

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia                      2011 r.

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

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

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801 oraz z 2010 r. Nr 159, poz. 1073) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 w ust. 1:

a) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

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

b) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej;”;

---

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725.

2) w § 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

1) w ust. 2 i 3 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru u tego świadczeniodawcy;

2) w § 3 ust. 1 – w stosunku do osób, którym udzielono świadczenia, innych niż wymienione w pkt 1.”;

3) w § 8:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

1) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,

2) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,

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

4) łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących oraz liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym

- 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.”;

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

„2a. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 2, udzielający świadczeń, określonych w załączniku nr 10 do rozporządzenia, prowadzą odrębne listy oczekujących na te świadczenia i przekazują dodatkowo następujące dane z każdej listy oczekujących:

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

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

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

c) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia - jeżeli udzielają świadczeń finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

e) po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy, dyrektor wojewódzkiego oddziału Funduszu, może zwolnić na czas określony, nie dłużej jednak niż na trzy miesiące, świadczeniodawcę z obowiązku przekazania danych, o których mowa w ust. 2a.”;

4) w § 9:

a) w ust. 3:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w ust. 2 - dane, o których mowa:

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

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

5) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 8 lp. 4 otrzymuje brzmienie:

4	<b>osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji</b>	<b>UE</b>	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 lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1	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 Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego	data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu

b) tabela nr 10 otrzymuje brzmienie:

<b>Tabela nr 10. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących</b>	
<b>Przyczyna</b>	<b>Kod</b>
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
przeniesienie osoby wpisanej na listę na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
zgon osoby wpisanej na listę	6
potwierdzona przez Fundusz informacja, iż osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
inna przyczyna	9

- 6) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 7) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 8) dodaje się załącznik nr 10 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Dane, o których mowa w § 8 ust. 2 pkt 3 i 4 oraz ust. 2a rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są przekazywane przez świadczeniodawców po raz pierwszy za pierwszy miesiąc następujący po miesiącu, w którym rozporządzenie weszło w życie.

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

**MINISTER ZDROWIA**

**Załącznik Nr 1**

**KODY TRYBU PRZYJĘCIA**

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

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

**KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU**

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

**KODY TRYBU PRZYJĘCIA**

- 1) „2” - przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) „3” - przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki;
- 3) „5” - przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) „6” - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) „7” - przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „8” - przeniesienie z innego szpitala.

**KODY TRYBU WYPISU**

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

## **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. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**

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

#### **4.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**

### **5. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

#### **5.1. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

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

### **6. KOMUNIKAT DEKLARACJI POZ**

- 6.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJACH POZ
- 6.2. 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 nadrzędnego, które oznaczono symbolem "1z";

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

### 1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

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

0 - płeć nieokreślona

1 - mężczyzna

2 - kobieta

9 - nieznaną

## 2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW

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

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



					komunikatu	
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		typ-id-swd	1	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 (spośród ww.).
		id-swd	1	do 16 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy	
		id-inst	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy	Unikalny co najmniej w ramach świadczeniodawcy. Identyfikator ten definiuje przestrzeń unikalności dla identyfikatorów technicznych wszystkich obiektów danych tworzonych po stronie świadczeniodawcy i przekazywanych płatnikowi, jak: zestaw świadczeń, świadczenie, produkt rozliczeniowy.

### 3. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_ODB".
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji struktury komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "1".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-komun		1		Identyfikacja potwierdzanego komunikatu	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie, jak analogiczne atrybuty //komunikat/@* potwierdzanego 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	
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzany komunikat	
		nr-gen	1	liczba (8,0)	Numer kolejny potwierdzanego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	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 błędu w potwierdzanym komunikacie, który uniemożliwia przetworzenie jego merytorycznej zawartości, np. nieobsługiwany typ lub wersja formatu komunikatu, niepoprawna struktura komunikatu. Odrzucenie komunikatu może wynikać także z błędów w danych merytorycznych zawartych w komunikacie, jeżeli protokół wymiany danych odpowiedniego komunikatu nie przewiduje odrębnego potwierdzania każdej z pozycji danych (potwierdzany jest tylko całościowo zbiór danych przesłanych w komunikacie).
		waga	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 powodu odrzucenia całego komunikatu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis powodu odrzucenia komunikatu	

#### 4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

##### SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

###### 4.1.1. Nagłówek komunikatu - elementy "komunikat" i "swiadczeniodawca"

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	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "6".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.

###### 4.1.2. Elementy "zestaw-swadczen" i "dane-zestawu"

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

					zestawu świadczeń, z wyjątkiem danych rozliczeniowych zdefiniowanych przez płatnika	
		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]	Żądanie usunięcia całego zestawu świadczeń	Wartości: T - żądanie usunięcia N - przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N".
		mom-wprow	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.
		swiadc-ratuj-zycie	0-1	1 litera [N]	Czy wykonane świadczenie było świadczeniem ratującym życie tj. czy zostało udzielone w warunkach, o których mowa w §3 ust.1 pkt 13a rozporządzenia	Wartości: T – Tak N – Nie

#### 4.1.3. Element "pacjent"

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

						lub „NW” i ustalenie danych jest niemożliwe - dla świadczeniobiorców identyfikowanych identyfikatorem opiekuna //ident-pacj/@typ-osoby = "O".
		panstwo	0-1	2 znaki [PL]	Kod państwa stałego zamieszkania	Według normy PN-ISO 3166-1.
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miescowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
		teryt	0-1	7 znaków	Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	Przekazywany jeśli //dane-osob/adres/@panstwo = "PL"
5	adres-w-polsce		0-1		Adres przebywania w Rzeczypospolitej Polskiej	Przekazywany, o ile inny niż adres zamieszkania (zamieszkanie poza Polską).
		kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miescowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 8 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Numer lokalu	
		teryt	1	7 znaków	Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	
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.

		tytuł-uprawn	0-1	do 2 znaków[U]	Tytuł uprawnienia	Zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
5	podmiot-fin		1			UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów nfz-min, gmina, instytucja.
6	nfz-min		0-11z		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 gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	Identyfikacja gminy poprzez kod TERYT określa również jednoznacznie organ wydający decyzję (wójt/burmistrz gminy).
		organ	1	do 50 znaków	Nazwa organu wydającego	
	Instytucja		0-1 1z		Instytucja właściwa	
		kod-inst	1	do 10 znaków	Numer identyfikacyjny instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	Numer instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
		akronim-nazwy	0-1	do 25 znaków	Akronim nazwy instytucji właściwej	Dla numeru identyfikacyjnego instytucji jest to drugi człon symbolu instytucji właściwej na dokumencie
5	dokument		0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	Może wystąpić tylko jeden z elementów karta, decyzja, dokument-ue, dokum-inne-upraw, karta-polaka
6	karta		0-1 1z		Karta ubezpieczenia zdrowotnego	Dotyczy polskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego.
		numer	1	do 20 znaków	Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego	
6	decyzja		0-1 1z		Decyzja wójta, burmistrza gminy	
		numer	0-1	do 40 znaków	Numer decyzji	
		data-od	1	data	Data, od której przysługuje prawo do świadczeń	

6	dokum-ue		0-n 1z		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji	
7	ekuz		0-1 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
		numer	1	do 20 znaków	Numer	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfikat		0-n 1z		Certyfikat	
		data-wyst	0-1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	poswiadcz		0-1 1z		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 poświadczanego druku serii E100.
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	druk-e		0-1 1z		Formularz serii E, dokument przenośny S lub DA1	
		rodzaj	1	4 znaki	Rodzaj formularza	Oznaczenie bez spacji lub myślnika
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
6	dokum-inne-upraw		0-1 1z		Dokument potwierdzający uprawnienia	Dokument potwierdzający uprawnienia zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia: I,AL,NA,PS,CU,ZA, UC, CH, EM.
		nazwa	1	do 100 znaków	Nazwa dokumentu	



		nr-dok	1	do 10 znaków	Numer dokumentu	
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
		podm-wyst	1	do 30 znaków	Podmiot wystawiający	
		npwz	0-1	7 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza, który wystawił dokument	Przekazywany tylko przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie.
6	karta-polaka		0-1 1z		Karta Polaka	
		numer	1	do 10 znaków	Numer karty	
		data-waznosci	1	data	Data ważności	
4	upraw-dodatkowe		0-1		Informacje o uprawnieniu dodatkowym pacjenta	
		upraw-dod	1	do 7 znaków	Kod dodatkowego uprawnienia pacjenta	Zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
5	dok-upr-dod		0-1		Dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe	
		nazwa	1	do 20 znaków	Nazwa dokumentu	
		id-dok	0-1	do 20 znaków	Identyfikator dokumentu	

#### 4.1.4. Element "zlecenie"

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

		id-zlec	0-1	do 20 znaków	Identyfikator zlecenia	Przekazuje się, jeżeli występuje na dokumencie zlecenia.
		data	1	data	Data zlecenia	
4	swd-zlec		0-1 1z		Świadczeniodawca i jego komórka organizacyjna, w której wystawiono zlecenie wykonania świadczenia	Musi wystąpić jeden z elementów: "swd-zlec" lub "instyt-zlec".
		typ-id	0-1	1 litera [R]	Typ identyfikatora świadczeniodawcy: R lub K	Wartości: R - 9 cyfr numeru REGON K - nr księgi rejestrowej RZOZ.
		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	
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej osoby zlecającej	Zgodnie z tabelą nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		npwz	1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	
4	instyt-zlec		0-1 1z		Dane identyfikujące inny podmiot niż świadczeniodawca uprawniony do zlecenia świadczeń	Musi wystąpić jeden z elementów: "swd-zlec" lub "instyt-zlec".
		nazwa	1	do 50 znaków	Nazwa instytucji	

#### 4.1.5. Element "hospitalizacja"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	hospitalizacja		0-1		Zestaw danych dotyczących hospitalizacji	Przekazywany dodatkowo, tylko w przypadku udzielenia świadczeń w ramach hospitalizacji.
4	ksiega		1		Dane księgi głównej	Zgodnie z §3 ust.2 pkt 2 rozporządzenia.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy księga główna	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nr	1	do 8 cyfr	Nr księgi	
		poz	1	do 10 cyfr	Pozycja, pod którą zapisano pacjenta	
		nr-dziecka	0-1	1 cyfra	Nr kolejny noworodka	
4	przyjecie		1		Dane dotyczące przyjęcia do szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb przyjęcia	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		data	1	data	Data przyjęcia	
4	wypis		0-1		Dane dotyczące wypisu ze szpitala	
		tryb	1	1 cyfra	Tryb wypisu	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		data	1	data	Data wypisu	
		prycz-zgonu	0-1	do 5 znaków	Przyczyna zgonu (wg ICD10)	Jeżeli zgon był przyczyną zakończenia hospitalizacji.
		przyczyna-główna	1	do 5 znaków	Przyczyna główna	Zgodna z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala. Kod wg klasyfikacji ICD-10.
5	przyczyny-wsp		0-5		Dane dotyczące przyczyn współistniejących	
		przyczyna-wsp	1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca	Kod wg klasyfikacji ICD-10.

#### 4.1.6. Element "swiadczenie"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	swiadczenie		1-n		Dane charakteryzujące udzielone świadczeni	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

		usun	0-1	1 litera [n]	Podane świadczenie należy traktować jako usunięte	elementu "zestaw-swiadczen". Wartości: T – żądanie usunięcia N – przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N".
4	dane-swiadczenia		0-1		Dane obejmujące udzielone świadczenie	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia. Jeśli atrybut "usun" w elemencie "swiadczenie" ma wartość "T", to element "dane-swiadczenia" (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje.
		kod-swiad	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.
		podtyp-swiadcz	0-1	do 3 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia, kod badania według słownika zdefiniowanego przez płatnika. W przypadku badań dotyczy badań wskazanych w §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia.
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia	
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	
		tryb	0-1	1cyfra	Kod trybu przyjęcia pacjenta. Podawany obligatoryjnie dla zestawów świadczeń ambulatoryjnych. Niepodawany dla zestawów świadczeń stacjonarnych (tryb przyjęcia określony jest wtedy w elemencie //hospitalizacja/przyjecie/@tryb)	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		dni-lecz	0-1	do 3 cyfr	Liczba dni leczenia	Liczba dni w przypadku, gdy jednostką statystyczną jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja.
5	z-listy-oczek		0-1		Dane charakteryzujące wpis na listę oczekujących, z której wykreślono pacjenta	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest przyczyną wykreślenia z listy oczekujących.

		data-oczekiw	1	data	Data wpisu na listę oczekujących	Podawana tylko wtedy, gdy zrealizowane świadczenie jest podstawą do wykreślenia z listy oczekujących.
		kod-kateg	1	1 znak	Kryterium medyczne przypisane pacjentowi na liście oczekujących	Wartości: 1 - przypadek stabilny 2 - przypadek pilny Określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.
		kod-proc	0-1	do 20 znaków	Kod procedury medycznej, zakresu świadczeń lub świadczenia wyspospecjalistycznego	Występuje, gdy lista, z której wykreślono pacjenta, dotyczy określonej procedury medycznej. Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wyspospecjalistycznego 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.
5	przepustka		0-n		Dane dotyczące przepustki	Przepustka zgodnie z definicją określoną § 1 w ust.2 pkt 4 rozporządzenia.
		nr-przepust	1	do 3 cyfr	Numer przepustki	Unikalny kolejny numer przepustki w ramach świadczenia.
		data-od	1	data i czas	Data i godzina rozpoczęcia przepustki	Czas należy przekazywać z dokładnością do minut wskazując w sekcji sekund wartość „00”
		data-do	1	data i czas	Data i godzina zakończenia przepustki	Czas należy przekazywać z dokładnością do minut wskazując w sekcji sekund wartość „00”

#### 4.1.7. Element "kom-org"

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

#### 4.1.8. Element "personel-real"

Poziom w	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	personel-real		1		Dane identyfikujące osobę udzielającą	Zgodnie z § 3 ust.1 pkt 11

					lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.	rozporządzenia.
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		typ	1	1 znak	Typ kodu	1 – Nr prawa wykonywania zawodu Jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej. 2 – Numer PESEL W przypadku, gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu.
		wartosc	1	do 20 znaków	Wartość	Wartość według deklaracji w atrybucie //personel-real/@typ

#### 4.1.9. Element "przyczyna"

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

#### 4.2.10. Element "transport"

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

#### 4.1.11. Element "procedura"

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

#### 4.2.12. Element "ratownictwo"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	ratownictwo		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z wyjazdem	
		przyczyna-wyjazdu	1	1 znak	Przyczyna wyjazdu	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		nr-powiadomienia	1	do 16 znaków	Nr powiadomienia w księdze	Numer powiadomienia wraz z rokiem i numerem tej księgi.
		kod-zespołu	1	10 znaków	Kod zespołu Państwowego Ratownictwa Medycznego	Kod zespołu ratownictwa medycznego nadany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń.
		powiadomienie-zdarzenie	1	data + czas	Powiadomienie o zdarzeniu	Data i czas powiadomienia o zdarzeniu.
		przekazania-dyspozycji	1	data + czas	Przekazanie dyspozycji wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego	Data i czas przekazanie dyspozycji wyjazdu zespołowi ratownictwa medycznego.
		wyjazd	1	data + czas	Wyjazd zespołu ratownictwa medycznego	Data i czas wyjazdu do zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego.

		przybycie	1	data + czas	Przybycie na miejsce zdarzenia	Data i czas przybycia na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
		tryb-zakonczenia	1	1 znak	Tryb zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		zakonczenie-czynnosci	0-1	data+czas	Zakończenie medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przekazanie pacjenta szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala	
		oddzial-ratunkowy-przek	0-1	data+czas	Przekazania opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	
		zgon-osoby	0-1	1 znak	Informacje o przypadku zgonu osoby	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
5	personel-real		2-3		Dane identyfikujące zespół udzielający świadczenia	Zgodnie z § 3 ust.1 pkt 11 rozporządzenia.
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		typ	1	1 znak	Typ kodu	1 – Nr prawa wykonywania zawodu Jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej. 2 – Numer PESEL W przypadku, gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany nr prawa wykonywania zawodu.
		wartosc	1	do 20 znaków	Wartość	Wartość według deklaracji w atrybucie //ratown-personel /@typ



#### 4.2 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	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "6".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	problem		0-1 1z		Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu	
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
1	potw-danych		0-1 1z		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie	

2	potw-zest-swiad		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych zestawów świadczeń (przypadek teoretyczny).
		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.
		usun	0-1	1 litera [N]	Informacja o statusie dostępności zestawu świadczeń w systemie płatnika	Atrybut przekazywany w przypadku potwierdzeń usuniętych zestawów świadczeń
3	problem		0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczą one poszczególnych świadczeń składowych.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
3	potw-swiadc		0-n		Informacja o ewentualnych problemach występujących w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach	Może nie wystąpić, jeśli wykryto błąd w danych zestawu świadczeń (czyli na poziomie nadrzędnym).
		id-swiad	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Przekazany w potwierdzanym

						komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/swiadczenie/@id-swiad.
		usun	0-1	1 litera [N]	Informacja o statusie dostępności świadczenia w systemie płatnika	Atrybut przekazywany w przypadku potwierdzeń usuniętych świadczeń
4	problem		0-n		Informacja o ewentualnych problemach związanych ze świadczeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów dotyczących tego świadczenia.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości jak w //komunikat/potw-danych/potw-zest-swiad/problem/@waga.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

## 5. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

### 5.1 SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "ZPOSP".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "3".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-rozlicz-zposp		1		Sprawozdanie rozliczeniowe zaopatrzenia w przedmioty	Sprawozdanie jednoznacznie identyfikowane jest przez: - identyfikator

					ortopedyczne i środki pomocnicze	instalacji systemu świadczeniodawcy, w ramach którego wygenerowano sprawozdanie - identyfikator dokumentu sprawozdania w ramach instalacji systemu informatycznego - nr korekty do danego dokumentu sprawozdania (w przypadku pierwotnej wersji dokumentu sprawozdania nr korekty przyjmuje wartość 0).
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiac	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu sprawozdania	Unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w atrybucie //komunikat/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 wypłacie faktury).
2	poz-spraw-zposp		0-n		Pozycja sprawozdania	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana pozycja sprawozdania	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
		id-poz-rozlicz	1	do 10 cyfr	Identyfikator pozycji sprawozdania	Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy.
		typ-pozycji	1	1 duża litera	Typ pozycji	Przyjmuje wartości: K - pozycja korygująca N - pozycja normalna.
3	pozycja-koryg		0-1		Wskazanie korygowanej pozycji	Występuje w przypadku pozycji typu K

			1z		rozliczeniowej	(korygującej).
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, 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 świadczeniodawcy.
3	dane-pr-zposp		0-1 1z		Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia	Występuje w przypadku pozycji typu N (normalna).
		kod	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	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. Data końca udzielania świadczenia = dacie odbioru środka/przedmiotu zgodna datą umieszczoną na zleceniu.
4	podst-rozlicz		1		Dane zlecenia/dokumentu zgody na realizację, wydanego przez płatnika i stanowiącego podstawę rozliczeń z płatnikiem	
		typ-dok	1	1 znak	Typ dokumentu	Kody typów dokumentów ustalone przez płatnika.
		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, według słownika zdefiniowanego przez płatnika.
		ilosc	1	do 3 cyfr	Wydana ilość przedmiotów	W przypadku naprawy ilość jest równa 1.

		okres-zaop-od	0-1	rok + miesiąc	Początek okresu, za który pobrano przedmioty (rok i miesiąc)	Przekazywany tylko w przypadku realizacji świadczeń na kartę zaopatrzenia.
		okres-zaop-dlug	0-1	liczba(1,0) [1]	Długość okresu (w miesiącach), za który pobrano przedmioty	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.

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P ZPO".
		wersja	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "3".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw-rozlicz-zposp		1		Potwierdzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	
		umowa	1	do 24 znaków	Identyfikator umowy z płatnikiem	
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie	
		miesiac	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy potwierdzone sprawozdanie	

		id-dok-rozl	1	do 24 znaków	Identyfikator dokumentu rozliczeniowego	
		nr-korekty	0-1	do 2 cyfr	Numer potwierdzanej korekty dokumentu rozliczeniowego	
2	problem		0-1 1z		Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje, np. gdy niemożliwe jest żądane przez świadczeniodawcę usunięcie danej wersji dokumentu rozliczeniowego lub niemożliwe jest przyjęcie nowej wersji, ponieważ w aktualnym stanie procesu rozliczenia zmiany dopuszczalne są już tylko w trybie korekty.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
2	potw-poz-spraw-zposp		0-1 1z			Nie występuje, jeśli wykryto problemy na poziomie całości sprawozdania.
3	potw-poz-rozl-zposp		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia (pozycji sprawozdania)	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzonym sprawozdaniu nie przekazano żadnych świadczeń zaopatrzenia.
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana potwierdzana pozycja rozliczeniowa	Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst.
		id-poz-rozl	1	do 10 cyfr	Identyfikator potwierdzanej 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 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 "5".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka



						komunikatów.
1	spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Sprawozdanie rozliczeniowe deklaracji poz	Przekazanie wszystkich typów deklaracji musi nastąpić w ramach umowy, roku, miesiąca i jednego identyfikatora instalacji „./komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst”.
		id-spraw	1	1 cyfra	Identyfikator sprawozdania	Identyfikator sprawozdania w ramach umowy, roku i miesiąca.
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych w ramach sprawozdania	Przesłanie danych w wersji niższej lub takiej jak zarejestrowana w systemie płatnika, w ramach identyfikatora sprawozdania, powoduje odrzucenie sprawozdania. Przesłanie danych w wersji wyższej w ramach identyfikatora sprawozdania, powoduje nadpisanie w całości sprawozdania poprzedniego.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Identyfikuje równocześnie rok szkolny.
		miesiac	1	miesiac	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	deklaracje		1-n		Deklaracje	
		typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji	Dany typ deklaracji musi wystąpić tylko w ramach jednego sprawozdania. Przekazanie tego samego typu w ramach różnych sprawozdań, spowoduje odrzucenie sprawozdania nowszego.
3	personel-dekl		0-n		Lekarz, pielęgniarka lub położna, wybrana przez pacjenta na deklaracji	
		pesel	0-1	11 cyfr	Numer pesel	Wartość przekazywana w przypadku pielęgniarek i położnych oraz grup zawodowych nie posiadających numeru prawa wykonywania zawodu. W przypadku deklaracji złożonej przed 01.10.2004 roku i nie zawierającej wyboru konkretnej osoby, atrybut nie powinien być przekazywany.
		npwz	0-1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu	Wartość przekazywana gdy grupa zawodowa posiada numer prawa wykonywania zawodu. W przypadku deklaracji złożonej przed 01.10.2004 roku i nie zawierającej wyboru konkretnej osoby, atrybut nie powinien być przekazywany.

4	dekl-poz		1-n		Dane dotyczące deklaracji podstawowej opieki zdrowotnej złożonej przez świadczeniobiorcę	
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Atrybut techniczny jednoznacznie identyfikujący złożoną deklarację w ramach systemu informatycznego świadczeniodawcy.
		data-zloz	1	data	Data złożenia deklaracji wyboru	
5	pacjent-dekl		1		Dane pacjenta	
6	id-pacj-dekl		1		Identyfikacja pacjenta	
7	pesel		0-1 1-z		Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL	Przekazywany w przypadku pacjentów, którym nadano numer PESEL.
		pesel	1	11 cyfr	PESEL pacjenta	
7	noworodek		0-1 1-z		Wskazanie, że deklaracja dotyczy dziecka bez własnego numeru PESEL.	Przekazywany jest dla dzieci w sytuacji, gdy nie nadano im własnego nr PESEL.
		typ-id	0-1	do 2 znaków [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia [pozycje 1-5]
		id-osoby	1	do 20 znaków	Identyfikator rodzica albo opiekuna prawnego	
7	posw-druku-e		0-1 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 lub odpowiednio S1 albo DA1.
		posw-druku-e	1	do 20 znaków	Nr poświadczenia druku serii E100 lub odpowiednio S1 albo DA1	
7	umowa-ubezp-ind		0-1 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 20znaków	Numer umowy o dobrowolne ubezpieczenie	
6	pacjent-stat		0-1		Dane statystyczne o pacjencie	Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano numeru PESEL pacjenta.

		data-urodz	1	data	Data urodzenia	
		plec	1	1cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5218.
6	dane-osob		1		Dane osobowe pacjenta	
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 40 znaków	Nazwisko	
		nazwisko2	0-1	do 40 znaków	Drugi człon nazwiska	
6	adres		0-1		Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Rzeczypospolitej Polskiej	Nieprzekazywane w przypadku deklaracji dotyczącej medycyny szkolnej.
		kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy	Format: 99-999.
		miejscowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Nr domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Nr lokalu	
		teryt	0-1	7 znaków	Kod terytorialny gminy zamieszkania	

## 6.2. 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	1	do 2 cyfr	Nr wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "5".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń.
1	potw-spraw-rozlicz-dekl-poz		1		Potwierdzenie sprawozdania rozliczeniowego deklaracji poz	
		id-spraw	1	1 cyfra	Identyfikator sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z

						potwierdzanego sprawozdania.
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji danych w ramach sprawozdania	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
2	deklaracje		1-n			
		typ-dekl	1	1 znak	Typ deklaracji	Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania.
3	problem		0-1 1z		Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania	Występuje, gdy sprawozdanie zostało odrzucone w całości, np. jeśli numer wersji jest mniejszy od poprzednio przekazanego.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu.
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
3	potw-poz-spraw		0-1 1z			Nie występuje, gdy zaistniał problem z całością sprawozdania.
4	potw-dekl-poz		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych deklaracji	
		id-dekl	1	do 10 cyfr	Identyfikator deklaracji	Identyfikator przekazany w komunikacie potwierdzanego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz /dekl-poz/@id-dekl.

5	problem		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: 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, BILANSACH ZDROWIA, PORADACH PATRONAŻOWYCH, WIZYTACH PATRONAŻOWYCH ORAZ SZCZEPIENIACH UDZIELONYCH W POZ

Sprawozdawczość świadczeń wymienionych w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 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	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	swiadzeniodawca		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	
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
		wersja	1	do 3 cyfr	Numer wersji sprawozdania	Przyjmuje się, że dane przekazane w komunikacie o większym numerze wersji zastępują wszystkie poprzednio przekazane w ramach wskazanego okresu sprawozdawczego dane (dotyczy to wszystkich elementów "rodz-swdcz").
		usun	0-1	1 znak [N]	Żądanie usunięcia przekazanego sprawozdania w całości	Wartości: T - należy usunąć N - nie należy usuwać (przekazanie nowych danych).
2	lb-swiadc		0-n		Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju	Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia.
		typ-swiadc	1	do 5 znaków	Typ świadczenia	Kod świadczenia zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.
		podtyp-swiadc	0-1	do 10 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia: - kod badania według słownika zdefiniowanego przez płatnika, - cel przewozu zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
3	wielkosc		1-n		Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń	
		ilosc	1	liczba (5,0)	Liczba zrealizowanych świadczeń	

					określonego rodzaju w określonej grupie wiekowej	
--	--	--	--	--	--	--

## 8.2 KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH 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	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 "LIO CZ".
		Wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji typu komunikatu	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "5".
		(pozostałe)				Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów.
1	spraw-l-oczek		1			Sprawozdanie dotyczy stanu na ostatni dzień miesiąca.
		rok	1	rok	Rok, którego dotyczy sprawozdanie	
		miesiąc	1	miesiąc	Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie	
2	lista-oczek		1-n			
		zakres-danych	1	1litera	Zakres przekazywanych danych listy oczekujących	Wartości: S - dane statystyczne (czasy oczekiwania i liczba oczekujących) W - wykaz osób oczekujących.
		id-kom-org	1	3 lub 4cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej RZOZ	Gdy nienadany, należy przekazać "000".

		kod-proc	0-1	do 20znaków	Kod procedury medycznej lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Kod procedury, zakresu świadczeń 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 3cyfr	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	Stosowane wówczas, gdy chcemy usunąć ze sprawozdania listę (dotyczącą określonej komórki organizacyjnej lub procedury), traktowaną jako odrębny obiekt sprawozdawczy. Natomiast jeżeli lista jest obserwowana, ale ma liczebność = "0" i czas oczekiwania = "0", to podaje się te wartości w odpowiednich atrybutach elementu "parametry".
3	stat-listy-oczek		0-1 1z		Parametry podsumowujące listę oczekujących	Występuje wtedy, gdy nie przekazuje się danych osób oczekujących (atrybut "zakres-danych" = S).
4	podzbior-ocz		1-n		Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną	
		kod-kateg	1	1 znak	Kod kategorii osób oczekujących	Wartości: 1 - przypadki stabilne 2 - przypadki pilne.
		lb-oczekuj	1	liczba (5,0)	Liczba osób oczekujących	
		rzecz-czas-oczek	1	liczba (5,0)	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Według wzoru określonego w załączniku nr 7 do rozporządzenia
		lb-skreslonych-d-okres	1	liczba (5,0)	Liczba osób skreślonych w danym okresie sprawozdawczym	Łączna liczba osób skreślonych w danym okresie sprawozdawczym, w tym liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia..
		lb-skreslonych-ost-mies	1	liczba (5,0)	Liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach	Liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z listy oczekujących



						z powodu wykonania świadczenia.
3	lista-osob		0-1 1z		Lista osób oczekujących w kolejce	Występuje wtedy, gdy przekazuje się dane osób oczekujących (atrybut "zakres-danych" = W).
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	
		panstwo	0-1	2 znaki	Kod państwa stałego zamieszkania	Według normy PN-ISO 3166-1.
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miescowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
5	kontakt		0-1		Sposób kontaktowania się z osobą oczekującą	
		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)	
		mom-zapisu	1	data+czas	Data i godzina wpisu na listę	
		operator	1	do 30 znaków	Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu	
		data-plan	1	data	Planowana data udzielenia świadczenia	W przypadku zaplanowania z dokładnością do tygodnia podaje się

						pierwszy dzień tygodnia (poniedziałek).
		doklad-plan	1	1 znak	Dokładność zaplanowania daty realizacji	Wartości: D - dzień T - tydzień.
		kateg	1	1znak	Kryterium medyczne zastosowane przy planowaniu daty realizacji	Wartości: 1 - przypadek stabilny 2 - przypadek pilny.
		przycz-zmiany	0-1	do 200znaków	Przyczyna zmiany terminu	
5	skreslenie		0-1		Dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących	Element przekazywany tylko raz – w komunikacie za okres, w którym nastąpiło skreślenie z listy oczekujących.
		data-skresl	1	data	Data skreślenia	
		kod-skresl	1	1znak	Kod przyczyny skreślenia	Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

## 9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

Szczegółowa budowa komunikatu potwierdzenia danych o listach oczekujących

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

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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		waga	1	1 znak	Waga problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		lista-zakw	1	1 znak	Lista oczekujących zakwestionowana przez operatora NFZ	T – Tak N - Nie
		lista-nie-publ	1	1 znak	Lista oczekujących nie publikowana w systemie NFZ	T – Tak N – Nie
		opis	1	do 250 znaków	Opis przyczyn zakwestionowania / nie publikowania informacji o danej liście oczekujących	

### Załącznik nr 3

Wykaz świadczeń, dla których świadczeniodawcy prowadzą odrębne listy oczekujących i przekazują dodatkowy zakres danych, zgodnie z § 8 ust. 2a rozporządzenia

#### I. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń do komórek organizacyjnych:

##### A. z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej

<b>Poradnie:</b>	<b>Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej:</b>
<b>endokrynologiczne</b>	1030 Poradnia endokrynologiczna; 1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci; 1032 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna; 1033 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci; 1034 Poradnia andrologiczna; 1035 Poradnia andrologiczna dla dzieci; 1036 Poradnia leczenia niepłodności; 1037 Poradnia leczenia niepłodności dla dzieci; 1038 Poradnia schorzeń tarczycy; 1039 Poradnia schorzeń tarczycy dla dzieci; 1040 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy; 1041 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy dla dzieci
<b>chorób naczyń</b>	1120 Poradnia chorób naczyń; 1121 Poradnia chorób naczyń dla dzieci
<b>chirurgii ręki</b>	1552 Poradnia chirurgii ręki; 1553 Poradnia chirurgii ręki dla dzieci
<b>hematologiczne</b>	1070 Poradnia hematologiczna; 1071 Poradnia hematologiczna dla dzieci
<b>chirurgii naczyniowej</b>	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej; 1531 Poradnia chirurgii naczyniowej dla dzieci
<b>neurochirurgiczne</b>	1570 Poradnia neurochirurgiczna; 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci
<b>rehabilitacyjne</b>	1300 Poradnia rehabilitacyjna; 1301 Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
<b>kardiologiczne</b>	1100 Poradnia kardiologiczna; 1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci; 1102 Poradnia wad serca; 1103 Poradnia wad serca dla dzieci; 1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego; 1105 Poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci

##### B. z zakresu leczenia szpitalnego – w oddziałach:

<b>Oddziały:</b>	<b>Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej:</b>
<b>reumatologii</b>	4280 Oddział reumatologiczny; 4281 Oddział reumatologiczny dla dzieci
<b>chirurgii plastycznej</b>	4550 Oddział chirurgii plastycznej; 4551 Oddział chirurgii plastycznej dla dzieci
<b>endokrynologii</b>	4030 Oddział endokrynologiczny; 4031 Oddział endokrynologiczny dla dzieci
<b>alergologiczny</b>	4010 Oddział alergologiczny; 4011 Oddział alergologiczny dla dzieci

## **II. Listy oczekujących na świadczenia**

### **A. procedury (grupy procedur) z zakresu leczenia szpitalnego:**

- 1) A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu;
- 2) C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych;
- 3) F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego;
- 4) E31 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego;
- 5) E32 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego;
- 6) E34 Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego;
- 7) H21 Artroskopowa rekonstrukcja z użyciem implantów mocujących;
- 8) H22 Artroskopia lecznicza;
- 9) H23 Artroskopia diagnostyczno - lecznicza;
- 10) L31 Radykalna prostatektomia;
- 11) Q02 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z powikłaniami lub chorobami współistniejącymi i reoperacje.

### **B. świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:**

- 1) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym;
- 2) rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych;
- 3) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

### **C. terapeutyczne programy zdrowotne:**

- 1) leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym;
- 2) leczenie inhibitorami TNF chorych z ciężką, aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa;
- 3) leczenie przewlekłego WZW typu B lub C;
- 4) leczenie przewlekłego WZW typu B w oporności na lamiwudynę;
- 5) leczenie stwardnienia rozsianego.

## Uzasadnienie

Projekt wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (*Dz.U. Nr 123, poz. 801 i z 2010 r. Nr 159, poz. 1073*), wydanego na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.*), zwanej dalej „ustawą”.

Nowelizacja rozporządzenia wynika z uchwalenia ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (*Dz.U. Nr 257, poz. 1723*), która w art. 23 ustawy umożliwia Narodowemu Funduszowi Zdrowia poprawę monitorowania w zakresie prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności poprzez zapewnienie Funduszowi bardziej szczegółowej, wiarygodnej i kompletnej informacji dotyczącej tych list. Ustawa upoważniła Ministra Zdrowia do określenia szczegółowego zakresu danych przekazywanych przez świadczeniodawców.

Zaproponowane w projekcie zmiany dotyczące zakresu danych przekazywanych przez świadczeniodawców polegają na:

- 1) rozszerzeniu zakresu **danych zbiorczych** dotyczących list oczekujących przekazywanych przez **wszystkich świadczeniodawców**;
- 2) wskazaniu określonych świadczeń, w stosunku do których świadczeniodawcy przekazują dane **dotyczące poszczególnych osób oczekujących na listach** oraz wskazanie zakresu tych danych,

### **Ad. 1 rozszerzenie zakresu danych zbiorczych dotyczących list oczekujących przekazywanych przez wszystkich świadczeniodawców**

Dotychczas przekazywaną informację o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na danej liście poszerzono o informację dotyczącą łącznej liczby osób, które zostały skreślone z listy oczekujących oraz liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia. Ponadto przekazywana będzie liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ciągu 6 m-cy, która zgodnie z rozporządzeniem jest wykorzystywana do obliczenia średniego czasu oczekiwania. Obowiązek przekazywania tej informacji nie zwiększa w sposób znaczący obciążeń sprawozdawczych. Dotychczasowe informacje pozwalały ustalić wyłącznie o ile zmniejszyła się kolejka. Obecnie, będzie dostępna informacja ile osób rzeczywiście uzyskało świadczenie.

### **Ad. 2 wprowadzenie obowiązku sprawozdawania danych dotyczących poszczególnych osób oczekujących na listach na wybrane świadczenia**

Zgodnie z założeniami nowelizacji ustawy, projekt określa świadczenia, dla których przekazywany będzie szerszy zakres danych. Obowiązek przekazywania szerszego zakresu będzie dotyczył świadczeń najtrudniej dostępnych, wybranych ze względu na najdłuższy czas oczekiwania.

Ponadto uwzględniając priorytety zdrowotne przyjęte przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (*Dz. U. Nr 137, poz. 1126*) dodatkowo w wykazie uwzględniono komórki realizujące świadczenia z zakresu kardiologii oraz wybrane procedury z zakresu kardiologii (priorytet zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca) oraz wyodrębniono świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej (priorytet: ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych).

Załącznik nr 10, określający wykaz świadczeń, dla których świadczeniodawcy prowadzą odrębne listy oczekujących i przekazują dodatkowy zakres danych, zgodnie z § 8 ust. 2a rozporządzenia, zawiera spis:

- poradni i oddziałów szpitalnych. Są to poradnie i oddziały szpitalne charakteryzujące się najdłuższymi średnimi czasami oczekiwania, wskazane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców do Funduszu (część I załącznika nr 10);
- wybranych procedur zabiegowych realizowanych na oddziałach, które charakteryzują się najdłuższymi średnimi czasami oczekiwania. Dotyczy to oddziałów: otolaryngologicznych, chirurgii naczyniowej, neurochirurgicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, gastroenterologicznych oraz urologicznych. Wybrano procedury, do których czas oczekiwania należy do najdłuższych (część II pkt A załącznika nr 10),
- wybranych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej (część II pkt B załącznika nr 10),
- wybranych terapeutycznych programów zdrowotnych (część II pkt C załącznika nr 10).

Przy wyborze terapeutycznych programów zdrowotnych i procedur zabiegowych wykorzystano także dostępne opinie Konsultantów Krajowych. W trakcie uzgodnień zewnętrznych zostaną one poddane szerszym konsultacjom.

### **Zakres przekazywanych danych**

Zgodnie z przyjętym w projekcie rozwiązaniem świadczeniodawcy mają przekazywać informacje zarówno o **każdej osobie oczekującej jak i skreślonej z listy**.

W odniesieniu do osób oczekujących na udzielenie świadczenia będzie przekazywana informacja pozwalająca na identyfikowanie osoby (tj. imię i nazwisko oraz numer PESEL). Dane te umożliwią ustalenie przypadków, w których pacjent zapisuje się do kilku świadczeniodawców na to samo świadczenie. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że sam numer PESEL w wielu przypadkach nie wystarcza do jednoznacznego ustalenia tożsamości pacjenta (gdyż nadal bardzo często identyfikator ten jest podawany błędnie). Ponadto przewidziano obowiązek przekazywania informacji o dacie wpisu. Jest ona konieczna do stwierdzenia kiedy pacjent znalazł się na liście oczekujących, by można było zweryfikować, czy w tym samym czasie wpisał się też na listy innych świadczeniodawców danego rodzaju oraz pozwala ustalić jak długo oczekuje na liście.

W odniesieniu do osób wykreślonych z listy świadczeniodawcy będą podawać informacje, które przekazują w związku z umieszczeniem pacjenta na liście, a ponadto: datę skreślenia oraz kod przyczyny skreślenia. Dane przekazywane w związku ze skreśleniem osoby z listy ułatwią monitorowanie kolejności udzielania świadczeń osobom zapisanym na liście,



a ponadto pozwolą na obliczanie rzeczywistych czasów oczekiwania każdego oczekującego.

W odniesieniu do kodów przyczyny usunięcia z listy proponowany projekt rozszerza dotychczas obowiązujący katalog przyczyn. Z dotychczasowych doświadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż inna przyczyna, niż wykonanie świadczenia jest bardzo często wskazywana przez świadczeniodawców; stąd istnieje konieczność uzyskania bardziej szczegółowych informacji o przyczynach usuwania pacjentów z list.

Katalog poszerzono o 3 kategorie: *zgon pacjenta*, *osoba przeniesiona na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy* oraz *potwierdzona przez Fundusz informacja, iż osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy*.

Kategoria *potwierdzona przez Fundusz informacja, iż osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy* uwzględnia przepis art. 20 ust. 10 ustawy, z którego wynika, iż w celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Kategoria ta będzie mogła zostać wykorzystana przez świadczeniodawcę, wyłącznie w przypadku gdy Narodowy Fundusz Zdrowia uzyska od świadczeniobiorcy oświadczenie o decyzji na której, z wielu list na które jest zapisany, decyduje się pozostać.

Poza zmianami dotyczącymi list oczekujących, doprecyzowano te przepisy rozporządzenia, które zgodnie z sygnałami świadczeniodawców, budziły wątpliwości interpretacyjne.

- doprecyzowano, iż tryby przyjęcia wpisywane są wyłącznie w przypadku specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Jest to zgodne z założeniem przyjętym przy opracowywaniu rozporządzenia. Stąd tryby te nie odpowiadają specyfice podstawowej opieki zdrowotnej. Jednakże o ile rozporządzenie nie wprowadziło obowiązku przekazywania tych danych, to wątpliwości budził brak wyraźnego wyłączenia świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej z obowiązku gromadzenia tej danej,
- doprecyzowano, iż także lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, tak jak pozostali świadczeniodawcy, nie przekazują danych o gminie, powiecie i województwie miejsca zamieszkania osoby, która złożyła deklarację, a jedynie kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;
- dostosowano zapisy rozporządzenia do praktyki udzielania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń także świadczeniobiorcom z tego samego województwa, pomimo że nie są zadeklarowani do danego świadczeniodawcy. Dotychczas rozporządzenie nie przewidywało obowiązku przekazywania danych o świadczeniach udzielonych tej grupie osób. Obecnie §6, regulujący te kwestie, uwzględnia wszystkie osoby, którym świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej udzielił świadczenia;
- uwzględniono fakt, iż profilaktyczną opiekę nad uczniami może sprawować higienistka szkolna oraz położna. W przypadku higienistki jest ona identyfikowana poprzez numer PESEL, gdyż w przypadku tego zawodu medycznego nie przyznaje się prawa wykonywania zawodu.

Uwzględniono także postulat Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny dotyczący rozszerzenia katalogu kodów przyjęcia do szpitala o kategorię „przeniesienie z innego szpitala”, Kategoria ta stanowi odpowiednik kategorii kodów trybu wypisu „skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu” i pozwoli na pełniejszą analizę ruchu chorych między szpitalami oraz lepszą ocenę działalności szpitala.

Ponadto uwzględniono fakt wprowadzenia przez przepisy o koordynacji dokumentów przenośnych w obszarze zabezpieczenia społecznego dla świadczeń z tytułu choroby (S1, S2, S3 i DA1).

Ponadto wprowadzono wszystkie niezbędne zmiany do komunikatu, który określa załącznik nr 8 do rozporządzenia.

Ustalając okres, jaki należy zapewnić świadczeniodawcom w celu odpowiedniego przygotowania się do wypełniania obowiązków nałożonych przez projekt rozporządzenia wzięto pod uwagę fakt, iż obecnie nie ma obowiązku prowadzenia list oczekujących w formie elektronicznej. Większość świadczeniodawców posiada już oprogramowanie umożliwiające prowadzenie list elektronicznie, ale należy uwzględnić tych, którzy dopiero będą dostosowywali swoje systemy, tak, aby byli w stanie przekazywać dane o osobach oczekujących na listach. Przy czym należy podkreślić, iż zakres gromadzonych danych nie ulega zmianie. Także Narodowy Fundusz Zdrowia musi dostosować swój system informatycznych do odbioru poszerzonego zakresu danych. Stąd przyjęto miesięczny okres *vacatio legis*, a ponadto zaproponowano, aby pierwsze dane przekazane zostały dopiero po upływie miesiąca od wejścia w życie rozporządzenia. Powyższe ustalenia nie dotyczą wprowadzonego obowiązku przekazywania dodatkowej zbiorczej danej dotyczącej liczby osób usuniętych z listy z powodu uzyskania świadczenia.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach wymiany informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (*Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597*).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (*Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337*), wraz z przekazaniem projektu do konsultacji społecznych, projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego**

Projektowana nowelizacja rozporządzenia oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (zobowiązując ich do przekazywania dodatkowych danych) oraz na Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

Projektowana nowelizacja nie wprowadza zmian, które powodowałyby wzrost obciążenia finansowego budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Dodatkowe wydatki Funduszu oraz świadczeniodawców będą wiązać się z koniecznością: modyfikacji wykorzystywanego oprogramowania (choć zazwyczaj tego rodzaju usługi są wykonywane przez producentów oprogramowania w ramach umów serwisowych), zbierania i przechowywania dodatkowych danych, ich weryfikacji, a w przypadku Funduszu dodatkowo analizowania i podejmowania na tej podstawie działań. Skutki finansowe dla Funduszu zostaną szczegółowo przedstawione po etapie uzgodnień zewnętrznych. Bardzo trudno oszacować ewentualne koszty świadczeniodawców ze względu na bardzo zróżnicowaną sytuację poszczególnych świadczeniodawców - większe obciążenia finansowe będą dotyczyć tych, którzy dotychczas nie prowadzili list oczekujących w formie elektronicznej (zakup modułu oprogramowania umożliwiającego przekazywanie danych).

### **3. Konsultacje społeczne**

Projekt zostanie przekazany następującym podmiotom: Naczelnej Izbie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Porozumieniu Zielonogórskiemu Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Warszawie. Dodatkowo projekt zostanie skonsultowany z Konsultantami Krajowymi, wojewodami i marszałkami województw.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na rynek pracy.

### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki oraz przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki oraz przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.

#### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

#### **7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Projektowana nowelizacja może mieć bezpośredni wpływ na ochronę zdrowia ludności dzięki poprawie zarządzania czasem oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

#### **8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej**

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.