

## Komunikat szczegółowy NFZ: \*

### Świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy)

#### Spis treści

<b>1.</b>	<b>OBJAŚNIENIA .....</b>	<b>3</b>
1.1.	WPISY W KOLUMNIE "FORMAT" .....	3
1.2.	WPISY W KOLUMNIE "KROTNOŚĆ" .....	3
1.3.	WPISY W POZOSTAŁYCH KOLUMNACH .....	3
<b>2.</b>	<b>KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH (I FAZY) .....</b>	<b>4</b>
2.1.	OGÓLNA BUDOWA KOMUNIKATU DANYCH .....	4
2.2.	SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA KOMUNIKATU DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH .....	6
2.2.1.	Nagłówek komunikatu - elementy "komunikat" i „swiadczeniodawca” .....	6
2.2.2.	Elementy "zestaw-swadczen" i „dane-zestawu” .....	8
2.2.3.	Element "pacjent" .....	9
2.2.4.	Element "zlecenie” .....	23
2.2.5.	Element "hospitalizacja” .....	24
2.2.6.	Element "swiadczenie” .....	27
2.2.7.	Element "kom-org” .....	30
2.2.8.	Element "personel-real” .....	30
2.2.9.	Element "autoryzacja” .....	31
2.2.10.	Element "przyczyna” .....	31
2.2.11.	Element "transport” .....	31

2.2.12.	<i>Element "sesja"</i> .....	32
2.2.13.	<i>Element "procedura"</i> .....	32
2.2.14.	<i>Element "ratownictwo"</i> .....	33
2.2.15.	<i>Element "wystawione-zlecenia"</i> .....	35
2.2.16.	<i>Element "pozycja-rozl"</i> .....	36
2.3.	KOMUNIKAT POTWIERDZENIA DANYCH O ŚWIADCZENIACH AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH.....	47
<b>3.</b>	<b>ELEMENTY PROTOKOŁU WYMIANY DANYCH .....</b>	<b>54</b>
3.1.	BUDOWA ZESTAWU ŚWIADCZEŃ.....	54
3.2.	REGUŁY WERSJONOWANIA .....	54
3.3.	REGUŁY KORYGOWANIA DANYCH.....	54
3.4.	INNE WYMAGANIA W PROTOKOLE WYMIANY DANYCH .....	56
3.4.1.	<i>Unikalność hospitalizacji:</i> .....	56
3.4.2.	<i>Przekazywanie zestawów świadczeń:</i> .....	56
3.4.3.	<i>Zasady nazewnictwa i kompresji plików:</i> .....	57

\* oparte na komunikatach ramowych z rozporządzenia MZ

# 1. Objaśnienia

Jasnofioletowym tłem oznaczone są elementy wprowadzone w komunikatach szczegółowych NFZ, tzn. nie występujące w komunikatach ramowych z rozporządzenia MZ.

## 1.1. Wpisy w kolumnie “Format”

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

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

**rok** - oznacza rok zapisany w postaci RRRR

**miesiąc** - oznacza miesiąc kalendarzowy zapisany w postaci MM

**rok+miesiąc** - oznacza miesiąc roku zapisany w postaci RRRR-MM

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

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

**do n znaków** – oznacza, że wartość atrybutu powinna być napisem o długości od 1 do n znaków. Jeżeli możliwe jest przesłanie jako wartości ciągu znaków o długości 0 (tzw. pusty napis), to musi być to zaznaczone w uwagach.

## 1.2. Wpisy w kolumnie “Krotność”

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

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

## 1.3. Wpisy w pozostałych kolumnach

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

0 – płeć nieokreślona

1 – męczyzna

2 - kobieta

9 – nieznana

## 2. Komunikat świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy)

### 2.1. Ogólna budowa komunikatu danych

Uwaga! Przedstawiona poniżej generalna struktura komunikatu obejmuje tylko główne elementy. Szczegółowa specyfikacja przedstawiona jest w następnym podrozdziale.

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji. Postać zgodna z ogólnym formatem nagłówka wszystkich komunikatów.
1	swiadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	zestaw-swadczen	1-n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, gdy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie. W szczególności dotyczy to wszystkich pobyków na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta.
2	dane-zestawu	0-1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy przekazywane są informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informację o potrzebie usunięcia danych o zestawie świadczeń, wysłanych w jednym z poprzednich komunikatów.
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w §4 rozporządzenia.
3	zlecenie	0-1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia.
3	hospitalizacja	0-1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane tylko w przypadku sprawozdawania obejmującego świadczenia udzielone podczas hospitalizacji.
3	swiadczenie	1-n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie.
4	dane-swadczenia	0-1	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielenia informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia.
5	kom-org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia.
5	personel-real	1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia.
5	nfz:autoryzacja	0-1	Dane dot. autoryzacji wykonania świadczenia (np. kupon RUM).

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
5	przyczyna	1	Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia.
5	transport	0-1	Element zawierający dodatkowe dane rejestrowane w związku z przewozem pacjenta.
5	nfz:sesja	0-1	Dodatkowe dane rejestrowane w związku z sesją lub cyklami leczenia w ramach której udzielono świadczenia. Grupuje pacjentów uczestniczących w tej samej sesji lub cyklu leczenia.
5	procedura	0-n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu np. konkretne procedury medyczne.
5	ratownictwo	0-1	Dodatkowe dane rejestrowane w związku z wyjazdem.
5	nfz:wystawione-zlecenia	0-n	Dane charakteryzujące zlecenia wystawione w trakcie udzielania świadczeń medycznych (np. skierowanie do specjalisty, wystawiona recepta). Element przetwarzany tylko w Śląskim OW NFZ
5	nfz:pozycja-rozl	0-n	Pozycja rozliczeniowa (zrealizowany produkt) związana z wykonanym świadczeniem.

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

## 2.2. Szczegółowa specyfikacja komunikatu danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych

### 2.2.1. Nagłówek komunikatu - elementy "komunikat" i „swiadczeniodawca”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwanym dalej "rozporządzeniem" jest to stała wartość: „www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1”
		xmlns:nfz	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw i jej alias, dla elementów komunikatu określonych przez NFZ	Dla komunikatów stosowanych przez NFZ jest to stała wartość: „www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1”
		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 „7”
		nfz:wersja	1	do 3 znaków	Nr wersji typu komunikatu dla elementów komunikatu określonych przez NFZ	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „5.0”
		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.
		nfz:info-aplik-nad	0-1	do 40 znaków	Informacje pomocnicze o systemie nadawczym generującym niniejszy komunikat.	Informacja pomocnicza, przydatna np. w przypadku problemów z komunikacją. Może zawierać nazwę i nr wersji aplikacji generującej, producenta, itp.
		nfz:info-kontakt-nad	0-1	do 100 znaków	Kontakt do osoby odpowiedzialnej po stronie nadawcy, np. administratora systemu	Informacja pomocnicza, ułatwiająca rozwiązanie ew. problemów. Może zawierać numer telefonu, adres poczty elektronicznej itp.
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania	
		typ-id-swd	1	1 znak	Typ identyfikatora świadczeniodawcy	Wartości: R - nr REGON K - nr książki rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą X – identyfikator techniczny nadany przez płatnika Odbiorca komunikatu (płatnik) ustala akceptowane typy identyfikatorów (spośród ww.) X – identyfikator wykorzystywany w sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia
		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.
		nfz:info-kontakt	0-1	do 100 znaków	Kontakt do osoby odpowiedzialnej po stronie świadczeniodawcy	Informacja pomocnicza, ułatwiająca rozwiązanie ew. problemów. Może zawierać numer telefonu, adres poczty elektronicznej.

## 2.2.2. Elementy „zestaw-świadczon” i „dane-zestawu”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	zestaw-świadczon		1-n		Zestaw świadczeń	Grupuje świadczenia, których charakterystyka przekazywana jest w elemencie „świadczon”.
		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-swia	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. Szczegółowe zasady zmiany numeru wersji – zobacz punkt 3 (Elementy protokołu wymiany danych).
		nfz:nr-wersji-roz	1	liczba (4,0)	Nr wersji (modyfikacji) zbioru danych rozliczeniowych związanych z niniejszym zestawem świadczeń	Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji przekazywanych danych (blok rozliczeniowy) w przypadku ich poprawiania. Szczegółowe zasady zmiany numeru wersji – zobacz punkt 3 (Elementy protokołu wymiany danych)
		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).



Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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  Atrybut powoduje ustawienie lub zmianę statusu pozycji rozliczeniowej (//nfz:dane-poz-rozl/@swiadcz-ratuj-zycie) na wartość zgodną z deklaracją niniejszego atrybutu z wyjątkiem pozycji rozliczeniowych ujętych w szablonach rachunków. (potwierdzonych przez proces naliczania lub potwierdzonych pozytywnie komunikatem II fazy)..
		nfz:charakter	0-1	1 cyfra [0]	Charakter zestawu świadczeń	Wartości: 0 – Charakter nie określony, 1 – Obrażenia mnogie

### 2.2.3. Element "pacjent"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	pacjent		1		Dane pacjenta	
4	autoryzacja-karta		0-1		Identyfikacja pacjenta za pomocą karty pacjenta	Elementy występuje tylko w przypadku, gdy zestaw świadczeń został autoryzowany kartą pacjenta funkcjonującą na terenie Śląskiego OW NFZ. Przez autoryzację należy rozumieć odczytanie karty pacjenta za pomocą czytnika i zarejestrowanie tego faktu w systemie świadczeniodawcy z dokładnością do sekundy.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nr-karty	1	10 cyfr	Numer karty	
		nr-duplikat	1	2 cyfry	Numer duplikatu karty	
		data	1	data i czas	Data i czas autoryzacji zestawu świadczeń kartą	Data początkowa pierwszego świadczenia w danym zestawie świadczeń musi być zgodna z datą autoryzacji zarejestrowaną w systemie świadczeniodawcy i rozumianą jako data elektronicznej weryfikacji karty. W przeciwnym wypadku, element „autoryzacja-karta” w ogóle nie występuje.
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 30 znaków	Identyfikator pacjenta	
		pesel-ue	0-1	11 znaków	PESEL pacjenta posiadającego uprawnienie do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	Atrybut przekazywany wyłącznie w przypadku gdy osoba uprawniona do świadczeń na podstawie koordynacji posiada własny numer PESEL
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	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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 urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	Przekazywany jeżeli //dane-osob/adres/@panstwo = „PL”
5	adres-w-polsce		0-1		Adres przebywania w Rzeczypospolitej Polskiej	Przekazywany, ile 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	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nr-lok	0-1	do 5 znaków	Numer lokalu	
		teryt	1	7 znaków	Kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT	
4	uprawnienie		0-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).  Element przekazywany dla świadczeń z roku 2012 i lat wcześniejszych
		nfz:id-upraw	1	liczba(10,0)	Unikalny identyfikator uprawnienia w ramach zestawu świadczeń	Identyfikuje uprawnienie, które posłuży do rozliczenia produktu
		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, prezydent miasta).
		organ	1	do 50 znaków	Nazwa organu wydającego	
6	instytucja		0-1 1z		Instytucja właściwa	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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.
		nfz:id-inst-cwu	0-1	do 30 znaków	Identyfikator instytucji właściwej w słowniku CWU	Nie występuje, tylko jeśli instytucja nie jest jeszcze wpisana do CWU.
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 znaków	Numer	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
7	certyfikat		0-1 1z		Certyfikat	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nfz:numer-cert	0-1	do 20 znaków	Numer identyfikacyjny certyfikatu	
		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	poswiadc		0-1 1z		Poświadczenie	
		numer	1	do 20 znaków	Numer poświadczenia	<p>Numer ten, zbudowany zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu, wydanym na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy, zawiera również rodzaj poświadczanego druku serii E100</p> <p>Numer w formacie: OW/EEE/RR/NNNNN            Gdzie OW – nr oddziału wojewódzkiego NFZ, EEE – dokument E100, RR – rok, NNNNN – kolejny numer poświadczenia</p> <p>W miejscu należy przekazywać jedynie numer druku danej serii bez poprzedzającej ją litery – przykładowo dla druku E100 będzie to „100”</p>
		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	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
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	okres-fin-zest-swiadc		0-n		Dane dotyczące okresów finansowania zestawu świadczeń z danego tytułu z wskazaniem dokumentu uprawniającego w przypadkach gdy dla danego tytułu istnieje obowiązek wykazania dokumentu uprawniającego	<p>Poszczególne świadczenia z jednego zestawu świadczeń mogą być udzielane na podstawie różnych uprawnień, np. z tytułu ubezpieczenia albo decyzji wójta (burmistrza, prezydenta miasta). Element przekazywany w celu rozliczania świadczeń wykazywanych w ramach umów na rok 2013 i lata późniejsze</p> <p>Przekazane okresy finansowania zestawu świadczeń z danego tytułu nie mogą mieć wspólnych części (jednoznaczne wskazanie tytułu uprawnień); Przekazanie okresów : o1: 2013-01-01 _ 2013-01-10 o2: 2013-01-10 _ 2013-01-12 będzie skutkowało odrzuceniem na etapie walidacji zestawu świadczeń z powodu przekazania pokrywających się w czasie okresów finansowania.</p> <p>Przekazane okresy finansowania zestawu świadczeń muszą obejmować cały dotychczas sprawozdany okres udzielania świadczeń w ramach zestawu .</p>

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-okresu	1	liczba(10,0)	Unikalny identyfikator okresu finansowania zestawu świadczeń z danego tytułu	Identyfikuje okres finansowania zestawu świadczeń z danego tytułu w ramach zestawu świadczeń
		panstwo	1	2 znaki	Kod państwa odpowiedzialnego za ubezpieczenie lub finansowanie świadczeń	Według normy PN-ISO 3166-1
		tytul-uprawn	1	do 2 znaków	Tytuł uprawnienia	Zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		data-od	1	Data	Data początku okresu finansowania zestawu świadczeń z danego tytułu	
		data-do	1	data	Data końca okresu finansowania zestawu świadczeń z danego tytułu	
5	of-podmiot-fin		1			UWAGA! Może wystąpić tylko jeden z elementów nfz-min, gmina, instytucja
6	of-nfz-min		0-1 1z		Oddział NFZ lub odpowiednie ministerstwo	
		kod	1	2 cyfry	Kod oddziału NFZ lub ministerstwa	
6	of-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	
6	of-instytucja		0-1 1z		Instytucja właściwa	
		kod-inst	1	do 10 znaków	Numer identyfikacyjny instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji	Numer instytucji na dokumencie upoważniającym jest to pierwszy człon (przed myślnikiem) symbolu instytucji właściwej na dokumencie.



Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		akronim-nazwy	0-1	do 25 znaków	Akronim nazwy instytucji właściwej	Dla numeru identyfikacyjnego instytucji jest to drugi człon symbolu instytucji właściwej na dokumencie.
		id-inst-cwu	0-1	do 30 znaków	Identyfikator instytucji właściwej w słowniku CWU	Nie występuje, tylko jeśli instytucja nie jest jeszcze wpisana do CWU.
5	of-dokument		0-1		Dokument poświadczający prawo do świadczeń	Może wystąpić tylko jeden z elementów of-karta, of-decyzja, of-dokum-ue, of-dokum-inne-upraw, of-karta-polaka, of-rmua, of-leg-em, of-zgloszenie, of-zaswiadczenie, of-inny, of-dokument-el, of-oswiadczenie Nie przekazywany w przypadku gdy: 1. typ identyfikatora pacjenta jest równy NN lub 2. typ identyfikatora pacjenta jest równy NW lub 3. tytuł wartość atrybutu // okres-fin-zest-swiadczy/@tytul-uprawn=" UP" lub 4. tytuł wartość atrybutu // okres-fin-zest-swiadczy/@tytul-uprawn=" B" lub 5. tytuł wartość atrybutu // okres-fin-zest-swiadczy/@tytul-uprawn=" T"
6	of-karta		0-1 1z		Karta ubezpieczenia zdrowotnego	Dotyczy polskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego
		numer	1	do 20 znaków	Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego	
6	of-decyzja		0-1 1z		Decyzja wójta, burmistrza, prezydenta miasta	
		numer	0-1	do 40 znaków	Numer decyzji	
		data-od	1	data	Data początku obowiązywania decyzji	Najczęściej data wystawienia/wygenerowania dokumentu
		data-do	1	data	Data końca obowiązywania decyzji	
6	of-dokum-ue		0-n 1z		Dokument uprawniający do świadczeń wydany na podstawie przepisów o koordynacji	
7	of-ekuz		0-1 1z		Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
7	of-certyfikat	numer	1	do 20 znaków	Numer	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
			0-1 1z		Certyfikat	
		numer-cert	0-1	do 20 znaków	Numer identyfikacyjny certyfikatu	
		data-wyst	0-1	data	Data wystawienia	
7	of-poswiadc	data-od	0-1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	1	data	Data końcowa okresu ważności	
			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  W miejscu należy przekazywać jedynie numer druku danej serii bez poprzedzającej ją litery – przykładowo dla druku E100 będzie to „100”
		data-wyst	1	data	Data wystawienia	
7	of-druk-e	data-od	1	data	Data początkowa okresu ważności	
		data-do	0-1	data	Data końcowa okresu ważności	
			0-1 1z		Formularz serii E, dokument przenośny S lub DA1	
		rodzaj	1	do 4 znaków	Rodzaj formularza	Oznaczenie bez spacji lub myślnika

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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	of-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	of-karta-polaka		0-1 1z		Karta Polaka	
		numer	1	do 10 znaków	Numer karty	
		data-waznosci	1	data	Data ważności	
6	of-rmua		0-1 1z		Imienny raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej	
		nip	1	10 cyfr	Numer NIP podmiotu wystawiającego (płatnika)	
		miesiac	1	2 cyfry	Miesiąc którego dotyczy dokument	
		rok	1	4 cyfry	Rok, którego dotyczy dokument	
6	of-leg-ubezp		0-1 1z		Legitymacja ubezpieczeniowa	
		nip	1	10 cyfr	Numer NIP płatnika	
		data-potw	1	data	Data potwierdzenia uprawnienia przez płatnika	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
6	of-leg-em		0-1 1z		Legitymacja rencisty/emeryta	
		numer	1	do 18 znaków	Numer legitymacji	
		data-wyst	1	data	Data wystawienia dokumentu	
		instytucja	1	do 10 znaków	Skrót instytucji wystawiającej	Instytucje: ZUS, KRUS, MSWiA, MON, SP
6	of-zgloszenie		0-1 1z		Zgłoszenie do ubezpieczenia z dowodem opłacenia składek	Zgłoszenie typu: ZUA, ZZA, ZCNA
		nip	1	10 cyfr	Numer NIP płatnika	
		data-zglosz	1	data	Data zgłoszenia do ubezpieczenia	
		data-oplac	0-1	data	Data opłacenia ostatniej składki	Przekazywany w przypadku, gdy zgłoszenie nastąpiło powyżej 60 dni od daty udzielenia świadczenia
		typ	1	do 4 znaków	Typ zgłoszenia do ubezpieczenia	Atrybut dopuszcza przekazanie wartości: ZUA, ZZA, ZCNA
6	of-zaswiadczenie		0-1 1z		Zaświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń	
		nip	1	10 cyfr	Numer NIP płatnika	
		data-wyst	1	data	Data wystawienia zaświadczenia	
		data-od	0-1	data	Data początku obowiązywania zaświadczenia	Występuje jeśli zaświadczenie poświadcza okres sprzed daty wystawienia zaświadczenia
		data-do	0-1	data	Data końca obowiązywania zaświadczenia	Występuje jeśli zaświadczenie poświadcza okres sprzed daty wystawienia zaświadczenia
6	of-inny		0-1 1z		Inny dokument potwierdzający uprawnienia	
		nazwa	1	do 80 znaków	Nazwa dokumentu	
		numer	0-1	do 30 znaków	Identyfikator dokumentu	Atrybut przekazywany o ile numer występuje na dokumencie
		data-wyst	0-1	data	Data wystawienia dokumentu	Atrybut przekazywany o ile data występuje na dokumencie
		podmiot	1	do 100 znaków	Nazwa podmiotu , który wystawił dokument	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
6	of-dokument-el		0-1 1z		Dokument elektroniczny potwierdzający uprawnienia, wystawiony przez NFZ	
		id	1	od 8 do 20 znaków	Identyfikator dokumentu	status_cwu_odp@id_operacji z komunikatu XML - Komunikat odpowiedzi z usługi eWUŚ
		data	1	data	Data wygenerowania dokumentu	na podstawie atrybutu status_cwu_odp@data_czas_operacji z komunikatu XML - Komunikat odpowiedzi z usługi eWUŚ
6	of-oswiadczenie		0-1 1z		Oświadczenie	Oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
		id	1	do 20 znaków	Identyfikator oświadczenia nadawany przez świadczeniodawcę	
		data	1	data	Data złożenia oświadczenia	
		data-od	0-1	data	Data rozpoczęcia udzielania świadczenia	Wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
		data-do	0-1	data	Data zakończenia udzielania świadczenia	Wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
		typ-oswiadczenia	1	1 litera		P – oświadczenie pacjenta O – oświadczenie opiekuna

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		podstawa-uprawnien-do-swiaadczen	1	1 cyfra		<p>1 - z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym</p> <p>2 - z tytułu uzyskania decyzji (wójta/burmistrza/prezydenta) potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej , o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>3 - spełnia warunki określone w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - posiada obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz jest w okresie ciąży, porodu lub połogu</p> <p>4 - spełnia warunki określone w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - posiada obywatelstwo polskie i nie ukończył 18. roku życia (występuje tylko w przypadku typu oświadczenia – O)</p> <p>5 – spełnia warunki określone w art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – osoba która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej</p>
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	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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	

#### 2.2.4. Element “zlecenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	zlecenie		0-1		Dane charakteryzujące fazę zlecenia świadczenia	Zgodnie z §3 ust.1 pkt 12 rozporządzenia.
		typ	0-1	1 litera [S]	Typ zlecenia	Atrybut techniczny określający, czy podmiot zlecający jest świadczeniodawcą czy inną instytucją uprawnioną do wystawiania skierowań. Wartości: S – zlecenie wystawione przez świadczeniodawcę I – zlecenie wystawione przez inną instytucję
		id-zlec	0-1	do 20 znaków	Identyfikator zlecenia	Przekazuje się, jeżeli występuje na dokumencie zlecenia
		data	1	data	Data zlecenia	
4	swd-zlec		0-1 1z		Świadczeniodawca i jego komórka organizacyjna, w której wystawiono zlecenie wykonania świadczenia	Musi wystąpić jeden z elementów: “swd-zlec” lub “instyt-zlec”
		typ-id	0-1	1 litera [R]	Typ identyfikatora świadczeniodawcy: R lub K	Wartości: R – 14 cyfr numeru REGON K – nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
		id-swd	1	do 14 znaków	Identyfikator świadczeniodawcy zlecającego	
		id-kom-org	1	3 lub 4 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej u świadczeniodawcy, w której wystawiono zlecenie	Część VII kodu resortowego. Jeśli nie nadano, to należy przekazać „000”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-typ-kom-org	1	4 cyfry	Identyfikator typu komórki organizacyjnej u świadczeniodawcy, w której wystawiono zlecenie	Część VIII kodu resortowego. Jeśli 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 niż świadczeniodawca uprawniony do zlecania świadczeń	Musi wystąpić jeden z elementów: "swd-zlec" lub "instyt-zlec"
		nazwa	1	do 50 znaków	Nazwa instytucji	

### 2.2.5. Element "hospitalizacja"

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	hospitalizacja		0-1		Zestaw danych dotyczących hospitalizacji	Przekazywany dodatkowo, tylko w przypadku udzielenia świadczeń w ramach hospitalizacji  Podawany obligatoryjnie 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	do 2 cyfr	Tryb przyjęcia	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.



Poziom w hierarch ii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		data	1	data	Data przyjęcia	
5	nfz:reh-stac		0-1		Dane dodatkowe przekazywane w przypadku rehabilitacji stacjonarnej neurologicznej i kardiologicznej. Dane określone są w momencie przyjęcia na hospitalizację.	
		upływ-czas	0-1	Liczba (3,0)	Liczba miesięcy od zachorowania	Atrybut przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej dziecięcej
		przyj-wypis	0-1	Liczba (3,0)	Liczba dni od wypisu chorego z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby do przyjęcia na oddział rehabilitacji	Atrybut przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej 0 – oznacza przyjęcie bezpośrednio; od 1 do 999 – określa liczbę dni od wypisu chorego z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby do przyjęcia na oddział rehabilitacji
6	nfz:ocena		0-1			
		barthel-adl	0-1	Liczba(2,0)	Ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL	Atrybut przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej
		asia	0-1	Liczba (3,0)	Ocena funkcjonalna wg skali ASIA (American Spinal Injury Association) w motorycznej ocenie siły mięśniowej	Atrybut przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej
		gmfcs	0-1	Liczba (1,0)	Ocena głębokości niepełnosprawności wg GMFCS (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy)	Atrybut przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej dziecięcej
6	nfz:ocena-pb		0-1		Ocena wg skali zaburzeń funkcji poznawczo – behawioralnych	Element przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej
7	nfz:dysfunkcja		1-n		Typ dysfunkcji i skala głębokości zaburzenia	

Poziom w hierarch ii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		rodzaj	1	1 litera	Rodzaj dysfunkcji	Przyjmuje wartość: A – Zaburzenia mowy B – Zaburzenia językowe C – Zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż dyzartria i afazja) D – Zaburzenia systemów uwagi E – Zaburzenia funkcji pamięciowych F – Zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje) G – Zaburzenia percepcyjne (agnozje) H – Zaburzenia systemu wykonawczego (programowania i kontroli świadomych zachowań celowych) I – Zaburzenia emocjonalno – osobowościowe J – Zaburzenia połykania (dysfagia)
		stopień	1	1 cyfra	Stopień nasilenia	Przyjmuje wartości od 1 do 4
6	nfz:ocena-dzieci		0-1		Ocena zaburzenia znacząco zwiększającego wymagania rehabilitacyjne/pielęgnacyjne	Element przekazywany w przypadku rehabilitacji neurologicznej dzieci
7	nfz:dysfunkcja		1-n		Typ dysfunkcji i skala głębokości zaburzenia	
		rodzaj	1	1 litera	Rodzaj dysfunkcji	A – Zaburzenia mowy B – Zaburzenia połykania (dysfagia) C – Spastyczność kończyny górnej lub dolnej, jeśli z powodu spastyczności istnieje uzasadnione ryzyko rozwoju wtórnych uszkodzeń strukturalnych o znaczącym wpływie na funkcjonowanie układu mięśniowo – szkieletowego - 4 stopień nasilenia. D – Opóźnienie lub upośledzenie rozwoju umysłowego E – Nabyte zaburzenia funkcji poznawczych F – Zaburzenia emocjonalno - osobowościowe G – Zaburzenia zachowania/konieczność stałego nadzoru H – Zaburzenia kontroli mikcji i defekacji I – Zaburzenia widzenia J – Padaczka K – Zaburzenia funkcji kończyn górnych

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		stopien	1	1 cyfra	Stopień nasilenia	Przyjmuje wartości od 1 do 4
4	wypis		0-1		Dane dotyczące wypisu ze szpitala	
		tryb	1	do 2 cyfr	Tryb wypisu	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia.
		data	1	data	Data wypisu	
		przycz-zgonu	0-1	do 5 znaków	Przyczyna zgonu (wg ICD10)	Jeżeli zgon był przyczyną zakończenia hospitalizacji
		przyczyna-główna	1	do 5 znaków	Przyczyna główna	Zgodna z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala. Kod wg klasyfikacji ICD-10.
5	przyczyny-wsp		0-5		Dane dotyczące przyczyn współistniejących	
		przyczyna-wsp	1	do 5 znaków	Przyczyna współistniejąca	Kod wg klasyfikacji ICD-10.

## 2.2.6. Element “świadczenie”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
3	świadczenie		1-n		Dane charakteryzujące udzielone świadczenie	Dane obejmują świadczenie udzielone w ramach działania określonej komórki organizacyjnej
		id-swia	1	do 12 cyfr	Identyfikator świadczenia	Atrybut techniczny. Musi być unikalny co najmniej w ramach elementu “zestaw-swia”
		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-swiadczenia" (wraz z wszystkimi elementami podrzędnymi) nie występuje
		nfz:nr-wersji-slow-swiad	1	1 cyfra	Nr wersji słownika wg którego przekazano kod świadczenia w atrybucie kod-swiad	Przyjmuje wartości 1 – dla słowników z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw 2 – dla słowników z rozporządzeń późniejszych.
		kod-swiad	1	do 5 znaków	Kod świadczenia	Zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.  W przypadku gdy atrybut //swiadczenie/dane-swiadczenia/@nfz:nr-wersji-slow-swiad="1" zgodnie z tabelą B załącznika nr 1 do Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw
		podtyp-swiaucz	0-1	do 3 znaków	Dodatkowe doprecyzowanie rodzaju świadczeń	Zawiera w zależności od typu świadczenia, zgodnie z treścią rozporządzenia, kod badania zdefiniowany przez płatnika. W przypadku badań dotyczy badań wskazanych w §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia.
		data-od	1	data	Data początku udzielania świadczenia	
		data-do	0-1	data	Data końca udzielania świadczenia	

		tryb	0-1	1 cyfra	Kod trybu przyjęcia pacjenta.	Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia. Atrybut nie przekazywany w przypadku POZ.  Podawany obligatoryjnie 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 znaków	Kod procedury medycznej, zakresu świadczeń lub świadczenia wysokospecjalistycznego	Występuje, gdy lista, z której wykreślono 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 §1 w ust. 2 pkt 4 rozporządzenia
		nr-przepust	1	do 3 cyfr	Numer przepustki	Unikalny kolejny numer przepustki w ramach świadczenia.
		data-od	1	data i czas	Data i godzina rozpoczęcia przepustki	Czas należy przekazywać z dokładnością do minut wskazując w sekcji sekund wartość "00"

		data-do	1	data i czas	Data i godzina zakończenia przepustki	Czas należy przekazywać z dokładnością do minut wskazując w sekcji sekund wartość "00"
--	--	---------	---	-------------	---------------------------------------	--

### 2.2.7. Element “kom-org”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	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”
		nfz:id-tech-kom-org	1	do 12 cyfr	Identyfikator techniczny komórki organizacyjnej w systemie płatnika	

### 2.2.8. Element “personel-real”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	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 świadczenie należy podać dane kierownika zespołu wyjazdowego, którego dane zostały wymienione w elemencie //ratownictwo/personel-real
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		typ	1	1 znak	Typ kodu	1 – Nr prawa wykonywania zawodu jeżeli istnieje odpowiedni unikalny numer prawa wykonywania zawodu dla danej grupy zawodowej.  2 – Numer PESEL w przypadku, gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu.
		wartosc	1	do 20 znaków	Wartość	Wartość według deklaracji w atrybucie //swiadczenie/dane-swadczenia/personel-real/@typ

### 2.2.9. Element “autoryzacja”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	nfz:autoryzacja		0-1		Dane charakteryzujące autoryzację realizacji świadczenia	
		typ	1	1 znak	Sposób autoryzacji	Wartości: R – standaryzowany formularz stosowany do ewidencji świadczeń i wystawiania recept w systemie Rejestru Usług Medycznych
		ident	1	do 20 znaków	Identyfikator autoryzacji	Nr kuponu RUM
		data	1	data	Data operacji autoryzacji	Data pobrania kuponu z książeczki lub wydrukowania kuponu z karty ubezpieczenia.

### 2.2.10. Element “przyczyna”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	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.

### 2.2.11. Element “transport”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	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.	
--	--	--------------	-----	-------------	---	--

### 2.2.12. Element “sesja”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	nfz:sesja		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z sesją lub cyklami leczenia w ramach której udzielono świadczenia.	Sesja grupuje pacjentów uczestniczących w tej samej sesji, w przypadku cykli leczenia grupuje świadczenia.
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy, w której została zarejestrowana niniejsza sesja	Podawany obligatoryjnie, jeśli identyfikator instalacji jest inny od przekazanego w atrybucie „//komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst”.
		typ	1	1 znak	Wyróżnik sesji lub cyklu	Wartości: S – sesja C – cykl
		id-sesji	1	liczba (10,0)	Jednoznaczny identyfikator sesji w ramach instalacji świadczeniodawcy i typu //sesja/@typ	
		data-zak	0-1	data	Data zakończenia sesji lub cyklu leczenia	

### 2.2.13. Element “procedura”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	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”.



Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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.
		nfz:id-kom-org	0-1	3 lub 4 cyfry	Identyfikator komórki organizacyjnej w której udzielano świadczenie	Część VII kodu resortowego. Jeśli nie nadano, to należy przekazać „000”. Atrybut wymagany obligatoryjnie w przypadku usług realizowanych w trakcie hospitalizacji o charakterze innym niż pobyt w oddziale szpitalnym: a) Jeżeli usługa jest rozliczana odrębną umową np. dializoterapia, chemioterapia należy wykazać odrębny kontakt (element „świadczenie”) we właściwej komórce organizacyjnej bez względu czy nastąpił formalny wypis z oddziału, na którym pacjent przebywa. Dla tego świadczenia data początku i końca muszą być sobie równe. b) Jeżeli usługa jest realizowana przez podwykonawcę i może zostać opisana jako procedura ICD9 mająca wpływ na wyznaczenie grupy JGP należy wykazać ją jako procedurę ICD9 w ramach pobytu na oddziale ze wskazaniem faktycznego miejsca wykonania procedury. c) Jeżeli procedura ICD9 jest realizowana u tego samego świadczeniodawcy ale w innej komórce organizacyjnej i nie jest rozliczana odrębną umową np. diagnostyka laboratoryjna należy ją wykazywać jako wykonaną na tym oddziale na którym przebywa pacjent.
		nfz:id-tech-kom-org	0-1	do 12 cyfr	Identyfikator techniczny komórki organizacyjnej w systemie płatnika	Atrybut przekazywany w przypadku wystąpienia //procedura/@nfz:id-kom-org

#### 2.2.14. Element “ratownictwo”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	ratownictwo		0-1		Dodatkowe dane rejestrowane w związku z wyjazdem zespołu ratownictwa medycznego.	

		przyczyna-wyjazdu	1	1 znak	Kod przyczyny wyjazdu.	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		nr-powiadomienia	1	do 16 znaków	Nr powiadomienia w księdze pogotowia ratunkowego.	Numer powiadomienia wraz z rokiem i numerem tej księgi.
		kod-zespołu	1	do 10 znaków	Kod zespołu ratownictwa medycznego.	Kod zespołu ratownictwa medycznego udzielającego świadczenia, określony w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)
		powiadomienie-zdarzenie	1	data + czas	Powiadomienie o zdarzeniu	Data i czas powiadomienia o zdarzeniu.
		przekazania-dyspozycji	1	data + czas	Przekazanie dyspozycji wyjazdu do zdarzenia zespołowi ratownictwa medycznego	Data i czas przekazanie dyspozycji (zlecenia) wyjazdu zespołowi ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego.
		wyjazd	1	data + czas	Wyjazd zespołu ratownictwa medycznego	Data i czas wyjazdu do zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego.
		przybycie	1	data + czas	Przybycie na miejsce zdarzenia	Data i czas przybycia na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
		tryb-zakonczenia	1	1 znak	Sposób zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		zakonczenie-czynnosci	1	data + czas	Zakończenie medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego.	Data i czas zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w trybie określonym w atrybucie //ratownictwo@tryb-zakonczenia
		oddzial-ratunkowy-przek	0-1	data + czas	Przekazanie opieki nad pacjentem szpitalnemu oddziałowi ratunkowemu lub jednostce organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.	Atrybut nieprzekazywany dla świadczeń realizowanych po 1 stycznia 2013
		imie-kier	0-1	Do 30 znaków	Imię osoby kierującej akcją zespołu ratownictwa	
		nazwisko-kier	0-1	Do 30 znaków	Nazwisko osoby kierującej akcją zespołu ratownictwa	

		czy-rejon	1	1 litera [T]	Informacja o podjęciu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół w obrębie rejonu operacyjnego i/lub poza rejonem operacyjnym.	Możliwe wartości: T – tak medyczne czynności ratunkowe były podejmowane w obrębie rejonu operacyjnego. N – medyczne czynności ratunkowe były podejmowane poza rejonem operacyjnym. D – medyczne czynności ratunkowe były podejmowane w obrębie rejonu operacyjnego oraz poza rejonem operacyjnym.
		zgon-osoby	0-1	1 znak	Informacje o przypadku zgonu osoby	Zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
6	personel-real		2-5		Dane identyfikujące członków zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych	Zgodnie z §3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia.  W przypadku: - specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, należy podać dane identyfikujące przynajmniej trzech członków zespołu; - podstawowego zespołu ratownictwa medycznego należy podać dane identyfikujące przynajmniej dwóch członków zespołu.
		typ-pers	1	do 2 cyfr	Typ grupy zawodowej	Kod grupy zawodowej według tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia.
		typ	1	1 znak	Typ kodu	Możliwe wartości:  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
		kierownik-zrm	1	1 znak	Informacja o pełnieniu przez członka zespołu ratownictwa medycznego funkcji kierownika zespołu	Możliwe wartości: T – kierownik zespołu ratownictwa medycznego N – osoba niebędąca kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego

## 2.2.15. Element “wystawione-zlecenia”

Element przetwarzany tylko w Śląskim OW NFZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	nfz:wystawione-zlecenia		0-n		Dane charakteryzujące wystawione zlecenia	Dotyczy zleceń wystawionych w trakcie udzielania świadczeń medycznych (np. skierowanie do specjalisty, wystawiona recepta) – tylko dla systemu START na Śląsku
		typ-zlecenia	1	1 znak	Typ zlecenia	R – recepta S – skierowanie
		typ-numeracji-zlecenia	1	1 znak	Typ numeracji zlecenia	R – kupon RUM X - inny
		ident	1	do 22 znaków	Identyfikator (numer) zlecenia	
		przyczyna	0-1	do 5 znaków	Podstawa do wystawienia zlecenia	Słownik rozpoznań – ICD10
		data	1	data	Data zlecenia	Data wystawienia zlecenia
		typ-pers	0-1	do 2 cyfr [11]	Typ grupy zawodowej osoby zlecającej	Zgodnie z tabelą nr 1 załącznika nr 4
		npwz	1	do 20 znaków	Numer prawa wykonywania zawodu osoby zlecającej	

### 2.2.16. Element “pozycja-rozl”

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
5	nfz:pozycja-rozl		0-n		Pozycja rozliczeniowa raportu	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy, w której została zarejestrowana niniejsza pozycja rozliczeniowa	Podawany obligatoryjnie, jeśli identyfikator instalacji jest inny od przekazanego w atrybucie „//komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst”.
		id-poz-rozlicz	1	liczba (10,0)	Jednoznaczny identyfikator pozycji w ramach instalacji świadczeniodawcy	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nr-wersji-pr	1	liczba (4,0)	Nr kolejny wersji danych tej pozycji	Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji danych przekazywanych w ramach elementu pozycja-rozl i elementów zagnieżdżonych). Szczegółowe zasady zmiany numeru wersji – zobacz pkt 3 (Elementy protokołu wymiany danych)
6	nfz:pozycja-kor		0-1 1z		Żądanie skorygowania (wygenerowania storno) pozycji rozliczeniowej w bazie danych płatnika  Element nie zawiera atrybutów ani elementów zagnieżdżonych	W przypadku przekazania żądania usunięcia w bazie danych płatnika musi istnieć aktywna pozycja o danym id-inst, danym id-poz-rozlicz i mniejszym nr-wersji-pr niż przekazana w XML W przeciwnym razie system zgłosi błąd
6	nfz:dane-poz-rozl		0-1 1z		Dane pozycji raportu	Nie występuje dla pozycji usuwanych.
		id-upraw	0-1	liczba(10,0)	Identyfikator uprawnienia	Odwołuje się do jednego z identyfikatorów uprawnień przekazanego w atrybucie uprawnienia@nfz:id-upraw Atrybut nie przekazywany dla pozycji rozliczeniowych z roku 2013 i lat następnych tj. //nfz:dane-poz-rozl/rok>=2013
		nr-wersji-grupera	0-1	10 znaków	Numer wersji grupera wg której została wyznaczona grupa	Atrybut przekazywany w przypadku wyznaczenia taryfy grupy na podstawie algorytmu grupera JGP.  Nie przekazywany w przypadku sprawozdawczości świadczeń z zakresu AOS.  W danym okresie sprawozdawczym obowiązuje jedna wersja grupera wg której są wyznaczane grupy. Okres sprawozdawczy na podstawie którego, ustalona zostaje wersja grupera wyznaczany jest w oparciu o atrybut <i>wypis@data</i> .
		prod-jedn	1	do 16 znaków	Kod świadczenia z katalogu płatnika	Świadczenie z katalogu płatnika dawniej było nazywane „produktem jednostkowym”.
		prod-kontr	1	do 14 znaków	Kod zakresu świadczeń wg słownika płatnika	Zakres świadczeń dawniej był nazywany „produktem kontraktowym”.
		wyroznic	1	liczba (4,0)	Wyróżnik (wariant) zakresu świadczeń	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nr-umowy	1	do 24 znaków	Numer umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie której zrealizowano niniejszą pozycję rozliczeniową	
		rok	1	rok	Rok okresu sprawozdawczego, wg którego ustalane są warunki rozliczenia.	
		miesiac	1	Miesiąc	Miesiąc okresu sprawozdawczego, wg którego ustalane są warunki rozliczenia.	
		swiadcz-ratuj-zycie	1	1 znak	Czy wykonane świadczenie z katalogu płatnika było świadczeniem ratującym życie	Wartość atrybutu zgodna z //dane-zestawu/@swiad-ratuj-zycie
		data-od	1	Data	Data początku wykonania świadczenia z katalogu płatnika	
		data-do	1	Data	Data końca wykonania świadczenia z katalogu płatnika	
		cena	1	liczba (12,4)	Cena 1 jednostki rozliczeniowej wynikająca z planu rzeczowo-finansowego umowy	Cena punktu rozliczeniowego, osobodnia itp.
		waga-pkt	1	liczba (12,4)	Waga punktowa	

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		taryfa	0-1	liczba(12,4) [1.0000]	Wartość taryfy JGP lub wartość jednostki rozliczeniowej w przypadku PL/Chem.	<p>Atrybut przekazywany gdy taryfa została wyznaczona przez gruper JGP lub od 1 lipca 2012 r. w przypadku leków podawanych w programach zdrowotnych (lekowych) (PL) i chemioterapii (Chem).</p> <p>W przypadku leków podawanych w programach zdrowotnych (lekowych) i chemioterapii podaje się wartość jednostki rozliczeniowej obliczonej dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN zgodnie z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz.696, z późn. zm.) zwanej dalej ustawą refundacyjną, obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku w następujący sposób:</p> <p>(cena za opakowanie/liczbę rozliczeniowych jednostek miary)/cenę za punkt.</p> <p>Wynik należy zaokrąglić do 4 miejsc po przecinku.</p> <p>Jako liczbę rozliczeniowych jednostek miary należy traktować ilość rozliczeniowych jednostek miary w opakowaniu dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN. Jako rozliczeniową jednostkę miary należy traktować jednostkę wynikającą z grupy substancji (produktu jednostkowego). I może to być zarówno 1 mg, 1 ml jak również 1000000 j.m.</p> <p>Jako cenę za opakowanie dla danego kodu EAN należy traktować cenę z faktury zakupu leku dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN, nie wyższą niż wysokość limitu finansowania zgodną z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej, obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku.</p>

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krotność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		krotn-fakt	1	liczba (12,4)	Faktyczna krotność realizacji świadczenia z katalogu płatnika (dawniej produktu jednostkowego)	Przekazywana wartość może być różna od wartości atrybutu "nfz:dane-poz-rozl@krotnosc" jedynie w przypadku przekazania jednej z wartości opisanych przy atrybucie "nfz:dane-poz-rozl@specj-rozlicz". W pozostałych przypadkach obie te wartości muszą być identyczne.
		krotnosc	1	liczba (12,4)	Krotność realizacji świadczenia z katalogu płatnika możliwa do rozliczenia wg zapisów umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych	W większości przypadków jest ona równa krotności faktycznej realizacji. Jednak np. w przypadku urazów wielonarządowych będzie to dla pierwszego świadczenia 100% faktycznej krotności, dla drugiego 60% faktycznej krotności, dla trzeciego 30% i dla czwartego 10 %. Wpisanie 0 w to pole oznacza przekazywanie informacji o wykonaniu wyłącznie w celach statystycznych



Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		specj-rozlicz	0-1	do 3 znaków	Kod specjalnego rozliczenia produktu będącego przyczyną różnicy między krotnością faktyczną a rozliczeniową	<p>Nie występuje, jeśli nie ma różnicy krotności lub krotność rozliczeniowa jest równa 0 (czyli pozycja rozliczeniowa przekazywana tylko w celach statystycznych).</p> <p>Wartości:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UJ1 - "1,54 - dla dwóch obrażeń"</li> <li>- UJ2 - "1,78 - dla trzech obrażeń"</li> <li>- UJ3 - "1,85 - dla narządów czterech lub więcej obrażeń"</li> <li>- ZG - świadczenia rozliczane według wartości wskazanej na zgodzie płatnika</li> <li>- UE - świadczenia rozliczane według rzeczywistych kosztów, udzielone pacjentom w ramach przepisów o koordynacji</li> <li>- SK – świadczenie rozliczone na podstawie specyfikacji kosztowej</li> </ul> <p>W przypadku korekt dotyczących rozliczeń okresów sprawozdawanych przed wprowadzeniem niniejszego zarządzenia atrybut dopuszcza przyjmowanie dodatkowych wartości :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UW1 - Świadczenie dotyczące urazowego uszkodzenia wielomiejscowego (wielonarządowego) - 100%</li> <li>- UW2 - Świadczenie dotyczące urazowego uszkodzenia wielomiejscowego (wielonarządowego) - 60%</li> <li>- UW3 - Świadczenie dotyczące urazowego uszkodzenia wielomiejscowego (wielonarządowego) - 30%</li> <li>- UW4 - Świadczenie dotyczące urazowego uszkodzenia wielomiejscowego (wielonarządowego) - 10%</li> <li>- SZ1 - Świadczenie zabiegowe w czasie leczenia w OAiIT - 60%</li> <li>- WD1 - Pierwsze świadczenie wykonane z co najmniej dwóch dojsć (100%)</li> <li>- WD2- Drugie i kolejne świadczenie wykonane z co najmniej dwóch dojsć (60%)</li> </ul>

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
						<p>W nowowprowadzonych przypadkach sposób wyliczania krotności jest następujący:</p> <p>ZG - świadczenia rozliczane wg wartości wskazanej na zgodzie płatnika ("krotn-fakt" przy każdym podaniu =1, zaś atrybut "krotnosc"= wartość zgody płatnika/cena za punkt);</p> <p>UE - świadczenia rozliczane wg rzeczywistych kosztów, udzielone pacjentom w ramach przepisów o koordynacji (atrybut "krotn-fakt" = 1, zaś atrybut "krotnosc"= rzeczywisty koszt świadczenia/cenę za punkt) ;</p> <p>SK – świadczenie rozliczone na podstawie specyfikacji kosztowej (atrybut "krotn-fakt" = 1, zaś atrybut "krotnosc"= rzeczywisty koszt świadczenia/cenę za punkt) ;</p>
		lb-jedn-rozlicz	1	liczba (12,4)	Liczba jednostek rozliczeniowych zgłaszana przez świadczeniodawcę	Iloczyn wagi punktowej taryfy i atrybutu krotność po zaokrągleniu do 4 miejsc po przecinku.
		doplata-pacj	0-1	liczba (8,2)	Dopłata pacjenta	Podawane obligatoryjnie, jeżeli pacjent wniósł częściową opłatę.
		koszt	0-1	liczba (12,2)	Koszt ponoszony w związku z wykonaniem świadczenia z katalogu płatnika przez świadczeniodawcę	Wykorzystywany między innymi do przedstawiania kalkulacji rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych pacjentom na izbach przyjęć w ramach przepisów o koordynacji.
7	nfz:spo		0-1			Przekazywane tylko w przypadku świadczeń SPO (świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze)
		skala-barthel	0-1	liczba (2,0)		Atrybut nie przekazywany dla dzieci do 3 r.ż.
		skala-glasgow	0-1	liczba (3,0)		Atrybut nie przekazywany dla dzieci do 4 r.ż.
7	nfz:oc		0-1		Informacje dotyczące rozliczenie pozycji z tytułu OC	
		status	1	1 duża litera	Status rozliczenia z tytułu OC	<p>Przyjmuje wartości</p> <p>Z – zgłoszenie przez świadczeniodawcę zapytania do OW NFZ w sprawie możliwości rozliczenia pozycji z tytułu OC</p> <p>R – żądanie rozliczenia pozycji z tytułu OC na podstawie pisma OW NFZ o numerze jak poniżej</p>

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nr-pisma	0-1	Ciąg do 20 znaków	Nr pisma OW NFZ do świadczeniodawcy potwierdzający możliwość dokonania rozliczenia z tytułu OC	
7	nfz:zgoda-plat		0-n		Zgoda płatnika	Występuje o ile wykonanie świadczenia z katalogu płatnika (dawniej produktu jednostkowego) wymaga zgody płatnika
		typ-zgody	1	1 cyfra	Typ zgody płatnika	Wartości: 4 – Zgoda indywidualna na świadczenie z katalogu płatnika dla pacjenta 5 – Udział w badaniu klinicznym
		nr-zgody	1	do 17 znaków	Nr zgody płatnika	
7	nfz:chemioterap ia		0-1		Dane dodatkowe dla produktów lekowych	Element podawany w przypadku produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii i programach terapeutycznych, od 1 lipca 2012 w ramach programów zdrowotnych (lekowych).
		lek-ean	0-1	do 14 cyfr	Europejski kod towarowy (EAN) produktu lekowego lub inny kod odpowiadający kodowi EAN.	Od 1 lipca 2012 r. kod EAN leku lub inny kod odpowiadający kodowi EAN, zgodnie z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej, obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku który został podany pacjentowi w ramach realizacji programu zdrowotnego (lekowego) lub chemioterapii
		id-schematu	0-1	liczba (10,0)	Wariant schematu leczenia	Identyfikator ze słownika wariantów schematów leczenia publikowanym przez płatnika.  Id wariantu schematu = Id schematu z roku 2006 (dotyczy schematów z roku 2006, które zachowują ważność w roku 2007 i następnych).  Dla umów od lipca 2008, wymagany dla danych z zakresu programów terapeutycznych z wyłączeniem programu dot. chemioterapii niestandardowej.  Dla umów od 1 lipca 2012 r., wymagany dla danych z zakresu programów zdrowotnych (lekowych).
		grupa-subst	0-1	do 13 znaków	Identyfikator grupy substancji leczniczych	Nie występuje dla standardowych schematów leczenia (grupa substancji jest wtedy określona przez produkt jednostkowy).

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		dzien-podania	0-1	liczba(3,0)	Nr dnia podania produktu leczniczego zgodnie z opisem schematu leczenia	Podawany obligatoryjnie, o ile wyspecyfikowano w opisie schematu leczenia (kursu).
		typ-param	1	1 znak	Typ parametru, na podstawie którego wyznaczono krot ność dawki produktu leczniczego do podania pacjentowi	B – bezpośrednie określenie dawki (bezparametrowe) M – na podstawie masy ciała [kg] P - na podstawie powierzchni ciała [m <sup>2</sup> ] I – indywidualne określenie dawki
		masa	0-1	liczba (7,4)	Masa pacjenta	Atrybut wymagany w następujących sytuacjach: - dla sprawozdawczości świadczeń przed rokiem 2008 o ile na ten parametr wskazano w atrybucie typ-param. - dla wszystkich świadczeń z zakresu chemioterapii i programów terapeutycznych od roku 2008 oraz programów zdrowotnych (lekowych) od 1 lipca 2012 r. dla których atrybut typ-param=M
		powierzchnia	0-1	liczba (7,4)	Powierzchnia ciała pacjenta	Atrybut wymagany w następujących sytuacjach: - dla sprawozdawczości świadczeń przed rokiem 2008 o ile na ten parametr wskazano w atrybucie typ-param. - dla wszystkich świadczeń z zakresu chemioterapii i programów terapeutycznych od roku 2008 oraz programów zdrowotnych (lekowych) od 1 lipca 2012 r. dla których określono atrybut typ-param=P
		podane-do-domu	1	1 znak	Czy leki zostały podane pacjentowi do zażycia w domu	Wartości: T – Tak N - Nie
		liczba-dni	0-1	liczba(3,0)	Liczba dni, na które wydano pacjentowi leki do zażycia w domu	Podawane w przypadku, gdy leki zostały podane pacjentowi do zażycia w domu (atrybut podane-do-domu = ‘T’) Wymagane dla sprawozdawczości umów począwszy od roku 2008
		il-subst-cz	1	liczba (12,4)	Ilość podanej pacjentowi substancji czynnej	Ilość wyrażona w jednostkach przypisanych do grupy substancji czynnych, do której należy użyty preparat. Informacja pomocnicza do kontroli poprawności przekazywanych danych.
8	nfz:faktura-zakup		0-n		Informacje na temat faktury zakupowej i pozycji w ramach której został zakupiony lek	Element wymagany od dnia 1 lipca 2012 r. dla produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii i programach zdrowotnych (lekowych).

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nip-sprzedajacego	1	Do 13 znaków	NIP sprzedającego	
		nr-faktury	1	Do 25 znaków	Numer faktury	
		nr-poz	1	Liczba(4, 0)	Numer pozycji na fakturze	
7	nfz:dod-dok		0-1			Element grupujący elementy dodatkowe przekazane dla pozycji rozliczeniowej
8	nfz:dokument		1-n			Informacja o wypełnieniu dodatkowego dokumentu wymaganego do wykonania świadczenia
		kod-systemu	1	do 10 znaków		Słownik unikalnych kodów systemów
		id-dokumentu	1	do 24 znaków		Unikalny identyfikator dokumentu w ramach systemu
		wersja	0-1	do 10 cyfr		Wersja dokumentu
7	nfz:umiej-wyk		0-1		Umiejscowienie wykonania świadczenia z katalogu płatnika (produktu jednostkowego)	Należy przekazywać w sytuacjach określonych przez płatnika.
		typ-kodu	1	1 znak	Typ kodu	1 - kody uzębienia 2 – oznaczenie strony: lewa/prawa/obustronnie
		kod	1	do 2 znaków	Kod	Dla typu kodu 1: kody zgodnie z normą: PrPN-EN ISO 3950 lub kod „ZD” w przypadku zęba dodatkowego 2: kody: L – lewa strona P – prawa strona O – obustronnie
7	nfz:dializa		0-1		Dane dodatkowe dla zabiegów hemodializy	Element podawany w przypadku produktów stosowanych w dializie
		pac-typ	1	1 cyfra	Typ leczenia pacjenta u świadczeniodawcy	Przyjmuje wartości: 0 – pacjent stale leczony w stacji dializ 1 – pacjent gościnny
		wart-hem	0-1	Liczba (6,2)	Poziom stężenia hemoglobiny	Wartość podana w jednostkach miary g/dl. Atrybut przekazywany każdorazowo kiedy dokonano pomiaru.
8	nfz:lek		0-1			Nie występuję w przypadku, gdy nie podano leku

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-leku	1	1 cyfra	Identyfikator leku	Przyjmuje wartość: 1 – Epoetinum 2 – Darbepoetinum 3 – Mircera  Wartości przekazywane w przypadku stosowania terapii biologicznej w ciężkiej łuszczycy:  4 – Adalimumab 5 – Etanercept 6 – Infliksimab 7 – Ustekinumab
		jed-miary	1	1 cyfra	Jednostka miary leku	Przyjmuje wartość: 1 – j.m. 2 – mg
		ilosc-leku	1	liczba (12,3)	Ilość leku podanego pacjentowi wyrażona w jednostkach miary	
7	nfz:poz		0-1		Dodatkowe informacje opisujące świadczenia POZ	Przekazywane, gdy są wymagane
8	nfz:efekty-programu		0-n		Efekt udziału w programie profilaktycznym	Przekazywane dla wybranych programów profilaktycznych w momencie zakończenia realizacji świadczenia w programie profilaktycznym POZ
		kod-efektu	1	4 cyfry	Kod efektu	Przyjmuje wartości określone w zarządzeniu określającym warunki zawarcia i realizacji umów w POZ
8	nfz:opieka-srod		0-1		Informacje o wyniku kwalifikacji pacjenta do objęcia opieką środowiskową	
		barthel	1	Liczba(3,0)	Wynik wg zmodyfikowanej skali Barthel	
		zakwalifikowany	1	1 litera	Czy pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką środowiskową?	T- Tak N - Nie
		opieka-do	0-1	Data	Do kiedy objęty opieką	Ze względu na konieczność przeprowadzania kwalifikacji co najmniej co 3 miesiące nie wyróżnia się znacznika ‘opieka bezterminowa’

### 2.3. Komunikat potwierdzenia danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
0	komunikat		1		Główny element komunikatu	
		xmlns	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw (domyślnej) dla elementów komunikatu określonych rozporządzeniem	Dla formatów komunikatów określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwanym dalej "rozporządzeniem" jest to stała wartość: „www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1”
		xmlns:nfz	1	Stała wartość	Identyfikator przestrzeni nazw i jej alias, dla elementów komunikatu określonych przez NFZ	Dla komunikatów stosowanych przez NFZ jest to stała wartość: „www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1”
		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 „7”
		nfz:wersja	1	do 3 znaków	Nr wersji typu komunikatu dla elementów komunikatu określonych przez NFZ	W przypadku niniejszego komunikatu ma wartość „5.0”
		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.
		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 podmiotu (instytucji) nadawcy komunikatu	Kod Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-inst-nad	1	do 38 znaków	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu	Identyfikator systemu informatycznego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.
		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.
		nfz:info-aplik-nad	0-1	do 40 znaków	Informacje pomocnicze o systemie nadawczym generującym niniejszy komunikat.	Informacja pomocnicza, przydatna np. w przypadku problemów z komunikacją. Może zawierać nazwę i nr wersji aplikacji generującej, producenta, itp.
		nfz:info-kontakt-nad	0-1	do 100 znaków	Kontakt do osoby odpowiedzialnej po stronie nadawcy, np. administratora systemu	Informacja pomocnicza, ułatwiająca rozwiązanie ew. problemów. Może zawierać numer telefonu, adres poczty elektronicznej itp.
1	świadczeniodawca		1		Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane	
		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.)  X – identyfikator wykorzystywany w sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia
		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.
		nfz:info-kontakt	0-1	do 100 znaków	Kontakt do osoby odpowiedzialnej po stronie świadczeniodawcy	Informacja pomocnicza, ułatwiająca rozwiązanie ew. problemów. Może zawierać numer telefonu, adres poczty elektronicznej.



Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
1	problem		0-1 1z		Informacja o ew. problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu	
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości: B - Błąd - problem powodujący odrzucenie danych O - Ostrzeżenie - sygnalizacja potencjalnego problemu I - Informacja - dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu
		kod	1	do 10 znaków	Kod problemu	Zestaw kodów ustalany jest przez odbiorcę potwierdzanych danych (płatnika).
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	
1	potw-danych		0-1 1z		Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie.	
2	potw-zest-swiad		0-n		Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych zestawie świadczeń	Nie występuje tylko wtedy, gdy w potwierdzanym komunikacie nie było żadnych zestawów świadczeń (przypadek teoretyczny).
		nfz:id-inst	0-1	do 38 znaków	Id instalacji systemu informatycznego w którym zarejestrowano zestaw świadczeń	
		id-zest-swiad	1	do 20 znaków	Identyfikator zestawu świadczeń	Identyfikator przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/@id-zest-swiad
		nr-wersji	1	do 4 cyfr	Nr modyfikacji zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/@nr-wersji
		nr-wersji-usun	0-1	do 4 cyfr	Nr usuniętego zestawu świadczeń	Atrybut występuje w przypadku żądania usunięcia zestawu w komunikacie I fazy (SWIAD). Zostanie zwrócony numer wersji zestawu usuniętego w systemie OW NFZ. Może być niższy lub równy niż wartość atrybutu 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

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		nfz:stat-imp-d-med	1	1 cyfra	Status danych medyczno-administracyjnych podczas importu	0 – pozycja przetworzona przez proc importu - zaimportowana 1 – pozycja pominięta podczas importu - przesłano tą samą wersję danych, co zarejestrowana już u płatnika 2 – pozycja pominięta podczas importu - przesłano starszą wersję danych, niż zarejestrowana w bazie płatnika 3 – pozycja przetworzona przez proc importu – niezaimportowana
		nfz:stat-wal-d-med	1	1 cyfra	Status bieżący walidacji danych medyczno-administracyjnych	0 - dane niezwalidowane (odnosi się do danych niezaimportowanych) 1 - dane zwalidowane pozytywnie 2 – usunięto zestaw świadczeń na życzenie świadczeniodawcy (wskazany do usunięcia poprzez atrybut //komunikat/zestaw-swiadczen/@usun='T' w potwierdzanym komunikacie) 3 - dane zwalidowane negatywnie (wagi problemów przekazane są w elemencie „problem” dołączonym do elementu)
		nfz:nr-wersji-rozl	1	liczba (4,0)	Nr wersji (modyfikacji) danych rozliczeniowych zestawu świadczeń	Numer przekazany w potwierdzanym komunikacie w atrybucie //komunikat/zestaw-swiadczen/@nr-wersji-rozl
		nfz:nr-wersji-rozl-usun	0-1	liczba(4,0)	Nr usuniętej wersji rozliczeniowej	Atrybut występuje w przypadku żądania usunięcia zestawu w komunikacie I fazy (SWIAD). Zostanie zwrócony numer wersji zestawu usuniętego w systemie OW NFZ. Może być niższy lub równy niż wartość atrybutu nfz:nr-wersji-rozl.
		nfz:stat-imp-d-rozl	0-1	1 cyfra	Status danych rozliczeniowych podczas importu	0 – dane rozliczeniowe przetworzone przez proc importu - zaimportowane 1 – dane rozliczeniowe pominięte podczas importu - przesłano tą samą wersję danych, co zarejestrowana już u płatnika 2 – dane rozliczeniowe pominięte podczas importu - przesłano starszą wersję danych, niż zarejestrowana w bazie płatnika 3 – pozycja przetworzona przez proc importu – niezaimportowana
3	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów w zestawie świadczeń lub dotyczą one poszczególnych świadczeń składowych.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		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 występującym 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.
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	
4	nfz:potw-pozycji-rozl		0-n		Informacja o stanie określonego Produktu rozliczeniowego	Nie występuje, jeśli świadczeniodawca nie przekazał żadnych pozycji rozliczeniowych związanych z tym świadczeniem. Może także nie wystąpić, jeśli wykryto błąd w danych statystycznych świadczenia (czyli na poziomie nadrzędnym).
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator instalacji systemu świadczeniodawcy, w którym utworzono Produkt	Nie występuje, jeśli ta instalacja systemu jest wskazana w nagłówku komunikatu w atrybucie //komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst (może być inna np. po re-instalacji systemu i odtworzeniu zawartości bazy danych)

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		id-poz-rozlicz	1	Liczba (10,0)	Identyfikator pozycji rozliczeniowej w systemie informatycznym świadczeniodawcy	Identyfikator unikalny w ramach instalacji systemu świadczeniodawcy wskazanej w id-inst
		nr-wersji-pr	1	liczba (4,0)	Nr kolejny wersji danych tej pozycji rozliczeniowej	
		stat-imp-d-poz-rozl	1	1 cyfra	Status danych pozycji rozliczeniowej podczas importu	0 – pozycja przetworzona przez proces importu - zaimpotowana 1 – pozycja pominięta podczas importu - przesłano tą samą wersję danych, co zarejestrowana już u płatnika 2 – pozycja pominięta podczas importu - przesłano starszą wersję danych, niż zarejestrowana w bazie płatnika 3 – pozycja przetworzona przez proc importu – niezaimportowana
		stat-wal-d-poz-rozl	0-1	1 cyfra	Status bieżący walidacji danych.	0 - dane niewalidowane (odnosi się do pozycji pominiętych podczas importu) , występuje w przypadku gdy: // nfz:potw-pozycji-rozl /@stat-imp-d-poz-rozl = „2” // nfz:potw-pozycji-rozl /@stat-imp-d-poz-rozl = „3” 1 – dane zwalidowane pozytywnie , występuje w przypadku gdy: // nfz:potw-pozycji-rozl /@stat-imp-d-poz-rozl = „0” lub // nfz:potw-pozycji-rozl /@stat-imp-d-poz-rozl = „1” 3 - dane zwalidowane negatywnie (błędy walidacji danych statystycznych są przekazane w elemencie „problem” dołączonym do elementu) , występuje w przypadku gdy: // nfz:potw-pozycji-rozl /@stat-imp-d-poz-rozl = „0”
5		stat-wer-d-med	1	1 cyfra	Status bieżący weryfikacji danych.	0 – pozycja niezwyfikowana (dane oczekują na zweryfikowanie) 1 – dane zweryfikowane pozytywnie 2 – dane zweryfikowane negatywnie (błędy weryfikacji danych statystycznych są przekazane w elemencie „problem” dołączonym do elementu)
	problem		0-n		Informacja o ew. problemach związanych z produktem.	Nie występuje, gdy nie ma żadnych problemów związanych z tym produktem.
		waga	1	1 znak	Waga wskazywanego problemu	Wartości jak w //komunikat/potw-danych/potw-zest-swiad/problem/@waga
		kod	1	do 10 znaków	Kod przyczyny aktualnego stanu produktu (odrzućenia lub kwestionowania)	Lista kodów ustalana przez płatnika.

Poziom w hierarchii	Element	Atrybut	Krot ność	Format [wart. dom.]	Opis	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia i zależności
		opis	1	do 250 znaków	Opis problemu	

### **3. Elementy protokołu wymiany danych**

#### **3.1. Budowa zestawu świadczeń**

- a. Zestaw świadczeń dzieli się na dwie części: statystyczno-medyczną (elementy zestaw-swiadczen i elementy w nim zagnieżdżone za wyjątkiem elementów nfz:pozycja-rozl i elementów w nich zagnieżdżonych) oraz rozliczeniową (elementy nfz:pozycja-rozl i elementy w nich zagnieżdżone).

#### **3.2. Reguły wersjonowania**

- a. Jeżeli zmieni się jakikolwiek atrybut w bloku statystyczno-medycznym (element zestaw-swiadczen i elementy w nim zagnieżdżone za wyjątkiem elementów nfz:pozycja-rozl i elementów w nich zagnieżdżonych), to należy zwiększyć wartość atrybutu zestaw-swiadczen@nr-wersji. Jeżeli nie ulegają zmianie dane statystyczno-medyczne tylko rozliczeniowe, to wartość atrybutu zestaw-swiadczen@nr-wersji nie powinna ulegać zmianie.
- b. Jeżeli zmieni się jakikolwiek atrybut w elemencie nfz:dane-poz-rozl i elementach w nim zagnieżdżonych, to należy zwiększyć wartość atrybutu nfz:pozycja-rozl@nr-wersji-pr odpowiedniej pozycji rozliczeniowej. Podniesienie numeru wersji (atrybut nfz:pozycja-rozl@nr-wersji-pr) dla pozycji rozliczeniowych, które zostały rozliczone spowoduje wystawienie w procesie naliczania świadczeń korekt dla tych pozycji rozliczeniowych, dlatego przekazanie pozycji rozliczeniowej i elementów podrzędnych z takimi samymi danymi jak poprzednio przesłane nie powinno wiązać się z podnoszeniem wersji.
- c. Jeżeli:
  - i. zmieni się wersja jakiegokolwiek pozycji rozliczeniowej (atrybut nfz:pozycja-rozl@nr-wersji-pr),
  - ii. zostanie dodana nowa pozycja rozliczeniowa,
  - iii. zostanie przekazane żądanie usunięcia pozycji rozliczeniowej (element nfz:pozycja-kor ),to należy zwiększyć wartość atrybutu zestaw-swiadczen@nr-wersji-rozl.

#### **3.3. Reguły korygowania danych**

- a. Nie ma potrzeby ponownego przekazywania pozycji rozliczeniowej dla której nie uległy zmianie jej dane i bieżąca wersja tej pozycji rozliczeniowej została pozytywnie potwierdzona komunikatem zwrotnym P\_SWI. Jeżeli jednak zostanie przekazana ponownie pozycja

rozliczeniowa z niezmiennymi danymi, to musi mieć taką samą wartość atrybutu nfz:pozycja-rozl@nr-wersj-pr jak w momencie pierwszego przekazania.

- b. Każda zmiana pozycji rozliczeniowej wymaga jawnego przekazania danych z systemu świadczeniodawcy.
  - i. w przypadku modyfikacji konieczne jest przesłanie wyższej wersji pozycji rozliczeniowej z nowym obrazem danych tej pozycji
  - ii. w przypadku żądania usunięcia konieczne jest przesłanie wyższej wersji pozycji rozliczeniowej z elementem nfz:pozycja-kor
- c. Od wersji formatu 5;2.0 mogą być przekazywane wyłącznie pozycje rozliczeniowe dotyczące umów, dla których świadczeniodawca wskazał model naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ (taki model automatycznie jest wybierany dla umów dotyczących roku 2011 i lat późniejszych). Przekazanie zestawu świadczeń z pozycjami rozliczeniowymi dotyczącymi umów z lat wcześniejszych niż 2011 dla których świadczeniodawca nie dokonał zmiany modelu rozliczania świadczeń na – naliczanie świadczeń po stronie OW NFZ spowoduje negatywną walidację całego zestawu świadczeń.
- d. Jeżeli istnieje konieczność usunięcia całego zestawu świadczeń, to winno odbyć się to poprzez przekazanie wartości „T” w atrybucie zestaw-swiadczen@usun oraz zwiększenie wersji statystycznej zestawu (zestaw-swiadczen@nr-wersji). Jeżeli w jego ramach istniały rozliczone pozycje rozliczeniowe, operacja ta spowoduje wystawienie w procesie naliczania świadczeń korekt dla tych pozycji rozliczeniowych. Pozycje nierozliczone także zostaną automatycznie usunięte. Po usunięciu zestawu nie można ponownie przekazać tego samego zestawu z wyższą wersją. Operacja zostanie wykonana przez system pod warunkiem, że wszystkie pozycje rozliczeniowe **rozliczone istniejące w bazie OW NFZ w chwili przetwarzania** żądania usunięcia dotyczą umów dla których świadczeniodawca wskazał model naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ (taki model automatycznie jest wybierany dla umów dotyczących roku 2011 i lat późniejszych). Usunięcie zestawu świadczeń w sytuacji gdy powyższe założenie nie jest spełnione wymaga uprzedniego skorygowania pozycji rozliczeniowych na poziomie 1 i 2 fazy z wykorzystaniem formatów obowiązujących przed dniem wprowadzenia bieżącego zarządzenia.
- e. Jeżeli istnieje konieczność usunięcia świadczenia, odbywa się to poprzez przekazanie wartości „T” w atrybucie swiadczenie@nfz:usun. Jeżeli w jego ramach istniały rozliczone pozycje rozliczeniowe, operacja ta spowoduje wystawienie w procesie naliczania świadczeń korekt dla tych pozycji rozliczeniowych. Pozycje nierozliczone także zostaną automatycznie usunięte. Po usunięciu świadczenia nie można ponownie przekazać tego samego świadczenia z wyższą wersją. Operacja zostanie wykonana przez system pod warunkiem, że wszystkie pozycje rozliczeniowe, **powiązane z świadczeniem dla którego przekazano żądanie usunięcia, rozliczone, istniejące w bazie OW NFZ w chwili przetwarzania żądania usunięcia**, dotyczą umów, dla których świadczeniodawca wskazał model naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ (taki model automatycznie jest wybierany dla umów dotyczących roku 2011 i lat późniejszych). Usunięcie świadczenia w sytuacji gdy powyższe założenie nie jest spełnione wymaga uprzedniego skorygowania pozycji rozliczeniowych powiązanych z tym świadczeniem na poziomie 1 i 2 fazy z wykorzystaniem formatów obowiązujących przed dniem wprowadzenia bieżącego zarządzenia.

- f. Przy przekazywaniu świadczeń w celu rozliczenia w ramach umów do 31.01.2012 nie należy zmieniać wartości danych przekazanych w elemencie uprawnienie. W przypadku pomyłki należy dopisać nowe uprawnienie i odpowiednio zmodyfikować wartości atrybutu //nfz:dane-poz-rozl@id-upraw (wykonując odpowiednio korekty lub przesyłając nową wersję pozycji rozliczeniowej). Uprawnienie można usunąć tylko w przypadku, gdy wszystkie odwołujące się do niego pozycje rozliczeniowe zostały skorygowane.
- g. Przy przekazywaniu świadczeń w celu rozliczenia w ramach umów na rok 2013 i lata późniejsze wymagane jest kompletne pokrycie okresu udzielenia świadczeń okresem finansowania poprzez odpowiednie przekazanie elementu okres-fin-zest-swiad. Dopuszcza się modyfikowania wartości elementu okres-fin-zest-swiad i elementów zagnieżdżonych, jednak jakakolwiek zmiana wartości cech, spowoduje ustawienie zestawu świadczeń do ponownej weryfikacji i może skutkować korektą świadczeń rozliczonych.
- h. Modyfikacje, które wymagają korekty rachunku (dotyczy pozycji rozliczeniowych potwierdzonych komunikatem R\_UMX ujętych w szablonach rachunków):
  - i. przy zmianie jakichkolwiek danych rozliczonej pozycji rozliczeniowej (dowolnego atrybutu elementu nfz:pozycja-rozl i elementów w nim zagnieżdżonych) – podniesienie wersji pozycji rozliczeniowej (nfz:pozycja-rozl@nr-wersj-pr) .
  - ii. przy usunięciu pozycji rozliczeniowej, świadczenia lub zestawu świadczeń
  - iii. przy zmianie atrybutu pacjent@ident-pacj (z wyłączeniem zmiany z jednego z typów 2-7 na typ 1 z załącznika dotyczącego typów identyfikatorów pacjenta).

### **3.4. Inne wymagania w protokole wymiany danych**

#### **3.4.1. Unikalność hospitalizacji:**

Wymagane jest rozliczanie hospitalizacji (unikalnej księgi głównej) w ramach jednego zestawu świadczeń z jednej instalacji (aplikacji) świadczeniodawcy. Bezwzględnie nie można dzielić tej samej hospitalizacji pomiędzy różne zestawy świadczeń i różne instalacje (aplikacje) świadczeniodawcy. System OW będzie weryfikował unikalność hospitalizacji i w przypadku, gdy zostanie ta sama hospitalizacja wykazana w innym zestawie świadczeń lub z innej instalacji (aplikacji), system OW NFZ odrzuci taki zestaw świadczeń z informacją że hospitalizacja istnieje.

#### **3.4.2. Przekazywanie zestawów świadczeń:**

Wymagane jest aby ilość zestawów świadczeń przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia jednym plikiem komunikatu „SWIAD”, nie przekraczała 5000 zestawów świadczeń. Jeśli zachodzi potrzeba przekazania zestawów świadczeń w ilości większej niż dopuszczalna, należy je przekazać w odrębnych plikach. Pliki zawierające większą ilość zestawów świadczeń niż wskazana, nie będą przetwarzane przez



system Płatnika, będą zwracane jako błędne.

### **3.4.3. Zasady nazewnictwa i kompresji plików:**

- długość do 100 znaków (bez rozszerzenia);
  - nazwy pliku muszą składać się ze znaków alfanumerycznych z wyłączeniem znaków specjalnych i polskich znaków diakrytycznych.
  - dopuszczalne są następujące znaki: zakres 0-9; a-z; A-Z; \_; -;
  - komunikaty SWIAD przekazywane:
    - a) przez portal świadczeniodawcy, powinny być spakowane algorytmem ZIP
    - b) kanałem skrzynek pocztowych powinny być zaszyfrowane algorytmem gnupg
- i posiadać rozszerzenie „swx” (przykład kom\_swiad.swx)