:
		1			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	

7. KOMUNIKAT O PORADACH LEKARSKICH UDZIELONYCH W POZ

Sprawozdawczość porad lekarskich udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej należy realizować poprzez komunikat danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych.

8. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH POZ

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

Poziom w hierarchii	Element	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”.
						Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(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	

	miesiac	1	miesiac	Miesiac, którego dotyczy sprawozdanie	
	wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuję 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 (przekazanie nowych danych). N - nie należy usuwać (przekazanie). Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia.
2	lb-swiadcz	0-n		Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju	
	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 5 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia: - kod badania określony w tabeli nr 1 załącznika nr 6 do rozporządzenia, - cel przewozu zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
3	wielkosc	1-n		Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń	
	ilosc	1	liczba (5,0)	Liczba zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju w określonej grupie wiekowej	

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

Do potwierdzenia danych o świadczeniach udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stosowany jest ogólny komunikat „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
0	komunikat		1		Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
					Główny element komunikatu

	typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „LIOCZ”.
	wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „3”.
	(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	świadczeniodawca	1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
	(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-l-oczek	1			Sprawozdanie dotyczy stanu na ostatni dzień miesiąca.
	rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
	miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	lista-oczek	1-n			
	zakres-danych	1	1 litera	Zakres przekazywanych danych listy oczekujących	Wartości: S - dane statystyczne (czas oczekiwania i liczba oczekujących) W - wykaz osób oczekujących. Gdy nienadany, należy przekazać „000”.
	id-kom-org	1	3 lub 4 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej RZOZ	
	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	Przekazywane przez świadczeniodawców, o których mowa w § 8 ust. 3 rozporządzenia.
	wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących	Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane.
	usun	0-1	1 znak (N)	Zadanie usunięcia danych dotyczących określonej listy oczekujących	Stosowane wówczas, gdy chcemy usunąć ze sprawozdania listę (dotycząca określonej komórki organizacyjnej lub procedury), traktowana jako odrębny obiekt sprawozdawczy. Natomiast jeżeli lista jest obserwowana, ale ma liczebność = „0” i czas oczekiwania = „0”, to podaje się te wartości w odpowiednich atrybutach elementu „parametry”.

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	Martości: 1 - przypadki stabilne 2 - przypadki pilne.
		lb-oczekuj	1	liczba (4,0)	Liczba osób oczekujących	
		szac-czas-oczek	0-1	liczba (4,0)	Szacowany przez świadczeniodawcę czas oczekiwania w kolejce (w dniach)	Przekazywany w okresie przejściowym (§ 12 rozporządzenia).
		rzecz-czas-oczek	1	liczba (4,0)	Sredni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	
3	lista-osob		0-1 1z		Lista osób oczekujących w kolejce	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut „zakres-danych” = W).
4	oczekujacy		0-n		Dane osoby zapisanej na liście oczekujących	
		nr-na-liscie	1	liczba (5,0)	Numer na liście w roku zapisania	
		rozpoznanie	1	do 50 znaków	Rozpoznanie lub powód przyjęcia	
5	ident-pacj		0-1		Identyfikacja pacjenta	
		typ-id	0-1	1 duża litera [P]	Kod typu identyfikatora	
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator osoby	
5	dane-osob		1		Dane osobowe pacjenta	
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Nazwisko - drugi człon	
5	adres		1		Adres zamieszkania pacjenta	
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miejscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
5	kontakt		0-1		Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą	

	nr-tel	0-1	do 40 znaków	Numery telefonów kontaktowych
	inny	0-1	do 40 znaków	Inne sposoby kontaktowania się
5	termin	i-n		Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian)
	mom-zapisu	1	data+czas	Data i godzina wpisu na listę
	operator	1	do 30 znaków	Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu
	data-plan	1	data	Planowana data udzielenia świadczenia
	doklad-plan	1	1 znak	Dokładność zaplanowania daty realizacji
	kateg	1	1 znak	Kryterium medyczne zastosowane przy planowaniu daty realizacji
	przycz-zmiany	0-1	do 200 znaków	Przyczyna zmiany terminu
5	skreslenie	0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących
	data-skresl	1	data	Data skreślenia
	kod-skresl	1	1 znak	Kod przyczyny skreślenia
				Element przekazywany tylko raz - w komunikacie za okres, w którym nastąpiło skreślenie z listy oczekujących.
				Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

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

Załącznik nr 9

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

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

Klasyfikacja ICD 9 CM		Nazwa procedury według ICD 9 CM
zakres	kod	
Zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	23.24	Leczenie aparatem ortodontycznym
	23.27	Leczenie protetyczne
Zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne-różne	87.03 - 87.04, 87.41, 87.71, 88.01, 88.02, 88.32, 88.38	Tomografia komputerowa
	88.72	Echokardiografia
	88.91 - 88.97	Rezonans magnetyczny
	92.093	Tomografia pozytronowa PET
Zabiegi w zakresie oka	12.5	Ułatwienie krążenia śródgałkowego (jaskra)
	13.1 - 13.9	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)
	14.7	Zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia)
Zabiegi w zakresie ucha	20.95 - 20.99	Wszczepienie elektromagnetycznego przyrządu słuchowego, protezy słuchowej
Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego	35	Zabiegi na zastawkach i przegrodach sercowych
	36.0	Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)
	36.1	Pomosty dla rewaskularyzacji serca
	37.8 - 37.9	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca i inne zabiegi
	39.8	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach innych niż wieńcowe
	88.55 - 88.57	Koronarografia
Zabiegi w zakresie układu trawiennego	51.24	Laparoskopowa cholecystektomia, laparoskopowa cholecystektomia laserowa
Zabiegi w zakresie układu moczowego	59.95	Kruszenie kamieni moczowych (ultradźwiękami)
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	80.2	Artroskopia
	81.0 - 81.09	Zabiegi związane z operacjami kręgosłupa (usztywnienie, spondylodeza)
	81.51 - 81.52	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego
	81.53	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego
	81.54	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego
	81.55	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego

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

1. Leczenie raka piersi docetakselem
2. Leczenie raka piersi kapecytabiną
3. Leczenie raka piersi trastuzumabem
4. Leczenie raka jelita grubego irinotekaniem

5. Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną
6. Leczenie glejaków mózgu temozolomidem
7. Leczenie raka jajnika topotecanem
8. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) imatinibem
9. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem
10. Leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem
11. Leczenie raka jajnika paklitakselem
12. Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem
13. Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego
14. Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci immunoglobulinami
15. Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową
16. Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową
17. Leczenie stwardnienia rozсіяnego glatiramerem
18. Leczenie stwardnienia rozсіяnego interferonem beta
19. Leczenie przewlekłego WZW typu B lamiwudyną
20. Zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej
21. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem
22. Leczenie sepsy aktywowanym białkiem C
23. Leczenie niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych
24. Leczenie choroby Gauchera imiglucerazą
25. Leczenie niskorosłych dzieci z samotropinową niedoczynnością przysadki (SNP) hormonem wzrostu
26. Leczenie niskorosłych dzieci z ZT hormonem wzrostu
27. Leczenie niskorosłych dzieci z PNN hormonem wzrostu
28. Leczenie choroby Hurler laronidazą
29. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem
30. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem
31. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa pegylowanym
32. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym
33. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa rekombinowanym
34. Leczenie immunosupresyjne mykofenolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu
35. Leczenie immunosupresyjne sirolimusem
36. Leczenie immunosupresyjne tacrolimusem
37. Leczenie dzieci z Zespołem Prader-Willi hormonem wzrostu
38. Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dorosłych
39. Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dzieci
40. Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytowego)