

Dz.U.2008.123.801

2012.07.05 zm. Dz.U.2012.727 § 1

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 czerwca 2008 r.

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

(Dz. U. z dnia 11 lipca 2008 r.)

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

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

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa - ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba, której udzielono świadczenia - następujące kategorie osób:
 - a) świadczeniobiorcę,
 - b) osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,
 - d) osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2-6 i 9 ustawy;
- 3) osobisty numer identyfikacyjny - stały symbol numeryczny, jednoznacznie identyfikujący osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- 4) przepustka - okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opieki zdrowotnej w trakcie stacjonarnego leczenia: psychiatrycznego, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowiskowego lub rehabilitacji leczniczej, bez dokonywania z niego wypisu,

po wyrażeniu zgody przez tego świadczeniobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez zakład opieki zdrowotnej, w którym świadczeniobiorca przebywa.

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

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

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

- 1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami § 4;
- 2) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej "kodem świadczenia";
- 3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, przy czym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kod przyczyny głównej podaje się wyłącznie w przypadkach określonych w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych - dodatkowo datę wykonania tej procedury;
- 6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 7a) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce - w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;
- 8) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego - w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;
- 9) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy, zwaną dalej "listą oczekujących", oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczeniu

terminu, określone w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy - jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy;

- 10) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej "identyfikatorem świadczeniodawcy";
- 11) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie, na który składa się:
 - a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu - numer PESEL,
 - b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 12) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:
 - a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
 - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
 - c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część kodu resortowego, jeżeli została nadana,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;
- 13) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia - w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 13a) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.);
- 14) kod badania, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:
 - a) podstawowej opieki zdrowotnej - dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
 - b) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej - wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

2. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty osoby, której udzielono świadczenia, pomiędzy wpisem i wypisem do księgi głównej przyjęć i wypisów stanowią jedną hospitalizację. W tym przypadku dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:

- 1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia;
- 2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, rok dokonania wpisu i numer księgi głównej;
- 3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon - dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;
- 4) kod przyczyny głównej hospitalizacji - zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania; kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 5) kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

3. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratowniczy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:

- 1) przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 2) konieczności przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) numeru w księdze pogotowia ratunkowego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu, rok wpisu i numer tej księgi;
- 5) daty, godziny i minut, w systemie 24-godzinnym:
 - a) powiadomienia o zdarzeniu,
 - b) przekazania dyspozycji (zlecenia) wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego,
 - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - d) przybycia na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych,
 - e) przekazania opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego,
 - f) zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) numeru zespołu ratownictwa medycznego, nadanego przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 7) identyfikatora osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych

do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 11.

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

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

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

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) identyfikator zlecenia potwierdzającego uprawnienie świadczeniobiorcy do wykonania naprawy, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 3) datę przyjęcia do naprawy;
- 4) dane dotyczące dokonanej naprawy:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kwotę refundacji,
 - d) kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
 - e) datę dokonania naprawy.

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

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 4, 5, pkt 6 lit. a i pkt 7;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,
 - c) (uchylona),
 - d) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - e) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) datę przejazdu,
 - c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

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

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

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

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

- 1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;
- 2) imię (imiona) i nazwisko;
- 3) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także adres miejsca pobytu na

terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:

- a) państwo,
 - b) nazwa miejscowości,
 - c) kod pocztowy,
 - d) ulica, numer domu i lokalu,
 - e) nazwa: gminy, powiatu i województwa;
- 4) datę urodzenia;
 - 5) płeć;
 - 6) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
 - a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienia do tych świadczeń, zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:
 - dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO-3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a-24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a, 12 i 13 ustawy:
 - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument.

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

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

- 1) ubezpieczonych - dane, o których mowa w § 4 pkt 1, pkt 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - dane, o których

mowa w § 4 pkt 1, 2 i 4-7;

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

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

- 1) § 3 ust. 4 pkt 2, 3 lit. a-c i pkt 4 - jeżeli realizują zlecenie na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze;
- 2) § 3 ust. 5 pkt 2-4 - jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.

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

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

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

- 1) porada - dane:

- a) o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL - dodatkowo imię i nazwisko dziecka,
- b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
- c) o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 6;

- 2) bilans zdrowia, porada patronażowa lub wizyta patronażowa - dane:

- a) o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL - dodatkowo imię i nazwisko dziecka,
- b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
- c) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.

3. Świadczeniodawca w odniesieniu do świadczeń innych niż wymienione w ust. 2 przekazuje dane zbiorcze według kodów świadczeń określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, w zakresie:

- 1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - liczbę wykonanych badań znajdujących się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;
- 2) opieki pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej - liczbę udzielonych

świadczeń;

- 3) opieki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania:
 - a) liczbę badań (testów) przesiewowych według grup wiekowych zgodnych z odrębnymi przepisami,
 - b) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową,
 - c) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń;
- 4) transportu sanitarnego - liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

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

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz pkt 6 lit. a i c oraz pkt 7 lit. a, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest własny numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.

§ 8. 1. Na liście oczekujących są gromadzone:

- 1) identyfikator listy, na który składają się:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy - w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
 - b) identyfikator świadczeniodawcy oraz kod świadczenia ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych - w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego oraz w przypadku, gdy z umowy lub z przepisów odrębnych wynika obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie procedury lub zakresu świadczeń;
- 2) numer kolejny;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu na listę:
 - a) data wpisu,
 - b) godzina wpisu,
 - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
 - a) o których mowa w § 4 pkt 1, 2 i 3 lit. a-d,
 - b) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 5) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;
- 6) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia:
 - a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku (w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia),

- b) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy,
 - c) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, o którym mowa w lit. b, także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
- a) data skreślenia,
 - b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 8) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy.

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

- 1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących:
- a) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - b) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,
 - c) łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
 - d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
 - e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach
- według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;

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

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

- 1) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a - dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,
 - 2) o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a i pkt 7 - dotyczące osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym
- według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.

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

- 1) oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia - jeżeli udzielają świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem;
- 2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia - jeżeli udzielają świadczeń finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

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

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

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;
- 2) dotyczące osób objętych opieką:
 - a) identyfikator, którym jest numer:
 - PESEL - w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - poświadczenia - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, którym nie nadano numeru PESEL,
 - umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym - w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
 - b) dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,
 - c) dane, o których mowa w § 4 pkt 3;
- 3) oznaczenie typu deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;
- 4) data dokonania wyboru;
- 5) data rezygnacji z opieki - jeżeli jest znana świadczeniodawcy;
- 6) informacje niezbędne do rozliczenia dokonywanego na podstawie liczby osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

- 1) dane, o których mowa w ust. 2 pkt 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6;
 - 1a) numer PESEL pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami, a w przypadku pielęgniarki lub położnej dodatkowo numer prawa wykonywania zawodu;
- 2) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

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

- 1) w ust. 2 - dane, o których mowa:

- 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;
- 2) w ust. 3 - dane, o których mowa w ust. 3.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń w

ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem, w zakresie uregulowanym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 137 ust. 9 lub 10 ustawy.

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

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

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

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

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

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824, z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208 i Nr 176, poz. 1243 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305 i Nr 70, poz. 416.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780 i Nr 242, poz. 1756), które utraciło moc z dniem 29 marca 2008 r. na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1

Kody funkcji ochrony zdrowia i jednostek statystycznych świadczeń

W załączniku przedstawiono:

W tabeli nr 1: kody funkcji ochrony zdrowia,

W tabeli nr 2: kody jednostek statystycznych świadczeń,

W tabeli nr 3: kody świadczeń.

Tabela nr 1. Kody funkcji ochrony zdrowia

| Nazwa funkcji ochrony zdrowia | | Kod |
|---|--|-----|
| Grupa | Wyszczególnienie | |
| 1.Grupa - usługi lecznicze Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków | 1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu | 0 |
| | 1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie "jednego dnia" obejmuje m.in. chirurgię "jednego dnia", chemioterapię nowotworów. | 1 |
| | 1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane ze stawianiem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. | 2 |
| | 1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentystów. | 3 |

| | | | |
|--|--|--|---|
| choroby lub urazu. | 1.3. Leczenie ambulatoryjne Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego. | | |
| | | 1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne | 4 |
| | | | 5 |
| Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia psychiatrii ambulatoryjnej. | | | |
| | | 1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe | |
| | | 1.3.6. Leczenie w trybie dziennym Leczenie wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach. | 6 |
| | | 1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, położne i innych przedstawicieli zawodów medycznych (z wyjątkiem fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji) oraz wykonywane przez psychologów. | 7 |
| | 1.4. Świadczenia w domu pacjenta Np. porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej lub położnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe. | | 8 |
| 2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne | 2.1. Rehabilitacja stacjonarna | | 9 |

| | | |
|---|--|----|
| <p>Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.</p> | <p>Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.</p> | |
| | <p>2.2. Rehabilitacja dzienna</p> <p>Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu z intencją wypisania go w tym samym dniu.</p> | 10 |
| | <p>2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna</p> <p>Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego.</p> | 11 |
| | <p>2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta</p> | 12 |
| | <p>2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna</p> <p>Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.</p> | 13 |
| <p>3. Grupa - opieka długoterminowa Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność</p> | <p>3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w zakładzie.</p> | 14 |

| | | |
|--|---|----|
| <p>pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej.</p> | | |
| | <p>3.2. Długoterminowa opieka dzienna</p> <p>Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.</p> | 15 |
| | <p>3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta</p> <p>Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.</p> | 16 |
| | <p>3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym</p> | 17 |
| | <p>4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej</p> <p>Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeskrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.</p> | 18 |

| | | | | |
|--|--|--|----------------------|----|
| 4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej | 4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego. | 4.2.1. Diagnostyka obrazowa | | 19 |
| | | 4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa | | 20 |
| | 4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia. | 4.3.3. Pomoc doraźna - zespoły ratownictwa medycznego | | 28 |
| | | 4.3.4. Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego | | 29 |
| | | 4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe | | 30 |
| | | 4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie | | 31 |
| | | 4.3.7. Pozostałe | 4.3.7.1. Pozostałe - | 32 |

| | | | |
|--|---|--|----|
| | | Transport pacjenta | |
| | 4.6. Usługi pielęgnacyjne | | 33 |
| | 4.9. Pozostałe usługi pomocnicze | | 34 |
| | Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze | | |
| | 5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych | 5.2.1. Lecznicze środki wspomaganie w okulistyce | 35 |

| | | | |
|---|---|--|----|
| 5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych | produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie. | Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych. | |
| | | 5.2.2. Przedmioty ortopedyczne | 36 |
| | | Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortezy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu). | |
| | | 5.2.3. Lecznicze środki wspomaganie w laryngologii | 37 |
| | | Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem. | |
| | | 5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie | 38 |
| | Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych. | | |
| | 5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej | 39 | |
| | 5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | 40 | |

| | | | |
|---|---|---|----|
| <p>6. Profilaktyka i zdrowie publiczne Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.</p> | <p>6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.</p> | <p>6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne</p> | 41 |
| | | <p>6.1.2. Zdrowie matki i dziecka</p> | 42 |
| | | <p>6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem</p> | 43 |
| | | <p>6.1.4. Inna</p> | 44 |
| | <p>6.2. Medycyna szkolna Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki</p> | | 45 |

| | | |
|--|---|----|
| | w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia. | |
| | <p>6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym</p> <p>Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.</p> | 46 |
| | <p>6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym</p> <p>Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta.</p> | 47 |
| | 6.6. Medycyna sportowa | 48 |
| | 6.7. Oświata i promocja zdrowia | 49 |

Tabela nr 2. Kody jednostek statystycznych świadczeń

| Jednostka statystyczna | | Objaśnienie |
|-----------------------------|-----|--|
| Nazwa | Kod | |
| Pobyt w oddziale szpitalnym | 1 | Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do zakładu, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia. |
| Leczenie jednego dnia | 2 | Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym. |
| Pobyt | 3 | Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc. |
| Porada | 4 | Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa. |
| Porada patronażowa | 5 | Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych. |
| Wizyta | 6 | Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog. |
| Wizyta patronażowa | 7 | Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych. |

| | | |
|-------------------|----|---|
| Cykl leczenia | 8 | Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie. |
| Badanie | 9 | Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe. |
| Sesja | 10 | Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień. |
| Osoba leczona | 11 | Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej. |
| Wyjazd ratowniczy | 12 | Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13. |
| Akcja ratownicza | 13 | Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie. |
| Przewóz | 14 | Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N). |
| Hemodializa | 16 | Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie "jednego dnia" lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa. |
| Bilans zdrowia | 17 | Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia: - zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowanie leczenia, |

| | | |
|---|----|---|
| | | - problemów społecznych dziecka i jego rodziny, oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych. |
| Wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | 18 | Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środki pomocnicze znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy. |
| Szczepienie | 19 | Szczepienia finansowane ze środków publicznych. |
| Badanie (test) przesiewowe | 20 | Badanie lekarskie lub pielęgniarskie mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki. |
| Świadczenie profilaktyczne | 21 | Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzydzielone jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20. |

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

| Nazwa funkcji ochrony zdrowia | Nazwa jednostki statystycznej | Opis | Kod świadczenia |
|-------------------------------|-------------------------------|--|-----------------|
| 1. Grupa - usługi lecznicze | | | |
| 1.1. Leczenie stacjonarne | pobyt w oddziale szpitalnym | <p>Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do księgi głównej), z wyjątkiem pobytów w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, - oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1. | 0.1 |
| | hemodializa | | 0.16 |
| | pobyt | <p>Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu - kod 14.3 oraz pobytów w zakładzie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.</p> | 0.3 |
| | osoba leczona | M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobytem na oddziale. | 0.11 |

| | | | |
|--|-----------------------|--|------|
| | | | |
| 1.2. Leczenie jednego dnia | leczenie jednego dnia | | 1.2 |
| | hemodializa | | 1.16 |
| 1.3. Leczenie ambulatoryjne | | | |
| 1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej | porada | | 2.4 |
| | porada patronażowa | | 2.5 |
| | bilans zdrowia | | 2.17 |
| 1.3.2. Leczenie stomatologiczne | porada | | 3.4 |
| | badanie | | 3.9 |
| 1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne | porada | | 4.4 |
| | cykl leczenia | | 4.8 |
| | sesja | | 4.10 |
| | osoba leczona | | 4.11 |

| | | | |
|--|---------------|---|-----|
| | | | |
| 1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe | cykl leczenia | | 5.8 |
| 1.3.6. Leczenie w trybie dziennym | cykl leczenia | <p>Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.</p> <p>Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8; - długoterminowej dziennej opieki, przyjmującej kod 15.8. | 6.8 |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--|------|
| | osoba leczona | | 6.11 |
| 1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna | porada | Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym. | 7.4 |
| | wizyta | | 7.6 |
| | wizyta patronażowa | | 7.7 |
| | cykl leczenia | Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8. | 7.8 |
| | sesja | | 7.10 |

| | | | |
|----------------------------------|---------------|---|------|
| | osoba leczona | | 7.11 |
| | hemodializa | | 7.16 |
| 1.4. Świadczenia w domu pacjenta | porada | Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.4, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.4. | 8.4 |

| | | | |
|--|--------------------|--|-----|
| | porada patronażowa | | 8.5 |
| | wizyta | Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.6, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.6. | 8.6 |
| | wizyta patronażowa | | 8.7 |
| | cykl leczenia | Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących | 8.8 |

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------|
| | | kod 12.8, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.8. | |
| | badanie | | 8.9 |
| | sesja | | 8.10 |
| | osoba leczona | | 8.11 |
| | hemodializa | | 8.16 |
| | bilans zdrowia | | 8.17 |
| 2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne | | | |
| 2.1. Rehabilitacja stacjonarna | pobyt w oddziale szpitalnym | | 9.1 |
| 2.2. Rehabilitacja dzienna | cykl leczenia | W przypadku, gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów. | 10.8 |
| | osoba leczona | | 10.11 |
| 2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna | porada | | 11.4 |
| | wizyta | | 11.6 |
| | cykl leczenia | | 11.8 |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|-------|
| | | | |
| | osoba leczona | | 11.11 |
| 2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta | porada | | 12.4 |
| | wizyta | | 12.6 |
| | cykl leczenia | | 12.8 |
| | osoba leczona | | 12.11 |
| 2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna | porada | | 13.4 |
| | wizyta | | 13.6 |
| | cykl leczenia | | 13.8 |
| | osoba leczona | | 13.11 |
| 3. Grupa - opieka długoterminowa | | | |
| 3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka | pobyt w oddziale szpitalnym | | 14.1 |
| | pobyt | | 14.3 |
| 3.2. Długoterminowa dzienna opieka | cykl leczenia | | 15.8 |

| | | | |
|--|---------------|---|-------|
| | | | |
| | osoba leczona | | 15.11 |
| 3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta | porada | | 16.4 |
| | wizyta | | 16.6 |
| | cykl leczenia | | 16.8 |
| | osoba leczona | | 16.11 |
| 3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hostelowym | pobyt | | 17.3 |
| | osoba leczona | | 17.11 |
| 4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej | | | |
| 4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej | badanie | Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. | 18.9 |
| 4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa | badanie | Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych. | 19.9 |

| | | | |
|--|-------------------|--|-------|
| na rzecz pacjenta ambulatoryjnego | badanie | Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik nieobrazowych. | 20.9 |
| 4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta | | Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia. | |
| 4.3.3. Pomoc doraźna - zespoły ratownictwa medycznego | wyjazd ratowniczy | | 28.12 |
| 4.3.4. Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego | przelot | | 29.15 |
| 4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe | akcja ratownicza | | 30.13 |
| 4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie | akcja ratownicza | | 31.13 |
| 4.3.7. Pozostałe | | | |
| 4.3.7.1. Pozostałe - | przewóz | | 32.14 |
| Transport pacjenta | przelot | | 32.15 |
| 4.6. Usługi | wizyta | | 33.6 |

| | | | |
|---|---|--|-------|
| pielęgnacyjne | osoba leczona | | 33.11 |
| 4.9. Pozostałe usługi pomocnicze | | Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze. | 34.* |
| 5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych | | | |
| 5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia | | Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie. | |
| 5.2.1. Lecznicze środki wspomaganie w okulistyce | wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych. | 35.18 |
| 5.2.2. Przedmioty ortopedyczne | wyrób medyczny będący | Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub | 36.18 |

| | | | |
|---|---|---|-------|
| | przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynieryjno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu). | |
| 5.2.3. Lecznicze środki wspomaganie w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem. | wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem. | 37.18 |
| 5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie | wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych. | 38.18 |
| 5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej | wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | | 39.18 |
| 5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy | | 40.18 |
| 6. Profilaktyka i zdrowie | | | |

| | | | |
|--|----------------------------|--|-------|
| publiczne | | | |
| 6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne | | | |
| 6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne | | Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom. | 41.* |
| 6.1.2. Zdrowie matki i dziecka | | | 42.* |
| 6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem | | | 43.* |
| 6.1.4. Inna | | | 44.* |
| 6.2. Medycyna szkolna | porada | | 45.4 |
| | wizyta | | 45.6 |
| | bilans zdrowia | | 45.17 |
| | badanie (test) przesiewowe | | 45.20 |
| | świadczenia profilaktyczne | | 45.21 |
| | osoba leczona | | 45.11 |

| | | | |
|--|---------------|--|-------|
| | | | |
| 6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym | | Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia. | 46.* |
| 6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym | | | 47.* |
| 6.6. Medycyna sportowa | porada | | 48.4 |
| | wizyta | | 48.6 |
| | osoba leczona | | 48.11 |
| 6.7. Oświata i promocja zdrowia | osoba leczona | | 49.11 |

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

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY

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

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

ZAŁĄCZNIK Nr 3

KODY WYMAGANE DO OZNACZANIA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII

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

| | |
|--|----|
| | |
| instruktor terapii uzależnień /specjalista terapii uzależnień | 10 |
| lekarz | 11 |
| lekarz dentysta | 12 |
| logopeda | 13 |
| masażysta (technik masażysta) | 14 |
| opiekunka dziecięca | 15 |
| optometrysta | 16 |
| ortoptystka | 17 |
| pielęgniarka | 18 |
| położna | 19 |
| protetyk słuchu | 20 |
| psychoterapeuta | 21 |
| ratownik medyczny | 22 |
| specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne) | 23 |
| technik analityki medycznej | 24 |

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

Tabela nr 2. Kod przyczyny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego

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

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

| | |
|--|---|
| medycznego | |
| odstąpiono od medycznych czynności ratunkowych | 6 |
| inny niż wymieniony wyżej | 7 |

Tabela nr 4. Kod informacji dotyczącej nastąpienia zgonu

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

Tabela nr 5. (uchylona)

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|----|--|
| 6 | numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NN, gdzie XXXXX - kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR - rok | NN | w przypadku gdy osoba nie posiada żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5 |
| 7 | numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NW, gdzie XXXXX - kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR - rok | NW | w przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5 i nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z jego rodziców albo opiekuna prawnego |

Tabela nr 8. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie

| Lp. | Uprawnienie | | Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie | |
|-----|--------------|------------|---|--|
| | tytuł | kod tytułu | kod nazwy/pełna nazwa dokumentu | pozostałe dane identyfikujące dokument |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ubezpieczony | U | K - w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego | numer identyfikacyjny karty |
| | | | NK - w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej | nazwa dokumentu oraz seria i numer dokumentu, jeżeli występuje |

| | | | | |
|---|--|-----------|---|--|
| 2 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy | N | A - w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy | data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator - jeżeli występuje, numer identyfikacyjny gminy z rejestru TERYT (o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej) - jeżeli jest znany świadczeniodawcy |
| 3 | świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy | I | pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza |
| 4 | osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie | UE | E - w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego | numer identyfikacyjny karty oraz data ważności |
| | | | O - w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy | numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu |
| | | | E - w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego | numer identyfikacyjny karty oraz data ważności |

| | | | | |
|---|---|-----------|---|---|
| | przepisów o koordynacji | | | |
| | | | O - w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy | numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu |
| | | | F - w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1 | rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny - jeżeli podano w dokumencie) |
| | | | C - w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego | data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu |
| 5 | osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy | UM | T - w przypadku paszportu | seria i numer paszportu |
| 6 | osoby, którym | AL | pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data |

| | | | | |
|----|--|-----------|-----------------------|--|
| | świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 2 ustawy | | | wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza |
| 7 | osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 3 ustawy | NA | pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza |
| 8 | osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 4 ustawy | PS | pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza |
| 9 | osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 5 ustawy | CU | pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza |
| 10 | osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 6 ustawy | ZA | pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego, w przypadku gdy dokumentem jest zaświadczenie |

| | | | | |
|----|--|-----------|--|--|
| | | | | lekarskie - także numer wykonywania zawodu lekarza |
| 11 | osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art.12 pkt 9 ustawy | RP | KP - Karta Polaka, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz.U. Nr 180, poz. 1280, z późn.zm.) | numer oraz data ważności |
| 12 | osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ust. 5 ustawy | UC | Pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego |
| 13 | osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ust. 6 ustawy | CH | Pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego |
| 14 | osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń, zgodnie z art. 67 ust. 7 ustawy | EM | Pełna nazwa dokumentu | numer dokumentu, data wystawienia, nazwa podmiotu wystawiającego |

Tabela nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego

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

| | | | |
|-----------------------|---|---|-------|
| | | | |
| art. 47 ust. 2 ustawy | bezpłatne wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | uprawnieni żołnierze oraz pracownicy | 47MON |
| art. 31 ust. 3 ustawy | dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentystry oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane | dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia | 31D |
| | | kobiety w ciąży albo w okresie połogu | 31C |
| art. 24a ustawy | prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa | uprawniony żołnierz lub pracownik | 24A |
| art. 47c ustawy | prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej | świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" | 47CZ |
| | | inwalidzi wojenni | 47CIB |
| | | inwalidzi wojskowi | 47CIW |

| | | | |
|--|---|--|------|
| | | kombatanci | 47CK |
| | Świadczenia udzielane w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, inne niż udzielane na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy | kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu | C |

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

Tabela nr 11. Przypadki, w których gromadzona jest przyczyna główna udzielenia świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

| Lp. | Wyszczególnienie | | Rozpoznanie według ICD10 |
|-----|--------------------------------|---|--|
| 1 | Cukrzyca (E10-E14) | | E10; E11; E14 |
| 2 | Choroby układu krążenia | (I10-I15) Choroba nadciśnieniowa | I10; I11; I11.0; I11.9; I12; I12.0; I12.9; I13; I13.0; I13.1; I13.2; I13.9; I15 |
| | | (I20-I25) Choroba niedokrwiennej serca | I20; I20.1; I20.8; I20.9; I25 |
| | | (I26-I28) Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego | I27; I27.1; I27.8; I27.9; I28 |
| | | (I30-I52) Inne choroby serca | I39.0; I39.1; I39.2; I39.3; I39.4; I42; I42.0; I42.2; I42.6; I42.8; I42.9; I43; I43.1; I43.2; I43.8; I48; I50; I50.0; I50.1; I50.9 |
| | | (I60-I69) Choroby naczyń mózgowych | I65; I65.0; I65.1; I65.2; I65.3; I65.8; I65.9; I66; I66.0; I66.1; I66.2; I66.3; I66.4; I66.8; I66.9; I67; I67.2; I67.3; I67.4; I67.5; I67.9; I69 |
| | | (I70-I79) Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych | I70; I70.0; I70.1; I70.2; I70.8; I70.9; I71; I71.2; I71.4; I71.6; I71.9; I72; I72.0; I72.1; I72.2; I72.3; I72.4; I72.8; I72.9; I73; I73.0; I73.1; I73.8; I73.9 |

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

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

- 1) "2" - przyjęcie w trybie nagłym;
- 2) "3" - przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 3) "4" - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 4) "5" - przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy;
- 5) "6" - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w: art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.¹⁾) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.²⁾);
- 6) "7" - przyjęcie przymusowe - przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.³⁾), art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.⁴⁾), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.⁵⁾) oraz art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 178 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887 i Nr 191, poz. 1134).

KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU

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

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1) "2" - przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
- 2) "3" - przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki;
- 3) "5" - przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- 4) "6" - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 5) "7" - przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) "8" - przeniesienie z innego szpitala;
- 7) "9" - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) "10"- przyjęcie przymusowe - przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 94, 95a i 96 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego oraz art. 12 i 25a § 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) "1" - zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) "2" - skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) "3" - skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) "4" - skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) "6" - wypisanie na własne żądanie;
- 6) "7" - osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;

- 7) "8" - wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8) "9" - zgon pacjenta;
- 9) "10" - osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem "9" lub "10", która samowolnie opuściła podmiot leczniczy.

- 1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175, z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 127, poz. 857 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654 i Nr 120, poz. 690.
- 2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 105, poz. 614 i Nr 117, poz. 678.
- 3) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 6, poz. 19, Nr 112, poz. 654 i Nr 122, poz. 696.
- 4) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678, Nr 133, poz. 767, Nr 160, poz. 964 i Nr 191, poz. 1135.
- 5) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 50, poz. 580, Nr 62, poz. 717, Nr 73, poz. 852 i Nr 93, poz. 1027, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 106, poz. 1149, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, z 2003 r. Nr 17, poz. 155, Nr 111, poz. 1061 i Nr 130, poz. 1188, z 2004 r. Nr 51, poz. 514, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889, Nr 240, poz. 2405 i Nr 264, poz. 2641, z 2005 r. Nr 10, poz. 70, Nr 48, poz. 461, Nr 77, poz. 680, Nr 96, poz. 821, Nr 141, poz. 1181, Nr 143, poz. 1203, Nr 163, poz. 1363, Nr 169, poz. 1416 i Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 15, poz. 118, Nr 66, poz. 467, Nr 95, poz. 659, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 141, poz. 1009 i 1013, Nr 167, poz. 1192 i Nr 226, poz. 1647 i 1648, z 2007 r. Nr 20, poz. 116, Nr 64, poz. 432, Nr 80, poz. 539, Nr 89, poz. 589, Nr 99, poz. 664, Nr 112, poz. 766, Nr 123, poz. 849 i Nr 128, poz. 903, z 2008 r. Nr 27, poz. 162, Nr 100, poz.

648, Nr 107, poz. 686, Nr 123, poz. 802, Nr 182, poz. 1133, Nr 208, poz. 1308, Nr 214, poz. 1344, Nr 225, poz. 1485, Nr 234, poz. 1571 i Nr 237, poz. 1651, z 2009 r. Nr 8, poz. 39, Nr 20, poz. 104, Nr 28, poz. 171, Nr 68, poz. 585, Nr 85, poz. 716, Nr 127, poz. 1051, Nr 144, poz. 1178, Nr 168, poz. 1323, Nr 178, poz. 1375, Nr 190, poz. 1474 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 98, poz. 626, Nr 106, poz. 669, Nr 122, poz. 826, Nr 125, poz. 842, Nr 182, poz. 1228 i Nr 197, poz. 1307 oraz z 2011 r. Nr 48, poz. 245 i 246, Nr 53, poz. 273, Nr 112, poz. 654, Nr 117, poz. 678, Nr 142, poz. 829 i Nr 191, poz. 1135.

ZAŁĄCZNIK Nr 5

IDENTYFIKATOR PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

| IDENTYFIKATOR ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA: | |
|--|---|
| Identyfikator | Nazwa oddziału wojewódzkiego |
| 01 | Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu |
| 02 | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy |
| 03 | Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie |
| 04 | Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze |
| 05 | Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi |
| 06 | Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie |
| 07 | Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie |
| 08 | Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu |
| 09 | Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie |

| | |
|---|---|
| | |
| 10 | Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku |
| 11 | Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku |
| 12 | Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach |
| 13 | Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach |
| 14 | Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie |
| 15 | Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu |
| 16 | Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie |
| IDENTYFIKATOR INNEGO PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO DO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH | |
| 93 | Minister Sprawiedliwości |
| 94 | minister właściwy do spraw wewnętrznych |
| 97 | Minister Obrony Narodowej |
| 98 | minister właściwy do spraw zdrowia |

ZAŁĄCZNIK Nr 6 (uchylony).

ZAŁĄCZNIK Nr 7

SPOSÓB OBLICZANIA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA

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

ZAŁĄCZNIK Nr 8

WZÓR DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH OPISAMI KOMUNIKATÓW STOSOWANYCH DO PRZEKAZYWANIA DANYCH

1. **OBJAŚNIENIA**
 - 1.1. WPISY W KOLUMNIE "FORMAT"
 - 1.2. WPISY W KOLUMNIE "KROTNOSC"
 - 1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH
2. **NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW**
3. **KOMUNIKAT POTWIERDZENIA ODBIORU KOMUNIKATU Z DANymi**
4. **KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH**
 - 4.1. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH
 - 4.1.1. Nagłówek komunikatu - elementy "komunikat" i "swiadceniodawca"
 - 4.1.2. Elementy "zestaw-swadczen" i "dane-zestawu"
 - 4.1.3. Element "pacjent"
 - 4.1.4. Element "zlecenie"
 - 4.1.5. Element "hospitalizacja"
 - 4.1.6. Element "swiadczenie"

- 4.1.7. Element "kom-org"
- 4.1.8. Element "personel-real"
- 4.1.9. Element "przyczyna"
- 4.1.10. Element "transport"
- 4.1.11. Element "procedura"
- 4.1.12. Element "ratownictwo"
- 4.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH
- 5. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**
 - 5.1. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
 - 5.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ZAOPATRZENIU W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- 6. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY**
 - 6.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY
 - 6.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY
- 7. KOMUNIKAT O PORADACH, BILANSACH ZDROWIA, PORADACH PATRONAŻOWYCH, WIZYTACH PATRONAŻOWYCH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**
- 8. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**
 - 8.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
 - 8.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- 9. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH**
 - 9.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH
 - 9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

1. OBJAŚNIENIA

1.1. WPISY W KOLUMNIE "FORMAT"

| | |
|----------------------|---|
| data | - oznacza datę zapisaną w postaci RRRR-MM-DD |
| data + czas | - oznacza datę łącznie z czasem zapisane w postaci RRRR-MM-DDTHH:MM:SS (gdzie T jest literą rozdzielającą datę od czasu) |
| rok | - oznacza rok zapisany w postaci RRRR |
| miesiąc | - oznacza miesiąc kalendarzowy zapisany w postaci MM |
| rok + miesiąc | - oznacza miesiąc roku zapisany w postaci RRRR-MM |
| liczba (m,n) | - oznacza liczbę o maksymalnie m cyfrach znaczących, w tym n cyfr w części ułamkowej, oddzielonej znakiem przecinka |

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

1.2. WPISY W KOLUMNIE "KROTNOSC"

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

1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

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 - nieznana

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/ |
| | | 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 |

| | | | | | | |
|---|------------------|------------|---|--|---|--|
| 1 | swiadczeniodawca | | | komunikatu | | |
| | | 1 | | Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania | | |
| | | typ-id-swd | 1 | 1 znak | Typ identyfikatora świadczeniodawcy | Wartości: R - nr REGON K - nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą X - identyfikator techniczny nadany przez płatnika Odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (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 | Typ komunikatu | |

| | | | | | |
|---|-------------|-----|--------------|--|--|
| | | | znaków | (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 potwierdzenia każdej z pozycji danych (potwierdzany jest tylko całościowo zbiór danych przesłanych w komunikacie) |
| waga | 1 | 1 znak | Waga wskazywanego problemu | <p>Wartości:</p> <p>B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych</p> <p>O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu</p> <p>I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu</p> |
| 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

4.1. 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-swiadczen" i "dane-zestawu"

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotność | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|------------------|---------------|----------|---------------------|---|--|
| 1 | zestaw-swiadczen | | 1-n | | Zestaw świadczeń | 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 (modyfikacji) danych zestawu świadczeń, z wyjątkiem danych rozliczeniowych zdefiniowanych przez płatnika | Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji przekazywanych danych w przypadku ich poprawiania |

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

| | | | | | |
|---|---------------------|-----|--------------|---|--|
| 2 | dane-zestawu | 0-1 | | Dane obejmujące świadczenia wchodzące w skład zestawu świadczeń | Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania zestawu świadczeń. Jeśli atrybut "usun" w elemencie "zestaw-swiadczen" ma wartość "T", to element "dane-zestawu" (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje |
| | swiadcz-ratuj-zycie | 0-1 | 1 litera [N] | Czy wykonane świadczenie było świadczeniem ratującym życie, tj. czy zostało udzielone w warunkach, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 13a rozporządzenia | Wartości: T - Tak N - Nie |

4.1.3. 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 pacjencie | o Przekazywane wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta, z wyjątkiem osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - w ich przypadku zawsze przekazuje się dane o płci i dacie urodzenia |
| | | plec | 1 | 1 cyfra | Płeć pacjenta | Na podstawie normy ISO 5218 |
| | | data-urodz | 0-1 | data | Data urodzenia pacjenta | Niewymagana w przypadku pacjentów "NN" lub "NW" oraz ratownictwa medycznego, gdy ustalenie tych danych jest |

| | | | | | |
|---|-----------|-----|--------------|--|--|
| | | | | | niemożliwe |
| 4 | dane-osob | 0-1 | | Dane osobowe pacjenta | Nie występuje wyłącznie w przypadku ubezpieczonych, których identyfikatorem jest własny numer PESEL. Niewymagany w przypadku, gdy //ident-pacj/@typ-id jest "NN" lub "NW" i ustalenie danych jest niemożliwe |
| | imie | 1 | do 30 znaków | Imię | |
| | imie2 | 0-1 | do 30 znaków | Drugie imię | |
| | nazwisko | 1 | do 60 znaków | Nazwisko | |
| 5 | adres | 0-1 | | Adres w państwie stałego zamieszkania pacjenta | Podawany wyłącznie w przypadku udzielenia świadczenia: - świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, - osobom, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 lit. d rozporządzenia, - bez numeru PESEL. Niewymagany w przypadku: - gdy//ident-pacj/@typ-id jest "NN" lub "NW" i ustalenie danych jest niemożliwe, - osób bezdomnych |

| | | | | | |
|---|----------------|-----|--------------|--|--|
| | panstwo | 0-1 | 2 znaki [PL] | Kod państwa stałego zamieszkania | Według normy PN-ISO 3166-1 |
| | kod-pocztowy | 0-1 | do 10 znaków | Kod pocztowy, jeżeli występuje | |
| | 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 podziału terytorialnego kraju TERYT | Przekazywany, jeżeli //dane-osob/adres/@panstwo = "PL" |
| 5 | adres-w-polsce | 0-1 | | Adres przebywania w Rzeczypospolitej Polskiej | Przekazywany, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania (zamieszkanie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) |
| | 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. z tytułu ubezpieczenia albo decyzji wójta (burmistrza, prezydenta miasta) |
| | | panstwo | 0-1 | 2 znaki [PL] | Kod odpowiedzialnego państwa za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń | Według normy PN-ISO 3166-1 |
| | | tytul-uprawn | 0-1 | do 2 znaków [U] | Tytuł uprawnienia | Zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia |
| 5 | podmiot-fin | | | | | UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów nfz-min, gmina, instytucja |

| | | | | |
|---|---------------|-----------|--------------|---|
| 6 | nfz-min | 0-1 1z | | Oddział NFZ lub odpowiednie ministerstwo |
| | kod | 1 | 2 cyfry | Kod oddziału NFZ lub ministerstwa |
| 6 | gmina | 0-1 1z | | Gmina, w której wydano decyzję dla świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy |
| | teryt | 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, prezydent miasta) |
| | 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 człon (przed myślnikiem) symbolu na podstawie przepisów o instytucji właściwej na dokumencie koordynacji Numer instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu na dokumencie koordynacji |
| | 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, prezydenta miasta | |
| | 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 | Numer | |

| | | znaków | | | | |
|---|-------------|-----------|-----------|--------------|---------------------------------|--|
| | | data-do | 1 | data | Data końcowa okresu ważności | |
| 7 | certyfiakat | | 0-1 1z | | Certyfiakat | |
| | | 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 | poświadcz | | 0-1 1z | | Poświadczenie | |
| | | numer | 1 | do 20 znaków | Numer poświadczenia | Numer ten, zbudowany zgodnie z wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E100. Numer w formacie: OW/EEE/RR/NNNNN Gdzie OW - nr oddziału wojewódzkiego NFZ, EEE - dokument E100, RR - rok, NNNNN - kolejny numer poświadczenia |
| | | data-wyst | 1 | data | Data wystawienia | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------|-----------|---------------|---|--|
| | | data-od | 1 | data | Data początkowa okresu ważności | |
| | | data-do | 0-1 | data | Data końcowa okresu ważności | |
| 7 | druk-e | | 0-1 1z | | Formularz serii E, dokument przenośny S lub DA1 | |
| | | rodzaj | 1 | do 4 znaków | Rodzaj formularza | Oznaczenie bez spacji lub myślnika |
| | | data-wyst | 1 | data | Data wystawienia | |
| | | data-od | 0-1 | data | Data początkowa okresu ważności | |
| | | data-do | 0-1 | data | Data końcowa okresu ważności | |
| 6 | dokum- inne- upraw | | 0-1 1z | | Dokument potwierdzający uprawnienia | Dokument potwierdzający uprawnienia zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia: I, AL, NA, PS, CU, ZA, UC, CH, EM |
| | | nazwa | 1 | do 100 znaków | Nazwa dokumentu | |
| | | nr-dok | 1 | do 10 znaków | Numer dokumentu | |
| | | data-wyst | 1 | data | Data wystawienia | |

| | | | | | | |
|---|-----------------|---------------|-----------|--------------|---|--|
| | | podm-wyst | 1 | do 30 znaków | Podmiot wystawiający | |
| | | npwz | 0-1 | 7 znaków | Numer prawa wykonywania zawodu lekarza, który wystawił dokument | Przekazywany tylko w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie |
| 6 | karta-polaka | | 0-1 1z | | Karta Polaka | |
| | | numer | 1 | do 10 znaków | Numer karty | |
| | | data-waznosci | 1 | data | Data ważności | |
| 4 | upraw-dodatkowe | | 0-n | | Informacje o uprawnieniu dodatkowym pacjenta | |
| | | upraw-dod | 1 | do 7 znaków | Kod dodatkowego uprawnienia pacjenta | Występuje w każdym przypadku, gdy podstawą udzielenia świadczenia było dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a-24c i art. 47c ustawy lub uprawniające do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a, 12 i 13 ustawy (kody |

wymienione w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia). Należy wyliczyć kody wszystkich uprawnień, z jakich pacjent skorzystał

| | | | | |
|---|-------------|-----|---------------|---|
| 5 | dok-upr-dod | 0-1 | | Dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe |
| | nazwa | 1 | do 100 znaków | Nazwa dokumentu |
| | id-dok | 0-1 | do 20 znaków | Identyfikator dokumentu |
| | data-wyst | 1 | data | Data wystawienia dokumentu |
| | data-do | 0-1 | data | Data końcowa okresu ważności |

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 |

| | | | | | | |
|---|----------|------------|-----------|---------------|--|---|
| | | | | | <p>świadczycielką czy inną instytucją uprawnioną do wystawiania skierowań.</p> <p>Wartości:</p> <p>S - zlecenie wystawione przez świadczycielką</p> <p>I - zlecenie wystawione przez inną instytucję</p> | |
| | | 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 | | Świadczyciel 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 świadczyciela: R lub K | Wartości: R - 9 cyfr numeru REGON K - nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |
| | | id-swd | 1 | do 12 znaków | Identyfikator świadczyciela zlecającego | |
| | | id-kom-org | 1 | 3 lub 4 cyfry | Identyfikator komórki organizacyjnej świadczyciela, w której | Część VII kodu resortowego. Jeśli nie nadano, to należy przekazać "000" |

| | | | | | | |
|---|---------------|----------------|-----------|----------------|--|---|
| | | | | | wystawiono zlecenie | |
| | | id-typ-kom-org | 1 | 4 cyfry | Identyfikator typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, w której wystawiono zlecenie | Część VIII kodu resortowego. Jeśli u nie nadano, to należy przekazać "0000" |
| 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 świadczeniodawca uprawniony do zlecenia świadczeń | Musi wystąpić jeden z elementów: "swd-zlec" lub "instyt-zlec" |
| | | nazwa | 1 | do 50 znaków | Nazwa instytucji | |

4.1.5. Element "hospitalizacja"

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

| | | | | | | |
|---|----------------|------------|-----|------------|--|--|
| 3 | hospitalizacja | | 0-1 | | Zestaw danych dotyczących hospitalizacji | Przekazywany dodatkowo, tylko w przypadku udzielenia świadczeń w ramach hospitalizacji. Podawany obowiązkowo dla zestawów świadczeń, dla których atrybut //zestaw-swiadczen/@typ = "S" |
| 4 | ksiega | | 1 | | Dane księgi głównej | Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia |
| | | rok | 1 | rok | Rok, którego dotyczy księga główna | |
| | | nr | 1 | do 8 cyfr | Nr księgi | |
| | | poz | 1 | do 10 cyfr | Pozycja, pod którą zapisano pacjenta | |
| | | nr-dziecka | 0-1 | 1 cyfra | Nr kolejny noworodka | |
| 4 | przyjecie | | 1 | | Dane dotyczące przyjęcia do szpitala | |
| | | tryb | 1 | 1 cyfra | Tryb przyjęcia | Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia |
| | | data | 1 | data | Data przyjęcia | |
| 4 | wypis | | 0-1 | | Dane dotyczące wypisu ze szpitala | |
| | | tryb | 1 | 1 cyfra | Tryb wypisu | Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia |

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

4.1.6. Element "swiadczenie"

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotno ść | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|------------------------|-------------|----------|--------------|---------------------------|--|--|
| 3 | swiadczenie | | 1-n | | Dane charakteryzujące udzielone świadczenie | Dane obejmują świadczenie udzielone w ramach działania określonej komórki organizacyjnej |
| | | id-swiad | 1 | do 12 cyfr | Identyfikator świadczenia | Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu "zestaw- swiadczen" |

| | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------|-----|-----------------|---|--|
| | | usun | 0-1 | 1 litera [n] | Podane świadczenie należy traktować jako usunięte | Wartości: T - żądanie usunięcia N - przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N" |
| 4 | dane- 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-swadczenia" (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 lit. b rozporządzenia |
| | | data-od | 1 | data | Data początku udzielania świadczenia | |
| | | data-do | 0-1 | data | Data końca udzielania świadczenia | |

| | | | | | |
|---|---------------|-----|-----------|--|--|
| | tryb | 0-1 | 1 cyfra | Kod trybu przyjęcia pacjenta | Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia. Atrybut nieprzekazywany w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej. Podawany obowiązkowo dla zestawów świadczeń, dla których atrybut//zestaw-swiadczen/@typ = "A". Niepodawany dla zestawów świadczeń stacjonarnych (tryb przyjęcia określony jest wtedy w elemencie //hospitalizacja/przyjecie/@tryb) |
| | 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 | Kod procedury | Występuje, gdy lista, z której wykreślono |

| | | | | | |
|---|-------------|-----|---------------|---|--|
| | | | znaków | medycznej, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego | pacjenta, dotyczy określonej procedury medycznej. Kod procedury, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika |
| | id-kom-org | 1 | 3 lub 4 cyfry | Identyfikator komórki organizacyjnej według księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, której dotyczy lista oczekujących | Gdy nienadany, należy przekazać "000". Świadczenie może być zrealizowane w innej komórce świadczeniodawcy niż ta, której dotyczy lista oczekujących |
| 5 | przepustka | 0-n | | Dane dotyczące przepustki | Przepustka zgodnie z definicją określoną w § 1 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia |
| | nr-przepust | 1 | do 3 cyfr | Numer przepustki | Unikalny kolejny numer przepustki w ramach świadczenia |
| | data-od | 1 | data i czas | Data i godzina rozpoczęcia przepustki | 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 hierarchii | Element | Atrybut | Krotność | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|---------------|----------|----------|---------------------|--|---|
| 5 | personel-real | | 1 | | Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia | Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia. W przypadku ratownictwa medycznego jako osobę udzielającą świadczenia należy podać dane kierownika zespołu wyjazdowego, którego dane zostały wymienione w elemencie //ratownictwo/personel-real |
| | | typ-pers | 0-1 | do 2 cyfr | Typ grupy zawodowej | Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 |

| | | | | | | |
|--|---------|---|--------------|----------|--|--|
| | | | | [11] | | załącznika nr 3 do rozporządzenia |
| | typ | 1 | 1 znak | Typ kodu | | 1 - Nr prawa wykonywania zawodu, jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej. 2 - Numer PESEL w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu |
| | wartosc | 1 | do 20 znaków | Wartość | | Wartość według deklaracji w atrybucie //swiadczenie/dane-swiadczenia/personel-real/@typ |

4.1.9. Element "przyczyna"

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

4.1.10. Element "transport"

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

udzielono świadczenia

4.1.11. Element "procedura"

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

4.1.12. Element "ratownictwo"

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

| | | | | |
|---------------------------------|-----|----------------|--|---|
| wyjazd | 1 | data + czas | Wyjazd zespołu ratownictwa medycznego | Data i czas wyjazdu do zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego |
| przybycie | 1 | data + czas | Przybycie na miejsce zdarzenia | Data i czas przybycia na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych |
| tryb- zakonczeni a | 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 |
| zakonczeni e-czynnosci | 0-1 | data + czas | Zakończenie medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przekazanie pacjenta szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala | |
| oddzial- ratunkowy- przek | 0-1 | data + czas | Przekazanie opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania | |

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotno | Format [wart. | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|---------------|------------|--------|----------------|--|---|
| | | | | | świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego | |
| | | zgon-osoby | 0-1 | 1 znak | Informacje o przypadku zgonu osoby | Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia |
| 5 | personel-real | | 2-3 | | Dane identyfikujące zespół udzielający świadczenia | Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia |
| | | typ-pers | 0-1 | do 2 cyfr [11] | Typ grupy zawodowej | Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia |
| | | typ | 1 | 1 znak | Typ kodu | 1 - Nr prawa wykonywania zawodu, jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej. 2 - Numer PESEL w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany nr prawa wykonywania zawodu |
| | | wartosc | 1 | do 20 znaków | Wartość | Wartość według deklaracji w atrybucie //ratownictwo/personel-real/@typ |

4.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotno | Format [wart. | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|---------|---------|--------|---------------|------|--|
|---------------------|---------|---------|--------|---------------|------|--|

| | | śc | dom.] | | |
|---|------------------|-----------|-------------|---|---|
| 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 popęnianego 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-swadczen/@id-zest- swiad |
| | | nr-wersji | 1 | do 4 cyfr | Nr modyfikacji zestawu świadczeń | Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie |

| | | | | | |
|---|---------|-----|---------------|--|--|
| | | | | | //komunikat/zestaw-swadczen/@nr-wersji |
| | usun | 0-1 | 1 litera [N] | Informacja o statusie dostępności zestawu świadczeń w systemie płatnika | Atrybut przekazywany w przypadku potwierdzeń usuniętych zestawów świadczeń |
| 3 | problem | 0-n | | Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem | Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczą one poszczególnych świadczeń składowych |
| | waga | 1 | 1 znak | Waga wskazywanego problemu | Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu |
| | kod | 1 | do 10 znaków | Kod problemu | Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika) |
| | opis | 1 | do 250 znaków | Opis problemu | |

| | | | | | | |
|---|-------------|----------|-----|---------------|---|---|
| 3 | potw-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 potwierżeń 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 | W przypadku niniejszego komunikatu ma |

| | | | | | |
|---|---------------------|-------------|--------------|---|---|
| | | | | komunikatu | wartość "3" |
| | | (pozostałe) | | | Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów |
| 1 | swiadczeniodawca | 1 | | Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania | |
| | | (wszystkie) | | | Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów |
| 1 | spraw-rozlicz-zposp | 1 | | Sprawozdanie rozliczeniowe zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | Sprawozdanie jednoznacznie identyfikowane jest przez: - identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w ramach którego wygenerowano sprawozdanie - identyfikator dokumentu sprawozdania w ramach instalacji systemu informatycznego - nr korekty do danego dokumentu sprawozdania (w przypadku pierwotnej wersji dokumentu sprawozdania nr korekty przyjmuje wartość 0) |
| | umowa | 1 | do 24 znaków | Identyfikator umowy z płatnikiem | |
| | rok | 1 | rok | Rok, którego dotyczy sprawozdanie | |

| | | | | | | |
|---|-----------------|----------------|-----|--------------|---|--|
| | | miesiac | 1 | miesiąc | Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie | |
| | | id-dok-rozl | 1 | do 24 znaków | Identyfikator dokumentu sprawozdania | Unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst. Pierwotna postać dokumentu, jak i wszystkie jego korekty (atrybut @nr-korekty), mają ten sam identyfikator dokumentu sprawozdania |
| | | nr-korekty | 1 | do 2 cyfr | Numer kolejny korekty dokumentu sprawozdania korygującego | Dotyczy sytuacji, w których wymagane jest stworzenie odrębnego dokumentu korekty (np. po akceptacji i wypłacie faktury) |
| 2 | poz-spraw-zposp | | 0-n | | Pozycja sprawozdania | |
| | | id-inst | 0-1 | do 38 znaków | Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym została zarejestrowana pozycja sprawozdania | Wymagany, gdy inny niż wpisany w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst |
| | | id-poz-rozlicz | 1 | do 10 cyfr | Identyfikator pozycji sprawozdania | Jednoznaczny w ramach identyfikatora instalacji systemu świadczeniodawcy |
| | | typ-pozycji | 1 | 1 litera | Typ pozycji | Przyjmuje wartości: K - pozycja korygująca |

| | | | | | | N - pozycja normalna |
|---|---------------|-----------|--------------|--|--|----------------------|
| 3 | pozycja-koryg | 0-1 1z | | Wskazanie korygowanej pozycji rozliczeniowej | Występuje w przypadku pozycji typu K (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 z 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 | W przypadku naprawy ilość jest równa 1 |

| | | | | | |
|---------------------|-----|---------------------|---|---|--|
| | | | | przedmiotów | |
| okres- zaop-od | 0-1 | rok + miesiąc | Początek okresu, za który pobrano przedmioty (rok i miesiąc) | Przekazywany tylko w przypadku realizacji świadczeń na kartę zaopatrzenia | |
| okres- zaop-dlug | 0-1 | liczba (1,0) [1] | Długość okresu (w miesiącach), za który pobrano przedmioty | jw. | |
| refundacja | 1 | liczba (8,2) | Kwota refundacji | Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 4 lit. d lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. c rozporządzenia | |
| doplata | 1 | liczba (8,2) | Kwota dopłaty ze strony pacjenta | Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 4 lit. e lub § 3 ust. 5 pkt 4 lit. d rozporządzenia | |

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

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotno ść | 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 potwierdzane 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 potwierdzane sprawozdanie | |
| | miesiac | 1 | miesiąc | Miesiąc, którego dotyczy potwierdzane sprawozdanie | |

| | | | | | | |
|---|---------|-------------|-----------|---------------|--|---|
| | | id-dok-rozl | 1 | do 24 znaków | Identyfikator dokumentu rozliczeniowego | |
| | | nr-korekty | 0-1 | do 2 cyfr | Numer potwierdzonej korekty dokumentu rozliczeniowego | |
| 2 | problem | | 0-1 1z | | Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania | Występuje, np. gdy niemożliwe jest żądane przez świadczeniodawcę usunięcie danej wersji dokumentu rozliczeniowego lub niemożliwe jest przyjęcie nowej wersji, ponieważ w aktualnym stanie procesu rozliczenia zmiany dopuszczalne są już tylko w trybie korekty |
| | | waga | 1 | 1 znak | Waga wskazywanego problemu | Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu |
| | | kod | 1 | do 10 znaków | Kod problemu | Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika) |
| | | opis | 1 | do 250 znaków | Opis problemu | |

| | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|-----------|--------------|---|---|
| 2 | potw-poz-spraw-zposp | | 0-1 1z | | | Nie występuje, jeśli wykryto problemy na poziomie całości sprawozdania |
| 3 | potw-poz-rozl-zposp | | 0-n | | Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia (pozycji sprawozdania) | Nie występuje tylko wtedy, gdy w 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 WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

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

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotność | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|-----------|-------------|----------|---------------------|---------------------------|--|
| 0 | komunikat | | 1 | | Główny element komunikatu | |
| | | typ | 1 | do 5 znaków | Typ komunikatu (symbol) | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "DEKL" |
| | | wersja | 1 | do 2 cyfr | Nr wersji typu komunikatu | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "5" |
| | | (pozostałe) | | | | Pozostałe atrybuty przyjmują wartości |

| | | | | | |
|---|------------------------|---|-----------|---|---|
| | | | | | zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów |
| 1 | swiadczeniodawca | 1 | | Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania | |
| | (wszystkie) | | | | Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów |
| 1 | spraw-rozlicz-dekl-poz | 1 | | Sprawozdanie rozliczeniowe deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | Przekazanie wszystkich typów deklaracji musi nastąpić w ramach umowy, roku, miesiąca i jednego identyfikatora instalacji //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst |
| | id-spraw | 1 | 1 cyfra | Identyfikator sprawozdania | Identyfikator sprawozdania w ramach umowy, roku i miesiąca |
| | wersja | 1 | do 3 cyfr | Numer wersji danych w ramach sprawozdania | Pierwszy numer wersji w ramach identyfikatora sprawozdania przyjmuje wartość "1". Przesłanie danych w wersji niższej lub takiej jak zarejestrowana w systemie płatnika, w ramach identyfikatora sprawozdania, powoduje odrzucenie sprawozdania. Przesłanie danych w wersji wyższej, w ramach identyfikatora sprawozdania, powoduje nadpisanie w całości sprawozdania poprzedniego |

| | | | | | |
|---|---------------|-----|---------|--|--|
| | rok | 1 | rok | Rok, którego dotyczy sprawozdanie | Identyfikuje równocześnie rok szkolny |
| | miesiąc | 1 | miesiąc | Miesiąc, którego dotyczy sprawozdanie | |
| 2 | deklaracje | 1-n | | Deklaracje | |
| | typ-dekl | 1 | 1 znak | Typ deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | Dany typ deklaracji musi wystąpić tylko w ramach jednego sprawozdania. Przekazanie tego samego typu w ramach różnych sprawozdań spowoduje odrzucenie sprawozdania nowego |
| 3 | personel-dekl | 0-n | | Lekarz, pielęgniarka lub położna, wybrana przez pacjenta na deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | |
| | pesel | 0-1 | 11 cyfr | Numer PESEL | Wartość przekazywana w przypadku pielęgniarek i położnych, higienistek szkolnych sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami oraz grup zawodowych nieposiadających numeru prawa wykonywania zawodu. W przypadku deklaracji złożonej przed 01.10.2004 r. i niezawierającej wyboru konkretnej osoby, atrybut nie powinien być przekazywany |
| | npwz | 0-1 | do 20 | Numer prawa | Wartość przekazywana, gdy grupa |

| | | | znaków | wykonywania zawodu | zawodowa posiada numer prawa wykonywania zawodu. W przypadku deklaracji złożonej przed 01.10.2004 r. i niezawierającej wyboru konkretnej osoby, atrybut nie powinien być przekazywany | |
|---|--------------|-----------|--------|---|--|--|
| 4 | dekl-poz | 1-n | | Dane dotyczące deklaracji wyboru, złożonej przez świadczeniobiorcę, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | | |
| | | id-dekl | 1 | do 10 cyfr | Identyfikator deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | Atrybut techniczny jednoznacznie identyfikujący złożoną deklarację w ramach systemu informatycznego świadczeniodawcy |
| | | data-zloz | 1 | data | Data złożenia deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | |
| 5 | pacjent-dekl | 1 | | Dane pacjenta | | |
| 6 | id-pacj-dekl | 1 | | Identyfikacja pacjenta | | |
| 7 | pesel | 0-1 1z | | Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL | Przekazywany w przypadku pacjentów, którym nadano numer PESEL | |
| | | pesel | 1 | 11 cyfr | PESEL pacjenta | |

| | | | | | |
|---|-----------------|-----------|--------------------|---|---|
| 7 | noworodek | 0-1 1z | | Wskazanie, że deklaracja dotyczy dziecka bez własnego numeru PESEL | Przekazywany jest dla dzieci w sytuacji, gdy nie nadano im własnego nr PESEL |
| | typ-id | 0-1 | do 2 znaków [P] | Kod typu identyfikatora | Zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia [pozycje 1-5] |
| | id-osoby | 1 | do 20 znaków | Identyfikator rodzica albo opiekuna prawnego | |
| 7 | posw-druku-e | 0-1 1z | | Identyfikacja pacjenta uprawnionego do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji bez nadanego nr PESEL | Przekazywany w przypadku pacjentów uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji bez nadanego nr PESEL przedstawiających jako dokument uprawniający poświadczenie druku serii E100 lub odpowiednio S1 albo DA1 |
| | posw-druku-e | 1 | do 20 znaków | Nr poświadczenia druku serii E100 lub odpowiednio S1 albo DA1 | |
| 7 | umowa-ubezp-ind | 0-1 1z | | Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym | Przekazywany w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym |
| | nr-umowy | 1 | do 20 | Numer umowy o | |

| | | | znaków | dobrowolne ubezpieczenie | |
|---|------------------|-----|-----------------|--|---|
| 6 | pacjent-stat | 0-1 | | Dane statystyczne o pacjencie | Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano numeru PESEL pacjenta |
| | data-urodz | 1 | data | Data urodzenia | |
| | plec | 1 | 1 cyfra | Płeć | Kody zgodnie z ISO 5218 |
| 6 | dane-osob | 1 | | Dane osobowe pacjenta | |
| | imie | 1 | do 30 znaków | Imię | |
| | imie2 | 0-1 | do 30 znaków | Drugie imię | |
| | nazwisko | 1 | do 60 znaków | Nazwisko | W przypadku nazwisk dwuczłonowych podawane z łącznikiem pomiędzy (bez spacji) |
| 6 | adres | 0-1 | | Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w Rzeczypospolitej Polskiej | Nieprzekazywane w przypadku deklaracji dotyczącej medycyny szkolnej |
| | kod- pocztowy | 0-1 | 6 znaków | Kod pocztowy | Format: 99-999 |
| | 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 | 1 | 7 znaków | Kod terytorialny gminy zamieszkania |

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

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

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----|-----------|---|---|
| 1 | swiadczeniodawca | 1 | | Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane | |
| | (wszystkie) | | | | Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń |
| 1 | potw-spraw-rozlicz-dekl-poz | 1 | | Potwierdzenie sprawozdania rozliczeniowego deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | |
| | id-spraw | 1 | 1 cyfra | Identyfikator sprawozdania | Wartość jak w analogicznym atrybucie z 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 |
| | miesiac | 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 wyboru, o której mowa w art. 56 | Wartość jak w analogicznym atrybucie z potwierdzanego sprawozdania |

| | | | | ust. 1 ustawy | |
|---|----------------|-----------|---------------|--|--|
| 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 |

| | | | | | |
|---|---------|-----|---------------|--|--|
| | | | | wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | potwierdzanego sprawozdania w atrybucie //komunikat/spraw-rozlicz-dekl-poz/dekl-poz/@id-dekl |
| 5 | problem | 0-n | | Informacja o ewentualnych problemach związanych z deklaracją wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy | Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy |
| | waga | 1 | 1 znak | Waga wskazywanego problemu | Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu |
| | 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, BILANSACH ZDROWIA, PORADACH PATRONAŻOWYCH, WIZYTACH PATRONAŻOWYCH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Sprawozdawczość świadczeń wymienionych w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej należy realizować poprzez komunikat danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych.

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

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

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotność | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|----------------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|---|
| 0 | komunikat | | 1 | | Główny element komunikatu | |
| | | typ | 1 | do 5 znaków | Typ komunikatu (symbol) | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "ZBPOZ" |
| | | wersja | 1 | do 2 cyfr | Numer wersji typu | W przypadku niniejszego komunikatu ma |

| | | | | | |
|---|------------------|---|--------------|---|---|
| | | | | komunikatu | wartość "3" |
| | (pozostałe) | | | | Pozostałe atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów |
| 1 | świadczeniodawca | 1 | | Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania | |
| | (wszystkie) | | | | Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów |
| 1 | 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-swadc | | 0-n | | Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju | Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia |
| | | typ-swadc | 1 | do 5 znaków | Typ świadczenia | Kod świadczenia zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia |
| | | podtyp-swadc | 0-1 | do 10 znaków | Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczenia | Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia: - kod badania według słownika zdefiniowanego przez płatnika, - cel przewozu zgodnie z tabelą nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia |
| 3 | wielkosc | | 1-n | | Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń | |
| | | ilosc | 1 | liczba (5,0) | Liczba zrealizowanych świadczeń określonego | |

rodzaju w określonej
grupie wiekowej

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

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

9. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

9.1. SZCZEGÓŁOWA STRUKTURA KOMUNIKATU DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotność | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|-----------|---------|----------|---------------------|---|---|
| 0 | komunikat | | 1 | | Główny element komunikatu | |
| | | xmlns | 1 | Stała wartość | Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) elementów komunikatu określonych rozporządzeniem | Dla formatów komunikatów określonych 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, z późn. zm.), zwanym dalej "rozporządzeniem", jest to stała wartość:
"www.csioz.gov.pl/xml/swd-
platnik/l"

| | | | | |
|--------|---|--------------|---|---|
| typ | 1 | do 5 znaków | Typ komunikatu (symbol) | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "LIOCZ" |
| wersja | 1 | do 2 cyfr | Numer wersji typu komunikatu | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "5" |
| id-odb | 1 | do 16 znaków | Identyfikator (instytucji) podmiotu odbiorcy komunikatu | Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikatorem tym jest kod zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzeń danych), to jest to identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem |

| | | | | | |
|-------------|-----|--------------|--|-----------------------|---|
| id-inst-odb | 0-1 | do 38 znaków | Identyfikator informatycznego komunikatu | systemu odbiorcy | 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 (instytucji) komunikatu | podmiotu nadawcy | Identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem |
| id-inst-nad | 1 | do 38 znaków | Identyfikator informatycznego komunikatu | systemu nadawcy | Identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika |
| nr-gen | 1 | liczba (8,0) | Numer kolejny komunikatu danego typu, wygenerowanego z systemu nadawcy | | |
| czas-gen | 1 | data + czas | Data i czas wygenerowania komunikatu | Informacja pomocnicza | |
| | 1 | | Świadczeniodawca | | |

| świadczeniodawca | | dokonujący sprawozdania | | | | |
|------------------|---------------|-------------------------|--------------|---|--|--|
| | typ-id-swd | 1 | 1 znak | Typ identyfikatora świadczeniodawcy | Wartości: R - nr REGON K - nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą X - identyfikator techniczny nadany przez płatnika Odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (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 | |
| 1 | spraw-1-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 | | | |
| | kod-res-7 | 1 | 3 lub 4 cyfry | VII część kodu resortowego | Gdy nie nadany, należy przekazać "000" |
| | kod-proc | 0-1 | do 20 znaków | Kod procedury medycznej, programu lekowego, badania diagnostycznego lub świadczenia wysokospecjalistycznego | Kod procedury, programu badania diagnostycznego lub świadczenia wysokospecjalistycznego według słownika zdefiniowanego przez płatnika |
| | data-oceny | 1 | data | Data dokonania ostatniej oceny listy oczekujących | |
| | wersja | 1 | do 3 cyfr | Numer wersji danych dotyczących określonej listy oczekujących | Przyjmuje się, że dane o większym numerze wersji zastępują w całości poprzednio przekazane dane w kluczu sprawozdania wymienionym w opisie elementu "lista-oczek" |
| | usun | 0-1 | 1 znak [N] | Żądanie usunięcia danych dotyczących określonej listy oczekujących | Stosowane wówczas, kiedy chcemy usunąć ze sprawozdania listę (dotyczącą określonej komórki organizacyjnej lub procedury), traktowaną jako odrębny obiekt sprawozdawczy. Natomiast gdy |

kolejka jest obserwowana, ale ma liczebność = "0" i czas oczekiwania = "0", to podaje się te wartości w odpowiednich atrybutach elementu "parametry"

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------|--|--|
| 3 | stat-listy-oczek | 0-1 | | Parametry podsumowujące listę oczekujących | Element przekazywany dla danych statystycznych (czas oczekiwania, liczba oczekujących, liczba skreślonych) |
| 4 | podzbior-ocz | 1-n | | Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną | |
| | kod-kateg | 1 | 1 znak | Kod kategorii osób oczekujących | Wartości: 1 - przypadki stabilne 2 - przypadki pilne |
| | lb-oczekuj | 1 | liczba (5,0) | Liczba osób oczekujących | |
| | rzecz-czas-oczek | 1 | liczba (5,0) | Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) | Według wzoru określonego w załączniku nr 7 do rozporządzenia |
| | lb-skreslonych-msc | 1 | liczba (5,0) | Liczba osób skreślonych w danym miesiącu | |
| | lb-skreslonych-msc-wyk-s | 1 | liczba (5,0) | Liczba osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia | |

| | | | | | | |
|---|------------|----------------------------------|-----|--------------|---|---|
| | | lb- skreslonych- pol-wyk-s | 1 | liczba (5,0) | Liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z powodu wykonania świadczenia | |
| 3 | lista-osob | | 0-1 | | Lista osób oczekujących | Element przekazywany dla list osób oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne lub oczekujących na świadczenia, o których mowa w załączniku nr 10 do rozporządzenia |
| 4 | oczekujący | | 1-n | | Lista pacjentów oczekujących | |
| 5 | 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 | 1 litera [P] | Kod typu identyfikatora | Zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia z ograniczeniem do identyfikatorów "P", "R", "D", "T", "I" |
| | | id-osoby | 1 | do 20 znaków | Identyfikator pacjenta | |
| 5 | dane-osob | | 1 | | Dane osobowe pacjenta | |

| | | | | | | |
|---|---------|--------------|-----|--------------|----------------------------------|--|
| | | imie | 1 | do 30 znaków | Imię | |
| | | imie2 | 0-1 | do 30 znaków | Drugie imię | |
| | | nazwisko | 1 | do 60 znaków | Nazwisko | |
| 5 | adres | | 0-1 | | Adres pacjenta zamieszkania | Element przekazywany wyłącznie dla list osób oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne |
| | | kod-pocztowy | 0-1 | do 10 znaków | Kod pocztowy, jeżeli występuje | |
| | | panstwo | 0-1 | 2 znaki | Kod państwa stałego zamieszkania | Według normy PN-ISO 3166-1 |
| | | mijscowosc | 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 | Element przekazywany wyłącznie |

| | | | | osobą oczekującą | dla list osób oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne |
|---|--------------|-----------|--------------|--|--|
| | nr-tel | 0-1 | do 40 znaków | Numery kontaktowych telefonów | |
| | inny | 0-1 | do 60 znaków | Inne sposoby kontaktowania się | |
| 5 | lista | 1 | | Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących | |
| | kategoria | 1 | 1 znak | Kryterium medyczne zastosowane przy planowaniu daty realizacji | Wartości: 1 - przypadek stabilny 2 - przypadek pilny |
| 6 | lista-w | 0-1 1z | | Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących na świadczenia wysokospecjalistycznej | Element przekazywany wyłącznie dla list osób oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne |
| | nr-na-liscie | 1 | liczba (5,0) | Numer oczekujących w roku zapisania | |
| | rozpoznanie | 1 | do 50 znaków | Rozpoznanie lub powód przyjęcia | |
| 7 | termin | 1 | | Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian) | |

| | | | | | | |
|---|------------|--------------|-----------|---------------|--|---|
| | | mom-zapisu | 1 | data+czas | Data i godzina wpisu na listę oczekujących | |
| | | operator | 1 | do 60 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 |
| | | prycz-zmiany | 0-1 | do 200 znaków | Przyczyna zmiany terminu | |
| 7 | 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 | 1 znak | Kod przyczyny skreślenia | Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia. |
| 6 | lista-o | | 0-1 1z | | Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących | Element przekazywany wyłącznie dla list osób oczekujących na świadczenia, o których mowa w |

załączniku nr 10 do rozporządzenia

| | | | | | | |
|---|------------|-------------|-----|--------|--|---|
| 7 | termin | | 1 | | Dane dotyczące rejestracji planowanego terminu udzielenia świadczenia (i jego zmian) | |
| | | data | 1 | data | Data wpisu na listę oczekujących | |
| 7 | 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 | 1 znak | Kod przyczyny skreślenia | Zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia |

9.2. KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

| Poziom w hierarchii | Element | Atrybut | Krotność | Format [wart. dom.] | Opis | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności |
|---------------------|-----------|---------|----------|---------------------|--|--|
| 0 | komunikat | | 1 | | Główny element komunikatu | |
| | | xmlns | 1 | Stała wartość | Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) | Dla formatów komunikatów określonych w rozporządzeniu jest |

| | | | elementów określonych rozporządzeniem | komunikatu | to stała wartość: "www.csioz.gov.pl/xml/swd- platnik/I" |
|-------------|-----|-----------------|---|-------------------|--|
| typ | 1 | do 5 znaków | Typ komunikatu (symbol) | | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "P_LIO" |
| wersja | 1 | do 2 cyfr | Nr wersji typu komunikatu | | W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość "5" |
| id-odb | 1 | do 16 znaków | Identyfikator (instytucji) komunikatu | podmiotu odbiorcy | Jeśli odbiorcą komunikatu jest płatnik, identyfikatorem tym jest kod zgodny z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia. Jeśli odbiorcą komunikatu jest świadczeniodawca (np. gdy jest to komunikat potwierdzeń danych), to jest to identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem |
| id-inst-odb | 0-1 | do 38 znaków | Identyfikator informatycznego komunikatu | systemu odbiorcy | 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

| | | | | | |
|---|------------------|-----|--------------|--|--|
| | nr-gen-odb | 0-1 | liczba (8,0) | Numer generacji potwierdzanego komunikatu | Może nie wystąpić w przypadku gdy potwierdzanie dotyczy innego zbioru zestawów świadczeń niż przekazany w danym komunikacie |
| | id-nad | 1 | do 16 znaków | Identyfikator (instytucji) komunikatu | Identyfikator techniczny świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, uzgodniony z płatnikiem |
| | id-inst-nad | 1 | do 38 znaków | Identyfikator systemu informatycznego komunikatu | Identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy lub podmiotu pośredniczącego, nadany zgodnie z zasadami ustalonymi przez płatnika |
| | nr-gen | 1 | liczba (8,0) | Numer kolejny komunikatu danego typu, wygenerowanego z systemu nadawcy | |
| | czas-gen | 1 | data + czas | Data i czas wygenerowania komunikatu | Informacja pomocnicza |
| 1 | swiadczeniodawca | 1 | | Świadczeniodawca dokonujący sprawozdawania | |
| | typ-id-swd | 1 | 1 znak | Typ identyfikatora świadczeniodawcy | Wartości: R - nr REGON |

| | | | | | |
|---|----------------|-----|---------------|---|--|
| | | | | dotyczących określonej listy oczekujących | 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 |
| | waga | 1 | 1 znak | Waga wskazywanego problemu | Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu |
| | kod | 1 | do 10 znaków | Kod problemu | Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika) |
| | lista-zakw | 1 | 1 znak | Lista oczekujących zakwestionowana przez operatora NFZ | T - Tak N - Nie |
| | lista-nie-publ | 1 | 1 znak | Lista oczekujących niepublikowana w systemie NFZ | T - Tak N - Nie |
| | opis | 1 | do 250 znaków | Opis przyczyny zakwestionowania / | |

niepublikowania informacji o
danej liście oczekujących

ZAŁĄCZNIK Nr 9

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

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

| Klasyfikacja ICD 9 CM | | Nazwa procedury według ICD 9 CM |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| zakres | kod | |
| Zabiegi w zakresie nosa, | 23.24 | Leczenie aparatem ortodontycznym |
| jamy ustnej i gardła | 23.27 | Leczenie protetyczne |
| Zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne-różne | 87.03 - 87.04, 87.41, | Tomografia komputerowa |
| | 87.71, 88.01, 88.02, 88.32, 88.38 | |
| | 88.72 | Echokardiografia |
| | 88.91 - 88.97 | Rezonans magnetyczny |

| | | |
|--|---------------|---|
| | | |
| | 92.093 | Tomografia pozytronowa PET |
| Zabiegi w zakresie oka | 12.5 | Ułatwienie krążenia śródgałkowego (jaskra) |
| | 13.1 - 13.9 | Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) |
| | 14.7 | Zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia) |
| Zabiegi w zakresie ucha | 20.95 - 20.99 | Wszczepienie elektromagnetycznego przyrządu słuchowego, protezy słuchowej |
| Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego | 35 | Zabiegi na zastawkach i przegrodach sercowych |
| | 36.0 | Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) |
| | 36.1 | Pomosty dla rewaskularyzacji serca |
| | 37.8 - 37.9 | Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca i inne zabiegi |
| | 39.8 | Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach innych niż wieńcowe |
| | 88.55 - 88.57 | Koronarografia |
| Zabiegi w zakresie układu trawiennego | 51.24 | Laparoskopowa cholecystektomia, laparoskopowa cholecystektomia laserowa |
| Zabiegi w zakresie układu | 59.95 | Kruszenie kamieni moczowych (ultradźwiękami) |

| | | |
|---|---------------|---|
| moczowego | | |
| Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego | 80.2 | Artroskopia |
| | 81.0 - 81.09 | Zabiegi związane z operacjami kręgosłupa (usztywnienie, spondylodeza) |
| | 81.51 - 81.52 | Endoprotezoplastyka stawu biodrowego |
| | 81.53 | Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego |
| | 81.54 | Endoprotezoplastyka stawu kolanowego |
| | 81.55 | Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego |

- II. Wykaz terapeutycznych programów zdrowotnych oraz świadczeń z zakresu chemioterapii, dla których w okresie przejściowym świadczeniodawcy przekazują dane o średnim przewidywanym czasie oczekiwania oraz łącznej liczbie osób oczekujących na leczenie
- 1) Leczenie raka piersi docetakselem
 - 2) Leczenie raka piersi kapecytabiną
 - 3) Leczenie raka piersi trastuzumabem
 - 4) Leczenie raka jelita grubego irinotekanem
 - 5) Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną
 - 6) Leczenie glejaków mózgu temozolomidem
 - 7) Leczenie raka jajnika topotecanem
 - 8) Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) imatinibem
 - 9) Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem
 - 10) Leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem
 - 11) Leczenie raka jajnika paklitakselem

- 12) Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem
- 13) Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego
- 14) Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci immunoglobulinami
- 15) Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową
- 16) Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową
- 17) Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem
- 18) Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta
- 19) Leczenie przewlekłego WZW typu B lamiwudyną
- 20) Zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej
- 21) Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem
- 22) Leczenie sepsy aktywowanym białkiem C
- 23) Leczenie niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych
- 24) Leczenie choroby Gauchera imiglucerażą
- 25) Leczenie niskorosłych dzieci z samotropinową niedoczynnością przysadki (SNP) hormonem wzrostu
- 26) Leczenie niskorosłych dzieci z ZT hormonem wzrostu
- 27) Leczenie niskorosłych dzieci z PNN hormonem wzrostu
- 28) Leczenie choroby Hurler laronidazą
- 29) Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem
- 30) Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem
- 31) Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa pegylowanym
- 32) Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym
- 33) Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa rekombinowanym
- 34) Leczenie immunosupresyjne mykofenolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu
- 35) Leczenie immunosupresyjne sirolimusem
- 36) Leczenie immunosupresyjne tacrolimusem
- 37) Leczenie dzieci z Zespołem Prader-Willi hormonem wzrostu
- 38) Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dorosłych
- 39) Leczenie choroby Leśniowskiego-Cohna u dzieci
- 40) Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytozowego)

ZAŁĄCZNIK Nr 10

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

I. Świadczenia gwarantowane udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych

A. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

| Lp. | Poradnie/pracownie | Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych |
|-----|-----------------------|--|
| 1 | endokrynologiczne | 1030 Poradnia endokrynologiczna; 1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci; 1032 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna; 1033 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci; 1034 Poradnia andrologiczna; 1035 Poradnia andrologiczna dla dzieci; 1036 Poradnia leczenia niepłodności; 1037 Poradnia leczenia niepłodności dla dzieci; 1038 Poradnia schorzeń tarczycy; 1039 Poradnia schorzeń tarczycy dla dzieci; 1040 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy; 1041 Poradnia endokrynologiczna osteoporozy dla dzieci |
| 2 | chorób naczyń | 1120 Poradnia chorób naczyń; 1121 Poradnia chorób naczyń dla dzieci |
| 3 | chirurgii ręki | 1552 Poradnia chirurgii ręki; 1553 Poradnia chirurgii ręki dla dzieci |
| 4 | hematologiczne | 1070 Poradnia hematologiczna; 1071 Poradnia hematologiczna dla dzieci |
| 5 | chirurgii naczyniowej | 1530 Poradnia chirurgii naczyniowej; 1531 Poradnia chirurgii naczyniowej dla dzieci |
| 6 | neurochirurgiczne | 1570 Poradnia neurochirurgiczna; 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci |

| | | |
|----------|------------------------|---|
| | | |
| 7 | rehabilitacyjne | 1300 Poradnia rehabilitacyjna; 1301 Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci |
| 8 | kardiologiczne | 1100 Poradnia kardiologiczna; 1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci; 1102 Poradnia wad serca; 1103 Poradnia wad serca dla dzieci; 1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego; 1105 Poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci |

B. Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego - w oddziałach

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

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

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

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122,

poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95), mających na celu:

- 1) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B;
- 2) leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
- 3) leczenie stwardnienia rozsianego.

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- 1) świadczenia rezonansu magnetycznego.