

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

z dnia 13 września 2011 r.

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

(Dz. U. z dnia 11 października 2011 r.)

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

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

1) w § 3:

a) w ust. 1:

– pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

"3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, przy czym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kod przyczyny głównej podaje się wyłącznie w przypadkach określonych w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

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

– w pkt 12 lit. c otrzymuje brzmienie:

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

– pkt 13 i 13a otrzymują brzmienie:

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

13a) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.<sup>3)</sup>) 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.<sup>4)</sup>);"

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

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

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

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

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

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

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

2) w § 3 ust. 1 - w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

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

1) porada - dane:

a) o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL - dodatkowo imię i nazwisko dziecka,

b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,

c) o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 6;

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

a) o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL - dodatkowo imię i nazwisko dziecka,

b) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,

c) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6.";

3) w § 8:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących:

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

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

c) łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

"2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia - jeżeli udzielają świadczeń finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.",

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

4) w § 9:

a) w ust. 3:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

"1) w ust. 2 - dane, o których mowa:

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

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

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

a) wiersz 1.3.1 otrzymuje brzmienie:

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

b) wiersze 6.1.3-6.3 otrzymują brzmienie:

6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem		Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom.	43.*
6.1.4. Inna			44.*
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17

	badanie (test) przesiewowe		45.20
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym		Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia.	46.*

6) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 8 wiersz 4 otrzymuje brzmienie:

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

b) tabela nr 10 otrzymuje brzmienie:

<b>Tabela nr 10. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących</b>	
<b>Przyczyna</b>	<b>Kod</b>
wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
powiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji	2
zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
zgon osoby wpisanej na listę oczekujących	6

potwierdzona przez Fundusz informacja, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
inna przyczyna	9

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

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

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

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

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

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

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

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016 i Nr 205, poz. 1203.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708, z 2010 r. Nr 81, poz. 531, Nr 107, poz. 679 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 84, poz. 455, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i 658 i Nr 122, poz. 696.

4) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 219, poz. 1443 oraz z 2011 r. Nr 30, poz. 151, Nr 112, poz. 654 i Nr 208, poz. 1240 i 1241.

## **ZAŁĄCZNIKI**

### **ZAŁĄCZNIK Nr 1**

#### **KODY TRYBU PRZYJĘCIA**

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

1) "2" - przyjęcie w trybie nagłym;

2) "3" - przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;

- 3) "4" - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 4) "5" - przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy;
- 5) "6" - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w: art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 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.<sup>1)</sup>) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.<sup>2)</sup>);
- 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.<sup>3)</sup>), art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.<sup>4)</sup>), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.<sup>5)</sup>) 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 2**

### **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 "swiadczeniodawca"
- 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"

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

#### 1.3. WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH

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

0 - płeć nieokreślona

1 - mężczyzna

2 - kobieta

9 - nieznaną

### 2. NAGŁÓWEK KOMUNIKATÓW

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

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

					elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	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: <a href="http://www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/">www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/</a>
		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 komunikatu	Informacja pomocnicza
1	swiadczeniodawca		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 potwierżeń
1	swiadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał	

					potwierdzone dane	
		(wszystkie)				Wszystkie atrybuty przyjmują wartości zgodnie ze specyfikacją ogólnego nagłówka komunikatów potwierdzeń
1	potw-komun		1		Identyfikacja potwierdzanego komunikatu	Wszystkie atrybuty mają takie same wartości i znaczenie, jak analogiczne atrybuty //komunikat/@* potwierdzanego komunikatu
		typ	1	do 5 znaków	Typ komunikatu (symbol)	
		wersja	1	do 2 cyfr	Numer wersji struktury komunikatu	
		id-nad	1	do 16 znaków	Identyfikator podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu informatycznego nadawcy, w którym wygenerowano potwierdzany komunikat	
		nr-gen	1	liczba (8,0)	Numer kolejny potwierdzanego komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	data + czas	Data i czas wygenerowania potwierdzanego komunikatu	
2	problem-kom		0-1		Informacja o problemie z całością komunikatu	Występuje tylko w przypadku odrzucenia całego komunikatu z danymi. Może to wynikać z błędu w potwierdzanym komunikacie, który uniemożliwia przetworzenie jego merytorycznej zawartości, np. nieobsługiwany typ lub wersja formatu komunikatu, niepoprawna struktura komunikatu. Odrzucenie komunikatu może wynikać także z błędów w danych merytorycznych zawartych w komunikacie, jeżeli protokół wymiany danych odpowiedniego

						komunikatu nie przewiduje odrębnego potwierdzania każdej z pozycji danych (potwierdzany jest tylko całościowo zbiór danych przesłanych w komunikacie)
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości:  B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych  O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu  I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu
		kod	1	do 10 znaków	Kod powodu odrzucenia całego komunikatu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanego komunikatu (płatnika)
		opis	1	do 250 znaków	Opis powodu odrzucenia komunikatu	

#### 4. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

##### 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-świadcz" i "dane-zestawu"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	zestaw-świadcz		1-n		Zestaw świadczeń	Grupuje świadczenia, których charakterystyka przekazywana jest w elemencie "świadczenie"
		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	Pomocniczy atrybut techniczny pozwalający na lepszą weryfikację poprawności struktury przekazanego komunikatu w zależności od rodzaju świadczeń przekazywanych w sprawozdaniu.  Wartości:  S - dla świadczeń opieki stacjonarnej  A - dla pozostałych

						świadczeń
		usun	0-1	1 litera [N]	Żądanie usunięcia całego zestawu świadczeń	Wartości: T - żądanie usunięcia  N - przekazanie danych. Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi "N"
		mom-wprow	1	data i czas	Data i czas pierwszej rejestracji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii)
		mom-modyf	1	data i czas	Data i czas ostatniej modyfikacji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii)
2	dane-zestawu		0-1		Dane obejmujące świadczenia wchodzące w skład zestawu świadczeń	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania zestawu świadczeń. Jeśli atrybut "usun" w elemencie "zestaw-swiadczen" ma wartość "T", to element "dane-zestawu" (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje
		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 o pacjencie	Przekazywane wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta, z wyjątkiem osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji - w ich przypadku zawsze przekazuje się dane o płci i dacie urodzenia
		plec	1	1 cyfra	Płeć pacjenta	Na podstawie normy ISO 5218
		data-urodz	0-1	data	Data urodzenia pacjenta	Niewymagana w przypadku pacjentów "NN" lub "NW" oraz ratownictwa medycznego, gdy ustalenie tych danych jest niemożliwe
4	dane-osob		0-1		Dane osobowe pacjenta	Nie występuje wyłącznie w przypadku ubezpieczonych, których identyfikatorem jest własny numer PESEL. Niewymagany w przypadku, gdy //ident-pacj/@typ-id jest "NN" lub "NW" i ustalenie danych jest niemożliwe
		imie	1	do 30 znaków	Imię	
		imie2	0-1	do 30 znaków	Drugie imię	
		nazwisko	1	do 60 znaków	Nazwisko	



5	adres		0-1		Adres w państwie stałego zamieszkania pacjenta	<p>Podawany wyłącznie w przypadku udzielenia świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni,</li> <li>- osobom, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 lit. d rozporządzenia,</li> <li>- bez numeru PESEL.</li> </ul> <p>Niewymagany w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gdy //ident-pacj/@typ-id jest "NN" lub "NW" i ustalenie danych jest niemożliwe,</li> <li>- osób bezdomnych</li> </ul>
		panstwo	0-1	2 znaki [PL]	Kod państwa stałego zamieszkania	Według normy PN-ISO 3166-1
		kod-pocztowy	0-1	do 10 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miescowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65 znaków	Ulica	
		nr-domu	1	do 9 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 10 znaków	Numer lokalu	
		teryt	0-1	7 znaków	Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	Przekazywany 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 Rzeczpospolitą Polską)
		kod-pocztowy	0-1	6 znaków	Kod pocztowy, jeżeli występuje	
		miescowosc	1	do 56 znaków	Miejscowość zamieszkania	
		ulica	0-1	do 65	Ulica	

				znaków		
		nr-domu	1	do 8 znaków	Numer domu	
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Numer lokalu	
		teryt	1	7 znaków	Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	
4	uprawnienie		1-n		Dane dotyczące ubezpieczenia lub sposobu finansowania świadczeń	Poszczególne świadczenia z jednego zestawu świadczeń mogą być udzielane na podstawie różnych uprawnień, np. ubezpieczenia albo decyzji wójta
		panstwo	0-1	2 znaki [PL]	Kod państwa odpowiedzialnego za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń	Według normy PN-ISO 3166-1
		tytul-uprawn	0-1	do 2 znaków [U]	Tytuł uprawnienia	Zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia
5	podmiot-fin		1			UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów nfz-min, gmina, instytucja
6	nfz-min		0-1 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 gminy)
		organ	1	do 50 znaków	Nazwa organu wydającego	
	instytucja		0-1		Instytucja właściwa	

			1z			
		kod-inst	1	do 10 znaków	Numer identyfikacyjny instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	Numer instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie
		akronim-nazwy	0-1	do 25 znaków	Akronim nazwy instytucji właściwej	Dla numeru identyfikacyjnego instytucji jest to drugi człon symbolu instytucji właściwej na dokumencie
5	dokument		0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	Może wystąpić tylko jeden z elementów: karta, decyzja, dokument-ue, dokum-inne-upraw, karta-polaka
6	karta		0-1 1z		Karta ubezpieczenia zdrowotnego	Dotyczy polskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego
		numer	1	do 20 znaków	Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego	
6	decyzja		0-1 1z		Decyzja wójta, burmistrza gminy	
		numer	0-1	do 40 znaków	Numer decyzji	
		data-od	1	data	Data, od której przysługuje prawo do świadczeń	
6	dokum-ue		0-n 1z		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji	
7	ekuz		0-1 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	
		numer	1	do 20 znaków	Numer	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfikat		0-1		Certyfikat	

			1z			
		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 rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E100. Numer w formacie: OW/EEE/RR/NNNNN  Gdzie OW - nr oddziału wojewódzkiego NFZ, EEE - dokument E100, RR - rok, NNNNN - kolejny numer poświadczenia
		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	