

Projekt z dnia 3 października 2006 roku

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 27 czerwca 2006 roku

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

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

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego;
- 2) kod świadczenia, wynikający z funkcji ochrony zdrowia oraz jednostki sprawozdawczej, określony zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej "kodem świadczenia";
- 3) kod badania laboratoryjnego określonego w załączniku nr 6 do rozporządzenia - wyłącznie udzielonego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na oddziale szpitalnym - pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach, czwarty znak stanowi znak kropki;
- 5) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących istotnych dla udzielenia tego świadczenia zdrowotnego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli świadczenie zdrowotne

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

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

- zostało udzielone na oddziale szpitalnym, który tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach, czwarty znak stanowi znak kropki;
- 6) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (pełen kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 7) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego, a jeżeli świadczenie zdrowotne obejmuje dokonanie przeszczepu - dodatkowo datę jego wykonania;
 - 8) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
 - 9) liczba dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego - w przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
 - 10) datę wpisu do rejestru danych dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zwanego dalej „listą oczekujących”- jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy;
 - 11) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia, zwany dalej "identyfikatorem świadczeniodawcy";
 - 12) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, którym jest:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne zostało udzielone przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, pielęgniarkę albo położną,
 - b) numer PESEL - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne zostało udzielone przez osoby wykonujące inne niż wymienione w lit. a zawody medyczne
- oraz kod przynależności do danej grupy zawodowej, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia;
 - 13) 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 dentysty lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1 a w brzmieniu:

„1a. W przypadku gdy jednostką sprawozdawczą, o której mowa w ust 1 pkt 2, jest pobyt na 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 na oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:

- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia;
- 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, wraz z numerem księgi głównej;

3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon - dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach, czwarty znak stanowi znak kropki.”,

c) w ust. 2 w pkt 3 lit a otrzymuje brzmienie:

„a) o których mowa w ust.1 pkt 13 lit. b,”;

d) w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) data przyjęcia do naprawy;”;

e)w ust. 4 pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) o których mowa w ust. 1 pkt 13,”;

2) w § 5:

a) w ust. 3 pkt 1- 3 otrzymują brzmienie:

„1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – przekazuje:

a) w odniesieniu do świadczeń, których jednostką sprawozdawczą wymienioną w § 3 ust. 1 pkt 2 jest:

- porada - dane o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 oraz w § 4 pkt 1,
- badanie bilansu zdrowia - dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń według grup wiekowych, zgodnych z odrębnymi przepisami,
- badanie - dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych badań według poszczególnych badań wskazanych w załączniku nr 6 do rozporządzenia,
- inna jednostka sprawozdawcza - dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń według kodów świadczeń, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia;

b) dane zbiorcze dotyczące liczby wykonanych badań laboratoryjnych według poszczególnych badań wskazanych w załączniku nr 6 do rozporządzenia;

2) opieki pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej przekazuje zbiorcze dane przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń według kodów świadczeń, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia;

3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania przekazuje:

a) w odniesieniu do świadczeń, których jednostką sprawozdawczą wymienioną w § 3 ust. 1 pkt 2:

- bilans zdrowia oraz szczepienia - dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
- inna jednostka sprawozdawcza - dane zbiorcze przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń według kodów świadczeń, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia,

b)liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową;”

b) w ust. 4 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) ubezpieczonych - dane, o których mowa w §4 pkt 1, 4 i 5;pkt 6 lit.a i pkt 7 lit.

a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2;

2) osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, pkt 2 i pkt 4-7;”;

c) dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Świadczeniodawcy, przekazują odpowiednio do udzielonych świadczeń dane, o których mowa w:

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

2) §3 ust. 3 pkt 2-4 - jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.”;

3) w § 7 w ust. 2 pkt 7 lit b otrzymuje brzmienie:

a) „b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 7 załącznika nr 4 do rozporządzenia; w przypadku gdy przyczyną skreślenia jest wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę - dodatkowo wpisuje się datę rozpoczęcia wykonania świadczenia, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 7, a w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone na oddziale szpitalnym wpisuje się także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 4 i 6 rozporządzenia.”;

4) w § 8:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) dane dotyczące osób objętych opieką:

a) identyfikator, którym jest :

- numer PESEL, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, którym nie nadano numeru PESEL numer poświadczenia, o którym mowa w art.52 ustawy,

- numer PESEL opiekuna w przypadku dzieci do ukończenia 3 miesiąca życia,

b) dane o których mowa w § 4 pkt 2-5,

c) nazwisko rodowe,

d) numer telefonu,

e) dane o których mowa w § 4 pkt 6;”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1 lit. a i c, pkt 2 lit. a i b, pkt 3, pkt 4 i pkt 7, a w odniesieniu do dzieci i młodzieży objętych profilaktyczną opieką w środowisku nauczania i wychowania – identyfikator osoby oraz dane, o których mowa dane o których w ust. 3 pkt 3.”;

5) w § 9 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

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

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

„1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5, § 6, § 7 ust. 3 i 4 i § 8 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

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

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

8) w załączniku nr 3 do rozporządzenia skreśla się pkt 3;

9) w załączniku nr 4 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 1 dodaje się jako ostatnią pozycję wiersz w brzmieniu:

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

b) w tabeli nr 7 w wiersz trzeci otrzymuje brzmienie:

„zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę”

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

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

MINISTER ZDROWIA

Kod świadczenia

Jednostka sprawozdawcza		Objaśnienie
nazwa	kod	
pobyt na oddziale szpitalnym	1	świadczenie udzielone na oddziale szpitalnym z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
leczenie jednego dnia	2	świadczenie udzielone przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w tym samym dniu. W przypadku, gdy leczenie trwa dłużej niż jeden dzień świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt na oddziale.
pobyt	3	świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym nie wymienionym z nazwy zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu trwające odpowiednio co najmniej jedną noc
porada	4	świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
porada patronażowa	5	
wizyta	6	świadczenie udzielone, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, a także przez psychologa
wizyta patronażowa	7	
cykl leczenia	8	świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie
badanie	9	badanie diagnostyczne
sesja	10	cykl leczenia zarówno indywidualny jak i zbiorowy prowadzony w szczególności przez psychologa
osoba leczona	11	jednostka ta powinna być podawana, tylko wtedy, gdy nie można wykorzystać innej wskazanej dla danego świadczenia jednostki
wyjazd	12	
akcja ratownicza	13	
przewóz	14	
przelot	15	
zabieg	16	jednostka stosowana wyłącznie w przypadku hemodializy

Jednostka sprawozdawcza		Objaśnienie
badanie bilansu zdrowia	17	
produkt optyczny	18	
przedmiot ortopedyczny	19	
środek pomocniczy	20	
urządzenie medyczne	21	
przedmiot	22	
szczepienie	23	Szczepienia obowiązkowe; gdyż tylko one finansowane są ze środków publicznych.
badanie przesiewowe	24	
świadczenie profilaktyczne	25	

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
1. Grupa - usługi lecznicze		Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków choroby lub urazu.	
1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu trwające co najmniej jedną noc	Pobyt na oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty na oddziale szpitalnym, z wyjątkiem pobytów na oddziale rehabilitacyjnym przyjmującym kod 8.1 i na oddziale opieki długoterminowej przyjmującym kod 13.1.	0.1
	Zabieg		0.16
	Pobyt	Dotyczy leczenia w sanatorium, prewentorium i hostelu z wyjątkiem pobytów zakwalifikowanych do kodu 16.3.	0.3
1.2. Leczenie "jednego dnia" Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu. Leczenie "jednego dnia" obejmuje m.in. chirurgię "jednego dnia", dializoterapię, chemioterapię nowotworów, wykonywane w trybie jednodniowym.	leczenie jednego dnia		1.2
	Zabieg		1.16
1.3. Leczenie ambulatoryjne		Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego.	

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane z postawieniem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	Porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	badanie bilansu zdrowia		2.17
1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentystów. W kategorii tej znajdują się również protezy uzębienia.	Porada		3.4
	Badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym usługi psychiatrii ambulatoryjnej, oraz "małej chirurgii".	Porada		4.4
	Sesja		4.10
1.3.4. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne usługi ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych z wyjątkiem : - fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji - ortodontów.	Porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), jeżeli nie zakończyły się pobytem na oddziale szpitalnym.	6.4
	Wizyta		6.6.
	wizyta patronażowa		6.7.
	Sesja		6.10
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach: - rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 9.8; - rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 10.8	6.8
	Zabieg		6.16
1.4 Usługi lecznicze w domu pacjenta Porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki rodzinnej, jak i takie usługi jak dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe	Porada	Nie uwzględnia porad udzielonych w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmujących kod 10.4. Obejmuje także opiekę wyjazdową.	7.4
	porada patronażowa		7.5

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
	badanie bilansu zdrowia		7.17.
	Wizyta	<p>Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 10.6 - rehabilitacji w domu pacjenta przyjmującej kod 11.6 - pozostałej rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 12.6 - długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w domu pacjenta przyjmującej kod 15.6 <p>Obejmuje także opiekę wyjazdową.</p>	7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	Sesja		7.10
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmującej kod 11.8.	7.8
	Zabieg		7.16
	osoba leczona		7.11
2. Grupa - usługi rehabilitacyjne		Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.	
2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny	pobyt na oddziale szpitalnym		8.1
2.2.Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu	cykl leczenia	W przypadku gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów.	9.8
	osoba leczona		9.11
2.3.Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego	Porada		10.4
	Wizyta		10.6

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
	cykl leczenia		10.8
	osoba leczona		10.11
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta.	Porada		11.4
	Wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii	Porada		12.4
	Wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
3. grupa –długoterminowa opieka pielęgnacyjna		Obejmuje opiekę pielęgniarstwa i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka medyczna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej.	
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna Wykonywana na rzecz pacjenta formalnie przyjętego na pobyt w zakładzie.	Pobyt		13.3
	pobyt na oddziale szpitalnym		13.1
3.2. Długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu. Opieka taka oferowana jest pacjentom o ograniczonej samodzielności, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	cykl leczenia		14.8
	osoba leczona		14.11
3.3. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na	Porada		15.4
	Wizyta		15.6
	cykl leczenia		15.8

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.	osoba leczona		15.11
3.4. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w trybie hostelowym	Pobyt		16.3
4. Grupa -pomocnicze usługi opieki zdrowotnej		Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej; wykonywane przez osoby uprawnione.	
4.2. Diagnostyka obrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego		Obejmuje badania diagnostyczne, wykonywane za pomocą technik obrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.	
4.2.1.	Badanie	USG	18.9
4.2.2.	Badanie	Tomografia komputerowa	19.9
4.2.3.	Badanie	Rentgenodiagnostyka	20.9
4.2.4.	Badanie	Rezonans magnetyczny	21.9
4.2.5.	badanie	Scyntygrafia	22.9
4.2.6.	badanie	Angiografia	23.9
4.2.7.	badanie	Endoskopia	24.9
4.2.8.	badanie	Inne	25.9
4.2.9.	badanie	Pozostała diagnostyka (nieobrazowa)	26.9
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta		Obejmuje (a) usługi ratownictwa medycznego przedszpitalnego (b) usługi transportowania pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia	
4.3.3.Pomoc doraźna -ratownicze zespoły wyjazdowe	wyjazd		27.12
4.3.4. Pomoc doraźna -ratownictwo lotnicze i śmigłowcowe	wyjazd		28.12
4.3.5. Pomoc doraźna -wodne pogotowie ratunkowe	wyjazd		29.12
4.3.6. Pomoc doraźna- ratownictwo górskie	akcja ratownicza		30.13
4.3.7. Pozostałe			
4.3.7.1.	przewóz		31.14
Pozostałe -Transport pacjenta	przełot		31.15
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		32.6
	osoba leczona		32.11

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze		Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze. ** Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki sprawozdawczej zgodnie z kodem określonym w tabeli A.	33.**
5. Produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Sprzęt terapeutyczny i inne dobra medyczne trwałego użytkowania		Obejmuje dostarczanie pacjentom sprzętu medycznego, wraz z towarzyszącymi temu czynnościami, jak sprzedaż detaliczna, dopasowywanie, naprawy, wypożyczanie.	
5.2.1. Okulary i pozostałe produkty optyczne	produkt optyczny	Obejmują oprócz szkieł optycznych również soczewki kontaktowe, płyny do ich konserwacji oraz usługi, jakie związane są z dopasowaniem i sprzedażą ww. materiałów.	34.18
5.2.2 Urządzenia ortopedyczne i inne protetyczne środki pomocnicze Obejmują protezy kończyn, pasy chirurgiczne i inne środki techniczne z zakresu protetyki. Nie obejmują protez wszczepialnych, zaliczanych do usługi wszczepienia (np. endoproteza stawu biodrowego)	przedmiot ortopedyczny		35.19
	środek pomocniczy	Z wyjątkiem środków, wykazanych pod kodem 36. 20 i 37.21.	35.20
5.2.3. Środki wspomaganie słuchu	środek pomocniczy	Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	36.20
5.2.4. Techniczne urządzenia medyczne, w tym wózki inwalidzkie	urządzenie medyczne	Obejmują wózki inwalidzkie i inne urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	37.21
5.2.9. Pozostałe medyczne dobra trwałego użytku	przedmiot	Niewymienione powyżej dobra trwałego użytku służące ochronie zdrowia.	38.22
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne		Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.	
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne		Zdrowie matki i dziecka, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne; obejmuje szeroki zakres świadczeń od poradnictwa genetycznego, zapobiegania wadom rozwojowym, przygotowania do porodu, szczepienia dzieci.	

Świadczenie			Kod świadczenia
Funkcja ochrony zdrowia	Jednostka sprawozdawcza (nazwa)	Opis	
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne		** Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki sprawozdawczej zgodnie z kodem określonym w tabeli A.	39.**
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			40.**
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem			41.**
6.1.4. Inna			42.**
6.2. Medycyna szkolna Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki szkolne w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.	porada		43.4
	wizyta		43.6
	badania bilansu zdrowia		43.17
	badania przesiewowe		43.24
	szczepienie		43.23
	świadczenia profilaktyczne		43.25
	osoba leczona		43.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.	porada		44.4
	wizyta		44.6
	badanie		44.9
	osoba leczona		44.11
6.3.1. Szczepienia	szczepienie		45.23
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym. Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, iż część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta	porada		46.4
	sesja		46.10
	osoba leczona		46.11
	badanie		46.9
6.6. Medycyna sportowa	porada		47.4
	wizyta		47.6
	osoba leczona		47.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		48.11

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

Objaśnienia

Wpisy w kolumnie “Format”

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

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

rok+miesiąc - oznacza miesiąc kalendarzowy zapisany w postaci RRRR-MM

liczba(m,n) - oznacza liczbę o maksymalnie **m** cyfrach znaczących, w tym **n** cyfr w części ułamkowej

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

Wpisy w kolumnie “Krotność”

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

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

Wpisy w pozostałych kolumnach

Płeć (w kolumnie “Opis”) - oznacza, że atrybut może przyjmować następujące wartości zgodnie z normą ISO 5281:

0 – płeć nieokreślona

1 – mężczyzna

2 - kobieta

9 – nieznana

Nagłówek komunikatów

Przedstawiony poniżej nagłówek komunikatu stosowany jest we wszystkich komunikatach przekazywanych od świadczeniodawcy do płatnika.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) dla elementów komunikatu, określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych niniejszym rozporządzeniem jest to stała wartość: „www.csioz.gov.pl(...)”
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	Typ komunikatu określa rodzaj informacji przekazywanych w komunikacie.
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	Wersja określa zastosowaną strukturę komunikatu danego typu.
		id-odb	1	do 8 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikatorem tym jest kod zgodny z załącznikiem nr 5. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzeń danych), to jest to identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem.
		id-inst-odb	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego odbiorcy komunikatu	Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikator ten jest pusty. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzenia), to jest to identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika.
		id-nad	1	do 8 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, spośród wygenerowanych z systemu nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania komunikatu	Informacja pomocnicza.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, którego dotyczy sprawozdanie	
		typ-id-swd	1	1 znak	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	Wartości:

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
						R – nr REGON K – nr księgi rejestrowej RZOZ X – identyfikator techniczny nadany przez płatnika
		id-swd	1	do 9 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy	
		id-inst	1	do 38 cyfr	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie świadczeniodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy.

Komunikat danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych

Ogólna budowa komunikatu

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	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego.
1	zestaw-swiadczen	1-n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, kiedy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie. W szczególności dotyczy to wszystkich pobyków na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta.

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
2	dane-zestawu	0-1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy przekazywane są informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informację o potrzebie usunięcia danych o pakiecie świadczeń, wysłanych w jednym z poprzednich komunikatów.
3	zlecenie	0-1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia.
3	hospitalizacja	0-1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane tylko w przypadku sprawozdawania świadczeń udzielonych podczas hospitalizacji.
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w §4 rozporządzenia.
3	swiadczenie	1-n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie.
4	kom-org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia.
4	personel	0-1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.
4	przyczyna	1	Element obejmujący przyczyny medyczne udzielenia świadczenia.
4	transport	0-1	Element zawierający dodatkowe dane rejestrowane w związku z przewozem pacjenta.
4	procedura	0-n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu np. konkretne procedury medyczne.

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

Szczegółowa budowa komunikatu świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

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

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

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	zestaw-swiadczen		1-n		Zestaw świadczeń	Grupuje świadczenia, których charakterystyka przekazywana jest w elemencie „świadczenie”.
		id-zest-swiad	1	do 20 cyfr	Identyfikator zestawu świadczeń	Atrybut techniczny pozwalający na synchronizację danych pomiędzy systemami informatycznymi świadczeniodawcy i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń
		nr-wersji	1	do 4 cyfr	Nr wersji danych (modyfikacji) zestawu świadczeń	Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji przekazywanych danych w przypadku ich poprawiania.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		typ	1	1 litera	Typ zestawu świadczeń	Pomocniczy atrybut techniczny pozwalający na lepszą weryfikację poprawności struktury przekazanego komunikatu w zależności od rodzaju sprawozdawanych świadczeń. Wartości: S – dla świadczeń udzielonych na oddziale szpitalnym A – dla pozostałych świadczeń
		usun	0-1	1 litera [N]	Żądanie usunięcia całego zestawu świadczeń	Wartości: T – żądanie usunięcia N – przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N".
		data-wprow	0-1	data i czas	Data i czas pierwszej rejestracji pakietu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający wyjaśnianie sytuacji spornych. Nie musi wystąpić.
		data-mod	0-1	data i czas	Data i czas ostatniej modyfikacji pakietu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający wyjaśnianie sytuacji spornych. Nie musi wystąpić.
2	dane-zestawu		0-1		Dane obejmujące świadczenia wchodzące w skład zestawu świadczeń	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do wygodniejszego przekazania informacji o potrzebie usunięcia danych. W przypadku, gdy atrybut "usun" w elemencie "zestaw-swiadczen" ma wartość "T", to element "dane-zestawu" (wraz ze wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje.

Element "zlecenie"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	zlecenie		0-1		Dane charakteryzujące fazę zlecenia świadczenia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 15

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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	swdcz-zlec		0-1 1z		Świadczeniodawca i jego komórka organizacyjna, w której wystawiono zlecenie wykonanie świadczenia	Musi wystąpić jeden z elementów: “swdcz-zlec” lub “instyt-zlec”
		typ-id	0-1	1 litera [R]	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	Wartości: R – 9 cyfr numeru REGON K – nr księgi rejestrowej RZOZ
		id-swd	1	do 9 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy zlecającego	
		id-kom-org	1	do 3 znaków	Identyfikator komórki organizacyjnej	Część VII kodu resortowego
5	personel		0-1		Dane identyfikujące osobę zlecającą wykonanie świadczenia.	Nie występuje tylko wtedy, gdy podmiotem zlecającym nie jest świadczeniodawca (atrybut “typ-zlec” ma wartość “I”)
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej osoby zlecającej	Zgodnie z tabelą nr 1 załącznika nr 4
		npwz	1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
4	instyt-zlec		0-1 1z		Dane identyfikujące instytucję inną niż świadczeniodawca	Musi wystąpić jeden z elementów: “swdcz-zlec” lub “instyt-zlec”
		nazwa	1	do 50 znaków	Nazwa instytucji	

Element "hospitalizacja"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	hospitalizacja		0-1		Zestaw danych dotyczących hospitalizacji	Przekazywany dodatkowo, tylko w przypadku udzielenia świadczeń w ramach hospitalizacji
4	ksiega		1		Dane księgi głównej	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 12
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy księga główna	
		nr	1	3 cyfry	Nr księgi	
		poz	1	5 cyfr	Pozycja, pod którą zapisano pacjenta	
		nr-dziecka	0-1	1 cyfra	Nr kolejny noworodka	
4	przyjecie		1		Dane dotyczące przyjęcia do szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb przyjęcia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 7
		data	1	data	Data przyjęcia	
		data-oczekiw	0-1	data	Data wpisu na listę oczekujących	Podawana tylko wtedy, gdy sprawozdawane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących
4	wypis		0-1		Dane dotyczące wypisu ze szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb wypisu	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 9
		data	1	data	Data wypisu	
4	przyczyna		0-1		Przyczyna hospitalizacji	
		glowna	1	5 znaków		

Element "pacjent"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	pacjent		1		Dane pacjenta	
4	identyfikacja		1		Identyfikacja pacjenta/opiekuna pacjenta	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		typ-osoby	0-1	1 duża litera [P]	Osoba której dotyczy identyfikacja	Wartości: P – pacjent O – opiekun
		nr-dziecka	0-1	1 cyfra	Nr dziecka identyfikowanego tym samym identyfikatorem opiekuna	Nie występuje, jeżeli atrybut “typ-osoby” przyjmuje wartość “P”. Także nie zawsze musi wystąpić, jeżeli atrybut “typ-osoby” przyjmuje wartość “O”. Dotyczy kilkorga dzieci objętych w tym samym czasie tym samym identyfikatorem opiekuna
		typ-id	0-1	1 duża litera [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator osoby (pacjenta bądź opiekuna)	
4	dane-osob		0-1		Dane osobowe pacjenta	Nie występuje, jeżeli identyfikatorem pacjenta jest Pesel
		imie	1	Do 20 znaków	Imię	
		imie2	0-1	Do 20 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	Do 40 znaków	Nazwisko	
		rodowe	0-1	do 40 znaków	Nazwisko rodowe	Przekazywane w przypadku niektórych krajów w ramach przepisów o koordynacji
5	adres		0-1		Adres w kraju stałego zamieszkania pacjenta	Dotyczy wyłącznie osób, o których mowa w art.2 ust.2 ustawy
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miescowosc	1	do 30 znaków	Miejscowość zamieszkania	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		ulica	0-1	do 40 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 3 cyfr	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Numer lokalu	
4	pacjent-stat		1		Dane statystyczne o pacjencie	
		plec	1	1 cyfra	Płeć pacjenta	Na podstawie normy ISO 5281
		data-urodz	1	Data	Data urodzenia pacjenta	
4	ubezpieczenie		1-n		Dane dotyczące ubezpieczenia lub sposobu finansowania świadczeń	
		kraj	0-1	2 znaki [PL]	Kod kraju odpowiedzialnego za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń	wg normy ISO 3166-1
		tytul-uprawn	0-1	do 2 znaków [U]	Tytuł uprawnienia	Zgodnie z tabelą 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		upraw-dod	0-1	Do 7 znaków	Dodatkowe uprawnienia pacjenta	Zgodnie z tabelą 6 załącznika nr 4 do rozporządzenia
5	podmiot-fin		1			
6	nfz-min		0-1 1z		Oddział NFZ lub odpowiednie ministerstwo	Zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia
		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 1 ustawy	
		teryt	1	7 cyfr	Kod Teryt gminy	
		organ	1	do 40 znaków	Organ wystawiający decyzję	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
6	instytucja		0-1 1z		Instytucja właściwa	
		typ-kodu	1	1 cyfra	Typ kodu identyfikującego instytucję właściwą	1 – Identyfikator instytucji właściwej w centralnym słowniku NFZ 2 – Kod instytucji na dokumencie upoważniającym (podawany w sytuacji, gdy brak instytucji w słowniku centralnym).
		kod	1	do 10 znaków	Kod identyfikujący instytucję właściwą	Zwykle pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie upoważniającym
		skrot-nazwy	0-1	do 15 znaków	Skrót nazwy instytucji właściwej	Zwykle drugi człon (po myślniku) symbolu instytucji właściwej na dokumencie upoważniającym.
5	dokument		0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	UWAGA! Może wystąpić jeden z elementów podrzędnych: “karta”, “decyzja”, “dokum-ue”, albo element “dokument” nie występuje wcale.
6	karta		0-1 1z		Karta ubezpieczenia zdrowotnego	Dotyczy polskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego
		numer	1	Do 20 znaków	Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego	
6	decyzja		0-1 1z		Decyzja wójta, burmistrza gminy	
		numer	1	Do 20 znaków	Nr decyzji	
		data-od	1	Data	Data początkowa okresu obowiązywania decyzji	
6	dokum-ue		0-1 1z		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji	
7	ekuz		0-1 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
		numer	1	Do 20 znaków	Numer	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		data-do	1	Data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfikat		0-1 1z		Certyfikat	
		numer	0-1	Do 20 znaków	Numer	
		data-wyst	0-1	Data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	Data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	1	Data	Data końcowa okresu ważności	
7	poswiadcz		0-1 1z		Poświadczenie	
		numer	1	Do 20 znaków	Numer	
		data-wyst	1	Data	Data wystawienia	
		data-od	1	Data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	Data	Data końcowa okresu ważności	
		rodz-druku	1	4 znaki	Rodzaj poświadczanego druku serii E	
7	druk-e		0-1 1z		Formularz serii E	
		rodzaj	1	4 znaki	Rodzaj formularza	Oznaczenie bez spacji lub myślnika (E999)
		data-wyst	1	Data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	Data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	Data	Data końcowa okresu ważności	
5	dok-upr-dod		0-1		Dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe	Może wystąpić tylko wtedy, gdy występuje atrybut "upraw-dod" w elemencie "ubezpieczenie"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nazwa	1	do 20 znaków	Nazwa dokumentu	
		id-dok	0-1	do 20 znaków	Identyfikator dokumentu	

Element "swiadczenie"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	swiadczenie		1-n		Dane charakteryzujące fazę udzielania świadczenia	Dane obejmują świadczenie udzielone w ramach działania określonej komórki organizacyjnej
		id-swiad	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu "zestaw-swiazczen"
		kod-swiaucz	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie ze słownikiem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 6
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 8
		dni-lecz	0-1	do 3 cyfr	Liczba dni leczenia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 10

Element "kom-org"

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

Element "personel"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	personel		0-1		Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.	
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia
		npwz	0-1 1z	do 20 znaków	Nr prawa wykonywania zawodu	Jeżeli istnieje odpowiedni numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej, to podaje się go w tym atrybucie. W przeciwnym przypadku podaje się nr PESEL w atrybucie "pesel"
		pesel	0-1 1z	11 cyfr	Numer PESEL	

Element "przyczyna"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	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
		glowna	1	do 5 znaków	Przyczyna główna	
		wsp1	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca nr 1	
		wsp2	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca nr 2	
		wsp3	0-1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca nr 3	

Element "transport"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	transport		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z transportem pacjenta.	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		stp-niespr	0-1	2 znaki	Stopień niesprawności	Zgodnie z §3 ust.4 pkt 3 lit.c
		kod-celu	1	2 znaki	Kod celu przewozu	Zgodnie z §3 ust.4 pkt 3 lit.e
		kod-rodz	1	4 cyfry	Kod rodzaju transportu	
		doplata-pacj	0-1	liczba(5,2)	Dopłata poniesiona przez świadczeniobiorcę	

Element "procedura"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
4	procedura		0-n		Dane dotyczące procedury medycznej wykonanej w ramach świadczenia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 5
		id-proc	1	do 12 znaków	Identyfikator usługi medycznej	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu "zestaw-swiadczen"
		typ-kodu	0-1	1znak [9]	Oznaczenie słownika, z którego pochodzą kody procedur	Ponieważ aktualnie korzysta się jedynie ze słownika procedur ICD9-CM, który oznacza się kodem "9", zawartość tego atrybutu nie musi być przekazywana
		kod	1	do 8 znaków	Kod procedury medycznej	Kod procedury zgodny z typem słownika określonym w trybucie "typ-kodu".
		krotnosc	0-1	do 3 cyfr [1]	Liczba powtórzeń wykonanej procedury	Domyślnie - wartość "1", można wówczas pominąć ten atrybut
		data-wyk	0-1	data	Data wykonania procedury	Występuje w przypadku przeszczepu.

Komunikat danych o zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Ogólna budowa komunikatu

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	swiadzeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	sprawozdanie	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze za określony miesiąc.
2	rozlicz-spraw	1-n	Element obejmujący sprawozdanie w podziale na ewentualnie występujące kategorie wymagane przy rozliczeniach.
3	swiadczenie	0-n	Zrealizowane w ramach sprawozdania rzeczowe świadczenia zdrowotne
4	podstawa	1	Element obejmujący dane dotyczące rodzaju dokumentu potwierdzającego zgodę płatnika na realizację zaopatrzenia
4	przedmiot	1-n	Wydane świadczenie rzeczowe
5	przyczyna	1	Rodzaj schorzenia związany z wydaniem świadczenia rzeczowego

Szczegółowa specyfikacja komunikatu „Zaopatrzenie 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 „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadzenioda		1		Świadczeniodawca dokonujący	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
	wca				sprawozdawania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie		1		Dane objęte sprawozdaniem	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw dla merytorycznych elementów komunikatu (czyli niniejszego i podrzędnych)	Wartość: „www.csioz.gov.pl (...)”
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac	1	2 cyfry	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	rozlicz-spraw		1-n		Dane potrzebne do rozliczenia sprawozdania	W uzgodnieniu z płatnikiem sprawozdanie może być dzielone na kilka kategorii rozliczeniowych. Kategorią może być także dokument, którego dotyczą przekazywane dane.
		kategoria-spr	0-1	do 3 znaków	Kategoria sprawozdawcza pozycji ujętych w tej części sprawozdania	Może nie wystąpić, gdy płatnik nie zezwala na odrębne rozliczanie wyróżnionych kategorii pozycji sprawozdawczych (element „rozlicz-spraw” występuje wtedy z krotnością 1). Przekazywane dane dotyczą wtedy całego sprawozdania traktowanego jako jeden dokument. Przykładowymi kategoriami wyróżnionymi ze względu na rodzaj dokumentu uprawniającego mogą być: „realizacja na kartę zaopatrzenia” / ”realizacja na potwierdzony wniosek”.
		id-dok-rozl	0-1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu rozliczeniowego	Może wystąpić tylko wtedy, gdy płatnik zezwala na odrębne rozliczanie poszczególnych kategorii świadczeń. W przeciwnym przypadku id. dokumentu rozliczeniowego jest tożsamy z okresem rozliczeniowym.
		nr-korekty	0-1	do 2 cyfr	Numer dokumentu korygującego	Dotyczy sytuacji, w których wymagane jest stworzenie odrębnego dokumentu korekty, a nie kolejnej wersji tego samego dokumentu (np. po akceptacji i wypłacie faktury).
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych przekazanych w ramach dokumentu	Przyjmuje się, że dane przekazane w dokumencie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane dotyczące dokumentu identyfikowanego przez parę atrybutów “id-dok” i “nr-korekty”.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		usun	0-1	1 znak [N]	Czy to sprawozdanie ma być całkowicie usunięte	
3	zaopatrzenie		0-n		Dane obejmujące jedno świadczenie zaopatrzenia (może być wieloprzedmiotowe)	Nie występuje tylko wtedy, gdy atrybut "usun" w elemencie "sprawozdanie" ma wartość "T"
		id-zaop	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Identyfikator techniczny, unikalny co najmniej w ramach sprawozdania (a więc całego okresu sprawozdawczego)
		kod	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie ze słownikiem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia lub przyjęcia do realizacji	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 4 lit.b
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 4 lit.f
4	podstawa		1		Dane dotyczące potwierdzenia zgody płatnika	
		typ-dok	1	1 znak	Typ dokumentu zgody wydawanej przez płatnika	Wartości: K – karta zaopatrzenia W – potwierdzony wniosek na zaopatrzenie
		id-dok	1	do 24 znaków	Identyfikator wydanego dokumentu zgody	
4	przedmiot		1-n		Dane dotyczące wydanego przedmiotu	
		kod-przedm	1	do 16 znaków	Kod przedmiotu	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 3 lit.c lub §3 ust.3 pkt 4 lit.b
		ilosc	1	do 3 cyfr	Wydana ilość przedmiotów	
		okres-zaop-od	0-1	rok + miesiąc	Początek okresu, za który pobrano przedmioty (rok i miesiąc)	Przekazywany tylko w przypadku świadczeń na kartę zaopatrzenia
		okres-zaop-dlug	0-1	liczba (1,0) [1]	Długość okresu (w miesiącach), za który pobrano przedmioty	j.w.
		refundacja	1	liczba (8,2)	Kwota refundacji	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 4 lit.d lub §3 ust.3 pkt 4 lit.c
		doplata	1	liczba (8,2)	Kwota dopłaty ze strony pacjenta	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 4 lit.e lub §3 ust.3 pkt 4 lit.d

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	przyczyna		1		Przyczyna świadczenia w formie przedmiotu	
		glowna	1	3 znaki	Kod rodzaju schorzenia	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 3 lit.d

Komunikat danych o deklaracjach POZ

Ogólna budowa komunikatu

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	sprawozdanie	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze za określony miesiąc.
2	rozlicz-spraw	1	Element obejmujący sprawozdanie w podziale na ewentualnie występujące kategorie wymagane przy rozliczeniach.
3	deklaracja	0-n	Główny element dotyczący pojedynczej deklaracji.
4	dane-dekl	0-1	Element obejmujący dane deklaracji, która nie jest usuwana.
5	personel	1	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub położnej, którym przypisano deklarację.
5	pacjent	1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja.

Szczegółowa specyfikacja komunikatu „Deklaracje 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 „1”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadzeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie		1		Dane objęte sprawozdaniem	
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Identyfikuje równocześnie rok szkolny
		miesiac	1	2 cyfry	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	rozlicz-spraw		1-n		Dane potrzebne do rozliczenia sprawozdania	Występuje więcej niż 1 raz, jeśli zgodnie z decyzją płatnika odrębnie sprawozdaje się różne kategorie pozycji sprawozdawczo-rozliczeniowych. Zob. opis atrybutu „kategoria-spr”
		kategoria-spr	0-1	do 24 znaków	Kategoria sprawozdawcza pozycji ujętych w tej części sprawozdania	Może nie wystąpić, gdy płatnik nie wymaga odrębnego sprawozdania ustalonych kategorii pozycji sprawozdawczo-rozliczeniowych (element “rozlicz-spraw” występuje wtedy z krotnością 1).
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych przekazanych w ramach wskazanej kategorii	Przyjmuje się, że dane przekazane w sprawozdaniu (dla określonej kategorii) o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	Zgodnie z §8 ust.2 pkt 1 lit.c
3	deklaracja		0-n		Dane dotyczące deklaracji złożonej przez świadczeniobiorcę	
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Atrybut techniczny jednoznacznie identyfikujący złożoną deklarację w ramach systemu informatycznego świadczeniodawcy.
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia deklaracji	Wartości: N – nie usuwać (przekazanie prawidłowych danych) T – usunąć. Usunięcie dotyczy deklaracji przekazanych poprzednio wskutek

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
						pomyłki świadczeniodawcy. Jeżeli natomiast deklaracja ma być wycofana (pacjent wypisał się z listy POZ), to atrybut "usun" powinien mieć wartość "N", natomiast w atrybucie "data-wycof" elementu "dane-deklaracji" przekazuje się dzień wycofania.
4	dane-dekl		0-1			Nie występuje (wraz z elementami podrzędnymi), jeżeli atrybut "usun" w elemencie "deklaracja" ma wartość "T"
		data-od	1	data	Data złożenia deklaracji wyboru	
		data-wycof	0-1	data	Data wycofania deklaracji wyboru	Występuje tylko w przypadku wycofania deklaracji
		typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji (podstawowy)	Zgodnie z §8 ust.2 pkt 3
		podtyp-dekl	0-1	1 znak [N]	Dodatkowy podtyp deklaracji	Dotyczy dodatkowych, specyficznych cech wpływających na sposób rozliczenia deklaracji.
5	personel		1		Lekarz, pielęgniarka lub położna, wybrana przez pacjenta na deklaracji	
		npwz	1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
5	pacjent		1		Dane pacjenta	
6	id-pacj		1		Identyfikacja pacjenta	
		pesel	0-1	11 cyfr	PESEL pacjenta	Może nie wystąpić w przypadku dzieci do 3 miesiąca życia.
		pesel-opiek	0-1	11 cyfr	PESEL opiekuna	Przekazywany w przypadku dzieci do 3 miesiąca życia, niezależnie od tego, czy posiadają już własny PESEL
		poswiadczenie	0-1	do 20 cyfr	Numer poświadczenia	Wydanego pacjentom w ramach przepisów o koordynacji
6	pacjent-stat		1		Dane statystyczne o pacjencie	
		data-urodz	1	data	Data urodzenia	
		plec	1	1 cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5281
6	dane-osob		1		Dane osobowe pacjenta	
		imię	1	do 20 znaków	Imię	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		imię2	0-1	do 20 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
		rodowe	0-1	do 40 znaków	Nazwisko rodowe	Przekazywane, jeżeli różne od aktualnego nazwiska
6	adres		1		Adres zamieszkania pacjenta	
		kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy	Format: 99-999
		miejscowosc	1	do 30 znaków	Miejscowość	
		ulica	0-1	do 40 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 4 znaków	Nr domu	
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Nr lokalu	

Komunikat danych jednostkowych o poradach lekarskich udzielonych w 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 "PORAD"
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie		1		Dane objęte sprawozdaniem	
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		miesiac	1	2 cyfry	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane
		umowa	1	do 24 znaków	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane dane
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T – należy usunąć N – nie należy usuwać (przekazanie nowych danych)
2	porada		0-n		Porady lekarza POZ	
		id-por	1	do 12 cyfr	Identyfikator porady	Unikalny w ramach instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy, w której zarejestrowano poradę.
		data-porady	1	data	Data udzielenia porady	
		pesel	0-1	11 cyfr	PESEL pacjenta	
		poswiadczenie	0-1	do 20 cyfr	Nr poświadczenia	Przekazywany w przypadku pacjentów z UE jest identyfikowany numerem z poświadczenia
		kod-swiad	1		Rodzaj porady	Jeden z dwóch kodów świadczenia z załącznika nr 1: 2.4 lub 7.4
3	pacjent-stat		1		Dane statystyczne o pacjencie	
		data-urodz	1	data	Data urodzenia	
		plec	1	1 cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5281

Komunikat danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "POZZB"
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadzeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie		1		Dane objęte sprawozdaniem	
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac	1	2 cyfry	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane w ramach wskazanego okresu sprawozdawczego dane (dotyczy to wszystkich elementów "rodz-swdez")
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T – należy usunąć N – nie należy usuwać (przekazanie nowych danych)
2	parametr		0-n		Rodzaj sprawozdawanej informacji zbiorczej	Odpowiada rodzajowi sprawozdawanych zbiorczo świadczeń.
		symbol	1	do 3 znaków	Symbol definiujący rodzaj świadczenia	
		symbol-dod	0-1		Kod dodatkowo doprecyzowujący sprawozdawane świadczenie	Np. w przypadku: - badań diagnostycznych – kod badania określony w załączniku nr 6, - transportu – cele przewozu zgodnie z tabelą 3 załącznika nr 4
3	wartosc		1-n		Wartość sprawozdawanej informacji zbiorczej	
		kategoria	0-1		Kod definiujący grupę wiekową, której dotyczy przekazana liczba świadczeń	Zgodnie z rozporządzeniem dotyczy tylko niektórych rodzajów świadczeń.
		liczba	1	liczba (5,0)	Liczba świadczeń określonego rodzaju w określonej grupie wiekowej	

Komunikat danych o listach oczekujących

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „LIOCZ”
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	sprawozdanie		1			Sprawozdanie dotyczy stanu na ostatni dzień miesiąca
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac	1	2 cyfry	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	lista-oczek		1-n			
		typ-listy	1	1 litera	Typ przekazywanej listy	Wartości: W – lista będąca wykazem osób oczekujących S – lista zawierająca podsumowanie danych
		typ-id	1	1 litera [R]	Typ identyfikatora komórki organizacyjnej	Wartości: R – identyfikator zbudowany w oparciu o REGON
		id-kom-org	1	do 20 znaków	Identyfikator komórki organizacyjnej	
		kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	
		kod-kateg	1	1 znak	Kod kategorii osób oczekujących	Wartości: 1 – przypadki stabilne 2 – przypadki pilne

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących	Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia danych dotyczących określonej listy oczekujących	
3	parametry		0-1 1z		Parametry podsumowujące listę oczekujących	Występuje wtedy, gdy nie przekazuje się danych osób oczekujących (atrybut "typ-listy" = S)
		liczba-oczekuj	1	do 4 cyfr	Liczba osób oczekujących	
		czas-oczekiw	1	do 3 cyfr	Średni czas oczekiwania	
3	lista-osob		0-1 1z		Lista osób oczekujących w kolejce	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut "typ-listy" = W)
4	oczekujacy		0-n		Dane osoby zapisanej na liście oczekujących	
		nr-na-liscie	1	do 5 cyfr	Numer na liście w roku zapisania	
		rozpoznanie	1	do 50 znaków	Rozpoznanie lub powód przyjęcia	
5	identyfikacja		1		Identyfikacja pacjenta (lub jego opiekuna)	
		typ-osoby	0-1	1 duża litera [P]	Osoba której dotyczy identyfikacja	Wartości: P – pacjent O – opiekun
		nr-dziecka	0-1	1 cyfra	Nr dziecka identyfikowanego tym samym identyfikatorem opiekuna	Nie występuje, jeżeli atrybut "typ-osoby" przyjmuje wartość "P". Także nie zawsze musi wystąpić, jeżeli atrybut "typ-osoby" przyjmuje wartość "O". Dotyczy kilkorga dzieci objętych w tym samym czasie tym samym identyfikatorem opiekuna
		typ-id	0-1	1 duża litera [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą 4 załącznika nr 4 do rozporządzenia
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator osoby (pacjenta bądź opiekuna)	
5	dane-osob		1		Dane osobowe pacjenta	
		imie	1	do 20 znaków	Imię	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		imie2	0-1	do 20 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
5	adres		1		Adres zamieszkania pacjenta	
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		mijscowosc	1	do 30 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 40 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 3 cyfr	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Numer lokalu	
5	kontakt		0-1		Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą	
		nr-tel	0-1	do 40 znaków	Numery telefonów kontaktowych	
		inny	0-1	do 40 znaków	Inne sposoby kontaktowania się	
5	termin		1-n		Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian)	
		data-zapisu	1	data + czas	Data i czas zapisu planowanego terminu	
		operator	1	do 30 znaków	Osoba, która zapisała planowany termin	
		data-plan	1	data	Planowana data udzielenia świadczenia	
		przycz-zmiany	0-1	do 100 znaków	Przyczyna zmiany terminu	
5	skreslenie		0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących	Element przekazywany tylko wtedy, gdy nastąpiło skreślenie z listy oczekujących
		data-skresl	1	data	Data skreślenia	
		kod-skresl	1	1 litera	Kod przyczyny skreślenia	

Komunikaty potwierżeń

Komunikat potwierzenia 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	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierżeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierżeń.
1	potw-komun		1		Identyfikacja potwierdzanego komunikatu	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie, jak analogiczne atrybuty //komunikat/@* potwierdzanego komunikatu.
		typ-kom				
		id-nad	1	do 8 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzany komunikat	
		nr-gen	1	Liczba (8,0)	Nr kolejny potwierdzanego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania potwierdzanego komunikatu	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
2	problem-kom		0-1		Informacja o problemie z całością komunikatu	Występuje tylko w przypadku odrzucenia całego komunikatu z danymi. Może to wynikać z błędów w potwierdzanym komunikacie, który uniemożliwia przetworzenie jego merytorycznej zawartości, np. nieobsługiwany typ lub wersja formatu komunikatu, niepoprawna struktura komunikatu. Odrzucenie komunikatu może wynikać także z błędów w danych merytorycznych zawartych w komunikacie, jeżeli protokół wymiany danych odpowiedniego komunikatu nie przewiduje odrębnego potwierdzania każdej z pozycji danych (potwierdzany jest tylko całościowo zbiór danych przesłanych w komunikacie).
		kateg	1	1 znak	Kategoria 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	0-1	do 20 znaków	Kod powodu odrzucenia całego komunikatu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika)
		opis	1	do 250 znaków	Opis powodu odrzucenia komunikatu	

Komunikat potwierdzenia danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotkość	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	swiadzeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-danych		1		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie.	
2	potw-zest-swiad		1-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych zestawie świadczeń	
		id-zest-swiad	1	do 20 znaków	Identyfikator zestawu świadczeń	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/@id-zest-swiad
		nr-wersji	1	do 4 cyfr	Nr modyfikacji zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/@nr-wersji
		potw-oper	1	1 znak	Kod potwierdzenia operacji wykonanej na danych zestawu świadczeń, wynikającej z przesłanego potwierdzanego komunikatu	Wartości: 0 – brak operacji - przesłano tą samą wersję zestawu świadczeń co zarejestrowana już u płatnika 1 – zaakceptowano przesłaną wersję zestawu świadczeń 2 – odrzucono przesłaną wersję zestawu świadczeń (błędy) 9 – usunięto zestaw świadczeń na życzenie świadczeniodawcy (wskazany do usunięcia poprzez atrybut //komunikat/zestaw-swiadczen/@usun='T' w potwierdzanym komunikacie)
		akt-nr-wersji	1	Liczba (3,0)	Nr wersji danych zestawu świadczeń, aktualnie zarejestrowanych w systemie odbiorcy (płatnika)	Jest to nr wersji danych przesłanych w potwierdzanym komunikacie, jeżeli dane te zostały przyjęte (potw-oper = 0 lub 1). W przypadku odrzucenia przesłanych danych (potw-oper = 2), w niniejszym atrybucie przekazywany jest nr wersji ostatnio zaakceptowanej, a w przypadku braku takowej przekazywane jest „0”.
3	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczą one poszczególnych świadczeń składowych.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		kateg	1	1 znak	Kategoria problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
3	potw-swiedzcz		1-n		Informacja o ew. problemach występującym w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach	
		id-swdcz	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiedzchen/swiadczenie/@id-swdcz.
4	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych ze świadczeniem.	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów dotyczących tego świadczenia.
		kateg	1	1 znak	Kategoria problemu	Wartości jak w //komunikat/potw-danych/potw-zest-swiaad/problem/@kateg
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat potwierdzenia danych o zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_ZPO"
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-danych		1		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie	
2	potw-zaop		1-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia	
		id-zaop	1	do 10 cyfr	Identyfikator świadczenia zaopatrzenia	Identyfikator przekazany w potwierdzonym komunikacie w atrybucie //komunikat/sprawozdanie/rozlicz-spraw/zaopatrzenie/@id-zaop
3	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z deklaracją	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji.
		kateg	1	1 znak	Kategoria problemu	Wartości: B – Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O – Ostrzeżenie – sygnalizacja potencjalnego problemu I – Informacja – dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat potwierdzenia danych o deklaracjach POZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „P_DEK”
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierżeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierżeń.
1	potw-danych		1		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie	
2	potw-dekl-poz		1-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych deklaracji	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych deklaracji (przypadek teoretyczny).
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/sprawozdanie/rozlicz-spraw/deklaracja/@id-dekl
3	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z deklaracją	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji.
		kateg	1	1 znak	Kategoria problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

Komunikat potwierdzenia danych o poradach 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_POR"
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „1”
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-danych		1		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie	
2	potw-porady		1-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych o poradzie POZ	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych porad (przypadek teoretyczny).
		id-por	1	do 10 cyfr	Identyfikator porady	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/sprawozdanie/porada/@id-por
3	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z deklaracją	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w danych porady.
		kateg	1	1 znak	Kategoria 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	

UZASADNIENIE

Projektowane zmiany do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 roku 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), zwanego dalej *Rozporządzeniem*, zostały przygotowane na wniosek zgłoszony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przygotowując szczegółowe rozwiązania w celu wdrożenia Rozporządzenia (komunikaty szczegółowe) Narodowy Fundusz Zdrowia skorygował zapotrzebowanie informacyjne i zgłosił postulat zmniejszenia zakresu danych przekazywanych przez świadczeniodawców. W szczególności dotyczy to niektórych danych:

- charakteryzujących ubezpieczonego oraz osobę uprawnioną na podstawie przepisów o koordynacji (w tym z imienia i nazwiska, adresu, tytułu ubezpieczenia),
- z rejestru osób objętych podstawową opieką zdrowotną (zrezygnowano z przekazywania danych o tytule ubezpieczenia, oddziale właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub miejsce nauki, oznaczenia roku szkolnego; ponadto świadczeniodawca ma przekazywać wyłącznie numer wykonywania zawodu, a nie jak dotychczas także numer PESEL),
- charakteryzujących zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (zrezygnowano z przekazywania danych charakteryzujących pacjenta oraz lekarza zlecającego – Fundusz uzyskuje te dane w momencie potwierdzenia wniosku o zaopatrzenie, nie jest konieczne ponowne przekazywanie tych danych przez świadczeniodawcę).

Wymienione powyżej dane znajdują się w bazach danych Narodowego Funduszu Zdrowia i są możliwe do ustalenia na podstawie przekazywanej przez świadczeniodawcę jednostkowej danej (np. na podstawie numeru PESEL ustala się imię i nazwisko ubezpieczonego oraz jego adres).

W jednym przypadku, na wniosek Narodowego Funduszu Zdrowia, poszerzono zakres przekazywanych danych. Dotyczy to daty urodzenia oraz płci ubezpieczonego. Dane te pozwolą na dodatkową weryfikację pacjenta w przypadku błędnego podania jego numeru PESEL.

Ponadto, w celu lepszego zaspokojenia potrzeb informacyjnych Funduszu, dotychczasowe rozwiązanie, zgodnie z którym charakteryzowano jako świadczenie hospitalizację, zmodyfikowano w taki sposób aby gromadzić dane charakteryzujące także poszczególne pobyty na oddziałach szpitalnych.

Na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zrezygnowano także z identyfikowania świadczeniodawcy dodatkowo poprzez TERYT. Zgodnie z postulatem Funduszu jest to element zbędny; wystarczające do identyfikacji są numer księgi rejestrowej (lub numer REGON) oraz numer komórki organizacyjnej.

Inne zmiany merytoryczne obejmują:

- wprowadzenie jawności stosowanych przez płatnika zasad weryfikacji komunikatów (świadczeniodawca powinien wiedzieć jakie kryteria decydują o akceptacji przekazanego komunikatu),
- usunięcie sztywnego określania liczby dni, o jaką Fundusz może przedłużyć termin przekazywania przez świadczeniodawcę danych,
- uznanie badania laboratoryjnego za element świadczenia,
- uzupełnienie wykazu kodów przynależności do danej grupy zawodowej, o kod dla zawodu psychologa.

Pozostałe zmiany mają charakter doprecyzowujący i porządkujący. Wynikają one w szczególności z konieczności:

- uwzględnienia zmian numeracji poszczególnych punktów (np. zmiana kolejności spowodowana wyodrębnieniem w § 3 punktu dotyczącego danych charakteryzujących hospitalizację),
- uniknięcia pojawiających się niejasności dotyczących stopnia agregacji przekazywanych przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej zbiorczych danych (przeformułowano zapisy §5),
- zwiększenia przejrzystości sposobu definiowania i opisu kodu świadczenia zdrowotnego (zmiany definicji określonej w § 3 pkt 2 oraz zmiany w załączniku nr 1),
- uwzględnienia w komunikatach wszystkich zmian dotyczących zakresu przekazywanych danych oraz zgodnie z postulatem NFZ, wprowadzenia w strukturze komunikatów zmian pozwalających na zwiększenie ich czytelności i spójność.

Przyjęto, że zmiany rozporządzenia wejdą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, tj. przed wejściem w życie nowelizowanego rozporządzenia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowana regulacja oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (zobowiązując ich do gromadzenia i przekazywania określonych danych) oraz na Narodowy Fundusz Zdrowia, i inne podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych tj. ministra właściwego do spraw zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych (odbiorców informacji). Projektowana regulacja nie rozszerza dotychczasowego kręgu podmiotów, na jakie oddziałuje.

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych

Projektowana regulacja nie wprowadza zmian, które wykraczałyby poza dotychczasowy zakres skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego

3. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt został przekazany następującym podmiotom: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Unia Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolski Związek Pracodawców SP ZOZ, Federacja Konsumentów, Związek Pracodawców Służby Zdrowia, Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej, Federacja Związków Pracodawców ZOZ RP, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSWiA, Izba Lecznictwa Polskiego, Polska Unia

Szpitali Klinicznych, Business Center Club, Związek Rzemiosła Polskiego. Dodatkowo projekt jest konsultowany z wojewodami i marszałkami województw.

Projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana zmiana nie ma wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowana zmiana nie ma wpływu na wewnętrzną i zewnętrzną konkurencyjność gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowana zmiana nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Projektowana zmiana nie będzie miała wpływu na ochronę zdrowia ludności.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.