

1318**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 11 października 2001 r.

w sprawie zakresu niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych danych oraz ich udostępniania kasom chorych, Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wojewodom, w tym także rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów dokumentów.

Na podstawie art. 141e ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961 i Nr 97, poz. 1050) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Świadczeniodawcy tworzą i prowadzą rejestr świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „rejestrem”, za-

wierający dane dotyczące każdego jednostkowego świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

2. Rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej.

§ 2. 1. Świadczeniodawca gromadzi w rejestrze następujące dane:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta,
 - 2) datę urodzenia pacjenta,
 - 3) oznaczenie płci pacjenta,
 - 4) identyfikator z rejestru TERYT dla gminy, na terenie której pacjent ma miejsce zamieszkania, prowadzonego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 100, poz. 1080),
 - 5) numer dotyczący pacjenta, którym jest:
 - a) w przypadku przedstawienia przez pacjenta karty ubezpieczenia — numer tej karty,
 - b) w przypadku gdy pacjent nie przedstawił karty ubezpieczenia — numer PESEL, a jeżeli nie został nadany — numer dowodu tożsamości wraz ze wskazaniem rodzaju dowodu tożsamości,
 - c) w przypadku braku możliwości określenia numerów, o których mowa w lit. a) i b) — numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę,
 - 6) kod typu numeru, o którym mowa w pkt 5, określony według załącznika nr 1 do rozporządzenia,
 - 7) numer autoryzacji, o którym mowa w art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jeżeli pacjent przedstawi kartę ubezpieczenia,
 - 8) datę udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego albo datę przyjęcia pacjenta, jeżeli świadczenie dotyczy opieki stacjonarnej,
 - 9) kod jednostkowego świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia,
 - 10) kod przyczyny udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - 11) identyfikator świadczeniodawcy realizującego jednostkowe świadczenie zdrowotne lub jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 4 do rozporządzenia,
 - 12) numer prawa wykonywania zawodu lekarza realizującego jednostkowe świadczenie zdrowotne — w przypadku świadczeń ambulatoryjnych,
 - 13) identyfikator kasy chorych, w której pacjent jest ubezpieczony, określony według załącznika nr 5 do rozporządzenia,
 - 14) identyfikator płatnika innego niż kasa chorych, finansującego jednostkowe świadczenie zdrowotne, określony według załącznika nr 5 do rozporządzenia,
 - 15) dopłata płatnika innego niż kasa chorych,
 - 16) opłata wniesiona przez pacjenta,
 - 17) kody zrealizowanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, określone według załącznika nr 6 do rozporządzenia, jeżeli umowa zawarta między świadczeniodawcą a płatnikiem przewiduje ich rejestrowanie,
 - 18) dane określone w umowie między świadczeniodawcą a płatnikiem, jeżeli umowa zawarta między świadczeniodawcą a płatnikiem przewiduje ich rejestrowanie:
 - a) symbol umowy,
 - b) kody jednostek rozliczeń finansowych, w ramach których udzielono jednostkowych świadczeń zdrowotnych, zwane dalej „zakontraktowanymi produktami”,
 - c) wartość zakontraktowanych produktów.
2. Jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne dotyczy opieki stacjonarnej, świadczeniodawca, niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1, gromadzi w rejestrze następujące dane:
- 1) datę wypisu pacjenta,
 - 2) datę wpisu do księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala,
 - 3) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów szpitala,
 - 4) kod trybu przyjęcia pacjenta, określony według załącznika nr 7 do rozporządzenia,
 - 5) kod trybu wypisu pacjenta, określony według załącznika nr 8 do rozporządzenia,
 - 6) daty realizacji i kody zrealizowanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, określone według załącznika nr 6 do rozporządzenia,
 - 7) kody przyczyn współistniejących udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego istotnych dla udzielenia tego świadczenia, określone według załącznika nr 3 do rozporządzenia.
3. Jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie zlecenia, świadczeniodawca obok danych, o których mowa w ust. 1 lub 2, gromadzi w rejestrze następujące dane:
- 1) datę zlecenia,
 - 2) numer dokumentu zlecenia, jeżeli występuje,
 - 3) identyfikator świadczeniodawcy zlecającego lub jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 4 do rozporządzenia,

4) numer prawa wykonywania zawodu lekarza zlecającego jednostkowe świadczenie zdrowotne.

§ 3. 1. Świadczeniodawcy udostępniają dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2—18 oraz w ust. 2 i 3, dotyczące udzielonych jednostkowych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych, kasie chorych finansującej udzielenie tego świadczenia.

2. Świadczeniodawcy udostępniają dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2—4, 8—11 i 13—18, ust. 2 oraz ust. 3 pkt 1—3, dotyczące jednostkowych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatników innych niż kasy chorych, wojewodom właściwym ze względu na siedzibę świadczeniodawcy, a jeżeli świadczeniodawca nie posiada siedziby — ze względu na miejsce prowadzonej działalności.

§ 4. 1. Kasy chorych udostępniają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2—4, 8—11 i 13—18, ust. 2 pkt 1—2 i 4—7 oraz ust. 3 pkt 1 i 3, zgromadzone zgodnie z § 3 ust. 1.

2. Wojewodowie udostępniają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2—4, 8—11 i 13—18, ust. 2 pkt 1—2 i 4—7 oraz ust. 3 pkt 1 i 3, zgromadzone zgodnie z § 3 ust. 2.

3. Kasy chorych udostępniają Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych dane zgromadzone zgodnie z § 3 ust. 1 — na jego wniosek, w zakresie określonym w tym wniosku.

§ 5. 1. Dane są udostępniane w formie komunikatów elektronicznych, określonych według załącznika nr 9 do rozporządzenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Na wniosek nadawcy, strony mogą uzgodnić inną budowę komunikatu elektronicznego.

3. Komunikat elektroniczny jest przekazywany poprzez dostarczenie nośnika umożliwiającego odczyt informacji w sposób cyfrowy, z zapisanym na nim komunikatem, albo poprzez teletransmisję komunikatu.

4. Przekazanie komunikatu obejmuje:

1) fazę pierwszą — rejestrację przez nadawcę faktu wysłania odbiorcy komunikatu elektronicznego,

2) fazę drugą — dostarczenie odbiorcy nośnika z komunikatem albo przestanie komunikatu poprzez jego teletransmisję,

3) fazę trzecią — rejestrację przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu,

4) fazę czwartą — potwierdzenie przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu, zawierające co najmniej datę otrzymania komunikatu i jego identyfikator.

§ 6. 1. Świadczeniodawcy udostępniają dane dotyczące każdego miesiąca nie później niż dziesięć dni od jego zakończenia.

2. Na wniosek świadczeniodawcy:

1) kasa chorych może przedłużyć termin udostępnienia danych, o których mowa w § 3 ust. 1,

2) wojewoda może przedłużyć termin udostępnienia danych, o których mowa w § 3 ust. 2,

jednak nie dłużej niż o trzydzieści dni.

3. Kasy chorych i wojewodowie udostępniają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dane za każdy miesiąc w okresie nie dłuższym niż pięćdziesiąt dni od jego zakończenia.

4. Kasy chorych udostępniają Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych dane objęte wnioskiem, o którym mowa w § 4 ust. 3, w terminie czternastu dni od jego otrzymania, chyba że termin określony we wniosku jest dłuższy.

§ 7. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 stycznia 1999 r. w sprawie ustalenia zakresu niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców oraz w systemach informatycznych Kas Chorych, a także zakresu i procedury wymiany danych pomiędzy Kasami Chorych oraz Kasami Chorych a świadczeniodawcami, Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i Krajowym Związkiem Kas Chorych (Dz. U. Nr 7, poz. 66).

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r., z wyjątkiem § 2 ust. 1 pkt 4, § 3 w zakresie danych, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4, oraz § 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2003 r.

Minister Zdrowia: *G. Opala*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2001 r. (poz. 1318)

Załącznik nr 1

KOD TYPU NUMERU DOTYCZĄCEGO PACJENTA:

K numer karty ubezpieczenia,

P numer PESEL,

M numer dokumentacji medycznej,

D dowód osobisty,

T paszport,

S karta stałego pobytu,

C karta czasowego pobytu,

I inny dokument, który na podstawie odrębnych przepisów stanowi podstawę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Załącznik nr 2

Lista jednostkowych świadczeń zdrowotnych wraz z kodami

Kody	Świadczenie jednostkowe	Objaśnienia dotyczące zakresu świadczeń, z którym związane jest świadczenie jednostkowe
Grupa - świadczenia lecznicze		Świadczenia lecznicze obejmują wszelkie usługi medyczne i paramedyczne udzielone w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostreżeniu, powikłaniom oraz redukcję skutków choroby lub urazu.
1.1	Pobyt na jednym oddziale	Stacjonarne świadczenia lecznicze – wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki stacjonarnej, na pobyt obejmujący co najmniej jedną noc.
1.2	Pobyt na oddziale w celu uzyskania jednodniowego świadczenia leczniczego	Jednodniowe, stacjonarne świadczenia lecznicze – wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki stacjonarnej, z intencją wypisania go w tym samym dniu, a w szczególności chirurgia jednego dnia, dializoterapia, chemioterapia nowotworów itp. wykonywane w trakcie jednego dnia.
1.31	Wizyta w poradni (gabinecie lekarskim) podstawowej opieki zdrowotnej	Ambulatoryjne świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej – wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego, w jednostkach opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej.
1.32	Wizyta w poradni (gabinecie) lekarza stomatologa	Ambulatoryjne świadczenia stomatologiczne (podstawowe i specjalistyczne) – wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego, w jednostkach opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej.
1.33	Wizyta w specjalistycznej poradni (gabinecie lekarskim)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne – wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego, w jednostkach opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej.
1.39	Wizyta w innej poradni (gabinecie) udzielającej świadczeń leczniczych	Inne ambulatoryjne świadczenia lecznicze (np. psychologiczne) – wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego, w jednostkach opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej.
1.4	Wizyta domowa w celu udzielenia świadczeń leczniczych	Domowe świadczenia lecznicze – wykonywane w domu pacjenta, a w szczególności wizyty domowe lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, a także takie usługi jak dializa domowa lub wizyty patronażowe. Nie obejmuje wizyt lekarzy lub pielęgniarek w ramach grupy świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (kody 3.1-3.9), a także wizyt opiekunów środowiskowych świadczących pomoc w domu, robienie zakupów i inne tego typu czynności, które klasyfikowane są do kategorii usług socjalnych, a nie usług medycznych.

Grupa – świadczenia rehabilitacyjne	Świadczenia rehabilitacyjne obejmują usługi rehabilitacyjne, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby lub urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.
2.1 Pobyt rehabilitacyjny na oddziale	Stacjonarne świadczenia rehabilitacyjne – usługi wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu, na pobyt obejmujący co najmniej jedną noc, wśród których dominują usługi rehabilitacyjne.
2.2 Jednodniowy pobyt rehabilitacyjny na oddziale	Jednodniowe, stacjonarne świadczenia rehabilitacyjne – usługi wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu, z intencją wypisania go w tym samym dniu, wśród których dominują usługi rehabilitacyjne.
2.3 Sesja rehabilitacyjna	Ambulatoryjne świadczenia rehabilitacyjne – usługi rehabilitacyjne (sesja zabiegowa) wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego, w jednostkach opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej.
2.4 Domowa sesja rehabilitacyjna	Domowe świadczenia rehabilitacyjne – usługi rehabilitacyjne (sesja zabiegowa) wykonywane w domu pacjenta.
Grupa – świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze obejmują usługi pielęgnacyjne wykonywane dla pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych z powodu przewlekłej choroby, niesprawności pacjenta lub ograniczenia jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami starszymi, a także usługi wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej.
3.1 Pobyt pielęgnacyjny w zakładzie	Stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt do zakładu opieki stacjonarnej.
3.2 Jednodniowy pobyt pielęgnacyjny w zakładzie	Jednodniowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – obejmują usługi pielęgnacyjnej wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu, z intencją wypisania go w tym samym dniu. Świadczenia takie oferowane są pacjentom o ograniczonej samodzielności, którzy w nocy przebywają we własnych domach.
3.4 Domowa wizyta pielęgnacyjna	Domowe, długoterminowe świadczenia pielęgnacyjne – obejmują usługi wykonywane w domu pacjenta na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi. Świadczenia te mogą być związane z usługami socjalnymi, takimi jak pomoc w sprzątaniu mieszkania, dostarczanie posiłków, przy czym te ostatnie są lub mogą być odnotowywane w ramach odrębnej sprawozdawczości, jako że nie są zaliczane do świadczeń zdrowotnych.
Grupa – uzupełniające świadczenia medyczne	Uzupełniające świadczenia medyczne obejmują usługi wspomagające opiekę medyczną, zwykle wykonywane przez personel średni lub specjalistów niebędących lekarzami, pod nadzorem lub na zlecenie lekarza.

4.1	Badanie laboratoryjne	Badanie laboratoryjne obejmuje zestaw badań diagnostycznych wykonanych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego na materiale pobranym od pacjenta, takim jak mocz, krew, kał, wymazy, biopsje, wycinki, w trakcie jednorazowego pobytu pacjenta w laboratorium.
4.2	Diagnostyka obrazowa	Badanie obrazowe obejmuje zestaw badań diagnostycznych wykonanych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego przy pomocy technik obrazowych, takich jak RTG, USG, TC, MRI, w trakcie jednorazowego pobytu pacjenta w pracowni diagnostycznej.
4.31	Wyjazd do pacjenta	Usługi medyczne wymagające wykorzystania środków transportu medycznego. Obejmuje także usługi ratownicze.
4.32	Transport pacjenta	Transport pacjenta – usługi przewozu pacjenta do i z jednostki opieki zdrowotnej, związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
4.9	Inna usługa uzupełniająca	Inne usługi uzupełniające obejmują inne, niewymienione w poprzednich punktach usługi wspomagające opiekę medyczną.
Grupa – dostarczanie środków medycznych		Środki medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych obejmują dostarczanie produktów medycznych, takich jak leki, materiały i urządzenia medyczne, pacjentom, którzy nie są w danej chwili objęci opieką stacjonarną, w ramach której otrzymują te materiały; obejmuje również usługi, które związane są z dostarczaniem tych materiałów, takie jak dyspensowanie, sprzedaż detaliczna, dopasowywanie i wypożyczanie, wykonywane przez specjalnie uprawnionych i nieposiadających specjalnych uprawnień dostawców.
5.1	Leki	Dotyczy udostępniania refundowanych leków i materiałów medycznych.
5.21	Okulary	Dotyczy udostępniania okularów i innych środków służących poprawie wzroku; obejmuje oprócz szkieł optycznych również soczewki kontaktowe, płyny do ich konserwacji oraz usługi, jakie związane są z dopasowaniem i sprzedają ww. materiałów.
5.22	Środki ortopedyczne	Dotyczy udostępniania środków ortopedycznych i innych z zakresu protezyki; obejmuje protezy kończyn, pasy chirurgiczne i inne środki techniczne z zakresu protezyki.
5.23	Aparaty słuchowe	Dotyczy udostępniania aparatów słuchowych; obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.

5.24	Medyczne urządzenia techniczne, w tym wózki inwalidzkie	Dotyczy udostępniania technicznych urządzeń medycznych; obejmuje wózki inwalidzkie i inne urządzenia wspomagające poruszanie się inwalidów.
5.29	Inne medyczne środki trwałe	Dotyczy udostępniania pozostałych trwałych wyrobów medycznych.
Grupa – świadczenia profilaktyczne		Świadczenia profilaktyczne obejmują takie działania medyczne, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia lub zapobieganie pogorszeniu tego stanu w związku z istniejącym problemem zdrowotnym.
6.1	Wizyta w poradni (gabiniecie) w celu uzyskania świadczeń z zakresu opieki nad matką i dzieckiem	Świadczenia z zakresu opieki nad matką i dzieckiem obejmują działania z zakresu przygotowania do porodu, zapobiegania wadom rozwojowym, szczepienia dzieci w wieku przedszkolnym, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne, w tym także poradnictwo genetyczne.
6.2	Wizyta w gabinecie medycyny szkolnej	Świadczenia z zakresu medycyny szkolnej obejmują działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki szkolne w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmują także pewne działania terapeutyczne, np. w nagłych przypadkach, o ile wykonywane są w jednostkach organizacyjnych medycyny szkolnej.
6.3	Wizyta w poradni (gabiniecie) w celu uzyskania świadczeń z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym	Świadczenia z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym obejmują usługi i działania z zakresu nadzoru nad chorobami zakaźnymi, takie jak: zgłaszanie chorób zakaźnych, obowiązkowe i dobrowolne szczepienia przeciw chorobom zakaźnym.
6.4	Wizyta w poradni (gabiniecie) w celu uzyskania świadczeń z zakresu zapobiegania chorobom niezakaźnym	Świadczenia zapobiegania chorobom niezakaźnym obejmują działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ponieważ część usług i działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy zgłoszenie się pacjenta i porada z zakresu promocji zdrowia wynikała z inicjatywy lekarza, tzw. aktywne poradnictwo - zaliczane do tej kategorii, czy też porada z zakresu promocji zdrowia została udzielona przy okazji zgłoszenia się pacjenta z problemem zdrowotnym – niezaliczane do tej kategorii.
6.5	Wizyta w poradni (gabiniecie) medycyny pracy	Świadczenia w ramach medycyny pracy obejmują usługi badań przesiewowych, rutynowych badań stanu zdrowia oraz pewne działania terapeutyczne, np. w nagłych przypadkach, o ile wykonywane są w jednostkach organizacyjnych medycyny pracy.
6.9	Wizyta w poradni (gabiniecie) w celu uzyskania innych świadczeń profilaktycznych	Inne świadczenia profilaktyczne – niewymienione wyżej działania profilaktyczne.

Załącznik nr 3**KOD PRZYCZYNNY ORAZ PRZYCZYNNY WSPÓŁISTNIEJĄCEJ UDZIELENIA
JEDNOSTKOWEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

Kod tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli usługa dotyczy opieki stacjonarnej — pierwsze cztery znaki Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 100, poz. 1080).

Załącznik nr 4**IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY LUB JEGO KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ**

Identyfikator świadczeniodawcy lub jego komórki organizacyjnej, jeżeli są one wyróżnione w jego strukturze, zawiera jeden albo dwa człony rozdzielone znakiem „-”, przy czym:

- 1) człon pierwszy stanowi 9 pierwszych znaków części I resortowego kodu identyfikacyjnego, o którym mowa w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193 i Nr 113, poz. 1207); jeżeli kod nie został nadany lub obowiązek nadania kodu nie dotyczy tego świadczeniodawcy, wykorzystuje się 9 pierwszych cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON,
- 2) człon drugi stanowi część VII resortowego kodu identyfikacyjnego; jeżeli kod nie został nadany lub obowiązek nadania kodu nie dotyczy tego świadczeniodawcy, zamiast tej części kodu mogą być podane inne, uzgodnione z kasą chorych, trzy cyfry.

IDENTYFIKATORY KAS CHORYCH
I INNYCH PŁATNIKÓW FINANSUJĄCYCH ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Identyfikator	Nazwa
01	Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych we Wrocławiu
02	Kujawsko-Pomorska Regionalna Kasa Chorych w Bydgoszczy
03	Lubelska Regionalna Kasa Chorych w Lublinie
04	Lubuska Regionalna Kasa Chorych w Zielonej Górze
05	Łódzka Regionalna Kasa Chorych w Łodzi
06	Małopolska Regionalna Kasa Chorych w Krakowie
07	Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych w Warszawie
08	Opolska Regionalna Kasa Chorych w Opolu
09	Podkarpacka Regionalna Kasa Chorych w Rzeszowie
10	Podlaska Regionalna Kasa Chorych w Białymstoku
11	Pomorska Regionalna Kasa Chorych w Gdańsku
12	Śląska Regionalna Kasa Chorych w Katowicach
13	Świętokrzyska Regionalna Kasa Chorych w Kielcach
14	Warmińsko-Mazurska Regionalna Kasa Chorych w Olsztynie
15	Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych w Poznaniu
16	Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych w Szczecinie
17	Brązowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych w Warszawie
51	Wojewoda Dolnośląski
52	Wojewoda Kujawsko-Pomorski
53	Wojewoda Lubelski
54	Wojewoda Lubuski
55	Wojewoda Łódzki
56	Wojewoda Małopolski
57	Wojewoda Mazowiecki
58	Wojewoda Opolski
59	Wojewoda Podkarpacki
60	Wojewoda Podlaski
61	Wojewoda Pomorski
62	Wojewoda Śląski
63	Wojewoda Świętokrzyski
64	Wojewoda Warmińsko-Mazurski
65	Wojewoda Wielkopolski
66	Wojewoda Zachodniopomorski

81	Samorząd szczebla gminnego
82	Samorząd szczebla powiatowego
83	Samorząd szczebla wojewódzkiego
95	Minister Pracy i Polityki Społecznej
96	Minister Edukacji Narodowej
97	Minister Obrony Narodowej
98	Minister Zdrowia

Załącznik nr 6

KOD PROCEDURY MEDYCZNEJ

Wykorzystuje się kody procedur (z pominięciem działu XVI i kodów badań laboratoryjnych) Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. Nr 88, poz. 439, z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 100, poz. 1080).

Załącznik nr 7

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

- 1 przyjęcie planowe
- 2 przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej
- 3 przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej
- 4 przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania

Załącznik nr 8

KODY TRYBU WYPISU:

- 1 zakończenie procesu terapeutyczno-diagnostycznego
- 2 skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym
- 3 skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej
- 4 skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej
- 5 skierowanie do dalszego leczenia – inne przypadki
- 6 wypisanie na własne żądanie
- 9 zgon pacjenta

SPÓSÓB BUDOWY KOMUNIKATU ELEKTRONICZNEGO

I. Sposób budowy komunikatu elektronicznego do przekazywania danych, o których mowa w §3 rozporządzenia

Poziom	Znaczniki		Krot- ność	Nazwa	Format [Wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	Atrybuty					
0	mz:komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		xmlns:mz	1	Przestrzeń nazw		Definiuje przestrzeń nazw (namespace)	Zawiera stałą wartość: http://www.esioz.gov.pl/start/ xml
		typ	1	Typ komunikatu	3 znaki (duże litery)	Identyfikuje rodzaj przesyłu oraz decyduje o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „RUM”
		wersja	1	Numer wersji	Do 2 cyfr + kropka + 2 cyfry	Numer wersji komunikatu - może decydować o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „1.02”
1	mz:producent		0-1	Producent		Element zawierający informacje o producencie oprogramowania, które generuje komunikat	
		nazwa	1	Nazwa producenta	Do 20 znaków	Nazwa producenta i ewentualne inne dane kontaktowe	
		wersja	1	Wersja oprogramowania	Do 10 znaków	Wersja oprogramowania, które wygenerowało przesłany komunikat	
		nr	0-1	Numer seryjny	Ciąg znaków	Numer dodatkowo precyzujący oprogramowanie, które wygenerowało komunikat	

					Adres elektroniczny	Do 40 znaków	Adres elektroniczny, na który można przekazywać informacje związane z problemami dotyczącymi komunikatu	
1	mz:dokument		0-1	1	Dokument	1	Element obejmujący wszystkie dane dotyczące przekazywanego dokumentu	
		id		1	Identyfikator dokumentu	Litera D i numer (do 9 cyfr)	Nadawany przez wysyłającego, unikalny u niego numer dokumentu, pozwalający na jednoznaczną identyfikację dokumentu	Ten sam identyfikator dokumentu obejmuje wszystkie fragmenty sprawozdania określonego poprzez numer i okres, którego dotyczy, w elemencie sprawozdanie. Fragmenty te mogą być przesyłane w odrębnych komunikatach.
		nr		1	Numer przesłania	Numer (cyfry) [1]	Kolejny numer przesłania dokumentu o tym samym id	Pierwsze przesłanie dokumentu ze sprawozdaniem lub jego częścią za określony okres powinno mieć numer 1; przesłania o kolejnych numerach zawierają uzupełnienia lub korekty dokonywane przed „zamknięciem” bieżącego sprawozdania.

	zakres		0-1	Zakres danych	1 duża litera [C]	Określenie, czy przekazywane dane stanowią nową całość dokumentu, czy jego fragmenty	C – nowa całość dokumentu - należy zastąpić wszystkie dokumenty o mniejszych numerach nr i tym samym id (a więc dotyczących tego samego sprawozdania) całością aktualnego dokumentu; F – fragmenty - przekazane dane są uzupełnieniem lub korektą danych (niezamkniętego sprawozdania), przekazanych w poprzednich dokumentach o tym samym id.
	tryb		0-1	Tryb przesłania	1 duża litera [N]	Określenie, czy przekazywane dane „zamykają” sprawozdanie (są ostatnim fragmentem danych dotyczących sprawozdania), czy też jeszcze nie zamykają go (N)	Po otrzymaniu wskaźnika „Z”, odbiorca może traktować sprawozdanie jako kompletne (chyba że nadawca i odbiorca postanowią inaczej). Jeżeli pojawi się konieczność przesłania korekt, odbywa się to poprzez odrębne sprawozdanie korygujące (z nowym id dokumentu). Wskaźnik „N” oznacza, że przekazywanie danych dotyczących bieżącego sprawozdania będzie kontynuowane w kolejnych komunikatach o tym samym id dokumentu.
	data		1	Data dokumentu	RRRR-MM-DD	Data przygotowania dokumentu w postaci komunikatu elektronicznego	
2	mz:nadawca		1	Nadawca dokumentu		Dane nadawcy dokumentu	
3	mz:podmiot		1	Dane identyfikacyjne nadawcy		Dane identyfikujące nadawcę	

2	mz: sprawozdanie					Zestaw danych objętych sprawozdaniem		
	symbol	0-1	Symbol sprawozdania	Ciąg znaków	Uzgodniony między nadawcą i odbiorcą symbol sprawozdania	Występuje tylko wtedy, gdy został uzgodniony między stronami.		
3	korekta	0-1	Wskaźnik korekty	1 duża litera [S]	Wskaźnik informujący, czy jest to sprawozdanie okresowe (S), czy jego korekta (K)	Jeżeli jest to sprawozdanie korygujące, a więc dotyczące „zamkniętego” już sprawozdania okresowego, wskaźnik przyjmuje wartość „K”.		
	data	1	Data sprawozdania	RRRR-MM-DD	Data przygotowania tej części sprawozdania			
		1	Okres sprawozdawczy			Dane definiujące okres, którego dotyczy sprawozdanie		
	typ	0-1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera [M]	Kod typu okresu sprawozdawczego, którego dotyczą przesyłane dane	R - rok, K - kwartał, M - miesiąc, P - pół miesiąca		
	rok	1	Rok	4 cyfry		Rok, w którym zawarty jest okres sprawozdawczy		
	nr	1	Numer okresu	Do 2 cyfr		Numer kolejny okresu w roku (np. dla połówek miesiąca 1-24)		
	data-od	0-1	Początek okresu sprawozdawczego	RRRR-MM-DD		Data pierwszego dnia okresu sprawozdawczego	Dla celów kontrolnych	
	data-do	0-1	Koniec okresu sprawozdawczego	RRRR-MM-DD		Data ostatniego dnia okresu sprawozdawczego	Dla celów kontrolnych	

3	mz:komorka-org		0-1	Komórka sprawozdająca		Dane identyfikujące świadczeniodawcę lub jego komórkę organizacyjną, której dotyczy sprawozdanie	Jeżeli zostanie określona, to wszystkie dane sprawozdania dotyczą tego świadczeniodawcy (komórki org.), chyba że w ramach elementu mz:usługa zostanie określona inna mz:komorka-org dla tego świadczenia jednostkowego.
	regon	1	9 cyfr	Nr REGON	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON (§2 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia – pierwsza część identyfikatora)		
	n.r	0-1	3 cyfry	Nr komórki	Dodatkowe 3 cyfry identyfikujące komórkę organizacyjną (§2 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia – druga część identyfikatora)		Nie musi być określona w tym miejscu – może być sprecyzowana przy każdym świadczeniu jednostkowym (w elemencie mz:usługa).
2	mz:pozycja		0-n	Pozycja dokumentu	Zestaw danych opisujących pozycję dokumentu		Krotność = 0 ma sens wtedy, gdy jest to zamknięcie sprawozdania bez przekazania dodatkowych danych, a więc tryb w mz:dokument powinien mieć wartość „Z”.
	id	1	Litera P i numer (do 9 cyfr)	Identyfikator pozycji	Unikalny nr pozycji w ramach określonego sprawozdania okresowego, chyba że powiązany z trybem U lub P		Nawet w trybie U lub P nie może się powtarzać w ramach jednego komunikatu, natomiast może – w różnych komunikatach dotyczących tego samego sprawozdania.
	t.ryb	0-1	1 duża litera [D]	Typ przesłania	Określa, czy przesyłane dane mają być dopisane, usunięte czy poprawione		D - dodanie pozycji; U - usunięcie pozycji; P - poprawienie pozycji dokumentu (zastąpienie poprzedniego zestawu danych o określonym id – nowym).
3	mz:swiadczenie		1	Świadczenie	Zestaw danych charakteryzujących świadczenie		

5	mz: dokument - zlec	0-1	Dokument zlecenia		0-1	Dane precyzujące rodzaj i nr dokumentu zlecenia	Występuje tylko wtedy, gdy dokument zlecenia jest numerowany
		typ	Typ dokumentu	1 znak [0]	0-1	Kod typu dokumentu zlecenia	
		nr	Numer dokumentu	do 20 cyfr	1	Nr dokumentu zlecenia (§2 ust.3 pkt 2 rozporządzenia)	
5	mz: komorka - org	0-1	Komórka organizacyjna		0-1	Identyfikator świadczeniodawcy lub jego komórki organizacyjnej, w której zlecono wykonanie świadczenia (§2 ust.3 pkt 3 rozporządzenia)	
		regon	Nr REGON	9 cyfr	1	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	
		nr	Nr komórki	3 cyfry [000]	0-1	Nr komórki organizacyjnej	
5	mz: lekarz	0-1	Identyfikacja lekarza		0-1	Dane dotyczące lekarza zlecającego świadczenie	Nie występuje w komunikacie dla wojewody.
		nr	Numer identyfikacyjny	do 7 cyfr	1	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza zlecającego świadczenie (§2 ust.3 pkt 4 rozporządzenia)	Wyłącznie cyfry
			Pacjent		1	Zestaw danych związanych z pacjentem, któremu udzielono świadczenia	
5	mz: ubezpieczenie	1	Ubezpieczenie pacjenta		1	Identyfikator kasy chorych, w której ubezpieczony jest pacjent (§2 ust.1 pkt 13 rozporządzenia)	
		kod - kasy	Kod kasy chorych	2 cyfry	1	Identyfikator oddziału kasy chorych	Występuje tylko w przypadkach uzgodnionych między kasą chorych a świadczeniodawcą.
		oddzial	Oddział kasy chorych	2 cyfry	0-1	Identyfikator oddziału kasy chorych	

5	mz: pacjent-nr			0-1	Numer identyfikujący pacjenta		Dane identyfikujące pacjenta	Nie występuje w komunikacie dla wojewody.		
		typ		0-1	Typ numeru pacjenta	1 znak	Kod typu numeru dotyczącego pacjenta (§2 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia)			
		nr		1	Numer	do 20 znaków	Numer dotyczący pacjenta (§2 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia)			
5	mz: pacjent-stat			1	Dane demograficzne		Zestaw danych o pacjencie dla analiz statystycznych			
		urodz		1	Data urodzenia	RRRR-MM-DD	Data urodzenia pacjenta (§2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia)			
		plec		1	Płeć pacjenta	1 znak	Oznaczenie płci pacjenta (§2 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia)	1-mężczyzna, 2-kobieta, 3-płeć nieokreślona.		
		teryt		0-1	Gmina zamieszkania	7 cyfr	Kod TERYT gminy miejsca zamieszkania pacjenta (§2 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia)			
4	mz: księga			0-1	Dane księgi przyjęć		Numer z księgi przyjęć dotyczące świadczenia (§2 ust.2 pkt 3 rozporządzenia)	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.		
		rok		1	Rok księgi	4 cyfry	Rok, którego dotyczą numery			
		nr		0-1	Nr księgi	2 cyfry [00]	Nr księgi przyjęć u świadczeniodawcy			
		poz		1	Nr w księdze	Do 5 cyfr	Numer pozycji w księdze przyjęć			
		nr-dziecka		0-1	Nr dziecka	1 cyfra	Nr kolejny urodzonego dziecka (dla bliźniąt)			
4	mz: kolejka			0-1	Dane księgi oczekujących		Dane związane z księgą oczekujących	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.		

		data		1	Data zapisu	RRRR-MM-DD	Data wpisania do księgi oczekujących (§2 ust.2 pkt 2 rozporządzenia)	
4	mz:przyjęcie			0-1	Przyjęcie		Dane dotyczące fazy przyjęcia	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.
		data		1	Data przyjęcia	RRRR-MM-DD	Data przyjęcia do szpitala (§2 ust.1 pkt 8 rozporządzenia)	Zgodna z datą rozpoczęcia pierwszego świadczenia jednostkowego (usługi).
		tryb		1	Tryb przyjęcia	1 cyfra	Tryb przyjęcia do szpitala (§2 ust.2 pkt 4 rozporządzenia)	
4	mz:wypis			0-1	Wypis		Dane dotyczące fazy wypisu	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.
		data		1	Data wypisu	RRRR-MM-DD	Data wypisu ze szpitala (§2 ust.2 pkt 1 rozporządzenia)	Zgodna z datą zakończenia ostatniego świadczenia jednostkowego (usługi).
		tryb		1	Tryb wypisu	1 cyfra	Tryb wypisu ze szpitala (§2 ust.2 pkt 5 rozporządzenia)	
5	mz:przyczyna-zgonu			0-1	Przyczyny medyczne zgonu		Zestaw przyczyn dotyczących zgonu	Tylko w przypadku świadczeń stacjonarnych – jeżeli nastąpił zgon pacjenta.
		bezposrednia		1	Bezpośrednia przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający bezpośrednią przyczynę zgonu	
		wtorna		0-1	Wtórna przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający wtórna przyczynę zgonu	
		wyjsciowa		0-1	Wyjściowa przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający wyjściową przyczynę zgonu	
4	mz:usluga			1-n	Usługa		Zestaw danych związanych z jednostkowym świadczeniem zdrowotnym	

		typ		I	Typ autoryzacji	1 cyfra	Rodzaj numeru autoryzacji	0 – dla 20-cyfrowego numeru z kuponu RUM; 1 – dla dwucyfrowego numeru otrzymanego z tymczasowej karty ubezpieczenia; 2 – dla trzycyfrowego numeru otrzymanego z karty ubezpieczenia.
		nr		1	Numer autoryzacji	do 20 cyfr	Numer autoryzacji (§2 ust.1 pkt 7 rozporządzenia)	
5	mz:komorka-org			0-1	Komórka organizacyjna		Dane identyfikujące świadczeniodawcę lub jego komórkę organizacyjną, w której udzielono jednostkowego świadczenia zdrowotnego	Musi wystąpić, jeżeli nie określono jej w elemencie mz:sprawozdanie. Może wystąpić, jeżeli inna niż określono w elemencie mz:sprawozdanie.
		regon		0-1	Nr REGON	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	Występuje tylko wtedy, gdy nie określono go w mz:sprawozdanie.
		nr		0-1	Nr komórki	3 cyfry [000]	Nr komórki organizacyjnej	Występuje wtedy, gdy nie określono go w mz:sprawozdanie lub gdy inny niż w mz:sprawozdanie
5	mz:lekarz			0-1	Identyfikacja lekarza		Dane dotyczące lekarza realizującego świadczenie	Dotyczy wyłącznie opieki ambulatoryjnej. Nie występuje w komunikacie dla wojewody.
		nr		1	Numer identyfikacyjny	do 7 cyfr	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza zlecającego świadczenie (§2 ust.1 pkt 12 rozporządzenia)	Wyłącznie cyfry.
5	mz:przyczyna			1	Przyczyna medyczna		Przyczyna medyczna udzielenia świadczenia	

	katalog	0-1	Kod katalogu przyczyn	2 znaki [10]	Kod klasyfikacji zawierającej kody przyczyn medycznych	Na razie wykorzystywany jest wyłącznie katalog o kodzie „10” (ICD-10).
	kod	1	Kod przyczyny	3 lub 4 znaki	Kod przyczyny medycznej	
6	mz: przyczyna - inna	0-n	Przyczyna medyczna współistniejąca		Istotne współistniejące przyczyny medyczne udzielenia świadczenia	Tylko w przypadku świadczeń stacjonarnych.
	typ	0-1	Typ współprzyczyny	1 cyfra [0]	Kod określający, czego dotyczy współprzyczyna medyczna	0-choroba współistniejąca, 1-przyczyna urazu, 2-kod dodatkowy przyczyny.
	katalog	0-1	Kod katalogu przyczyn	2 znaki [10]	Kod klasyfikacji zawierającej kody przyczyn medycznych	Na razie wykorzystywany jest wyłącznie katalog o kodzie „10” (ICD-10).
	kod	1	Kod przyczyny	4 znaki	Kod przyczyny medycznej określonej oprócz przyczyny zasadniczej	
5	mz: procedura	0-n	Procedura medyczna		Zestaw danych opisujących procedurę medyczną wykonaną w ramach świadczeń	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej oraz innych przypadkach uzgodnionych między płatnikiem a świadczeniodawcą.
	data	0-1	Data rozpoczęcia procedury	RRRR-MM-DD	Data początku wykonania procedury medycznej	
	data-do	0-1	Data zakończenia procedury	RRRR-MM-DD	Data zakończenia procedury medycznej, jeżeli różna od daty początku	
	katalog	0-1	Katalog kodu procedury	2 znaki [09]	Kod katalogu, z którego pochodzi kod procedury medycznej	09 – dla klasyfikacji ICD9-CM.
	kod	1	Kod procedury	do 8 cyfr	Kod wykonanej procedury (§2 ust.1 pkt 17 lub §2 ust.2 pkt 5 rozporządzenia)	

6	mz:produkt	ilosc	0-1	Ilość powtórzeń	liczba [1]	Liczba powtórzeń procedury o określonym kodzie	Produkt określony w tym miejscu dotyczy procedury medycznej. Nie musi być określany, jeżeli nie uzgodniono tego w umowie między świadczeniodawcą a płatnikiem ani gdy jest to ten sam produkt, który został określony dla elementu mz:usługa lub mz:swiadczenie.
	katalog	0-1	0-1	Katalog kodu produktu	4 cyfry	Kod katalogu, z którego pochodzi kod produktu	Dwie pierwsze cyfry określają id kasy lub płatnika, a dwie pozostałe id katalogu w tej kasie lub u tego płatnika.
	kod	0-1	0-1	Kod produktu	do 12 cyfr	Kod zakontraktowanego produktu	
	umowa	0-1	0-1	Identyfikator umowy	ciąg znaków	Symbol umowy uzupełniony ewentualnie po znaku „” o dodatkowe elementy określone w umowie	Występuje tylko wtedy, gdy uzgodniono to w umowie.
	ilosc	0-1	0-1	Ilość produktu	liczba	Ilość produktu wyrażona w jednostkach, w których produkt jest rozliczany	Występuje tylko wtedy, gdy uzgodniono to w umowie.
	wartosc	0-1	0-1	Wartość jednostkowa produktu	liczba zawierająca 2 cyfry po kropce	Spodziewana ze strony płatnika refundacja za pojedynczą jednostkę, w której produkt jest rozliczany	Występuje tylko wtedy, gdy uzgodniono to w umowie.
	oplata	0-1	0-1	Oplata pacjenta	liczba zawierająca 2 cyfry po kropce	Oplata wniesiona przez pacjenta, jeżeli wystąpiła dla tego produktu	

II. Sposób budowy komunikatu elektronicznego do przekazywania danych, o których mowa w §4 ust.1 i 2 rozporządzenia

Poziom	Znaczniki		Krot- ność	Nazwa	Format [Wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
	Element	Atrybuty					
0	mz:komunikat		1	Komunikat		Element główny komunikatu	
		xmlns:mz	1	Przestrzeń nazw		Definiuje przestrzeń nazw (<i>namespace</i>)	Zawiera stałą wartość: http://www.csioz.gov.pl/start/xml
		typ	1	Typ komunikatu	6 znaków (duże litery)	Identyfikuje rodzaj przesyłu oraz decyduje o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „RUM-ST”.
		wersja	1	Numer wersji	Do 2 cyfr + kropka + 2 cyfry	Numer wersji komunikatu - może decydować o szczegółach składni	Przyjmuje wartość „1.02”.
1	mz:producent		0-1	Producent		Element zawierający informacje o producencie oprogramowania, które generuje komunikat	
		nazwa	1	Nazwa producenta	Do 20 znaków	Nazwa producenta i ewentualne inne dane kontaktowe	
		wersja	1	Wersja oprogramowania	Do 10 znaków	Wersja oprogramowania, które wygenerowało przesłany komunikat	
		nr	0-1	Numer seryjny	Ciąg znaków	Numer dodatkowo precyzujący oprogramowanie, które wygenerowało komunikat	
		e-adres	0-1	Adres elektroniczny	Do 40 znaków	Adres elektroniczny, na który można przekazywać informacje związane z problemami dotyczącymi komunikatu	

1	mz:dokument		1	Dokument		Element obejmujący wszystkie dane dotyczące przekazywanego dokumentu	
id			1	Identyfikator dokumentu	Litera D i numer (do 9 cyfr)	Nadawany przez wysyłającego unikalny u niego numer dokumentu, pozwalający na jednoznaczny identyfikację dokumentu	Ten sam identyfikator dokumentu obejmuje wszystkie fragmenty sprawozdania określonego poprzez numer i okres, którego dotyczy, w elemencie sprawozdanie. Fragmenty te mogą być przesyłane w odrębnych komunikatach.
nr			1	Numer przesłania	Numer (cyfry) [1]	Kolejny numer przesłania dokumentu o tym samym id	Pierwsze przesłanie dokumentu ze sprawozdaniem lub jego częścią za określony okres powinno mieć numer 1; przesłania o kolejnych numerach zawierają uzupełnienia lub korekty dokonywane przed „zamknięciem” bieżącego sprawozdania.
zakres			0-1	Zakres danych	! duża litera [C]	Określenie, czy przekazywane dane stanowią nową całość dokumentu, czy jego fragmenty	C – nowa całość dokumentu - należy zastąpić wszystkie dokumenty o mniejszych numerach nr i tym samym id (a więc dotyczących tego samego sprawozdania) całością aktualnego dokumentu; F – fragmenty - przekazane dane są uzupełnieniem lub korektą danych (niezamkniętego sprawozdania), przekazanych w poprzednich dokumentach o tym samym id.

	tryb		0-1	Tryb przesłania	1 duża litera [N]	Określenie, czy przekazywane dane „zamykają” sprawozdanie (są ostatnim fragmentem danych dotyczących sprawozdania), czy też jeszcze nie zamykają go (N)	Po otrzymaniu wskaźnika „Z”, odbiorca może traktować sprawozdanie jako kompletne (chyba że nadawca i odbiorca postanowią inaczej). Jeżeli pojawi się konieczność przesłania korekt, odbywa się to poprzez odrębne sprawozdanie korygujące (z nowym id dokumentu). Wskaźnik „N” oznacza, że przekazywanie danych dotyczących bieżącego sprawozdania będzie kontynuowane w kolejnych komunikatach o tym samym id dokumentu.
2	mz:nadawca	data	1	Data dokumentu	RRRR-MM-DD	Data przygotowania dokumentu w postaci komunikatu elektronicznego	
3	mz:podmiot		1	Nadawca dokumentu		Dane nadawcy dokumentu	
			1	Dane identyfikacyjne nadawcy		Dane identyfikujące nadawcę	
	typ		0-1	Typ symbolu	1 cyfra [0]	Typ symbolu identyfikującego nadawcę	0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON; 8 - 2 cyfry (zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia); 9 - inny symbol ustalony między nadawcą a odbiorcą.
	symbol		1	Symbol nadawcy		Symbol identyfikujący nadawcę, odpowiedni dla typu symbolu	

2	mz:odbiorca		1	Odbiorca dokumentu		Dane odbiorcy dokumentu	
3	mz:podmiot		1	Dane identyfikacyjne odbiorcy		Dane identyfikujące odbiorcę	
	typ	0-1	Typ symbolu	1 cyfra [0]	Typ symbolu identyfikującego odbiorcę	Typ symbolu identyfikującego odbiorcę	0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON; 8 - 2 cyfry (zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia); 9 - inny symbol ustalony między nadawcą a odbiorcą.
	symbol	1	Symbol odbiorcy		Symbol identyfikujący odbiorcę, odpowiedni dla typu symbolu	Symbol identyfikujący odbiorcę, odpowiedni dla typu symbolu	
2	mz:sprawozdanie		1	Sprawozdanie		Zestaw danych objętych sprawozdaniem	
	symbol	0-1	Symbol sprawozdania	Ciąg znaków	Uzgodniony między nadawcą i odbiorcą symbol sprawozdania	Uzgodniony między nadawcą i odbiorcą symbol sprawozdania	Występuje tylko wtedy, gdy został uzgodniony między stronami.
	korekta	0-1	Wskaźnik korekty	1 duża litera [S]	Wskaźnik informujący, czy jest to sprawozdanie okresowe (S), czy jego korekta (K)	Wskaźnik informujący, czy jest to sprawozdanie okresowe (S), czy jego korekta (K)	Jeżeli jest to sprawozdanie korygujące, a więc dotyczące „zamkniętego” już sprawozdania okresowego, wskaźnik przyjmuje wartość „K”.
	data	1	Data sprawozdania	RRRR-MM-DD	Data przygotowania tej części sprawozdania	Data przygotowania tej części sprawozdania	
3	mz:okres		1	Okres sprawozdawczy		Dane definiujące okres, którego dotyczy sprawozdanie	
	typ	0-1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera [M]	Kod typu okresu sprawozdawczego, którego dotyczą przesyłane dane	Kod typu okresu sprawozdawczego, którego dotyczą przesyłane dane	R - rok, K - kwartał, M - miesiąc, P - pół miesiąca
	rok	1	Rok	4 cyfry	Rok, w którym zawarty jest okres sprawozdawczy	Rok, w którym zawarty jest okres sprawozdawczy	

	nr	0-1	Nr komórki	3 cyfry [000]	Nr komórki organizacyjnej	
4	mz: pacjent	1	Pacjent		Zestaw danych związanych z pacjentem, któremu udzielono świadczenia	
5	mz: ubezpieczenie	1	Ubezpieczenie pacjenta			
		1	Kod kasy chorych	2 cyfry	Identyfikator kasy chorych, w której ubezpieczony jest pacjent (§2 ust.1 pkt 13 rozporządzenia)	
5	mz: pacjent-stat	1	Dane demograficzne		Zestaw danych o pacjencie dla analiz statystycznych	
		1	Data urodzenia	RRRR-MM-DD	Data urodzenia pacjenta (§2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia)	
		1	Płeć pacjenta	1 znak	Oznaczenie płci pacjenta (§2 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia)	1 - mężczyzna, 2 - kobieta, 3 - płeć nieokreślona.
		0-1	Gmina zamieszkania	7 cyfr	Kod TERYT gminy miejsca zamieszkania pacjenta (§2 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia)	
4	mz: kolejka	0-1	Dane księgi oczekujących		Dane związane z księgą oczekujących	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.
		1	Data zapisu	RRRR-MM-DD	Data wpisania do księgi oczekujących (§2 ust.2 pkt 2 rozporządzenia)	
4	mz: przyjęcie	0-1	Przyjęcie		Dane dotyczące fazy przyjęcia	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.
		1	Data przyjęcia	RRRR-MM-DD	Data przyjęcia do szpitala (§2 ust.1 pkt 8 rozporządzenia)	Zgodna z datą rozpoczęcia pierwszego świadczenia jednostkowego (usługi).

4	mz:wypis	tryb	1	Tryb przyjęcia	1 cyfra	Tryb przyjęcia do szpitala (§2 ust.2 pkt 4 rozporządzenia)	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej.
		data	0-1	Wypis		Dane dotyczące fazy wypisu	
		tryb	1	Data wypisu	RRRR-MM-DD	Data wypisu ze szpitala (§2 ust.2 pkt 1 rozporządzenia)	Zgodna z datą zakończenia ostatniego świadczenia jednostkowego (usługi).
		tryb	1	Tryb wypisu	1 cyfra	Tryb wypisu ze szpitala (§2 ust.2 pkt 5 rozporządzenia)	
5	mz:przyczyna-zgonu		0-1	Przyczyna medyczne zgonu		Zestaw przyczyn dotyczących zgonu	Tylko w przypadku świadczeń stacjonarnych – jeżeli nastąpił zgon pacjenta.
		bezpośrednia	1	Bezpośrednia przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający bezpośrednią przyczynę zgonu	
		wtorna	0-1	Wtórna przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający wtórna przyczynę zgonu	
		wyjściowa	0-1	Wyjściowa przyczyna zgonu	4 znaki	Kod określający wyjściową przyczynę zgonu	
4	mz:usluga		1-n	Usługa		Zestaw danych związanych z jednostkowym świadczeniem zdrowotnym	
		data	1	Data rozpoczęcia usługi	RRRR-MM-DD	Data udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego (§2 ust.1 pkt 8 rozporządzenia)	
		data-do	0-1	Data zakończenia usługi	RRRR-MM-DD	Data zakończenia udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego, jeżeli różna od daty rozpoczęcia	W przypadku świadczeń stacjonarnych – zakończenie pobytu na oddziale.
		kod	1	Kod rejestrowy	1 cyfra + kropka + do 4 cyfr	Kod jednostkowego świadczenia zdrowotnego (§2 ust.1 pkt 9 rozporządzenia)	

5	mz:komorka-org	0-1	Komórka organizacyjna			Dane identyfikujące świadczeniodawcę lub jego komórkę organizacyjną, w której udzielono jednostkowego świadczenia zdrowotnego	Musi wystąpić, jeżeli nie określono jej w elemencie mz:sprawozdanie. Może wystąpić, jeżeli inna niż określono w elemencie mz:sprawozdanie.
		0-1	Nr REGON	9 cyfr	9 cyfr	Pierwsze 9 cyfr numeru REGON	Występuje tylko wtedy, gdy nie określono go w mz:sprawozdanie.
5	mz:przyczyna	0-1	Nr komórki		3 cyfry [000]	Nr komórki organizacyjnej	Występuje wtedy, gdy nie określono go w mz:sprawozdanie lub gdy inny niż w mz:sprawozdanie.
		1	Przyczyna medyczna			Przyczyna medyczna udzielenia świadczenia	
6	mz:przyczyna-inna	0-1	Kod katalogu przyczyn		2 znaki [10]	Kod klasyfikacji zawierającej kody przyczyn medycznych	Na razie wykorzystywany jest wyłącznie katalog o kodzie „10” (ICD-10).
		1	Kod przyczyny		3 lub 4 znaki	Kod przyczyny medycznej	
		0-n	Przyczyna medyczna współistniejąca			Istotne współistniejące przyczyny medyczne udzielenia świadczenia	Tylko w przypadku świadczeń stacjonarnych.
		0-1	Typ współprzyczyny		1 cyfra [0]	Kod określający, czego dotyczy współprzyczyna medyczna	0-choroba współistniejąca, 1-przyczyna urazu, 2-kod dodatkowy przyczyny.
		0-1	Kod katalogu przyczyn		2 znaki [10]	Kod klasyfikacji zawierającej kody przyczyn medycznych	Na razie wykorzystywany jest wyłącznie katalog o kodzie „10” (ICD-10).
		1	Kod przyczyny		4 znaki	Kod przyczyny medycznej określonej oprócz przyczyny zasadniczej	

5	mz:procedura		0-n	Procedura medyczna		Zestaw danych opisujących procedurę medyczną wykonaną w ramach świadczeń	Występuje tylko w przypadku opieki stacjonarnej oraz innych przypadkach uzgodnionych między płatnikiem a świadczeniodawcą.
	data		0-1	Data rozpoczęcia procedury	RRRR-MM-DD	Data początku wykonania procedury medycznej	
	data-do		0-1	Data zakończenia procedury	RRRR-MM-DD	Data zakończenia procedury medycznej, jeżeli różna od daty początku	
	katalog		0-1	Katalog kodu procedury	2 znaki [09]	Kod katalogu, z którego pochodzi kod procedury medycznej	09 – dla klasyfikacji ICD9-CM.
	kod		1	Kod procedury	do 8 cyfr	Kod wykonanej procedury (§2 ust.1 pkt 17 lub §2 ust.2 pkt 5 rozporządzenia)	
	ilosc		0-1	Ilość powtórzeń	liczba [1]	Liczba powtórzeń procedury o określonym kodzie	

Objaśnienia:

- 1) Identyfikator komunikatu, o którym mowa w §5 ust.4 pkt 4 rozporządzenia, składa się z rozdzielonych znakiem „-” danych zawartych w atrybutach „id” oraz „nr” określonych w ramach elementu „mz:dokument”,
- 2) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następane – numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie – numer dnia w miesiącu,
- 3) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML, wersja 1.0.