



System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI)

Moduł Świadczeniodawcy

Katowice, maj 2022

*Dokumentacja opracowana przez:
KAMSOF Spółka Akcyjna, ul. 1 Maja 133, 40 – 235 Katowice, wpisana przez Sąd Rejonowy Katowice – Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000345075, posiadająca REGON 241371988, NIP 9542685559 oraz numer BDO 000265137 o kapitale zakładowym w wysokości 52 600 000,00 zł (opłacony w całości)*

SPIS TREŚCI

1	WPROWADZENIE	8
2	LOGOWANIE DO SYSTEMU	9
3	OBSZARY PRACY W SYSTEMIE SZOI.....	10
4	KOMUNIKATY	12
4.1	KATEGORIE KOMUNIKATÓW – WRZESIEŃ 2021.....	13
5	ZMIANY W POTENCJALE OD LISTOPADA 2015	15
6	POTENCJAŁ PODMIOTU LECZNICZEGO	18
6.1	PODMIOT (WŁAŚCICIEL).....	19
6.2	DZIAŁALNOŚĆ	21
6.3	WNIOSKI O ZMIANĘ DANYCH PODMIOTU / DZIAŁALNOŚCI	27
6.4	PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU LECZNICZEGO	30
6.5	ZGODNOŚĆ JEDNOSTEK ORAZ KOMÓREK Z ROZPORZĄDZENIEM MZ W SPRAWIE REJESTRÓW	32
6.6	JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE.....	33
6.6.1	<i>Dodawanie jednostki organizacyjnej</i>	<i>33</i>
6.7	KOMÓRKI ORGANIZACYJNE	35
6.7.1	<i>Dodawanie komórki organizacyjnej.....</i>	<i>36</i>
6.7.2	<i>Dezaktywacja komórki</i>	<i>38</i>
6.8	DODAWANIE MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ PODMIOTU LECZNICZEGO.....	38
7	DODAWANIE MIEJSCA DLA KONTRAHENTÓW INNYCH NIŻ PODMIOT LECZNICZY	40
8	POTENCJAŁ WSPÓLNY (DLA PODMIOTU LECZNICZEGO ORAZ POZOSTAŁYCH ŚWIADCZENIODAWCÓW).....	43
8.1	LOKALIZACJE.....	43
8.2	MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	44
8.2.1	<i>Lista lokalizacji, w których miejsce funkcjonowało</i>	<i>45</i>
8.2.2	<i>Zmiana lokalizacji, do której należy miejsce.....</i>	<i>46</i>
8.2.3	<i>Zmiana specjalności miejsca udzielania świadczeń.....</i>	<i>47</i>
8.2.4	<i>Harmonogram miejsca.....</i>	<i>48</i>
8.2.5	<i>Profil działalności</i>	<i>51</i>
8.2.6	<i>Przebieg zasobów pomiędzy miejscami</i>	<i>52</i>
8.2.7	<i>Przeglądanie osób personelu medycznego pracujących w miejscu udzielania świadczeń</i>	<i>53</i>
8.2.8	<i>Procedury / Zabiegi medyczne / Profile uzdrowiskowe</i>	<i>53</i>
8.2.9	<i>Dezaktywacja miejsca znajdującego się w umowie</i>	<i>55</i>
8.2.10	<i>Wnioski o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń</i>	<i>57</i>
8.3	ZASOBY	59
8.3.1	<i>Dodawanie sprzętu medycznego</i>	<i>60</i>
8.3.2	<i>Dodawanie środka transportu</i>	<i>61</i>
8.3.3	<i>Pomieszczenia</i>	<i>63</i>
8.3.4	<i>Okresy dostępności zasobów</i>	<i>63</i>
8.4	ZATRUDNIONY PERSONEL MEDYCZNY.....	63
8.4.1	<i>Zgodność z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych CWPM</i>	<i>64</i>
8.4.2	<i>Informacje o czasowym zawieszeniu NPWZ.....</i>	<i>65</i>
8.4.3	<i>Dodawanie nowej osoby personelu medycznego do bazy NFZ</i>	<i>67</i>
8.4.4	<i>Staż pracownika medycznego</i>	<i>70</i>
8.4.5	<i>Dodawanie nowej osoby personelu medycznego, która nie posiada numeru PESEL</i>	<i>72</i>
8.4.6	<i>Zatrudnianie personelu medycznego</i>	<i>72</i>
8.4.7	<i>Przypisywanie osoby do danego miejsca</i>	<i>72</i>
8.4.8	<i>Edycja osoby personelu medycznego</i>	<i>77</i>

8.4.9 Obsługa wniosków zmian danych osób personelu	79
8.4.10 Edycja zatrudnienia	80
8.4.11 Rozwiązywanie zatrudnienia osoby personelu medycznego	80
8.4.12 Przekodowanie zawodu / specjalności osoby personelu	81
8.4.13 Raport o stanie zatrudnienia	87
8.5 WYDZIELONE ZASOBY ŚWIADCZENIODAWCY	89
8.5.1 Personel RTM	89
8.5.2 Personel CZP	91
8.5.3 Dyspozytorzy medyczni	92
8.5.4 Koordynatorzy	94
8.6 UMOWY / PROMESY WSPÓŁPRACY	95
8.6.1 Umowy współrealizacji	96
8.6.2 Dodawanie umowy / promesy współpracy	97
8.6.3 Udostępnienie miejsc w ramach umowy / promesy współpracy oraz zatwierdzanie	98
8.6.4 Okresy zawieszenia miejsca udzielania świadczeń w umowie / promesie współpracy	99
8.6.5 Kopiowanie umowy współpracy	100
8.6.6 Rozwiązanie umowy	100
8.7 HARMONOGRAMY WZORCOWE	101
8.8 WERSJA PROFILU ŚWIADCZENIODAWCY	103
8.8.1 Weryfikacja poprawności danych profilu na dzień	103
8.8.2 Dodanie nowej wersji profilu	104
8.9 PRZEKAZANIE POTENCJAŁU - CESJE	105
8.9.1 Dodanie cesji przez cedenta	106
8.9.2 Cesjonariusz	109
9 REALIZATOR	114
9.1 DODANIE PRODUKTU	114
9.2 IMPORT PRODUKTÓW HANDLOWYCH Z PLIKU CSV	115
9.3 EKSPORT PRODUKTÓW HANDLOWYCH DO PLIKU CSV	117
9.4 PRODUKTY HISTORYCZNE	117
9.5 ZESTAWY PRODUKTÓW HANDLOWYCH	118
9.6 KODY ŚWIADCZENIODAWCY W INNYM OW NFZ	121
10 KONTRAKTOWANIE RTM 2010	122
11 UMOWY	123
11.1 LISTA UMÓW	123
11.1.1 Podpisywanie umów/aneksów podpisem kwalifikowanym	124
11.1.2 Przeglądanie specyfikacji pozycji umowy	125
11.1.3 Przeglądanie bieżącego rozliczenia	127
11.1.4 Pobieranie pliku umowy	129
11.2 PRZEKAZANIA INFORMACJI O LICZBIE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH	129
11.3 LISTA UMÓW FORMALNO-PRAWNYCH PSZ	129
11.4 RAPORTY Z AUTOMATYCZNEGO GENEROWANIA SZABLONÓW UMÓW (ATSU)	130
11.5 WYKAZ ZALEGŁYCH KOREKT	133
11.6 MODELE ROZLICZEŃ	133
11.6.1 Korekta świadczeń z lat ubiegłych (przed 2011)	133
11.6.2 Model rozliczenia świadczeń za grudzień 2010	135
11.6.3 Model rozliczania świadczeń dla umów od 2011	135
11.7 SZABLONY RACHUNKÓW	137
11.8 PRZEGLĄDANIE UMÓW W RODZAJU ZPO	138
11.8.1 ZPO: Przeglądanie zakresów świadczeń	138
11.8.2 ZPO: Przeglądanie numeru konta bankowego	139
11.8.3 ZPO: Przeglądanie aneksów	139
11.8.4 ZPO: Model rozliczeń	139
11.8.5 ZPO: Wnioski o zmianę wartości refundacji produktu handlowego lub zmianę zestawu	140

11.8.5.1	Modyfikacja cennika	141
11.8.5.2	Zmiana zestawu produktów.....	142
11.8.5.3	Eksport zestawów do pliku xls.	143
11.8.5.4	Usunięcie wniosku	143
11.8.5.5	Przekazanie wniosku do OW NFZ.....	143
11.8.5.6	Wycofanie wniosku.....	144
11.8.5.7	Pobieranie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	144
11.8.6	ZPO: Przeglądanie cennika produktów	144
11.8.7	ZPO: Realizacja eZWM	145
11.9	BLOKADY OSÓB PERSONELU MEDYCZNEGO	147
11.10	WNIOSKI DOTYCZĄCE ROZLICZENIA UMÓW	147
11.10.1	Wnioski o zgodę na wcześniejsze rozliczenie oraz na rozliczanie bez sprawozdawczości.....	147
11.10.2	Wnioski o sfinansowanie nadwykonań – dla umów od 2007 roku	149
11.10.2.1	Dodawanie wniosku o sfinansowanie nadwykonań	150
11.10.2.2	Przeglądanie aneksów umgodowych wraz z pozycjami	151
11.10.2.3	Weryfikacja aneksów umgodowych.....	152
11.10.2.4	Podpisywanie aneksów umgodowych podpisem kwalifikowanym	152
11.10.3	Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego	153
11.10.4	Wnioski o wydłużenie okresu spłaty.....	154
11.11	KONTA BANKOWE.....	155
11.11.1	Dodawanie wniosku	156
11.11.2	Kopiowanie wniosku	158
11.12	WZROST WYNAGRODZEŃ	159
11.12.1	Stan zatrudnienia pielęgniarek oraz położnych	159
11.12.2	Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów	163
11.12.3	Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów (styczeń – czerwiec 2021).....	167
11.12.4	Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym	168
11.12.5	Wzrost wynagrodzenia zasadniczego	172
11.13	WSKAŹNIKI	177
11.13.1	Wskaźniki wykonania badań WWBD	177
11.13.2	eSkierowania	178
11.14	RAPORT O STANIE SPŁATY RYCZAŁTU 1/12	179
11.15	OBŚŁUGA WNIOSKÓW O ZMIANĘ MIEJSCA W UMOWIE	181
12	OTWIERANIE PLIKÓW CSV UDOSTĘPNIONYCH NA PORTALU SZOI W APLIKACJACH ZEWNĘTRZNYCH	185
13	PAKIET ONKOLOGICZNY	186
13.1	LISTA UŚREDNIONYCH WSKAŹNIKÓW ROZPOZNAWANIA NOWOTWORÓW	186
13.2	LISTA INDYWIDUALNYCH WSKAŹNIKÓW ROZPOZNAWANIA NOWOTWORÓW	187
14	ZGŁOSZENIE ZMIANY DO UMOWY	189
14.1	LISTA ZGŁOSZEŃ ZMIANY DO UMOWY	190
14.2	DODANIE NOWEGO ZGŁOSZENIA ZMIANY DO UMOWY W ZAKRESIE POTENCJAŁU	191
14.2.1	Operacje dostępne dla zgłoszenia o zmianę do umowy.....	193
14.3	WERYFIKACJA ZGŁOSZENIA ZMIANY DO UMOWY	194
14.3.1	Pozycje do weryfikacji	194
14.3.2	Automatyczna weryfikacja.....	200
14.4	STRUKTURA WYGENEROWANEGO ZGŁOSZENIA ZMIANY DO UMOWY PO WERYFIKACJI	200
14.4.1	Harmonogram miejsca.....	201
14.4.1.1	Dodawanie harmonogramu	202
14.4.1.2	Przepisanie harmonogramu ze struktury	202
14.4.1.3	Graficzne dodawanie nowego harmonogramu.....	203
14.4.2	Personel medyczny.....	204
14.4.3	Zasoby	206
14.4.4	Umowy / promesy współpracy.....	208
14.5	UZUPEŁNIENIE PERSONELU MEDYCZNEGO, HARMONOGRAMÓW MIEJSCA ORAZ OKRESÓW DOSTĘPNOŚCI SPRZĘTU Z POTENCJAŁU	210

14.6	AKTUALIZACJA INFORMACJI W ZGŁOSZENIU NA PODSTAWIE RZECZYWISTEGO POTENCJAŁU.....	212
14.7	WPISANIE UWAG DOTYCZĄCYCH PRZEKAZYWANEGO ZGŁOSZENIA DO OW NFZ	212
14.8	ANULOWANIE ZGŁOSZENIA.....	212
14.9	BLOKADY PERSONELU.....	213
14.10	ZGŁOSZENIA ZMIAN DO UMOWY W RODZAJU ŚWIADCZEŃ RTM.....	213
14.10.1	Rejony do weryfikacji	213
14.10.2	Rejony	214
14.11	ZGŁOSZENIA ZMIAN DO UMOWY CZP – PILOTAŻ	215
14.12	WYDZIELONE ZASOBY - KOORDYNATORZY	215
14.13	ZATWIERDZANIE ZGŁOSZENIA ZMIAN DO UMOWY.....	217
14.14	PRZEGLĄDANIE ZESTAWIENIA ELEMENTÓW POTENCJAŁU BLOKUJĄCYCH ZATWIERDZENIE ZGŁOSZENIA O ZMIANĘ DO UMOWY..	219
14.15	BRAK ZGODY NA ZMIANĘ W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA ELEMENTU... ..	220
14.15.1	Przykład: Weryfikacja pozycji-harmonogram: Typ błędu – brak aktywnego harmonogramu.....	221
14.15.2	Przykład: Zmiana harmonogramu w Potencjale i jego podział w celu przekazania zgłoszenia zmian do umowy	223
14.16	WNIOSKI O ZGODĘ NA ZMIANĘ POTENCJAŁU W UMOWIE.....	224
14.16.1	Przeглядanie listy wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie	225
14.16.2	Dodawanie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie.....	226
14.16.3	Poprawianie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie.....	228
14.16.4	Przekazanie wniosku do OW NFZ.....	228
14.16.5	Anulowanie wniosku o zgodę na zmianę potencjału	229
14.16.6	Przeглядanie wyniku rozpatrzenia wniosku / Przeглядanie wniosku.....	229
14.17	KONFIGURACJE DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI ZGŁASZANIA ZMIAN POTENCJAŁU	230
15	PACJENT.....	233
15.1	SPRAWDZENIE WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH GRUPY.....	233
15.2	WNIOSKI NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ	233
15.2.1	Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków	234
15.2.2	Lista wniosków na chemioterapię niestandardową.....	235
15.2.3	Wprowadzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	235
15.2.4	Walidacje podczas wprowadzania wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	238
15.2.5	Podstawowe operacje na wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	239
15.2.6	Potwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	240
15.2.7	Wycofanie zgody wydanej przez OW NFZ.....	241
15.2.8	Lista zgód na chemioterapię niestandardową	241
15.2.9	Wnioski o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową	242
15.2.10	Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody.....	243
15.3	WNIOSKI NA INDYWIDUALNE ROZLICZANE ŚWIADCZEŃ TYPU 6.....	245
15.3.1	Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków	247
15.3.2	Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń typu 6	247
15.3.3	Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 6	248
15.3.4	Podstawowe operacje na wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń	253
15.3.5	Uzupełnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	253
15.3.6	Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania).....	255
15.3.7	Decyzje w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku (odwołania).....	256
15.3.8	Dostęp do wszystkich wersji dokumentu.....	256
15.3.9	Załącznik kosztowy do wniosku w kategorii 104,105,107.....	257
15.3.10	Potwierdzenie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń.....	262
15.3.11	Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	263
15.3.12	Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń oraz kosztorysu	264
15.3.13	Tworzenie kopii wniosku	264
15.4	WNIOSKI NA INDYWIDUALNE ROZLICZANE ŚWIADCZEŃ TYPU 7.....	264
15.4.1	Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków	264
15.4.2	Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń typu 7	265
15.4.3	Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	266
15.4.3.1	Dodawanie wniosku o typie 201 oraz 207	267

15.4.3.2	Dodawanie wniosku o typie 202	269
15.4.3.3	Dodawanie wniosku o typie 203	271
15.4.3.4	Dodawanie wniosku o typie 204	274
15.4.3.5	Dodawanie wniosku o typie 205	276
15.4.4	Podstawowe operacje na wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń	278
15.4.5	Uzupełnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	278
15.4.6	Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania).....	280
15.4.7	Decyzje w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku (odwołania).....	280
15.4.8	Załącznik kosztowy do wniosku w kategorii 104,105,107.....	281
15.4.9	Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	285
15.4.10	Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń oraz kosztorysu	286
15.4.11	Tworzenie kopii wniosku	286
15.5	ZGODY NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ	286
15.5.1	Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń.....	287
15.5.2	Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody.....	287
15.6	PRZYPADKI UDARÓW.....	288
15.6.1	Dodawanie nowego udaru	288
15.6.2	Zatwierdzanie informacji o udarze.....	290
15.6.3	Odtwierdzanie informacji o udarze	290
15.7	RUCH PACJENTÓW	290
15.7.1	Informacje o ruchu pacjentów	290
15.7.2	Raporty o ruchu pacjentów	292
15.8	POTWIERDZENIA E-WUŚ.....	293
15.9	KOORDYNOWANA OPIEKA NAD PACJENTKĄ W CIĄŻY (KOC)	293
15.10	ZESTAWIENIE OŚWIADCZEŃ O AKTYWACJI IKP	295
15.11	SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE	297
16	SPRAWOZDAWCZOŚĆ	303
16.1	LISTY AKTYWNE POZ/KOS.....	304
16.2	ZESTAWIENIA ZBIORCZE POZ.....	308
16.3	RAPORTY STATYSTYCZNE MEDYCZNE SWX.....	309
16.3.1	Dodawanie plików dokumentów rozliczeniowych na listę	312
16.3.2	Przeglądanie raportów zwrotnych	312
16.4	BADANIA WBX.....	313
16.5	RAPORTY STATYSTYCZNE ZPX	314
16.6	KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH	315
16.6.1	Komunikaty KLX.....	315
16.6.2	Realizacja sprawozdawczości statystyki.	316
16.6.3	Zestawienie Realizacja sprawozdawczości terminów.	316
16.7	ŻĄDANIA ROZLICZENIA	317
16.7.1	Żądanie rozliczenia świadczeń, zaopatrzenia, ryczałtu PSZ oraz WYKBAD	317
16.7.2	Żądanie rozliczenia DEKL.....	323
16.7.3	Żądanie rozliczenia DMP.....	325
16.7.4	Splata ryczałtu 1/12.....	326
16.8	RAPORTY ROZLICZENIOWE.....	328
16.9	RACHUNKI REFUNDACYJNE (MEDYCZNE).....	328
16.10	FAKTURY ELEKTRONICZNE NOWOŚĆ.....	330
16.10.1	Faktury elektroniczne z systemów SRU/SIMP	333
16.11	DOKUMENTY UPRAWNIAJĄCE	334
16.11.1	Dokumenty uprawniające – ryczałt PSZ.....	334
17	ADMINISTRATOR	337
17.1	UPRAWNIENIA E-WUŚ.....	337
17.1.1	Wnioski o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń.....	337
17.1.2	Upoważnienia operatorzy	339
17.2	UPOWAŻNIENIA KOC.....	341



17.2.1	Dodawanie upoważnienia operatora	341
17.2.2	Odbieranie upoważnienia operatora	341
17.3	OPERATORZY	342
17.3.1	Dodawanie operatora systemu	342
17.3.2	Edycja operatora systemu	343
17.3.3	Usuwanie operatora systemu	344
17.3.4	Nadawanie uprawnień operatorowi systemu	344
17.4	DOSTĘP DO SYSTEMU DIŁO	347
17.5	ZARZĄDZANIE SYSTEMAMI CENTRALNYMI - DIŁO	348
17.6	ZARZĄDZANIE SYSTEMAMI CENTRALNYMI - KOLCE	349
17.7	ZARZĄDZANIE SYSTEMAMI CENTRALNYMI - PKUŚ	350
17.8	ZARZĄDZANIE SYSTEMAMI CENTRALNYMI – AP-ZZ ZLECENIA ZAOPATRZENIA.....	351
17.9	ZARZĄDZANIE SYSTEMAMI CENTRALNYMI – SYSTEMY CENTRALNE.....	352
17.10	ALERTY.....	353
17.11	SŁOWNIKI	353
17.12	KONFIGURACJA SYSTEMU SZOI	354
18	SYSTEM – UDZIELONE ZGODY	355
18.1	WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE ADRESU EMAIL	355
18.2	WYRAŻENIE ZGODY NA AWARYJNĄ ZMIANĘ HASŁA ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ	357
18.3	ZGODA NA PRZESYŁANIE INFORMACJI O ZBLIŻAJĄCYM SIĘ KOŃCU OKRESU UPOWAŻNIENIA EWUŚ NA PODANY ADRES E-MAIL...	358
18.4	WYGENEROWANIE NOWEGO HASŁA DO SYSTEMU	359
19	ZAKOŃCZENIE PRACY W SZOI.....	361
20	DANE TECHNICZNE	361
21	REJESTR ZMIAN W DOKUMENTACJI	362

1 WPROWADZENIE

System Zarządzania Obiegiem Informacji powstał w wyniku zapotrzebowania Oddziału Wojewódzkiego NFZ na portal elektroniczny, pozwalający na dwukierunkową wymianę danych pomiędzy Oddziałem i jego kontrahentami: świadczeniodawcami, aptekami oraz realizatorami zaopatrzenia.

System został zbudowany w oparciu o technologię WEB przy uwzględnieniu wszelkich sposobów zabezpieczania dostępu do tego systemu (szyfrowanie komunikacji – SSL z kluczem 128-bitowym).

Oznacza to, że dostęp do przesyłanych danych mają tylko uprawnione osoby po stronie Oddziału NFZ oraz kontrahenci: świadczeniodawcy i apteki, które zostały zarejestrowane w systemie i uzyskały konta dostępowe do aplikacji.

W celu dodatkowego zabezpieczenia aplikacji i zawartych w niej danych, system jest monitorowany.

Poprzez wprowadzenie systemu zarządzania obiegiem informacji, każda z komórek organizacyjnych świadczeniodawcy może samodzielnie przysyłać pliki komunikatów statystycznych, rozliczeniowych i rachunków refundacyjnych. Czynność tą wykonuje się za pomocą kilku kliknięć.

Samodzielne wczytanie plików na serwer powoduje, że operator ma świadomość terminowego dostarczenia plików do OW NFZ, a także nie musi już wykonywać dodatkowych połączeń telefonicznych w celu potwierdzenia przesłania plików.

Pliki przesłane na serwer dostępowy importowane są do systemu informatycznego OW NFZ. Poprawność struktury pliku powoduje, że plik jest gotowy do przyjęcia i w przypadku dokumentów statystycznych – do weryfikacji.

Wczytanie pliku do systemu informatycznego NFZ, operator SZOI może zaobserwować w systemie. Zaimportowane pozycje listy uzyskują, bowiem nadany przez system informatyczny NFZ - kod SIKCH. Kod ten jest informacją, że format przesłanego pliku jest poprawny, a plik został wczytany i przesłany do działu rozliczeń.

Następny etap obiegu informacji stanowi przyjęcie i weryfikacja plików dokumentów statystycznych.

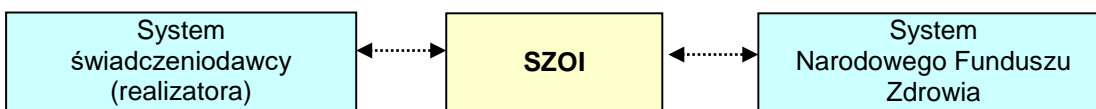
Uprawnieni pracownicy systemu informatycznego OW NFZ weryfikują wykazane pozycje raportów statystycznych i określają czy przekazany dokument jest poprawny pod kontem merytorycznym, np.: czy dla danego produktu podane są wszystkie wymagane informacje.

Jeżeli w wyniku weryfikacji, wykryte zostaną problemy, operator NFZ może udostępnić świadczeniodawcy plik raportu zwrotnego zawierający informację o błędnych pozycjach w sprawozdaniu.

Udostępnione raporty zwrotne świadczeniodawca może pobrać z systemu SZOI i na ich podstawie wprowadzić korektę raportu statystycznego.

Jak wynika z powyższego opisu, system SZOI jest aplikacją opartą na interakcjach z innymi systemami.

W ogólnym zarysie System Zarządzania Obiegiem Informacji jest przewodnikiem pomiędzy aplikacjami świadczeniodawcy, a systemem informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia.



2 LOGOWANIE DO SYSTEMU

Rozpoczęcie pracy z systemem SZOI następuje przez zalogowanie się do aplikacji w poniższym oknie:



Rys. 2.1 Logowanie do systemu

Logowanie wykonuje się za pomocą kodu PIN i hasła udostępnionego przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

- **PIN** - ciąg znaków stanowiący unikalny kod identyfikacyjny, nadany przez operatora OW NFZ.
- **Hasło** - hasło uprawniające do pracy w systemie, odpowiednie dla podanego PINu.

Zasady tworzenia hasła są następujące:

- Minimalna długość hasła: 8
- Maksymalna długość hasła: 20
- Hasło nie może się powtarzać przynajmniej 6 razy wstecz
- Wymagany jest przynajmniej jeden znak z zestawu: abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
- Wymagany jest przynajmniej jeden znak z zestawu: ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
- Wymagany jest przynajmniej jeden znak z zestawu: 0123456789
- Opcjonalnie można podać znak z zestawu: !@-_#\$%&*
- Maksymalna dopuszczalna liczba występujących po sobie identycznych znaków: 3

Operator ponosi pełną odpowiedzialność za zmiany wprowadzone w systemie, mające wpływ na rozliczenie z NFZ. Z tego tytułu udostępnianie PIN-u i hasła osobom trzecim jest niedozwolone.

Praca w systemie jest monitorowana.

Zalecane jest, aby po wykonaniu pierwszego logowania do systemu, operator skorzystał z operacji dostępnych w obszarze *Administrator*, w celu dodania nowych operatorów systemu. Każdy operator systemu może mieć zdefiniowane uprawnienia, zależne od powierzonych mu zadań.

Informacje o planowanych blokadach w dostępie do systemu wyświetlane są na pierwszej stronie logowania.

Do systemu wprowadzono automatyczny mechanizm powiadamiania o zbliżających się okresach niedostępności. Dodatkowo po zalogowaniu się do systemu dynamicznie wyświetlany będzie czas pozostały do uruchomienia blokady w prawym górnym rogu ekranu.

Podczas logowania może pojawić się komunikat przekazujący ważną informację z OW NFZ:

Lista komunikatów do potwierdzenia					
	Lp.	Wymagany	Nr kom.	Temat	Operacje
2 pozycje	<input type="checkbox"/>	1. ! Tak	206138	Akceptacja wniosku o zmianę danych działalności	Odczyt
	<input type="checkbox"/>	Nie	205988	Zmiana konfiguracji na poziomie umowy	Odczyt

Rys. 2.2 Komunikat świadczeniodawcy

3 OBSZARY PRACY W SYSTEMIE SZOI

Niezależnie od obszaru pracy w systemie SZOI wyświetlana jest informacja na temat wersji i nazwy aplikacji oraz dane zalogowanego operatora. Informacje te wyświetlane są w lewym górnym rogu okna.

W przypadku, gdy system odnotował błędne logowanie, w górnej części wyświetlany będzie odpowiedni komunikat wraz z datą ostatniego błędnego logowania.

Charakterystyczną cechą aplikacji jest menu wyboru obszaru pracy. Podobnie jak w przypadku wielu programów lokalnych, SZOI, jako aplikacja WEB posiada pasek menu. W tym wypadku jest to niebieski pasek, zawierający nazwy poszczególnych obszarów. Przejście do odpowiedniego obszaru uzyskuje się klikając w nazwę obszaru.

INFORMACJE	Obszar zawiera podstawowe informacje na temat Portalu SZOI, w tym Regulamin korzystania z systemu.
KOMUNIKATY	Obszar zawiera listę komunikatów NFZ przeznaczonych dla operatora.
POTENCJAŁ	Obszar zawiera informacje na temat potencjału świadczeniodawcy – min. struktury organizacyjnej, wykonawczej oraz zasobów. Za pomocą dostępnych funkcji oferent wprowadza swój potencjał umożliwiający realizację kontraktów z NFZ.
REALIZATOR	Menu dostępne tylko dla świadczeniodawców będących realizatorami zaopatrzenia. Funkcja ta umożliwia prace związane z zaopatrzeniem medycznym
UMOWY	Obszar zawiera listę umów zawartych z NFZ na świadczenie usług medycznych. W miejscu tym można także znaleźć zgody na wcześniejsze rozliczenie, zgłoszenia zmian do umowy oraz konta bankowe.
PACJENT	W części tej znajduje się funkcjonalność związana z świadczeniobiorcami.
SPRAWOZDAWCZOŚĆ	Obszar umożliwia rozliczanie świadczeń z NFZ.
ADMINISTRATOR	



	Obszar zawiera operacje umożliwiające dodawanie, edycję oraz usuwanie operatorów systemu SZOI, definiowanie uprawnień operatora oraz alerty.
SYSTEM	Obszar zawiera opcje umożliwiające prawidłowe zakończenie pracy z aplikacją SZOI oraz zmianą hasła.

Rekord na którym aktualnie pracuje operator oznaczony jest pomarańczową krawędzią.

Wiersz tabeli jest kolorowany jedynie w specjalnych przypadkach, tzn. gdy funkcjonalność związana z tabelą taki fakt przewiduje np. oznaczenie kolorem żółtym zgłoszenia zmian do umowy, które posiada pozycje do weryfikacji.

4 KOMUNIKATY

Obszar **Komunikaty** umożliwia operatorom odczyt komunikatów przesyłanych przez NFZ. Wszystkie komunikaty administracyjne, jakie otrzyma świadczeniodawca, będą posiadały priorytet "**STANDARD**", a komunikaty systemowe priorytet "**NISKI**".

Komunikaty operatora							
Lp.	Nr kom.	Priorytet	Data publikacji	Kategoria/ Podkategoria/ Źródło komunikatu	Temat	Dane wrażliwe	Operacje
1.	237206	N	2022-03-08 09:02	K: Obsługa umów/ugód P: Zgłoszenie zmiany do umowy Z: Systemowy	Informacja o umożliwieniu dodania zgłoszenia zmian do umowy na statucie "Wprowadzona" <i>Uwaga: zgoda</i>	Nie	Odczyt
2.	237205	N	2022-03-08 08:39	K: Obsługa umów/ugód P: Zgłoszenie zmiany do umowy Z: Systemowy	Informacja o anulowaniu zgłoszenia zmian do umowy	Nie	Odczyt

Rys. 4.1 Komunikaty operatora

Komunikaty pojawiające się automatycznie po zalogowaniu operatora do systemu są wyświetlane w formie listy z możliwością odczytu treści poszczególnych komunikatów (z wyjątkiem komunikatów, dla których wymagane jest wprowadzenie jakiś danych – te wyświetlane są pojedynczo). Operator może potwierdzić grupowo odczyt komunikatów z listy (wszystkich lub wybranych) zaznaczając „haczyk” w kolumnie *Potwierdzam odczyt* oraz potwierdzając wybór (opcja **Potwierdź zaznaczone**).

W dolnej części listy komunikatów wyświetlanych automatycznie po zalogowaniu, mogą pojawić się następujące opcje:

- Anuluj i wyjdź z systemu** - gdy chociaż jeden komunikat oznaczony jest jako *Wymagany* (wymaga potwierdzenia przy logowaniu).
- Anuluj** - gdy wszystkie komunikaty nie mają obowiązku potwierdzenia.
- Potwierdź zaznaczone** - potwierdzenie odczytania komunikatu (opcja pojawia się po zaznaczeniu przynajmniej jednego komunikatu).

Lista komunikatów do potwierdzenia							
Lp.	Wymagany	Nr kom.	Temat	Dane wrażliwe	Operacje		
<input type="checkbox"/>	1.	Nie	237371	Komunikat dla 150005666 z danymi wrażliwymi	Tak	Odczyt	
<input type="checkbox"/>	2.	Tak	237321	15877 - BEZ - Potencjał	Nie	Odczyt	

Rys. 4.2 Komunikaty wyświetlone po zalogowaniu się operatora

Jeżeli komunikat został oznaczony przez NFZ jako zawierający dane wrażliwe to tylko operatorzy posiadający uprawnienie **Prawo dostępu do danych wrażliwych** będą mogli przeczytać treść i pobierać załączniki tak oznaczonego komunikatu. Operatorzy nieposiadający powyższego uprawnienia będą widzieć jedynie temat komunikatu, a zamiast treści tekst 'Komunikat zawiera dane wrażliwe'.

W lutym 2020 roku do kolumny *Temat* dodano dodatkowe informacje:

- dla kategorii komunikatu *Umowy: Zmiana konfiguracji dozwolonych operacji* dodano sekcję *Opis* z zawartością zgodną z opisem wprowadzonym przez pracownika OW NFZ podczas zmian konfiguracji umów.
- dla kategorii komunikatu *Umowy: Zgłoszenie zmian do umowy* dodano sekcję *Uwagi* z zawartością zgodną z uwagami wprowadzonymi przez pracownika OW NFZ podczas weryfikacji zgłoszeń zmian do umowy.

Jeżeli pracownik OW NFZ nie wprowadził żadnej informacji dla świadczeniodawcy, powyższe sekcje nie zostaną

wyświetlone. Informacje w sekcji *Opis / Uwagi* widoczne są tylko dla nowych komunikatów, wysłanych po wdrożeniu powyższej funkcjonalności.

W celu ułatwienia przeglądania listy komunikatów i odróżnienia tych pozycji, które były już przeglądane od nowo przekazanych wiadomości, w systemie zastosowano wyróżnik wiadomości nieodczytanych. Ten prosty element powoduje, że nowe wiadomości wyróżniają się z pełnej listy komunikatów, dzięki czemu operator nie jest zmuszony do przeglądania wszystkich informacji.

Odczyt nieodczytany	Odczyt odczytany
-------------------------------	----------------------------

Odczyt komunikatu operatora pozwala na zapoznanie się z treścią przekazanego komunikatu, a także pobranie załączników, które zostały dołączone do wiadomości oraz jego wydruk.

Opcja **Drukuj** umożliwia wydrukowanie komunikatu.

W przypadku, gdy komunikat zawiera plik załącznika przy polu **Załącznik** wyświetlona jest ikona pobierania pliku wraz z nazwą pliku. Kliknięcie w ikonę (lub nazwę) spowoduje rozpoczęcie procesu pobierania.

4.1 Kategorie komunikatów – wrzesień 2021

W części *Komunikaty* -> *Kategorie komunikatów* poświęconej zarządzaniu kategoriami komunikatów, administrator (operator z nadanym uprawnieniem *Administracja kontrahentem*) ma możliwość przypisania każdego operatora (posiadającego uprawnienie *Odczyt komunikatów operatora*) do danej kategorii komunikatu. **Operator kontrahenta będzie widział po zalogowaniu oraz na liście komunikatów tylko te wiadomości, które należą do kategorii do których jest w danym momencie przypisany.** Aby powyższa funkcjonalność była dostępna, należy najpierw zdefiniować odpowiedni parametr systemowy w części *Administrator* -> *Konfiguracja systemu SZOI* (szczegóły w rozdziale [Konfiguracja systemu SZOI](#)).

W momencie wdrożenia funkcjonalności, wszyscy aktywni operatorzy posiadający uprawnienie 'Odczyt komunikatów operatora' zostaną domyślnie przypisani do każdej z kategorii.

Bez ustawienia parametru oraz przypisania kategorii, uprawnienia do komunikatów będą działały na zasadach obowiązujących przed wdrożeniem zmian w systemie (każdy operator może przeglądać wszystkie komunikaty, jeżeli ma nadane uprawnienie *Odczyt komunikatów operatora*).

Zarządzanie kategoriami komunikatów			
<input type="text" value="Login"/>	<input type="text" value="Zawiera"/>	<input type="text" value="Szukaj"/>	9 pozycji
Lp.	Obsługa	Login	Nazwisko i imię
1.	Kategorie	D\NAZWISKO	NAZWISKO DAWID
2.	Kategorie	T\NAZWISKO	NAZWISKO TOMASZ
3.	Kategorie	G\NAZWISKO1	NAZWISKO_1 GRZEGORZ

Rys. 4.3 Zarządzanie kategoriami komunikatów

Aby przypisać operatora do poszczególnych kategorii, należy:

1. W części *Zarządzanie kategoriami komunikatów* wybrać opcję **Kategorie**.
2. W kolumnie **Zezwól** zaznaczyć odpowiednie kategorie w ramach których operator będzie mógł odczytywać komunikaty i potwierdzić zmianę.
3. Jeżeli kategoria została dezaktywowana przez OW NFZ zostanie ona oznaczona jako nieaktywna. Jednak komunikaty do niej przypisane będą dalej widoczne.
4. Główne konto administracyjne kontrahenta będzie zawsze przypisane do wszystkich kategorii.

Kategorie komunikatów
Operator: DŃAZWISKO (DŃAWID NŃAZWISKO)

Nazwa Zawiera Szukaj

10 pozycji

Lp.	Zezwól	Nazwa
1.	<input type="checkbox"/>	Personel medyczny (kategoria nieaktywna)
2.	<input checked="" type="checkbox"/>	Obsługa umów/ugód
3.	<input checked="" type="checkbox"/>	Potencjał
4.	<input type="checkbox"/>	Świadczeniodawca (kategoria nieaktywna)
5.	<input checked="" type="checkbox"/>	Ogólna
6.	<input type="checkbox"/>	Rozliczenia - rachunki
7.	<input type="checkbox"/>	Sprawozdawczość
8.	<input checked="" type="checkbox"/>	COVID
9.	<input checked="" type="checkbox"/>	Recepty/Leki
10.	<input checked="" type="checkbox"/>	Informatyka - IT

Rys. 4.4 Przypisywanie operatora do kategorii komunikatów

5 ZMIANY W POTENCJALE OD LISTOPADA 2015

Główne założenia:

Podmiot (firma / działalność gospodarcza) może mieć zarejestrowanych kilka rodzajów działalności. W związku z tym w procesie rejestracji danych do Portalu SZOI, kontrahent może wykonać jedną rejestrację na jeden rodzaj działalności (np.: podmiot leczniczy) i w ramach wygenerowanego do tej rejestracji konta dostępowego, uzupełnić / aktualizować strukturę potencjału.

Stąd struktura potencjału determinowana jest przez rodzaj działalności zarejestrowanego podmiotu.

Rodzaje działalności a struktura potencjału

Rodzaj działalności	Struktura uzupełniana w Portalu SZOI po wdrożeniu
Działalność lecznicza – podmiot leczniczy	<ul style="list-style-type: none"> • przedsiębiorstwa – jednostki organizacyjne – komórki organizacyjne – miejsca udzielania świadczeń, • przedsiębiorstwa – jednostki organizacyjne będące miejscem udzielania świadczeń, • przedsiębiorstwa – komórki organizacyjne – miejsca udzielania świadczeń
Działalność lecznicza – praktyka zawodowa	<ul style="list-style-type: none"> • miejsca udzielania świadczeń
Apteka	<ul style="list-style-type: none"> • apteka rejestrowana jako miejsce udzielania świadczeń
Osoby uprawnione do udzielania świadczeń – osoba fizyczna	<ul style="list-style-type: none"> • miejsca udzielania świadczeń
Realizator ZPO – działalność gospodarcza	<ul style="list-style-type: none"> • miejsca udzielania świadczeń
Apteka z zaznaczoną funkcją realizatora ZPO	<ul style="list-style-type: none"> • miejsca udzielania świadczeń
Świadczenie innych usług (niż wymienione powyżej) w ramach podwykonawstwa	<ul style="list-style-type: none"> • miejsca udzielania świadczeń

Zmiany w Portalu SZOI:

I. Portal SZOI – rejestracja:

1. Wprowadzenie nowego formularza rejestracyjnego zunifikowanego wg rodzaju działalności.

II. Portal SZOI – praca w systemie:

1. W procesie uzupełniania struktury potencjału zrezygnowano z rejestracji nadmiarowych elementów struktury, np.: brak konieczności rejestrowania komórki organizacyjnej w działalności realizatora ZPO. Stąd:
 - a) Usunięto funkcjonalność uzupełniania nadmiarowych informacji zgodnie z tabelą **Rodzaje działalności a struktura**,
 - b) **Nadmiarowo wprowadzone dane** (zwane dalej „Strukturą nadmiarową”) **zostały ukryte – nie będą widoczne dla użytkowników oraz nie będą dostępne do edycji.**
 - c) Ukryte zostały powiązania pomiędzy Miejscem udzielania świadczeń, a strukturą nadmiarową. Posługując się dalej przykładem realizatora ZPO – w czasie edycji danych miejsca udzielania świadczeń nie będzie widoczna informacja o jednostce / komórce organizacyjnej.
2. Definiowanie struktury jednostek i komórek we wszystkich zdefiniowanych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego – zmiany w funkcjonalności:
 - a) Menu: Potencjał > Struktura organizacyjna > Przedsiębiorstwa; okno: Lista *Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego*

- i. Dodano operację: Jednostki – wyświetla listę jednostek organizacyjnych przynależnych do przedsiębiorstwa
 - ii. Dodano operację: Komórki - wyświetla listę komórek organizacyjnych przynależnych do przedsiębiorstwa;
- b) Menu: Potencjał > Struktura organizacyjna > Jednostki organizacyjne; okno: Lista *Jednostki organizacyjne*
 - i. Zmodyfikowano funkcjonalność dla operacji: Edytuj
 - 1. Pola: Przedsiębiorstwo i Lokalizacja jest wymagane do uzupełnienia. (Informacja w strukturze musi być uzupełniona dla danych wykorzystywanych w ofercie, przed generacją nowej wersji potencjału (*.sps). Nieuzupełnienie informacji w strukturze archiwalnej, nie będzie miało wpływu na przygotowanie oferty w NFZ-KO).
 - 2. Zmiana Przedsiębiorstwa, do którego jest przynależna Jednostka organizacyjna, spowoduje wymaganie podania daty zmiany przynależności organizacyjnej
 - ii. Dodano operację: Przynależność – wyświetla listę okresów czasu przynależności Jednostki organizacyjnej do Przedsiębiorstwa;
 - iii. Dodano filtr: Przedsiębiorstwo – umożliwia wyświetlenie Jednostek organizacyjnych przynależnych do Przedsiębiorstwa.
 - iv. W przypadku Jednostek organizacyjnych, będących miejscem udzielania świadczeń, operacje *Harmonogram, Profile, Zmiana specjalności* **przeniesione** zostały na poziom obsługi miejsca udzielania świadczeń.
- c) Menu: Potencjał > Struktura organizacyjna > Komórki organizacyjne; okno: Lista *Komórki organizacyjne*
 - i. Oznaczono w systemie komórki organizacyjne, które nie posiadają powiązania z miejscem udzielania świadczeń – na liście Komórki organizacyjne, w kolumnie: „Nazwa” wyświetlany będzie opis w kolorze czerwonym: *Brak miejsca*. Postępowanie: nie jest wymagane wykonanie żadnych czynności.
 - ii. Zmodyfikowano funkcjonalność dodawania Komórki organizacyjnej
 - iii. Zmodyfikowano funkcjonalność dla operacji: Edytuj
 - 1. Jeśli zaznaczono pole: Komórka działająca poza jednostką organizacyjną, to wymagane jest uzupełnienie pola Przedsiębiorstwo;
 - 2. Jeśli nie zaznaczono pola: Komórka działająca poza jednostką organizacyjną, to wymagane jest podanie Jednostki organizacyjnej (bez zmian)
 - 3. Jeśli w czasie edycji Jednostki organizacyjnej zmieniona zostanie przynależność do przedsiębiorstwa, wymagane będzie podanie daty zmiany przynależności organizacyjnej.
 - 4. Zmiana VIII części kodu resortowego została przeniesiona na poziom obsługi Miejsca udzielania świadczeń.
 - iv. przeniesiono operacje dostępne dla komórki organizacyjnej:
 - 1. w przypadku komórek, dla których istnieje miejsce udzielania świadczeń dostępne będą operacje (kolumna: Operacje): *Podgląd, Edytuj, Dezaktywuj, Przynależność, Miejsca*. Pozostałe opcje dostępne wcześniej dla komórki (*Harmonogramy, Profile*) zostały **przeniesione** na poziom obsługi miejsca udzielania świadczeń;
 - 2. w przypadku komórek, dla których nie istnieje miejsce udzielania świadczeń, dostępne będą wszystkie dotychczasowe operacje (kolumna: Operacje): *Podgląd, Edytuj, Dezaktywuj, Przynależność, Harmonogramy, Profile, Miejsca*. **Operacje: *Harmonogram, Profile* zostaną przeniesione na poziom Miejsca udzielania świadczeń, po jego dodaniu.**
 - v. Dodano operację: Przynależność - wyświetla listę okresów czasu przynależności Komórki organizacyjnej do Przedsiębiorstwa (bezpośrednio lub pośrednio);
- d) Menu: Potencjał > Struktura wykonawcza > Lokalizacje; okno: Lokalizacje
 - i. W polu Ulica zastosowano słownik ulic GUS
 - 1. Uzupełnienie nazwy ulicy można wykonać przez wyszukanie nazwy w słowniku lub wprowadzenie nazwy ulicy w polu tekstowym wraz z nazwą miejscowości pisaną w nawiasach kwadratowych, np.: 1 Maja [Katowice]

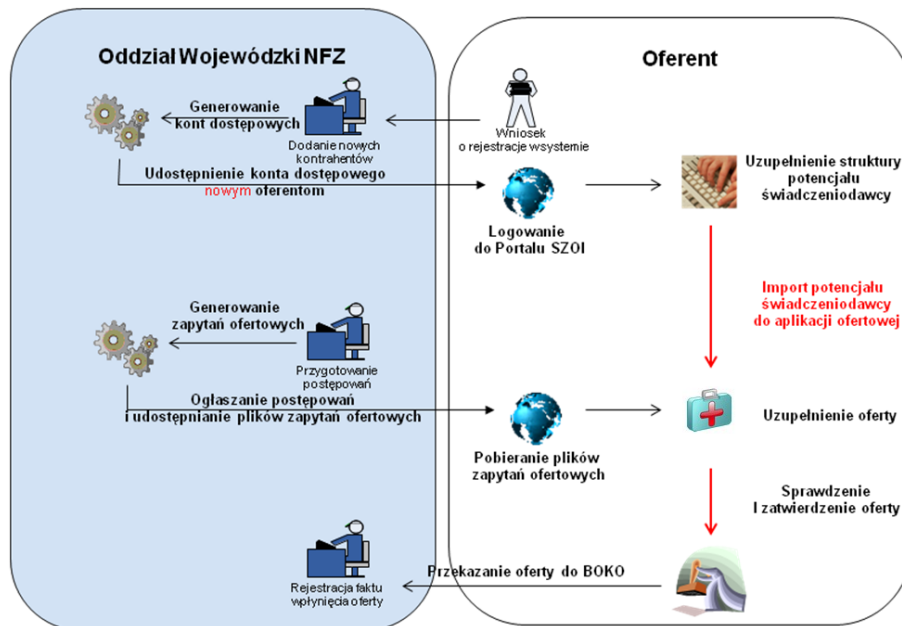
2. Dla nazw ulic zapisanych w lokalizacjach w Portalu SZOI, dla których jednoznacznie da się określić nazwę miejscowości zgodną z pozycją słownika ulic GUS, system wykona automatyczne przyporządkowanie. Jeśli system nie wykona automatycznego uzupełnienia nazwy ulicy, zmiana danych adresowych będzie musiała być obsłużona za pomocą wniosku o zmianę danych lokalizacji.

Uzupełnienie nie jest wymagane do generacji pliku SPS.
3. Pole: Ulica, pozostaje niewymagane.
 - ii. Uzupełnienie nazwy ulicy powoduje uzupełnienie nazwy Miejscowości
- e) Menu: Potencjał > Struktura wykonawcza > Miejsce udzielania świadczeń; okno: Miejsca udzielania świadczeń
 - i. Ujednolicono listę operacji dostępnych na poziomie Miejsca udzielania świadczeń. Po wdrożeniu, na liście Miejsc udzielania świadczeń dostępne będą operacje:
 1. Podgląd
 2. Edytuj
 3. Dezaktywuj
 4. Zasoby (sprzętowe)
 5. Przepnij zasoby
 6. Personel
 7. Lokalizacje
 8. Harmonogramy (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej)
 9. Profile (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej)
 10. Wnioski o dezaktywację miejsca
 11. Okresy zawieszenia działalności (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej)
 12. Wnioski zmiany specjalności (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej)
 13. Zmiana specjalności (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej; umożliwia złożenie wniosku o zmianę VIII cz. k.r.)
 14. Wnioski o zmianę lokalizacji (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej)
 15. Procedury / zabiegi (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej) – dotyczy tylko UZD
 16. Profile uzdrowiskowe (przeniesione z poziomu Komórki organizacyjnej) – dotyczy tylko UZD
3. W rodzaju działalności: Podmiot leczniczy, przynależność: Przedsiębiorstwo – Jednostka organizacyjna oraz Przedsiębiorstwo – Komórka organizacyjna definiowane jest w okresach czasu, tzn.:
 - a) W każdym z istniejących przedsiębiorstw podmiotu leczniczego będzie możliwe zdefiniowanie listy jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych wyróżnionych **bezpośrednio** w strukturze tego przedsiębiorstwa
 - b) Relacja łącząca jednostkę / komórkę organizacyjną i przedsiębiorstwo będzie obowiązywała w określonym czasie
 - c) Ta sama jednostka / komórka w różnych okresach czasu będzie mogła należeć do różnych przedsiębiorstw
 - d) Przedziały czasu określające przynależność jednostki / komórki do przedsiębiorstwa muszą być rozłączne to znaczy, że w każdym dniu jednostka może należeć tylko do jednego przedsiębiorstwa
 - e) Przedziały czasu określające przynależność jednostki / komórki do przedsiębiorstwa muszą być ciągłe to znaczy nie może wystąpić dzień, w którym nie będzie określona przynależność
 - f) Jednostka / komórka może należeć do dowolnego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego zdefiniowanego w ramach tego samego wpisu (tej samej pozycji rejestru).
4. Generacja wersji profilu świadczeniodawcy może być wykonana na wskazany dzień (w przyszłości):
 - a) Wersja profilu generowana bez uzupełnienia daty będzie zawierała dane aktualne na dzień generacji – w profilu nie zostaną uwzględnione informacje o potencjalnie deklarowanym oraz potencjale, którego okres dostępności rozpoczyna się w przyszłości;
 - b) Wersja profilu generowana z uzupełnieniem daty, będzie zawierała dane aktualne na wskazany dzień, np.: w przypadku przygotowania danych struktury do ofert na okres od 01-01-2016 warto wybrać Weryfikację poprawności danych na dzień 01-01-2016, gdyż wówczas uwzględnione zostaną zasoby dostępne od 1 stycznia 2016r.

6 POTENCJAŁ PODMIOTU LECZNICZEGO

W obszarze **POTENCJAŁ** dostępne są funkcje przeglądania i edycji danych struktury świadczeniodawcy. Ich dostępność uzależniona jest od rodzaju podmiotu. Funkcje te zostały wprowadzone na skutek wdrożenia zmian w procesie kontraktowania świadczeń od 2008 rok pozwalają na obsługę danych dotyczących:

- podmiotu/działalności
- struktury organizacyjnej;
- struktury wykonawczej;
- zasobów (zasobów/zatrudnionego personelu);
- wydzielonych zasobów;
- umów/promes współpracy;
- wersji profilu;
- harmonogramu pracy;



Rys. 6.1 Obieg dokumentów w procesie przygotowania ofert

W obiegu dokumentów do przygotowania ofert uwzględnia się następujące kroki:

1. Złożenie wniosku o rejestrację kontrahenta w systemie (**dotyczy tylko świadczeniodawców, którzy nie posiadają konta dostępowego do systemu SZOI**);
2. Logowanie do Portalu SZOI i uzupełnienie struktury potencjału;
3. Instalację aplikacji konkursowej;
4. Import zapytania ofertowego do aplikacji konkursowej;
5. Import pliku profilu świadczeniodawcy do aplikacji konkursowej;
6. Przygotowanie oferty;
7. Przekazanie oferty wraz z wymaganymi dokumentami formalnymi do OW NFZ.

6.1 Podmiot (właściciel)

W obszarze **Podmiot (właściciel)** można uzyskać wszystkie informacje, które zostały podane podczas rejestracji kontrahenta w systemie oddziałowym. Informacje przedstawione są w zakładkach, których nazwy odpowiadają zebranym w nich danym. Zakładka *Osoby upoważnione* przedstawia dane z rejestru osób upoważnionych dla zalogowanego kontrahenta bez możliwości edycji danych.

Rys. 6.2 Dane podmiotu

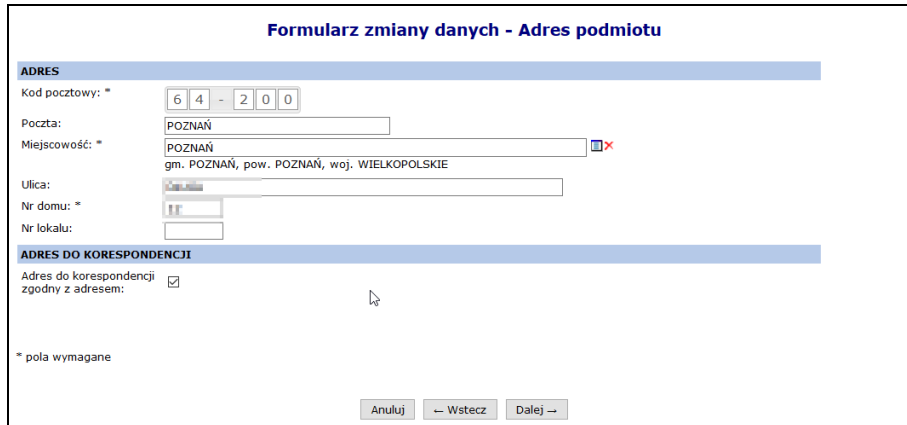
Informacje w tej części systemu mogą być edytowane przy użyciu opcji **Edytuj dane podmiotu**. Operator może zmodyfikować/dodać następujące informacje:

- Nazwę
- Formę organizacyjno-prawną
- Wpisy do rejestrów podmiotów
- Dane kontaktowe

Rodzaj rejestru	Organ rejestrujący	Nr wpisu	Data wpisu	Data ost. aktualizacji	Typ zmian	Operacja
WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Krajowy Rejestr Sądowy	XXXXXXXXXX	2016-09-28	2016-09-28	bez zmian	edytuj usuń
WPIS Z CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	MINISTER GOSPODARKI	XXXXXXXXXX	2015-01-01	2015-01-01	bez zmian	edytuj usuń

Rys. 6.3 Formularz zmiany danych - podmiot

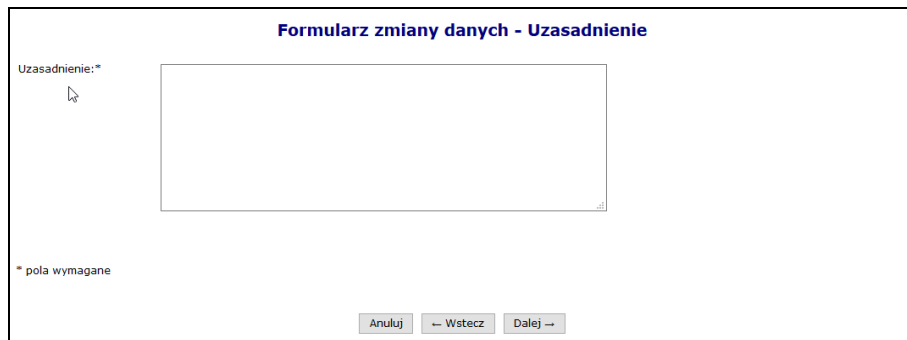
W drugim etapie można zmodyfikować adres oraz adres do korespondencji:



Rys. 6.4 Dodawanie podmiotu prowadzącego działalność – Forma

Oznaczenie opcji Adres do korespondencji zgodny z adresem: umożliwi modyfikację adresu do korespondencji.

Jeżeli operator zmodyfikował jakieś dane musi w kolejnym kroku wprowadzić **Uzasadnienie** ich edycji/usunięcia:



Rys. 6.5 Uzasadnienie zmiany danych podmiotu

W ostatnim etapie zmiany danych podmiotu, wyświetlane jest **Podsumowanie**, które zawiera zestawienie zmodyfikowanych danych. **Pozycje oznaczone kolorem zielonym oznaczają edycję, a kolorem czerwonym usunięcie.**

Formularz zmiany danych - Podsumowanie

Podmiot gospodarczy					
	Przed	Po			
Nazwa	PODMIOT - WŁAŚCICIEL	PODMIOT - WŁAŚCICIEL			
Kod: 0700					
Forma organizacyjno-prawna	Nazwa: DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ	Kod: 1300 Nazwa: SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ			
Podmiot tworzący	Kod: - Nazwa: -	Kod: - Nazwa: -			
NIP	7871287793	7871287793			
REGION	Wielkopolska	Wielkopolska			
Typ zmian	edycja (wniosek)				
Uzasadnienie	Uzasadnienie				
Dane kontaktowe					
	Przed	Po			
Telefon	0112222222	0112222222			
Fax	0112222222	0112222222			
E-mail	0112222222	0112222222			
Strona WWW	-	-			
Adres					
	Przed	Po			
Kod pocztowy	60-000	60-000			
Pocztą	Poznań	Poznań			
Miejscowość	POZNAŃ (GM. POZNAŃ, WIELKOPOLSKIE)	KABANKA (GM. BIECZ, MAŁOPOLSKIE)			
Ulica	Ulica	Ulica			
Nr domu	11	11			
Nr lokalu	-	-			
Adres do korespondencji					
	Przed	Po			
Kod pocztowy	60-000	60-000			
Pocztą	Poznań	Poznań			
Miejscowość	POZNAŃ (GM. POZNAŃ, WIELKOPOLSKIE)	KABANKA (GM. BIECZ, MAŁOPOLSKIE)			
Ulica	Ulica	Ulica			
Nr domu	11	11			
Nr lokalu	-	-			
Wpisy do rejestrów					
Rodzaj rejestru	Organ rejestrujący	Nr wpisu	Data wpisu	Data ost. aktualizacji	Typ zmian
WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Krajowy Rejestr Sądowy	123456789	2016-09-28	2016-09-28	bez zmian
WYPIS Z CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	MINISTER GOSPODARKI	123456789	2015-01-01	2015-01-01	do usunięcia (wniosek)

Rys. 6.6 Podsumowanie zmiany danych podmiotu

Po wybraniu opcji zostanie wygenerowany wniosek o zmianę danych podmiotu:

Formularz zmiany danych

Wygenerowany został wniosek o numerze WP-2016-09-29-001766.

Rys. 6.7 Zmiana danych podmiotu – Generacja wniosku

Złożenie wniosku o zmianę danych podmiotu skutkuje wysłaniem powiadomienia do wszystkich istniejących kont związanych z działalnością podmiotu poza kontem, z którego taki wniosek został złożony.

6.2 Działalność

W obszarze **Działalność** można uzyskać wszystkie informacje związane z działalnością. Informacje przedstawione są w zakładkach, których nazwy odpowiadają zebranym w nich danym. Zakładka *Osoby upoważnione* przedstawia dane z rejestru osób upoważnionych dla zalogowanego kontrahenta bez możliwości edycji danych.

Dane podmiotu/działalności

[Edytuj dane działalności](#) [Dodaj okres zawieszenia](#)

[Podmiot \(właściciel\)](#) [Działalność](#)

Działalność	
Oddział Woj. NFZ:	OW NFZ W POZNANIU
Kod w bazie OW:	
Zakres prowadzonej działalności:	Kod: 1 Nazwa: PODMIOT LECZNICZY
Forma działalności:	Kod: 20 Nazwa: PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)
Nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KL & SPÓŁKA
Data rozpoczęcia działalności:	2001-01-01
Data zakończenia działalności:	-
Czy realizator zaopatrzenia:	<input type="checkbox"/>
Nr wpisu do RPWDL:	
Podmiot publiczny:	<input type="checkbox"/>

[Wpisy do rejestrów](#) [Certyfikaty](#) [Okresy zawieszenia](#) [Dane kontaktowe](#) [Osoby upoważnione](#)

Wpisy do rejestrów					
Rodzaj rejestru	Organ rejestrujący	Nr wpisu	Data wpisu	Data ost. aktualizacji	Aktywność
WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Wojewoda Wielkopolski		2018-08-04	2021-08-04	Tak

Rys. 6.8 Dane działalności

Informacje w tej części systemu mogą być edytowane przy użyciu opcji [Edytuj dane działalności](#).

Operator może zmodyfikować/dodać następujące informacje:

- **Formę prowadzenia działalności**
- **Zakres działalności**
- **Nazwę**
- **Datę rozpoczęcia działalności:**
- Czy działalność zalicza się jako **Realizator zaopatrzenia**
- **Wpisy do rejestrów działalności**
- **Dane kontaktowe** – pole *Osoba reprezentująca* może się składać maksymalnie z 750 znaków.

Jeżeli dokonano zmiany zakresu działalności, system przeprowadzi weryfikację poprawności kombinacji docelowego zakresu działalności - formy prowadzenia działalności. Podczas tej operacji system sprawdza:

1. Zmiana na 1-PODMIOT LECZNICZY:
 - a. Czy istnieją miejsca udzielania świadczeń, które muszą zostać zdezaktywowane zanim zostanie dokonana zmiana zakresu działalności – walidacja blokująca
2. Zmiana z/na 1-PODMIOT LECZNICZY lub 2-PRAKTYKA ZAWODOWA:
 - a. Czy w systemie widnieją umowy na udzielanie świadczeń, gdzie działalność została utworzona przed datą rozpoczęcia działalności leczniczej – ostrzeżenie: „*Uwaga! Zmiana będzie obowiązywała od początku funkcjonowania działalności, a nie od daty jej przekształcenia.*”
 - b. Czy istnieją wpisy do rejestru działalności wymagające dezaktywacji ze względu na niezgodność z docelowym zakresem działalności – walidacja blokująca,
 - c. Czy istnieją odpowiednie wpisy do rejestru działalności wymagane w docelowym zakresie działalności – walidacja blokująca,
3. Zmiana na 5 – PODWYKONAWCA INNY NIŻ ŚWIADCZENIODAWCA
 - a. Czy w systemie istnieją umowy na świadczenia dla danej działalności (niezależnie od okresu obowiązywania) – walidacja blokująca.
4. Zmiana z 6 – APTEKA / PUNKT APTECZNY
 - a. Czy w systemie istnieją umowy na realizację recept dla danej działalności (niezależnie od okresu obowiązywania) – walidacja blokująca.
5. Zawsze
 - a. Czy bieżąca forma prowadzenia działalności jest zgodna z docelowym zakresem – walidacja blokująca,
 - b. Czy bieżąca forma prowadzenia działalności jest zgodna z docelowym zakresem – walidacja blokująca,

Jeśli forma prowadzenia działalności będzie niewłaściwa w kontekście wskazanego zakresu działalności, konieczne będzie wybranie właściwej formy ze słownika.

Wpisy do rejestru działalności – system zweryfikuje poprawność wpisów w kontekście nowego zakresu działalności - niezgodne wpisy będą musiały zostać usunięte.

Jeżeli forma organizacyjno-prawna Podmiotu(właściciela) (po zmianie zakresu działalności/formy działalności) nie będzie zgodna ze wskazanym zakresem, konieczna będzie dodatkowo zmiana następujących danych Podmiotu(właściciela):

1. Forma organizacyjno-prawna – słownik form organizacyjno-prawnych właściwych dla wskazanego wcześniej zakresu działalności oraz formy prowadzenia działalności
2. Wpisy do rejestrów podmiotu – pole widoczne tylko w przypadku wymagalności zmiany danych

W zależności od zakresu wprowadzonych zmian zostanie wygenerowany wniosek o zmianę danych działalności lub wniosek o zmianę danych działalności i podmiotu (jeśli konieczna była zmiana danych podmiotu).

Dopóki wniosek o zmianę danych działalności i podmiotu nie zostanie rozpatrzony, nie będzie można złożyć wniosku o umowę na realizację recept i odwrotnie.

Formularz zmiany danych - Działalność

DANE PODSTAWOWE

Forma prowadzenia działalności:* PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)

Zakres działalności:* PODMIOT LECZNICZY

Nazwa:* ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Data rozpoczęcia działalności: 2001-01-01

Realizator zaopatrzenia:

Wpisy do rejestrów działalności:*

Rodzaj rejestru	Organ rejestrujący	Nr wpisu	Data wpisu	Data ost. aktualizacji	Typ zmian	Operacja
WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Wojewoda Wielkopolski		2015-01-01	2019-11-05	bez zmian	edytuj usuń

DANE KONTAKTOWE

Telefon:

Fax: 555555

E-mail: TEST@TEST.PL

Strona WWW:

Osoba reprezentująca:

* pola wymagane

Rys. 6.9 Formularz zmiany danych - Działalność

W drugim etapie można zmodyfikować informacje związane z certyfikatami przy pomocy opcji [edytuj](#). Aby dodać nowy certyfikat, należy wybrać opcję . Dla certyfikatu „Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie POZ” wymagane jest podanie daty uzyskania certyfikatu oraz daty przekazania informacji o posiadanym certyfikacie. Dla pozostałych certyfikatów pola te są opcjonalne. Jeżeli daty te zostaną podane system będzie sprawdzał, czy data uzyskania certyfikatu jest wcześniejsza lub równa dacie ważności oraz czy data przekazania informacji o posiadanym certyfikacie jest późniejsza lub równa dacie uzyskania certyfikatu.

Formularz zmiany danych - Certyfikaty

Certyfikaty:

Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	Data uzyskania	Data przekazania informacji	Typ zmian	Operacja
POLSKA NAGRODA JAKOŚCI	ZAKRES IV	2020-10-10	2018-09-09	2018-09-16	bez zmian	edytuj usuń
CERTYFIKAT PN-N 18001 - SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENA PRACY	ZAKRES IIII	2021-09-30	2019-09-30	2019-09-08	bez zmian	edytuj usuń
CERTYFIKAT AKREDYTACYJNY MINISTRA ZDROWIA W ZAKRESIE POZ	ZAKRES II	2021-09-30	2017-09-05	2017-09-05	bez zmian	edytuj usuń
CERTYFIKAT PN-N 18001 - SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENA PRACY	ZAKRES	2021-09-30	2020-09-18	2020-09-18	bez zmian	edytuj usuń

* pola wymagane

Rys. 6.10 Formularz zmiany danych - Certyfikaty

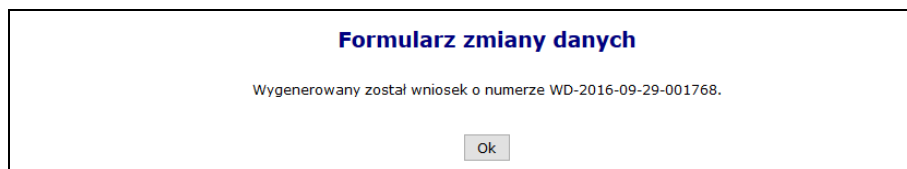
Jeżeli operator zmodyfikował jakieś dane musi w kolejnym kroku wprowadzić **Uzasadnienie** ich edycji/usunięcia:



Rys. 6.11 Uzasadnienie zmiany danych podmiotu

W ostatnim etapie zmiany danych działalności wyświetlane jest **Podsumowanie**, które zawiera zestawienie zmodyfikowanych danych. **Pozycje oznaczone kolorem zielonym oznaczają edycję, a kolorem czerwonym usunięcie.**

Po wybraniu opcji **Zatwierdź →** zostanie wygenerowany wniosek o zmianę danych działalności:



Rys. 6.12 Formularz zmiany danych – Generacja wniosku

We wrześniu 2019 dodano do systemu nowe formy działalności:

KOD	NAZWA
98.4	INDYWIDUALNA PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA
95.4	INDYWIDUALNA PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA
93.4	INDYWIDUALNA PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM NA PODSTAWIE UMOWY Z PODMIOTEM LECZNICZYM PROWADZĄCYM TEN ZAKŁAD
97.5	GRUPOWA PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA

Dodatkowo wprowadzono powiązanie pomiędzy zakresem działalności, a formą działalności oraz formą organizacyjno-prawną:

Zakres działalności	Kod formy działalności	Kod formy organizacyjno-prawnej	Nazwa formy organizacyjno-prawnej
Praktyka zawodowa	98.4	0700	DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ
		0702	DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ, KTÓREJ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA NIE MA NA CELU OSIĄGANIA ZYSKU
	95.4	0700	DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ
		0702	DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ, KTÓREJ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA NIE MA NA CELU OSIĄGANIA ZYSKU


	93.4	0700	DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ
		0702	DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ, KTÓREJ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA NIE MA NA CELU OSIĄGANIA ZYSKU
	97.5	0800	SPÓŁKA CYWILNA
		0802	SPÓŁKA CYWILNA, KTÓREJ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA NIE MA NA CELU OSIĄGANIA ZYSKU
		0900	SPÓŁKA JAWNA
		0902	SPÓŁKA JAWNA, KTÓREJ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA NIE MA NA CELU OSIĄGANIA ZYSKU
		1000	SPÓŁKA PARTNERSKA
		1002	SPÓŁKA PARTNERSKA, KTÓREJ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA NIE MA NA CELU OSIĄGANIA ZYSKU

Dla zakresu działalności – praktyka zawodowa i jednej z form działalności: 98.4, 95.4, 93.4, 97.5 dodano wymagalność podania numeru wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Od listopada 2019 wprowadzono do systemu obsługę adresów elektronicznych, na które będzie doręczana korespondencja w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia zastrzega sobie prawo wykorzystywania otrzymanych adresów elektronicznych również do komunikacji wykraczającej poza ramy doręczania korespondencji w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy.

Opcja **Dodaj okres zawieszenia** umożliwia wprowadzenie do systemu informacji o przerwach w prowadzeniu działalności. Podczas tej operacji należy uzupełnić:

1. **Okres zawieszenia od / do** – w wybranym okresie czasu może istnieć tylko jeden aktywny wniosek dotyczący zawieszenia działalności  **Okres zawieszenia od – istnieje już aktywny wniosek dotyczący tego przedziału czasu.**
2. **Powód zgłoszenia wniosku** – operator może wskazać kilka powodów dla zgłaszanej przerwy
3. **Powód zgłoszenia – opis** - jeżeli zostanie wskazany ze słownika więcej niż jeden powód, to wypełnienie pola opis będzie obowiązkowe.
4. **Podmiot zastępujący** - na okres, którego dotyczy zgłoszenie. Konieczność wskazania zastępstwa na okres przerwy dotyczy:
 - a. Świadczenia lekarza POZ, Pielęgniarki POZ, Położnej i Higienistki szkolnej
 - b. Punktów umów, w których występuje rozliczany ryczałtem zakres świadczeń z poniższej listy:
 - IZBA PRZYJĘĆ
 - ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ (IP)
 - ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM
 - ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM (SOR)
 - ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)

- OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - I POZIOM REFERENCYJNY
- CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - II POZIOM REFERENCYJNY
- OŚRODEK WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ - III POZIOM REFERENCYJNY
- ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP)

Rys. 6.13 Dodawanie wniosku o zawieszenie działalności

Po zatwierdzeniu podsumowania, system automatycznie wygeneruje nowy wniosek:

Przejdź do listy wniosków'. An 'Ok' button is at the bottom."/>

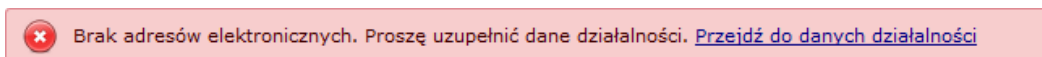
Rys. 6.14 Informacja o wygenerowaniu nowego wniosku

Nowa pozycja pojawi się na liście wniosków o zmianę danych podmiotu / działalności o statusie *wprowadzony*. Opis dalszych kroków został przedstawiony w kolejnym rozdziale.

Lp.	Nr wniosku	Typ wniosku	Zgłaszający	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status	Data zmiany	Operacje
1.	ZD-2022-02-23-00590	Wniosek o zawieszenie działalności	Działalność	-	-	wprowadzony	2022-02-23 12:17	podgląd załącznik anuluj edytuj przeład do OW

Rys. 6.15 Lista wniosków o zmianę danych podmiotu / działalności

Jeżeli po zalogowaniu się do systemu SZOI w górnej części listy pojawi się poniższy komunikat, oznacza to że adresy elektroniczne nie zostały przypisane do działalności:



Aby uzupełnić adresy elektroniczne dla działalności należy:

1. Z głównego menu wybrać *Potencjał* -> *Podmiot/działalność* -> *Dane podmiotu/działalności*.
2. Prześć do zakładki działalności, a następnie wybrać opcję **Adresy elektroniczne**.
3. W nowym oknie uzupełnić **Adres e-mail** oraz **Adres elektronicznej skrzynki podawczej**.

Jeżeli świadczeniodawca nie jest podmiotem publicznym należy zaznaczyć opcję „**Oświadczam, że nie jestem podmiotem publicznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne**”.

Po uzupełnieniu danych nie będzie możliwości ich edycji (modyfikacje może wprowadzać tylko OW NFZ).

Rys. 6.16 Uzupełnianie danych - adresów elektronicznych

4. Po wybraniu opcji **Zatwierdź** adresy zostaną przypisane do działalności.

6.3 Wnioski o zmianę danych podmiotu / działalności

Wnioski o zmianę danych podmiotu oraz działalności można przeglądać wybierając z głównego menu *Potencjał -> Podmiot / działalność -> Wnioski o zmianę danych podmiotu/działalności*.



W zależności od rodzaju wniosku w kolumnie *Typ wniosku* mogą znaleźć się następujące informacje:

- Wniosek o zmianę danych działalności
- Wniosek o zmianę danych podmiotu
- Wniosek o zmianę danych działalności i podmiotu
- Wniosek o zawieszenie działalności

Lp.	Nr wniosku	Typ wniosku	Zgłaszający	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status	Data zmiany	Operacja
1.	WP-2017-06-08-002062	Wniosek o zmianę danych podmiotu		2017-06-08	-	przekazany	2017-06-08 07:08	podgląd protesty anuluj
2.	WD-2016-09-29-001768	Wniosek o zmianę danych działalności		2016-09-29	2017-02-06	przyjęty	2017-02-06 14:23	podgląd

Rys. 6.17 Wnioski o zmianę danych podmiotu/działalności

Opcja **podgląd** umożliwia zapoznanie się ze zmianami jakie zostały przekazane do OW NFZ.


Operatorzy wszystkich istniejących kont związanych z działalnością podmiotu mogą do przekazanego nierozpatrzonego wniosku o zmianę danych podmiotu złożyć protest przy pomocy opcji **protesty**.

Lp.	Data zgłoszenia	Zgłaszający	Treść protestu	Status	Operacje
1.	2016-09-28	Działalność	protesty: protesty: 1234	anulowany	podgląd
2.	2016-09-28	Działalność	protesty: protesty: 1234	zgłoszony	podgląd anuluj

Rys. 6.18 Lista protestów do wniosku o zmianę danych podmiotu

Aby wprowadzić nowy protest, należy wybrać opcję **Dodaj protest**.

Rys. 6.19 Wniesienie protestu do wniosku o zmianę danych podmiotu

Rozpatrzenie wniosku o zmianę danych podmiotu/działalności przez pracownika OW NFZ skutkuje wysłaniem powiadomienia do wszystkich istniejących kont związanych z poszczególnymi działalnościami podmiotu o wyniku rozpatrzenia (pozytywne/negatywne) oraz w przypadku rozpatrzenia pozytywnej informacją o nowych danych podmiotu/działalności. Jeżeli wniosek został odrzucony przez OW NFZ przy pomocy opcji  można zapoznać się z przyczyną odrzucenia.

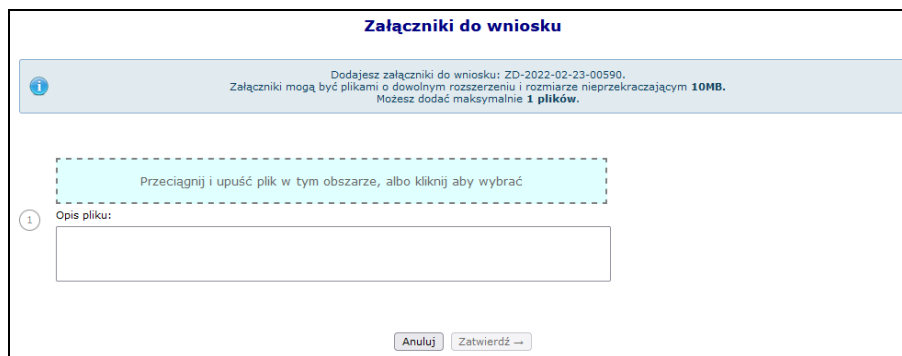
Wniosek o zawieszenie działalności

Ustawienie filtra *Typ wniosku* na *Wniosek o zawieszenie działalności* oraz wybranie opcji **Szukaj** umożliwi operatorowi przeglądanie zarejestrowanych przerw w udzielaniu świadczeń dotyczących działalności świadczeniodawcy.

Po zatwierdzeniu okresu zawieszenia działalności w części *Potencjał* -> *Podmiot / działalność* -> *Dane podmiotu / działalności* wygenerowany zostanie nowy wniosek, który pojawi się na liście wniosków o zmianę danych działalności ze statusem *wprowadzony*.

Dla każdego wniosku może zostać dołączony plik przy pomocy opcji **Załączniki**:

- Plik może mieć maksymalnie 10 MB
- Do załącznika może zostać dodany dodatkowy opis, składający się maksymalnie z 200 znaków
- Do każdego wniosku może zostać dołączony tylko jeden plik
- Dołączenie pliku jest opcjonalne



Rys. 6.20 Dodawanie załącznika do wniosku

Opcja **edytuj** umożliwia modyfikację wszystkich danych wniosku o statusie *wprowadzony*. Po uzupełnieniu wszystkich danych związanych z wnioskiem, należy go przekazać do OW NFZ.



Rys. 6.21 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Po przekazaniu wniosku do OW NFZ otrzyma on status *przekazany*. Opcja **wycofaj** umożliwia wycofanie wniosku i ponowną jego obsługę.

Wnioski o zawieszenie działalności mogą przyjąć następujące statusy:

- **W przygotowaniu** – wniosek przygotowywany przez świadczeniodawcę (początkowy status utworzonego wniosku).
- **Anulowany** – wniosek anulowany przez świadczeniodawcę (zmiana na *Anulowany* możliwa jest przez operatora ze statusu *W przygotowaniu*).
- **Przekazany do OW** – wniosek przekazany przez świadczeniodawcę (zmiana ze statusu *W przygotowaniu*). Na tym statusie istnieje możliwość cofnięcia statusu na *W przygotowaniu* w celu poprawy wniosku (operacja wycofania statusu wniosku dostępna jest dla operatora, przed rozpoczęciem oceny przez OW NFZ).
- **Oceniany** – Pracownik OW NFZ ocenia wniosek (status wniosek nie może być już zmieniany przez świadczeniodawcę na *W przygotowaniu*). Ze statusu *Oceniany*, operator OW może cofnąć status wniosku na *Przekazany do OW* (w celu poprawy wniosku przez świadczeniodawcę) lub zmienić status Przyjęty lub Odrzucony.
- **Przyjęty** – Pracownik OW NFZ przyjął wniosek. System dokonał aktualizacji danych dotyczących przerw w udzielaniu świadczeń. Status wniosku nie może być cofnięty, jeżeli wystąpi potrzeba aktualizacji danych to świadczeniodawca musi zgłosić kolejny wniosek.
- **Odrzucony** – Pracownik OW NFZ odrzucił wniosek. Status wniosku nie może być cofnięty, jeżeli wystąpi potrzeba aktualizacji danych to świadczeniodawca musi zgłosić kolejny wniosek.

6.4 Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

Dla świadczeniodawców będących **podmiotami leczniczymi**, dodana została lista przedsiębiorstw. Do tej funkcjonalności mają dostęp wszyscy operatorzy posiadający uprawnienie *Rejestracja struktury organizacyjnej*.



Lp.	Nazwa	REGON	Rodz. działalności leczniczej	Data rozp. działalności Data zakoń. działalności	Aktywność	Operacje
1.	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	7100000000000000000	Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne	P: 2013-10-11 K: -	aktywne	podaład edytuj dezaktywuj jednostki komórki

Rys. 6.22 Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego



W ramach nowego rejestru wszystkim podmiotom leczniczym utworzone zostało **automatycznie** jedno przedsiębiorstwo, na podstawie danych znajdujących się w rejestrze świadczeniodawców. W przypadku **przedsiębiorstw dodanych automatycznie** edycja danych może być wykonana jednokrotnie. Każda kolejna zmiana może być wykonana tylko przez operatora NFZ.

Po wykonaniu pierwszej edycji operator, będzie mógł modyfikować tylko dane kontaktowe.

Świadczeniodawca będący **podmiotem leczniczym** musi mieć przynajmniej jedno przedsiębiorstwo

Zgodnie z nowymi przepisami rodzajami działalności leczniczej są:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne (1);
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (2);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (3):

Jeżeli podmiot wykonuje trzy rodzaje działalności, w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi utworzyć trzy przedsiębiorstwa, określając je kodami działalności 1, 2 i 3. Podmiot jest zobowiązany do nadania wszystkim przedsiębiorstwom 14-cyfrowego numeru REGON

Przykład: *Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, która prowadziła dotychczas niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, w ramach którego działał zakład opiekuńczo-leczniczy oraz poradnie specjalistyczne, będzie zobowiązana przygotować wniosek w zmianę wpisu, określając swoją działalność jako dwa przedsiębiorstwa o kodzie: 2 i 3. Każde z tych przedsiębiorstw musi posiadać numer REGON.*

Do systemu wprowadzono możliwość definiowania struktury jednostek i komórek organizacyjnych we wszystkich zdefiniowanych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego. Reguły przynależności jednostek do przedsiębiorstw są następujące:

- a) W każdym z istniejących przedsiębiorstw podmiotu leczniczego możliwe jest zdefiniowanie listy jednostek organizacyjnych wyróżnionych w strukturze tego przedsiębiorstwa.
- b) Relacja łącząca jednostkę organizacyjną i przedsiębiorstwo obowiązuje w określonym czasie.
- c) Ta sama jednostka w różnych okresach czasu może należeć do różnych przedsiębiorstw.
- d) Przedziały czasu określające przynależność jednostki do przedsiębiorstwa muszą być rozłączne.
- e) Przedziały czasu określające przynależność jednostki do przedsiębiorstwa muszą być ciągłe to znaczy nie może wystąpić dzień, w którym nie będzie określona przynależność jednostki do przedsiębiorstwa

Funkcja **Dodawanie przedsiębiorstwa** umożliwia wprowadzenie danych o nowym przedsiębiorstwie.

Dodawanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

DANE PODSTAWOWE

Nazwa:**

Rodzaj działalności leczniczej:**

REGON:**

Data rozpoczęcia działalności:

Data zakończenia działalności:

DANE KONTAKTOWE

Telefon do informacji:**

Telefon do rejestracji:**

Fax:

E-mail:

Strona WWW:

* pola wymagane

Anuluj Dalej →

Rys. 6.23 Dodawanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

W sekcji *Dane podstawowe* należy uzupełnić:

- Nazwę
- Rodzaj działalności leczniczej
- Numer REGON*
 - ✓ Pierwszych 9 cyfr numeru REGON uzupełnianie jest automatycznie na podstawie REGON-u świadczeniodawcy
 - ✓ Pozostałe 5 cyfr numeru stanowi specyfikację przedsiębiorstwa – tą część należy uzupełnić
 - ✓ W ramach podmiotu leczniczego może istnieć tylko jedno przedsiębiorstwo o danym numerze REGON.
- Datę rozpoczęcia i zakończenia działalności
- Dane kontaktowe do przedsiębiorstwa.

W drugim etapie należy uzupełnić *Adres* oraz *Adres do korespondencji*:

Dodawanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

ADRES

Kod pocztowy: *

Pocztą:

Miejscowość: *

Ulica:

Nr domu: *

Nr lokalu:

ADRES DO KORESPONDENCJI

Adres do korespondencji zgodny z adresem: Tak

Kod pocztowy: *

Pocztą:

Miejscowość: *

Ulica:

Nr domu: *

Nr lokalu:

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 6.24 Dodawanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego –Adres

Ostatnim krokiem jest zatwierdzenie *Podsumowania*. Nowo dodane przedsiębiorstwo pojawi się na liście.

Dodawanie przedsiębiorstwa

Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

Nazwa Zawiera Szukaj

Rodzaj działalności leczniczej: -- wszystkie --

Aktywność:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nazwa	REGON	Rodz. działalności leczniczej	Data rozp. działalności Data zakoń. działalności	Aktywność	Operacje
1.	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	710****	Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne	P: 2013-10-11 K: -	aktywne	podgląd edytuj dezaktywuj jednostki komórki

Rys. 6.25 Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

W kolumnie *Operacje* dostępne są następujące opcje:

- **Podgląd** umożliwia przeglądanie informacji o wybranym przedsiębiorstwie.
- **Edytuj** umożliwia edycję informacji o wybranym przedsiębiorstwie. W zależności od sposobu dodania przedsiębiorstwa (automatycznie lub ręcznie) operacja ta pozwala na modyfikację określonego zakresu danych
- **Dezaktywuj** umożliwia dezaktywację wybranego przedsiębiorstwa. Jest dostępna tylko dla przedsiębiorstw aktywnych. Przedsiębiorstwo nie może być dezaktywowane jeżeli jest powiązane z aktywną jednostką lub komórką działającą bezpośrednio w przedsiębiorstwie.
- **Przywróć** umożliwia aktywowanie wybranego przedsiębiorstwa – wcześniej dezaktywowanego. Jest dostępna tylko dla nieaktywnych przedsiębiorstw (oznaczonych szarym tłem)
- **Jednostki** – przejście na listę jednostek powiązanych z przedsiębiorstwem
- **Komórki** – umożliwi dostęp do listy komórek organizacyjnych, które nie są częścią jednostki organizacyjnej i występują bezpośrednio w strukturze przedsiębiorstwa

Zdezaktywowane przedsiębiorstwo oznaczone jest na liście kursywą i szarym tłem.

Nie można dezaktywować przedsiębiorstwa do którego przynależą aktywne jednostki / komórki organizacyjne.

6.5 Zgodność jednostek oraz komórek z rozporządzeniem MZ w sprawie rejestrów

Do danych opisujących jednostki i komórki organizacyjne dodano znacznik określający czy dany element struktury został dostosowany do aktualnie obowiązującego rozporządzenia MZ w sprawie rejestrów. Znacznik może przyjąć wartość:

- *Tak*
- *Nie*

W chwili wprowadzenia znacznika, domyślnie wszystkie jednostki oraz komórki mają przypisaną wartość *Nie*. Powyższy znacznik jest edytowalny **TYLKO JEDEN RAZ** – po zmianie wartości z *Nie* na inną, system blokuje możliwość jego edycji.

Pozostawienie wartości *Nie*, oznacza zachowanie dotychczasowych wymagań dotyczących opisu komórki i jednostki. **Pozycje z tą wartością nie będą mogły być wykorzystywane podczas kontraktowania na rok 2015 i są podświetlone kolorem szarym.**

Zmiana wartości atrybutu na *Tak* spowoduje dostępność do edycji wszystkich pól wymaganych zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem MZ w sprawie rejestrów, możliwość użycia wszystkich nowych słowników, ukrycie pól niewystępujących aktualnie w opisie np. VI cz. kodu resortowego jednostki.

6.6 Jednostki organizacyjne

Jednostki organizacyjne

[Dodawanie jednostki](#)

Nazwa: Zawiera: przycho Szukaj Zlicz rekordy

Przedsiębiorstwo:

Jednostka jest miejscem udzielania świadczeń: -- wszystkie --

Opis dostosowany do aktualnie obowiązującego rozporządzenia MZ: -- wszystkie -- Aktywność:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Nazwa	Adres	Przedsiębiorstwo	Data rozp. działalności Data zakoń. działalności	Miejsce udzielania świadczeń	Aktywność	Operacje
1.	Kod: 001 <small>Kod techn.: 001</small>	PRZYCHODNIA NR1	45-000 WOLSZTYN JASNA 2	REGON: - Nazwa: -	P: 2005-10-03 K: -	Nie	aktywna	podgląd edytuj dezaktywuj przynależność lokalizacje komórki
2.	Kod: 550 <small>Kod techn.: 550</small>	PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA BIAŁA 2	00-215 POZNAŃ	REGON: - Nazwa: -	P: 2001-01-01 K: -	Tak	aktywna	podgląd edytuj dezaktywuj przynależność lokalizacje komórki miejsce

Rys. 6.26 Jednostki organizacyjne

Dla każdej z wprowadzonych jednostek na liście udostępniane są opcje:

- **Podgląd** – przeglądanie wprowadzonych informacji bez możliwości wprowadzania zmian;
- **Edytuj** – przeglądanie wprowadzonych informacji z możliwością naniesienia poprawek;
- **Dezaktywuj** – wykonanie dezaktywacji informacji o wprowadzonej jednostce organizacyjnej. Można dezaktywować tylko te jednostki, które nie mają powiązań z innymi częściami systemu.
- **Przynależność** – podgląd okresów przynależności jednostki do przedsiębiorstwa
- **Lokalizacje** – lokalizacje jakie są powiązane z jednostką
- **Komórki** – przeglądanie listy komórek organizacyjnych skojarzonych z jednostką organizacyjną (pod warunkiem, że komórki zostały zdefiniowane).
- **Miejsce** – opcja dostępna jeżeli jednostka ma przypisane miejsce udzielania świadczeń

Do systemu wprowadzono możliwość definiowania struktury jednostek i komórek organizacyjnych we wszystkich zdefiniowanych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego. Reguły przynależności jednostek do przedsiębiorstw są następujące:

- a) W każdym z istniejących przedsiębiorstw podmiotu leczniczego możliwe jest zdefiniowanie listy jednostek organizacyjnych wyróżnionych w strukturze tego przedsiębiorstwa.
- b) Relacja łącząca jednostkę organizacyjną i przedsiębiorstwo obowiązuje w określonym czasie.
- c) Ta sama jednostka w różnych okresach czasu może należeć do różnych przedsiębiorstw.
- d) Przedziały czasu określające przynależność jednostki do przedsiębiorstwa muszą być rozłączne.
- e) Przedziały czasu określające przynależność jednostki do przedsiębiorstwa muszą być ciągłe to znaczy nie może wystąpić dzień, w którym nie będzie określona przynależność jednostki do przedsiębiorstwa

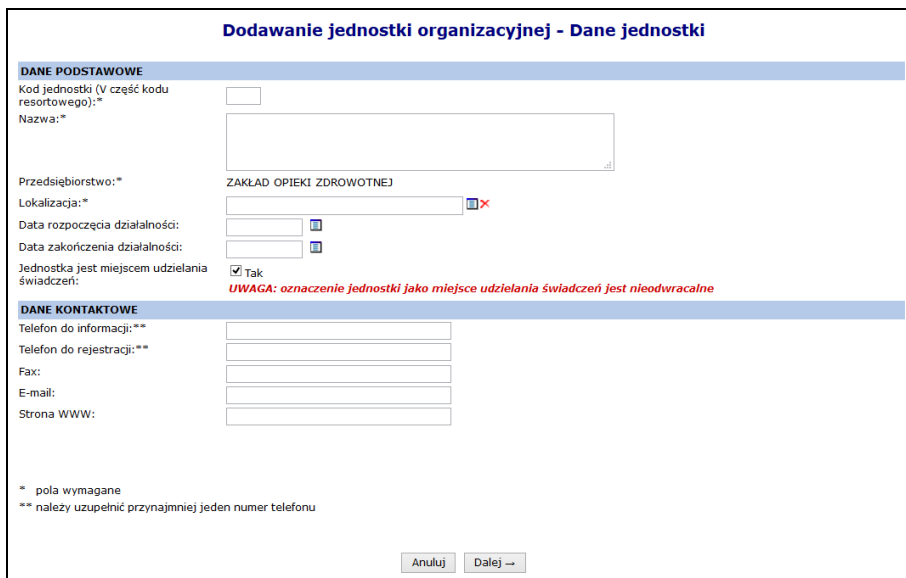
Dla jednostki, która jest miejscem udzielania świadczeń zostanie automatycznie wygenerowana komórka organizacyjna o kodzie '000', niewidoczna na liście komórek organizacyjnych świadczeniodawcy oraz miejsce udzielania świadczeń powiązane z tą komórką. Wskazanie jednostki organizacyjnej, jako miejsce udzielania świadczenia i opisanie jej zakresem informacji pozwalającym na wskazanie jednostki w ofercie i w umowie, jako miejsce udzielania świadczeń nie wyklucza zdefiniowania w tej jednostce komórek organizacyjnych.

6.6.1 Dodawanie jednostki organizacyjnej

Aby dodać nową jednostkę organizacyjną do systemu należy:

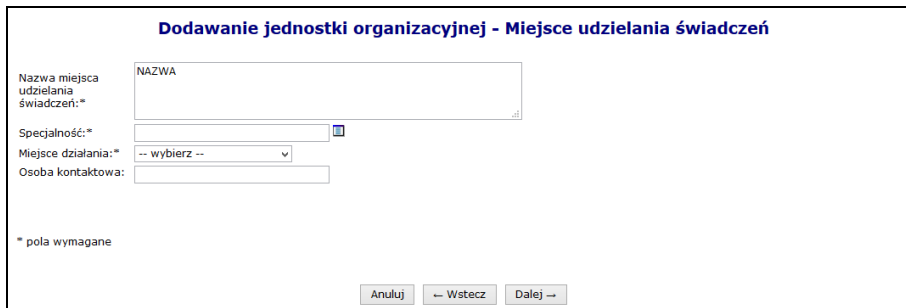
1. Wybrać opcję [Dodawanie jednostki](#), a następnie w pierwszym kroku wprowadzić:
 - a. **Kod jednostki organizacyjnej**, stanowiący V część kodu resortowego:

- W przypadku danych z RZOZ: jest to kod dwucyfrowy obejmujący wartości z zakresu 01-99
 - W przypadku braku kodu w RZOZ: jest to kod trzycyfrowy obejmujący wartości z zakresu: 100-999 (definiowany samodzielnie przez świadczeniodawcę)
- b. **Nazwę** jednostki organizacyjnej
- c. **Przedsiębiorstwo** – jeżeli kontrahent posiada tylko jedno przedsiębiorstwo jest ono automatycznie wybierane przez system. Jeżeli ma dodanych ich więcej, musi przy pomocy słownika wybrać, do którego przedsiębiorstwa ma zostać przypisana jednostka.
- d. **Lokalizację** – z którą powiązana jest jednostka
- e. **Datę rozpoczęcia działalności** - zgodnie z odpowiednim dla jednostki wpisem do rejestru
- f. **Datę zakończenia działalności** - opcjonalnie
- g. **Czy jednostka jest miejscem udzielania świadczeń.**
Zaznaczenie opcji Tak jest jednorazowe – operator nie będzie mógł zmienić tego atrybutu w przyszłości.
- h. **Dane kontaktowe**



Rys. 6.27 Dodawanie jednostki organizacyjnej

2. Jeżeli jednostka nie jest miejscem wykonywania świadczeń w kolejnym oknie pojawi się podsumowanie, które należy zatwierdzić.
3. Dla jednostek będących miejscem udzielania świadczeń, w kolejnym kroku należy podać szczegóły związane z miejscem:



Rys. 6.28 Dodawanie jednostki organizacyjnej

4. W kolejnym kroku dodawania jednostki pełniącej funkcje miejsca, należy podać cechy dodatkowe miejsca (uzależnione od wybranej wcześniej specjalności):

Dodawanie jednostki organizacyjnej - Cechy dodatkowe miejsca

CZY POMIESZCZENIA W KTÓRYCH PRZEBYWAJĄ PACJENCI SĄ KLIMATYZOWANE:*

LICZBA GABINETÓW LEKARSKICH:*

GABINET ZABIEGOWY:*

* pola wymagane

* pola wymagane

Rys. 6.29 Dodawanie jednostki organizacyjnej – Cechy dodatkowe miejsca

5. W kolejnym kroku dodawania jednostki będącej miejscem można wprowadzić harmonogram pracy miejsca. Jeżeli nie zostanie on dodany na tym etapie, należy go później wprowadzić z poziomu miejsca. Proces dodawania harmonogramu został opisany w dalszej części instrukcji.
6. Po wybraniu opcji , należy zatwierdzić podsumowanie.

6.7 Komórki organizacyjne

Komórki organizacyjne

Nazwa Zawiera Szukaj

Przedsiębiorstwo: Tylko komórki bezpośrednio w przedsiębiorstwie

Jednostka organizacyjna:

Specjalność:

Opis dostosowany do aktualnie obowiązującego rozporządzenia MZ: Aktywność:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Nazwa	Specjalność	Przedsiębiorstwo / jednostka	Data rozp. działalności Data zakoń. działalności	Aktywność	Operacje
1.	Kod: 549 <small>Kod techn.: 549</small>	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA <i>Brak miejsca</i>	Kod: 3012 Nazwa: AMBULATORIUM CHIRURGICZNE	Jednostka org.: Kod: 001 Nazwa: PRZYCHODNIA NR1	P: 2000-01-01 K: 2011-12-07	aktywna	podgląd edytuj dezaktywuj przynależność harmonogramy profile miejsca
2.	Kod: 001 <small>Kod techn.: 001</small>	GABINET LEKARSKI	Kod: 0060 Nazwa: GABINET ZABIEGOWY	Jednostka org.: Kod: 02 Nazwa: PRZYCHODNIA NR1	P: 1980-01-01 K: -	aktywna	podgląd edytuj dezaktywuj przynależność miejsca

Rys. 6.30 Komórki organizacyjne

Do każdej dodanej komórki przyporządkowane są funkcje:

- **Podgląd** - przeglądanie danych bez możliwości edycji.
- **Edytuj** – modyfikacja wprowadzonych danych. Zmiana danych następuje w analogiczny sposób jak dodawanie nowej komórki organizacyjnej. Jeżeli podczas edycji komórki operator zmieni jednostkę organizacyjną, wówczas zostanie poproszony o podanie daty zmiany. Dodatkowo data zmiany nie może być późniejsza niż data wykonania operacji.
- **Przynależność** – podgląd przynależności komórki do jednostki/przedsiębiorstwa.
- **Dezaktywuj** – dezaktywację wybranej komórki. W kolumnie „Status” pojawia się wartość „nieaktywna”. Można dezaktywować tylko te komórki, z którymi nie są powiązane miejsca wykonywania świadczeń.
- **Harmonogram** - wyświetlenie harmonogramu, jaki został przypisany do komórki. **Uwaga! Opcja dostępna tylko, gdy komórka nie ma przypisanego miejsca udzielania świadczeń (nawet nieaktywnego).**
- **Profile** – służy do wprowadzenia profili działalności, czyli IX, X części kodu resortowego oraz edycję profili. **Uwaga! Opcja dostępna tylko, gdy komórka nie ma przypisanego miejsca udzielania świadczeń (nawet nieaktywnego).**

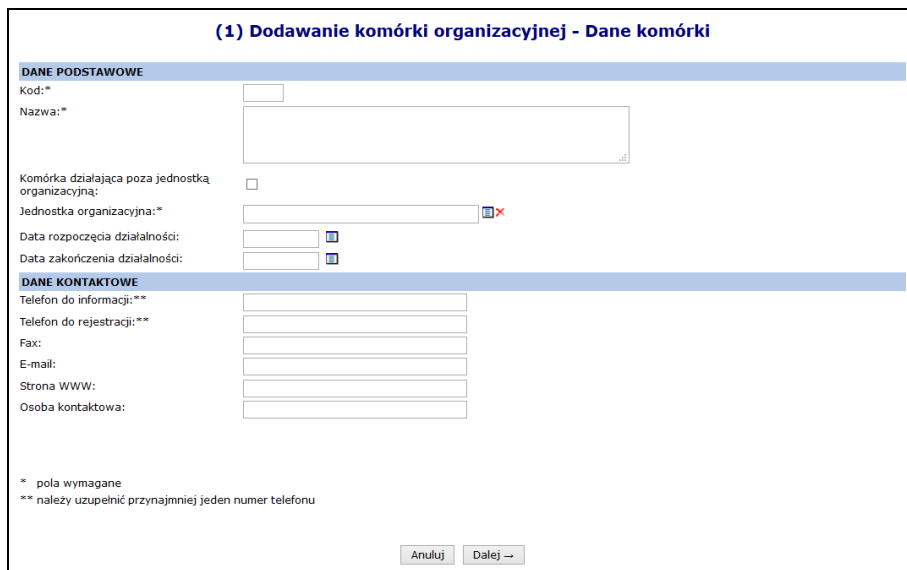
- **Miejsca** – przeglądanie miejsc wykonywania świadczeń przez komórkę organizacyjną.

6.7.1 Dodawanie komórki organizacyjnej

Aby dodać nową komórkę do systemu należy wybrać opcję **Dodawanie komórki**, a następnie:

1. Uzpełnić dane podstawowe:

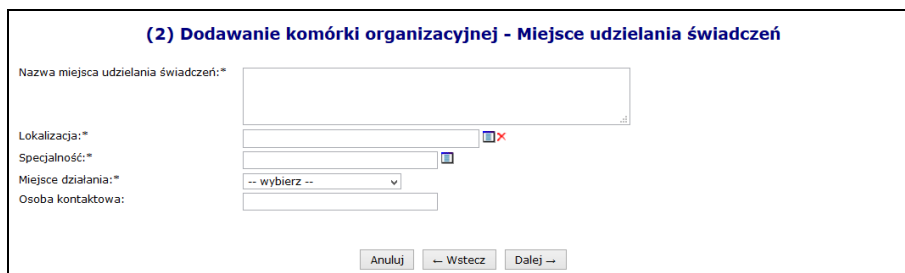
- **Kod**, zgodnie z VII częścią kodu resortowego:
 - w przypadku danych z RZOZ: jest to kod trzycyfrowy obejmujący wartości z zakresu: 001-999
 - w przypadku braku kodu w RZOZ: jest to kod czterocyfrowy obejmujący wartości z zakresu: 1000-9999 (definiowany samodzielnie przez świadczeniodawcę)
- **Nazwę**
- W przypadku komórek, które nie podlegają pod żadną jednostkę należy zaznaczyć opcję **Komórka działająca poza jednostką organizacyjną**, a następnie wybrać przedsiębiorstwo, do którego przypisana jest komórka.
- Dla pozostałych komórek należy uzupełnić **Jednostkę organizacyjną** do której przynależy komórka
- **Datę rozpoczęcia działalności**
- **Datę zakończenia działalności** - opcjonalnie
- **Dane kontaktowe**



Rys. 6.31 Dodawanie komórki organizacyjnej – Dane komórki

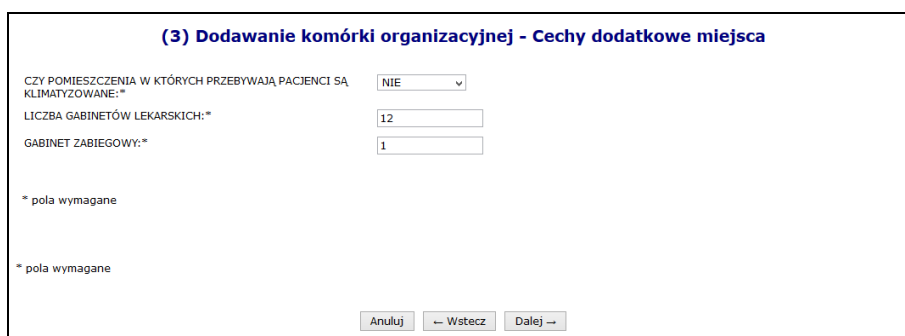
2. Podać dane związane z miejscem udzielania świadczeń:

- **Nazwę miejsca udzielania świadczeń** – która jest domyślnie taka sama jak nazwa komórki (można ją zmienić)
- **Lokalizację**
- **Specjalność**
- **Miejsce działania**
- **Osobę kontaktową**



Rys. 6.32 Dodawanie komórki organizacyjnej – Miejsce udzielania świadczeń


3. Uzupetnić cechy dodatkowe miejsca, które są uzależnione od specjalności miejsca.



Rys. 6.33 Dodawanie komórki organizacyjnej – Miejsce udzielania świadczeń

4. Podać szczegóły związane z harmonogramem przy pomocy opcji **Edytuj**.
- **Datę początku obowiązywania** harmonogramu, która musi mieścić się w zakresie działania komórki organizacyjnej.
 - **Datę końca obowiązywania** harmonogramu. Oznaczenie opcji **nieokreślona** wskazuje, że data końca obowiązywania harmonogramu jest nieznaną. Natomiast jej odznaczenie umożliwi wprowadzenie rzeczywistej daty końca obowiązywania harmonogramu, np.: dla harmonogramów definiowanych ściśle do umowy na wskazany rok;
 - **Rodzaj harmonogramu** należy wskazać:
 - czy definiowany harmonogram będzie pobierany z wcześniej przygotowanego wzorca - **wzorcowy** (menu *Potencjał* -> *Harmonogramy wzorcowe* -> *Dodawanie harmonogramu*)
 - czy zostanie zdefiniowany nowy harmonogram – **indywidualny**
 - czy ma on zostać zapisany jako wzorcowy (będzie mógł być w późniejszym czasie wykorzystywany w innych częściach systemu np. w harmonogramie personelu)
 - czy ma być definiowany w sposób klasyczny czy graficzny
 - Kolejne okno, które zostanie wyświetlone po wybraniu opcji **Dalej**, zależne jest od powyżej wybranych parametrów. Operator musi podać godziny czasu pracy harmonogramu (graficznie lub klasycznie). Po wprowadzeniu definicji harmonogramu wyświetlone zostanie okno *Podsumowania*, które należy zatwierdzić.
 - Zatwierdzenie danych spowoduje wywołanie okna **Dodawanie komórki organizacyjnej – Harmonogram pracy**. Jeśli harmonogram wymaga jeszcze modyfikacji należy skorzystać z opcji **Edytuj**.

**Dodawanie komórki organizacyjnej
(1) Harmonogram pracy**

Data początku obowiązywania:* 

Data końca obowiązywania: Nieokreślona

Rodzaj harmonogramu:*

Zapisz jako wzorcowy:

Nazwa:*

Definiowanie harmonogramu: Klasycznie Graficznie

* pola wymagane

Rys. 6.34 Dodawanie komórki organizacyjnej - Harmonogram pracy

5. Ostatnim etapem jest zatwierdzenie podsumowanie dodawania komórki.

6.7.2 Dezaktywacja komórki

Aby dezaktywacja komórki organizacyjnej była możliwa, do komórki nie może być przypisane żadne aktywne miejsce wykonywania świadczeń. W takim przypadku należy przejść na listę miejsc wykonywania świadczeń i dezaktywować powiązane miejsce, a dopiero potem powrócić do dezaktywacji komórki.

(1) Dezaktywacja komórki organizacyjnej

Błąd operacji

Istnieją miejsca powiązane z komórką, dezaktywacja jest niemożliwa

Lp.	Nazwa miejsca	Adres	Komórka organizacyjna
1.	PRZYCHODNIA	33-333 POZNAŃ BIAŁA 2	500 PRZYCHODNIA

Rys. 6.35 Dezaktywacja komórki organizacyjnej

6.8 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń podmiotu leczniczego

Aby wprowadzić nowe miejsce do systemu należy:

1. Wybrać opcję
2. Uzupełnić dane podstawowe:
 - a. **Nazwę**
 - b. **Komórkę organizacyjną**
 - c. **Lokalizację**
 - d. **Miejsce działania** (stałe, mobilne, dom pacjenta, szkoła)
 - e. **Osobę kontaktową**

(1) Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Dane podstawowe

Nazwa:*

Komórka organizacyjna:*

Lokalizacja:*

Miejsce działania:*

Osoba kontaktowa:

* pola wymagane

Rys. 6.36 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Dane podstawowe

3. W przypadku dodawania nowego miejsca do komórki, która już posiada nieaktywne miejsce wykonywania świadczeń zawierające zasoby, którego okresy dostępności w miejscu zostały dezaktywowane w wyniku dezaktywacji miejsca, operator będzie mógł przejąć te zasoby do nowego miejsca zaznaczając znacznik , przy pytaniu **Czy przejąć zasoby z dezaktywowanego miejsca?**

(2) Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Przepinanie zasobów

Czy przejąć zasoby z dezaktywowanego miejsca?

Data przejęcia:*

Przepisz wszystkie zasoby: Przepisz wszystkie zasoby

Słownik zasobów w miejscu:

DODAWANIE	USUWANIE
<input style="border: none;" type="text" value="..... wybierz"/>	

* pola wymagane

Rys. 6.37 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Przepinanie zasobów

4. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji
5. Wprowadzić cechy dodatkowe zależne od specjalności a następnie wybrać :

(3) Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Cechy dodatkowe miejsca

CZY POMIESZCZENIA W KTÓRYCH PRZEBYWAJĄ PACJENCI SĄ KLIMATYZOWANE:*

LICZBA GABINETÓW LEKARSKICH:*

GABINET ZABIEGOWY:*

* pola wymagane

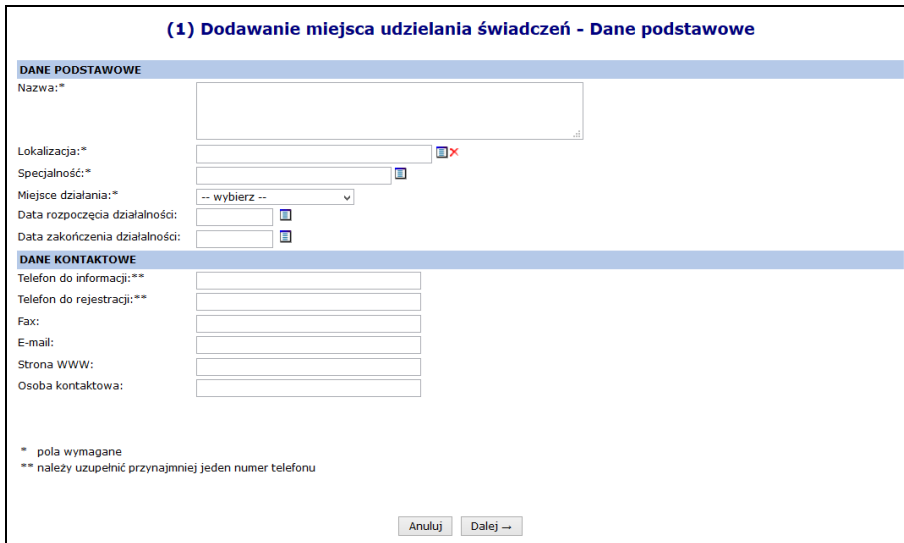
Rys. 6.38 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Cechy dodatkowe miejsca

6. Zatwierdzić podsumowanie dodawania miejsca

7 DODAWANIE MIEJSCA DLA KONTRAHENTÓW INNYCH NIŻ PODMIOT LECZNICZY

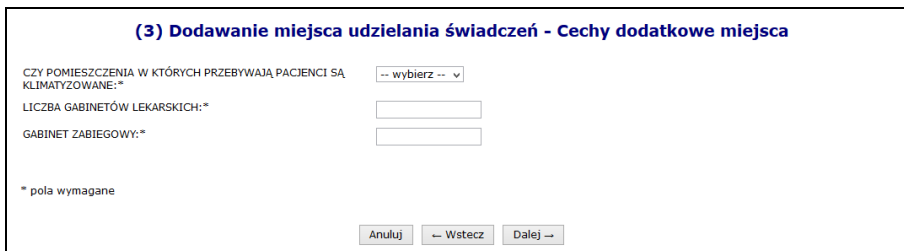
Aby wprowadzić nowe miejsce do systemu, należy:

1. Wybrać opcję **Dodawanie miejsca**
2. Uzupełnić dane podstawowe:
 - a. **Nazwę**
 - b. **Lokalizację**
 - c. **Miejsce działania** (stałe, mobilne, dom pacjenta, szkoła)
 - d. **Datę rozpoczęcia działalności**
 - e. **Datę zakończenia działalności** - opcjonalnie



Rys. 7.1 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Dane podstawowe

3. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej ->**
4. Wprowadzić cechy dodatkowe zależne od specjalności, a następnie wybrać **Dalej ->**:

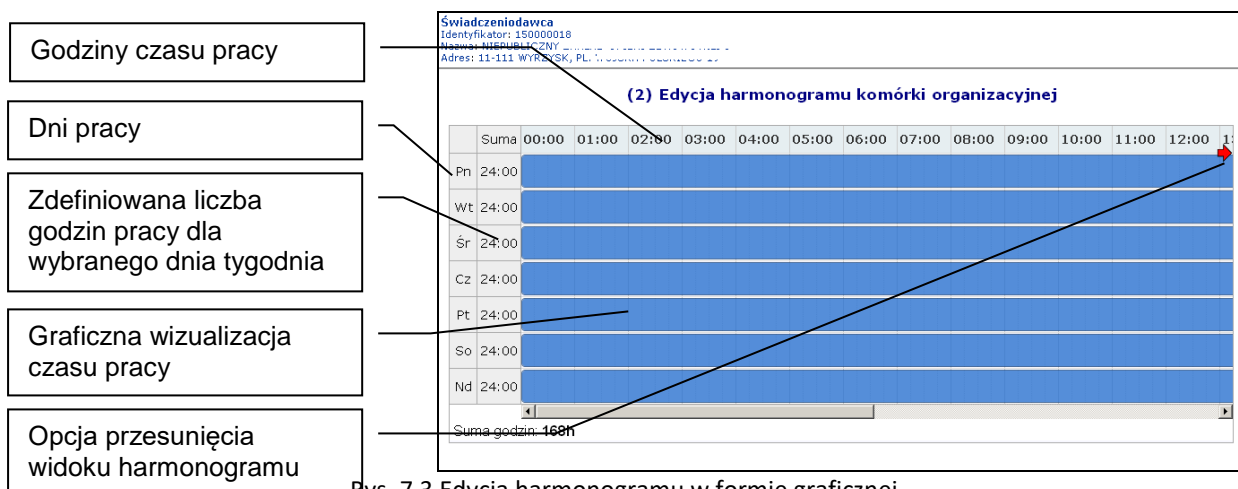


Rys. 7.2 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Cechy dodatkowe miejsca

5. Uzupełnić dane podstawowe harmonogramu pracy przy pomocy opcji **Edytuj**:
 - **Datę początku obowiązywania** harmonogramu, która musi mieścić się w zakresie działania jednostki organizacyjnej.
 - **Datę końca obowiązywania** harmonogramu. Oznaczenie opcji **nieokreślona** wskazuje, że data końca obowiązywania harmonogramu jest nieznaną. Natomiast jej odznaczenie umożliwi wprowadzenie rzeczywistej daty końca obowiązywania, np.: dla harmonogramów definiowanych ściśle do umowy na wskazany rok;
 - **Rodzaj harmonogramu** należy wskazać:
 - czy zostanie zdefiniowany nowy harmonogram – **indywidualny**

- czy definiowany harmonogram będzie pobierany z wcześniej przygotowanego wzorca - **wzorcowy** (menu *Potencjał -> Harmonogramy wzorcowe -> Dodawanie harmonogramu*)
- czy ma on zostać zapisany jako wzorcowy (będzie mógł być w późniejszym czasie wykorzystywany w innych częściach systemu np. w harmonogramie personelu)
- czy ma być definiowany w sposób klasyczny czy graficzny
- Kolejne okno, które zostanie wyświetlone po wybraniu opcji **Dalej →**, zależy jest od powyżej wybranych parametrów. Operator musi podać godziny czasu pracy harmonogramu (graficznie lub klasycznie).
- Po wprowadzeniu definicji harmonogramu wyświetlone zostanie okno *Podsumowania*, które należy zatwierdzić.

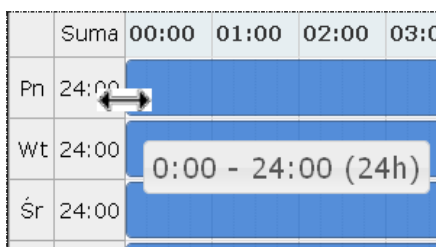
W przypadku definiowania harmonogramu w formie graficznej, operator musi wprowadzić szczegóły na poniższej skali:



Bys. 7.3 Edycja harmonogramu w formie graficznej

Dostępne opcje edycji:

- **modyfikacja graficzna** poprzez ustawienie za pomocą myszki pasków oznaczających czas pracy w danym dniu:
 - **kursorem myszki** należy najechać na początek niebieskiego paska wizualizacji czasu pracy – wyświetlony zostanie kursor dwukierunkowej strzałki;
 - następnie należy wcisnąć i przytrzymać lewy przycisk myszki jednocześnie przesuwać początek paska czasu pracy na pole odpowiadające odpowiedniej godzinie czasu pracy;



Edytowany czas pracy będzie oznaczony ciemniejszym kolorem paska.

Przesuwanie paska będzie powodowało zmniejszenie / zwiększenie liczby godzin pracy w ciągu dnia wyświetlanej w kolumnie **suma** oraz zmianę informacji o czasie pracy wyświetlanym dodatkowo na pasku czasu pracy.

- **Dodawanie czasu pracy** przez kliknięcie w puste pole siatki, powoduje dodanie paska czasu pracy odpowiadającego 1 godzinie. Rozpoczęcie czasu pracy będzie odpowiadało początkowi bloku, w który zostanie wykonane kliknięcie.

	Suma	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00
Pn	1:00					
Wt	0					

8:00 - 9:00 (1h)

- **modyfikacja za pomocą opcji menu kontekstowego** dostępna jest po kliknięciu prawym przyciskiem myszy w pasek czasu pracy dla wybranego dnia. Czynność ta powoduje wyświetlenie menu:

	Suma	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00
Pn	12:00					
Wt	10:00					
Śr	12:00					
Cz	10:00					

Poniedziałek 7:00 - 19:00

- Edytuj
- Podziel
- Usuń

- opcja **edytuj** umożliwia edycję czasu pracy. W polach od – do należy wprowadzić czas pracy dla wybranego dnia.

Od:	7:00
Do:	19:00

Możesz użyć klawiszy strzałek, by przewijać czas

Zapisanie zmian spowoduje modyfikację paska czasu pracy na siatce pracy.

- opcja **podziel** umożliwia podział paska czasu pracy na dwie części, a następnie modyfikację czasu pracy w rozdzielnych interwałach.
- opcja **usuń** umożliwia usunięcie paska czasu pracy dla wybranego dnia.
- opcja **połącz** umożliwia połączenie pasków czasu pracy zdefiniowanych dla jednego dnia, które łączą się ze sobą.

6. Zatwierdzić podsumowanie dodawania miejsca

8 POTENCJAŁ WSPÓLNY (dla podmiotu leczniczego oraz pozostałych świadczeniodawców)

8.1 Lokalizacje

Funkcje dostępne w oknie **Lokalizacje** pozwalają na dodawanie, edytowanie, dezaktywację lokalizacji.

Lp.	Nazwa	Adres	Aktywność	Operacje
1.	Nazwa: BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 Kod tech.: ...	00-215 POZNAŃ P...	aktywna	podgląd edytuj dezaktywuj miejsca zgłoś zmiany
2.	Nazwa: BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 Kod tech.: ...	00-215 POZNAŃ F... 2	aktywna	podgląd edytuj dezaktywuj miejsca zgłoś zmiany

Rys. 8.1 Lokalizacje

W celu dodania nowej lokalizacji należy skorzystać z opcji **Dodawanie lokalizacji**. Proces ten składa się z kilku kroków:

1. Dodawania adresu lokalizacji: m.in. **Ulica** (wybierana ze słownika GUS, wartość słownika uzależniona jest od wybranej miejscowości), **Numer domu**, **Miejscowość**, **Kod pocztowy**.
2. Wprowadzania **Nazwy** lokalizacji, jednoznacznie określającej budynek świadczenia usług z konkretnym adresem.
3. Uzupelnienia **Cech** dodatkowych lokalizacji.
4. Sprawdzenia i zatwierdzenia wprowadzonych i wyświetlonych w **Podsumowaniu** informacji.

W kolumnie *Operacje* dostępne są następujące opcje:

- **Podgląd**
- **Edytuj** – jeżeli lokalizacja posiada przynajmniej jedno miejsce (niezależnie od tego, czy jest ono aktywne czy nie), pól dotyczących edycji adresu nie można edytować
- **Dezaktywuj**
- **Miejsca** – obsługa miejsc powiązanych z lokalizacją
- **Zgłoś zmiany** – obsługa zmian administracyjnych adresu lokalizacji

Zmiana administracyjna to np. zmiana nazwy ulicy, zmiana numeracji budynków/lokali, zmiana kodu pocztowego. Wnioski te nie służą do wprowadzania zmian miejsca udzielania świadczeń wynikających z przeniesienia miejsca udzielania świadczeń do nowej lokalizacji.

Aby dokonać administracyjnej modyfikacji adresu lokalizacji należy:

1. Wybrać opcję **Zgłoś zmiany**
2. Wybrać opcję **Dodaj wniosek**
3. Zmodyfikować odpowiednie dane:
 - **Ulica**
 - **Numer domu**
 - **Numer lokalu**
 - **Kod pocztowy**
 - **Miejscowość**
 - **Poczta**

4. Wybrać opcję

 5. Wprowadzić **Uzasadnienie**

6. Zatwierdzić dodawanie wniosku

Po dodaniu wniosku otrzyma on status *Wprowadzony*. Dla pozycji o takim statusie w kolumnie *Operacji* dostępne są następujące operacje:

- **Podgląd**
- **Przekaż**
- **Edytuj**
- **Anuluj**

W chwili **Przekazania** pozycji, wniosek jest automatycznie przesyłany do OW NFZ, gdzie jest przyjmowany lub odrzucany. W zależności od podjętej przez pracownika OW NFZ decyzji w kolumnie **Status operacji** pojawi się status *Przyjęty* lub *Odrzucony*.

Lista zmian administracyjnych					
Zmiana administracyjna to np. zmiana nazwy ulicy, zmiana numeracji budynków/lokali, zmiana kodu pocztowego. Wnioski te nie służą do wprowadzania zmian miejsca udzielania świadczeń wynikających z przeniesienia miejsca udzielania świadczeń do nowej lokalizacji. <input type="button" value="Dodaj wniosek"/>					
Nr wniosku <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>					
Status: -- wszystkie -- <input type="button" value=""/>					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Nr wniosku	Data wprowadzenia	Data operacji	Status operacji	Operacje
1.	WL-2010-10-14-000561	2010-10-14	2010-12-09	przyjęty	podgląd
2.	WL-2012-03-09-000585	2012-03-09	2012-03-09	odrzucony	podgląd
3.	WL-2012-03-09-000586	2012-03-09	2012-03-09	przyjęty	podgląd
4.	WL-2012-03-09-000587	2012-03-09	2012-03-12	przyjęty	podgląd

Rys. 8.2 Lista zmian administracyjnych

8.2 Miejsca udzielania świadczeń

Następny etap uzupełniania potencjału świadczeniodawcy to wprowadzenie informacji o miejscach udzielania świadczeń.

Miejsca udzielania świadczeń								
<input type="button" value="Dodawanie miejsca"/>								
Kod <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> 13188 <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>								
Specjalność: <input type="text"/> <input type="button" value="wybierz"/>								
Udostępnione do podwykonawstwa: -- wybierz -- Aktywność: <input type="text"/> aktywne								
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20								
Lp.	Kod Nazwa	Adres	Specjalność	Jednostka/komórka organizacyjna	Udost. do podwyk.	Data rozp. dział. Data zakoń. dział.	Aktywność	Operacje
1.	Kod: 13188 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1	62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	Kod: 3014 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	Komórka org.: Kod: 543 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	tak	P: 2001-01-01 K: -	aktywne	podgląd edytuj dezaktywuj zasoby przepełni zasoby personel lokalizacje harmonogramy profile wnioski o dezakt. wnioski o zaw. dział. miej. okresy zawiesz. wnioski zm. spec. wnioski o zm. lok.

Rys. 8.3 Miejsca udzielania świadczeń

W kolumnie *Operacji* mogą pojawić się następujące opcje:

- **Podgląd**
- **Edytuj** – modyfikacja nazwy oraz cech zależnych
- **Dezaktywuj** – jeżeli miejsce zostanie usunięte, wszystkie okresy dostępności zasobów pod to miejsce zostaną automatycznie usunięte. Opcja ta jest dostępna zawsze w przypadku miejsc niewystępujących w umowach. Dla miejsc zawartych w przynajmniej jednej umowie link 'dezaktywuj' będzie dostępny tylko

wtedy, gdy dla danego miejsca istnieje wniosek o dezaktywację o statusie *Przyjęty*.

- **Zasoby** – przeglądanie zasobów przypisanych do danego miejsca
- **Przepnij zasoby** – przepięcie zasobów do innego miejsca
- **Personel** – przeglądanie personelu zatrudnionego w danym miejscu
- **Lokalizacje** – lista lokalizacji z okresem od – do, w jakich dane miejsce w tej lokalizacji funkcjonowało
- **Harmonogramy** – obsługa harmonogramów miejsca
- **Profile** – obsługa profili działalności miejsca
- **Wniosek o dezakt.** – opcja dostępna dla miejsc występujących przynajmniej w jednej umowie
- **Wnioski o zaw. dział. miej.** – opcja umożliwia zarządzanie wnioskami o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń
- **Okresy zawiesz.** – podgląd okresów zawieszenia działalności, które są dodawane / edytowane / usuwane przez pracownika OW NFZ.
- **Wnioski zm. spec.** – dokonanie zmiany VIII części kodu resortowego.
- **Wnioski o zm. lok.** – obsługa wniosków zmian w lokalizacji, do której przypisane jest miejsce
- **Procedury/zabiegi** – przeglądanie i dodawanie listy procedur/zabiegów medycznych (dostępna w zależności od rodzaju specjalności)
- **Zmiany specjalności** – dostępna po przyjęciu wniosku o zmianę specjalności przez Oddział Wojewódzki NFZ
- **Profile uzdrowiskowe**

Po wybraniu opcji **Zasoby** operator systemu może przejść do poniższego okna:

Dostępne zasoby

Nazwa Zawiera

Kategoria: -- wszystkie -- Aktywność: aktywny

Nazwa zasobu:

Zasób dostępny w dniu: 2012-06-18

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Producent	Liczba egzemplarzy	Nazwa miejsca	Dostępność dla innych	Aktywność	Operacje
	Nazwa	Model Rok prod. Nr seryjny Nazwa pom.		Data dost. od Data dost. do			
1.	Kod: 0010002 Nazwa: AMPLIFON <small>Kod tech.: as</small>	Producent: PRODUCENT SPRZETU ABC Model: ZX/1200 Rok prod.: 2001 Nr ser.: ZX/2001/2	1	NM: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1 OD: 2012-03-13 DO: -	całodobowo	aktywna	podgląd
2.	Kod: 0010004 Nazwa: ANGIOGRAF <small>Kod tech.: us</small>	Producent: SIEM Model: D2 Rok prod.: 2012 Nr ser.: KA3DSDA	1	NM: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1 OD: 2012-03-12 DO: -	w godz pracy kom org	aktywna	podgląd

Rys. 8.4 Dostępne zasoby w miejscu udzielania świadczeń

W oknie przeglądania zasobów dla miejsca udzielania świadczeń użytkownik ma do dyspozycji trzy zakładki przeglądania informacji o dostępności:

- **Dostępne w miejscu** – zasoby znajdujące się w miejscu udzielania świadczeń;
- **Dostępne w lokalizacji** – zasoby znajdują się w tej samej lokalizacji (ale w innych miejscach), co wybrane miejsce i zostały udostępnione dla innych;
- **Dostępne poza lokalizacją** – dostępne poza lokalizacją

8.2.1 Lista lokalizacji, w których miejsce funkcjonowało

Dla każdego miejsca udzielania świadczeń dostępna jest opcja **Lokalizacje**, która umożliwia zapoznanie się z listą lokalizacji wraz z okresami od – do, w jakich dane miejsce w tej lokalizacji funkcjonowało. Datą początku okresu funkcjonowania miejsca we wskazanej lokalizacji będzie data rozpoczęcia działalności.

Miejsce udzielania świadczeń
 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1
 Komórka organizacyjna: 543 AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE
 Specjalność komórki organizacyjnej: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE
 Aktywność: aktywne
[Powrót do miejsc udzielania świadczeń](#)

Lista lokalizacji

Bieżący zakres pozycji: 1 - 2 z 2

Lp.	Nazwa	Adres	Data od ▲	Data do
1.	Nazwa: LOKALIZACJA PORADNI SPECJALISTYCZNEJ Kod tech.: 543	62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	2014-05-14	-
2.	Nazwa: BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 Kod tech.: 543	00-215 POZNAŃ BIAŁA 2	2011-07-21	2014-05-13

Rys. 8.5 Lista lokalizacji miejsca

8.2.2 Zmiana lokalizacji, do której należy miejsce

Aby zmienić adres miejsca wykonywania świadczeń – lokalizację, do której przypisane jest miejsce, należy:

- Przejsć na listę miejsc udzielania świadczeń, a następnie z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Edytuj**.

Lp.	Kod Nazwa	Adres	Specjalność	Jednostka/komórka organizacyjna	Udost. do podwyk.	Data rozp. dział., Data zakoń. dział.	Aktywność	Operacje
1.	Kod: 13188 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1	62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	Kod: 3014 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	Komórka org.: Kod: 543 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	tak	P: 2001-01-01 K: -	aktywne	podgląd edytuj dezaktywuj zasoby przepni zasobv personel lokalizacje harmonogramy profile wnioski o dezakt. okresy zawiesz. dział. wnioski zm. spec. wnioski o zm. lok.

Rys. 8.6 Lista miejsc udzielania świadczeń

- W danych podstawowych miejsca, zmodyfikować aktualną lokalizację wybierając nową pozycję przy pomocy słownika.
- Wybrać opcję **Dalej →**. Uzupełnić cechy zależne od specjalności komórki organizacyjnej – jeżeli jest to wymagane.
- Wybrać opcję **Dalej →**, a następnie uzupełnić **Datę zmiany** oraz **Uzasadnienie**. Data zmiany nie może być wcześniejsza niż data rozpoczęcia funkcjonowania miejsca w bieżącej lokalizacji.
- Po zatwierdzeniu zmian zostanie wygenerowany wniosek o zmianę lokalizacji o statusie *Przekazany*, a operator zostanie poinformowany o numerze wniosku.

Miejsca udzielania świadczeń

Został utworzony wniosek o zmianę lokalizacji - numer wniosku LM-2015-10-27-000333

Nazwa AMBULATORIUM KARDIOL

Specjalność jedn./kom. organizacyjnej: ----- wybierz -----

Udostępnione do podwykonawstwa: -- wybierz -- Aktywność: aktywne

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod Nazwa	Adres	Specjalność	Jednostka/komórka organizacyjna	Udost. do podwyk.	Data rozp. dział., Data zakoń. dział.	Aktywność	Operacje
1.	Kod: 13188 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1	62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	Kod: 3014 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	Komórka org.: Kod: 543 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	tak	P: 2001-01-01 K: -	aktywne	podgląd edytuj dezaktywuj zasoby przepni zasobv personel lokalizacje harmonogramy profile wnioski o dezakt. okresy zawiesz. dział. wnioski zm. spec. wnioski o zm. lok.

Rys. 8.7 Lista miejsc udzielania świadczeń – informacja o generacji wniosku

- Aby zapoznać się z wygenerowanym wnioskiem należy z kolumny *Operacje* wybrać **Wnioski o zm. lok.**.

Lista wniosków o zmianę lokalizacji

Status: -- wybierz -- Szukaj

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Status	Lokalizacja w momencie złożenia wniosku	Wnioskowana lokalizacja	Wnioskowana data zmiany	Data przekazania Data rozpatrzenia	Operacje
1.	LM-2015-10-27-000333	przekazany	LOKALIZACJA PORADNI SPECJALISTYCZNEJ 62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 00-215 POZNAŃ BIAŁA 2	2015-10-27	P: 2015-10-27 R: -	podgląd anuluj

Rys. 8.8 Lista wniosków o zmianę lokalizacji

7. Dla wybranego miejsca w danym momencie może istnieć tylko jeden wniosek o zmianę lokalizacji o statusie innym niż *Anulowany* lub *Rozpatrzone*. Wniosek może być anulowany przez operatora do czasu rozpatrzenia go przez pracownika NFZ.
8. Pracownik OW może wniosek odrzucić podając powód odrzucenia (widoczny po wybraniu opcji **podgląd**) lub też go przyjąć.

Lista wniosków o zmianę lokalizacji

Status: -- wybierz -- Szukaj

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Status	Lokalizacja w momencie złożenia wniosku	Wnioskowana lokalizacja	Wnioskowana data zmiany	Data przekazania Data rozpatrzenia	Operacje
1.	LM-2015-10-27-000333	przekazany	LOKALIZACJA PORADNI SPECJALISTYCZNEJ 62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 00-215 POZNAŃ BIAŁA 2	2015-10-27	P: 2015-10-27 R: -	podgląd anuluj
2.	LM-2014-05-15-000181	odrzucony	LOKALIZACJA PORADNI SPECJALISTYCZNEJ 62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 00-215 POZNAŃ BIAŁA 2	2014-05-15	P: 2014-05-15 R: 2014-05-15	podgląd
3.	LM-2014-05-14-000173	przyjęty	BUDYNEK NR1-PRZYCHODNIA NR1 00-215 POZNAŃ BIAŁA 2	LOKALIZACJA PORADNI SPECJALISTYCZNEJ 62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	2014-05-14	P: 2014-05-14 R: 2014-05-14	podgląd

Rys. 8.9 Lista wniosków o zmianę lokalizacji

9. Przyjęcie wniosku przez pracownika OW NFZ skutkuje:
 - a. Zmianą daty końca ważności obecnej lokalizacji na datę zmiany podaną we wniosku
 - b. Dodaniem nowej lokalizacji dla miejsca od podanej daty zmiany do końca okresu działalności komórki
 - c. Ustawieniem nowej lokalizacji, jako aktualnie obowiązującej w miejscu udzielania świadczeń
10. Aby nowa lokalizacja powiązana z miejscem, znalazła się w umowie, należy przekazać zgłoszenie zmian do umowy na podstawie którego musi powstać aneks. Jeżeli nie zostanie utworzony aneks, miejsce będzie figurowało tylko w portalu SZOI i nie znajdzie się w umowie.

8.2.3 Zmiana specjalności miejsca udzielania świadczeń

W celu zmiany specjalności miejsca, należy:

1. Przejść na listę miejsc, a następnie z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Wnioski zm. spec.**, która dostępna jest tylko dla aktywnych miejsc.
2. W oknie *Listy wniosków o zmianę specjalności* wybrać opcję **Dodawanie wniosku**.

Lista wniosków o zmianę specjalności

[Dodawanie wniosku](#)

Nr wniosku Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Status: -- wszystkie --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Data wprowadzenia	Data operacji	Status	Operacje
1.	WS-2015-10-27-000424	2015-10-27	2015-10-27	wprowadzony	podgląd edycja usuń przełącz

Rys. 8.10 Lista wniosków o zmianę specjalności

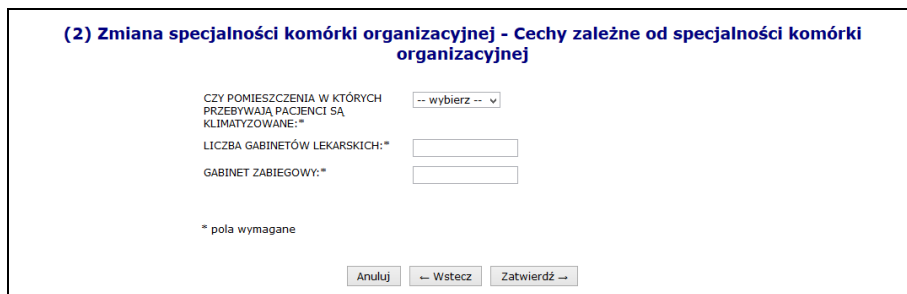
3. Uzupełnić wymagane dane:
 - **Wnioskowaną specjalność**
 - **Datę zmiany**
 - **Uzasadnienie**

Jeżeli miejsce ma przypisaną specjalność 1330, 6100, 6101, 6200, 6300, 6500, 6501, 6600 lub 6700 operator może ją zmienić tylko na inną z tego zakresu. Blokada jest podyktowana faktem, że w umowie, dla podanego miejsca udzielania świadczeń musiałaby się zmienić harmonogram w umowie na zwykły, a taki harmonogram nie może pojawić się w umowie w rodzaju UZD od roku 2016.



Rys. 8.11 Dodawanie wniosku o zmianę specjalności

4. Wybrać opcję **Dalej →**, a następnie zatwierdzić podsumowanie.
5. Dla nowo powstałego wniosku z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Przełącz** oraz potwierdzić przekazanie wniosku do OW NFZ przy pomocy opcji **Zatwierdź →**.
6. Jeżeli wniosek zostaje odrzucony, zmiany w nim zawarte nie wejdą w życie.
7. Przyjęcie wniosku przez OW NFZ aktywuje nową funkcję **Zmiana spec.** (na liście miejsc), którą należy wybrać. Po zapoznaniu się z ogólnymi informacjami o zmianie należy wybrać opcję **Dalej →**.
8. W ostatnim etapie należy uzupełnić **Cechy zależne od specjalności** oraz wybrać opcję **Zatwierdź →**.



Rys. 8.12 Cechy zależne od specjalności komórki organizacyjnej

9. Specjalności miejsca zostanie zmieniona.
10. **Jeżeli miejsce znajduje się w umowie, należy przekazać do OW NFZ zgłoszenie zmian do umowy, aby nowa specjalność znalazła się w umowie.**

8.2.4 Harmonogram miejsca

W miejscu tym operator może zapoznać się z wszystkimi harmonogramami czasu pracy, jakie obowiązywały w miejscu:

Harmonogramy miejsca

Nazwa Zawiera Szukaj

Typ: -- wybierz -- Aktywność: -- wybierz --

Rodzaj: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nazwa	Typ	Rodzaj	Data początku obowiązywania Data końca obowiązywania	Aktywność	Operacje
1.	Nazwa: HARMONOGRAM CAŁODOBOWY <small>Kod techn.: ...</small>	wzorcowy predefiniowany	pracy miejsca	P: 2000-01-01 K: -	aktywny	podgląd edytuj dezaktywuj podziel

Rys. 8.13 Harmonogramy miejsca

W jednym czasie miejsce może posiadać tylko jeden harmonogram aktywny.

Aby dodać harmonogram do miejsca, należy:

2. Z listy miejsc wybrać opcję **Harmonogramy**.
3. Wybrać opcję .
4. Uzpełnić podstawowe dane dotyczące harmonogramu:
 - **Datę początku obowiązywania** harmonogramu, która musi mieścić się w zakresie działania jednostki organizacyjnej.
 - **Datę końca obowiązywania** harmonogramu. Oznaczenie opcji **nieokreślona** wskazuje, że data końca obowiązywania harmonogramu jest nieznaną. Natomiast jej odznaczenie umożliwi wprowadzenie rzeczywistej daty końca obowiązywania, np.: dla harmonogramów definiowanych ściśle do umowy na wskazany rok;
 - **Rodzaj harmonogramu** dla miejsc o kodach:
 - 1330 - Dział (pracownia) balneoterapii,
 - 6100 - Oddział uzdrowiskowy szpitalny,
 - 6101 - Oddział uzdrowiskowy szpitalny dla dzieci,
 - 6200 - Oddział uzdrowiskowy szpitalny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym,
 - 6300 - Oddział uzdrowiskowy rehabilitacji szpitalnej,
 - 6500 - Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny,
 - 6501 - Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci,
 - 6600 - Przychodnia uzdrowiskowa/oddział uzdrowiskowy sanatoryjny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym,
 - 6700 - Oddział uzdrowiskowy rehabilitacji sanatoryjnej

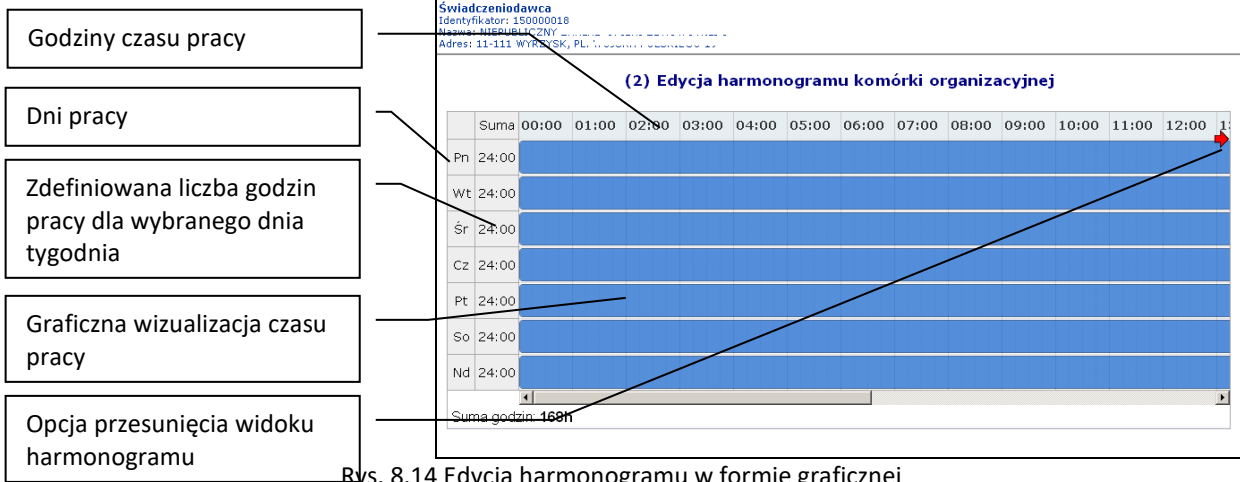
dostępny jest rodzaj **Udzielanie zabiegów**, który umożliwia dodanie szczegółowego harmonogramu wykonywania zabiegów w zakładzie przyrodolecznicy.

Jeżeli w miejscu, które posiada harmonogram w rodzaju **Udzielanie zabiegów** pracuje personel medyczny, należy dodać także harmonogram **Pracy miejsca**. Jeżeli nie zostanie on dodany nie będzie można dodać miejsca pracy personelu pracującego w tym miejscu.

Dla pozostałych komórek (niewymienionych powyżej) rodzaj ustawiony jest jako **Pracy miejsca**.

 - **Sposób definiowania**
 - czy zostanie zdefiniowany nowy harmonogram – **indywidualny**
 - czy definiowany harmonogram będzie pobierany z wcześniej przygotowanego wzorca - **wzorcowy** (menu *Potencjał -> Harmonogramy wzorcowe -> Dodawanie harmonogramu*)
 - czy ma on zostać zapisany jako wzorcowy (będzie mógł być w późniejszym czasie wykorzystywany w innych częściach systemu np. w harmonogramie personelu)
 - czy ma być definiowany w sposób klasyczny czy graficzny
 - Kolejne okno, które zostanie wyświetlone po wybraniu opcji , zależne jest od powyżej wybranych parametrów. Operator musi podać godziny czasu pracy harmonogramu (graficznie lub klasycznie).
 - Po wprowadzeniu definicji harmonogramu wyświetlone zostanie okno *Podsumowania*, które należy zatwierdzić.

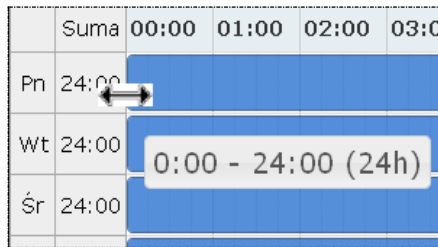
W przypadku definiowania harmonogramu w formie graficznej, operator musi wprowadzić szczegóły na poniższej skali:



Rys. 8.14 Edycja harmonogramu w formie graficznej

Dostępne opcje edycji:

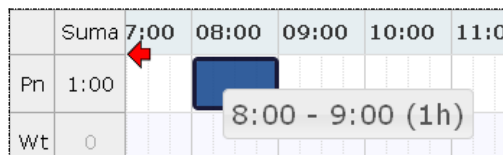
- **modyfikacja graficzna** poprzez ustawienie za pomocą myszki pasków oznaczających czas pracy w danym dniu:
 - **kursorem myszki** należy najechać na początek niebieskiego paska wizualizacji czasu pracy – wyświetlony zostanie kursor dwukierunkowej strzałki;
 - następnie należy wcisnąć i przytrzymać lewy przycisk myszki jednocześnie przesuując początek paska czasu pracy na pole odpowiadające odpowiedniej godzinie czasu pracy:



Edytowany czas pracy będzie oznaczony ciemniejszym kolorem paska.

Przesuwanie paska będzie powodowało zmniejszenie / zwiększenie liczby godzin pracy w ciągu dnia wyświetlanej w kolumnie **suma** oraz zmianę informacji o czasie pracy wyświetlanym dodatkowo na pasku czasu pracy.

- **Dodawanie czasu pracy** przez kliknięcie w puste pole siatki, powoduje dodanie paska czasu pracy odpowiadającego 1 godzinie. Rozpoczęcie czasu pracy będzie odpowiadało początkowi bloku, w który zostanie wykonane kliknięcie.



- **modyfikacja za pomocą opcji menu kontekstowego** dostępna jest po kliknięciu prawym przyciskiem myszy w pasek czasu pracy dla wybranego dnia. Czynność ta powoduje wyświetlenie menu:

Suma	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00
Pn 12:00					
Wt 10:00					
Śr 12:00					
Cz 10:00					

Poniedziałek 7:00 - 19:00

- o opcja **edytuj** umożliwia edycję czasu pracy. W polach od – do należy wprowadzić czas pracy dla wybranego dnia.

Od:

Do:

Możesz użyć klawiszy strzałek, by przewijać czas

Zapisanie zmian spowoduje modyfikację paska czasu pracy na siatce pracy.

- o opcja **podziel** umożliwia podział paska czasu pracy na dwie części, a następnie modyfikację czasu pracy w rozdzielnych interwałach.
- o opcja **usuń** umożliwia usunięcie paska czasu pracy dla wybranego dnia.
- o opcja **połącz** umożliwia połączenie pasków czasu pracy zdefiniowanych dla jednego dnia, które łączą się ze sobą.

Każda nowo wprowadzona pozycja zostanie wyświetlona na liście harmonogramów. Wszystkie pozycje można **przeglądać, edytować, dezaktywować** lub też **podzielić**.

Jeżeli operator chce podzielić dany harmonogram, musi:

1. Z listy harmonogramów wybrać opcję **Podziel**.
2. Uzpełnić **Datę podziału** (musi się ona zawierać w okresie obowiązywania harmonogramu) oraz zdefiniować *czy uwzględnić w podziale harmonogramy profili oraz okresy pracy osób personelu w miejscu*. Data podziału będzie końcem pierwszego okresu, drugi okres rozpocznie się z datą podziału + 1 dzień.

(1) Podział okresu obowiązywania harmonogramu

Data początku obowiązywania: 2001-01-01
 Data końca obowiązywania: Nieokreślona
 Data podziału:*

Uwzględnij harmonogramy profili oraz okresy pracy osób personelu w miejscu

* pola wymagane

Rys. 8.15 Podział okresy obowiązywania harmonogramu

3. Wybrać opcję , a następnie .

8.2.5 Profil działalności

Aby dodać profil działalności należy:

1. Z kolumny *Operacje* na głównej liście miejsc wybrać opcję **Profile**.

2. Wybrać opcję **Dodawanie profilu**.
3. Uzupełnić wymagane dane podstawowe:
 - a. **Funkcję ochrony zdrowia**
 - b. **Dziedzinę medyczną**
 - c. **Datę rozpoczęcia działalności**
 - d. **Datę zakończenia działalności** (opcjonalnie)
4. Wskazać harmonogram czasu pracy dla profilu przy pomocy opcji **Uzupełnij**.

Opcja **Harmonogramy** umożliwia przejście do okna, w którym można definiować harmonogramy profilu przy pomocy opcji **Dodawanie harmonogramu profilu**. Opcja przebiega identycznie jak wprowadzanie harmonogramu podczas dodawania profilu.

8.2.6 Przepięcie zasobów pomiędzy miejscami

Aby przepięć zasoby pomiędzy miejscem A oraz B, należy:

1. Dla miejsca A wybrać opcję **Przepnij zasoby** z głównego okna miejsc udzielania świadczeń
2. Uzupełnić dane:
 - a. Nowe miejsce stacjonowania – tylko miejsca aktywne
 - b. Datę przepięcia
 - c. Wyznaczyć zasoby jakie mają zostać przepięte – wszystkie czy też poszczególne pozycje wybierane ze słownika przy pomocy opcji **DODAWANIE**.

Rys. 8.16 Przepisanie zasobów

3. Wybrać opcję **Dalej ->**. W kolejnym kroku zostanie wyświetlone podsumowanie. Opcja [szczegóły](#) umożliwia zapoznanie się z zasobami jakie zostaną przeniesione.

Lista zasobów, które zostaną przeniesione					
Kod	Producent		Liczba egzemplarzy	Dostępność dla innych	Data dostępności od
	Model	Rok prod.			Data dostępności do
Nazwa	Nr seryjny	Nazwa pom.			
Kod: 0010086 Nazwa: KARDIOMONITOR	Producent: ██████████ Model: A2 Rok prod.: 2010 Nr seryjny: WD34		1	w godz pracy miejsca	Od: 2020-09-16 Do: -
Kod: 0010007 Nazwa: APARAT DO BRACHYTERAPII	Producent: ██████████ Model: - Rok prod.: 2016 Nr seryjny: ABC123		1	brak dostępu	Od: 2020-09-16 Do: -
Kod: 0011000 Nazwa: AMBULANS DROGOWY	Producent: ██████████ Model: 130 Rok prod.: 2012 Nr seryjny: SK27362		1	brak dostępu	Od: 2020-09-16 Do: -

Rys. 8.17 Lista zasobów, które zostaną przeniesione

4. Zatwierdzić podsumowanie przepięcia.

W systemie została także udostępniona możliwość przepięcia zasobów z miejsca nieaktywnego do aktywnego. Z nieaktywnego miejsca zostaną skopiowane dostępności, które spełniają następujące warunki:

- zasób (posiadanie) jest aktywny
- dostępność nie zakończyła się przed datą przepięcia podaną przez użytkownika

Informacje o dostępności w nowym miejscu będą następujące:

- **Data od** będzie najpóźniejszą z następujących dat:
 - data przepięcia,
 - data początku dostępności w miejscu nieaktywnym,
 - data rozpoczęcia działalności komórki
- **Data do** będzie najwcześniejszą z następujących dat:
 - data końca dostępności w miejscu nieaktywnym,
 - data zakończenia działalności komórki.

Natomiast stare rekordy w nieaktywnym miejscu pozostają bez zmian.

8.2.7 Przeglądanie osób personelu medycznego pracujących w miejscu udzielania świadczeń

Przy pomocy opcji **Personel** dostępnej w kolumnie *Operacje* operator systemu może zapoznać się z wszystkimi osobami personelu medycznego, jakie pracują w miejscu lub są deklarowane do pracy w tym miejscu:

Osoby personelu pracujące w miejscu udzielania świadczeń							
PESEL		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Deklaracja dostępności w dniu <input type="text"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	PESEL	Imię i nazwisko	Zawód / specjalność	Funkcja	Praca od / Praca do	Zgodność uprawnień z CWPM	Operacje
1.	PESEL: [redacted] <small>Kod tech</small>	Imię: WANDA Nazwisko: NAZWISKO_10747	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII	-	Od: 2014-01-01 Do: 2019-08-21	nie dotyczy	podgląd
2.	PESEL: [redacted] <small>Kod tech</small>	Imię: WANDA Nazwisko: NAZWISKO_10747	LABORANT CHEMICZNY	-	Od: 2016-10-04 Do: 2019-08-22	nie dotyczy	podgląd
3.	PESEL: [redacted] <small>Kod tech</small>	Imię: ANNA Nazwisko: NAZWISKO_2483	LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII OGÓLNEJ	KIEROWNIK ZAKŁADU (ODDZIAŁU, DZIAŁU, ODDCINKA)	Od: 2018-01-01 Do: 2018-12-31	niezgodne	podgląd

Rys. 8.18 Osoby personelu pracujące w miejscu udzielania świadczeń

8.2.8 Procedury / Zabiegi medyczne / Profile uzdrowiskowe

Poniżej opisane opcje **procedury/zabiegi** oraz **profile uzdrowiskowe** dostępne są tylko dla tych miejsc udzielania świadczeń, które są powiązane z następującymi specjalnościami:

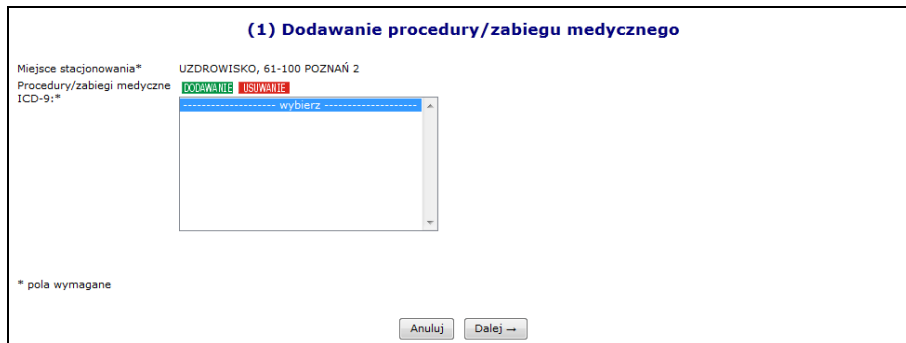
Nazwa specjalności	Kod specjalności	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń
Oddział uzdrowiskowy szpitalny	6100	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych	08.6100.021.05
Oddział uzdrowiskowy szpitalny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym	6200	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych w podziemnym urządzonym wyrobisku górniczym	08.6200.021.05
Oddział uzdrowiskowy rehabilitacji szpitalnej	6300	Uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym	08.0000.022.05

Oddział uzdrowiskowy szpitalny dla dzieci	6101	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci	08.6101.021.05
Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	6500	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych	08.6500.028.05
Przychodnia uzdrowiskowa/oddział uzdrowiskowy sanatoryjny w urzędzonym podziemnym wyrobisku górniczym	6600	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych w podziemnym urzędzonym wyrobisku górniczym	08.6600.028.05
Oddział uzdrowiskowy rehabilitacji sanatoryjnej	6700	Uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym	08.0000.029.05
Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci	6501	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci	08.6501.028.05
Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci		Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką dorosłych	08.6501.029.05
Dział (pracownia) balneoterapii	1330	Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci	08.1330.019.04

Źródło: Załącznik nr 1 do Zarządzenia 69/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 26 października 2012 r.

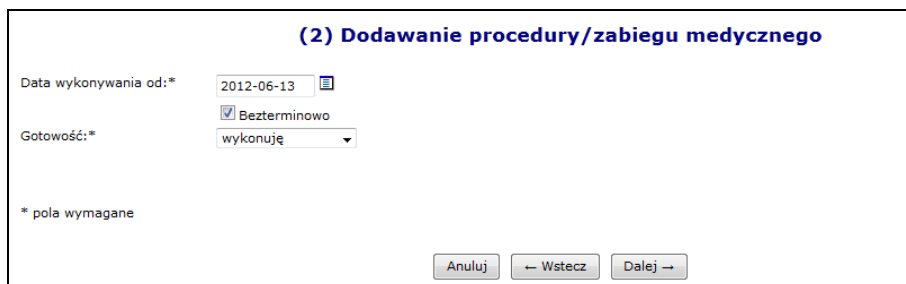
Aby przypisać procedurę/zabieg medyczny do miejsca, należy:

1. Przejść na listę miejsc udzielania świadczeń, a następnie z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Procedury / Zabiegi**.
2. Na liście procedur/zabiegów medycznych wybrać opcję **Dodawanie procedury**.
3. Przy pomocy opcji **DODAWANIE** uzupełnić procedury/ zabiegi medyczne ICD-9 i wybrać opcję **Dalej →**.



Rys. 8.19 Dodawanie procedury/zabiegu – ICD 9

4. Zdefiniować **Datę wykonywania od/do**, **Gotowość** i wybrać opcję **Dalej →**.



Rys. 8.20 Dodawanie procedury/zabiegu – wykonywanie oraz gotowość

5. Zatwierdzić podsumowanie.

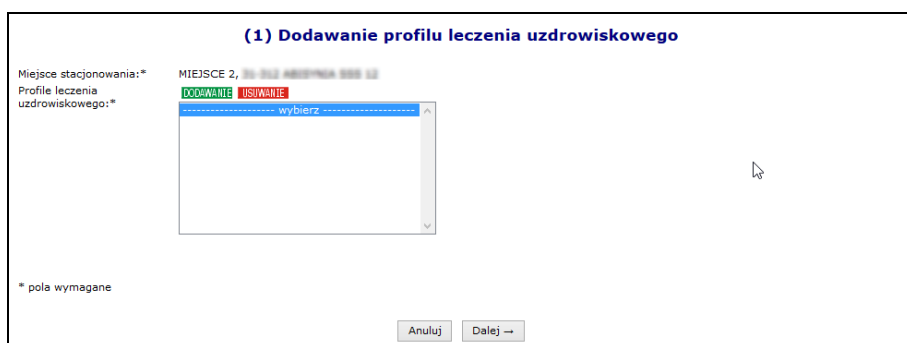
Aby przypisać profile uzdrowiskowe do miejsca wykonywania świadczeń, należy:

- Przejsić na listę miejsc, a następnie z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Profile uzdrowiskowe**.



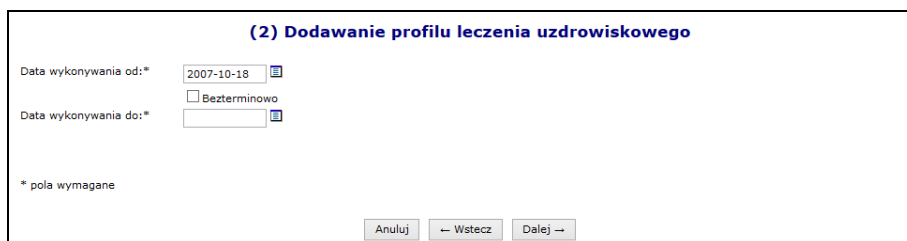
Rys. 8.21 Lista profili leczenia w zakładzie uzdrowiskowym

- Na liście procedur/zabiegów medycznych wybrać opcję **Dodawanie profilu uzdrowiskowego**.
- Przy pomocy opcji **DODAWANIE** uzupełnić profile uzdrowiskowe i wybrać opcję **Dalej →**.



Rys. 8.22 Dodawanie profili uzdrowiskowych – ICD 9

- Zdefiniować **Datę wykonywania od/do** i wybrać opcję **Dalej →**.



Rys. 8.23 Dodawanie profili uzdrowiskowych – wykonywanie oraz gotowość

5. Zatwierdzić podsumowanie.

8.2.9 Dezaktywacja miejsca znajdującego się w umowie

W systemie został dodany mechanizm wnioskowania o dezaktywację miejsca udzielania świadczeń w przypadku, gdy miejsce to zostało wykazane w jakiegokolwiek umowie z NFZ. Dla miejsc, które nigdy nie były wykazane w umowie, dezaktywacja przebiega bez konieczności wnioskowania.

Opis procesu dezaktywacji miejsca znajdującego się w umowie:

1. Świadczeniodawca wprowadza wniosek o dezaktywację dla wybranego miejsca udzielania świadczeń (**status wniosku = wprowadzony**). Wprowadzając wniosek świadczeniodawca zobligowany jest do podania przyczyny dezaktywacji. Przy wprowadzaniu, wniosek zostaje opatrzony unikalnym numerem nadawanym automatycznie przez system.
2. Wniosek o statusie **wprowadzony** może zostać **usunięty** z systemu przez świadczeniodawcę
3. Do momentu przekazania wniosku do rozpatrzenia, istnieje możliwość edycji wprowadzonego uzasadnienia zmiany
4. Świadczeniodawca przekazuje wniosek w formie elektronicznej do rozpatrzenia przez OW NFZ (**status wniosku = przekazany**)
5. Pracownik OW NFZ rozpatruje przesłany wniosek nadając mu jeden z dwóch statusów:
 - **odrzucony** – w przypadku odrzucenia wniosku przez pracownika OW NFZ. W taki zostaje przekazana informacja o przyczynie odrzucenia wniosku
 - **przyjęty** – w przypadku akceptacji wniosku przez pracownika OW NFZ. Akceptacja wniosku nie spowoduje żadnych zmian w systemie, jest tylko promesą dla świadczeniodawcy, która umożliwi mu wykonanie czynności dezaktywacji miejsca udzielania świadczeń, którego wniosek dotyczy. Przyjęcie wniosku przez pracownika OW NFZ nie gwarantuje wprowadzenia zmiany do systemu, jest jedynie promesą dla operacji zmiany.
6. Informacja o odrzuceniu/ przyjęciu wniosku jest wysyłana do świadczeniodawcy w formie automatycznego komunikatu
7. Do momentu rozpatrzenia wniosku przez pracownika OW (zmiany statusu na przyjęty lub odrzucony) świadczeniodawca może go jeszcze wycofać, nadając mu status **anulowany**
8. Świadczeniodawca, po zatwierdzeniu wniosku o dezaktywację miejsca udzielania świadczeń przez pracownika OW NFZ, może dokonać następujących czynności
 - anulować zatwierdzony wniosek, w przypadku, gdy wnoszona zmiana nie będzie przez niego realizowana. Po anulowaniu wniosku przez świadczeniodawcę, status wniosku zostanie ustawiony na **anulowany**
 - wprowadzić zmianę na podstawie zatwierdzonego wniosku. Status wniosku zostanie zmieniony na **zrealizowany**
9. Należy pamiętać, że dla danego miejsca, w danej chwili może istnieć tylko jeden wniosek o statusie wprowadzony, przekazany lub przyjęty
10. W przypadku późniejszego przywrócenia miejsca, w celu ponownej jego dezaktywacji, konieczne będzie złożenie nowego przez świadczeniodawcę kolejnego wniosku

Dla miejsc, które znajdują się już w umowie na głównej liście miejsce w kolumnie *Operacje*, dostępna będzie opcja **Wnioski o dezaktywację**. Po jej wybraniu pojawi się główna lista wniosków o dezaktywację miejsca udzielania świadczeń. Aby wprowadzić nowy wniosek dla miejsca należy wybrać opcję **Dodawanie wniosku**.

Świadczeniodawca Identyfikator: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adres: 64-260 POZNAŃ					
Miejsce udzielania świadczeń Nazwa: AMBULATORIUM Komórka organizacyjna: 543 AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE Specjalność komórki organizacyjnej: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE Aktywność: aktywne Powrót do miejsc udzielania świadczeń					
Dodawanie wniosku					
Wnioski o dezaktywację miejsca udzielania świadczeń					
Nr wniosku <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> Szukaj <input type="button"/> Zlicz rekordy <input type="button"/>					
Status: -- wszystkie --					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
LP.	Nr wniosku ▲	Data wprowadzenia	Data ostatniej operacji	Status	Operacje
1.	WM-2012-02-23-000061	2012-02-23	2012-02-23	przekazany	podgląd anuluj

Rys. 8.24 Wnioski o dezaktywację miejsca udzielania świadczeń

Podczas dodawania wniosku operator musi podać uzasadnienie. Każdy wprowadzony wniosek może być przeglądany, edytowany lub usunięty. Jeżeli wszystko się zgadza można przekazać wniosek do OW NFZ:

Lp.	Nr wniosku ▲	Data wprowadzenia	Data ostatniej operacji	Status	Operacje
1.	WM-2012-02-22-000054	2012-02-22	2012-02-22	przekazany	podgląd anuluj

Gdy wniosek zostanie odrzucony przez OW NFZ, otrzyma on status **Odrzucony** oraz w podglądzie widoczna będzie przyczyna odrzucenia:

Lp.	Nr wniosku ▲	Data wprowadzenia	Data ostatniej operacji	Status	Operacje
1.	WM-2012-02-22-000054	2012-02-22	2012-02-22	odrzucony	podgląd

Wniosek **Przyjęty** przez OW NFZ może zostać anulowany przez świadczeniodawcę:

Lp.	Nr wniosku ▲	Data wprowadzenia	Data ostatniej operacji	Status	Operacje
1.	WM-2012-02-22-000053	2012-02-22	2012-02-22	przyjęty	podgląd anuluj

W przypadku anulowania wniosku (przekazanego lub przyjętego) pozycja otrzyma status **Anulowany**:

Lp.	Nr wniosku ▲	Data wprowadzenia	Data ostatniej operacji	Status	Operacje
1.	WM-2012-02-22-000053	2012-02-22	2012-02-22	anulowany	podgląd

Po przyjęciu wniosku przez pracownika OW NFZ, miejsce może zostać dezaktywowane przy pomocy opcji **Dezaktywuj**, dostępnej na głównej liście miejsc wykonywania świadczeń.

8.2.10 Wnioski o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń

Opcja **wnioski o zaw. dział. miej.** umożliwia zarządzanie wnioskami dotyczącymi przerw w udzielaniu świadczeń w danym miejscu lub / oraz zawieszeniu zakresu w miejscu.

Przerwy w udzielaniu świadczeń w miejscu zgłasza świadczeniodawca prowadzący działalność i będący właścicielem tego miejsca. Natomiast przerwy dotyczące realizacji zakresu świadczeń w danym miejscu zgłasza świadczeniodawca będący stroną umowy.

Dla każdego miejsca może istnieć tylko jeden aktywny wniosek (o statusie innym niż *Anulowany*, *Przyjęty*, *Odrzucony*) dotyczący tego samego przedziału czasu (wnioski dotyczące różnych – rozłącznych okresów nawet dla tego samego miejsca mogą być składane i obsługiwane niezależnie).

Dla każdego zakresu świadczeń realizowanego w danym miejscu może istnieć tylko jeden aktywny wniosek dotyczący tego samego przedziału czasu (tak samo jak w przypadku miejsc).

Korzystając z opcji **Dodaj wniosek o zawieszenie ▼** operator może rozpocząć wprowadzanie *Wniosku o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń* lub *Wniosku o zawieszenie zakresu w miejscu udzielania świadczeń*. W zależności od rodzaju wniosku podczas dodawania należy uzupełnić:

1. **Okres zawieszenia od / do** – w wybranym okresie czasu może istnieć tylko jeden aktywny wniosek dotyczący zawieszenia działalności.
2. **Zakres świadczeń miejsca** – wybierany ze słownika umów oraz listy zakresów świadczeń występujących w tej umowie na dzień początku zgłaszanej przerwy.
3. **Powód zgłoszenia wniosku** – operator może wskazać kilka powodów dla zgłaszanej przerwy.
4. **Powód zgłoszenia – opis** - jeżeli zostanie wskazany ze słownika więcej niż jeden powód, to wypełnienie pola opis będzie obowiązkowe.
5. **Podmiot zastępujący**

Wniosek o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń

Kod: * 13188
 Nazwa: * AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1
 Okres zawieszenia od: *
 Okres zawieszenia do: * bezterminowo
 Powód zgłoszenia wniosku: *
 Powód zgłoszenia - opis:
 Podmiot zastępujący:

* pola wymagane

Rys. 8.25 Dodawanie wniosku o zawieszenie działalności

Po zatwierdzeniu podsumowania, system automatycznie wygeneruje nowy wniosek:

Wniosek o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń

Wygenerowany został wniosek o numerze ZM-2022-02-23-00591

Rys. 8.26 Informacja o wygenerowaniu nowego wniosku

Nowa pozycja pojawi się na liście wniosków o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń.

Dla każdego wniosku może zostać dołączony plik przy pomocy opcji **Załączniki**:

- Plik może mieć maksymalnie 10 MB
- Do załącznika może zostać dodany dodatkowy opis, składający się maksymalnie z 200 znaków
- Do każdego wniosku może zostać dołączony tylko jeden plik
- Dołączenie pliku jest opcjonalne

Załączniki do wniosku

Dodajesz załączniki do wniosku: ZD-2022-02-23-00590.
 Załączniki mogą być plikami o dowolnym rozszerzeniu i rozmiarze nieprzekraczającym **10MB**.
 Możesz dodać maksymalnie **1 plików**.

Przeciągnij i upuść plik w tym obszarze, albo kliknij aby wybrać

Opis pliku:

Rys. 8.27 Dodawanie załącznika do wniosku

Opcja **edytuj** umożliwia modyfikację danych wniosku o statusie *wprowadzony*.

Po uzupełnieniu wszystkich danych związanych z wnioskiem, należy go przekazać do OW NFZ.

Wnioski o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń

Nr wniosku Zawiera

Status:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku Typ wniosku	Zakres świadczeń	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status	Operacje
1.	Numer: ZM-2022-02-23-00591 Typ: Zawieszenie miejsca	Kod: - Nazwa: -	-	-	wprowadzony	podoład załączniki anuluj edytuj przeład do OW

Rys. 8.28 Lista wniosków o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń

Wnioski mogą przyjąć następujące statusy:

- **W przygotowaniu** – wniosek przygotowywany przez świadczeniodawcę (początkowy status utworzonego wniosku).
- **Anulowany** – wniosek anulowany przez świadczeniodawcę (zmiana na *Anulowany* możliwa jest przez operatora ze statusu *W przygotowaniu*).
- **Przekazany do OW** – wniosek przekazany przez świadczeniodawcę (zmiana ze statusu *W przygotowaniu*). Na tym statusie istnieje możliwość cofnięcia statusu na *W przygotowaniu* w celu poprawy wniosku (operacja wycofania statusu wniosku dostępna jest dla operatora, przed rozpoczęciem oceny przez OW NFZ).
- **Oceniany** – Pracownik OW NFZ ocenia wniosek (status wniosek nie może być już zmieniany przez świadczeniodawcę na *W przygotowaniu*). Ze statusu *Oceniany*, operator OW może cofnąć status wniosku na *Przekazany do OW* (w celu poprawy wniosku przez świadczeniodawcę) lub zmienić status Przyjęty lub Odrzucony.
- **Przyjęty** – Pracownik OW NFZ przyjął wniosek. System dokonał aktualizacji danych dotyczących przerw w udzielaniu świadczeń. Status wniosku nie może być cofnięty, jeżeli wystąpi potrzeba aktualizacji danych to świadczeniodawca musi zgłosić kolejny wniosek.
- **Odrzucony** – Pracownik OW NFZ odrzucił wniosek. Status wniosku nie może być cofnięty, jeżeli wystąpi potrzeba aktualizacji danych to świadczeniodawca musi zgłosić kolejny wniosek.

8.3 Zasoby

Funkcje wprowadzania informacji o zasobach uzyskuje się po wybraniu menu: *Zasoby świadczeniodawcy -> Zasoby*. W części dodawanie, widocznej po prawej stronie, dostępne są następujące opcje umożliwiające wprowadzenie:

- **Sprzętu**
- **Środka transportu**
- **Pomieszczenia**

Zasoby

Dodawanie:

Nazwa Zawiera Szukaj

Kategoria: -- wszystkie -- Aktywność zasobu: aktywny

Nazwa zasobu:

Miejsce stacjonowania:

Zasób dostępny w dniu:

Zasób posiadany w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Nazwa	Producent	Data posiadania od	Aktywność zasobu	Operacje
			Model	Data posiadania do		
1.	Kod: 0010020 Nazwa: APARAT RENTGENOWSKI <small>Kod Tech:</small>	Producent: PRODUCENT RTG Model: RTG 2000V Rok prod.: 2001 Nr ser.: 2001/90	Od: 2011-01-01 Do: -	aktywny	podłóż edytuj określ dostępności dezaktywuj	
2.	Kod: 0010005 Nazwa: ANOSKOP <small>Kod Tech:</small>	Producent: PROD1 Model: - Rok prod.: 2000 Nr ser.: 234	Od: 2007-10-01 Do: -	aktywny	podłóż edytuj określ dostępności dezaktywuj	


Rys. 8.29 Zasoby medyczne

Wszystkie pozycje podświetlone na **kolor czerwony oraz przekreślone czarna linią** znajdują się w potencjale świadczeniodawcy i mogą być wybierane podczas tworzenia oferty. Jednak pozycje te nie znajdują się w aktualnie obowiązującym słowniku zasobów medycznych opublikowanym przez Centralę NFZ. Dlatego też po jego usunięciu nie będzie można dodać go kolejny raz.

Środki transportu podświetlone na **kolor szary** wymagają edycji, gdyż nie posiadają wprowadzonej informacji związanej z **Typem ambulansu, Numerem homologacji, Datą homologacji** oraz **Numerem VIN**.


8.3.1 Dodawanie sprzętu medycznego

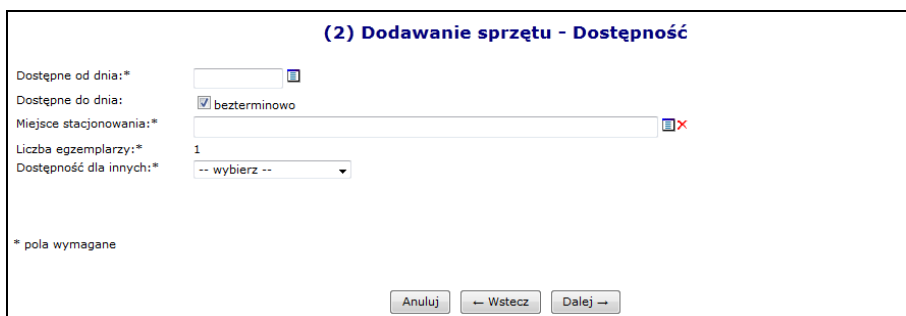
Aby dodać do systemu nowy sprzęt należy:

1. Przejść na listę zasobów wybierając z głównego menu opcję *Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zasoby*.
2. W nowym oknie wybrać opcję Dodawanie .
3. Uzupełnić wszystkie podstawowe dane:
 - **Status** - posiadam / będę posiadał
 - **Data od kiedy posiadam / będę posiadał**
 - **Data posiadania do** – po odznaczeniu znacznika „beztterminowo” można wprowadzić datę końca posiadania sprzętu
 - **Nazwę zasobu** – wybieraną ze słownika
 - **Kod UMDNS** (opcjonalnie)




Rys. 8.30 Dodawanie sprzętu

4. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
5. Uzupełnić informacje związane z dostępnością:
 - **Dostępność od dnia** - okres dostępności danego sprzętu w miejscu musi się zawierać w okresie posiadania tego sprzętu
 - **Dostępność do dnia** (opcjonalnie)
 - **Miejsce stacjonowania**
 - **Liczba egzemplarzy** – pole to uzależnione jest od rodzaju wybranego zasobu. Może być automatycznie ustawione na 1 (bez możliwości edycji) lub też należy je uzupełnić
 - **Dostępność dla innych**



Rys. 8.31 Dodawanie sprzętu – Dostępność

6. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
7. Uzupełnić szczegółowe dane:
 - **Producent**
 - **Model** (opcjonalnie)
 - **Rok produkcji**
 - **Numer seryjny**
 - Czy oferent posiada **Umowę serwisową gwarantującą sprawność?**

➤ Czy sprzęt **Posiada atest?**

W przypadku zasobów, które świadczeniodawca będzie posiadał w przyszłości wymagane jest podanie tylko **Producenta** oraz **Modelu**.



(3) Dodawanie sprzętu

Producent:*

Model:

Rok produkcji:*

Numer seryjny:*

Umowa serwisowa gwarantująca sprawność:* -- wybierz --

Posiada atest:* -- wybierz --

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

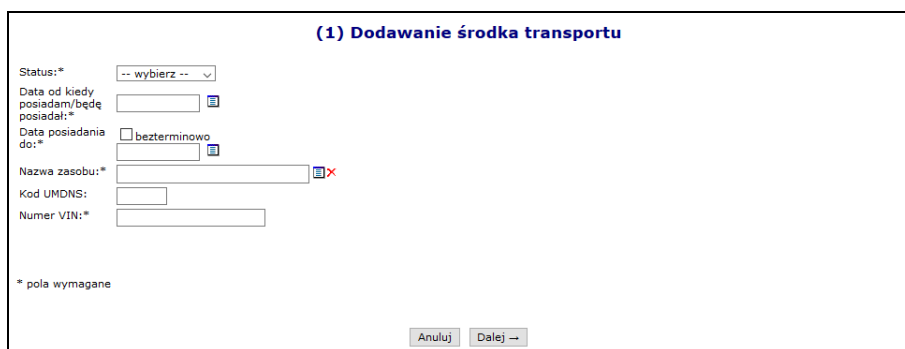
Rys. 8.32 Dodawanie sprzętu – Cechy dodatkowe

8. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji Dalej →.
9. Wskazać **dodatkowe cechy wg słownika NFZ** (wymagane dla niektórych rodzajów sprzętu) oraz **dodatkowe cechy nieuwzględnione w słowniku NFZ**. W przypadku edycji istniejącego zasobu, słownik cech nie jest ograniczony, jednak pozycje nieaktywne są wyróżnione (kolumna aktywność, przekreślenie pozycji).
10. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji Dalej →.
11. Zatwierdzić podsumowanie.

8.3.2 Dodawanie środka transportu

Aby dodać nowy środek transportu do systemu należy:

1. Przejść na listę zasobów wybierając z głównego menu opcję *Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zasoby*.
2. W nowym oknie wybrać opcję Dodawanie Środka transportu.
3. Uzpełnić wszystkie podstawowe dane:
 - **Status**
 - **Datę, od kiedy posiadam / będę posiadał**
 - **Datę posiadania do** – po odznaczeniu znacznika „beztymczasowo” można wprowadzić datę końca posiadania środka transportu
 - **Nazwę środka** – wybieraną ze słownika
 - **Kod UMDNS** (opcjonalnie)
 - **Numer VIN** - jeżeli ambulans wodny nie posiada numeru VIN należy wprowadzić same zera



(1) Dodawanie środka transportu

Status:* -- wybierz --

Data od kiedy posiadam/będę posiadał:*

Data posiadania do:* beztymczasowo

Nazwa zasobu:*

Kod UMDNS:

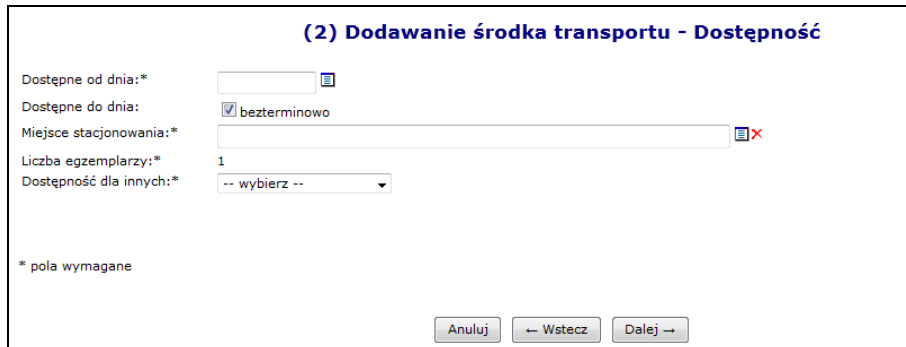
Numer VIN:*

* pola wymagane

Anuluj Dalej →

Rys. 8.33 Dodawanie środka transportu - Dane podstawowe

4. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
5. Uzupełnić informacje związane z dostępnością:
 - **Dostępność od dnia** - okres dostępności danego środka transportu w miejscu musi się zawierać w okresie posiadania tego zasobu
 - **Dostępność do dnia** (opcjonalnie)
 - **Miejsce stacjonowania**
 - **Liczba egzemplarzy** – pole to uzależnione jest od rodzaju wybranego zasobu. Może być automatycznie ustawione na 1 (bez możliwości edycji) lub też należy je uzupełnić
 - **Dostępność dla innych**



(2) Dodawanie środka transportu - Dostępność

Dostępne od dnia:*

Dostępne do dnia: bezterminowo

Miejsce stacjonowania:*

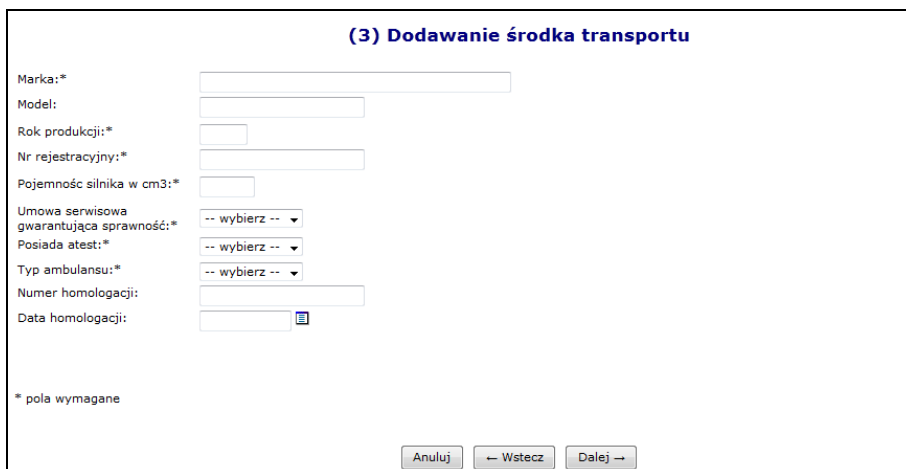
Liczba egzemplarzy:* 1

Dostępność dla innych:* -- wybierz --

* pola wymagane

Rys. 8.34 Dodawanie środka transportu - Dostępność

6. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
7. Uzupełnić szczegółowe informacje środka transportu:
 - **Marka**
 - **Model**
 - **Rok produkcji**
 - **Nr rejestracyjny**
 - **Pojemność silnika**
 - **Umowa serwisowa gwarantująca sprawność**
 - **Atest**
 - **Typ ambulansu**
 - **Numer homologacji**
 - **Data homologacji**



(3) Dodawanie środka transportu

Marka:*

Model:

Rok produkcji:*

Nr rejestracyjny:*

Pojemność silnika w cm3:*

Umowa serwisowa gwarantująca sprawność:* -- wybierz --

Posiada atest:* -- wybierz --

Typ ambulansu:* -- wybierz --

Numer homologacji:

Data homologacji:

* pola wymagane

Rys. 8.35 Dodawanie środka transportu - Dane szczegółowe

8. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
9. Uzupełnić dodatkowe cechy środka

10. Wskazać **Dodatkowe cechy zasobu wg słownika NFZ** oraz **Dodatkowe cechy nieuwzględnione w słowniku NFZ**.
11. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
12. Zatwierdzić podsumowanie.

8.3.3 Pomieszczenia

Lista zasobów została powiększona o nową kategorię Pomieszczenia, jednocześnie zmieniono sposób ewidencjonowania gabinetów.

Z czasem zbieranie informacji o liczbie gabinetów zabiegowych, jako cechach miejsca zostanie zablokowane. Informacja ta przestanie być także aktywna dla już wprowadzonych danych.

Dlatego też należy dla każdego miejsca wprowadzić odpowiednie pomieszczenia. Należy pamiętać, że każdy gabinet zabiegowy musi być wprowadzony do systemu oddzielnie!!!

Po wskazaniu zasobu z kategorii *Pomieszczenie* użytkownik jest zobligowany do podania **Nazwy zasobu** przy pomocy słownika oraz **Nazwy pomieszczenia** (opis tekstowy do 200 znaków). Pozostały zakres funkcjonalny obsługi zasobów z nowej kategorii *Pomieszczenia* jest podobny jak w przypadku pozostałych kategorii: sprzętu i środków transportu.

8.3.4 Okresy dostępności zasobów

Aby wprowadzić nowy okres dostępności należy wybrać opcję o tej samej nazwie, dostępnej w głównym oknie **Zasobów**. W nowo otwartym oknie znajdują się wszystkie okresy, jakie zostały przypisane do danego zasobu:

Lp.	Kod tech. okresu dost.	Data dostępności od Data dostępności do	Kod Nazwa	Liczba egz.	Dostępność dla innych	Aktywność	Operacje
1.	Kod tech. okresu dost.:	Od: 2012-03-13 Do: -	Kod: 13188 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1	1	całodobowo	aktywny	edytuj usuń

Rys. 8.36 Miejsca stacjonowania zasobów - okresy dostępności

Podczas wprowadzania nowego okresu dostępności przy pomocy opcji **Dodawanie okresu dostępności** należy podać:

- **Dostępność od / do** - okres dostępności danego sprzętu w miejscu musi się zawierać w okresie posiadania tego zasobu
- **Miejsce stacjonowania**
- **Liczbę egzemplarzy (opcjonalnie)**
- **Dostępność dla innych**

Poszczególne okresy dostępności nie mogą nachodzić na siebie. Jeżeli miejsce wykonywania świadczeń zostanie usunięte, wszystkie okresy dostępności podpięte pod to miejsce zostaną automatycznie usunięte.

8.4 Zatrudniony personel medyczny

Dane dotyczące wszystkich osób personelu medycznego, które zostały zatrudnione przez danego świadczeniodawcę można przeglądać w oknie **Zatrudnionego personelu medycznego**. W tym celu należy przejść do głównego menu i wybrać następujące elementy *Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zatrudniony personel medyczny*.

Zatrudniony personel

Zatrudnienie osoby personelu

Nazwisko Zawiera nazwisko Szukaj Zlicz rekordy Raporty

Zatrudnienie: zatrudniony

Deklaracja dostępności w dniu: 2021-01-21

Przekodowany zawód/specjalność: -- wszystkie --

Zawód/specjalność:

Stan synchronizacji: -- wszystkie --

Status zgodności z CWPM: -- wszystkie --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	PESEL Dokument tożs.	Imię Nazwisko	Zatrudnienie	Zatrudniony od Zatrudniony do	Numer telefonu	Stan synchronizacji	Zgodność z CWPM	Operacje
1.	PESEL: [redacted] <small>Kod techn.</small>	Imię: ANITA Nazwisko: NAZWISKO	zatrudniony	Od: 2018-01-01 Do: -	[redacted]	oczekuje	nie dotyczy	podgląd zatrudnienia edytuj osobę edytuj zatrudnienie rozwiąż zatrudnienie usuń zatrudnienie miejsca pracy
2.	PESEL: [redacted] <small>Kod techn.</small>	Imię: IMIĘ Nazwisko: NAZWISKO	zatrudniony	Od: 2020-12-11 Do: -	[redacted]	dane zgodne	niezgodne	podgląd zatrudnienia edytuj osobę edytuj zatrudnienie rozwiąż zatrudnienie usuń zatrudnienie miejsca pracy
3.	PESEL: [redacted] <small>Kod techn.</small>	Imię: ANNA Nazwisko: NAZWISKO	zatrudniony	Od: 2010-01-01 Do: -	[redacted]	dane zgodne	zgodne	podgląd zatrudnienia edytuj osobę edytuj zatrudnienie rozwiąż zatrudnienie usuń zatrudnienie miejsca pracy

Rys. 8.37 Zatrudniony personel

W kolumnie *Operacje* znajdują się podstawowe funkcje, dzięki którym użytkownik może pracować na danej pozycji:

- **podgląd zatrudnienia**
- **edytuj osobę** – poprawa wszystkich informacji, jakie zostały wcześniej podane. Jedyną pozycją, która nie podlega zmianie jest numer PESEL
- **edytuj zatrudnienie** – modyfikacja informacji dotyczących zatrudnienia
- **rozwiąż zatrudnienie** – rozwiązanie zatrudnienia z daną osobą (wymagane jest podanie daty rozwiązania umowy)
- **usuń zatrudnienie** – całkowite usunięcie zatrudnienia osoby z systemu
- **miejsca pracy** – informacja o miejscach pracy personelu medycznego

Świadczeniodawca po dokonaniu zmian potencjału w umowie lub zmiany danych osoby personelu, nie ma świadomości, kiedy taka zmiana będzie również dokonana po stronie systemu, gdzie odbywa się rejestracja kart DiLO. Wobec powyższego dodano do systemu kolumnę, która umożliwi sprawdzenie czy zmiana dokonana przez świadczeniodawcę jest już zsynchronizowana po stronie systemu DiLO czy nie.

W kolumnie *Stan synchronizacji* wyświetlana jest jedna z poniższych informacji:

- **Dane zgodne** - w przypadku, gdy aktualny stan danych personelu przekazany do Centrali NFZ, został poprawnie potwierdzony w OW NFZ (zmiany będą widoczne po stronie DiLO).
- **Oczekuje** – w przypadku, gdy w systemie nastąpi zmiana informacji personelu, ale zmiany nie zostały jeszcze przyjęte i potwierdzone przez Centralę NFZ (zmiany nie będą widoczne po stronie DiLO).
- **Nie dotyczy** - osoba nie została jeszcze przekazana do Centrali, jako personel pod umową.

8.4.1 Zgodność z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych CWPM

W kolumnie *Zgodność z CWPM* zawarte są informacje na temat zgodności danych osoby z potencjału z danymi zawartymi w *Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych CWPM* (wartość „nie dotyczy” oznacza, że osoba personelu nie ma żadnego uprawnienia zawodowego podlegającego weryfikacji z CWPM). Jeżeli dane są niezgodne to podczas dodawania / edycji osoby oraz generacji profilu system zgłosi odpowiedni komunikat błędu.

Zgodność z CWPM sprawdzana jest tylko dla osób personelu mających przypisane następujące uprawnienia:

- Lekarz
- Lekarz dentyista
- Pielęgniarka
- Położna
- Diagnosta laboratoryjny
- Farmaceuta
- Felczer

Wszędzie tam gdzie jest wykazane uprawnienie (a nie cała osoba) zamiast łącznej zgodności danych wyświetlana jest zgodność danych względem danego uprawnienia.

W celu ułatwienia poprawiania danych personelu medycznego w sytuacji niezgodności opisu osoby pomiędzy systemem NFZ, a danymi pobranymi z CWPM do systemu dodano raport **Niezgodność z CWPM**.



Przy jego pomocy operator może zapisać do pliku MS Excel dane osób, dla których system stwierdził niezgodność opisu pomiędzy systemem NFZ, a danymi przekazanymi z CWPM. W pliku znajdą się osoby:

- Których opis jest niezgodny w przynajmniej jednym elemencie z danymi przekazanymi z CWPM oraz
- spełniają aktualnie zdefiniowane na formularzu warunki filtrowania i wyszukiwania (w przypadku braku tych warunków będzie to cały rejestr osób zatrudnionych u danego świadczeniodawcy).

Gdzie w aplikacji:

- zgłoszenia zmian do umów
- osoby personelu pracujące w miejscu udzielania świadczeń (czyli *umowy/promesy współpracy -> miejsca -> personel* oraz *potencjał -> miejsca -> personel*)
- Przekazanie potencjału - podsumowanie i podgląd (zakładka "Personel - miejsca pracy")

Podsumowując:

- w kolumnie "Zgodność uprawnienia z CWPM" system wyświetla informacje na temat zgodności względem danego uprawnienia
- w kolumnie "Zgodność z CWPM" wyświetlana jest łączna zgodność

Przykład:

Osoba ma przypisane uprawnienia lekarz i pielęgniarka. Dane o uprawnieniu pielęgniarki są niezgodne z CWPM, natomiast dane uprawnieniu lekarz są zgodę. Łączny status zgodności to **NIEZGODNE**.

Jeżeli w zgłoszeniu zmian do umów wykazano tej osobie tylko uprawnienie lekarz (które jest zgodne z CWPM) to w kolumnie ze zgodnością z CWPM wyświetlona zostanie informacja ZGODNE (system sprawdza zgodność tylko wykazanego w zgłoszeniu uprawnienia).

8.4.2 Informacje o czasowym zawieszeniu NPWZ

Informacje o ograniczeniach prawa wykonywania zawodu dostępne są po wybraniu opcji **podgląd zatrudnienia** i przejściu na zakładkę *Ograniczenia upr. zaw.:*

Zatrudniony personel

Dane podstawowe

PESEL: []
 Kod techniczny: []
 Imię: []
 Drugie imię: []
 Nazwisko: []
 Numer telefonu: []

Zatrudnienie

Zatrudnienie/deklaracja zatrudnienia: ZATRUDNIONY
 Zatrudniony od: 2019-07-01
 Zatrudniony do: BEZTERMINOWO
 Śr. miesięczny czas pracy godziny/minuty: 160:00

Ograniczenie

Uprawnienie: Rodz.: LEKARZ, Numer praw. wyk. zaw.: []
 Rodzaj: Odbywanie stażu
 Okres: 2019-01-01 – 2019-06-30

Informacje na temat stażu

Miejsce udz. świad.	Opiekun	Okres
Kod: 18682 Nazwa: JEDNOSTKA-TESTOWA-U	Imię i nazwisko: [] Numer praw. wyk. zaw.: []	Od: 2019-06-01 Do: 2019-06-18

Dopuszczalne czynności

Nazwa	Czy dozwolone	Okres
Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego recepty Rp	Nie	beztymczasowo
Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego recepty Rpw	Nie	beztymczasowo
Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy recepty Rp	Tak	beztymczasowo
Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy recepty Rpw	Nie	beztymczasowo
Wystawianie recept pro auctore/pro familiae	Nie	beztymczasowo
Wystawianie recept w trybie zwykłym	Tak	beztymczasowo
Wykonywanie świadczeń	Tak	beztymczasowo

Ograniczenie

Uprawnienie: Rodz.: LEKARZ, Numer praw. wyk. zaw.: []
 Rodzaj: Oczekiwanie na pełne prawo wykonywania zawodu po zakończeniu stażu
 Okres: 2019-07-01 – 2019-07-01

Dopuszczalne czynności

Nazwa	Czy dozwolone	Okres
Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego recepty Rp	Nie	beztymczasowo
Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego recepty Rpw	Nie	beztymczasowo
Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy recepty Rp	Nie	beztymczasowo
Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy recepty Rpw	Nie	beztymczasowo
Wystawianie recept pro auctore/pro familiae	Nie	beztymczasowo
Wystawianie recept w trybie zwykłym	Nie	beztymczasowo
Wykonywanie świadczeń	Nie	beztymczasowo

Rys. 8.38 Ograniczenia uprawnień zawodowych

Domyślna lista konfiguracji czynności dla danego rodzaju ograniczenia:

Rodzaj ograniczenia	Czynność:	Czy dozwolone?
Odbywanie stażu – Lekarz/lekarz dentysta/ felczer	Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego - Rp i Rpw	NIE
	Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy - Rp	TAK
	Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy - Rpw	NIE
	Wystawianie recept pro auctore/pro familiae	NIE
	Wystawianie recept w trybie zwykłym	TAK
Oczekiwanie na pełne prawo wykonywania zawodu po zakończeniu stażu - Lekarz/lekarz dentysta/ felczer	Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego - Rp i Rpw	NIE
	Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy – Rp i Rpw	NIE
	Wystawianie recept pro auctore/pro familiae	NIE
	Wystawianie recept w trybie zwykłym	NIE
Zawieszenie w prawie wykonywania zawodu - Lekarz/lekarz dentysta/ felczer	Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnienia indywidualnego - Rp i Rpw	NIE
	Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy - Rp i Rpw	NIE
	Wystawianie recept pro auctore/pro familiae	NIE

	Wystawianie recept w trybie zwykłym	NIE
Zawieszenie w prawie wykonywania zawodu - Pielęgniarka/ położna	Rezerwacja numerów recept w ramach uprawnień indywidualnego Rp-kontynuacja, Rp-ordynacja samodzielna	NIE
	Rezerwacja numerów recept w ramach zatrudnienia u świadczeniodawcy indywidualnego Rp-kontynuacja, Rp-ordynacja samodzielna	NIE
	Wystawianie recept pro auctore/pro familiae	NIE
	Wystawianie recept w trybie zwykłym	NIE

Pracownik OW NFZ może definiować indywidualną konfigurację powyższych ograniczeń.

8.4.3 Dodawanie nowej osoby personelu medycznego do bazy NFZ

W celu wprowadzenia nowej osoby personelu medycznego, należy skorzystać z opcji **Zatrudnienie osoby personelu**.

Rys. 8.39 Dodawanie zatrudnienia osoby personelu

Wprowadzanie personelu rozpoczyna się od podania numeru PESEL danej osoby. Podczas tej operacji mogą się pojawić następujące przypadki:

- I. Jeżeli dana osoba znajduje się już w bazie danych, będzie można jedynie wprowadzić informacje dotyczące zatrudnienia. Pominięte zostanie wprowadzanie danych podstawowych
- II. Jeżeli numer PESEL nie znajduje się w bazie NFZ, zostanie on zaznaczony na czerwono oraz pojawi się wykrzyknik informujący użytkownika, że **PESEL - w bazie nie ma zarejestrowanej osoby z wprowadzonym nr PESEL**. W takim przypadku należy go zarejestrować.

Rys. 8.40 Dodawanie zatrudnienia osoby personelu

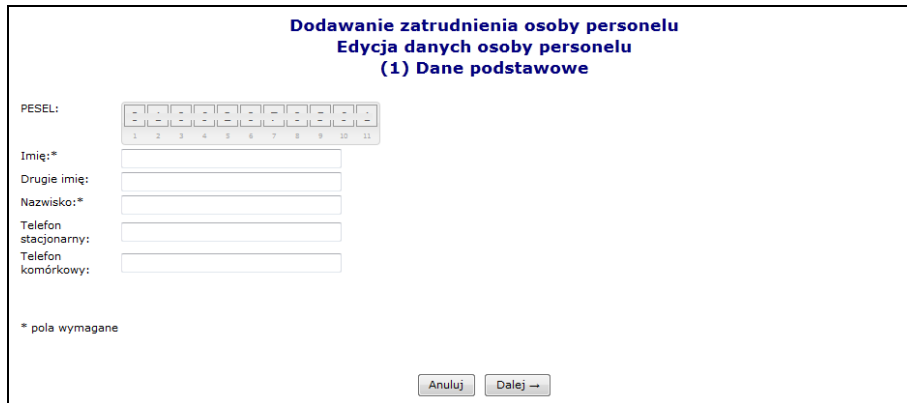
- III. Ostatnim przypadkiem jest **Błędny numer PESEL**.

Dodawanie nowej osoby, która nie znajduje się w bazie NFZ:

1. Po oznaczeniu numeru PESEL, jako niezarejestrowany w systemie należy wybrać opcję **Dopisz osobę personelu**, a następnie uzupełnić dane podstawowe wybierając opcję **Uzupełnij**:


- **Imię**
- **Drugie imię**
- **Nazwisko**
- **Telefon stacjonarny**
- **Telefon komórkowy**

Wszystkie pola oznaczone gwiazdką wymagają uzupełnienia:



Rys. 8.41 Uzupełnianie danych podstawowych

2. Podczas dodawania osoby system sprawdza czy w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych (zwany dalej CWPM) znajduje się podany numer PESEL. Jeżeli tak to dane zawarte w CWPM zostaną wyświetlone a operator będzie je mógł przypisać do osoby przy pomocy opcji **Przepisz**. W kolejnych etapach dodawania osoby będzie można przepisać z CWPM imię, nazwisko, NPWZ oraz data jego uzyskania. Jeżeli osoba nie posiada PESEL system dokonuje sprawdzenia po rodzaju uprawnienia zawodowego oraz NPWZ.

 Znalaziono następujące dane w CWPM dla podanego numeru PESEL. Kliknij "Przepisz" aby je przepisać.

Jeżeli osoba nie zostanie znaleziona w CWPM, należy wprowadzić dane ręcznie.

3. Wybrać opcję **Dalej ->**, a następnie **Zatwierdź ->**.
4. Wszystkie wprowadzone dane zostaną wyświetlone w głównym oknie wprowadzania osoby personelu. Użytkownik może dokonać modyfikacji wcześniej dodanych informacji przy pomocy opcji **Edytuj**.



Rys. 8.42 Dane podstawowe

5. Wybór opcji **Dalej ->** umożliwi przejście do okna, w którym przy pomocy opcji **Dodaj** należy wprowadzić wykształcenie osoby przy pomocy słownika. Po wybraniu odpowiedniego wykształcenia należy wybrać opcję **Zatwierdź ->**. Osoba personelu może mieć przypisanych kilka rodzajów wykształcenia (każdą pozycję należy wprowadzać osobno). Opcja **Usuń** umożliwi usunięcie błędnie wprowadzonej pozycji.

Dodawanie zatrudnienia osoby personelu
Dane osoby personelu - Wykształcenie

Wykształcenie:

Lp.	Kod	Nazwa	Typ zmian	Operacje
1	0001	WYKSZE MEDYCZNE - TYTUŁ MAGISTRA	dodanie	usuń

* pola wymagane

Rys. 8.43 Dodawanie wykształcenia

6. Przejść do kolejnego okna wybierając . Uzupełnić informacje związane z uprawnieniami zawodowymi przy pomocy :
- **Rodzaj uprawnienia**
 - **Nr prawa wykonywania zawodu**
 - **Organ rejestrujący**
 - **Data uzyskania**
 - **Staż** – szczegóły zostały opisane w kolejnym rozdziale

Dodawanie zatrudnienia osoby personelu
Dane osoby personelu
(1) Uprawnienia zawodowe

Rodzaj:*

Nr prawa wykonywania zawodu:*

Organ rejestrujący:*

Data uzyskania:*

Staż:

* pola wymagane

Rys. 8.44 Dodawanie uprawnienia zawodowego

7. Wybrać opcję , a następnie .
8. W kolejnym kroku przy pomocy opcji należy uzupełnić informacje związane z zawodem / specjalnością:
- Zawód / specjalność - w słowniku widoczne są wszystkie zawody / specjalności powiązane z danymi wprowadzonymi w poprzednim etapie.
 - Stopień specjalizacji
 - Data otwarcia specjalizacji / uzyskania specjalizacji 1 stopnia / – w zależności od wyboru stopnia
- Każda osoba może mieć przypisanych kilka zawodów / specjalności.

Dodawanie zatrudnienia osoby personelu
Dane osoby personelu
(1) Dodawanie zawodu/specjalności

Zawód/specjalność:*

Stopień specjalizacji:*

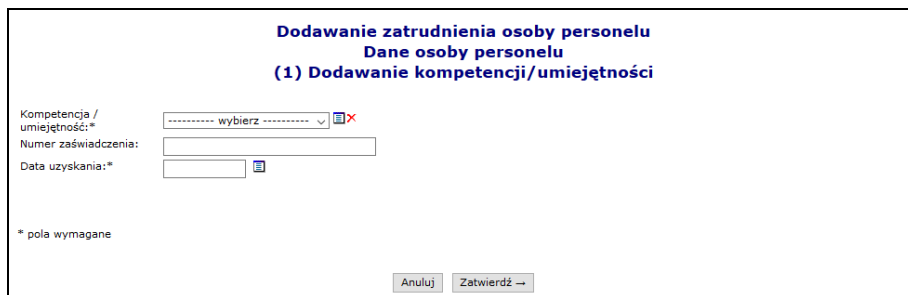
Data uzyskania specjalizacji:*

* pola wymagane

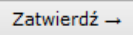
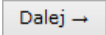
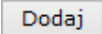
Rys. 8.45 Dodawanie zawodu i specjalności

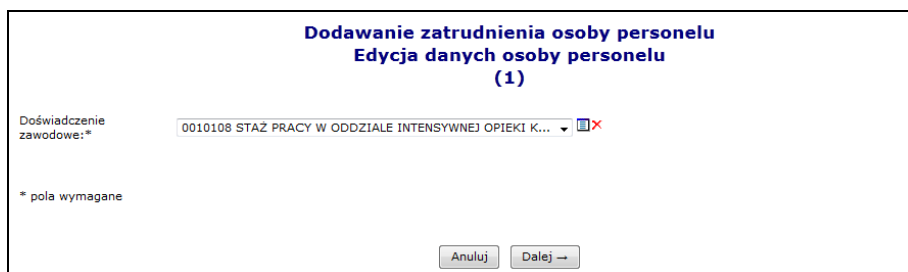
9. Wybrać opcję , a następnie przejść do kolejnego etapu przy pomocy opcji .
10. W nowym oknie wybrać opcję , a następnie uzupełnić informacje związane z kompetencjami i umiejętnościami:
- Kompetencja / umiejętność

- Numer zaświadczenia
- Data uzyskania

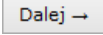
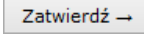


Rys. 8.46 Dodawanie kompetencji i umiejętności

11. Wybrać opcję , a następnie w oknie podsumowania dodawania kompetencji/umiejętności opcję .
12. Przy pomocy opcji  wprowadzić informacje związane z doświadczeniem zawodowym:



Rys. 8.47 Dodawanie doświadczenia zawodowego

13. Dwa razy wybrać opcję , a następnie przy pomocy opcji  zaakceptować wszystkie wprowadzone dane wyświetlone w podsumowaniu.

8.4.4 Staż pracownika medycznego

Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, lekarz odbywający staż podyplomowy otrzymuje ograniczone prawo wykonywania zawodu - ma prawo wykonywać świadczenia i wystawiać recepty tylko w miejscu i czasie odbywania stażu. Dlatego informacje związane ze stażem lekarza musi wprowadzić świadczeniodawca, u którego lekarz odbywa staż.

W przypadku odbywania stażu w więcej niż jednym miejscu udzielania świadczeń lub pod nadzorem więcej niż jednego opiekuna, każda taka informacja musi być wprowadzona w ramach osobnego rekordu (z okresem odbywania stażu w danym miejscu / z danym opiekunem).

Informacje dotyczące stażu mogą być edytowane przez operatora online - bez konieczności składania wniosku.

Jeżeli dla osoby zostanie zapisana informacja o odbywaniu stażu, to:

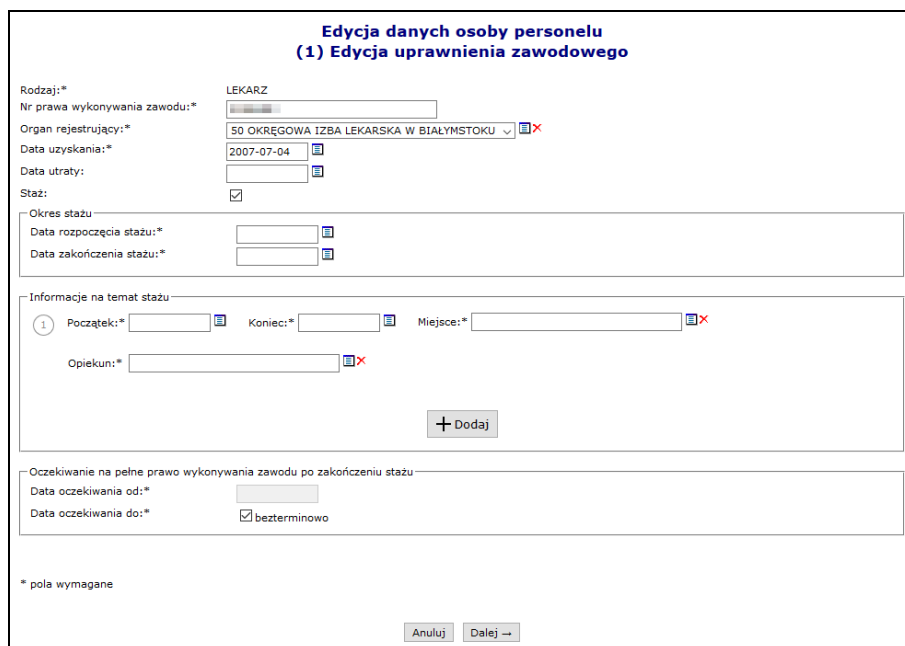
1. Osoba ta nie będzie mogła pobierać numerów recept w Portalu Personelu
2. W portalu świadczeniodawcy numery recept dla takiej osoby będzie mógł pobierać tylko świadczeniodawca, u którego osoba odbywa staż.
3. Świadczeniodawca, u którego lekarz odbywa staż będzie mógł pobierać numery recept dla lekarza/lekarza dentystry stażysty tylko w okresie odbywania stażu. Po zakończeniu stażu (po dniu końca stażu) nie będzie

żadnej możliwości pobrania numerów recept dla tego lekarza - do czasu odnotowania informacji o zakończeniu stażu i uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu.


4. Przywrócenie możliwości pobierania numerów recept dla lekarza/lekarza dentysty nastąpi:
- W przypadku zakończenia stażu – pobieranie numerów recept bez ograniczeń
 - W przypadku zmiany daty końca odbywania stażu – do końca stażu jak dla lekarzy stażystów.

Aby dodać informacje o stażu lekarza należy:

1. Przejść na listę personelu medycznego.
2. Dla wybranego lekarza wybrać opcję **Edytuj osobę**.
3. Przejść do uprawnień zawodowych.
4. Aby dodać informacje o stażu dla już wprowadzonego uprawnienia zawodowego wybrać opcję **Edytuj**.
5. Zaznaczyć opcję **Staż**:




Rys. 8.48 Uprawnienia zawodowe lekarza - Staż

6. Uzpełnić wymagane informacje:
 - a. Okres stażu
 - b. Informacje na temat stażu
 - c. Oczekiwanie na pełne prawo wykonywania zawodu po zakończeniu stażu
7. Przejść do kolejnych etapów przy pomocy .

Należy pamiętać, że informacja o stażu odnosi się osobno do każdego uprawnienia zawodowego posiadanego przez osobę personelu – np. w przypadku, gdy osoba jest jednocześnie lekarzem i lekarzem dentystą.

Dla osoby personelu, która zakończyła staż i stała się pełnoprawnym lekarzem, świadczeniodawca będzie musiał jawnie podać taką informację – prawo wykonywania zawodu przestaje być ograniczone.

W przypadku, gdy inny świadczeniodawca będzie zatrudniał osobę, dla której wprowadzono informację o stażu, na etapie edycji osoby zostanie mu wyświetlona informacja (bez możliwości zmiany), że dla danego uprawnienia jest odbywany staż podyplomowy.

 Zablokowany podgląd danych opiekuna pochodzącego od innego świadczeniodawcy. Brak możliwości edycji.

8.4.5 Dodawanie nowej osoby personelu medycznego, która nie posiada numeru PESEL

System umożliwia rejestrację i wskazania w potencjale świadczeniodawcy osób, którym nie został nadany numer PESEL. Jeżeli wystąpi taka potrzeba, operator świadczeniodawcy musi:

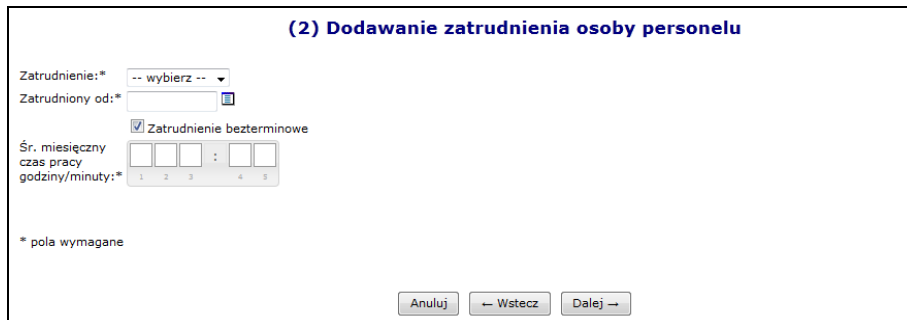
1. Skontaktować się z pracownikiem OW NFZ (poza systemem np. telefonicznie) w celu uzyskania identyfikatora osoby personelu medycznego.
2. Proces dodawania nowej osoby nieposiadającej numeru PESEL przebiega w dalszej części tak samo, jak zatrudnienie „zwykłej osoby” (w miejsce numeru PESEL należy wprowadzić otrzymany z OW NFZ identyfikator)

8.4.6 Zatrudnianie personelu medycznego

Po zatwierdzeniu podsumowania użytkownik powraca do pierwszego okna zatrudniania, w którym wprowadzał numer PESEL. Jeżeli operator systemu skorzysta z opcji **Anuluj** i przerwie proces zatrudniania, dana osoba i tak zostanie zapisana do bazy NFZ. Funkcja **Dodaj** umożliwia przejście do kolejnego okna, w którym należy wprowadzić szczegóły zatrudnienia:

- status zatrudnienia
- datę początku zatrudnienia
- czy jest to zatrudnienie bezterminowe
- data końca zatrudnienia
- średni miesięczny czas pracy

Przy zatrudnianiu personelu o specjalności fizjoterapeuta system sprawdza czy data uzyskania specjalności jest sprzed 1.10.2018 – w tym przypadku nie ma obowiązku podawać uprawienia dodatkowego NPWZ - czy po – należy uzupełnić NPWZ podać.



Rys. 8.49 Zatrudnianie nowej osoby

Jeżeli wszystkie informacje zostały wprowadzone można przejść do następnego etapu przy pomocy opcji **Dalej >**, a następnie zatwierdzić podsumowanie.

8.4.7 Przypisywanie osoby do danego miejsca

Aby przypisać osobę personelu do nowego miejsca pracy należy:

1. Na liście zatrudnionego personelu wybrać opcję Miejsca pracy.
2. Wybrać opcję **Dodawanie miejsca pracy**.

Informacja o miejscach pracy personelu

Typ harmonogramu:

Deklaracja dostępności w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Miejsce udzielania świadczeń	Specjalność	Zawód/specjalność Funkcja	Praca od Praca do	Typ harmonogramu	Operacje
1.	Kod: 15917 Nazwa: ADFASFASDF <small>Kod tech. miejsca pracy: ...</small>	Kod: 3012 Nazwa: AMBULATORIUM CHIRURGICZNE	Zawód/specjalność: FIZYK Funkcja: --	Od: 2013-03-31 Do: 2013-03-31	średniotygodniowy	podgląd edytuj usuń podziel

Rys. 8.50 Informacja o miejscach pracy personelu

3. Uzupelnic szczegoly związane z miejscem pracy:
 - a. Miejsce udzielania świadczeń
 - b. Zawód/specjalność
 - c. Funkcję
 - d. Rodzaj zatrudnienia: rejestracja tego parametru możliwa jest tylko podczas dodawania miejsca (podczas edycji zatrudnienia w miejscu, jego edycja jest zablokowana).
 - i. Zatrudniony u mnie (wartość domyślna)
 - ii. Zatrudnienie u podwykonawcy /w podmiocie działającym na podst. art. 132. Rodzaj ten może być wykorzystywany tylko dla umów o typie 11/5, 11/6, 11/7, 11/8 oraz 03/9.
 - e. Okres pracy od/do - system sprawdza czy wprowadzony okres pracy zawiera się w okresie zatrudnienia osoby personelu u danego świadczeniodawcy: **Okres pracy od:* – Data początku pracy w miejscu (2013-06-01) nie może być wcześniejsza niż data rozpoczęcia pracy u świadczeniodawcy (2013-01-01)**

(1) Dodawanie miejsca zatrudnienia

Miejsce udzielania świadczeń:*

Zawód/specjalność:*

Funkcja:

Rodzaj zatrudnienia:*

Okres pracy od:*

Bezterminowo

* pola wymagane

Rys. 8.51 Dodawanie miejsca zatrudnienia - Dane podstawowe

4. Po uzupełnieniu danych wybrać opcję .
5. Uzupelnic informacje związane z czasem pracy osoby w miejscu. Możliwe do wskazania są dwa typu harmonogramu: szczegółowy i średniotygodniowy.
 - a. w celu zdefiniowania średniotygodniowego harmonogramu czasu pracy dla osoby personelu, należy uzupełnić pole „Harmonogram średniotygodniowy – tygodniowa liczba godzin pracy” określoną liczą godzin, a następnie przejść i zatwierdzić podsumowanie.

(2) Dodawanie miejsca zatrudnienia - Informacja o czasie pracy

Czy zdefiniować harmonogram szczegółowy?:

Harmonogram średniotygodniowy - tygodniowa liczba godzin pracy:*

* pola wymagane

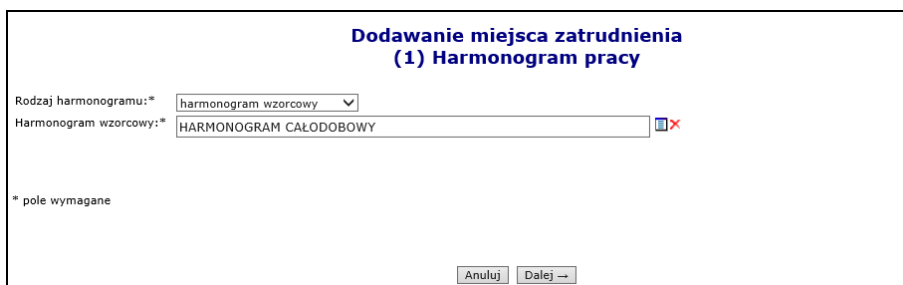
Rys. 8.52 Dodawanie miejsca zatrudnienia - Harmonogram średniotygodniowy pracy

- b. w celu zdefiniowania szczegółowego harmonogramu czasu pracy dla osoby personelu, należy zaznaczyć znacznik „Czy zdefiniować harmonogram szczegółowy” oraz wybrać opcję edycji harmonogramu szczegółowego ().



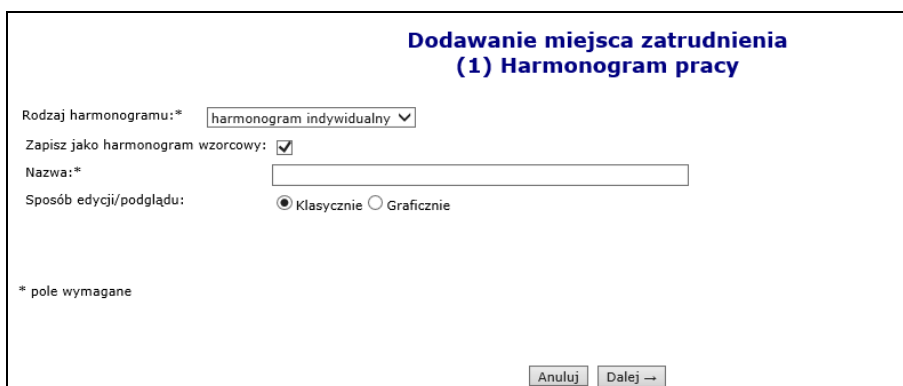
Rys. 8.53 Dodawanie miejsca zatrudnienia - Harmonogram szczegółowy pracy

Następnym krokiem jest wskazanie rodzaju harmonogramu szczegółowego - **Indywidualny** lub **Wzorcowy**. Wskazując harmonogram wzorcowy należy wybrać go z harmonogramów dostępnych w słowniku, a następnie przejść i zatwierdzić podsumowanie.



Rys. 8.54 Dodawanie miejsca zatrudnienia – Harmonogram wzorcowy pracy

Wskazując harmonogram indywidualny należy sprecyzować czas pracy osoby personelu w poszczególnych dniach tygodnia w sposób klasyczny lub graficzny (sposób definiowania opisany poniżej). Na tym etapie można definiowany harmonogram indywidualny zapisać jako wzorcowy.



Rys. 8.55 Dodawanie miejsca zatrudnienia – Harmonogram szczegółowy pracy

Po uzupełnieniu wszystkich danych wybrać opcję , a następnie zatwierdzić podsumowanie.

Zasady dodawania harmonogramu indywidualnego w formie graficznej oraz klasycznej.

Harmonogram graficzny

**Dodawanie miejsca zatrudnienia
(1) Harmonogram pracy**

Rodzaj harmonogramu:* harmonogram indywidualny ▾

Zapisz jako harmonogram wzorcowy:

Nazwa:*

Sposób edycji/podglądu: Klasycznie Graficznie

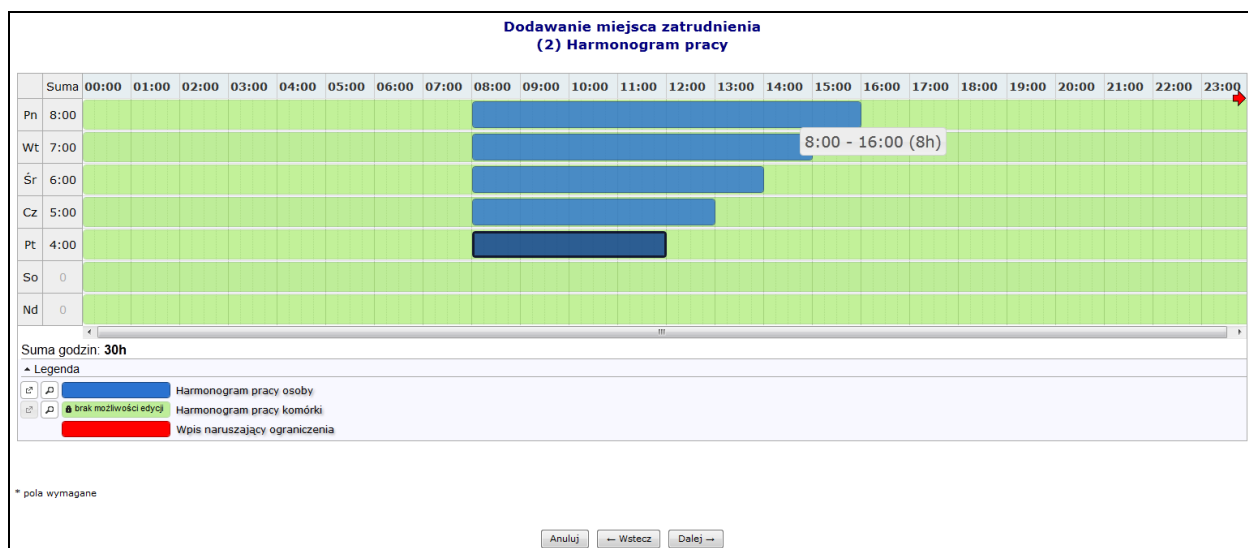
* pole wymagane

Rys. 8.56 Harmonogram pracy - dane podstawowe

W nowo otwartym oknie zostanie wyświetlony wykres, na którego jednej osi zawarte będą dni tygodnia, a na drugiej godziny. Aby ułatwić użytkownikowi prace związane z harmonogramem w formie graficznej, wprowadzono następujące oznaczenia kolorystyczne:

- **Kolorem zielonym** zaznaczono harmonogram miejsca zatrudnienia – godziny pracy personelu muszą zawierać się w tym godzinach pracy miejsca wykonywania świadczeń
- **Kolorem niebieskim** zaznaczono harmonogram czasu pracy osoby personelu w miejscu do momentu, w którym jest on zgodny (zawiera się) w harmonogramie miejsca pracy.
- **Kolorem czerwonym** zaznaczono harmonogram czasu pracy, który wykracza poza harmonogram pracy miejsca.

Opcja dostępna w legendzie, umożliwi wyświetlenie wybranego harmonogramu na wierzchu.



Rys. 8.57 Graficzne wprowadzanie szczegółowego harmonogramu

Aby wprowadzić nowy zakres godzinowy należy kliknąć w odpowiednim miejscu harmonogramu i trzymając kursor przeciągnąć go w prawo lub lewo. Wprowadzony zakres godzinowy można modyfikować, przesuując boczne krawędzie pozycji harmonogramu. Dzięki temu można zmienić jego rozmiar - zakres czasowy. Można także przeciągnąć pozycję, by zmienić jej położenie lub połączyć ją z innym zakresem godzinowym. Po nakierowaniu kursora na pozycję harmonogramu pojawi się szczegółowa informacja na temat pozycji:

10:00 - 15:00 (5h)

Dwukrotne kliknięcie kursorem na pozycji, otwiera szczegółowe okno edycji:

Edycja ✕

Od:

Do:

ⓘ Możesz użyć klawiszy strzałek, by przewijać czas

Po najechaniu kursorem na zaznaczony zakres godzinowy wyświetli się nowe okno, przy pomocy, którego operator systemowy może:

- **Edytować** – umożliwia wprowadzenie godzin z klawiatury
- **Podzielić** – na dwie równe połowy
- **Wyrównać do siatki** – zaokrąglenie godzin do 5 minut
- **Połączyć** – wszystkie sąsiadujące zakresy godzinowe do momentu, aż nie wystąpi przerwa (przynajmniej 1 minutowa)
- **Usunąć**

By usunąć zaznaczony wpis, należy wybrać z klawiatury **Delete** lub wybrać opcję **Usuń**.

Harmonogram klasyczny

Podczas wyboru indywidualnego harmonogramu klasycznego, należy przy pomocy opcji + wprowadzić odpowiednie dni tygodnia oraz godziny początku i końca pracy. Jeżeli dana pozycja została błędnie wprowadzona, można ją usunąć przy pomocy czerwonego krzyżyka:

Dodawanie miejsca zatrudnienia
 (2) Harmonogram pracy

Harmonogram pracy osoby:*

poniedziałek	+	[1]	08:00	-	16:00	✕
wtorek	+	[1]	08:00	-	15:00	✕
środa	+	[1]	08:00	-	14:00	✕
czwartek	+	[1]	08:00	-	13:00	✕
piątek	+	[1]	08:00	-	12:00	✕
sobota	+	[1]		-		✕
niedziela	+	[1]		-		✕

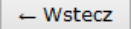
Pozycje harmonogramu komórki	
Poniedziałek	00:00 - 24:00
Wtorek	00:00 - 24:00
Środa	00:00 - 24:00
Czwartek	00:00 - 24:00
Piątek	00:00 - 24:00
Sobota	00:00 - 24:00
Niedziela	00:00 - 24:00

* pola wymagane

Rys. 8.58 Dodawanie miejsca zatrudnienia – Harmonogram szczegółowy pracy

W ostatnim etapie dodawania harmonogramu należy zatwierdzić **Podsumowanie**.

Po zatwierdzeniu harmonogramu użytkownik powróci do okna, w którym rozpoczął wprowadzanie danych. Aby przejść do kolejnego etapu wprowadzania informacji na temat miejsca pracy osoby personelu, należy skorzystać z opcji .

Ostatnim etapem wprowadzania miejsca wykonywania świadczeń jest główne **Podsumowanie**, dzięki któremu operator systemu może zapoznać się z wszystkimi wcześniej wprowadzonymi danymi. Jeżeli coś się nie zgadza można powrócić do poprzednich etapów i poprawić błędnie wprowadzone pozycje przy pomocy opcji .

Przy pomocy opcji **Edytuj**, operator systemu może modyfikować dane związane z miejscem pracy. Podczas edycji możliwe do zmiany są:

- Funkcja osoby personelu w miejscu
- Okres jej pracy od – do
- Harmonogram czasu pracy osoby personelu – możliwa jest zmiana typu harmonogramu ze średniotygodniowego na szczegółowy i odwrotnie, zmiana liczby godzin pracy w harmonogramie średniotygodniowym, zmiana harmonogramu szczegółowego z indywidualnego na wzorcowy i odwrotnie, zmiana harmonogramu szczegółowego w dowolny sposób - graficzny lub klasyczny.

Jeżeli podczas modyfikacji naruszone zostaną powiązania z komórką organizacyjną, do której jest przypisane miejsce pracy, może wystąpić jeden z poniższych błędów:

- Wykryto konflikt pomiędzy harmonogramem miejsca zatrudnienia personelu medycznego, a harmonogramem komórki organizacyjnej - w okresie od 2009-01-01 do 2009-07-01 nie zdefiniowano ciągłego okresu harmonogramów komórki organizacyjnej
- Wykryto konflikt pomiędzy harmonogramem miejsca zatrudnienia personelu medycznego, a harmonogramem komórki organizacyjnej - w okresie od 2009-01-01 do 2009-07-01 harmonogram profilu komórki organizacyjnej jest niezgodny z harmonogramem komórki organizacyjnej
- Wykryto konflikt pomiędzy harmonogramem miejsca zatrudnienia personelu medycznego, a harmonogramem komórki organizacyjnej - w okresie od 2009-01-01 do 2009-07-01 nie zdefiniowano harmonogramów komórki organizacyjnej

Dla miejsc pracy w kolumnie *Operacji* znajdują się następujące funkcje:

- **Podgląd** – szczegółowych informacji dotyczących danej pozycji
- **Edytuj**
- **Usuń**
- **Podziel** – podział harmonogramu według wprowadzonej daty. Funkcjonalność ta została opisana w części *Komórki organizacyjne*.
- **Konflikty** – potencjalne konflikty z innymi miejscami pracy

8.4.8 Edycja osoby personelu medycznego

Wszystkie zmiany przeprowadzone na bazie danych dotyczące danych związanych z osobą personelu, będą zaznaczone odpowiednim kolorem:

- **Usunięcie – kolor żółty**
- **Edycja – kolor pomarańczowy**
- **Zmiany pozycji będą dodatkowo zaznaczone kolorem zielonym**

Po zakończeniu edycji generowany jest wniosek. Będzie on widoczny w systemie obsługi OW NFZ oraz u świadczeniodawców, u których dana osoba jest zatrudniona lub ma zatrudnienie deklarowane. Będą oni mogli zgłaszać protesty dotyczące wprowadzonych zmian.

Po zapoznaniu się z wszystkimi protestami (o ile zostały złożone), pracownik NFZ może zatwierdzić wniosek, wtedy wszystkie wprowadzone zmiany będą widoczne w Portalu SZOI. Jeżeli wniosek zostanie odrzucony, zmiany w nim zawarte zostaną oddalone.

Jeżeli podczas edycji osoby operator tylko dodaje nowe cechy, to wniosek nie będzie generowany, a cechy te będą widoczne natychmiast po zatwierdzeniu **Podsumowania**.

Aby zmodyfikować już istniejące dane związane z osobą personelu, należy skorzystać z opcji **Edytuj osobę**, która znajduje się w kolumnie *Operacji*.

Modyfikacja danych osoby personelu przebiega podobnie jak dodawanie nowej osoby do bazy NFZ (zatrudnianie osoby u świadczeniodawcy).

Podczas edycji danych osoby mogą zostać wyświetlone poniższe komunikaty, informujące o zgodności danych w CWPM:

Imię i nazwisko z CWPM różni się od imienia i nazwiska z danych podstawowych. Kliknij "Przepisz", aby je przepisać.

Osoba personelu nie została znaleziona w CWPM. Dane należy uzupełnić ręcznie.

Wystąpił problem z pobieraniem danych z CWPM. Dane należy uzupełnić ręcznie.

Jeżeli imię oraz nazwisko osoby nie są zgodne z CWPM to podczas edycji system podpowie jakie dane są w CWPM. Przy pomocy opcji Przepisz można przepisać dane. Danych, które są zapisane w CWPM nie można modyfikować.

Edycja danych osoby personelu

Dane podstawowe:*

Dane podstawowe

PESEL: [maska]

Imię: GRZEGORZ

Dругie imię: ANDRZEJ

Nazwisko: [maska]

Numer telefonu: -

Adres e-mail: -

Imię i nazwisko z CWPM różni się od imienia i nazwiska z danych podstawowych. Kliknij "Przepisz", aby je przepisać.

CWPM

Dane osoby [Przepisz](#)

PESEL: [maska]

Imiona: GRZEGORZ ANDRZEJ

Nazwisko: [maska]

Dane osoby [Przepisz](#)

PESEL: [maska]

Imiona: GRZEGORZ

Nazwisko: [maska]

* pola wymagane

Anuluj Dalej →

Rys. 8.59 Edycja danych podstawowych osoby personelu

System porównuje także uprawnienia zawodowe jakie posiada osoba, a operator może zapoznać się z danymi jakie są zawarte w CWPM:

Edycja danych osoby personelu - Uprawnienia zawodowe

Uprawnienia zawodowe: [Dodaj](#)

Lp.	Rodzaj	Numer prawa wykonywania zawodu	Organ rejestrujący	Data uzyskania uprawnienia Data utraty uprawnienia	Typ zmian	Operacje
1	LEKARZ	[maska]	Kod: 56 Nazwa: ŚWIĘTOKRZYSKA IZBA LEKARSKA W KIELCACH	Uzy: 2011-05-11 Utr: -	bez zmian	edycja usuń
Ograniczenie						
Rodzaj: Odbywanie stażu Okres: 2011-05-11 – 2019-02-14 Typ zmian: bez zmian						
Informacje na temat stażu						
Ograniczenie						
Rodzaj: Oczekiwanie na pełne prawo wykonywania zawodu po zakończeniu stażu Okres: 2019-02-15 – 2019-11-19 Typ zmian: bez zmian						
2	PIELĘGNIARKA	[maska]	Kod: 02 Nazwa: OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYSTOKU (02)	Uzy: 2016-01-01 Utr: 2019-06-11	bez zmian	edycja usuń

Legenda:
 Informacja nie jest zgodna lub brak uprawnienia w CWPM.
 * pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 8.60 Edycja uprawnień zawodowych osoby personelu

Jeśli zostały wprowadzone zmiany wymagające akceptacji pracownika OW, po kliknięciu przycisku **Zakończ →** zostanie automatycznie wygenerowany wniosek zmian osoby personelu i przekazany do rozpatrzenia, a wszyscy świadczeniodawcy ją zatrudniający, otrzymają stosowny komunikat.

8.4.9 Obsługa wniosków zmian danych osób personelu

Aby przejść do *Listy wniosków o zmianę danych osób personelu* należy z głównego menu Portalu SZOI wybrać *Potencjał -> Zasoby Świadczeniodawcy -> Wnioski personelu*. W nowo otwartym oknie znajdują się wszystkie wnioski, które dotyczą pracowników danego Świadczeniodawcy.

Lp.	Numer wniosku	Dane osoby		Zgłaszający	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status	Operacje
		PESEL /Dok. tożs.	Nazwisko Imię					
1.	WZ-2008-09-01-00121	PESEL: [mask]	Nazwisko: [mask] Imię: [mask]	Inny świadczeniodawca	2008-09-01	2008-09-03	Status: przyjęty Data: 2008-09-03	podał protesty
2.	WZ-2008-09-02-00157	PESEL: [mask]	Nazwisko: [mask] Imię: [mask]	Inny świadczeniodawca	2008-09-02	2008-09-03	Status: przyjęty Data: 2008-09-03	podał protesty
3.	WZ-2008-09-02-00158	PESEL: [mask]	Nazwisko: [mask] Imię: [mask]	Inny świadczeniodawca	2008-09-02	2008-09-04	Status: przyjęty Data: 2008-09-04	podał protesty

Rys. 8.61 Lista wniosków o zmianę danych osób personelu

Każdy wniosek może posiadać jeden z następujących statusów:

- **Do rozpatrzenia** – wniosek został wygenerowany, świadczeniodawcy mogą zgłaszać do niego protesty
- **Przyjęty** – wniosek został pozytywnie rozpatrzony przez OW NFZ
- **Odrzucony** – wniosek został negatywnie rozpatrzony przez OW NFZ
- **Anulowany** – wniosek został anulowany przez świadczeniodawcę

Aby dodać protest do wniosku wygenerowanego przez innego świadczeniodawcę, należy (funkcjonalność dostępna tylko dla wniosków o statusie *Do rozpatrzenia*):

1. Dla wybranego wniosku wybrać opcję **Protesty**.
2. Wybrać opcję **Dodaj protest**.

Lp.	Data zgłoszenia	Zgłaszający	Treść protestu	Status	Operacje
1.	2012-03-27	Bieżący świadczeniodawca	Na wnioskowaną zmianę pracownik nie wyraził zgody	zgłoszony	podał anuluj
2.	2012-06-14	Bieżący świadczeniodawca	Brak zgody na zmianę	zgłoszony	podał anuluj

Rys. 8.62 Lista protestów do wniosków o zmianę danych osoby

3. Uzpełnić **Treść protestu**, a następnie wybrać opcję **Dalej →**.

(1) Wniesienie protestu do wniosku o zmianę danych osoby personelu

Treść protestu:*

* pola wymagane

Rys. 8.63 Wniesienie protestu do wniosku o zmianę danych osoby

4. Zatwierdzić podsumowanie dodawania protestu.
5. Jeżeli po zatwierdzeniu wniosku pojawi się poniższy komunikat, znaczy to że świadczeniodawca rozwiązał umowę po dodaniu wniosku przez innego świadczeniodawcę i nie może już zgłaszać protestu.

(2) Wniesienie protestu do wniosku o zmianę danych osoby personelu - Podsumowanie

Błąd operacji

Osoba personelu, której dotyczy wniosek nie jest zatrudniona u świadczeniodawcy ani nie posiada deklaracji zatrudnienia w przyszłości. Nie można dodać protestu

Rys. 8.64 Wniesienie protestu do wniosku o zmianę danych osoby – błąd operacji

Protest można przeglądać przy pomocy opcji **Podgląd**, znajdującej się w kolumnie *Operacji* w głównym oknie listy protestów. Dodatkowo operator, który wprowadził jakiś protest może go **Anulować**.

8.4.10 Edycja zatrudnienia

Opcja **Edytuj zatrudnienie** znajdująca się w głównym oknie *Zatrudnionego personelu* w kolumnie *Operacje* przeznaczona jest do wprowadzania zmian związanych z ogólnymi informacjami o zatrudnieniu.

Podczas tej operacji użytkownik może zmodyfikować:

- **Datę początku zatrudnienia**
- **Datę końca zatrudnienia** (opcjonalnie)
- **Śr. miesięczny czas pracy**

(1) Edycja zatrudnionego personelu medycznego

Imię: MARCIN

Nazwisko: NAZWISKO_25647

Zatrudnienie:* zatrudniony

Zatrudniony od:* 2011-07-27

Zatrudnienie bezterminowe

Śr. miesięczny czas pracy
godziny/minuty:* :

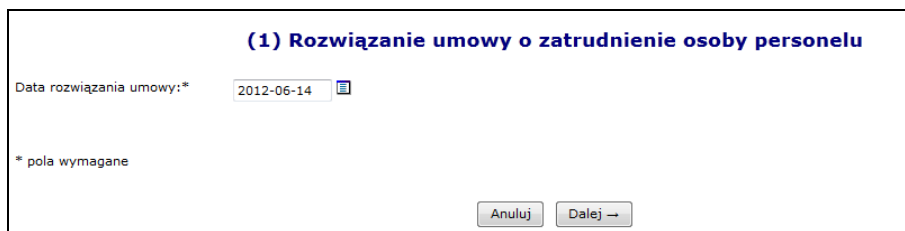
* pola wymagane

Rys. 8.65 Edycja danych podstawowych zatrudnienia

8.4.11 Rozwiązywanie zatrudnienia osoby personelu medycznego

Opcja **Rozwiąż zatrudnienie** przeznaczona została do rozwiązywania umowy z daną osobą personelu medycznego. Jest ona dostępna tylko w przypadku personelu aktualnie zatrudnionego. Podczas rozwiązywania umowy operator musi podać **Datę rozwiązania umowy**:

(1) Rozwiązanie umowy o zatrudnienie osoby personelu

Data rozwiązania umowy:* 

* pola wymagane

Rys. 8.66 Rozwiązanie umowy osoby personelu medycznego

Uwaga!!!

Jeżeli umowa z danym pracownikiem zostanie rozwiązana nie będzie można jej przywrócić. W takim przypadku konieczne będzie ponowne wprowadzenie zatrudnienia dla danej osoby.

Jeżeli pracownik OW NFZ podczas edycji danych osoby personelu medycznego usunie zawód/specjalność powiązany z miejscem wykonywania świadczeń lub przyjmie wnioski z takimi zmianami, to dla tej osoby nastąpi usunięcie / zakończenie pracy w miejscu. Świadczeniodawca zostanie poinformowany o tym fakcie następującym komunikatem:

„Usunięcie/zakończenie pracy osoby personelu w miejscu/-ach, zmiana nr 83940”

lub

„Usunięcie/zakończenie pracy osoby personelu w miejscu/-ach udzielania świadczeń – przyjęcie wniosku nr 32532 ”,

Uwaga!!!

Usunięcie zatrudnienia osoby personelu medycznego powoduje usunięcie danej osoby z systemu oraz całej historii z nią związanej. Dlatego można korzystać z tej opcji tylko w przypadku, gdy personel został przypadkowo zatrudniony.

8.4.12 Przekodowanie zawodu / specjalności osoby personelu

Ogólne zasady przekodowania zawodów / specjalności osoby personelu

W związku z wprowadzeniem nowego słownika grup zawodowych konieczne jest dokonanie dla zatrudnionego personelu przekodowania dotychczasowych pozycji na nowe kody oraz nazwy zawodów /specjalności. Brak przekodowania zawodów/specjalności może uniemożliwić przygotowanie oferty/wniosku, w której powinny już występować grupy zawodowe według nowego słownika.

Dla danej specjalności osoby personelu przekodowanie będzie mogło być wykonane tylko raz, niezależnie od tego, jaki operator tej czynności dokonał. W przypadku zatrudnienia danej osoby przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, po dokonaniu przekodowania przez jednego z nich, rezultat zostanie przedstawiony pozostałym, bez informacji o tym, kto przekodowania dokonał.

Jeśli dla danego świadczeniodawcy/podwykonawcy będą istniały nieprzekodowane pozycje, przed wejściem na listę zatrudnionego personelu/wydzielonych zasobów – RTM operator zostanie o tym powiadomiony odpowiednim komunikatem.

Uwaga
✕

Istnieją osoby personelu, które posiadają nieprzekodowane kody zawodów/specjalności.

Komunikat ten wyświetlany jest jednokrotnie w ramach danej sesji pracy (jeżeli operator z listy zatrudnionego personelu przejdzie do innego obszaru systemu i powróci do listy personelu – komunikat ten nie będzie widoczny).

Aby pobrać raport w postaci pliku xlsx, należy na liście zatrudnionego personelu medycznego wybrać opcję **Raporty**, a następnie **Raport o stanie przekodowania zawodów/specjalności**. Jego zawartość będzie zgodna z aktualnie zastosowanymi filtrami. Zestawienie będzie zawierać następujący zakres informacyjny:

- nazwisko, imię, numer prawa wykonywania zawodu (NPWZ),
- stary kod, stara nazwa specjalności, stare dane szczegółowe,
- nowy kod, nowa nazwa specjalności, nowe dane szczegółowe.

Nazwisko	Imię	Nr prawa wykonywania zawodu	Zawód/specjalność przed przekodowaniem				Zawód/specjalność po przekodowaniu					
			Kod	Nazwa	Stopień specjalizacji	Data otwarcia specjalizacji	Data uzyskania specjalizacji	Kod	Nazwa	Stopień specjalizacji	Data otwarcia specjalizacji	Data uzyskania specjalizacji
NAZWISKO ZZZ	IMIE ZZZ		223908	SPECJALISTA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	specjalista	-	2011-07-25	224001	SPECJALISTA DO SPRAW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	specjalista	-	2011-07-25
NAZWISKO2	IMIE		321401	DIETETYK	bez specjalizacji	-	-	322001	DIETETYK	bez specjalizacji	-	-
NAZWISKO YYY	IMIE YYY		223128	LEKARZ - KARDIOLOGIA	bez specjalizacji	-	-	221230	LEKARZ - SPECJALISTA KARDIOLOGII	bez specjalizacji	-	-
NAZWISKO 25647	MARCIN		223101	LEKARZ - ALERGOLOGIA	bez specjalizacji	-	-	221201	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII	bez specjalizacji	-	-
NAZWISKO 25647	MARCIN		223107	LEKARZ - CHIRURGIA KLATKI PIERSI	1 st. specjalizacji	-	2007-12-01	221207	LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII KLATKI PIERSI	bez specjalizacji	-	-
NAZWISKO 10747	WANDA		223101	LEKARZ - ALERGOLOGIA	bez specjalizacji	-	-	221201	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII	bez specjalizacji	-	-
NAZWISKO 10747	WANDA		311101	LABORANT CHEMICZNY	bez specjalizacji	-	-	311101	LABORANT CHEMICZNY	bez specjalizacji	-	-
NAZWISKO-78-03	OSOBA-78-03		224189	PIELĘGNIARKA - SPECJALISTKA PIELĘGNIARSTWA	specjalista	-	2012-04-01	222290	POZOSTALE PIELĘGNIARKI Z TYTUŁEM SPECJALISTY	specjalista	-	2012-04-01
NAZWISKO-78-03	OSOBA-78-03		513290	POZOSTALI POMOCNICZY PERSONEL	specjalista	-	2013-01-14	532190	POZOSTALI POMOCNICZY PERSONEL	specjalista	-	2013-01-14
NAZWISKO-78-03	OSOBA-78-03		513295	OPIEKUN MEDYCZNY	w trakcie	2014-11-17	-	532102	OPIEKUN MEDYCZNY	w trakcie	2014-11-17	-
NAZWISKO-78-02	OSOBA-78-02		322601	TECHNIK FARMACEUTYCZNY	w trakcie	2014-06-17	-	321301	TECHNIK FARMACEUTYCZNY	w trakcie	2014-06-17	-
NAZWISKO-78-02	OSOBA-78-02		223142	LEKARZ - NEUROLOGIA	specjalista	-	2012-07-01	221244	LEKARZ - SPECJALISTA NEUROLOGII	specjalista	-	2012-07-01
NAZWISKO-78-04	OSOBA-78-04		223142	LEKARZ - AUDIOLOGIA I FONIATRIA	specjalista	-	2012-04-23	221204	LEKARZ - SPECJALISTA AUDIOLOGII I FONIATRII	specjalista	-	2012-04-23
NAZWISKO-78-04	OSOBA-78-04		214904	INŻYNIER BIOCYBERNETYKI I INŻYNIER	specjalista	-	2014-04-13	214905	INŻYNIER BIOCYBERNETYKI I INŻYNIER	specjalista	-	2014-04-13
NAZWISKO-78-01	OSOBA-78-01		223490	POZOSTALI FARMACEUCI	1 st. specjalizacji	-	2014-01-05	228110	FARMACEUTA - TOKSYKOLOGIA	1 st. specjalizacji	-	2014-01-05
NAZWISKO-78-01	OSOBA-78-01		223908	SPECJALISTA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	specjalista	-	2011-07-11	224001	SPECJALISTA DO SPRAW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	specjalista	-	2011-07-11

Podczas tworzenia wersji profilu świadczeniodawcy wyświetlone zostanie ostrzeżenie, jeśli dla jakiegokolwiek osoby personelu (własnej lub podwykonawcy) nie nastąpiło jeszcze przekodowanie specjalności. Wyświetlenie ostrzeżenia nie blokuje możliwości pobrania pliku z wersją potencjału (sps):

Stwierdzono występowanie następujących problemów, które nie blokują możliwości generacji nowej wersji potencjału:

- niektóre osoby personelu świadczeniodawcy posiadają nieprzekodowane zawody/specjalności.
- niektóre osoby personelu podwykonawców posiadają nieprzekodowane zawody/specjalności.

Na liście zatrudnionego personelu medycznego dodany został filtr umożliwiający wyświetlenie tylko tych pozycji, które zostały/nie zostały przekodowane:

Przekodowany zawód/specjalność:

-- wszystkie --

Nie

Tak

W przypadku personelu medycznego posiadającego pierwszy stopień specjalizacji lub będącego w trakcie specjalizacji, w systemie informatycznym Funduszu przyjęto następujące zasady: osoby takie będą opisane kodem grupy zawodowej przewidzianej dla specjalistów i właściwym kodem specjalizacji. W dodatkowym atrybucie opisu osoby będzie zawarta informacja o właściwym stopniu specjalizacji, co pozwoli jednoznacznie odróżnić osoby faktycznie posiadające tytuł specjalisty od pozostałych osób (np. w trakcie otrzymywania specjalizacji).

Takie opisanie grup zawodowych i specjalizacji jest technicznym odstępstwem od zapisów rozporządzenia, niemniej jest podyktowane potrzebą uzyskania bardziej precyzyjnej informacji. W procesie kontraktowania świadczeń, nawet dla personelu w trakcie specjalizacji lub ze specjalizacją pierwszego stopnia, informacja o specjalizacji jest bardzo istotna. Zapisanie takich osób z jednym, wspólnym kodem specjalizacji spowodowałoby utratę istotnej informacji.

Taki sposób zapisu – wskazanie grupy zawodowej i specjalizacji oraz odrębne wskazanie stopnia specjalizacji, było stosowane w systemie już wcześniej. Informacja o stopniu specjalizacji osoby już widnieje w systemie i w procesie zmian kodów nie podlega zmianie.

Podsumowując:

dla lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych będących w trakcie specjalizacji lub posiadających pierwszy stopień specjalizacji, należy wskazać odpowiednią grupę zawodową przewidzianą dla specjalistów, wskazać właściwą specjalizację a w dodatkowym atrybucie jest zapisana informacja o stopniu specjalizacji. Wartość

„stopień specjalizacji” pozwoli na jednoznaczne odróżnienie specjalistów od pozostałych osób i taki sposób zapisu informacji nie oznacza wskazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.

Atrybut „stopień specjalizacji” już jest określony w systemie i wartość tego atrybutu można zweryfikować korzystając z funkcjonalności portalu udostępnionego przez NFZ.

Aby przekodować zawód / specjalność osoby personelu należy:

1. Przejść na listę zatrudnionego personelu
2. Na liście wyszukać osobę, dla której ma zostać przeprowadzone przekodowanie. Można ustawić wartość filtra *Przekodowany zawód / specjalność* na **Nie**, a następnie wybrać opcję . Na liście wyświetlą się tylko te osoby, które wymagają przekodowania.
3. Dla wybranej osoby z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Edytuj osobę**.
4. Przejść do okna, w którym wyświetlone są zawody / specjalności przy pomocy opcji . Jeżeli nazwa zawodu / specjalności jest przekreślona, oznacza to, że nie została jeszcze przekodowana. Aby to zrobić należy wybrać opcję **Edycja**.

Lp.	Kod	Zawód/specjalność	Stopień specjalizacji	Data otwarcia specjalizacji Data uzyskania specjalizacji	Dyplom	Typ zmian	Operacje
1	311101	LABORANT-CHEMICZNY	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	bez zmian	edycja usuń
2	223101	LEKARZ - ALERGOLOGIA	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	bez zmian	edycja usuń

* pola wymagane

Rys. 8.67 Edycja danych osoby personelu – Zawody / specjalności

5. Podczas przekodowania zawodu/specjalności mogą wystąpić następujące sytuacje:
 - a. Jeśli dla kodu zawodu / specjalności **istnieje tylko jeden odpowiednik** w nowym słowniku (*sytuacja: jeden do jeden*), operator będzie mógł jedynie zatwierdzić operację przekodowania. Taka operacja może być wykonana seryjnie dla tych osób, dla których przekodowanie wszystkich specjalności jest jednoznaczne (opisane w dalszej części dokumentacji)

Edycja danych osoby personelu
(1) Edycja zawodu/specjalności

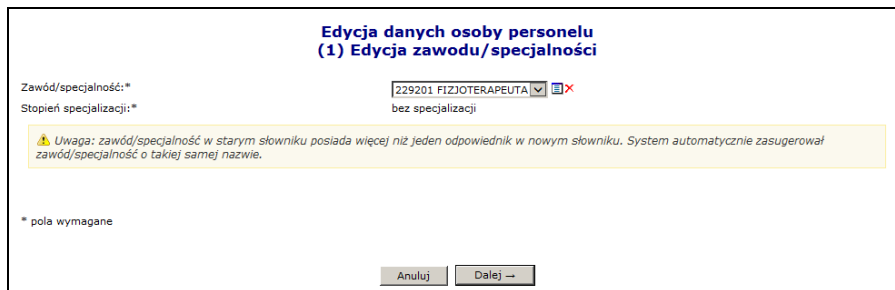
Zawód/specjalność:* 221201 LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII
 Stopień specjalizacji:* bez specjalizacji

⚠ **Uwaga:** nastąpiło automatyczne przekodowanie zawodu/specjalności. Zmiana pozostałych atrybutów zawodu/specjalności będzie możliwa po zakończeniu edycji osoby personelu.

* pola wymagane

Rys. 8.68 Automatyczne przekodowanie zawodu / specjalności

- b. Jeśli dla kodu zawodu/specjalności **istnieje więcej odpowiedników** w nowym słowniku i **nazwa kodu odpowiada nazwie kodu w nowym słowniku** (*sytuacja: jeden do wiele-jednoznaczne*) system automatycznie sugeruje nowy zawód/specjalność. Operator w tym wypadku ma także możliwość ręcznego wskazania właściwego przekodowania z dostępnego słownika.



Edycja danych osoby personelu
(1) Edycja zawodu/specjalności

Zawód/specjalność:*

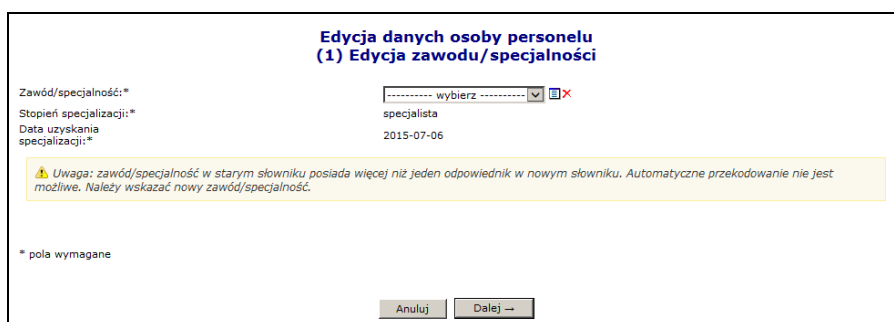
Stopień specjalizacji:*

Uwaga: zawód/specjalność w starym słowniku posiada więcej niż jeden odpowiednik w nowym słowniku. System automatycznie zasugerował zawód/specjalność o takiej samej nazwie.

* pola wymagane

Rys. 8.69 Sugerowane przekodowanie zawodu / specjalności przez system

- c. Jeśli dla kodu zawodu/specjalności **istnieje więcej odpowiedników** w nowym słowniku, ale **nazwa kodu nie odpowiada nazwie w nowym słowniku** (sytuacja: *jeden do wielu-niejednoznaczne*)
lub
- d. Jeśli dla kodu zawodu/specjalności **nie istnieje w nowym słowniku przekodowanie** tj. nazwa starego kodu nie ma odpowiednika nazwy w nowym słowniku (sytuacja: *jeden do puste*).



Edycja danych osoby personelu
(1) Edycja zawodu/specjalności

Zawód/specjalność:*

Stopień specjalizacji:*

Data uzyskania specjalizacji:*

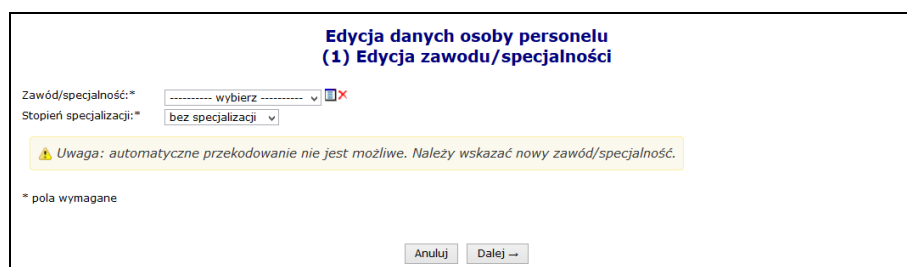
Uwaga: zawód/specjalność w starym słowniku posiada więcej niż jeden odpowiednik w nowym słowniku. Automatyczne przekodowanie nie jest możliwe. Należy wskazać nowy zawód/specjalność.

* pola wymagane

Rys. 8.70 Ręczne przekodowanie zawodu / specjalności przez operatora

Operator w obu przypadkach musi wskazać właściwe przekodowanie zawodu/specjalności samodzielnie, z dostępnego słownika.

6. Jeśli nazwa dla żadnego z nowych kodów nie odpowiada nazwie dla starego kodu (sytuacja: *jeden do niejednoznaczne*), operator zostanie zobligowany do ręcznego wskazania właściwego przekodowania spośród dostępnej puli.



Edycja danych osoby personelu
(1) Edycja zawodu/specjalności

Zawód/specjalność:*

Stopień specjalizacji:*

Uwaga: automatyczne przekodowanie nie jest możliwe. Należy wskazać nowy zawód/specjalność.

* pola wymagane

Rys. 8.71 Ręczne przekodowanie zawodu / specjalności

7. Po wybraniu opcji zostanie wyświetlone podsumowanie przekodowania, które należy zatwierdzić:

Edycja danych osoby personelu
(3) Edycja zawodu/specjalności

Zawód/specjalność		
	Przed	Po
Kod	223101	221201
Zawód/specjalność	LEKARZ - ALERGLOGIA	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGLOGII
Stopień specjalizacji	bez specjalizacji	bez specjalizacji
Typ zmian	edycja	

Rys. 8.72 Podsumowanie przekodowania zawodu / specjalności

8. Po zatwierdzeniu przekodowania nazwa zawodu / specjalności nie będzie już przekreślona:

Edycja danych osoby personelu - Zawody/specjalności

Zawody/specjalności:*

Lp.	Kod	Zawód/specjalność	Stopień specjalizacji	Data otwarcia specjalizacji Data uzyskania specjalizacji	Dyplom	Typ zmian	Operacje
1	314101	LABORANT MIKROBIOLOGICZNY	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usuń przewróć
2	221201	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGLOGII	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usuń przewróć

* pola wymagane

Rys. 8.73 Edycja danych osoby personelu – Zawody / specjalności

9. Zakończyć edycję osoby personelu.
10. Jeżeli podczas edycji przekodowano tylko zawód / specjalność, nie zostanie wygenerowany wniosek o zmianę danych osoby personelu. Nowy kod / nazwa zawodu / specjalności zostaną natychmiast przypisane do osoby (zastosowane w Rejestrze osób personelu). Zmiany te będą uwzględnione w umowie po utworzeniu zgłoszenia zmian do umowy.

Aby automatycznie (seryjnie) przekodować zawód / specjalność wszystkich osób personelu medycznego zatrudnionych u świadczeniodawcy należy:

1. Przejść na listę zatrudnionego personelu i wybrać opcję

Uwaga! Jeżeli na liście zatrudnionego personelu nie jest dostępna ww. opcja oznacza to, że w personelu występują tylko takie osoby, dla których nie jest możliwe jednoznaczne, automatyczne przekodowanie (dla dotychczasowego kodu zawodu / specjalności istnieje więcej niż jeden odpowiednik w nowym słowniku). W tej sytuacji konieczne jest ręczne przekodowanie pozycji.

Zatrudniony personel

Zawiera Szukaj

Zatrudnienie:

Deklaracja dostępności w dniu:

Przekodowany zawód/specjalność:

Zawód/specjalność:

Stan synchronizacji:

Status zgodności z CWPM:

Rys. 8.74 Lista zatrudnionego personelu

2. W nowo otwartym oknie wyświetlone i zaznaczone zostaną wszystkie osoby personelu:
- a. które, wymagają przekodowania i
 - b. dla których kod zawodu / specjalności, będzie miał **tylko jeden odpowiednik** w nowym słowniku

Powrót do zatrudnionego personelu

Grupowa zmiana zawodów / specjalności

Wykonaj dla zaznaczonych osób

PESEL: [] Zawiera: [] Szukaj Zlicz rekordy Zaznacz wszystkie

⚠ **Uwaga:** na liście znajdują się zawody / specjalności, które w starym słowniku posiadają dokładnie jeden odpowiednik w nowym słowniku

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Zaznacz	PESEL Dokument tożs.	Imię Nazwisko	Zawód / specjalność	
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	PESEL: [] <small>Kod tech.: []</small>	Imię: LEKARZ 1 Nazwisko: POZ	Kod: 223109 Nazwa: LEKARZ - CHIRURGIA OGÓLNA	=> Kod: 221209 Nazwa: LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII OGÓLNEJ
2.	<input checked="" type="checkbox"/>	PESEL: [] <small>Kod tech.: []</small>	Imię: LEKARZ 2 Nazwisko: POZ	Kod: 221303 Nazwa: FIZYK MEDYCZNY	=> Kod: 211104 Nazwa: FIZYK MEDYCZNY

Rys. 8.75 Lista osób, dla których zostanie przeprowadzone automatyczne przekodowanie

- Po wybraniu opcji **Wykonaj dla zaznaczonych osób** dla wszystkich zaznaczonych osób z listy zostaną przypisane zawody / specjalności odpowiadające nowemu słownikowi (wyświetlone w ostatniej kolumnie).

Uwaga!

Na liście grupowej zmiany zawodów/specjalności mogą pojawić się **wpisy oznaczone na czerwono**. Dotyczy to sytuacji, gdy wielu kodom odpowiada ten sam, jeden kod i jedna nazwa z nowego słownika (*sytuacja: wiele do jeden*), np. kod 322490 (pozostali fizjoterapeuci i pokrewni) oraz 322402 (technik fizjoterapii) jest zmieniany na kod 325401 technik fizjoterapii.

Po zaznaczeniu takiej osoby na liście i próbie użycia opcji **Wykonaj dla zaznaczonych osób** wyświetlony zostanie komunikat: **Nie można zaznaczyć tej osoby – wyróżnione zawody/specjalności muszą zostać przekodowane ręcznie**.

W takiej sytuacji przekodowanie należy wykonać ręcznie, w następujący sposób:

- Przejsz na listę zatrudnionego personelu, wybrać osobę i użyć opcji **Edytuj osobę**
- Dokonać pojedynczo przekodowania poszczególnych nieaktualnych kodów zawodów / specjalności na kody zgodne z nowym słownikiem. Czynność wykonuje się za pomocą opcji: **Edycja** (system automatycznie podpowie odpowiednią pozycję)

Zawody/specjalności:*							
Lp.	Kod	Zawód/specjalność	Stoień specjalizacji	Data otwarcia specjalizacji Data uzyskania specjalizacji	Dyplom	Typ zmian	Operacje
1	322601	TECHNIK FARMACEUTYCZNY	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2009-08-03	Numer: 515 Data: 2009-08-20	bez zmian	edycja usuń
2	223405	FARMACEUTA - ANALITYK FARMACEUTYCZNY	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2003-08-28	brak	bez zmian	edycja usuń
3	322490	POZOSTALI FIZJOTERAPEUCI I POKREWNI	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2011-08-23	brak	bez zmian	edycja usuń
4	223109	LEKARZ - CHIRURGIA OGÓLNA	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	bez zmian	edycja usuń
5	223401	FARMACEUTA - FARMACJA APTECZNA	W TRAKCIE	Otw: 2013-06-11 Uzy: -	brak	bez zmian	edycja usuń
6	322402	TECHNIK FIZJOTERAPII	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2013-08-05	brak	bez zmian	edycja usuń
7	223406	FARMACEUTA - ZIELARSTWO	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	bez zmian	edycja usuń

Rys. 8.76 Edycji danych osoby personelu - zawody/specjalności wymagające przekodowania

- W sytuacji, gdy dla zmienianej pozycji następuje przekodowanie na kod, który już wcześniej został zdefiniowany dla osoby personelu w innej pozycji – przekodowanie nie jest możliwe. Wyświetlony zostanie komunikat: **Zawód/specjalność - ten rodzaj zawodu specjalności już został zdefiniowany**. Taką pozycję należy usunąć za pomocą operacji: **Usuń**. Usunięcie spowoduje przekazanie do NFZ wniosku o zmianę danych osoby personelu.

W efekcie wykonywania czynności z pkt 2 i 3:

- Pozycje, dla których dokonano przekodowania nie będą oznaczone przekreśleniem
- Pozycje do usunięcia będą oznaczone przekreśleniem (z informacją o utworzonym wniosku)

Edycja danych osoby personelu - Zawody/specjalności							
Zawody/specjalności:* <input type="button" value="Dodaj"/>							
Lp.	Kod	Zawód/specjalność	Stopień specjalizacji	Data otwarcia specjalizacji Data uzyskania specjalizacji	Dyplom	Typ zmian	Operacje
1	322402	TECHNIK FIZJOTERAPII	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2013-08-05	brak	do usunięcia (wniosek)	przywroć
2	321301	TECHNIK FARMACEUTYCZNY	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2009-08-03	Numer: 515 Data: 2009-08-20	edycja	edycja usuń przywroć
3	228201	FARMACEUTA - SPECJALISTA ANALITYKI FARMACEUTYCZNEJ	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2003-08-28	brak	edycja	edycja usuń przywroć
4	325401	TECHNIK FIZJOTERAPII	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2011-08-23	brak	edycja	edycja usuń przywroć
5	221209	LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII OGÓLNEJ	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usuń przywroć
6	228203	FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMACJI APTECZNEJ	W TRAKCIE	Otw: 2013-06-11 Uzy: -	brak	edycja	edycja usuń przywroć
7	228208	FARMACEUTA - SPECJALISTA LEKU ROŚLINNEGO	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usuń przywroć

Rys. 8.77 Edycji danych osoby personelu - zawody/specjalności wymagające przekodowania

- Do momentu zatwierdzenia przez OW wniosku o zmianę danych osoby personelu nie będzie możliwe wykazanie tej osoby w zgłoszeniu zmian do umowy (wszystkie zawody/specjalności muszą być przekodowane zgodnie z nowym słownikiem).

8.4.13 Raport o stanie zatrudnienia

Aby wygenerować raport o stanie zatrudnienia w formacie xlsx, należy:

- Z listy zatrudnionego personelu wybrać opcję .
- Wybrać kryteria według których raport ma być generowany:
 - Data zatrudnienia** – domyślnie data bieżąca. W zestawieniu zostaną uwzględnione osoby, których aktywny okres zatrudnienia obejmuje podaną datę.
 - Rodzaj uprawnień** – możliwość wskazania jednego lub kilku rodzajów uprawnień. W zestawieniu zostaną uwzględnione tylko osoby, które posiadają lub kiedykolwiek posiadały (ale zostało ono np. utracone) wskazane uprawnienia zawodowe (filtr opcjonalny).
 - Miejsce pracy** – wybierane z listy aktywnych miejsc udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy. W zestawieniu zostaną uwzględnione wszystkie osoby, które pracują w tym miejscu, niezależnie od okresu pracy (system NIE będzie zawęzał wyników do okresów pracy w miejscu, które zawierają wskazaną wyżej datę zatrudnienia). Filtr opcjonalny – w przypadku jego niezapełnienia, w raporcie zostaną uwzględnione wszystkie miejsca.

Generacja raportu o stanie zatrudnienia

Data zatrudnienia:*

Rodzaj uprawnień:*

- Lekarz
- Pielęgniarka
- Położna
- Farmaceuta
- Diagnosta laboratoryjny
- Lekarz dentysta
- Felczer
- Fizjoterapeuta
- Brak uprawnień zawodowych

Miejsce pracy:

* pola wymagane

Rys. 8.78 Generacja raportu i stanie zatrudnienia

8. Wybór opcji rozpocznie proces generacji raportu.
9. Wygenerowany plik należy pobrać wybierając opcję [pobierz plik](#).

W raporcie będą uwzględnione tylko osoby aktywne, posiadające aktywne zatrudnienie u świadczeniodawcy generującego zestawienie na moment jego generacji.

Raport będzie zawierał następujące kolumny:

- 1) **PESEL** – w przypadku braku numeru PESEL, w kolumnie będzie zawarty Identyfikator Centralny osoby personelu
- 2) **Nazwisko**
- 3) **Imię**
- 4) **Numer prawa wykonywania zawodu** – w przypadku, gdy osoba posiada więcej niż jedno uprawnienie zawodowe, będzie powielona w zestawieniu. W zestawieniu zawsze będą prezentowane wszystkie uprawnienia zawodowe danej osoby, niezależnie od ustawienia filtra rodzaj uprawnień (ale osoba musi posiadać uprawnienie zawodowe w danym rodzaju).
- 5) **Nr prawa wyk. zawodu z umowy** – w przypadku, gdy osoba została wykazana w umowach z więcej niż jednym uprawnieniem zawodowym, będzie powielona w zestawieniu. W zestawieniu zawsze będą prezentowane wszystkie uprawnienia zawodowe danej osoby zawarte w umowach, niezależnie od ustawienia filtra rodzaj uprawnień (ale osoba musi posiadać uprawnienie zawodowe w danym rodzaju).
- 6) **Zawód/specjalność** - nazwa zawodu/specjalności osoby personelu. W przypadku, gdy osoba posiada więcej niż jeden zawód/specjalność, będzie powielona w zestawieniu. W zestawieniu zawsze będą prezentowane wszystkie zawody/specjalności danej osoby, niezależnie od ustawienia filtra rodzaj uprawnień (ale osoba musi posiadać uprawnienie zawodowe w danym rodzaju).
- 7) **Stopień specjalizacji** – stopień specjalizacji dla ww zawodu/specjalności
- 8) **Miejsce udzielania świad. id** - kod miejsca udzielania świadczeń, w którym pracuje dana osoba personelu z ww specjalnością.
- 9) **Miejsce udzielania świad. nazwa** - nazwa miejsca udzielania świadczeń, w którym pracuje dana osoba personelu z ww specjalnością.
- 10) **Miej udz. świad. powiat** – nazwa powiatu z aktualnego adresu miejsca udzielania świadczeń, w którym pracuje dana osoba personelu z ww specjalnością
- 11) **Data od obow. harm.** – data rozpoczęcia pracy danej osoby z danym harmonogramem w ww miejscu z ww specjalnością. W przypadku, gdy osoba ma więcej niż jeden okres pracy w danym miejscu z daną specjalnością będzie powielona w zestawieniu. W raporcie będą zawsze zawarte wszystkie okresy pracy osoby, niezależnie od ustawionej w filtrach daty zatrudnienia (data zatrudnienia ogranicza tylko zatrudnienie).
- 12) **Data do obow. harm.** – data zakończenia pracy danej osoby z danym harmonogramem w ww miejscu z ww specjalnością. W przypadku, gdy osoba ma więcej niż jeden okres pracy w danym miejscu z daną specjalnością będzie powielona w zestawieniu. W raporcie będą zawsze zawarte wszystkie okresy pracy osoby, niezależnie od ustawionej w filtrach daty zatrudnienia (data zatrudnienia ogranicza tylko zatrudnienie).
- 13) **Średni tygodniowy czas pracy** - dotyczy ww okresu pracy w miejscu z danym harmonogramem. Wyrażony

jako liczba ggg:mm, np.: 20:40

- 14) **Średni tygodniowy czas pracy w godz** - pracy - dotyczy ww okresu pracy w miejscu z danym harmonogramem. Wyrażony jako liczba godzin, np. 2,2
- 15) **Średni tygodniowy czas pracy w min** - pracy - dotyczy ww okresu pracy w miejscu z danym harmonogramem. Wyrażony jako liczba minut, np. 144
- 16) **Średni miesięczny czas pracy** - dotyczy zatrudnienia danej osoby u danego świadczeniodawcy i będzie zawsze taki sam dla danej osoby. Wyrażony jako liczba ggg:mm, np.: 120:30
- 17) **Umowa - nr systemowy** - wszystkie numery umów (zatwierdzonych), w jakich dany personel występuje (poczynając od najnowszych), oddzielone średnikami
- 18) **Umowa - nr pierwotny** - wszystkie numery umów (zatwierdzonych), w jakich dany personel występuje (poczynając od najnowszych), oddzielone średnikami
- 19) **Umowa - zakres świadc** – unikalne kody zakresów świadczeń, do jakich dana osoba personelu jest wykazana w powyższych umowach
- 20) **Umowa - zakres świadc nazwa** - unikalne nazwy zakresów świadczeń, do jakich dana osoba personelu jest wykazana w powyższych umowach

Pierwsza zakładka wygenerowanego raportu będzie zawierała listę zastosowanych filtrów.

Powyzsze zestawienie będzie uwzględniać tylko pozycje, które są aktywne w chwili generacji raportu.

W przypadku, gdy dla danego rekordu jakaś informacja nie występuje (np. osoba nie posiada żadnego uprawnienia zawodowego), w polu będzie znak '-'.

8.5 Wydzielone zasoby świadczeniodawcy

Pojęcie *Wydzielone zasoby świadczeniodawcy* stosowane jest w systemie dla zasobów, które zgodnie z warunkami realizacji umów dotyczą realizacji wszystkich zakresów świadczeń w umowie, np.: personel RTM.

8.5.1 Personel RTM

Przed rozpoczęciem dodawania personelu dostępnego dla umów RTM należy najpierw zarejestrować informację o zatrudnieniu osoby w części **Zasoby świadczeniodawcy**. Procedura zatrudniania nowej osoby została opisana w części [Zatrudniony personel medyczny](#).

Lista personelu RTM może być przeszukiwana według parametru *Rodzaj zatrudnienia*:

- a) Zatrudniony u mnie
- b) Zatrudniony u podwykonawcy

Lista personelu RTM jest rozumiana jako lista lekarzy, ratowników, kierowców z wyjątkiem dyspozytorów medycznych.

Jeżeli w personelu RTM nie znajdują się żadne pozycje, można skorzystać z opcji **Kopiowanie zatrudnienia**. Umożliwia ona kopiowanie zatrudnienia personelu medycznego z miejsca pracy, przypisanego do komórki o specjalności 9154 do wydzielonych zasobów świadczeniodawcy.

Zasady kopiowania są następujące:

- osoby personelu, których okres zatrudnienia w miejscu kończy się przed 01-01-2011 **nie zostaną skopiowane**;
- osoby personelu, których okres zatrudnienia w miejscu rozpoczyna się przed 01-01-2011 i kończy po dniu 01-01-2011 zostaną skopiowane w taki sposób, że **data początku zatrudnienia w wydzielonych zasobach zostanie ustawiona na 01-01-2011**;
- osoby personelu, których okres początku i końca zatrudnienia przypada po 01-01-2011 **zostaną skopiowane bez zmian**

Aby przypisać pojedynczą osobę do personelu RTM należy skorzystać z opcji Dodawanie personelu.

W pierwszej kolejności operator systemowy musi podać:

- **Zatrudnienie** w ramach, którego personel pracuje na potrzeby RTM
- **Zawód/specjalność**
- **Funkcję** (opcjonalnie)

Jeżeli dodawana osoba posiada tylko jedną specjalność, można ją wybrać bez jakichkolwiek ograniczeń. Natomiast jeżeli osoba posiada więcej specjalności, a wśród nich przynajmniej jedną:

- 22133 Medycyna ratunkowa
- 223102 Anestezjologia i intensywne terapie
- 223114 Choroby wewnętrzne
- 223109 Chirurgia dziecięca
- 223147 Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
- 223150 Pediatria

musi ona zostać wybrana. W przeciwnym razie zgłoszony zostanie błąd – Należy wskazać specjalność określoną w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W drugim etapie należy podać:

- **Okres pracy od**
- **Okres pracy do** (opcjonalnie) / **Bezterminowo**
- **Średniotygodniowy czas pracy**

Dla personelu RTM nie ma możliwości rejestrowania harmonogramu szczegółowego. Przedziały czasu, z jakimi może pracować dana osoba z danym zawodem / specjalnością muszą być rozłączne.

Ostatnim krokiem przypisywania osoby do personelu RTM jest zatwierdzenia **Podsumowania**.

Każda osoba, która została dodana w powyższy sposób, pojawi się na **Liście personelu RTM**.

Opcja **Edytuj** umożliwia modyfikację wszystkich informacji związanych z osobą prócz numeru PESEL oraz zawodu/specjalności.

W kolumnie *Zgodność z CWPM* zawarte są informacje na temat zgodności danych osoby z potencjału z danymi zawartymi w *Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych CWPM* (wartość „nie dotyczy” oznacza, że osoba personelu nie ma żadnego uprawnienia zawodowego podlegającego weryfikacji z CWPM).

Zgodność z CWPM sprawdzana jest tylko dla osób personelu mających przypisane następujące uprawnienia:

- Lekarz
- Lekarz dentyista
- Pielęgniarka
- Położna
- Diagnosta laboratoryjny
- Farmaceuta
- Felczer

Dodawanie personelu

Personel RTM

PESEL Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Zawód/specjalność:

Dostępność w dniu:

Rodzaj zatrudnienia: -- wszystkie --

Status zgodności z CWPM: -- wszystkie --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20 z 22

Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Zawód/specjalność Funkcja	Praca od Praca do	Śr. tygodniowy czas pracy	Rodzaj zatrudnienia	Zgodność uprawnień z CWPM	Operacje
1.		Imię: IMIE23 Nazwisko: NAZWISKO23	Z/S: FIZJOTERAPEUTA Fi -	Od: 2015-06-01 Do: bezterminowo	30:00	Zatrudniony u mnie	nie dotyczy	edytuj usuń
2.		Imię: IMIE31 Nazwisko: NAZWISKO31	Z/S: FIZYK MEDYCZYNY Fi -	Od: 2015-01-01 Do: bezterminowo	30:00	Zatrudniony u mnie	nie dotyczy	edytuj usuń
3.		Imię: IMIE Nazwisko: NAZWISKO	Z/S: FIZJOTERAPEUTA Fi -	Od: 2015-01-01 Do: bezterminowo	40:00	Zatrudniony u mnie	nie dotyczy	edytuj usuń
4.		Imię: IMIE_2 Nazwisko: NAZWISKO_2	Z/S: LEKARZ - SPECJALISTA MEDYCZYNY RATUNKOWEJ Fi -	Od: 2015-01-01 Do: bezterminowo	50:00	Zatrudniony u mnie	niezgodne	edytuj usuń

Rys. 8.79 Lista personelu RTM

8.5.2 Personel CZP

Na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27 kwietnia 2018 r w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków realizacji umów w ramach programu pilotażowego w CZP wprowadzona została funkcjonalność rejestracji osób personelu medycznego realizujących usługi w ramach wszystkich punktów umowy CZP.

Rejestracja osób personelu CZP wymaga uprzedniego zarejestrowania informacji o zatrudnieniu osoby personelu (więcej: [Zatrudnianie personelu medycznego](#)).

W celu zarejestrowania dostępności godzinowej (tygodniowej) dla osoby personelu medycznego należy:

1. Wybrać menu: **Potencjał – Wydzielone zasoby świadczeniodawcy – Personel CZP**
2. Na liście *Personel Centrum Zdrowia Psychicznego* wybrać opcję **Dodawanie personelu**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna (1) *Dodawanie personelu CZP*.
3. Należy:

(1) Dodawanie personelu CZP

Zatrudnienie:*

Zawód/specjalność:*

Funkcja:

* pola wymagane

Anuluj Dalej →

Rys. 8.80 Przykładowe okno rejestracji personelu CZP

- a. Uzpełnić pole Zatrudnienie (wybierając osobę personelu ze słownika osób zatrudnionych u świadczeniodawcy) lub wprowadzając pierwsze znaki numeru PESEL w polu Zatrudnienie.

Zatrudnienie:*

TEST TEST
TEST TEST

Uwaga! Na liście wyboru osób personelu nie będą widoczne osoby, dla których:

- nie została zarejestrowana informacja o zatrudnieniu,
- umowa z osobą personelu została rozwiązana,
- osoba personelu jest zatrudniona u podwykonawcy.

W celu kontynuowania rejestracji należy sprawdzić / uzupełnić informację o zatrudnionym personelu.

- b. Wskazać Zawód / specjalność osoby

- c. Wskazać (nieobligatoryjnie) funkcję osoby
- d. Wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie okno (2) *Dodawanie personelu CZP – okres pracy*.
- e. Uzpełnić okres pracy osoby personelu dedykowany do realizacji świadczeń CZP
- f. Uzpełnić średniotygodniowy czas pracy osoby
- g. Wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie okno (3) *Dodawanie personelu CZP – Podsumowanie*.
- h. Należy zweryfikować uzupełnione informacje i wybrać opcję **Zatwierdź**.

Czynność spowoduje zapisanie osoby personelu w wydzielonym potencjale świadczeniodawcy.

Dla zarejestrowanej osoby personelu udostępnione zostaną operacje:

- [edytuj](#) umożliwia edycję danych osoby personelu w zakresie: funkcji, okresu pracy, średniotygodniowego czasu pracy.
- [usuń](#) umożliwia usunięcie osoby personelu z listy personelu CZP.

Do programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego dane o personelu niezbędne są do przygotowania umowy. Dlatego, po uzupełnieniu informacji o personelu należy wygenerować profil świadczeniodawcy. Więcej: [Dodanie nowej wersji profilu](#).

8.5.3 Dyspozytorzy medyczni

Przed rozpoczęciem dodawania dyspozytorów medycznych należy najpierw zarejestrować informację o zatrudnieniu osoby w części **Zasoby świadczeniodawcy**. Procedura zatrudniania nowej osoby została opisana w części [Zatrudniony personel medyczny](#).

Sposób definiowania listy dyspozytorów medycznych oraz zakres danych opisujących osobę pracującą, jako dyspozytor są takie same jak dla personelu RTM.

Lista dyspozytorów medycznych może być przeszukiwana według parametru:

- *PESEL, nazwisko, imię*
- *Zawód specjalność*
- *Dostępność w dniu*
- *Rodzaj zatrudnienia:*
 - Zatrudniony u mnie
 - Zatrudniony u podwykonawcy
- *Status zgodności z CWPM*

W kolumnie *Zgodność z CWPM* zawarte są informacje na temat zgodności danych osoby z potencjału z danymi zawartymi w *Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych CWPM* (wartość „nie dotyczy” oznacza, że osoba personelu nie ma żadnego uprawnienia zawodowego podlegającego weryfikacji z CWPM).

Zgodność z CWPM sprawdzana jest tylko dla osób personelu mających przypisane następujące uprawnienia:

- Lekarz
- Lekarz dentysta
- Pielęgniarka
- Położna
- Diagnosta laboratoryjny
- Farmaceuta
- Felczer

Ewidencja listy dyspozytorów medycznych, podobnie jak lista personelu RTM, zasadna jest tylko u świadczeniodawcy – reprezentanta. Musi on wykazać w swoim potencjale listę wszystkich osób, które zostaną wykazane w ofercie i w umowie.

Aby przypisać osobę do listy dyspozytorów należy skorzystać z opcji Dodawanie personelu. System nie będzie blokował możliwości wskazania tej samej osoby na liście personelu RTM jak i na liście dyspozytorów medycznych (jeżeli wystąpi taka potrzeba).

W pierwszej kolejności operator musi podać:

- **Zatrudnienie** w ramach, którego personel pracuje jako dyspozytor
- **Zawód/specjalność**
- **Funkcję** (opcjonalnie)

W drugim etapie, należy uzupełnić:

- **Okres pracy od**
- **Okres pracy do** (opcjonalnie) / **Bezterminowo**
- **Średniotygodniowy czas pracy**
- **Rodzaj zatrudnienia** (zatrudniony u mnie / zatrudniony u podwykonawcy)

Podobnie jak dla personelu RTM, również dla listy dyspozytorów medycznych, można wskazać, czy jest to osoba zatrudniona u danego świadczeniodawcy czy u innego świadczeniodawcy (współrealizatora lub podwykonawcy).

(2) Dodawanie personelu: Dyspozytorzy medyczni - okres pracy

Okres pracy od:*

Okres pracy do: Bezterminowo

Śr. tygodniowy czas pracy:*

Rodzaj zatrudnienia:* ZATRUDNIONY U MNIE

* pola wymagane

Rys. 8.81 Dodawanie personelu: Dyspozytorzy medyczni - okres pracy

Dla dyspozytorów medycznych nie ma możliwości rejestrowania harmonogramu szczegółowego. Przedziały czasu, z jakimi może pracować dana osoba z danym zawodem / specjalnością muszą być rozłączne.

Ostatnim krokiem przypisywania osoby do listy dyspozytorów jest zatwierdzenia **Podsumowania**. Każda osoba, która została dodana w powyższy sposób, pojawi w oknie **Dyspozytorzy medyczni**.

Opcja **Edytuj** umożliwia modyfikację następujących danych:

- **Funkcją medyczną**
- **Okresem pracy od / do**
- **Średnim tygodniowym czasem pracy**

Dodawanie personelu

Dyspozytorzy medyczni

PESEL Zawiera

Zawód/specjalność:

Dostępność w dniu:

Rodzaj zatrudnienia: -- wszystkie --

Status zgodności z CWPM: -- wszystkie --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	PESEL	Imię		Zawód/specjalność		Praca od		Śr. tygodniowy czas pracy	Rodzaj zatrudnienia	Zgodność uprawnień z CWPM ?	Operacje
		Imię	Nazwisko	Funkcja	Funkcja	Praca do	Praca do				
1.		Imię: ANNA	Nazwisko: NAZWISKO_2483	Z/S: DIAGNOSTA LABORATORYJNY	F: -	Od: 2018-01-01	Do: 2018-12-31	90:00	Zatrudniony u mnie	zgodne	edytuj usuń

Rys. 8.82 Dyspozytorzy medyczni

8.5.4 Koordynatorzy

Przed rozpoczęciem dodawania koordynatorów należy najpierw zarejestrować informację o zatrudnieniu osoby w części **Zasoby świadczeniodawcy**. Procedura zatrudniania nowej osoby została opisana w części [Zatrudniony personel medyczny](#).

Sposób definiowania listy koordynatorów jest taki sam jak w przypadku personelu RTM.

Koordynatorzy								
Bieżący zakres pozycji: 1 - 3 z 3								
Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Zawód/specjalność Funkcja	Okres dostępności od Okres dostępności do	Minimalna dostępność podstawowa tygodniowo	Cel koordynacji Rodzaj zespołu	Zgodność uprawnień z CWPM [?]	Operacje
1.		Imię: OSOBA-78-01 Nazwisko: NAZWISKO-78-01	Z/S: PSYCHOLOG KLINICZNY F: -	Od: 2020-12-02 Do: bezterminowo	30:00	Cel: Leczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Rodzaj: Koordynator leczenia onkologicznego.	nie dotyczy	edytuj usuń
2.		Imię: OSOBA-78-01 Nazwisko: NAZWISKO-78-01	Z/S: LEKARZ - SPECJALISTA CHOROBY ZAKAZNYCH F: -	Od: 2020-12-02 Do: bezterminowo	05:00	Cel: Leczenia w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych. Rodzaj: Wykaz członków.	niezgodne	edytuj usuń
3.		Imię: MARCIN Nazwisko: NAZWISKO_25647	Z/S: LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII KŁATKI PIERSIOWEJ F: -	Od: 2020-12-02 Do: bezterminowo	100:00	Cel: Leczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Rodzaj: Wykaz członków.	niezgodne	edytuj usuń

Rys. 8.83 Koordynatorzy

Lista koordynatorów może być przeszukiwana według następujących parametrów:

- Numeru PESEL / nazwiska / Imienia
- Zawodu / specjalności
- Dostępności w dniu
- Celu koordynacji
- Rodzaju zespołu
- Status zgodności z CWPM

W kolumnie *Zgodność z CWPM* zawarte są informacje na temat zgodności danych osoby z potencjału z danymi zawartymi w *Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych CWPM* (wartość „nie dotyczy” oznacza, że osoba personelu nie ma żadnego uprawnienia zawodowego podlegającego weryfikacji z CWPM).

Zgodność z CWPM sprawdzana jest tylko dla osób personelu mających przypisane następujące uprawnienia:

- Lekarz
- Lekarz dentysta
- Pielęgniarka
- Położna
- Diagnosta laboratoryjny
- Farmaceuta
- Felczer

Aby przypisać osobę do listy koordynatorów należy skorzystać z opcji **Dodawanie personelu**.

W pierwszej kolejności operator musi podać:

- **Zatrudnienie** w ramach, którego personel pracuje jako koordynator
- **Zawód/specjalność** dostępny po uzupełnieniu zatrudnienia
- **Funkcję** (opcjonalnie)
- **Cel koordynacji**
- **Rodzaj zespołu** dostępny po uzupełnieniu celu koordynacji

(1) Dodawanie personelu: Koordynatorzy

Zatrudnienie:*

Zawód/specjalność:*
Aby aktywować słownik zawodów/specjalności proszę wybrać zatrudnienie

Funkcja:
..... wybierz

Cel koordynacji:*

Rodzaj zespołu:*
Aby aktywować słownik rodzaju zespołu, wskaż cel koordynacji

* pola wymagane

Rys. 8.84 Dodawanie personelu: Koordynatorzy

Zasady dodawania koordynatorów są następujące::

- Każda z osób może być wskazana jeden raz lub wiele razy. Jeżeli osoba jest wskazana wiele razy to pod warunkiem, że za każdym razem została wskazana inna specjalność, cel koordynacji lub rodzaj zespołu.
- Powyższe założenie, mówiące o konieczności wskazania osoby z różnymi specjalnościami dotyczy tego samego przedziału czasu. W różnych (rozłącznych) okresach czasu ta sama osoba może być wskazana ponownie z tą samą specjalnością.

W drugim etapie, należy uzupełnić:

- **Okres dostępności od**
- **Okres dostępności do** (opcjonalnie) / **Bezterminowo**
- **Minimalna dostępność godzinowa tygodniowo**

(2) Dodawanie personelu: Koordynatorzy - okres dostępności

Okres dostępności od:*

Okres dostępności do: Bezterminowo

Minimalna dostępność godzinowa tygodniowo:*

* pola wymagane

Rys. 8.85 Dodawanie personelu: Koordynatorzy - okres dostępności

Dla koordynatorów nie ma możliwości rejestrowania harmonogramu szczegółowego.

Ostatnim krokiem przypisywania osoby do listy koordynatorów jest zatwierdzenia **Podsumowania**. Każda osoba, która została dodana w powyższy sposób, pojawi w oknie **Koordynatorzy**.

Opcja **Edytuj** umożliwi modyfikację następujących danych:

- **Funkcja**
- **Cel koordynacji**
- **Rodzaj zespołu**
- **Okres dostępności**

8.6 Umowy / promesy współpracy

Uwaga!!!

Informacje o umowach / promesach współpracy uzupełnia tylko i wyłącznie kontrahent będący stroną udostępniającą zasoby.

Zakładka **Umowy / promesy współpracy** służy do:

- w przypadku strony korzystającej z zasobów – przeglądania zawartych umów / promes, jakie zostały podpisane z stroną udostępniającą zasoby,

- w przypadku strony udostępniającej zasoby – dodawania podpisanych umów / promes współpracy do systemu.

Oferent będący jednocześnie stroną korzystającą z zasobów jak i stroną udostępniającą zasoby dla innego świadczeniodawcy korzysta z obu powyższych funkcjonalności.

Czerwonym kolorem oznaczone są umowy, które nie zostały jeszcze zatwierdzona przez stronę udostępniającą zasoby.

Umowy / promesy współpracy

[Dodawanie umowy/promesy](#)

Kod strony korzystającej z zasobów: Zawiera Szukaj

Typ umowy współpracy: Typ dokumentu:

Strona umowy: Aktywność:

Status:

Zakres umowy współpracy: zakres świadczeń świadczenie usługa

Obowiązuje na dzień: 2012-06-14

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Typ umowy współpracy		Strona umowy		Data obow. pocz./koń.	Zakres	Aktywność	Operacje
	Typ dokumentu	Status	Strona korzystająca z zasobów	Strona udostępniająca zasoby				
1.	U: umowa podwykonawstwa D: umowa S: zatwierdzona		Strona: strona udostępniająca zasoby Strona korzystająca z zasobów: 150005120 ***** Strona udostępniająca zasoby: *****		P: 2011-10-10 K: -	<input checked="" type="checkbox"/> zakres świadczeń <input checked="" type="checkbox"/> świadczenie <input type="checkbox"/> usługa	aktywna	podgląd miejsca rozwiąż kopiuj
2.	U: umowa podwykonawstwa D: umowa S: zatwierdzona		Strona: strona udostępniająca zasoby Strona korzystająca z zasobów: 150005120 ***** Strona udostępniająca zasoby: *****		P: 2011-01-02 K: -	<input checked="" type="checkbox"/> zakres świadczeń <input type="checkbox"/> świadczenie <input type="checkbox"/> usługa	aktywna	podgląd miejsca rozwiąż kopiuj
3.	U: umowa podwykonawstwa D: umowa S: wprowadzona		Strona: strona udostępniająca zasoby Strona korzystająca z zasobów: 150005120 ***** Strona udostępniająca zasoby: *****		P: 2011-12-01 K: -	<input type="checkbox"/> zakres świadczeń <input checked="" type="checkbox"/> świadczenie <input type="checkbox"/> usługa	aktywna	podgląd edytuj zatwierdź dezaktywuj miejsca kopiuj

Rys. 8.86 Umowy / promesy współpracy

Strona korzystająca z zasobów to świadczeniodawca, który wykonuje świadczenia bądź usługi dla NFZ.

Strona udostępniająca zasoby jest podmiotem, który ma podpisaną umowę/promesę współpracy ze stroną korzystającą z zasobów na wykonywanie pełnego zakresu świadczeń, pojedynczych świadczeń bądź usług. Jest jednostką, która ma podpisaną umowę z stroną korzystającą z zasobów o wykonywanie zakresu świadczeń, pojedynczych świadczeń bądź usług.

Pracownik OW NFZ może zmienić datę końca obowiązywania umowy podwykonawstwa. Po dokonaniu zmiany końca obowiązywania umowy współpracy przez pracownika OW, informacja o tym fakcie zostanie wysłana komunikatem na Portal SZOI do:

- Strony udostępniającej zasoby w umowie współpracy
- Strony korzystającej z zasobów z umowy współpracy

Po rozwiązaniu umowy przez pracownika OW NFZ odpowiednia informacja pojawi się w kolumnie *Status*:

Lp.	Typ umowy współpracy		Strona umowy		Data obow. pocz./koń.	Zakres	Aktywność	Operacje
	Typ dokumentu	Status	Strona korzystająca z zasobów	Strona udostępniająca zasoby				
1.	U: umowa podwykonawstwa D: umowa S: rozwiązana (OW NFZ)		Strona: strona udostępniająca zasoby Strona korzystająca z zasobów: 15***** NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Strona udostępniająca zasoby: 15***** ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		P: 2011-01-02 K: 2015-09-22	<input checked="" type="checkbox"/> zakres świadczeń <input type="checkbox"/> świadczenie <input type="checkbox"/> usługa	aktywna	podgląd miejsca kopiuj

8.6.1 Umowy współrealizacji

Umowa RTM może być realizowana przez kilku świadczeniodawców (współrealizatorów). Każdy z tych współrealizatorów może udzielać świadczeń z udziałem podwykonawców (każdy ze świadczeniodawców – współrealizatorów może mieć swoich podwykonawców).

Jeden ze świadczeniodawców – współrealizatorów – pełni funkcję reprezentanta, który przygotowuje ofertę w imieniu wszystkich świadczeniodawców wspólnie realizujących umowę RTM (współrealizatorów i podwykonawców) do NFZ.

Proces dodawania umowy współrealizacji jest taki sam jak umowy podwykonawstwa i został opisany w kolejnej części.

W umowie współrealizacji świadczeniodawca definiujący umowę, wskazuje innego świadczeniodawcę (świadczeniodawcę reprezentanta). Świadczeniodawca definiujący umowę będzie występował w charakterze współrealizatora, a wskazany świadczeniodawca będzie pełnił rolę reprezentanta.

Świadczeniodawca – współrealizator na podstawie umowy współrealizacji udostępnia reprezentantowi wskazaną część swojego potencjału (miejsca udzielania świadczeń). Ten potencjał może zostać użyty w ofercie, a następnie w umowie. Pod tym względem umowa współrealizacji jest podobna do umów podwykonawstwa.

Jeżeli świadczeniodawca A ma podpisaną umowę współrealizacji z świadczeniodawcą B, a świadczeniodawca B ma podpisaną umowę współrealizacji z świadczeniodawcą C, to A w zgłoszeniach zmian do umowy będzie widział miejsca zarówno swoje jak i świadczeniodawcy B oraz C, mimo że bezpośrednio nie ma podpisanej umowy z świadczeniodawcą C.

W ramach umowy współrealizacji, oprócz udostępnionych miejsc udzielania świadczeń może być wskazana również lista umów podwykonawstwa (umowy zawarte przez świadczeniodawcę współrealizatora ze swoimi podwykonawcami). Aby dodać umowę podwykonawstwa należy dla wybranej umowy współrealizacji z kolumny *Operacje* wybrać *Umowy*, a następnie **Dodawanie udostępnienia**.

Wskazanie umowy podwykonawstwa oznacza, że razem z udostępnionymi swoimi miejscami udzielania świadczeń następuje udostępnienie świadczeniodawcy-reprezentantowi miejsc udzielania świadczeń, które zostały udostępnione mu przez podwykonawcę, zgodnie z zawartością wskazanej umowy podwykonawstwa.



Rys. 8.87 Dodawanie udostępnionej umowy podwykonawstwa do umowy współrealizacji.

8.6.2 Dodawanie umowy / promesy współpracy

Aby dodać nową umowę/promesę współpracy należy:

1. Przejść na listę umów/promes, a następnie wybrać opcję **Dodawanie umowy/promesy**.
2. Uzupełnić dane związane z umową/promesą:
 - a. Typ umowy współpracy
 - Umowa podwykonawstwa
 - Umowa współrealizacji - potwierdzenie woli świadczeniodawców do wspólnej realizacji umowy z NFZ
 - b. Typ dokumentu (dla umowy podwykonawstwa)
 - Promesa
 - Umowa
 - c. Stronę korzystającą z umowy
 - d. Datę początku obowiązywania
 - e. Datę końca obowiązywania

- f. Zakres umowy podwykonawstwa
- Zakres świadczeń
 - Świadczenie
 - Usługa

(1) Dodawanie umowy/promesy

Typ umowy współpracy:*

Typ dokumentu:*

Strona udostępniająca zasoby: 150000004 ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Strona korzystająca z zasobów:*

Data początku obowiązywania:*

Data końca obowiązywania:

Zakres umowy:*

zakres świadczeń

świadczenie

usługa

* pola wymagane

Rys. 8.88 Dodawanie umowy / promesy

3. Wybrać opcję i zatwierdzić podsumowanie.

Uwaga!!!

Zapisanie informacji o umowie/promesie współpracy spowoduje, że dane te będą miały status wprowadzony. Przed ich zatwierdzeniem NALEŻY uzupełnić informację o miejscach udzielania świadczeń udostępnionych w ramach umowy. Zatwierdzenie umowy/promesy współpracy przed udostępnieniem miejsc będzie zablokowane.

8.6.3 Udostępnienie miejsc w ramach umowy / promesy współpracy oraz zatwierdzanie

W kolejnym kroku uzupełniania informacji o umowie / promesie współpracy należy dodać miejsca, w których będą wykonywane świadczenia bądź usługi. Aby to zrobić należy:

1. Z listy mów/promes współpracy wybrać opcję **Miejsca**.
2. Wybrać opcję .

Miejsca udostępnione w ramach współpracy

Nazwa Zawiera Szukaj

Specjalność komórki organizacyjnej:

Aktywność:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nazwa	Adres	Komórka organizacyjna	Data rozp. działalności Data zakoń. działalności	Aktywność	Operacje
1.	AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	60-988 POZNAŃ	Kod: 543 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE Specjalność: 3014 AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	P: 2001-01-01 K: -	aktywne	podgląd usuń zasoby personel

Rys. 8.89 Miejsca udostępnione w ramach współpracy

3. Przy pomocy słownika wybrać miejsce, które ma zostać udostępnione w ramach umowy.

(1) Dodawanie miejsca udzielania świadczeń

Miejsce udzielania świadczeń:

Rys. 8.90 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń

4. Wybrać opcję

Opcja **Zasoby** umożliwia sprawdzenie zasobów jakie zostały udostępnione w ramach umowy/promesy. W poszczególnych zakładkach dostępne są następujące informacje:

- **Dostępne w miejscu** – zasoby jakie znajdują się w danym miejscu udostępnionym w ramach współpracy
- **Dostępne w lokalizacji** – zasoby, jakie znajdują się we wszystkich miejscach wykonywania świadczeń, powiązanych z lokalizacją, do której przypisane jest dane miejsce udostępnienia
- **Dostępne poza lokalizacją**

Dostępne zasoby

Nazwa Zawiera

Kategoria: -- wszystkie -- Aktywność: aktywny

Nazwa zasobu:

Zasób dostępny w dniu: 2012-06-14

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod Nazwa	Producent/Model/ Nazwa pom./ Rok prod./Nr seryjny	Liczba egz.	Nazwa miejsca Data dost. od Data dost. do	Dostępność dla innych	Aktywność	Operacje
1.	Kod: 0010002 Nazwa: AMPLIFON	Producent: PRODUCENT SPRZETU ABC Model: ZX/1200 Rok prod.: 2001 Nr ser.: ZX/2001/2	1	NM: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1 OD: 2012-03-13 DO: -	całodobowo	aktywna	podgląd
2.	Kod: 0010004 Nazwa: ANGIOGRAF	Producent: SIEM Model: D2 Rok prod.: 2012 Nr ser.: KAJDSDA	1	NM: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1 OD: 2012-03-12 DO: -	w godz pracy kom org	aktywna	podgląd

Rys. 8.91 Dostępne zasoby w miejscu

Opcja **Personel** umożliwia sprawdzenie personelu jaki został udostępniony w ramach umowy/promesy.

Jeżeli wszystkie miejsca udostępnione w ramach współpracy zostały udostępnione konieczne jest zatwierdzenie umowy / promesy współpracy.

Uwaga!

W przypadku, gdy w zatwierdzonej umowie współpracy zaobserwowano wystąpienie błędu, umowa (promesa) musi zostać dezaktywowana przez podwykonawcę, a w jej miejsce konieczne jest wprowadzenie nowej umowy (promesy) współpracy.

WSZYSTKIE INFORMACJE O UMOWIE / PROMESIE WSPÓŁPRACY MUSZĄ BYĆ WPROWADZONE I ZATWIERDZONE PRZEZ STRONĘ UDOSTĘPNIAJĄCĄ ZASOBY PRZED POBRANIEM PRZEZ STRONĘ KORZYSTAJĄCĄ Z ZASOBÓW PLIKU WERSJI POTWNCJAŁU ŚWIADCZENIODAWCY.

8.6.4 Okresy zawieszenia miejsca udzielania świadczeń w umowie / promesie współpracy

Strona korzystająca z zasobów może definiować okresy zawieszenia zakresów w miejscu udzielania świadczeń. Aby to zrobić należy:

1. Przejść do listy umów / promes współpracy.
2. Wybrać opcję **miejsca** dla umowy, której świadczeniodawca jest stroną korzystającą z zasobów.
3. Wybrać opcję **Wnioski o zaw. dział. miej.**, która umożliwia zarządzanie wnioskami o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń.
4. Skorzystać z opcji **Dodaj wniosek o zawieszenie zakresu w miejscu udzielania świadczeń.**

5. Proces obsługi wniosków o zawieszenie został opisany w części [Wnioski o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń](#)

Rys. 8.92 Dostępne zasoby w miejscu

8.6.5 Kopiowanie umowy współpracy

Opcja **Kopuj** dostępna w kolumnie *Operacji* umożliwia operatorowi systemu kopiowanie wybranej umowy. Podczas kopiowania wszystkie dane z istniejącej umowy zostaną przeniesione do nowej pozycji. Operator systemu może poprawić wszystkie kopiowane pozycje przy pomocy opcji **Edytuj** lub **Miejsca** (edycja miejsc udostępnionych w ramach współpracy). Wszystkie skopiowane umowy otrzymują status umów wprowadzonych.

8.6.6 Rozwiązanie umowy

Od maja 2018 umowę / promesę współpracy może rozwiązać zarówno strona udostępniająca zasoby jak i strona korzystająca z zasobów.

Aby rozwiązać umowę należy:

1. Dla wybranej pozycji wybrać opcję **rozwiąż**.
2. W pierwszej kolejności należy zweryfikować czy istnieją jakieś miejsca udzielania świadczeń i/lub zasoby w umowach na świadczenia, które korzystają tylko z tej umowy współpracy i funkcjonują po dniu rozwiązania umowy. Aby to zrobić należy wprowadzić *Datę rozwiązania umowy* (możliwa do wskazania data późniejsza niż bieżąca), a następnie wybrać opcję **Sprawdź**.

Rys. 8.93 Rozwiązanie umowy / promesy współpracy

3. Jeżeli sprawdzenie da wynik negatywny, system pozwoli rozwiązać umowę:

Miejsca oraz zasoby nie są wykorzystane w umowach Świadczeniodawcy z NFZ. Kliknij [Zatwierdź] aby rozwiązać umowę / promesę współpracy.

4. Natomiast, jeżeli sprawdzenie da wyniki pozytywny to zostanie automatycznie utworzy wniosek o zgodę na rozwiązanie umowy współpracy.

Nie można rozwiązać Umowy / promesy współpracy, ponieważ miejsca lub zasoby są wykorzystane w umowach Świadczeniodawcy z NFZ. Klikając [Zatwierdź] zostanie złożony wniosek o rozwiązanie umowy / promesy współpracy.

5. Po wybraniu opcji **Zatwierdź** zostanie utworzony wniosek. Aby się z nim zapoznać należy z głównego menu wybrać *Potencjał -> Umowy / promesy współpracy -> Wnioski o rozwiązanie*.
6. Operator ma możliwość **anulowania** wniosku, zanim zostanie on rozpatrzony przez OW NFZ.
7. Wniosek jest akceptowany po stronie OW NFZ. Akceptacja wniosku spowoduje rozwiązanie umowy z datą podaną przez świadczeniodawcę.
8. Po rozpatrzeniu wniosku świadczeniodawca korzystający z zasobów oraz udostępniający zasoby otrzyma komunikat.

8.7 Harmonogramy wzorcowe

Za pomocą funkcji dostępnych w menu **Harmonogramy wzorcowe**, można wprowadzać harmonogramy czasu pracy, które mogą być wykorzystywane, jako harmonogramy pracy dla komórek organizacyjnych oraz miejsc pracy osób personelu.

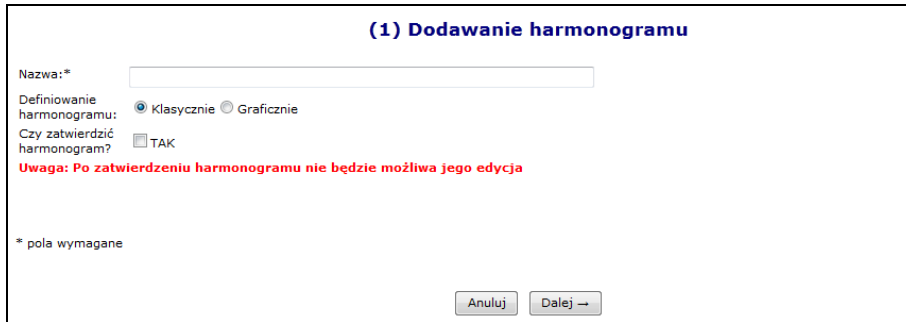
Harmonogramy wzorcowe						
						Dodawanie harmonogramu
Nazwa ▾ Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy		
Typ: -- dowolny --		Status: -- dowolny --		Aktywność: aktywny		
<<<		Bieżący zakres pozycji: 1 - 20			>>>	
Lp.	Nazwa ▾	Typ	Status Data zatwierdzenia	Aktywność	Operacje	
1.	ALERGOLOGIA	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-07-14	aktywny	pozycie kopiuj	
2.	ALERGOLOGIA - PROFIL	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-07-14	aktywny	pozycie kopiuj	
3.	ALERGOLOGIA V	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2012-06-13	aktywny	pozycie kopiuj	
4.	HARM ALERGOLOGIA	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-01-26	aktywny	pozycie kopiuj	
5.	HARM KARDIOLOGIA	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-01-29	aktywny	pozycie kopiuj	

Rys. 8.94 Harmonogramy wzorcowe

Aby wprowadzić nowy harmonogram do systemu należy wybrać opcję Dodawanie harmonogramu, a następnie przejść przez kilka etapów:

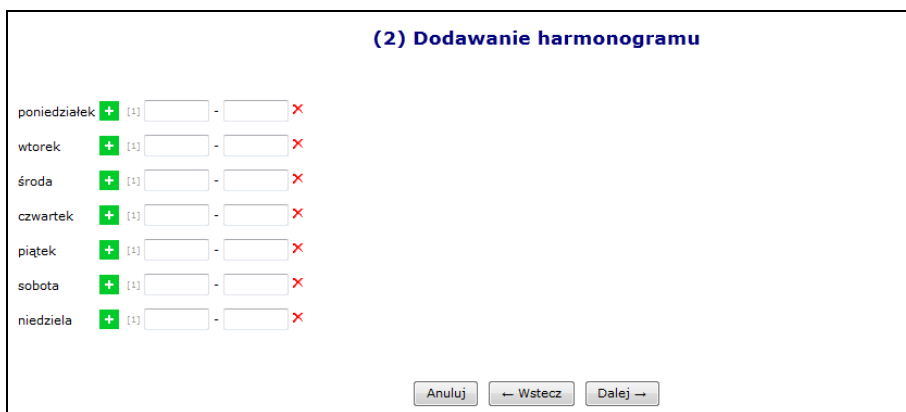
- I. Pierwszym etapem jest wprowadzenie:
 - **Nazwy harmonogramu**
 - **Rodzaju definiowanego harmonogramu**
 - **Klasycznie**
 - **Graficznie**

Operator systemowy może także zdecydować czy harmonogram ma zostać automatycznie zatwierdzony po wprowadzeniu go do systemu – zaznaczenie opcji **TAK**. Po jej zaznaczeniu oraz zakończeniu dodawania harmonogramu, nie będzie możliwości jego edycji.



Rys. 8.95 Dodawanie harmonogramu

- II. Podczas klasycznego dodawania harmonogramu, system wymaga wprowadzenia poszczególnych pozycji harmonogramu przy pomocy klawiatury:



Rys. 8.96 Klasyczne dodawanie harmonogramu - Pozycje

Natomiast wybierając opcję harmonogramu graficznego, będzie można wprowadzić szczegóły przy pomocy myszki, zaznaczając na siatce godzinowej odpowiedni zakres czasowy. Dodawanie harmonogramu graficznego jest takie samo jak w przypadku graficznego harmonogramu komórki.

- III. Ostatnim etapem wprowadzania harmonogramu wzorcowego jest zatwierdzenie *Podsumowania*, którego wygląd będzie uzależniony od rodzaju wprowadzanego harmonogramu.

Dla harmonogramów automatycznie zatwierdzonych podczas wprowadzania do systemu w kolumnie *Operacje* dostępna jest tylko opcja **Pozycje** (podgląd pozycji) oraz **Kopiuj** (kopiowanie do statusu wprowadzonego).

Natomiast dla harmonogramów o statusie wprowadzony dostępne są opcje:

- **Edytuj**
- **Zatwierdź** – zatwierdzenie wybranego harmonogramu. Po zatwierdzeniu nie można edytować harmonogramu.
- **Dezaktywuj**
- **Pozycje**
- **Kopiuj** – kopiowanie już istniejącego harmonogramu do pozycji o nowej nazwie. Opcja ta może zostać wykorzystana w chwili, gdy należy dodać jakiś harmonogram różniący się tylko jedną pozycją. Dzięki temu nie trzeba będzie dodawać wszystkiego od początku, tylko skopiować już istniejący harmonogram z nową nazwą i zmienić wybrany zakres godzinowy.

Po wprowadzeniu wszystkich pozycji do harmonogramu należy zatwierdzić harmonogram w celu udostępnienia go w innych częściach systemu. Konsekwencją zmiany statusu z wprowadzonego na zatwierdzony, będzie przejście w **tryb tylko do odczytu**. Oznacza to, że od tego momentu nie będzie można wprowadzać zmian w pozycjach harmonogramu. Oprócz harmonogramów dodanych przez samego świadczeniodawcę, są również dostępne harmonogramy predefiniowane, których nie można zmieniać.

8.8 Wersja profilu świadczeniodawcy

Uwaga!!!

Czynności związane z wygenerowaniem wersji profilu świadczeniodawcy wykonuje się po uzupełnieniu i sprawdzeniu wszystkich danych dotyczących struktury potencjału.

Wprowadzone informacje, generowane są do odpowiednio przygotowanego pliku, który zgodnie z obiegiem dokumentów importowany jest do aplikacji ofertowej (NFZ-KO).

Po wygenerowaniu pliku, informacje o potencjale świadczeniodawcy nie powinny być modyfikowane! Wprowadzone zmiany należy umieścić w kolejnej generacji pliku profilu świadczeniodawcy, który od tego momentu jest obowiązującym plikiem danych, wykorzystywanym w postępowaniach o zawarcie umów na udzielanie świadczeń.

8.8.1 Weryfikacja poprawności danych profilu na dzień

Przed generacją nowego profilu, należy sprawdzić poprawności danych na dzień, na który pobierana będzie wersja profilu świadczeniodawcy. Aby to zrobić należy wybrać , przy pomocy kalendarza podać dzień, na który ma zostać wykonane sprawdzenie, a następnie wybrać .

System automatycznie sprawdzi następujące rzeczy (w zależności od rodzaju świadczeniodawcy):

- a) Czy wszystkie osoby personelu mają przynajmniej jedno miejsce zatrudnienia
- b) Czy wszystkie osoby personelu mają dane zgodne z CWPM
- c) Czy wszystkie osoby personelu posiadają przekodowane zawody / specjalności
- d) Czy dla wszystkich podwykonawców istnieje przynajmniej jedno aktywne przedsiębiorstwo
- e) Czy wszystkie komórki posiadają profile działalności
- f) Czy dla wszystkich jednostek została uzupełniona / potwierdzona poprawność ich opisu z aktualnym rozporządzeniem MZ
- g) Czy dla wszystkich komórek została uzupełniona / potwierdzona poprawność ich opisu z aktualnym rozporządzeniem MZ
- h) Czy dla wszystkich miejsc udzielania świadczeń powiązanych z komórkami o kodach 1330, 6100, 6101, 6200, 6300, 6500, 6501, 6600, 6700 zdefiniowano harmonogram udzielania zabiegów. Jest on wymagany w programie konkursowym NFZ-KO, dla ofert na leczenie uzdrowiskowe od roku 2016.
- i) Czy wszystkie procedury / zabiegi medyczne mają wykazane wybieralne okresy dostępności

Jeżeli powyższe założenia nie są spełnione, system zgłosi błąd. Opcja **Rozwiń** umożliwia zapoznanie się z problematycznymi pozycjami.

Jeżeli operator systemowy chce wyeliminować zgłoszony problem, musi wybrać opcję , a następnie postąpić zgodnie z komunikatem systemowym.

(1) Generowanie wersji dla aplikacji ofertowej NFZ-KO

Data generacji profilu na dzień: *

Przed generacją rozważ:

- sprawdzenie poprawności danych
- wygenerowanie profilu na pierwszy dzień obowiązywania umowy.

Stwierdzono występowanie następujących problemów, które nie blokują możliwości generacji nowej wersji potencjału:
 - dla następujących osób personelu brak jest przynajmniej jednego miejsca zatrudnienia:

[rozwiń](#) **Osoby personelu**

- następujące osoby personelu mają dane niezgodne z CWPM:

[rozwiń](#) **Osoby personelu**

- w następujących miejscach udzielania świadczeń brak jest profilu działalności:

[rozwiń](#) **Miejsca udzielania świadczeń**

- dla następujących jednostek nie można złożyć oferty począwszy od roku 2015 z uwagi na fakt nie uzupełnienia / potwierdzenia poprawności ich opisu z aktualnym rozporządzeniem MZ:

[rozwiń](#) **Jednostki organizacyjne**

[rozwiń](#) **Jednostki organizacyjne podwykonawców**

- dla następujących komórek nie można złożyć oferty począwszy od roku 2015 z uwagi na fakt nie uzupełnienia / potwierdzenia poprawności ich opisu z aktualnym rozporządzeniem MZ:

[rozwiń](#) **Komórki organizacyjne**

[rozwiń](#) **Komórki organizacyjne podwykonawców**

- wykryto procedury/zabiegi medyczne dla których wykazane zostały niewybialne okresy dostępności:

[rozwiń](#) **Procedury/zabiegi medyczne**

- do następujących jednostek nie zostało przypisane przedsiębiorstwo:

[rozwiń](#) **Jednostki organizacyjne**

- dla następujących miejsc udzielania świadczeń nie zdefiniowano harmonogramu udzielania zabiegów. Będzie on wymagany w programie NFZ-KO podczas tworzenia oferty od roku 2016 w rodzaju świadczeń lecznictwo uzdrowiskowe:

[rozwiń](#) **Miejsca udzielania świadczeń**

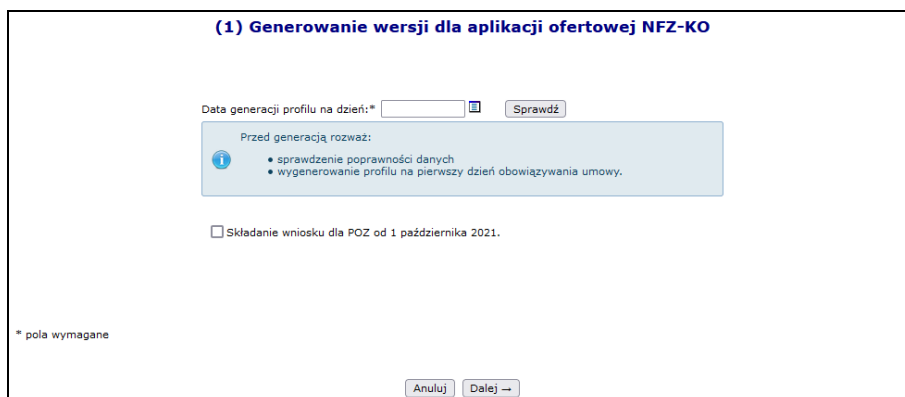
* pola wymagane

Rys. 8.97 Generacja wersji dla aplikacji ofertowej NFZ-KO

8.8.2 Dodanie nowej wersji profilu

Aby wygenerować oraz pobrać nową wersję profilu, należy:

1. Przejść na listę wersji profilu wybierając z głównego menu *Potencjał -> Wersja profilu świadczeniodawcy*, a następnie wybrać opcję .
2. Przed wygenerowaniem profilu operator może zweryfikować poprawność danych na zadany dzień. Aby to zrobić należy przy pomocy kalendarza wybrać dzień, na który pobrana będzie wersja, a następnie opcję . Opcja **Składanie wniosku dla POZ od 1 października 2021** umożliwia wygenerowanie profilu świadczeniodawcy do aplikacji ofertowej wg stanu na 1 października 2021 dla umów 0113 z zakresem „koordynacja opieki – zadania koordynatora”.



Rys. 8.98 Weryfikacja poprawności danych na dzień

3. Po wybraniu opcji **Dalej ->** rozpocznie się automatyczna generacja profilu.



Rys. 8.99 Generowanie wersji dla aplikacji ofertowej NFZ-KO

4. Po zakończeniu powyższego procesu na głównej liście profili pojawi się nowa pozycja. Aby ją pobrać należy skorzystać z opcji **Pobierz plik**.

Nowo wygenerowaną oraz pobraną wersję profilu należy zaimportować do aplikacji konkursowej NFZ-KO.

Lp.	Data utworzenia	Wersja	Wersja formatu	Zakres danych	Wygenerował	Operacje
1.	2021-10-21 06:42:38	1441	25	Od: 2021-10-21 Do: -	Login: [redacted] Imię: JAN Nazwisko: [redacted]	pobierz plik historia
2.	2021-10-01 10:45:40	1440	25	Od: 2021-10-01 Do: -	Login: [redacted] Imię: JAN Nazwisko: [redacted]	pobierz plik historia

Rys. 8.100 Wersje profilu świadczeniodawcy

W kolumnie wygenerował mogą się pojawić następujące wpisy:

- a) Operator – plik wygenerowany przez operatora systemu
- b) System – plik wygenerowany automatycznie przez system w przypadku:
 - Dodawania nowego zgłoszenia zmian do umowy
 - Aktualizacji zgłoszenia zmian do umowy

8.9 Przekazanie potencjału - Cesje

Pod pojęciem cesji rozumie się przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcy będącego cedentem na cesjonariusza. Umożliwia to kontynuację realizowania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy podmiot będący stroną umowy z Funduszem zmienia swój status prawny i ulega przekształceniu w inny podmiot lub też jest przejmowany przez

inny podmiot. Celem dokumentu przekazania potencjału jest formalne wskazanie przez cedenta, jaki potencjał ma zostać przekazany cesjonariuszowi.

Cedentem (*świadczeniodawca udostępniający potencjał*) można nazwać świadczeniodawcę, który dotychczasowo posiadał podpisaną umowę z NFZ i chce ją przenieść na cesjonariusza. Świadczeniodawca będący cedentem może przekazać cesjonariuszowi następujące elementy opisujące potencjał:

- **Harmonogramy komórki organizacyjnej**
- **Profile medyczne komórki organizacyjnej**
- **Harmonogram profili medycznych komórek organizacyjnych**
- **Zatrudniony personel medyczny**
- **Miejsca pracy personelu medycznego**
- **Zasoby**
- **Miejsca stacjonowania zasobów**
- **Personel RTM**
- **Dyspozytorzy medyczni**

Natomiast **Cesjonariusz** (*świadczeniodawca przyjmujący elementy opisujące potencjał*) to świadczeniodawca ubiegający się o przeniesienie na siebie praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

System SZOI umożliwia wprowadzenie następujących dokumentów przekazania potencjału:

- **Cesja generalna** (całkowita) – przeniesienie całości praw i obowiązków, jakie aktualnie znajdują się w systemie oraz są aktywne w dniu tworzenia dokumentu przekazania potencjału.
- **Cesja syngularna** (częściowa) – przeniesienie części praw i obowiązków – cedent może wybrać miejsca wykonywania świadczeń, z którego potencjał ma zostać przepisany do przekazania potencjału.

8.9.1 Dodanie cesji przez cedenta

Wszystkie informacje związane z przekazywaniem potencjału w ramach cesji można przeglądać w menu *Potencjał > Przekazanie potencjału*.

Lista dokumentów przekazania potencjału										
Rejestracja dokumentu										
Nr dokumentu <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> Szukaj Zlicz rekordy										
Strona: -- wszystkie -- Rodzaj: -- wszystkie --										
Cedent: wybierz Cesjonariusz: wybierz										
Status: -- wszystkie -- Data operacji: -- wszystkie --										
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20										
Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2010-07-07-00125	Cesjonariusz	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL AKADEMII	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	generalna	2010-07-07	-	-	anulowany	podgląd
2.	PK-2011-07-26-00241	Cesjonariusz	Kod: 150005130 Nazwa:	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	syngularna	2011-07-26	2011-07-26	2011-07-26	zamknięty	podgląd
3.	PK-2012-03-29-00267	Cesjonariusz	Kod: 150005130 Nazwa:	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	syngularna	2012-03-29	2012-03-29	-	potwierdzenie przejęcia	podgląd potwierdź uzupełnienie struktury anuluj

8.101 Lista dokumentów przekazania potencjału

Podczas dodawania cesji należy:

1. Wybrać opcję [Rejestracja dokumentu](#). **Świadczeniodawca przekazujący potencjał w ramach cesji musi uzyskać zgodę swojego OW NFZ na ten proces. Jeśli taka zgoda nie zostanie wydana, powyższa opcja nie będzie dostępna.**
2. Uzpełnić dane podstawowe przy pomocy słowników, a następnie wybrać opcję [Dalej →](#):

- Cesjonariusza
- Rodzaj cesji
 - generalna - automatyczne wskazanie potencjału podpiętego pod **wszystkie aktywne miejsca** wykonywania świadczeń, jakie aktualnie znajdują się w systemie
 - singularna – ręczne wskazanie potencjału jaki ma zostać przekazany w cesji

Rys. 8.102 Dodawanie dokumentu przekazania - Cesja generalna - Dane podstawowe

3. W przypadku wyboru cesji singularnej przy pomocy opcji **Dodaj** należy podać miejsca z jakich ma zostać skopiowany potencjał do dokumentu przekazania. **Potencjał zawarty w miejscu może być tylko raz przekazany przy pomocy dokumentu cesji, chyba że dokument przekazania został anulowany lub cesjonariusz odmówił przejęcia zasobów miejsca.** W przeciwnym wypadku system zgłosi błąd *Miejsce udzielania świadczeń:** – *Potencjał miejsca został już przekazany*. Zaznaczenie odpowiedniego okienka haczykiem umożliwi przeniesienie:

- Personelu RTM
- Dyspozytorów medycznych
- Koordynatorów
- Personelu CZP

Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie błędnie wybranego miejsca. Po uzupełnieniu wszystkich miejsc należy wybrać opcję **Dalej**.

Lp.	Kod Nazwa Specjalność	Adres	Jednostka/komórka org.	Data rozpoczęcia działalności	Data zakończenia działalności	Operacje
1	Kod: 13412 Nazwa: MIEJSCE I Specjalność: 3014 AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	62-000 POZNAŃ 1 MAJA 12	Kod kom.: 1010 Nazwa kom.: KOMÓRKA ORGANIZACYJNA I Specjalność: 3014 AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	2012-01-01	-	usuń

Rys. 8.103 Lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania

4. W ostatnim etapie *Podsumowania*, należy wybrać opcję **Zatwierdź**.

Poszczególne statusy dokumentu cesji:

1. **Do przygotowania** – taki status otrzymuje nowo dodana pozycja, która oczekuje w kolejce na automatyczne przetworzenie przez system.

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz ▼	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2013-10-09-00278	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY	Kod: 150005240 Nazwa:	syngularna	2013-10-09	-	-	do przygotowania	podgląd

II. **W przygotowaniu** – pozycja automatycznie przetwarzana przez system. Na dokumencie o takim statusie nie można wykonywać żadnych operacji.

- III. **Propozycja przekazania** – status nadawany po zakończeniu przetwarzania. Dostępne opcje:
- Podgląd**
 - Edytuj** – dodanie/zmiana miejsca zawierającego potencjał
 - Przełącz** – przesłanie dokumentu do cesjonariusza. **Uwaga: Operacja nieodwracalna. Po przekazaniu dokumentu do cesjonariusza nie będzie możliwa jego edycja.**
 - Anuluj**
 - Aktualizuj** – podpięcie nowo wprowadzonego potencjału do miejsca podpiętego pod dokument. Pozycja o powyższym statusie jest już widoczna przez cesjonariusza tylko do podglądu.

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz ▼	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2013-10-09-00277	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY	Kod: 150003010 Nazwa: " NIEPUBLICZNY	syngularna	2013-10-09	-	-	propozycja przekazania	podgląd edytuj przełącz anuluj aktualizuj

IV. **Do aktualizacji** – status nadawany podczas aktualizacji pozycji. Jeżeli podczas tego procesu w systemie oddziaływowym wystąpi jakiś błąd, pozycja zostanie podświetlona na czerwono.

- Podgląd**
- Pokaż błędy**, jakie wystąpiły podczas przetwarzania
- Uruchom ponownie** proces przetwarzania
- Anuluj**

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz ▼	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2011-08-05-00260	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY	Kod: 150005239 Nazwa: <	syngularna	2011-08-05	-	-	do aktualizacji	podgląd

V. **W trakcie aktualizacji** – pozycja jest aktualnie przetwarzana przez system.

VI. **Potwierdzenie przejęcia** – cesjonariusz potwierdził przejęcie potencjału przekazanego w dokumencie

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz ▼	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2013-10-09-00276	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY	Kod: 150000096 Nazwa: APTEKA"POD	syngularna	2013-10-09	2013-10-09	-	potwierdzenie przejęcia	podgląd

VII. Dokument o statusie **Anulowany** można tylko podglądać

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz ▼	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2010-10-15-00131	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY	Kod: 30000666 Nazwa:	syngularna	2010-10-15	-	-	anulowany	podgląd

Przy pomocy opcji **Aktualizuj** można automatycznie zaktualizować wybrany dokument przekazania pod względem zawartego w nim potencjału. Wszystkie miejsca udzielania świadczeń wskazane w dokumencie oraz zasoby z tych miejsc, które zostały usunięte w potencjale, zostaną usunięte również z dokumentu przekazania. W przypadku

dokumentu przekazania potencjału odnoszącego się do cesji generalnej, *Lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania* zostanie uzupełniona o miejsca aktywne w potencjale, które nie zostały wcześniej wskazane do przekazania:

(1) Aktualizowanie dokumentu przekazania potencjału

Uwaga: nastąpi aktualizacja dokumentu przekazania potencjału na podstawie aktualnych danych w potencjale świadczeniodawcy. Wszystkie miejsca udzielania świadczeń wskazane w dokumencie oraz zasoby z tych miejsc, które zostały usunięte w potencjale, zostaną usunięte z dokumentu. W przypadku cesji generalnej, lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania zostanie uzupełniona o aktywne w potencjale miejsca, które nie zostały wcześniej wskazane do przekazania.

Rys. 8.104 Aktualizacja dokumentu

Po zakończeniu obsługi dokumentu przez świadczeniodawcę przekazującego (cedenta), jest on udostępniany świadczeniodawcy przejmującemu przy pomocy opcji **Przełącz**. Otrzymuje on status „**Potwierdzenie przejęcia**”. Pozycję o takim statusie można tylko przeglądać, a wszystkie operacje dokonywane są już przez cesjonariusza.

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2013-10-09-00276	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY	Kod: 150000096 Nazwa: APTEKA	syngularna	2013-10-09	2013-10-09	-	potwierdzenie przejęcia	podgląd

Rys. 8.105 Potwierdzenia przejęcia

8.9.2 Cesjonariusz

UWAGA!

Aby przenieść zasoby do jakiegoś miejsca, **CESJONARIUSZ** musi wprowadzić następujące elementy struktury potencjału:

- Jednostkę organizacyjną
- Komórkę organizacyjną
- Lokalizację
- Miejsce udzielania świadczeń

Nie należy wprowadzać:

- Harmonogramów komórki
- Profili medycznych
- Harmonogramów profili medycznych
- Zasobów w miejscu udzielania świadczeń

Jeśli jakies z tych elementów były wcześniej wprowadzone, **NALEŻY JE DEZAKTYWOWAĆ**

Przyjęcie dokumentu przekazania potencjału przez cesjonariusza przebiega następująco:

1. Potwierdzenie przyjęcie potencjału przy pomocy opcji **Potwierdź**, która dostępna jest dla pozycji o statusie **Potwierdzenie przyjęcia**.
2. Uzupełnienie **Daty przekształcenia**, a następnie wybranie opcji .

(1) Potwierdzenie przejęcia potencjału

Data przekształcenia: *

* pole wymagane

Rys. 8.106 Potwierdzenie przejęcia potencjału – Data przekształcenia

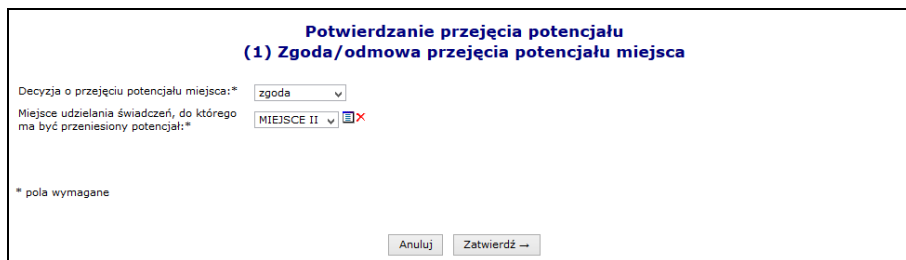
3. Wydanie decyzji w sprawie każdego miejsca udzielania świadczeń do przyjęcia, przy pomocy opcji **Decyzja**. W przypadku cesji generalnej na liście widoczne będą wszystkie aktywne miejsca wykonywania świadczeń,

jakie cedent posiadał w chwili przekazywania potencjału. Natomiast cesja syngularna będzie zawierać tylko te miejsca, które zostały ręcznie wybrane przez cedenta.

W przypadku personelu RTM, CZP, dyspozytorów oraz koordynatorów w górnej części okna należy wyrazić zgodę lub też odmówić przyjęcie potencjału.

4. Po wybraniu opcji **Decyzja** świadczeniodawca musi:
 - a. Wydać decyzję o przyjęciu potencjału miejsca (zgoda/odmowa)
 - i. Wyrażenie **zgody** oznacza, że do potencjału cesjonariusza zostanie skopiowany potencjał z miejsca, dla którego podejmowana jest decyzja.
 - ii. **Odmowa** jest równoznaczna z odmową przejęcia zasobów powiązanych z danym miejscem
 - b. Wskazać miejsce, do którego ma być przepisany potencjał (miejsce może być tylko raz wskazane do przyjęcia a także nie może posiadać własnego potencjału)

Do momentu wywołania 'uzupełnienia struktury', operator może zmieniać zarówno datę przekształcenia oraz wybraną decyzję dla miejsc.



Rys. 8.107 Potwierdzenie przejęcia potencjału – Zgoda/odmowa

Po wyborze opcji **Zatwierdź →**, w kolumnie *Decyzja* pojawi się informacja o wyborze świadczeniodawcy.

5. Po wydaniu decyzji dla przynajmniej jednego miejsca można wybrać opcję **Dalej →**, a następnie zatwierdzić podsumowanie.

Nie ma możliwości kopiowania zasobów do miejsca cesjonariusza, które już funkcjonuje (ma określony harmonogram pracy, zdefiniowane profile działalności oraz zasoby).

Zgodnie z aktualnymi założeniami, podczas przeprowadzania procesu przekazywania potencjału cesjonariusz powinien „przyjmować potencjał” do nowo utworzonych komórek, tj. komórek niepowiązanych z innymi elementami potencjału (profile komórki, harmonogramy komórki, okresy dostępności sprzętu, miejsca pracy osób personelu). Jednak zdarzają się sytuacje, w których cesjonariusz działa wbrew przyjętym założeniom, czego efektem jest komunikat informujący iż w docelowej komórce znajduje się już potencjał niewynikający z dokumentu przekazania potencjału.

Dla dokumentów przekazania potencjału posiadających status *W trakcie wykonywania przekształcenia*, *Potwierdzenie przejęcia* oraz *Do uzupełnienia struktury* została dodana opcje **Sprawdź potencjał**.

Elementy potencjału uniemożliwiające dokończenie procesu			
Stwierdzono występowanie następujących istniejących/aktywnych elementów potencjału, które blokują prawidłowe zakończenie procesu.			
zwiń Harmonogramy komórki organizacyjnej			
Komórka organizacyjna	Harmonogram		Okres obowiązywania
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1508	Nazwa: - Typ: indywidualny Kod tech.: 1517		Od: 2014-01-01 Do: -
zwiń Profile komórki organizacyjnej			
Komórka organizacyjna	Profil		Okres działalności
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1508	Funkcja ochrony zdrowia: Kod: HC.4.2.6. Nazwa: ANGIOGRAFIA Dziedzina medyczna: Kod: 36 Nazwa: ALERGOLOGIA Kod tech.: 1518		Od: 2014-01-01 Do: -
zwiń Harmonogramy profilu komórki organizacyjnej			
Komórka organizacyjna	Profil	Harmonogram	Okres obowiązywania
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1508	Funkcja ochrony zdrowia: Kod: HC.4.2.6. Nazwa: ANGIOGRAFIA Dziedzina medyczna: Kod: 36 Nazwa: ALERGOLOGIA Kod tech.: 1518	Nazwa: HARMONOGRAM ZGODNY Z HARMONOGRAMEM KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ Typ: - Kod tech.: 1522	Od: 2014-01-01 Do: -
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1508	Funkcja ochrony zdrowia: Kod: HC.3.3. Nazwa: DŁUGOTERMINOWA OPIEKA PIELĘGNACYJNA ŚWIADCZONA W DOMU PACJENTA Dziedzina medyczna: Kod: 91 Nazwa: PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI Kod tech.: 1517	Nazwa: - Typ: indywidualny Kod tech.: 1522	Od: 2014-01-01 Do: -
zwiń Miejsca pracy personelu			
Miejsce udzielania świadczeń	Personel		Praca
Kod: 14537 Nazwa: MIEJ_1	PESEL: 0000000000 Imię: IMIE87 Nazwisko: NAZWISKO02		Od: 2014-01-01 Do: - Kod tech.: 1457
zwiń Okresy dostępności zasobów			
Miejsce udzielania świadczeń	Zasób		Dostępność
Kod: 14537 Nazwa: MIEJ_1	Kod: 0011049 Nazwa: ABLATOR Producent: PROD Model: MODEL Kod tech.: 1522		Od: 2014-01-01 Do: - Kod tech.: 1528

Rys. 8.108 Elementy uniemożliwiające dokończenie procesu cesji potencjału

Obecność potencjału jest sprawdzana jedynie w komórkach organizacyjnych, dla których cesjonariusz wskazał miejsce udzielania świadczeń podczas podejmowania pozytywnej decyzji o przyjęciu potencjału do swojej struktury. W przypadku braku takich miejsc udzielania świadczeń, wyświetlony zostanie odpowiedni komunikat. Po wybraniu opcji **Sprawdź potencjał** zostanie wyświetlona lista elementów potencjału, które stoją na przeszkodzie dokończenia procesu. W przypadku braku takich elementów, zostanie zaprezentowany odpowiedni komunikat.

Lista problematycznych elementów potencjału będzie zawierać następujące elementy:

- harmonogramy komórki
- profile komórki
- harmonogramy profilu komórki
- miejsca pracy personelu
- okresy dostępności zasobów

Jeżeli decyzja została podjęta dla przynajmniej jednego miejsca wykonywania świadczeń znajdującego się w wybranej cesji, można przejść do **Uzupełniania struktury**, przy pomocy opcji o tej samej nazwie.

W przypadku, gdy okresy obowiązywania któregoś z elementów wykracza poza okres działalności komórki cesjonariusza, wówczas daty ich obowiązywania zostaną automatycznie skrócone lub w przypadku, gdy zakresy

dat nie posiadają w ogóle części wspólnej, elementy te nie zostają skopiowane.

Proces kopiowania zasobów z potencjału przekazanego przez cedenta do zasobów cesjonariusza odbywa się w następujący sposób:

1. Personel medyczny:

- jeśli osoba o danym nr PESEL jest już zatrudniona u cesjonariusza – sprawdzane jest czy okres zatrudnienia u cedenta zawiera się w okresie zatrudnienia osoby personelu u cesjonariusza. Jeśli okres zatrudnienia się nie zawiera, wówczas pozycja zostaje pominięta. W przypadku, gdy okres zatrudnienia zawiera się wówczas następuje przejście do weryfikacji kolejnej pozycji.
- jeśli osoba o danym nr PESEL nie jest zatrudniona u cesjonariusza – w przypadku, gdy okres zatrudnienia u cedenta rozpoczyna się po wskazanej dacie przeniesienia – u cesjonariusza zostaje utworzone nowe zatrudnienie z datą początku taką jak u cedenta; w przypadku, gdy okres zatrudnienia osoby personelu u cedenta rozpoczął się przed wskazaną datą przeniesienia, wówczas u cesjonariusza utworzone zostanie nowe zatrudnienie z datą początku równą dacie przeniesienia, a data końca zatrudnienia pozostanie taka sama jak data końca zatrudnienia u cedenta.
- bez względu na to czy zatrudnienie osoby personelu zostało skopiowane czy nie, zatrudnienie w słowniku osób personelu cedenta nie zostaje zakończone/usunięte.

2. Zasoby:

- w przypadku zasobów, dla których wymagane jest podanie numeru seryjnego, sprawdzane jest czy zasób o danej nazwie i numerze seryjnym znajduje się już w posiadaniu świadczeniodawcy przejmującego – jeśli tak, wówczas sprawdzane jest czy okres posiadania zdefiniowany u cedenta zawiera się w okresie posiadania zdefiniowanym u cesjonariusza. W przypadku, gdy okres posiadania się nie zawiera wówczas następuje pominięcie pozycji. W przypadku, gdy okres posiadania zawiera się w okresie posiadania zdefiniowanym u cesjonariusza wówczas następuje przejście do weryfikacji kolejnej pozycji.
- dla zasobów o danym numerze seryjnym, który nie znajduje się w posiadaniu cesjonariusza, sprawdzane jest, czy okres posiadania u cedenta rozpoczyna się po określonej dacie przekształcenia. Jeśli tak, u cesjonariusza dodany zostaje okres posiadania z datą początku i końca okresu posiadania takim samym jak u cedenta. Jeśli nie, następuje utworzenie okresu posiadania z datą początku równą dacie przeniesienia oraz datą końca okresu posiadania taką, jaka została zdefiniowana u cedenta.
- w przypadku zasobów, dla których numer seryjny nie jest wprowadzany – sprawdzane jest, czy zasób o danej nazwie znajduje się już w posiadaniu świadczeniodawcy przejmującego (cesjonariusza) – jeśli tak, wówczas sprawdzane jest czy okres posiadania u cedenta zawiera się w okresie posiadania u cesjonariusza - wówczas następuje przejście do weryfikacji kolejnej pozycji. Jeśli nie - pozycja zostaje.
 W przypadku, gdy zasób o danej nazwie nie znajduje się w posiadaniu cesjonariusza, wówczas następuje sprawdzenie, czy data początku okresu posiadania u cedenta jest późniejsza niż data przeniesienia. Jeśli tak, u cesjonariusza zdefiniowany zostaje okres posiadania z datą początku i końca równą datom wprowadzonym przez cedenta.
 W przypadku, gdy początek okresu posiadania jest wcześniejszy niż data przekształcenia, wówczas data początku okresu posiadania u cesjonariusza jest równa dacie przeniesienia, a data końca pozostaje taka sama jak u cedenta.
- informacja o posiadanych zasobach u cedenta pozostaje bez zmian

3. Miejsca pracy personelu medycznego:

- następuje sprawdzenie, czy okres pracy osoby personelu w miejscu zawiera się w okresie zatrudnienia oraz czy okres pracy osoby personelu w miejscu zawiera się w harmonogramach komórki organizacyjnej w danym okresie. Jeśli okresy się zawierają wówczas u cesjonariusza następuje dopisanie pozycji z okresem pracy takim jak u cedenta. Jeśli okresy się nie zawierają, wówczas następuje jego odpowiednie skrócenie (dostosowanie), tak aby warunek zawierania się został zachowany lub pominięcie - jeśli okresy nie mają części wspólnej.

4. Okresy dostępności zasobów:

- następuje sprawdzenie, czy okres dostępności w miejscu zawiera się w okresie posiadania zasobu, oraz czy okres dostępności zasobu w miejscu zawiera się w okresie działalności komórki. Jeśli tak, następuje dopisanie pozycji u cesjonariusza z danymi identycznymi jak u cedenta. Jeśli nie następuje ich odpowiednie skrócenie (dostosowanie), tak, aby warunek zawierania się został zachowany lub pominięcie - jeśli okresy nie mają części wspólnej.
- liczba sztuk przekazywanych zasobów pozostaje taka sama jak u cedenta.

Świadczeniodawca przejmujący potencjał może wywołać proces kopiowania zasobów wielokrotnie, za każdym razem zostaną w nim uwzględnione te elementy, które nie zostały jeszcze skopiowane (bo nie wydano jeszcze zgody na przejęcie zasobów danego miejsca) lub zostały pominięte przy poprzednim przejęciu.

Po zatwierdzeniu uzupełnienia struktury wszystkich pozycji potencjału, jakie zostały zgłoszone, pozycja automatycznie otrzyma status „**uzupełnianie struktury**”. W tym momencie dokonywane jest automatyczne przepisanie struktury potencjału od cedenta do zasobów cesjonariusza. Na takiej pozycji nie można dokonywać żadnych operacji:

Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
PK-2010-06-21-00061	Cesjonariusz	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ -	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL	syngularna	2010-06-21	2010-06-21	-	uzupełnianie struktury	

Rys. 8.109 Dokument - Uzupełnianie struktury

Po przepisaniu potencjału dokument otrzymuje status „**w trakcie wykonywania przekształcenia**”.

Proces przekształcenia potencjału można zakończyć, gdy zostaną poprawnie skopiowane wszystkie elementy potencjału, które zostały wskazane, jako możliwe do przejęcia lub świadczeniodawca przejmujący jawnie zakończy obsługę dokumentu przekształcenia. Warunkiem zamknięcia dokumentu jest wyrażenie woli (wskazanie swoich miejsc lub odmowa), co do przejęcia wszystkich miejsc wskazanych przez cedenta do przekazania. Aby dokonać zamknięcia dokumentu przekazania potencjału należy skorzystać z opcji **Zamknięcie dokumentu**.

9 REALIZATOR

Dla oferentów chcących kontraktować zakresy świadczeń w rodzaju *Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi* dodatkowo udostępnione zostały funkcje uzupełniania informacji o produktach handlowych oferowanych w ramach kontraktu oraz zestawach produktów wykorzystywanych w ofercie.

Aby świadczeniodawca miał dostęp do tej funkcjonalności po stronie OW NFZ musi dodatkowo być zdefiniowany, jako Realizator zaopatrzenia. Jeżeli menu Realizator nie jest wyświetlane należy skontaktować się z OW NFZ w celu nadania odpowiedniego uprawnienia.

Lista produktów handlowych

Producent Zawiera producent

Status: aktywny Produkty: aktualne

Środek pomocniczy: 2013

Bieżący zakres pozycji: 1 - 6 z 6

Lp.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Cena aktualna	Status	Operacje
1.	P: PRODUCENT M: MODEL	tak	Kod: 123654 Nazwa: NAZWA	Kod: 9231.03 Nazwa: APARAT (APARATY) SŁUCHOWY(E) NA PRZEWODNICTWO KOSTNE PRZY JEDNOSTRONNYM LUB OBUSTRONNYM UBYTKU SŁUCHU W PRZYPADKU WAD SŁUCHU POWODUJĄCYCH UTRUONIENIE LUB OGRANICZENIE W NABYWANIU JEZYKA I KOMUNIKOWANIU SIĘ NA DRODZE SŁUCHOWEJ	0.00	aktywny	edytuj usuń
2.	P: PRODUCENT M: MODEL43	nie	Kod: Q98D9 Nazwa: NAZWA HANDLOWA	Kod: 9225.21.01 Nazwa: PRÓTEZA OKA WYKONANA INDYWIDUALNIE DLA DOROSŁYCH - PRÓTEZA	0.00	aktywny	edytuj usuń
3.	P: PRODUCENT APARATÓW M: M1	nie	Kod: BG_AS Nazwa: BG APARAT SŁUCHOWY	Kod: 9231.01 Nazwa: APARAT (APARATY) SŁUCHOWY(E) NA PRZEWODNICTWO POWIETRZA PRZY JEDNOSTRONNYM LUB OBUSTRONNYM UBYTKU SŁUCHU W PRZYPADKU WAD SŁUCHU POWODUJĄCYCH UTRUONIENIE LUB OGRANICZENIE W NABYWANIU JEZYKA I KOMUNIKOWANIU SIĘ NA DRODZE SŁUCHOWEJ	3.00	aktywny	edytuj usuń

Rys. 9.1 Lista produktów handlowych

9.1 Dodanie produktu

W celu dodania nowego produktu do listy, należy wybrać przycisk .

W pierwszym kroku dodawania należy wprowadzić:

- **Środek pomocniczy** - wybierany ze słownika produktów za pomocą funkcji wyboru
- **Kod handlowy**
- **Nazwę handlową**
- **Producenta**
- **Model**
- **Cenę aktualną** - w przypadku środków sprzedawanych na sztuki jest to cena za sztukę produktu/środka (nie całe opakowanie)
- Oznaczenie, czy produkt został przygotowany na **indywidualne zamówienie**

(1) Dodawanie produktu

Środek pomocniczy:* 2012

Kod handlowy:*

Nazwa handlowa:*

Producent:*

Model:*

Cena aktualna:

Na ind. zamówienie:

* pola wymagane

Rys. 9.2 Dodawanie produktu

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych w oknie **Dodawania produktu** należy przejść , a następnie zatwierdzić **Podsumowanie**.

Unikalność produktu w ramach świadczeniodawcy zapewnia następujący zakres informacji: kod środka, kod handlowy, nazwa handlowa, producent, model.

Ważne jest, by w każdym miejscu wykonywania świadczeń (punkcie realizacji) ten sam produkt miał dokładnie ten sam kod i nazwę. Realizator powinien zapewnić, aby pod daną parą pól: kod i nazwa, w każdym z województw był dokładnie taki sam środek.

Podczas dodawania/edycji produktu wykonywane jest sprawdzenie czy dany produkt, zgodnie z słownikiem SLORT, może zostać oznaczony jako „na indywidualne zamówienie”.

System został wyposażony w funkcję eksportu słownika do pliku CSV oraz funkcję importu nowych pozycji z pliku CSV do słownika w bazie OW NFZ poprzez SZOI (operacja wymiany danych wykonywana jest w oparciu o kod handlowy i nazwę handlową produktu). Dlatego też istotne jest, aby kod handlowy i nazwa handlowa były unikalne w ramach świadczeniodawcy.

Do momentu jego włączenia do zestawu, produkt można modyfikować lub usunąć z listy.

W aplikacji znajduje się funkcjonalność, która automatycznie aktualizuje ceny produktów handlowych na podstawie wniosku o aneks do umowy w zakresie asortymentu ZPO w chwili przekazania wniosku do rozpatrzenia.

Do każdego dodanego produktu przyporządkowane są następujące funkcje:

- **Edytuj** - umożliwia poprawienie wprowadzonych danych produktu. Pól kod oraz nazwa produktu nie można modyfikować;
- **Usuń** – umożliwia usunięcie produktu.

Uwaga!

Usunąć można jedynie produkty, które nie znajdują się w zatwierdzonych zestawach.

9.2 Import produktów handlowych z pliku CSV

Opcja **Importu produktów** przeznaczona jest do wprowadzenia produktów z pliku CSV. Po wybraniu tej opcji zostanie otwarte okno **Listy importów produktów handlowych**.

Lista importów produktów handlowych

Nazwa pliku Zawiera

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Data importu	Nazwa pliku	Status importu	Komunikat	Operacje
1.	2021-10-20 08:45:18	15C...csv	ZAIMPORTOWANY	WCZYTANE/POMINIĘTE POZYCJE:1/3	<input type="button" value="pozycje pominięte"/>
2.	2021-10-19 12:56:27	15C...csv	ZAIMPORTOWANY	WCZYTANE/POMINIĘTE POZYCJE:1/3	<input type="button" value="pozycje pominięte"/>
3.	2021-10-19 12:38:05	15C...csv	ZAIMPORTOWANY	WCZYTANE/POMINIĘTE POZYCJE:1/3	<input type="button" value="pozycje pominięte"/>

Rys. 9.3 Lista importów produktów handlowych

Po użyciu przycisku należy w oknie **Import pliku CSV** wskazać miejsce skąd ma być zaczytany plik CSV:

Import pliku CSV

Plik:* Nie wybrano pliku.

UWAGI:
* pola wymagane
Rozmiar pliku nie może przekraczać 30 MB.

Rys. 9.4 Wybór pliku do importu słownika produktów

Uwaga!

Import wykonywany jest według kodu handlowego i nazwy produktu. Jeśli para: „kod produktu” (pole **id-prod-handl**) i „nazwa” (pole **nazwa-handlowa**) istnieje w bazie, importowana pozycja jest pomijana. **Import nie dokonuje poprawy zapisanych informacji w bazie i nie może być wykorzystywany do edycji danych.**

Struktura importowanego pliku CSV musi zawierać następujące dane:

- **id-prod-handl** – unikalny w zakresie świadczeniodawcy kod środka, nadawany przez świadczeniodawcę, w celu jednoznacznej identyfikacji środka pomiędzy różnymi OW NFZ
- **kod-srodka-nfz** – konieczny do prawidłowego powiązania, w celu określenia limitów cen i okresów ważności
- **nazwa-handlowa** – nazwa środka określana przez świadczeniodawcę. Nazwa musi być unikalna w ramach świadczeniodawcy
- **model** – określane przez świadczeniodawcę
- **producent** – określane przez świadczeniodawcę
- **ind-zamow** – czy środek jest na indywidualne zamówienie. Możliwe wartości: T, N
- **cena-brutto** – sugerowana cena środka, określana przez świadczeniodawcę. W przypadku środków sprzedawanych na sztuki jest to cena za sztukę produktu/środka (nie całe opakowanie)

Poszczególne pola oddzielone są średnikami. Pole **cena-brutto** podana jest z przecinkiem na miejscu dziesiętnym. Pola: **id-prod-handl** i **nazwa-handlowa** nie mogą zawierać średników.

Maksymalne długości pól wynoszą odpowiednio:

id-prod-handl	kod-srodka-nfz	nazwa-handlowa	model	producent	ind-zamow	hist	cena-brutto
20 znaków	16 znaków	200 znaków	200 znaków	200 znaków	1 znak [T/N]	1 znak [T/N]	Od 0,00 do 999 999, 99

Pliki CSV zapisywane w arkuszu MS Excel powinny być zapisywane, jako plik CSV (rozdzielany przecinkami).

Przykładowy plik csv importu produktów wygląda następująco:

```
id-prod-handl;kod-srodka-nfz;nazwa-handlowa;model;producent;ind-zamow;hist;cena-brutto
1145;9111.01.N;Naprawa - wkładka do buta;1;Zakład;N;N;99,98
1146;9111.02.N;Naprawa - wkładka do buta sztuczna;1;Zakład;T;N;99,98
```


W kolumnie **Komunikat** znajduje się informacja o wyniku importu: **Wczytane/Pominięte: X/Y**, gdzie:

- X oznacza ilość pozycji zaimportowanych do SZOI,
- Y oznacza ilość pozycji pominiętych podczas importu.

Przykładowe komunikaty mogą wyglądać następująco:

- **Wczytane/pominięte 5/2** oznacza, że w pliku csv znajdowało się 7 pozycji, z czego zaimportowało się 5 pozycji, a 2 zostały pominięte
- **Wczytane/pominięte 8/0** oznacza, że w pliku csv znajdowało się 8 pozycji, z czego zaimportowało się 8 pozycji (wszystkie pozycje)

Jeżeli w pliku csv wartości w polach: **id-prod-handl** i **nazwa-handlowa** nie będą unikalne (w pliku znajdują się, co najmniej dwa środki posiadające ten sam kod handlowy i nazwę handlową) wówczas pozycje te zostaną pominięte podczas importu. **Dodatkowo podczas importu pomijane są pozycje oznaczone jako historyczne.**

W takim przypadku w kolumnie *Operacje*, dostępna jest opcja **Pozycje pominięte**. Umożliwia ona podgląd szczegółowych informacji o pozycjach, które nie zostały zaczytane do Portalu SZOI w oknie **Lista produktów pominiętych podczas importu**.

Lista produktów pominiętych podczas importu					
Nazwa		Zawiera		Szukaj	Zlicz rekordy
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Wytwórca Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Historyczny	Cena aktualna
1.	W: PSZ_PRODUCEN1 M: PSZ_MODEL	nie	Kod: PSZ_PROD_1_KH_NOITH Nazwa: PSZ_PRODUKT_1_N1	Nie	136.00
2.	W: PSZ_PRODUCEN2 M: PSZ_MODE2	nie	Kod: PSZ_PROD_2_KH_HI Nazwa: PSZ_PRODUKT_1_N2	Tak	24.00
3.	W: WYTW_HIST M: MOD_HIST	nie	Kod: KH_HIST Nazwa: NH_HIST	Tak	210.00

Rys. 9.5 Lista produktów pominiętych podczas importu

W przypadku importu pliku CSV zawierającego takie same produkty, które już istnieją w bazie (porównywana jest para pól: kod handlowy i nazwa handlowa) wyświetlony zostanie komunikat **Uwaga brak nowych pozycji do wczytania!!!**.

9.3 Eksport produktów handlowych do pliku CSV

Jeśli operator uzupełnił listę produktów handlowych i chciałby wprowadzone dane wykorzystać w innym punkcie realizacji (np.: do celów uzupełnienia oferty składanej do innego Oddziału Wojewódzkiego) może skorzystać z opcji **Eksport produktów CVS**. Lista produktów handlowych eksportowanych do pliku CSV zostanie ograniczona zgodnie z aktualnie zastosowanymi na liście produktów kryteriami wyszukiwania i filtrowania.

Przykładowy plik produktów wyeksportowanych z SZOI wygląda następująco:

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	id-prod-h	cod-srodk	nazwa-hai	model	produceni	ind-zamov	hist	cena-brutto
2	PSZ_PROD	9111.01	PSZ_PROD	PSZ_MOD	PSZ_PROD	N		120
3	PSZ_PROD	9111.03	PSZ_PROD	PSZ_MOD	PSZ_PROD	N		310
4	PSZ_PROD	9111.03	PSZ_PROD	PSZ_MOD	PSZ_PROD	N		300
5	INDEX_KC	9225.20.01	INDEX_NA	INDEX_MC	INDEX_PR	N		100
6	TEST_IND	9225.20.01	INDEX_NA	INDEX_MC	INDEX_PR	N		500

Rys. 9.6 Plik wyeksportowanych produktów do csv

9.4 Produkty historyczne

Ze względu na fakt, że w niektórych przypadkach realizatorzy definiują bardzo duże ilości produktów pojawiła się potrzeba usuwania zbędnych, historycznych pozycji. Opcja umożliwia oznaczenie produktów handlowych jako historyczne (już niewykorzystywane). Po jej użyciu wyświetlone zostanie okno z produktami historycznymi.

Uwaga: produkty oznaczone jako historyczne zostaną usunięte z niezatwierdzonych zestawów produktów handlowych !!!.

(1) Produkty historyczne

Produkty historyczne

Kryteria	
Produkty	AKTUALNE
Status	AKTYWNY
Producent zawiera	PRODUCENT
Liczba produktów	6

Bieżący zakres pozycji: 1 - 6 z 6

Lp.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Cena aktualna	Status	Operacje
1.	P: PRODUCENT M: MODELL	tak	Kod: 123654 Nazwa: NAZWA	Kod: 9231.03 Nazwa: APARAT (APARATY) SŁUCHOWY(E) NA PRZEWODNICTWO KOSTNE PRZY JEDNOSTRONNYM LUB OBUSTRONNYM UBYTKU SŁUCHU W PRZYPADKU WAD SŁUCHU POWODUJĄCYCH UTRUDNIENIE LUB OGRANICZENIE W NABYWIANIU JĘZYKA I KOMUNIKOWANIU SIĘ NA DRODZE SŁUCHOWEJ	0.00	aktywny	<input checked="" type="checkbox"/> historyczny
2.	P: PRODUCENT M: MODEL43	nie	Kod: IDB8DWYQ98D9 Nazwa: NAZWA HANDLOWA	Kod: 9225.21.01 Nazwa: PROTEZA OKA WYKONANA INDYWIDUALNIE DLA DOROSŁYCH - PROTEZA	0.00	aktywny	<input checked="" type="checkbox"/> historyczny

Uwaga: produkty oznaczone jako historyczne zostaną usunięte z niezatwierdzonych zestawów produktów handlowych.

Rys. 9.7 Produkty historyczne

W celu oznaczenia produktów jako historyczne należy:

- w operacjach zaznaczyć opcję „historyczny” (produkty nie posiadające oznaczonej tej opcji nie będą oznaczone jako historyczne)
- użyć opcji .

Oznaczenie produktów jako historyczne spowoduje następujące konsekwencje:

- Produkty te, nie będą one ujmowane w zestawie produktów,
- Produkty te, nie będą kopiowane do nowego zestawu,
- Produkty te zostaną usunięte z istniejących, niezatwierdzonych zestawów

9.5 Zestawy produktów handlowych

Po wprowadzeniu produktów handlowych należy przystąpić do przygotowania zestawów handlowych grupujących wybrane produkty, które należy samemu zdefiniować.

Aby utworzyć zestaw należy wybrać zakładkę: [Realizator -> Zestawy produktów handlowych](#).

Zestawy produktów handlowych

Nazwa:

Rok:

Rodzaj zaopatrzenia:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rok	Rodzaj zaopatrzenia	Nazwa	Status	Aktywność	Operacje
1.	2008	Kod: SO Nazwa: ŚRODKI OPTYCZNE	K: 194 N: ZESTAW NR1-SRODKI OPTYCZNE	zatwierdzony Data: 2007-12-04	aktywny	kopiuj produkty produkty.xls
2.	2008	Kod: PO Nazwa: PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE	K: 221 N: ZESTAW NR3-PO	zatwierdzony Data: 2007-12-18	aktywny	kopiuj produkty produkty.xls
3.	2008	Kod: PO Nazwa: PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE	K: 223 N: ZESTAW NR2 -KOPIA	wprowadzony	aktywny	edytuj dezaktywuj zatwierdź kopiuj produkty

Rys. 9.8 Zestawy produktów handlowych

Zestaw tworzony jest, jako podzbiór słownika produktów handlowych, ograniczony dodatkowo rokiem i rodzajem zaopatrzenia. Zestawy wykorzystywane są następnie w aplikacji konkursowej do określenia oferowanego asortymentu w danym miejscu udzielania świadczeń.

Funkcja przeznaczona jest do dodawania nowego zestawu produktów do systemu. W oknie **Dodawanie zestawu produktów** należy określić:

- **Nazwę zestawu**
- **Rok**
- **Rodzaj zaopatrzenia** - wybierany ze słownika produktów za pomocą funkcji wyboru. Dostępne są cztery rodzaje zaopatrzenia:
 - **AS- Aparaty Słuchowe**
 - **PO- Przedmioty Ortopedyczne**
 - **SO- Środki Optyczne**
 - **SP- Środki Pomocnicze**

(1) Dodawanie zestawu produktów handlowych

Nazwa:*

Rok:*

Rodzaj zaopatrzenia:*

Rys. 9.9 Dodawanie zestawu produktów handlowych

Jeżeli wszystkie dane się zgadzają, należy wybrać opcję , a następnie zatwierdzić podsumowanie.

Dla każdego **wprowadzonego** zestawu na liście dostępne są operacje:

- **Edytuj** – zmiana nazwy zestawu
- **Dezaktywuj** – dezaktywacja informacji o wprowadzonym zestawie – dezaktywowany zestaw nie może być przywrócony
- **Zatwierdź** – jeżeli zestaw zostanie zatwierdzony nie będzie można go edytować ani dodawać do niego produktów
- **Kopiuj** –skopiowanie zestawu do statusu wprowadzonego
- **Produkty** –przeglądanie produktów skojarzonych z zestawem (pod warunkiem, że produkty zostały zdefiniowane)

Dla każdego **Zatwierdzonego** zestawu na liście dostępne są operacje:

- **Kopiuj** – umożliwia skopiowanie zestawu
- **Produkty** – umożliwia przeglądanie produktów skojarzonych z zestawem

- **Produkty XLS** – pobieranie listy produktów z zestawu, jako xls

Aby przypisać produkty do zestawu należy wybrać opcję **Produkty**, a następnie kliknąć w kwadrat w kolumnie **W zestawie** dla właściwego produktu. Istnieje możliwość dodania wszystkich produktów do zestawu naraz. W tym celu należy skorzystać z opcji **Dodawanie produktu**. Po jej zatwierdzeniu wszystkie produkty, jakie znajdują się na liście zostaną dodane do zestawu (zaznaczenie opcji **Tak**).

Produkty handlowe w zestawie						
Kod		Zawiera	Szukaj		Zlicz rekordy	
Stan: -- wszystkie --		Na ind.zam.: -- wszystkie --				
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Wytwórca Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Cena aktualna	W zestawie
1.	W: WYTWÓRCA M: MODEL	<input type="checkbox"/>	Kod: TEST KH Nazwa: TEST NH	Kod: 9111.01.N Nazwa: NAPRAWA: PROTEZOWA WKŁADKA DO BUTA UZUPEŁNIAJĄCA STOPE PO AMPUTACJI PALCÓW	200.00	<input type="checkbox"/> Tak
2.	W: WYTWÓRCA M: MODEL	<input type="checkbox"/>	Kod: KH 9111.01.N Nazwa: NH 9111.01.N	Kod: 9111.01.N Nazwa: NAPRAWA: PROTEZOWA WKŁADKA DO BUTA UZUPEŁNIAJĄCA STOPE PO AMPUTACJI PALCÓW	42.00	<input type="checkbox"/> Tak

Rys. 9.10 Produkty handlowe w zestawie

Uwaga!

Zaznaczenia/odznaczenia można dokonywać tylko wówczas, gdy pole kwadratu jest białe.

Zaznaczenie opcji **Tylko produkty w zestawie** i wybranie opcji **Szukaj** wyświetli tylko produkty przypisane do wybranego zestawu.

Produkty historyczne są oznaczone w zestawie szarym tłem, np.:

Lp.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Cena aktualna
1.	P: PSZ_PRODUCENT M: PSZ_MODEL	<input type="checkbox"/>	Kod: PSZ_PRODUKT_2 Nazwa: PSZ_PRODUKT_2	Kod: 9111.03 Nazwa: PROTEZA ZE STAWEM SKOKOWYM LUB BEZ STAWU SKOKOWEGO PRZY AMPUTACJI WG LISFRANCA LUB CHOPARTA: SKÓRZANA ALBO Z TWORZYWA SZTUCZNEGO	310.00
2.	P: PSZ_PRODUCENT_2 M: PSZ_MODEL_2	<input type="checkbox"/>	Kod: PSZ_PRODUKT_3 Nazwa: PSZ_PRODUKT_3	Kod: 9111.03 Nazwa: PROTEZA ZE STAWEM SKOKOWYM LUB BEZ STAWU SKOKOWEGO PRZY AMPUTACJI WG LISFRANCA LUB CHOPARTA: SKÓRZANA ALBO Z TWORZYWA SZTUCZNEGO	300.00

Jeśli w zestawie znajdują się produkty oznaczone przez świadczeniodawcę jako wykonywane na indywidualne zamówienie, a w obowiązującej wersji słownika SLORT oznaczone są jako produkowane seryjnie, zostaną oznaczone kolorem czerwonym, np.:

Lp.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Cena aktualna	W zestawie
1.	P: PROD M: 43243	<input checked="" type="checkbox"/>	Kod: 9111.03.N Nazwa: NAPRAWA PROTEZY ZE STAWEM SKOKOWYM LUB BEZ STAWU SKOKOWEGO PRZY AMPUTACJI WG LISFRANCA LUB CHOPARTA	Kod: 9111.03.N Nazwa: NAPRAWA: PROTEZA ZE STAWEM SKOKOWYM LUB BEZ STAWU SKOKOWEGO PRZY AMPUTACJI WG LISFRANCA LUB CHOPARTA: SKÓRZANA ALBO Z TWORZYWA SZTUCZNEGO	40.00	<input type="checkbox"/> Tak
2.	P: PROD M: 54335	<input checked="" type="checkbox"/>	Kod: 9112.01 Nazwa: PROTEZA ZE STAWEM SKOKOWYM	Kod: 9112.01 Nazwa: PROTEZA ZE STAWEM SKOKOWYM LUB BEZ PRZY AMPUTACJI WG PIROGOWA LUB SYME'A: SKÓRZANA ALBO Z TWORZYWA SZTUCZNEGO	20.00	<input checked="" type="checkbox"/> Tak
3.	P: PROD M: 54355	<input checked="" type="checkbox"/>	Kod: 9112.03 Nazwa: PROTEZA PODUDZIA TYMCZASOWA	Kod: 9112.03 Nazwa: PROTEZA PODUDZIA TYMCZASOWA: Z ZAWIESZENIEM LUB BEZ, STOPA ZE STAWEM SKOKOWYM ALBO STOPA TYPU SACH	40.00	<input checked="" type="checkbox"/> Tak

Po wprowadzeniu produktów do zestawu należy go zatwierdzić wybierając opcję **Zatwierdź** (z kolumny *Operacje*, która znajduje się na głównej liście zestawów). Zatwierdzić można tylko zestaw, który posiada zdefiniowane produkty. Nie można zatwierdzić zestawu, który posiada produkty oznaczone czerwonym tłem (niezgodność oznaczenia produktu w porównaniu ze słownikiem SLORT).

Uwaga!!!

Operacja zatwierdzenia jest nieodwracalna. Lista produktów w zatwierdzonym zestawie nie będzie mogła być już edytowana.

Opcja **Kopiuj** pozwala na skopiowanie wybranego zestawu. Funkcja ta może być wykorzystana w przypadku, gdy istnieje konieczność modyfikacji danych w zatwierdzonym zestawie.

Po użyciu funkcji **Kopiuj** wyświetlone zostanie okno, w którym należy podać **Nazwę** oraz **Rok** obowiązywania dla kopiowanego zestawu.

Skopiowany zestaw będzie posiadał status *Wprowadzony* i będzie zawierał wszystkie produkty z zestawu źródłowego. Na takim zestawie można wykonywać modyfikacje.

W oknie **Zestawy produktów handlowych** dostępna jest także opcja **Export pliku dla NFZ-KO**. Pozwala ona na wyeksportowanie zestawów do pliku (plik *.ofz), który następnie jest importowany do aplikacji konkursowej. Opcja **Export pliku dla NFZ-KO** jest dostępna, gdy:

- utworzony zostanie zestaw produktów handlowych na bieżący lub kolejny rok,
- utworzony zestaw produktów jest aktywny i posiada status „zatwierdzony”

Uwaga!

Plik nie może być przenoszony pomiędzy Portalami różnych Oddziałów NFZ.

9.6 Kody świadczeniodawcy w innym OW NFZ

W związku ze zmianą sposobu rozliczania umów obcych opcja *Świadczeniodawcy w innym OW* została usunięta.

10 KONTRAKTOWANIE RTM 2010

Charakterystyka modelu kontraktowania RTM w 2010r.

Kontraktowanie RTM w 2010 roku opiera się o model rejonu operacyjnego i ma na celu zapewnienie realizacji świadczeń w obrębie wyznaczonych rejonów przez stacjonujące w nich grupy zespołów ratowniczych oferenta. Oferent jest zobowiązany do zabezpieczenia całego rejonu z Planu Wojewody, co oznacza, że musi dysponować wszystkim typami zespołów RTM określonych w Planie Wojewody (np. Podstawowy zespół RTM i Specjalistyczny zespół RTM).

W poprzednich latach personel medyczny był ściśle związany z jednym zespołem ratowniczym oraz konkretnym miejscem wyczekiwania, co powodowało sztuczne dopisywanie wszystkich osób personelu medycznego do wszystkich komórek organizacyjnych. Sytuacja taka prowadziła do wewnętrznych konfliktów czasu pracy personelu.

W bieżącym modelu personel ma zostać powiązany z grupą zespołów ratowniczych (na poziomie zakresu świadczeń). W tym celu **konieczne jest zdefiniowanie specyficznej komórki organizacyjnej o specjalności 9154 Zespoły Ratownictwa Medycznego**. Jedynym zadaniem komórki jest grupowanie personelu medycznego realizującego usługi RTM.

Skrócona instrukcja uzupełnienia informacji w systemie SZOI dla RTM 2010:

- I. W przypadku świadczeniodawców posiadających profil świadczeniodawcy w systemie SZOI:
 1. Zdefiniować nową „sztuczną” komórkę organizacyjną, do której będzie przyporządkowany personel medyczny [[Potencjał](#) -> [Struktura organizacyjna](#) -> [Komórki organizacyjne](#) -> [Dodawanie komórki](#)]:
 - kod – proszę wprowadzić kod **9154**
 - nazwa – nazwa identyfikująca komórkę
 - specjalność – wprowadzić kod **9154**
 - data rozpoczęcia działalności – bieżąca
 2. Zdefiniować profil komórki organizacyjnej [[Potencjał](#) -> [Struktura organizacyjna](#) -> [Komórki organizacyjne](#) -> [Profil](#)]
 3. Zdefiniować miejsce wykonywania świadczeń dla komórki 9154, np.: RTM 2010 – 9154 [[Potencjał](#) -> [Struktura wykonawcza](#) -> [Miejsca udzielania świadczeń](#) -> [Dodawanie miejsca](#)]
 4. Dla wszystkich osób personelu medycznego zatrudnionych do realizacji świadczeń [[Potencjał](#) -> [Zasoby świadczeniodawcy](#) -> [Zatrudniony personel medyczny](#) -> [Miejsca pracy](#)] wykonać:
 - [[opcja: edytuj](#)] zakończyć okres zatrudnienia osób personelu medycznego w bieżących miejscach wykonywania świadczeń na dzień 2009-12-31;
 - [[opcja: dodawanie miejsca pracy](#)] dodać miejsce przypisane do komórki, 9154 jako miejsce zatrudnienia osoby personelu medycznego od dnia 01-01-2010;
 5. Uzupełnić brakujące informacje, jeśli profil wymaga aktualizacji wg zasady:
 - nowy personel medyczny powinien być wykazywany, jako zatrudniony w miejscu przypisanym do komórki organizacyjnej o specjalności 9154 [[Potencjał](#) -> [Zasoby świadczeniodawcy](#) -> [Zatrudniony personel medyczny](#) -> [Miejsca pracy](#)];
 - zasoby powinny być przypisane do komórek organizacyjnych wprowadzonych zgodnie z RZOZ [[Potencjał](#) -> [Zasoby świadczeniodawcy](#) -> [Zasoby](#) -> [Dodawanie sprzętu/środka transportu/pomieszczenia](#)];
 6. Wygenerować nowy profil świadczeniodawcy [[Potencjał](#) -> [Wersje profilu świadczeniodawcy](#)].
- II. W przypadku nowych świadczeniodawców [[dokładny sposób postępowania opisano w instrukcji użytkownika dla systemu SZOI](#)]:
 1. Zdefiniować jednostkę organizacyjną zgodnie z RZOZ;
 2. Zdefiniować komórki org. zgodnie z RZOZ oraz dodatkową komórkę o specjalności 9154;
 3. Zdefiniować profil komórki organizacyjnej;
 4. Zdefiniować lokalizację;
 5. Zdefiniować miejsca wyczekiwania dla wszystkich wprowadzonych komórek organizacyjnych;
 6. Dla miejsca przypisanego do komórki o spec. 9154 zdefiniować listę personelu medycznego;
 7. Dla miejsc przypisanych do komórek organizacyjnych zgodnych z RZOZ zdefiniować listę zasobów;

8. Wygenerować profil świadczeniodawcy.

11 UMOWY

11.1 Lista umów

Obszar **Umowy** zawiera listę umów na świadczenie usług medycznych, podpisanych z OW NFZ.

Lista umów (załączniki rzeczowo-finansowe)							
Numer umowy		Zawiera	15-0000000000	Szukaj	Zlicz rekordy		
Rodzaj świadczeń:		wybierz					
Okres rozliczeniowy - rok:		2019					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nr umowy Nr umowy wg SIKCH	Nr pierwotny	Rodzaj świadczeń	Data podpisania	Od daty	Do daty	Operacje
1.	N: 15-0000000000 N: 1500000000000000		K: PDT N: POMOC DORAŻNA I TRASPORT SANITARNY OD 2009	2019-10-03	2019-08-01	2019-12-31	zakresy świadczeń nr konta bieżące rozliczenie model rozliczeń podpisz umowę szablony rachunków

Rys. 11.1 Lista umów

W przypadkach, gdy realizacja umowy wykonywana jest w kilku miejscach wykonywania świadczeń, w tej części systemu dostępna będzie również informacja o placówkach świadczeniodawcy oraz przydzielonych limitach wykonania, dla wszystkich miejsc wymienionych w umowie. Wyjątkiem od tej reguły są takie warunki umowy, w których mimo określenia wielu miejsc wykonywania świadczeń, nie określono limitów wykonania dla poszczególnych punktów. Wówczas dla wybranych miejsc limit wykonania nie będzie wyświetlany.

Zakresy świadczeń	Przeglądanie specyfikacji umowy, w podziale na poszczególne punkty umowy. Dostępne operacje pozwalają na przejście do miejsc udzielania świadczeń konkretnego punktu umowy oraz do plany miesięcznego wybranego punktu umowy.
Nr konta	Numer konta dla bieżącej umowy
Aneksy	Przeglądanie informacji o zmianach wprowadzonych w aneksach do umowy
Bieżące rozliczenia	Informacje o produktach przekazanych do OW NFZ oraz stanie ich rozliczenia
Model rozliczeń	Korygowanie świadczeń oraz wskazywanie świadczeń do rozliczenia
Pobierz UMX	Pobranie elektronicznej wersji umowy. Plik importuje się do systemu rozliczającego
Podpisz umowę	Pobranie umowy w formacie *.pdf oraz wczytanie podpisanej umowy podpisem kwalifikowanym
Cennik produktów	Przeglądanie informacji o ustalonej cenie produktu handlowego (tylko dla umów w rodzaju ZPO)
Wnioski	Przygotowanie i przesłanie do OW NFZ, wniosku o zmianę ceny produktu handlowego lub zmianę zestawu produktów realizowanych w ramach zakresu świadczeń (tylko dla umów w rodzaju ZPO)
Ugody	Przeglądanie listy ugód wraz z pozycjami
Wnioski o sfinansowanie nadwykonań	Przygotowanie i przesłanie do OW NFZ wniosku o sfinansowanie nadwykonań
Wzrost wynagr. dla ratowników	Opcja wyświetlana dla umów, dla których jest możliwość złożenia informacji o liczbie etatów w celu uzyskania wzrostu wynagrodzeń dla ratowników medycznych
Plan spłaty	Opcja pozwalająca na wgląd do aktualnego stanu zadłużenia świadczeniodawcy w związku z rozliczaniem świadczeń bez sprawozdawczości

11.1.1 Podpisywanie umów/aneksów podpisem kwalifikowanym

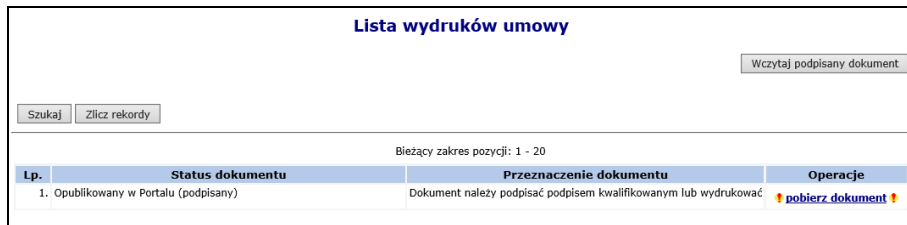
Do systemu wprowadzono możliwość podpisywania załączników rzeczowo-finansowych i ich aneksów przy pomocy podpisu kwalifikowanego. Informacja o przekazaniu do podpisu elektronicznego umowy lub aneksu przesyłana jest do świadczeniodawcy stosownym komunikatem.

W celu podpisana elektronicznego umowy/aneksu należy

1. Z głównego menu wybrać opcję *Umowy* -> *Lista umów*.
2. W zależności od dokumentu, który ma zostać podpisany należy wybrać:
 - a. Dla umowy, należy wybrać opcję **podpisz dokument**.
 - b. Dla aneksu, należy wybrać opcję **aneksy**, a następnie **podpisz dokument** dla konkretnego aneksu.

Jeśli dokument umowy/aneksu nie został jeszcze pobrany przez świadczeniodawcę do podpisu, dla powyższych operacji zastosowano charakterystyczny wyróżnik wiadomości nieodczytanych.

3. W nowym oknie listy wydruków wybrać opcję **pobierz dokument**.



Lp.	Status dokumentu	Przeznaczenie dokumentu	Operacje
1.	Opublikowany w Portalu (podpisany)	Dokument należy podpisać podpisem kwalifikowanym lub wydrukować	<u>pobierz dokument</u>

Rys. 11.2 Lista wydruków umów

4. Zapisać dokument w wersji PDF na dysku komputera, a następnie podpisać dokument podpisem kwalifikowanym.
5. Popisany plik należy wczytać przy pomocy opcji **Wczytaj podpisany dokument**. Jeżeli wczytywany dokument nie będzie zawierał podpisu złożonego przez operatora NFZ zostanie zgłoszony błąd. W przypadku, gdy udostępnionych będzie więcej niż jeden podpisany dokument z umową, a świadczeniodawca nie będzie wczytywał ostatniego z udostępnionych dokumentów, również system zwróci błąd.



Rys. 11.3 Dodawanie podpisanej umowy

6. Po poprawnym wczytaniu podpisanego dokumentu zostaje on przekazany do OW NFZ. Do momentu rozpoczęcia prac nad przekazanym dokumentem (zmiany statusu pod stronnice OW NFZ) świadczeniodawca może pobierać i wczytywać kolejne wersje podpisanego dokumentu.
7. O zmianie statusu wskazującym o uznaniu dokumentu za poprawny po stronie NFZ, Świadczeniodawca również informowany jest stosownym komunikatem.
8. Jeśli w toku sprawdzeń po stronie OW NFZ uznano, iż dokument jest nieprawidłowy może zostać on ponownie przekazany do podpisu Świadczeniodawcy. Ścieżka podpisu dokumentu jest analogiczna jak opisana wyżej.
9. OW NFZ przekazując dokument do podpisu elektronicznego przez Świadczeniodawcę, określa datę ważności opublikowanego dokumentu, którą należy rozumieć jako maksymalną datę oczekiwania na podpis ze strony Świadczeniodawcy. Jeśli Świadczeniodawca przekroczy tą datę, opcja „podpisz

- umowę staje się nieaktywna dla danego dokumentu.
10. Po stronie OW NFZ istnieje możliwość przesunięcia daty ważności opublikowanego dokumentu. W tym celu należy skontaktować się z OW NFZ.

11.1.2 Przeglądanie specyfikacji pozycji umowy

W przypadku:

- Zakładania blokady na umowę
- Zakładania blokady na okresach rozliczeniowych
- Zdejmowania blokady umowy
- Zdejmowania blokady na okresach rozliczeniowych

zostanie wygenerowana i udostępniona odpowiednia informacja w części **Komunikaty**.

W trakcie przeglądania umów można uzyskać informacje o zakontraktowanych **zakresach świadczeń**, w tym:

- **pozycjach** umowy wraz z planem rzeczowo-finansowym
- **miejskach** wykonywania świadczeń
- **pakiecie świadczeń** realizowanym w ramach pozycji umowy

Jeden zakres świadczeń może być wykonywany w różnych miejscach wykonywania świadczeń, przez co może stanowić kilka punktów umowy. Opcja **Zakresy świadczeń** umożliwia przeglądanie produktów zakontraktowanych w umowie.



Lp.	Nr punktu umowy	Okres obowiązywania pozycji umowy	Kod zakresu	Nazwa zakresu	Liczba usług	Jedn. cena	Wartość	Operacje
1.	1	Data od: 2012-02-01 Data do: 2012-12-31	01.0000.156.16	ŚWIADCZENIA NOCNE I ŚWIATŁOCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA OBSZARZE ZABEZPIECZENIA DO 100 000 OSÓB - RYCZAŁT MIESIĘCZNY	916,6663	1 000,00 zł	916 666,30 zł	plan miejsca

Rys. 11.4 Zakresy świadczeń w umowie

Informacje opisujące poszczególne pozycje listy, to:

- **Numer punktu umowy**
- **Okres obowiązywania pozycji umowy**
- **Kod zakresu** (wg Bazy Usług Medycznych - BUM)
- **Nazwa zakresu**
- **Liczba usług** (zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych)
- **Jednostkowa cena**
- **Wartość** zakontraktowanej usługi

Opcja **Pobierz zestawienie** umożliwia eksport zestawienia z planów miesięcznych widocznych na liście zakresów świadczeń do pliku w formie xls. Plik ten zawiera następujące informacje:

- Nr umowy
- Nr umowy wg SIKCH
- Nr punktu umowy
- Kod zakresu
- Nazwa zakresu
- Miesiąc
- Umowa: Liczba jednostek rozliczeniowych, Cena jednostkowa, Wartość
- Faktyczne wykonanie: Liczba jednostek, Wartość
- Szablony rachunków: Liczba jednostek, Wartość
- Rachunki: Liczba jednostek, Wartość
- Faktyczne wykonanie oznaczone do rozliczenia w ramach Funduszu Medycznego: Liczba jednostek,

Wartość

Opcja **Plan** pozwala na podgląd planu rzeczowo-finansowego utworzonego dla wybranej pozycji umowy. Wybór operacji spowoduje wyświetlenie okna *Planu miesięcznego* w podziale na miesięczne okresy rozliczeniowe wraz z możliwością przeglądania faktycznej realizacji. W części faktyczne wykonanie, w kolumnach *Liczba jednostek* oraz *Wartość* wyświetlane są dane na podstawie zweryfikowanych raportów statystycznych, **do których wygenerowano raport zwrotny** (dane te są odświeżane po każdorazowej generacji raportu zwrotnego, a nie np. po wykonaniu kolejnej weryfikacji, gdy nie utworzono raportu SWZ).

Algorytm obliczający sumę wartości umowy dla poszczególnych miesięcy dla danego zakresu świadczeń działa w sposób następujący: sumuje wartości w poszczególnych miesiącach z dokładnością do 6 miejsc po przecinku, następnie otrzymana suma jest zaokrąglana do 2 miejsc po przecinku.

Wartości umowy w poszczególnych miesiącach są wizualizowane z dokładnością do 2 miejsc po przecinku oraz suma tych wartości obliczana jest zgodnie z wyżej opisanym algorytmem, co powoduje, że przy dużych kwotach mogą pojawić się niewielkie rozbieżności

Kolumna **Szablony rachunków - Liczba jednostek/Wartość** zawiera informację o liczbie i wartości jednostek rozliczeniowych wynikających z aktywnych szablonów rachunków niezależnie od tego czy na ich podstawie zostały już wystawione rachunki czy też nie. W przypadku punktów umów rozliczanych kapitałą (w tym punktów umów dotyczących opieki całodobowej i transportu w POZ) kolumny będą zawierały liczbę i wartość wynikającą z liczby i wartości uznanych po weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, a kolumny z faktycznym wykonaniem, będą puste.

Kolumna **Rachunki - Liczba jednostek/Wartość** – zawiera informacje o liczbie i wartości jednostek rozliczeniowych, wynikających z rachunków posiadających jeden ze statusów: wprowadzony, zatwierdzony, zaksięgowany (pomijane będą rachunki usunięte/odrzucone)

Plan miesięczny													
Miesiące: -- dowolny -- -- dowolny -- Szukaj													
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20													
Lp.	Miesiąc	Faktyczne wykonanie			Szablony rachunków		Rachunki		Faktyczne wykonanie oznaczone do rozliczenia w ramach Funduszu Medycznego			Operacje	
		Liczba jedn. rozliczen.	Cena jedn.	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek		Wartość
1.	STYCZEŃ	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	1.0000	1568989.74	1.0000	1568989.74	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
2.	LUTY	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
3.	MARZEC	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
4.	KWIECIEŃ	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.2500	392247.43	0.2500	392247.43	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
5.	MAJ	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.2500	392247.43	0.2500	392247.43	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
6.	CZERWIEC	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
7.	LIPIEC	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	pakiet świadczenia
8.	SIERPIEŃ	1.0000	1568989.74	1568989.74	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	0.0000	0.00	pakiet świadczenia

Rys. 11.5 Plan miesięczny

Opcja **Pakiet** pozwala na podgląd wszystkich świadczeń, które świadczeniodawca - realizator może wykazać w ramach wykonywania punktu umowy.

Opcja **Świadczenia** umożliwia przejście na listę zawierającą informacje o faktycznym wykonaniu (liczbie wykonanych świadczeń) w podziale na świadczenia w pakiecie.

Opcja **Premia** umożliwia przejście na listę zawierającą informacje o liczbie zaszczepionych świadczeniobiorców w podziale na miejsca udzielania świadczeń. Opcja dostępna jest dla miesięcy, w których następowało premiowanie szczepień przeciwko COVID-19 (wrzesień, grudzień – premia cząstkowa oraz grudzień premia roczna).

Opcja **Umowy powiązane** umożliwia zapoznanie się z informacjami o umowach powiązanych z ilościami zweryfikowanymi w transporcie sanitarnym POZ. Opcja (link) jest dostępna po spełnieniu następujących warunków:

1. Włączony odpowiedniego parametru po stronie OW NFZ
2. Umowa na udzielanie świadczeń dotyczy roku 2012 i lat późniejszych.
3. Plan miesięczny dotyczy pozycji umowy, dla której zdefiniowano powiązanie z umowami POZ, obowiązujące w danym roku po stronie OW NFZ.

Opcja **Miejsca** dostępna w oknie **Zakresów świadczeń** pozwala na podgląd wszystkich miejsc wykonywania zakontraktowanego punktu umowy oraz - w zależności od budowy umowy – podgląd limitów wykonania usługi w wybranym miejscu wykonywania świadczeń. Algorytm obliczający sumę limitów jest analogiczny jak w przypadku planu miesięcznego.

Tylko w rodzaju świadczeń POZ i ZPO może wystąpić sytuacja, gdzie dla jednego punktu umowy zostanie przyporządkowane więcej niż jedno miejsce wykonywania świadczeń. Wybór operacji spowoduje wyświetlenie okna **Miejsca udzielania świadczeń**.

Kolumna *Stan synchronizacji* może przyjąć następujące wartości:

- **Dane zgodne** - w przypadku, gdy aktualny stan zmiany potencjału pod umową przekazany do Centrali NFZ, został poprawnie potwierdzony w OW NFZ (zmiany w personalu, będą widoczne w DiLO).
- **Oczekuje** – w przypadku, gdy w systemie nastąpiła zmiana potencjału miejsca udzielania świadczeń w umowie, ale zmiany nie zostały jeszcze przyjęte i potwierdzone przez Centralę NFZ (zmiany w personalu nie będą jeszcze widoczne w DiLO).

Na poziomie listy miejsc udzielania świadczeń dla zakresu świadczeń znajduje się informacja o wyniku ostatniej sesji weryfikacyjnej:

- „**brak oceny**” – sesja otwarta,
- „**ocena pozytywna**” – sesja zamknięta ocena pozytywna,
- „**ocena negatywna**” – sesja zamknięta ocena negatywna.

Miejsca udzielania świadczeń							
Nazwa		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nazwa/Numer	Okres obowiązywania miejsca w pozycji umowy	Jednostka/komórka organizacyjna	Adres	Ocena ostatniej sesji weryfikacyjnej	Stan synchronizacji	Operacje
1.	Nazwa: PORADNIA ALERGOLOGICZNA II Numer: 11386	Data od: 2015-01-01 Data do: 2015-12-31	Kod kom.: 1003 Nazwa kom.: PRZYCHODNIA NR1-PORADNIE SPEC II Specjalność: 4010 ODDZIAŁ ALERGOLOGICZNY	BIAŁA 2 00-215 POZNAŃ	brak oceny	Oczekuje	plan

Rys. 11.6 Miejsca udzielania świadczeń

Jeżeli dla umowy został utworzony aneks można się z nim zapoznać wybierając opcję [aneks](#):

Aneksy do umowy							
Numer umowy		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Status: [-- wszystkie --]							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nr umowy	Nr umowy wg SIKCH	Nr pierwotny	Status	Data podpisania	Od daty	Do daty
1.	15-00-15000	5-01-501	SD-2016-132DGS DG	sprawdzony	-	2019-02-01	2019-05-14
drukuj aneks							

Rys. 11.7 Aneksy do umowy

Na liście widoczne będą zarówno aneksy zatwierdzone jak i sprawdzone (ale tylko te, które mają udostępniony wydruk umowy w formacie PDF przez pracownika OW NFZ). Dla aneksów o statusie sprawdzony wyświetlana jest tylko opcja [drukuj aneks](#) (brak opcji [zakres świadczeń](#)).

11.1.3 Przeglądanie bieżącego rozliczenia

Jak już wspomniano, we wcześniejszym podpunkcie instrukcji, w trakcie przeglądania informacji o zakontraktowanych świadczeniach operator ma również dostęp do przeglądania realizacji kontraktu. Różnica pomiędzy dostępną w przeglądaniu realizacją faktyczną, a funkcjami dostępnymi w części **bieżące rozliczenie**

polega na tym, że w pierwszej części udostępniony został monitoring realizacji (zestawienie ilości i wartości sprawozdanych świadczeń), natomiast w drugiej informacja o przekazanych w komunikatach statystycznych produktach.

Wybierając na liście umów opcję **bieżące rozliczenie** operator uzyska dostęp do przeglądania:

- wykazu rozliczonych pozycji** – listy wszystkich produktów przesłanych w komunikatach statystycznych i potwierdzonych do zafakturowania w komunikatach zwrotnych do komunikatów rozliczeniowych. Informację o rozliczonych pozycjach wraz z danymi o id instalacji, id pozycji rozliczeniowej, nr wersji pozycji rozliczeniowej, liczbie uznanych świadczeń oraz id szablonu można pobrać w postaci pliku **WPR** za pomocą opcji **Pobierz plik**. W kolumnie **Liczba jednostek do rozliczenia** wyświetlana jest informacja **Nie podlega finansowaniu** w przypadku, gdy pozycja rozliczeniowa dotyczy roku 2013 lub późniejszego i liczba jednostek finansowanych świadczeniodawcy przez NFZ wynosi 0.

Lp.	Identyfikator instalacji	Id pozycji rozliczeniowej	Nr wersji pozycji rozl.	Liczba uznanych jedn. rozlicz.	Id szablonu	Punkt umowy	Okres spaw.
1.	WB_AOS_2018	1	1	1.0000	7151	2	1
2.	WB_AOS_2018	2	1	1.0000	7152	2	2

Rys. 11.8 Wykaz rozliczonych pozycji

- wykazu pozycji do rozliczenia** – listy wszystkich pozycji rozliczeniowych przekazanych w komunikatach statystycznych, które nie zostały jeszcze oznaczone do zafakturowania w II fazie rozliczeń. Informację o nierozliczonych pozycjach wraz z danymi o id instalacji, id pozycji rozliczeniowej, wersji pozycji rozliczeniowej oraz liczbie jednostek do rozliczenia można pobrać w postaci pliku **WDR** za pomocą opcji **pobierz plik** (wykaz uwzględnia odfiltrowane dane wyświetlone na liście). Jeżeli w tej części systemu pojawiają się pozycje z ujemną liczbą jednostek rozliczeniowych, będą one reprezentowały nierozliczone korekty blokujące rozliczenie świadczeń z dodatnią liczbą jednostek rozliczeniowych.

Lp.	Identyfikator instalacji	Id pozycji rozliczeniowej	Nr wersji pozycji rozl.	Liczba jedn. do rozlicz.	Punkt umowy	Okres spaw.
1.	wb_szp_2018_ug14	5	1	2.0000	2	1

Rys. 11.9 Wykaz pozycji do rozliczenia

- wykazu pozycji z problemami** – listy pozycji rozliczeniowych przekazanych w komunikatach statystycznych, dla których w czasie weryfikacji komunikatu w systemie OW NFZ wykryto problemy walidacji. W zakładce tej dostępna jest opcja przeglądania listy błędów wykrytych dla pozycji. Błędy należy poprawić w aplikacji świadczeniodawcy, a następnie przygotować kolejny komunikat statystyczny w celu dokonania rozliczenia świadczeń. Informację o pozycjach rozliczeniowych zweryfikowanych z błędem wraz z danymi o świadczeniu można pobrać w postaci pliku **WPP** za pomocą opcji **pobierz plik** (wykaz uwzględnia odfiltrowane dane wyświetlone na liście). Filtr *Stan rozliczenia* umożliwia operatorowi wyszukiwanie na liście pozycji rozliczonych lub niewskazanych do rozliczenia.

LP	Nazwa pliku z raportem Id instalacji Id pozycji rozliczeniowej Wersja pliku rozliczeniowej	Kod zakresu świad. Nazwa zakresu świad.	Kod świadczenia Nazwa świadczenia	Roopoznanie główne ICD10	Typ id pacjenta Id pacjenta	Udział świad. Data od Data do	Pełni osobę personelu medycznego Nr prawa wykonywania zawodu	Operacje
1.	201801_L_150059608180007_6 64-2018-02018 65	03.4010-030.02 #ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	05.01.01.0014001 #P01 ASTMA LUB TRUDNOŚCI W ODDECHANIU	#S0.7	#PESEL #97071449487	2018-02-02 2018-02-02	# #7665757	Lista błędów
2.	201801_L_150059608180007_6 64-2018-02018 67 68	03.0000.344.02 #PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGIICZNEJ (SGE ZALEŻNEJ ORAZ CIĘŻKIEJ ASTMY EOZYNOFILOWEJ	08.07.0000004 #PRZYPICIE PACJENTA W TRYBIE AMBULATORIOWYM ZWIĄZANE Z WYKONANIEM PROGRAMU	#S0.7	#PESEL #97071449487	2018-02-02 2018-02-02	# #7665757	Lista błędów

Rys. 11.10 Wykaz pozycji z problemami

Pliki pobierane w tej części systemu można rozpakować i przeglądać za pomocą dowolnej aplikacji.

Dla pozycji z problemami powiązanych dodano następujące dane dla usługi powiązanej:

- Id instalacji
- Id pozycji rozliczeniowej
- Wersja pozycji rozliczeniowej

Aby zapoznać się z powyższymi informacjami należy wybrać odpowiednio następujące opcje: *Lista błędów*, a następnie *Pokaż pozycje powiązane*.

11.1.4 Pobieranie pliku umowy

Oprócz opcji umożliwiającej przeglądanie umowy, w obszarze **Umowy** dostępna jest operacja pobierania pliku umów.

Ze względu na zmianę formatu wymiany danych na stronie znajdują się opcje pobierania umów w:

- formacie ***.umw** obowiązującym do końca 2005 roku (funkcja dostępna do roku 2007);
- formacie ***.umx** – otwartym formacie wymiany danych.

Pliki zawierają wszystkie informacje o umowie i są jej elektroniczną wersją. Plik należy pobrać i zaimportować do systemu rozliczeń.

W celu pobrania pliku UMW umowy na dysk komputera, należy wybrać opcję **pobierz.**

W celu pobrania pliku UMX umowy na dysk komputera, należy wybrać opcję **pobierz XML.**

11.2 Przekazania informacji o liczbie ratowników medycznych

Opcja **Wzrost wynagr. dla ratowników** umożliwia złożenie informacji o liczbie etatów w celu uzyskania wzrostu wynagrodzeń dla ratowników medycznych.

System umożliwia przekazanie powyższej informacji od 2018-07-17 do 2018-07-30.

Przekazanie wniosku spowoduje zamknięcie możliwości poprawy liczby etatów w zamieszczonym pliku (opcja nie będzie dostępna). W przypadku potrzeby zmiany etatów w pliku należy skontaktować się z Oddziałem NFZ do dnia 2018-07-30.

11.3 Lista umów formalno-prawnych PSZ

Obszar **Lista umów formalno-prawnych PSZ** zawiera listę umów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Funkcjonalność dostępna jest jedynie dla podmiotów leczniczych.

Świadczeniodawca
Identyfikator: 15000
Nazwa: TESTOWY ŚWIADCZENIODAWCA

Lista umów formalno-prawnych PSZ

Numer umowy | Zawiera | Szukaj | Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Numer umowy	Data obowiązywania od	Data obowiązywania do	Faktyczna data obowiązywania do	Operacje
1.	PSZ_	2017-10-01	2021-06-30	2021-06-30	kwalifikacja zakładu
2.	PSZ_	2017-10-01	2021-06-30	2021-06-30	kwalifikacja zakładu
3.	PSZ_	2017-10-01	2021-06-30	2021-06-30	kwalifikacja zakładu
4.	PSZ_	2017-10-01	2021-06-30	2021-06-30	kwalifikacja zakładu
5.	PSZ_	2017-10-01	2018-06-30	2018-06-30	kwalifikacja zakładu

Rys. 11.11 Lista umów formalno-prawnych PSZ

Opcja **Kwalifikacja zakładu** umożliwia wyświetlenie zakładów, jakie zostały zakwalifikowane do sieci.

Umowa formalno-prawna PSZ
Numer umowy: PSZ_PSZ
[Powrót do listy umów](#)

Kwalifikacja zakładu do poziomu zabezpieczenia świadczeń

Nazwa | Zawiera | Szukaj | Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nazwa zakładu	REGON	Operacje
1.	Nazwa: PSZ Kod techn.: 1025	3	poziom sieci PSZ profile

Rys. 11.12 Kwalifikacja zakładu do poziomu zabezpieczenia świadczeń

Opcja **Poziom sieci PSZ** umożliwia zapoznanie się z kwalifikacją zakładu do poziomu zabezpieczenia świadczeń. W miejscu tym wyświetlana jest informacja, w jakim poziomie zabezpieczenia świadczeń znalazł się zakład oraz co było podstawą kwalifikacji.

Umowa formalno-prawna PSZ
Numer umowy: SZPITAL PSZ
[Powrót do listy umów](#)

Zakład leczniczy
Nazwa zakładu: SZPITAL
REGON: 000
[Powrót](#)

Poziom sieci PSZ

Lp.	Kod poziomu	Tryb kwalifikacji	Data od	Data do
	Nazwa poziomu	Kod podstawy kwalifikacji		
		Nazwa podstawy kwalifikacji		
1.	Kod: 30 Nazwa: Szpitale III stopnia	Tryb: Decyzja Dyrektora OW NFZ Kod podstawy: - Nazwa podstawy: -	2017-10-01	2021-06-30

Rys. 11.13 Poziom sieci PSZ

Opcja **Profile** umożliwia zapoznanie się z wszystkimi profilami wybranego zakładu, który został zakwalifikowany do poziomu zabezpieczenia świadczeń.

11.4 Raporty z automatycznego generowania szablonów umów (ATSU)

Oddział wojewódzki może przeprowadzić automatyczne tworzenie szablonów umów. Aby świadczeniodawca mógł zapoznać się z umowami, jakie powstały w procesie ATSU należy z głównego menu SZOI wybrać opcję *Umowy -> Raporty z automatycznego tworzenia umów*.

W nowym module operator będzie mógł zapoznać się z umowami, jakie powstały podczas procesu ATSU oraz z różnicami jakie zostały wykryte pomiędzy umową pierwotną (źródłową) oraz docelową (nową umową).

Lista umów utworzonych w procesie ATSU

Nr umowy docelowej: Zawiera 15-56 Szukaj Zlicz rekordy

Rok: 2015

Umowa docelowa: wybierz

Umowa źródłowa: wybierz

Dane z procesu ATSU: -- wybierz --

Export do pliku pdf

Export do pliku xls

Export do pliku xlsx

TAK - informacja dostępna tylko dla RTM (jeżeli wykryto różnice na poziomie rejonu operacyjnego)
 NIE - jeżeli nie wystąpiły różnice lub umowa dotyczy innego zakresu niż RTM

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Nr pierwotny umowy źródłowej	Nr pierwotny umowy docelowej	Nazwa rodzaju świadczeń	Nazwa typu umowy	Różnice na poziomie rejonu operacyjnego	Różnice na poziomie pozycji umowy	Operacje
Nr umowy źródłowej	Nr umowy docelowej					
Nr pierw.: KW LOG KOPIOWANIA 24.02 Nr : 15-00-05563-14-58	Nr pierw.: KW LOG KOPIOWANIA 24.02 Nr: 15-00-05563-15-56	RATOWNICTWO MEDYCZNE	RATOWNICTWO MEDYCZNE	NIE	TAK	pozycje rejonu
Poprzednia umowa, która została skopiowana	Nowa umowa		TAK - system wykrył rozbieżności po skopiowaniu umowy			Pozycje - podgląd pozycji skopiowanej umowy Rejonu - podgląd rejonów operacyjnych (tylko dla RTM)

Rys. 11.14 Lista umów utworzonych w procesie ATSU (Automatycznego Tworzenia Szablonów Umów)

Aby wyeksportować wszystkie pozycje na liście do pliku PDF należy skorzystać z opcji **Export do pliku pdf** :

Lp.	Nr pierwotny umowy źródłowej	Nr pierwotny umowy docelowej	Nazwa rodzaju świadczeń	Nazwa typu umowy	Różnice na poziomie rejonu operacyjnego	Różnice na poziomie pozycji umowy
	Nr umowy źródłowej	Nr umowy docelowej				
1	Nr pierwotny umowy źródłowej KW LOG KOPIOWANIA 24.02 Nr umowy źródłowej 15-00-05563-14-58	Nr pierwotny umowy docelowej KW LOG KOPIOWANIA 24.02 Nr umowy docelowej 15-00-05563-15-56	RATOWNICTWO MEDYCZNE	RATOWNICTWO MEDYCZNE	NIE	TAK

Natomiast opcja **Export do pliku xls** umożliwia eksport wszystkich aktualnie wyświetlanych pozycji na liście, do pliku XLS:

Lista umów utworzonych w procesie ATSU				Czas generacji: 2015.09.04 10:25:56		Użyto następujących filtrów: Nr umowy docelowej zawiera "15-56" Rok: 2015 Dane z procesu ATSU: Umowa niekompletna	
Nr pierwotny umowy	Nr umowy	Nr pierwotny umowy	Nr umowy	Nazwa rodzaju świadczeń	Nazwa typu umowy	Różnice na poziomie	Różnice na poziomie
KW LOG KOPIOWANIA 24.02	15-00-05563-14-58	KW LOG KOPIOWANIA 24.02	15-00-05563-15-56	RATOWNICTWO MEDYCZNE	RATOWNICTWO MEDYCZNE	NIE	TAK

Lista umów utworzonych w procesie ATSU składa się z następujących kolumn:

- Nr pierwotny umowy źródłowej / Nr umowy źródłowej – dane umowy, która została skopiowana
- Nr pierwotny umowy docelowej / Nr umowy docelowej – dane nowej umowy
- Nazwa rodzaju świadczeń
- Nazwa typu umowy
- Różnice na poziomie rejonu
 - TAK – jeżeli wykryto różnice na poziomie rejonu
 - NIE – jeżeli rozbieżności nie występują lub umowa nie dotyczy RTM
- Różnice na poziomie pozycji umowy
 - TAK – jeżeli wykryto różnice w jakiejś pozycji umowy
 - NIE – jeżeli rozbieżności nie występują

W systemie mogą się pojawić następujące powody różnic pomiędzy umową źródłową, a docelową:

- I. Różnice w rejonie:
 - Brak przynajmniej jednego zespołu RTM w rejonie w roku docelowym lub brak przynajmniej jednego zespołu RTM z miejscem obowiązywania na pierwszy dzień obowiązywania zespołu RTM
 - Rejon nie występuje w roku docelowym
- II. Różnice w zakresie świadczeń:

- Brak zakresu świadczeń w roku docelowym
- III. Różnice w **miejscu**:
- Zespół RTM nie występuje w roku docelowym w podanym okresie czasu
 - Miejsce udzielania świadczeń nie jest dostępne w potencjale na pierwszy dzień obowiązywania umowy docelowej
 - Miejsce udzielania świadczeń nie jest dostępne w potencjale na pierwszy dzień obowiązywania zespołu RTM
 - Brak zestawu produktów handlowych w miejscu
 - Brak przynajmniej jednego produktu niehistorycznego ZPO w roku docelowym
 - Miejsce pominięte - komórka organizacyjna nie została dostosowana do aktualnie obowiązującego rozporządzenia MZ w sprawie rejestrów
- IV. Różnice w **umowach o podwykonawstwo**:
- Umowa o podwykonawstwo nie obowiązuje na pierwszy dzień obowiązywania umowy docelowej
- V. Różnice w **personelu**:
- Osoba personelu nie jest wykazana w potencjale w tym miejscu na pierwszy dzień obowiązywania nowej umowy
 - Osoba personelu nie jest wykazana w potencjale w wydzielonych zasobach RTM na pierwszy dzień obowiązywania rejonu w umowie docelowej
- VI. Różnice w **zasobach**:
- Zasób nie jest wykazany w potencjale w tym miejscu udzielania świadczeń na pierwszy dzień obowiązywania nowej umowy
 - Zasób nie jest wykazany w potencjale w tym miejscu udzielania świadczeń na pierwszy dzień obowiązywania zespołu RTM w nowej umowie

Jeżeli zostaną wykryte jakieś różnice pomiędzy umową źródłową, a docelową i są one niezgodne z rzeczywistością, należy:

- 1) Poprawić problematyczne pozycje (jeżeli jest to możliwe) np.:
 - a. dodać zestaw produktów handlowych do miejsca
 - b. wykazać personel w potencjale
 - c. wykazać zasoby w potencjale
- 2) Skontaktować się z OW NFZ w celu rozwiązania problemu

Lista pozycji umowy wraz z miejscem udzielania świadczeń

Kod zakresu Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Zakres świadczeń:

Miejsce udzielania świadczeń:

Dane z procesu ATSU: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod zakresu świadczeń Nazwa zakresu świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń Nazwa miejsca udzielania świadczeń	Adres miejsca udzielania świadczeń	Czy utworzono pozycje umowy	Powód braku utworzenia pozycji	Różnice na poziomie personelu	Różnice na poziomie zasobów	Różnice na poziomie umów o podw.	Operacje
1.	Kod: 01.0010.094.01 Nazwa: ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	Kod: 14635 Nazwa: MIEJSCE 8011 - SZPITALS BEZ S - DO PRZEDSIEBIORSTWA, RTM PODSTAWOWU	12-111 POZNAŃ ul. RYNEL 2000	TAK	-	TAK	TAK	TAK	personel zasoby umowy podw.
2.	Kod: 01.0010.094.01 Nazwa: ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	Kod: 14636 Nazwa: MIEJSCE 8013 - SZPITALS BEZ S - DO PRZEDSIEBIORSTWA, ZAWIESZONE ITP	12-111 POZNAŃ ul. RYNEL 2000	TAK	-	TAK	TAK	TAK	personel zasoby umowy podw.
3.	Kod: 01.0010.094.01 Nazwa: ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	Kod: 14637 Nazwa: MIEJSCE 8012 - SZPITALS BEZ S - KOLEJNA SOBIE KOMORKA RTM	12-111 POZNAŃ ul. RYNEL 2000	TAK	-	TAK	TAK	TAK	personel zasoby umowy podw.
4.	Kod: 01.0034.010.01 Nazwa: ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ	Kod: 14874 Nazwa: RATOWNICTWO 2014	12-111 POZNAŃ ul. RYNEL 2000	NIE	Miejsce udzielania świadczeń nie jest dostępne w potencjale na pierwszy dzień obowiązywania umowy docelowej	NIE	NIE	NIE	

Rys. 11.15 Lista pozycji umowy wraz z miejscami udzielania świadczeń

11.5 Wykaz zaległych korekt

W części **Wykaz zaległych korekt** wyświetlana jest lista szablonów korekt bez utworzonych / zaimportowanych korekt dla wszystkich umów świadczeniodawcy. Operator ma możliwość filtrowania listy po roku i numerze umowy.

Wykaz zaległych korekt

Rok Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 3 z 3

Lp.	Nr Umowy	Nr pierwotny	Rok umowy	Miesiąc	Nr szablonu korekty	Nr szablonu rachunku	Nr rachunku	Status rachunku	Podstawa ubezpieczenia
1.	15-00-05376-12-05	SD-2012-023	2012	7	3648	3645	PB KRSK 1C	zatwierdzony	U - UBEZPIECZENI
2.	15-00-05376-12-05	SD-2012-023	2012	8	3677	3669	09-09	zatwierdzony	UE - PRZEPISY O KOORDYNACJI
3.	15-00-05376-12-49		2012	6	3633	3632	213	zatwierdzony	U - UBEZPIECZENI

Rys. 11.16 Wykaz zaległych korekt

Widoczność zaległych dokumentów jest uzależniona od decyzji NFZ - parametr ustawiany w OW NFZ określający rok, od którego generowane są ostrzeżenia o braku rachunku (przykład: ustawienie parametru na 2011 spowoduje, że ostrzeżenie będzie wyświetlane przy nieprzekazanych korektach do umów na rok 2011 i późniejsze)

11.6 Modele rozliczeń

11.6.1 Korekta świadczeń z lat ubiegłych (przed 2011)

UWAGA!

Za korektę danych do załączników rzeczowo-finansowych uważa się również wszelkie zmiany w epizodach, w których przynajmniej jeden produkt rozliczeniowy został wykonany w ramach umowy zawartej na rok 201010 (lub wcześniejszy) i nie został dotychczas rozliczony.

Jeżeli świadczeniodawca dysponuje oprogramowaniem, które umożliwi generację komunikatów statystycznych dla umów zawartych przed 2011 w formacie odpowiadającym formatowi obowiązującemu dla tych umów, korekta danych może zostać wykonana w modelu naliczania świadczeń do rozliczenia przez świadczeniodawcę (dotychczasowy model).

W powyższym przypadku, świadczeniodawca:

- **nie zmienia** modelu naliczania świadczeń do umowy dla załącznika rzeczowo-finansowego, którego dotyczy korekta;
- sprawozdaje dane statystyczne komunikatem **SWIAD w wersji niższej niż 2.0**;
- dla pozycji statystycznych zweryfikowanych pozytywnie i potwierdzonych w komunikacie zwrotnym do I fazy, świadczeniodawca przygotowuje komunikat II fazy (raport rozliczeniowy) zawierający pozycje do rozliczenia i skorygowania;
- na podstawie komunikatu zwrotnego do II fazy, zawierającego szablon(y) rachunku refundacyjnego – świadczeniodawca przygotowuje rachunek refundacyjny.

Jeżeli świadczeniodawca nie posiada możliwości przekazania korekty danych statystycznych dla świadczeń wykazanych w ramach załączników rzeczowo-finansowych sprzed roku 2011 w komunikacie SWIAD o wersji niższej niż 2.0 musi dokonywać korekty danych według modelu naliczania świadczeń przez OW NFZ.

W powyższym przypadku, świadczeniodawca:

- **musi zmienić model naliczania świadczeń** dla załącznika rzeczowo-finansowego, którego dotyczy korekta świadczeń na model **naliczania świadczeń do rozliczenia przez OW NFZ**:
 - zmianę wykonuje się **na Liście umów** [menu: Umowy – Lista umów]
 - na **Liście umów** należy wyszukać żądany załącznik rzeczowo-finansowy (umowę)
 - należy wybrać opcję **model rozliczeń** – czynność spowoduje wyświetlenie okna **Model rozliczeń umowy**

Uwaga!

Zmiana modelu naliczania świadczeń jest jednokierunkowa.

PO WYKONANIU OPERACJI NIE BĘDZIE MOŻLIWE:

- **PRZESYŁANIE DO UMOWY KOMUNIKATÓW STATYSTYCZNYCH WYGENEROWANYCH W WERSJI NIŻSZEJ NIŻ 2.0**
- **PRZESYŁANIE DO UMOWY RAPORTÓW ROZLICZENIOWYCH**

Świadczeniodawca nie będzie mógł przywrócić dotychczasowego modelu rozliczania danych.

- jeśli zmiana modelu rozliczeń umowy jest konieczna świadczeniodawca musi **zaznaczyć opcję *Zmień model naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ***, a następnie wybrać opcję **zatwierdź**.
- musi **wybrać sposób generacji szablonu** rachunku dla załącznika rzeczowo-finansowego (*Portal SZOI*);
- przygotować i przekazać do OW NFZ komunikat statystyczny SWIAD zawierający korektę danych **w wersji 2.0 lub wyższej** [atrybut: komunikat@wersja] (*aplikacja rozliczeniowa świadczeniodawcy, przesłanie za pośrednictwem Portalu SZOI*);
- dla pozycji statystycznych zweryfikowanych pozytywnie i potwierdzonych w komunikacie zwrotnym do komunikatu statystycznego, świadczeniodawca może wykonać **żądanie naliczenia świadczeń do rozliczenia** (*Portal SZOI*);
- na podstawie komunikatu zwrotnego do żądania naliczenia, zawierającego szablon(y) rachunku refundacyjnego – świadczeniodawca przygotowuje rachunek refundacyjny.

11.6.2 Model rozliczenia świadczeń za grudzień 2010

Dane statystyczne za okres sprawozdawczy 12-2010 mogą być sprawozdawane w dotychczasowym formacie wymiany danych (wersja niższa niż 2.0)

Dane rozliczeniowe za okres rozliczeniowy 2010 mogą być przekazane w dotychczasowym formacie wymiany danych (**pod warunkiem, że świadczeniodawca jawnie nie zmienił sposobu naliczania danych do rozliczenia**).

Funkcjonalność Portalu SZOI umożliwi zaimportowanie i przekazanie do OW NFZ raportu rozliczeniowego wg modelu naliczania świadczeń przez świadczeniodawcę.

11.6.3 Model rozliczania świadczeń dla umów od 2011

Niezależnie od rodzaju świadczeń, wszystkie załączniki rzeczowo-finansowe utworzone w systemie na rok 2011 będą rozliczane wg nowego modelu naliczania świadczeń do rozliczenia. Zasada ta obowiązuje bezwarunkowo. Świadczeniodawca w Portalu SZOI nie musi wykonywać żadnych czynności, aby sprawozdawać dane w nowym modelu.

Zmiany dla świadczeniodawcy:

- I. [Przed pierwszym przekazaniem danych statystycznych do NFZ świadczeniodawca musi wskazać sposób generowania naliczenia świadczeń do szablonu.](#)
W Portalu SZOI (w części Umowy – Lista umów lub przed wykonaniem importu pierwszego SWX do umowy) udostępnione zostaną dwie opcje do wyboru sposobu generacji naliczenia:
 - o **generowanie szablonu w ramach całej umowy**
 - o **generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy**
 - o świadczeniodawca może zmieniać sposób generowania szablonu rachunku do umowy. **Zmiana będzie obowiązywać od kolejnego naliczania świadczeń.**
- II. Od 1 stycznia 2011 zmianie ulega format wymiany danych statystycznych (raportów statystycznych) przekazywanych do NFZ, a w związku z powyższym:
 - a. świadczeniodawca sprawozdając świadczenia za miesiąc styczeń 2011 musi przekazywać je w wersji 2.0 komunikatu statystycznego
 - b. w Portalu SZOI od dnia 01.01.2011 wprowadzona została blokada przesyłania raportów statystycznych za okres od 01-2011 w dotychczasowym formacie wymiany danych. **Próba importu zostanie zakończona błędem parsowania danych.**
- III. Po zaimportowaniu komunikatu SWX (raportu statystycznego) przez świadczeniodawcę do systemu NFZ, w portalu udostępniony zostanie raport zwrotny zawierający informacje o:
 - a. niezaimportowanych zestawach świadczeń wraz z komunikatem błędu walidacji;
 - b. pozycjach zaimportowanych oczekujących na weryfikację danych statystycznych;
- IV. Komunikat zwrotny do raportu statystycznego dostępny jest do pobrania w Portalu SZOI. W części *dane szczegółowe* Portalu SZOI świadczeniodawca ma dostęp do informacji:
 - a. ile zestawów świadczeń było przeznaczonych do importu,
 - b. ile zestawów świadczeń zostało zaimportowanych
 - c. ile zestawów świadczeń nie zostało zaimportowanychoraz
 - o ile raportów cząstkowych powstało na skutek importu SWX,
 - o jaki jest wynik weryfikacji raportu cząstkowego.**Informacja o wyniku weryfikacji może być traktowana jako podstawa do wykonania naliczenia świadczeń do rozliczenia.**

- V. Po zakończeniu weryfikacji świadczeń medycznych OW NFZ udostępni kolejny raport zwrotny do raportu statystycznego zawierający informację o wynikach weryfikacji. Raport zwrotny należy pobrać i zaimportować do systemu świadczeniodawcy w celu ewentualnej korekty danych zweryfikowanych z wynikiem negatywnym.
- VI. Za okres 01-2011 świadczeniodawca nie może przekazać do NFZ raportu rozliczeniowego. Funkcja importu zostanie zablokowana.
- VII. Weryfikacja świadczeń medycznych z wynikiem pozytywnym jest podstawą do przesłania przez świadczeniodawcę żądania rozliczenia świadczeń medycznych. Czynność tą wykonuje się w Portalu SZOI po wybraniu opcji menu: **Sprawozdawczość – Żądanie rozliczenia:**
- w przypadku rozliczania świadczeń w rodzaju świadczeń *zaopatrzenie ortopedyczne* należy skorzystać z opcji **Dodawanie żądania rozliczenia ZPO,**
 - w innych rodzajach świadczeń niż w/w należy skorzystać z opcji **Dodanie żądania rozliczenia świadczeń,**
- Do wygenerowania naliczenia operator świadczeniodawcy musi wskazać:
- rok, którego dotyczy rozliczenie;
 - numer umowy (załącznika rzeczowo-finansowego), dla którego zostanie wygenerowane naliczenie (*w podglądzie udostępnione zostaną tylko te numery umów, które mogą być rozliczane wg nowego modelu naliczania świadczeń do rozliczenia*),
 - miesiąc naliczania – miesiąc rozliczeniowy (nie może być wcześniejszy niż ostatnio wskazany do naliczenia), wg którego będzie naliczany limit efektywny.
- VIII. Po zakończonej procedurze naliczania świadczeń do rozliczenia, w Portalu SZOI udostępniony zostanie komunikat zwrotny zawierający szablon(y) rachunku refundacyjnego;
- IX. Na podstawie szablonów rachunków świadczeniodawca wystawia w swoim systemie informatycznym rachunek refundacyjny – wersja elektroniczna rachunku przekazywana jest za pośrednictwem portalu SZOI.

Aby zmienić sposób przepisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego należy na **Liście umów** z kolumny **Operacje** wybrać funkcję **Model rozliczeń**.

W nowo otwartym oknie operator systemowy musi zdecydować się na jeden z poniższych sposobów przepisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego:

- generowanie szablonu w ramach całej umowy** (z wyłączeniem świadczeń, które domyślnie powinny być wskazane do rozliczenia osobnym szablonem, np.: pacjenci UE) – wygenerowany szablon rachunku będzie zawierał informacje o rozliczeniu pozycji z wszystkich punktów umowy, dla których przekazano pozytywnie zweryfikowane dane statystyczne przed wskazaniem świadczeń do naliczenia. Sposób: „jedna umowa – jeden rachunek”.
- generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy** – dla każdego punktu umowy i okresu rozliczeniowego generowany będzie oddzielny szablon rachunku.

Po zaznaczeniu odpowiedniej pozycji można zmianę modelu rozliczeń.

(1) Model rozliczeń umowy

Aktualny model rozliczeń

Stosowanie nowego protokołu korygowania danych w komunikacie SWIAD oraz naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ

Sposób przypisania świadczeń do szablonu rozliczeniowego:*

- generowanie zbiorczego szablonu w ramach całej umowy
- generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy

Rys. 11.17 Model rozliczeń umowy

11.7 Szablony rachunków

Na *Liście umów* dodano operację **Szablony rachunków**, która pozwala na wyświetlenie listy szablonów rachunków dla wskazanej umowy w układzie:

- Numer szablonu
- Status szablonu (aktywny / usunięty przez świadczeniodawcę / usunięty przez operatora KS-SIKCH)
- Typ dokumentu (rachunek/korekta)
- Podtyp szablonu (ubezpieczeni)
- Rok i okres
- Numer szablonu korygowanego (w przypadku szablonu korekty)
- Numer rachunku/korekty rachunku według świadczeniodawcy – o ile istnieje
- Status rachunku (wprowadzony, sprawdzony oczekuje na korektę, zatwierdzony, zaksięgowany)
- Numer raportu rozliczeniowego/żądania rozliczenia
- Data i czas utworzenia szablonu
- Data i czas usunięcia szablonu
- Operacje

Szablony rachunków												
Numer szablonu: <input type="text"/> Zawiera: <input type="text"/> <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>												
Rok: 2012 Miesiąc: -- dowolny --												
Status szablonu: -- wszystkie -- Typ szablonu: -- wszystkie -- Podtyp szablonu: -- wszystkie --												
Rachunek: -- wszystkie --												
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20												
Lp.	Numer szablonu	Status szablonu	Typ dokumentu	Podtyp szablonu	Rok i okres	Numer szablonu koryg.	Numer rachunku/korekty rachunku	Status rachunku	Id Jądania / Nr. raportu rozl.	Data i czas utworzenia szablonu	Data i czas usunięcia szablonu	Operacje
1.	3540	Aktywny	Rachunek	U - UBEZPIECZENI	2012-1		1	Zaksięgowany	62843	2012-02-21 11:29:27		pozycje szablonu
2.	3580	Aktywny	Korekta	U - UBEZPIECZENI	2012-1	3540	88	Zatwierdzony	63942	2012-03-28 13:54:11		pozycje szablonu
3.	3581	Aktywny	Rachunek	UE - PRZEPISY O KOORDYNACJI	2012-2		89	Zatwierdzony	63954	2012-03-28 14:01:22		pozycje szablonu
4.	3582	Aktywny	Rachunek	UE - PRZEPISY O KOORDYNACJI	2012-2		90	Zatwierdzony	63954	2012-03-28 14:01:22		pozycje szablonu
5.	3586	Aktywny	Rachunek	U - UBEZPIECZENI	2012-3		91	Zaksięgowany	64501	2012-04-18 09:09:03		pozycje szablonu
6.	3587	Aktywny	Korekta	U - UBEZPIECZENI	2012-3	3586	92	Zaksięgowany	64504	2012-04-18 09:49:07		pozycje szablonu
7.	3588	Aktywny	Rachunek	U - UBEZPIECZENI	2012-3		93	Zaksięgowany	64531	2012-04-18 10:37:31		pozycje szablonu

Rys. 11.18 Szablony rachunków

Do wyszukiwania konkretnego szablonu służą następujące filtry:

- **Rok**
- **Miesiąc**
- **Status szablonu**
- **Typ szablonu**
- **Podtyp szablonu**
- **Rachunek/korekta rachunku:**
 - a) wszystkie – opcja domyślna
 - b) szablony, dla których przekazano dokument księgowy
 - c) szablony, dla których nie przekazano dokumentu księgowego

W kolumnie *Operacje* dostępne są następujące opcje:

- **Pozycje szablonu**
- **Usuń**

Pozycje szablonu rachunku							
Nr punktu umowy: <input type="text"/> Zawiera: <input type="text"/> <input type="button" value="Szukaj"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Punkt umowy	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Nr wg SIKCH	Liczba uznanych jednostek rozliczeniowych do zafakturowania	Obowiązująca cena jednostki rozliczeniowej	Wartość
1.	2	403407003002	HEMATOLOGIA - HOSPITALIZACJA	6240	31,46	1,00 zł	31,46 zł
2.	1	403405003102	GASTROENTEROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	6241	17,46	1,00 zł	17,46 zł

Rys. 11.19 Pozycje szablonu rachunku

Operacja usunięcia szablonu dostępna jest pod warunkiem, że dla umowy nie wybrano modelu naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ.

11.8 Przeglądanie umów w rodzaju ZPO

Uwaga!!!

Funkcjonalność dostępna jest tylko i wyłącznie dla świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju Zaopatrzenie sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (ZPO).

Ze względu na specyfikę rodzaju świadczeń ZPO wprowadzono odrębną wizualizację elektronicznych wersji umów dla tego rodzaju, a także dodatkowe opcje, które umożliwiają przeglądanie cennika produktów handlowych oraz składanie wniosków o aktualizację cen produktów lub zmianę zestawu produktów realizowanych w ramach umowy.

Lista umów (załączniki rzeczowo-finansowe)							
Numer umowy		Zawiera	Szukaj	Zlicz rekordy			
Rodzaj świadczeń:		ZPO ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE					
Okres rozliczeniowy - rok:		2020					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nr umowy Nr umowy wg SIKCH	Nr pierwotny	Rodzaj świadczeń	Data podpisania	Od daty	Do daty	Operacje
1.	N: 15-00-05898-20-01 N: 150005898200001	150005898-05-10	K: ZPO N: ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE	2020-01-23	2020-01-01	2020-12-31	zakresy świadczeń nr konta bieżące rozliczenie model rozliczeń wnioski cennik produktów realizacja eZWM szablony rachunków

Rys. 11.20 Przykładowe okno Listy umów dla rodzaju świadczeń ZPO

11.8.1 ZPO: Przeglądanie zakresów świadczeń

Podobnie jak w innych rodzajach świadczeń, w ZPO dostępna jest opcja: [zakresy świadczeń](#). Za jej pomocą operator systemu ma możliwość przeglądania punktów wybranej umowy.

Umowa									
Nr umowy: 15-00-05898-20-01 Nr pierwotny: 150005898-05-10									
Powrót do listy umów									
Zakresy świadczeń									
Pobierz zestawienie									
Kod		Zawiera	Szukaj						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Nr punktu umowy	Okres obowiązywania pozycji umowy	Kod zakresu	Nazwa zakresu	Liczba usług	Jedn. cena	Wartość	Operacje	
1.	1	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	12.2973.033.09	ZAOPATRZENIE W ZAKRESIE PROTETYKI SŁUCHU	0,0000	0,00 zł	0,00 zł	plan miejsca	
2.	2	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	12.2972.033.09	ZAOPATRZENIE W ZAKRESIE OPTYKI OKULAROWEJ	0,0000	0,00 zł	0,00 zł	plan miejsca	
3.	3	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	12.2971.033.09	ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCCNICZE Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOCCNICZYCH Z ZAKRESU PROTETYKI SŁUCHU I OPTYKI OKULAROWEJ	0,0000	0,00 zł	0,00 zł	plan miejsca	
4.	4	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	12.2970.033.09	ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDCYczne	0,0000	0,00 zł	0,00 zł	plan miejsca	

Rys. 11.21 Zakresy świadczeń w umowie

Z uwagi na fakt, że zakresy świadczeń w ZPO są zakresami Nielimitowanymi, w podglądzie zakresów świadczeń informacje o zakontraktowanej liczbie usług i ich cenie będą zawierały wartość/ilość równą zero. Plan finansowy w podziale na poszczególne miesiące sprawozdawcze również będzie zerowy.

Dostępne operacje:

plan	Do roku 2008 wybór opcji umożliwił przeglądanie planu realizacji świadczeń z pakietu
----------------------	--

	<p>dołączonego do punktu umowy. Od 2008 roku, pakiety świadczeń dołączane do punktów umowy zostały zastąpione przez zestawy produktów handlowych. Świadczeniodawcy prowadzą swoje rozliczenia w oparciu o zakontraktowane produkty. Lista <i>Plan miesięczny</i> może być pusta (zawierać wartości zerowe).</p>																								
<p>miejsca</p>	<p>Wybór operacji miejsca umożliwia wyświetlenie listy <i>Miejsc udzielania świadczeń</i> (punktu wydań wyrobów medycznych) dla wybranego zakresu świadczeń.</p> <div data-bbox="561 450 1324 887" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Umowa Nr umowy: 15-00-05898-20-01 Nr pierwotny: 150005898-05-10 Powrót do listy umów</p> <p>Zakres świadczeń Kod: 12,2972,033,09 Nazwa: ZAOPATRZENIE W ZAKRESIE OPTYKI OKULAROWEJ Powrót do listy zakresów świadczeń</p> <p style="text-align: center;">Miejsc udzielania świadczeń</p> <p>Nazwa <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> Szukaj Zlicz rekordy</p> <p style="text-align: right;">Bieżący zakres pozycji: 1 - 20</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Lp.</th> <th>Nazwa/Numer</th> <th>Okres obowiązywania miejsca w pozycji umowy</th> <th>Jednostka/komórka organizacyjna</th> <th>Adres</th> <th>Ocena ostatniej sesji weryfikacyjnej</th> <th>Stan synchronizacji</th> <th>Operacje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Nazwa: MIEJSCE APTEKA Numer: 18686</td> <td>Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31</td> <td>Kod jedn.: 000 Nazwa jedn.: KOMÓRKA PRZYPISANE DO PRZEDSIĘBIORSTWA Specjalność: 4922 APTEKA SZPITALNA ALEO ZAKŁADOWA</td> <td></td> <td>nie dotyczy</td> <td>Oczekuje</td> <td>plan</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nazwa: 150005925 STOKROTKA Numer: 18969</td> <td>Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31</td> <td>Kod jedn.: 000 Nazwa jedn.: KOMÓRKA PRZYPISANE DO PRZEDSIĘBIORSTWA Specjalność: 9999 REALIZATOR ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI LUB ŚRODKAMI POMOCNICZYMI</td> <td></td> <td>nie dotyczy</td> <td>Oczekuje</td> <td>plan</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p style="text-align: center;">Rys. 11.22 Przykładowe okno miejsc udzielania świadczeń ZPO</p> <p><i>Numer</i> wyświetlany w kolumnie Nazwa / Numer jest unikalnym identyfikatorem technicznym miejsca, wykorzystywanym w innych aplikacjach, np.: ap-zz w celu wyboru miejsca wydania wyrobu medycznego.</p>	Lp.	Nazwa/Numer	Okres obowiązywania miejsca w pozycji umowy	Jednostka/komórka organizacyjna	Adres	Ocena ostatniej sesji weryfikacyjnej	Stan synchronizacji	Operacje	1.	Nazwa: MIEJSCE APTEKA Numer: 18686	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	Kod jedn.: 000 Nazwa jedn.: KOMÓRKA PRZYPISANE DO PRZEDSIĘBIORSTWA Specjalność: 4922 APTEKA SZPITALNA ALEO ZAKŁADOWA		nie dotyczy	Oczekuje	plan	2.	Nazwa: 150005925 STOKROTKA Numer: 18969	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	Kod jedn.: 000 Nazwa jedn.: KOMÓRKA PRZYPISANE DO PRZEDSIĘBIORSTWA Specjalność: 9999 REALIZATOR ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI LUB ŚRODKAMI POMOCNICZYMI		nie dotyczy	Oczekuje	plan
Lp.	Nazwa/Numer	Okres obowiązywania miejsca w pozycji umowy	Jednostka/komórka organizacyjna	Adres	Ocena ostatniej sesji weryfikacyjnej	Stan synchronizacji	Operacje																		
1.	Nazwa: MIEJSCE APTEKA Numer: 18686	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	Kod jedn.: 000 Nazwa jedn.: KOMÓRKA PRZYPISANE DO PRZEDSIĘBIORSTWA Specjalność: 4922 APTEKA SZPITALNA ALEO ZAKŁADOWA		nie dotyczy	Oczekuje	plan																		
2.	Nazwa: 150005925 STOKROTKA Numer: 18969	Data od: 2020-01-01 Data do: 2020-12-31	Kod jedn.: 000 Nazwa jedn.: KOMÓRKA PRZYPISANE DO PRZEDSIĘBIORSTWA Specjalność: 9999 REALIZATOR ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI LUB ŚRODKAMI POMOCNICZYMI		nie dotyczy	Oczekuje	plan																		
<p>Pobierz zestawienie</p>	<p>Opcja Pobierz zestawienie umożliwia pobranie informacji o realizacji ilościowo-wartościowej kontraktu.</p>																								

11.8.2 ZPO: Przeglądanie numeru konta bankowego

Opcja [nr konta](#) dostępna dla umów ZPO jest standardową funkcją systemu.

Wybór opcji spowoduje wyświetlenie aktualnej informacji o numerze konta bankowego podmiotu wskazanego w umowie do rozliczeń z NFZ.

Jeśli dane konta w umowie ZPO są niezgodne, należy skorzystać z funkcjonalności przekazania wniosku o zmianę numeru konta bankowego do istniejącej umowy [menu: Umowy – Konta bankowe - Wnioski].

11.8.3 ZPO: Przeglądanie aneksów

Opcja [aneksy \(x\)](#) dostępna dla umów ZPO jest standardową funkcją systemu, dostępną tylko wtedy, gdy do rocznego załącznika rzeczowo-finansowego zostały wprowadzone zmiany w postaci aneksów.

„x” przy nazwie opcji oznacza liczbę istniejących aneksów.

Wybór opcji spowoduje wyświetlenie listy aneksów wraz z jego numerem, statusem, okresem obowiązywania oraz datą podpisania.

Podobnie jak dla umów, funkcjonalność umożliwia przeglądanie listy punktów umów oraz miejsc udzielania świadczeń.

11.8.4 ZPO: Model rozliczeń

Opcja [model rozliczeń](#) dostępna dla umów ZPO jest standardową funkcją systemu. Jej zadaniem jest wskazanie przez realizatora sposobu naliczania świadczeń w żądaniu rozliczenia zaopatrzenia, a tym samym wystawienia rachunku.

Wybór opcji spowoduje wyświetlenie aktualnej informacji wraz z możliwością zmiany modelu rozliczeń:

- generowanie zbiorczego szablonu w ramach całej umowy – opcja powoduje, że naliczenie będzie jedno dla wszystkich punktów umowy;
- generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy – opcja powoduje, że liczba szablonów będzie zależna od liczby punktów umowy.

W przypadku umów ZPO nie ma możliwości wygenerowania szablonów wg miejsca wydania wyrobów medycznych.

11.8.5 ZPO: Wnioski o zmianę wartości refundacji produktu handlowego lub zmianę zestawu

Wnioski o zmiany w ZPO mogą dotyczyć:

- wartości refundacji produktu handlowego;
- zestawu produktów handlowych.

W obu wypadkach, wniosek o zmianę wprowadzany jest z poziomu listy umów po wybraniu opcji [wnioski](#). Przy pierwszym uruchomieniu, lista wniosków będzie pusta. W trakcie przekazywania kolejnych wniosków lista będzie sukcesywnie uzupełniana. Operator może wprowadzić dowolną ilość wniosków. Przekazanie wniosku do OW NFZ nie może wystąpić częściej niż 2 razy w miesiącu.

Wprowadzanie wniosku składa się z kilku kroków:

1. wprowadzenie nagłówka wniosku
2. wprowadzenie od 1 do 'n' pozycji wniosku (każda pozycja stanowi inny zakres świadczeń)
3. zmodyfikowanie cennika produktów i/lub zestawu produktów

Dodawanie wniosku

Aby wprowadzić nagłówek nowego wniosku należy wybrać opcję **Dodawanie wniosku**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Dodawanie wniosku*. Należy wskazać miesiąc, od którego nastąpią zmiany w umowie. Miesiąc powinien wynikać z aktualnych przepisów dotyczących wnioskowania o zmianę asortymentu w umowie. Następnie należy wybrać opcję **Zatwierdź**. W efekcie utworzony zostanie nagłówek wniosku, którego cechami będzie:

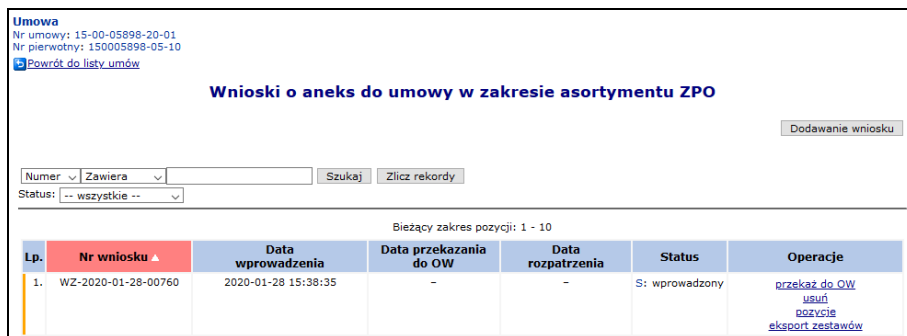
- numer wniosku (nadany przez system)
- data wprowadzenia
- status: *wprowadzony*

Uwaga!

Jednocześnie na liście może istnieć tylko jeden wniosek o statusie wprowadzony.

Dla wniosków o statusie *wprowadzony* udostępnione zostaną operacje:

- **Przeład do OW NFZ** – przekazanie do OW NFZ uzupełnionego wniosku w formie elektronicznej,
- **Edytuj** – edycja wniosku
- **Usuń** – usuwanie wniosku
- **Pozycje** – przeglądanie i dodawanie pozycji do wniosku, czyli zakresów świadczeń dla których wnioskowana jest zmiana
- **Eksport zestawów** – eksport zestawów produktów handlowych zawartych we wniosku do pliku xls



Lp.	Nr wniosku	Data wprowadzenia	Data przekazania do OW	Data rozpatrzenia	Status	Operacje
1.	WZ-2020-01-28-00760	2020-01-28 15:38:35	-	-	S: wprowadzony	przeład do OW usuń pozycje eksport zestawów

Rys. 11.23 Wnioski o aneks do umowy w zakresie asortymentu ZPO

Po wprowadzeniu nagłówka wniosku operator powinien przystąpić do dodawania pozycji wniosku. W tym celu należy wybrać opcję [pozycje](#).

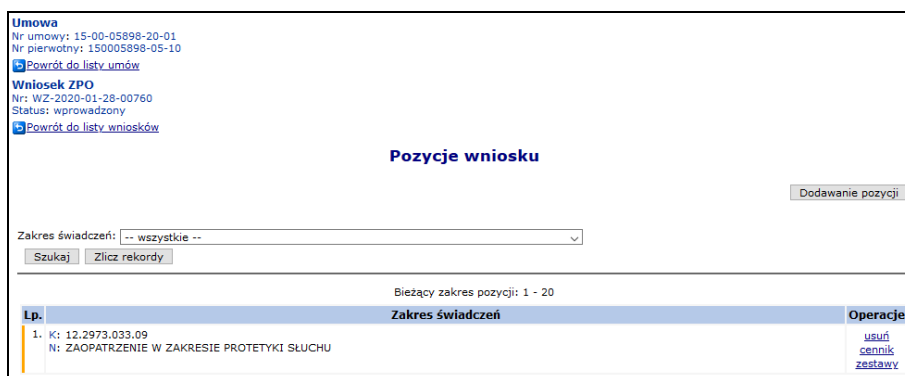


Rys. 11.24 Przykładowe okno pozycji wniosku

Po otwarciu okna pozycji wniosku należy wybrać **Dodawanie pozycji**.
 W trakcie dodawania pozycji należy wskazać zakres świadczeń, w którym będą wprowadzane zmiany produktów lub cen produktów. Czynność należy zatwierdzić.



Dodana pozycja zostanie zapisana na liście pozycji wniosku.



Rys. 11.25 Pozycje wniosku

Za pomocą dostępnych opcji, operator może:

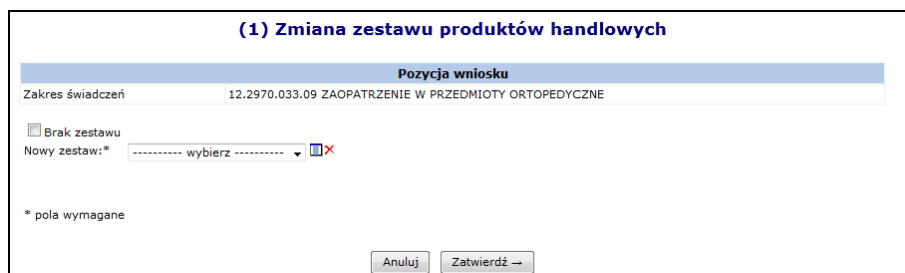
- **Usuń** – usunąć dodaną pozycję wniosku
- **Cennik** – zmodyfikować ceny zakontraktowanych produktów handlowych
- **Zestawy** – zmienić zakontraktowany zestaw produktów handlowych na inny (wymaga wcześniejszego przygotowania nowych zestawów produktów handlowych [menu: Realizator – Zestawy produktów handlowych])

Funkcjonalność wprowadzania zmian w pozycjach wniosku opisano w kolejnych podpunktach instrukcji.

11.8.5.1 Modyfikacja cennika

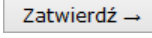
Wybierając opcję **cennik** wyświetlone zostanie okno **Cennika produktów handlowych**.

Operator wybierając opcję **Zmień** może dokonać zamiany zestawu produktów na inny zestaw zdefiniowany wcześniej w obszarze **Świadczeniodawca – Zestawy produktów**. Wybór opcji **Zmień** spowoduje wyświetlenie okna informacji o zestawie.



Rys. 11.29 Zmiana zestawu produktów handlowych

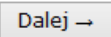

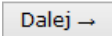
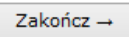
W przypadku, gdy zestaw ma zostać usunięty z umowy należy zaznaczyć opcję **Brak zestawu**. Natomiast, gdy zestaw ma być zamieniony na inny, należy skorzystać z opcji **Nowy zestaw**.

Wprowadzone zmiany należy zatwierdzić korzystając z opcji . Zmianę zestawu wykonuje się dla każdego zestawu oddzielnie.

Po zakończeniu wprowadzania zmian zestawów, należy wybrać opcję **Powrót do listy pozycji wniosków** (by wprowadzić zmiany dla kolejnej pozycji) lub **Powrót do listy wniosków** (by przekazać wniosek do OW NFZ).

11.8.5.3 Eksport zestawów do pliku xls.

Przy pomocy opcji **Eksport zestawów** operator systemu może wyeksportować wszystkie produkty handlowe dla wszystkich zestawów do pliku *.xls.

Opcja  umożliwia przejście do kolejnego etapu, natomiast przy pomocy funkcji  można anulować eksport. Generacja pliku rozpocznie się po wciśnięciu przycisku . Jeżeli generacja zostanie zakończona można **Pobrać plik** oraz  operację.

Poniżej przedstawiono przykładowy plik w formacie *.xls. Zestawienie to składa się z następujących kolumn:

- Numeru wniosku
- Numeru umowy
- Rodzaju zaopatrzenia
- Zestawu asortymentu
- Kodu środka / przedmiotu
- Nazwy środka / przedmiotu
- Kodu handlowego
- Nazwy handlowej
- Modelu
- Producenta
- Indywidualnego zamówienia
- Ceny
- Kodu ministerialnego

11.8.5.4 Usunięcie wniosku

Wprowadzany wniosek może zostać usunięty przez operatora świadczeniodawcy. Czynność tą wykonuje się korzystając z opcji **Usuń**. Po zatwierdzeniu operacji wycofania wniosek uzyska status anulowany

11.8.5.5 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Jeśli cały wniosek został poprawnie przygotowany należy go przekazać do OW NFZ. W tym celu należy skorzystać z opcji **Przełącz do OW NFZ**. Przekazany wniosek nie będzie mógł być modyfikowany.

Wybór opcji **Zatwierdź** spowoduje przekazanie wersji elektronicznej wniosku do OW NFZ. Zatwierdzony wniosek uzyska status **Przekazany do OW**.

11.8.5.6 Wycofanie wniosku

Do momentu rozpatrzenia wniosku przez OW NFZ operator świadczeniodawcy ma możliwość wycofania złożonego wniosku. Czynność tą wykonuje się korzystając z opcji **Wycofaj**. Po zatwierdzeniu operacji wycofania wniosek uzyska status wycofany.

Operacji wycofania może dokonać również operator OW NFZ podczas oceny wniosku. Świadczeniodawca jest informowany o tym fakcie za pośrednictwem komunikatu. Wnioski o statusie wycofany mogą zostać poprawione, przekazane do OW oraz usunięte.

11.8.5.7 Pobieranie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Funkcjonalność dostępna dla wniosków o statusie: Przekazany do OW.

Uwaga!!!

Ze względu na różną parametryzację systemu w poszczególnych OW NFZ funkcjonalność pobierania wykazu przedmiotów może być dostępna tylko w niektórych OW NFZ.

Aby pobrać wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych należy z kolumny operacji wybrać opcję **Pobierz plik**. W nowo otwartym oknie należy wcisnąć przycisk **Dalej →**. Gdy plik zostanie wygenerowany można go pobrać za pomocą **Pobierz plik**. Pobrany plik jest skompresowany. Aby rozpocząć na nim pracę w pierwszej kolejności należy go rozpakować.

11.8.6 ZPO: Przeglądanie cennika produktów

Wybierając na **Liście umów** opcję **cennik produktów** operator uzyska dostęp do przeglądania kwot refundacji poszczególnych produktów handlowych, które zostały ustalone z OW NFZ.

Cennik produktów handlowych						
Kod		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy
Miesiąc: -- wszystkie --						
Środek pomocniczy: wybierz						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Producent Model	Na ind. zam.	Cena	Operacje
1.	K: PSZ_PRODUKT_1 N: PSZ_PRODUKT_1	K: 9111.01 N: PROTEZOWA WKŁADKA DO BUTA UZUPELNIJĄCA STOPĘ PO A MPUTACJI PALCÓW	P: PSZ_PRODUCENT M: PSZ_MODEL	N	-	ceny w miesiącach
2.	K: PSZ_PRODUKT_2 N: PSZ_PRODUKT_2	K: 9111.03 N: PROTEZA ZE STAWEM SKOKOWY M LUB BEZ STAWU SKOKOWEGO PRZY AMPUTACJI WG LISFRA NCA LUB CHOPARTA: SKÓRZA NA ALBO Z TWORZYWA SZTUCZ NEGO	P: PSZ_PRODUCENT M: PSZ_MODEL	N	-	ceny w miesiącach

Rys. 11.30 Cennik produktów handlowych

Wartość refundacji dostępna jest po wybraniu opcji **ceny w miesiącach**. Wyświetlane ceny są wartościami obowiązującymi przy rozliczaniu z OW NFZ.

W przypadku, gdy występuje konieczność zmodyfikowania ceny produktów w kolejnych miesiącach sprawozdawczych, w systemie SZOI udostępniono funkcjonalność, pozwalającą na złożenie wniosku do OW NFZ celu dokonania zmian:

- wartości refundacji produktu handlowego
- zestawu produktów handlowych

Czynności te są dostępne po wybraniu opcji **Wnioski** dostępnej na **Liście umów**.

11.8.7 ZPO: Realizacja eZWM

Funkcjonalność dostępna dla operatorów posiadających uprawnienie Realizacja zaopatrzenia.

W celu ułatwienia przygotowania rozliczenia realizacji zleceń zaopatrzenia rejestrowanych w centralnym systemie ap-ZZ (Zlecenia zaopatrzenia) dla realizatorów umów ZPO udostępniono w Portalu SZOI **raport realizacji eZWM**.

W Portalu SZOI funkcjonalność dostępna jest w kolumnie **Operacje**: [realizacja eZWM](#).

Lp.	Nr umowy Nr umowy wg SIKCH	Nr pierwotny	Rodzaj świadczeń	Data podpisania	Od daty	Do daty	Operacje
1.	N: 15-00-05878-20-01 N: 150005878200001	400	K: ZPO N: ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE	2020-01-01	2020-01-01	2020-12-31	zakresy świadczeń nr konta bieżące rozliczenie model rozliczeń wniosek cennik produktów realizacja eZWM szablony rack

Rys. 11.31 Przykładowe okno listy umów

Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Raporty – Realizacje zleceń eZWM w miesiącu sprawozdawczym*.

W celu wygenerowania raportu do pobrania:

1. Na liście *Raporty – Realizacje zleceń eZWM w miesiącu sprawozdawczym* należy wybrać opcję **Dodaj**

Rys. 11.32 Przykładowe okno Realizacji zleceń eZWM

Czynność spowoduje wyświetlenie okna *(1) Dodawanie zlecenia generacji raportu z realizacji eZWM*.

Rys. 11.33 Przykładowe okno dodawania raportu realizacji eZWM

2. Należy wskazać miesiąc realizacji, a następnie wybrać opcję **Zatwierdź**. Czynność spowoduje zapisanie raportu na liście *raportów – Realizacja zleceń eZWM w miesiącu sprawozdawczym*, ze statusem **do generacji**



Rys. 11.34 Przykładowe okno Raporty - Realizacje zleceń eZWM

Uruchomienie generacji nastąpi automatycznie.

- Po kilku chwilach należy wybrać opcję **Szukaj**, aby odświeżyć status generacji raportu.



Rys. 11.35 Przykładowe okno Raporty - Realizacje zleceń eZWM

- Dla statusu raportu **ostatnio wygenerowany** udostępniona zostanie operacja **pobierz raport**. Należy ją kliknąć, aby pobrać plik raportu. Czynność spowoduje otwarcie okna (1) *Pobieranie eZWM*



- Dane Nr umowy i Okres pozwalają na sprawdzenie, czy wybrano właściwy plik do pobrania. Należy kliknąć operację **Dalej**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna (2) *Pobieranie eZWM* w wyświetlanym stanie procesu generacji. Po zakończeniu pracy przez system wyświetlona zostanie opcja **pobierz plik**.



- Należy kliknąć opcję **pobierz plik**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna pobierania pliku. Wygląd okna jest zależny od właściwości przeglądarki internetowej z której korzysta operator SZOI.
- Plik (*.zip) należy zapisać na dysku lokalnym komputera. Okno (2) *Pobieranie eZWM* należy zamknąć wybierając opcję **Zakończ**.
- Plik należy rozpakować. Raport z realizacji eZWM prezentowany jest w arkuszu xls CSV.

Raport może być generowany wielokrotnie dla tego samego okresu. W przypadku dodania nowych generacji raportów za ten sam okres, dotychczasowe uzyskują status *Historyczny*.

W pliku CSV udostępniane są wszystkie zlecenia realizowane na podstawie danej umowy, także realizacje dotyczące pacjentów z innych OW. Pliki CSV z danej umowy są możliwe do pobrania wyłącznie z portalu OW, z którym dana umowa została podpisana.

Od lipca 2020 roku dokonano modyfikacji zawartości kolumny **SPRAW_OW_NFZ_FINANSUJACY**. W przypadku gdy wiersz zestawienia dotyczy wydanego zaopatrzenie od 1 lipca 2020 kolumna będzie wypełniana OW NFZ, z którym została zawarta umowa, w ramach której wydano zaopatrzenie. Dla wydań z datami wcześniejszymi w podanej kolumnie będzie figurował OW NFZ pacjenta.

Przykładowo: realizator jest z 15 OW, a pacjent z 08 OW, to od 1 lipca 2020 kolumna będzie uzupełniona wartością 15 (wcześniej 08).

11.9 Blokady osób personelu medycznego

W Portalu została dodana funkcjonalność **Blokad osób personelu** dostępna z menu *Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy -> Blokady osób personelu*. W miejscu tym znajdują się tylko aktywne blokady osób personelu, które są utworzone dla umów dla danego świadczeniodawcy.

Blokady osób personelu							
Pesel		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Umowa: wybierz <input type="button" value="X"/>							
Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Nr umowy	Pozycja umowy	Miejsce	Okres blokady	Operacje
1.	8720000000	Imię: JAN Nazwisko: JANOWSKI	15-00-05130-10-42	Poz. umowy: 1 Zakres świad.: 16.9114.032.08	Kod: 11398 Nazwa: 9154-5120	od: 2010-03-05 do: 2010-12-31	szczegóły blokady
2.	8700000000	Imię: JAN Nazwisko: JANOWSKI NR02	15-00-05130-10-42	Poz. umowy: 1 Zakres świad.: 16.9114.032.08	Kod: 11398 Nazwa: 9154-5120	od: 2010-02-01 do: 2010-06-30	szczegóły blokady
3.	8700000000	Imię: ADAM Nazwisko: ADAMOWSKI	15-00-05130-09-06	Poz. umowy: 1 Zakres świad.: 16.3112.032.08	Kod: 10141 Nazwa: AMBULATORIUM OKULISTYCZNE DLA DZIECI	od: 2009-01-01 do: 2009-12-31	szczegóły blokady

Rys. 11.36 Blokady osób personelu

W kolumnie *Operacje* znajduje się link **Szczegóły blokady**, który umożliwia zapoznanie się z dokładnymi informacjami związanymi z daną blokadą.

11.10 Wnioski dotyczące rozliczenia umów

11.10.1 Wnioski o zgodę na wcześniejsze rozliczenie oraz na rozliczanie bez sprawozdawczości

W celu umożliwienia wykonania:

- rozliczenia świadczeń rachunkiem refundacyjnym, wystawionym wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca rozliczanego
- rozliczenia świadczeń rachunkiem refundacyjnym bez sprawozdawczości (bez przestanego komunikatu SWIAD dotyczącego świadczeń z rachunku)

konieczne jest złożenie przez świadczeniodawcę odpowiednich wniosków

- WWR – wniosek o zgodę na wcześniejsze rozliczanie
- WRS - wniosek o zgodę na rozliczanie bez sprawozdawczości

Ścieżka postępowania dla obu powyższych wniosków jest zbliżona.

Przed rozpoczęciem pracy z wnioskami należy dodać operatorowi systemu odpowiednie uprawnienie. Aby tego dokonać należy przejść do listy uprawnień, która jest dostępna w części *Administrator -> Operatorzy -> Uprawnienia*. W nowo otwartym oknie należy zaznaczyć haczykiem uprawnienie **Obsługa wniosków dotyczących rozliczenia umów**:

12.	<input checked="" type="checkbox"/>	Listy POZ/KAOS
13.	<input checked="" type="checkbox"/>	Obsługa kont bankowych
14.	<input checked="" type="checkbox"/>	Obsługa wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie
15.	<input checked="" type="checkbox"/>	Odczyt komunikatów operatora
16.	<input checked="" type="checkbox"/>	Pobieranie słowników

Rys. 11.37 Uprawnienie operatora systemu

Wszystkie operacje związane z wnioskami o zgodę na wcześniejsze rozliczenie można dokonać na poniższej liście:

[Dodawanie wniosku](#)

Nr wniosku: Zawiera: Szukaj

Status: Okres wnioskowany: od do

Typ wniosku:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20 [>>>](#)

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy Nr pierwotny	Okres obowiązania umowy	Okres wnioskowany	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	WRS-2020-03-18-00235	Nr: 15-00-05608-20-01 Nr: PSZL_BARONET	Od: 2020-01-01 Do: 2020-12-31	Od: 2 Do: 2	Utw.: 2020-03-18 Zatw.: 2020-03-18 Rozp.: 2020-03-23	rozpatrzony negatywnie	rachunek bez sprawozdawczości	podaj załącznik
2.	WRS-2020-03-20-00242	Nr: 15-00-05608-18-16 Nr: BARONET_POZ	Od: 2018-01-01 Do: 2018-12-31	Od: 1 Do: 1	Utw.: 2020-03-20 Zatw.: - Rozp.: -	anulowany	rachunek bez sprawozdawczości	podaj załącznik
3.	WRS-2020-03-23-00001	Nr: 15-00-05608-20-01 Nr: PSZL_BARONET	Od: 2020-01-01 Do: 2020-12-31	Od: 2 Do: 2	Utw.: 2020-03-23 Zatw.: 2020-03-23 Rozp.: 2020-03-23	rozpatrzony pozytywnie	rachunek bez sprawozdawczości	podaj załącznik
4.	WRS-2020-03-23-00002	Nr: 15-00-05608-19-02 Nr: 2017_WB_AOS	Od: 2019-01-01 Do: 2019-12-31	Od: 1 Do: 1	Utw.: 2020-03-23 Zatw.: - Rozp.: -	wprowadzony	rachunek bez sprawozdawczości	podaj załącznik edycja zatwierdź anuluj

Rys. 11.38 Lista wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Aby wprowadzić nowy wniosek do systemu należy skorzystać z opcji [Dodawanie wniosku](#). W nowo otwartym oknie operator musi wprowadzić następujące informacje:

- **Umowę** – przy pomocy *Słownika umów* należy wybrać odpowiednią umowę
- **Okres wnioskowany:**
 - **Miesiąc od** musi mieścić się w okresie obowiązywania umowy
 - **Miesiąc do** musi mieścić się w okresie obowiązywania umowy

Miesiące od-do muszą mieścić się dodatkowo w tym samym okresie rozliczeniowym. Wnioski o typie WRS można dodać tylko na **jeden miesiąc**.

- **Typ wniosku** – wybrać:
 - Wcześniejsze rozliczenie
 - Rozliczenie bez sprawozdawczości
- **Uzasadnienie** – dlaczego świadczeniodawca wnioskuje o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

(1) Dodawanie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Umowa:*

Okres wnioskowany:*
 miesiąc od:
 miesiąc do:

Typ wniosku:*

Uzasadnienie:*

* pola wymagane

Rys. 11.39 Dodawanie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Nowo wprowadzony wniosek pojawi się na **Liście wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie** ze statusem **wprowadzony**.

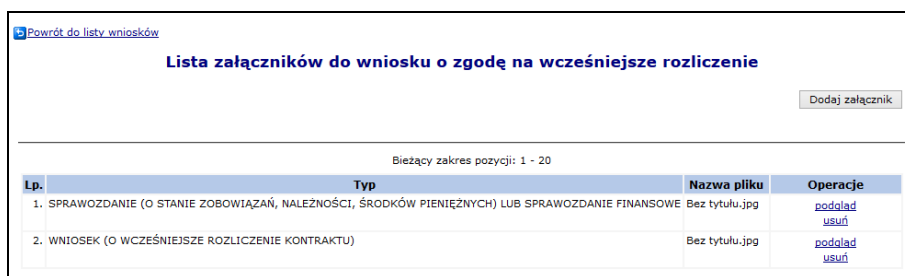
Dla wniosków w kolumnie *Operacje* dostępne są następujące funkcje:

- **Podgląd** – sprawdzenie szczegółów wniosku
- **Edycja** – modyfikacja wszystkich danych, które zostały wprowadzone podczas dodawania wniosku do systemu (dostępna dla statusu wprowadzony)
- **Załączniki** – dodanie załączników do wniosków
- **Zatwierdź** - zmiana statusu wniosku na zatwierdzony
- **Wydruk** – umożliwia wydruk zatwierzonego wniosku- tylko dla wniosków WWR
- **Prześlij** – umożliwia przesłanie zatwierzonego wniosku do OW NFZ
- **Anuluj**
- **Oświadczenie** – umożliwia dodawanie oświadczeń na podstawie par. 3a rozporządzenia OW dla okresów 11 i 12 dla wniosków WRS

Poprawny wniosek WWR oraz WRS należy zatwierdzić za pomocą opcji **Zatwierdź**.

Dla zatwierdzonych wniosków WWR dostępna jest operacja **wydruku**. Wniosek WWR należy wydrukować, podpisać przez osobę upoważnioną do reprezentowania świadczeniodawcy i dostarczyć do OW NFZ. Dozwoloną ścieżką jest również dołączenie skanu podpisanego dokumentu do wniosku za pomocą opcji **załączniki**. W celu dodania załącznika do wniosku należy skorzystać z opcji **Załączniki**. Po jej wybraniu dostępna będzie lista załączników jakie zostały podpięte do danego wniosku.

Opcja umożliwia dołączenie do wniosku załączników w postaci pliku. System dopuszcza następujące formaty plików: JPG, GIF, PNG, PDF.



Lp.	Typ	Nazwa pliku	Operacje
1.	SPRAWOZDANIE (O STANIE ZOBOWIĄZAŃ, NALEŻNOŚCI, ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH) LUB SPRAWOZDANIE FINANSOWE	Bez tytułu.jpg	podgląd usuń
2.	WNIOSEK (O WCZEŚNIEJSZE ROZLICZENIE KONTRAKTU)	Bez tytułu.jpg	podgląd usuń

Rys. 11.40 Lista załączników do wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Wniosków WRS nie drukuje się.

Ostatnim krokiem jest przekazanie wniosków zarówno WWR jak i WRS do OW NFZ za pomocą opcji **prześlij**. Wnioski WRS za okres 1-6 2021 można przesłać tylko jeśli dla danej umowy istnieje przyjęty wniosek o przedłużeniu okresu rozliczeniowego (WPO).

11.10.2 Wnioski o sfinansowanie nadwykonań – dla umów od 2007 roku

Opcja ta dostępna jest dla umów obowiązujących od 2007 roku, dla których określona została, przez OW NFZ, konfiguracja umożliwiająca składanie wniosków o sfinansowanie nadwykonań.

Na *Liście umów* dodano operację **Wnioski o sfinansowanie nadwykonań**, która pozwala na wyświetlenie listy wniosków o sfinansowanie nadwykonań dla wskazanej umowy w układzie:

Lp.	Nr wniosku	Typ wniosku	Nr umowy	Status	Okres rozlicz.	Nr konta bankowego	Operacje
1.	WU-2013-12-27-000197	Ugoda	15-00-05488-13-21	Zatwierdzony - rozpatrzony	O: 1 D: 3	04000000000000000000000000000000	podgląd

Rys. 11.41 Lista wniosków o sfinansowanie nadwykonań

- **Numer wniosku**
- **Typ wniosku** – ugoda
- **Numer umowy** – numer umowy dla której sporządzony został wniosek
- **Status wniosku** – wnioski posiadają następujące statusy:
 - **Wprowadzony** – status początkowy
 - **Przekazany do OW NFZ** – po zmianie statusu wniosku przez świadczeniodawcę z wprowadzony na przekazany do OW NFZ (zmiana statusu możliwa o ile w dniu bieżącym z konfiguracji wynika, że nadal możliwe jest przekazywanie wniosków)
 - **Anulowany przez świadczeniodawcę** – po zmianie statusu wniosku przez świadczeniodawcę, ze statusu wprowadzony lub przekazany do OW NFZ, na anulowany przez świadczeniodawcę
 - **Przyjęty do rozpatrzenia** – po zmianie statusu wniosku przez pracownika OW NFZ, ze statusu przekazany do OW NFZ, na przyjęty do rozpatrzenia
 - **Anulowany przez OW NFZ** – po zmianie statusu wniosku przez pracownika OW NFZ, ze statusu przekazany do OW NFZ lub odrzucony na, anulowany przez OW NFZ
 - **Zatwierdzony – rozpatrzony** – po zmianie statusu wniosku przez pracownika OW NFZ, ze statusu przyjęty do rozpatrzenia, na zatwierdzony- rozpatrzony
 - **Odrzucony** – po zmianie statusu wniosku przez pracownika OW NFZ, ze statusu przyjęty do rozpatrzenia na odrzucony. W tej sytuacji Świadczeniodawca nie może złożyć kolejnego wniosku do umowy i okresu rozliczeniowego. Złożenie wniosku możliwe jest dopiero po zmianie statusu wniosku przez operatora OW z odrzucony na anulowany.
- **Okres rozliczeniowy** – okres rozliczeniowy, którego dotyczy ugoda
- **Numer konta bankowego** – numer konta bankowego dla ugody (może być inny niż w umowie)

W kolumnie Operacje dostępna jest opcja podglądu wniosku o sfinansowanie nadwykonań:

Dane podstawowe	
Nr wniosku:	WU-2013-12-27-000197
Nr umowy:	15-00-05488-13-21
Status:	Zatwierdzony - rozpatrzony
Okres rozliczeniowy miesiąc od:	1
Okres rozliczeniowy miesiąc do:	3
Dane konta bankowego	
Nr konta:	04 0000 0000 0000 0000 0000 0000
Nazwa posiadacza:	POSIADACZ 1
Ulica z nr domu i nr lokalu:	FEWFASF 2
Kod pocztowy:	11-111
Miejscowość:	GOŁĄBKI

Rys. 11.42 Wniosek o sfinansowanie nadwykonań

11.10.2.1 Dodawanie wniosku o sfinansowanie nadwykonań

1. Podczas dodawania wniosku o sfinansowanie nadwykonań należy wybrać opcję
 - Podmiot realizujący umowę na portalu SZOI musi następnie określić następujące atrybuty:
 - Numer umowy – zostaje automatycznie uzupełniony w zależności od wybranej wcześniej umowy
 - Okres rozliczeniowy - miesiąc początkowy, miesiąc końcowy okresu rozliczeniowego, którego dotyczy wniosek
 - Dane konta bankowego, na który mają zostać przekazane środki finansowe z tytułu rozliczenia ugody

2. Typ wniosku zostanie automatycznie ustalony, jako ugoda ze statusem **Wprowadzony**.
3. Jeśli we wniosku znajdują się dane do poprawy należy skorzystać z opcji **Edycji** w kolumnie **Operacje**.
4. Następnie wniosek powinien zostać przekazany za pomocą opcji **Przełącz** znajdującej się w kolumnie **Operacje**.
5. Wniosek o statusie **Przekazany do OW NFZ** może zostać wydrukowany. Można go również przeglądać oraz anulować.

Ograniczenia, których spełnienie jest wymagane by złożenie wniosku przez świadczeniodawcę było możliwe:

- Złożenie wniosku (rozumiane, jako dodanie nowego, zmiana dla istniejącego wniosku statusu na przekazany do OW) w danym dniu możliwe jest, jeśli dodana została konfiguracja umożliwiająca składanie wniosków o sfinansowanie nadwykonań w danym typie umowy/zakresie świadczeń.
- Złożenie wniosku możliwe jest, gdy nie istnieje inny wniosek do podanej umowy i podanego okresu rozliczeniowego o statusie innym niż anulowany przez OW NFZ, anulowany przez świadczeniodawcę, zatwierdzony – rozpatrzony.
- Przekazanie konta bankowego w ramach wniosku jest obowiązkowe
- Dodanie wniosku do umowy jest możliwe tylko wtedy, gdy nie istnieją żadne szablony rachunków, dotyczące tego samego okresu rozliczeniowego co wniosek, dla których nie utworzono rachunków
- Złożenie wniosku do umowy możliwe jest tylko wtedy, gdy przynajmniej jeden zakres świadczeń, na który można złożyć wniosek o sfinansowanie nadwykonań, znajduje się w umowie.

Operator świadczeniodawcy w aplikacji SZOI może na bieżąco śledzić zmiany statusu wniosku o sfinansowanie nadwykonań.

11.10.2.2 Przeglądanie aneksów umgodowych wraz z pozycjami

Opcja ta dostępna jest dla umów obowiązujących od 2007 roku, dla których istnieją umowy - ugody. Po wybraniu opcji **ugody** znajdującej się w kolumnie **Operacje** na *Liście umów*, operator ma możliwość przeglądania ugód dla wybranej umowy w następującym układzie:

Lista ugód							
Numer ugody		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Bieżący zakres pozycji: 1 - 10							
Lp.	Nr ugody	Nr pierwotny	Typ ugody	Status	Okres rozlicz.	Data podpisania	Operacje
1.	15-00-05488-13-79	UGODA2	Ugoda	Podpisany	O: 1 D: 3	2013-12-27	podgląd pozycje

Rys. 11.43 Lista ugód dla wybranej umowy

- Numer ugody
- Numer pierwotny ugody
- Typ ugody
- Status
- Okres rozliczeniowy
- Data podpisania

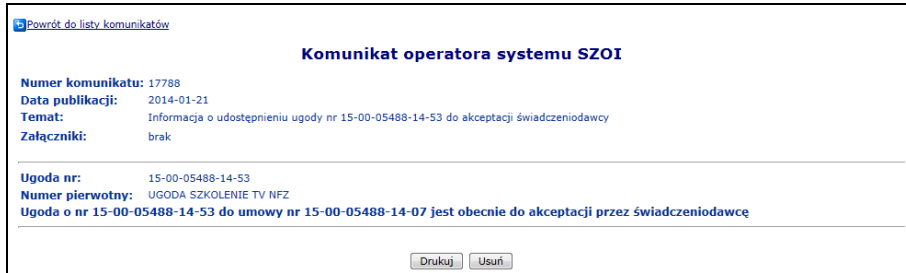
W kolumnie **Operacje** dla każdej ugody możliwy jest podgląd nagłówek ugody oraz przejście do pozycji ugody. System pozwala również na podgląd wybranej pozycji ugody.

Podgląd pozycji ugody	
Dane pozycji ugody	
Nr ugody:	15-00-05488-13-79
Nr pozycji ugody:	1.0
Nr pozycji umowy:	1.0
Kod zakresu świadczeń:	03.4000.030.02
Nazwa zakresu świadczeń:	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA
Liczba jednostek:	4.0000
Cena jednostkowa:	1.99
Wartość:	7.96

Rys. 11.44 Podgląd pozycji ugody

11.10.2.3 Weryfikacja aneksów ugodowych

Informacje o przekazaniu aneksu ugodowego do akceptacji przez Świadczeniodawcę w Portalu SZOI wyświetlane są w postaci komunikatów:



Rys. 11.45 Komunikat operatora systemu SZOI o udostępnieniu umowy do akceptacji

Podgląd aneksu ugodowego dostępny jest z listy umów, dla każdej umowy, dla której utworzona została przez Operatora OW NFZ ugoda. Zadaniem Operatora Świadczeniodawcy jest weryfikacja warunków umowy i ich zaakceptowanie bądź nie. Operacji tej dokonuje się w kolumnie operacje:

1. Jeśli ugoda ma zostać zaakceptowana należy wybrać Akceptacja.
2. Jeśli ugoda ma zostać odrzucona należy wybrać Brak akceptacji.

W obu przypadkach wyświetlane jest podsumowanie zmiany statusu które należy zatwierdzić, a status umowy zmienia się w zależności od wybranego wariantu na Zaakceptowany lub Brak akceptacji.

Jeśli ugoda została zaakceptowana kolejnym krokiem jest jej podpisanie.

11.10.2.4 Podpisywanie aneksów ugodowych podpisem kwalifikowanym

Do systemu wprowadzono możliwość podpisywania aneksów ugodowych przy pomocy podpisu kwalifikowanego. Informacja o przekazaniu do podpisu elektronicznego umowy przesyłana jest do świadczeniodawcy stosownym komunikatem.

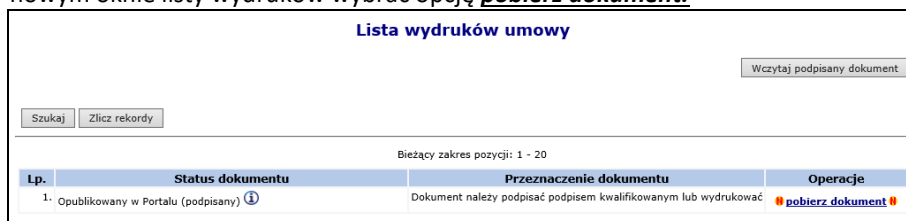
W celu podpisania elektronicznej umowy należy:

1. Z głównego menu wybrać opcję *Umowy* -> *Lista umów*.
2. Następnie dla umowy należy wybrać opcję **umowy**, a następnie **podpisz dokument**



Rys. 11.46 Lista umów

3. W nowym oknie listy wydruków wybrać opcję **pobierz dokument**.



Jeśli dokument umów nie został jeszcze pobrany przez świadczeniodawcę do podpisu, dla powyższych operacji zastosowano charakterystyczny wyróżnik wiadomości nieodczytanych.

4. Zapisać dokument w wersji PDF na dysku komputera, a następnie podpisać dokument podpisem kwalifikowanym.
5. Popisany plik należy wczytać przy pomocy opcji Wczytaj podpisany dokument. Jeżeli wczytywany dokument nie będzie zawierał podpisu złożonego przez operatora NFZ zostanie zgłoszony błąd.
6. Po poprawnym wczytaniu podpisanego dokumentu zostaje on przekazany do OW NFZ. Do momentu rozpoczęcia prac nad przekazanym dokumentem (zmiany statusu pod stronne OW NFZ) świadczeniodawca może pobierać i wczytywać kolejne wersje podpisanego dokumentu.
7. O zmianie statusu wskazującym o uznaniu dokumentu za poprawny po stronie NFZ, Świadczeniodawca również informowany jest stosownym komunikatem.
8. Jeśli w toku sprawdzeń po stronie OW NFZ uznano, iż dokument jest nieprawidłowy może zostać on ponownie przekazany do podpisu Świadczeniodawcy. Ścieżka podpisu dokumentu jest analogiczna jak opisana wyżej.
9. OW NFZ przekazując dokument do podpisu elektronicznego przez Świadczeniodawcę, określa datę ważności opublikowanego dokumentu, którą należy rozumieć jako maksymalną datę oczekiwania na podpis ze strony Świadczeniodawcy. Jeśli Świadczeniodawca przekroczy tą datę, opcja „podpisz dokument” staje się nieaktywna dla danego dokumentu.
10. Po stronie OW NFZ istnieje możliwość przesunięcia daty ważności opublikowanego dokumentu. W tym celu należy skontaktować się z OW NFZ.

11.10.3 Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego

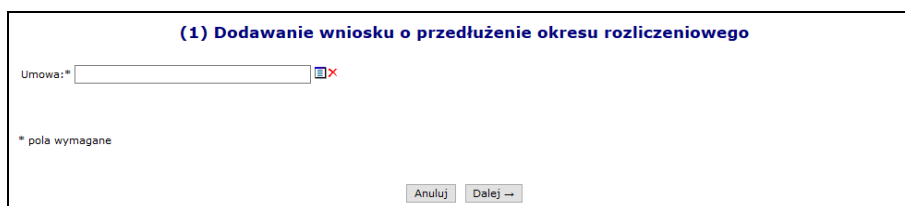
Poniżej opisana funkcjonalność umożliwia składania na portalu SZOI wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego (WPO).

Składanie wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego jest możliwe dla załączników rzeczowo-finansowych z roku 2020 dla okresów 1-6 pod warunkiem, że:

1. Data końca obowiązywania załącznika rzeczowo-finansowego to 31 grudnia 2020.
2. Umowa formalno-prawna obowiązuje w roku 2021.

Aby dodać nowy wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego należy:

1. Z głównego menu wybrać *Umowy* -> *Wnioski dotyczące rozliczenia umów* -> *Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego*.
2. Wybrać opcję Dodawanie wniosku.
3. Wybrać umowę, której ma dotyczyć wniosek:



Rys. 11.47 Dodawanie wniosku o przedłużenie okresu rozliczeniowego

4. Zatwierdzić podsumowanie.
5. Wniosek po utworzeniu uzyskuje status **w przygotowaniu**.

Lista wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego

[Dodawanie wniosku](#)

Nr wniosku Zawiera Szukaj

Status:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy Nr pierwotny	Okres obowiązania umowy	Okres wnioskowany	Data operacji	Status	Operacje
1.	WPO-2020-10-05-00161	Nr: 15-00000000-01 Nr: PSZ1_BARONET	Od: 2020-01-01 Do: 2020-12-31	Od: 01-2021 Dd: 06-2021	Utw.: 2020-10-05 Przek.: - Rozp.: -	w przygotowaniu	podgląd edycja przełącz anuluj

Rys. 11.48 Lista wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego

- Po zweryfikowaniu poprawności danych we wniosku, należy go przesłać do OW NFZ przy pomocy opcji [przełącz](#). Dopóki operator OW NFZ nie rozpatrzy wniosku, operator ma możliwość jego anulowania.

Do danego załącznika rzeczowo-finansowego może istnieć wyłącznie jeden wniosek o statusie innym niż **anulowany** i **odrzucony**.

Za pomocą opcji **przedłuż** umożliwiono składanie wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 31 grudnia 2021 – opcja dostępna dla zaakceptowanych przez OW NFZ wniosków WPO na I półrocze i jest aktywna tylko do 30.06.2021r.

W celu złożenia wniosku o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 31 grudnia 2021 należy:

- Dla zaakceptowanego wniosku o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30 czerwca 2021 wybrać opcję **przedłuż**.
- W wyświetlonym oknie z numerem umowy przejść **Dalej**.
- Zatwierdzić podsumowanie opcją **Zatwierdź**.
- Wniosek po utworzeniu uzyskuje status **w przygotowaniu**.
- Po zweryfikowaniu poprawności danych we wniosku, należy go przesłać do OW NFZ przy pomocy opcji **przełącz**. Dopóki operator OW NFZ nie rozpatrzy wniosku, operator ma możliwość jego anulowania.

11.10.4 Wnioski o wydłużenie okresu spłaty

Do dnia 2021-12-10 w Portalu SZOI umożliwiono świadczeniodawcom składanie wniosków o wydłużenie okresu spłaty rachunków bez sprawozdawczości.

Wnioski o wydłużenie okresu spłaty rachunków bez sprawozdawczości rejestrowane są przez świadczeniodawców w Portalu SZOI:

- do umowy z 2020 roku dla której zostały złożone i zaakceptowane przez OW wcześniejsze wnioski o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 i 31.12.2021
- z datą 2023-12-31 jako datą końca okresu, do którego może być spłacone zadłużenie (ustawiona przez system i nie możliwa do zmiany)
- jeżeli zadłużenia z umów zostały przejęte przez świadczeniodawcę w wyniku cesji i świadczeniodawca obecnie posiadający umowę nie ma dostępu w Portalu SZOI do umowy z roku 2020 (umowy innego świadczeniodawcy), to rejestracja w systemie takich wniosków zostanie wykonana z serwisowym wsparciem dostawcy. Świadczeniodawca powinien przekazać do OW NFZ wniosek w postaci papierowej (poza systemem) i na tej podstawie dostawca zarejestruje wniosek w systemie.
- do dnia 2021-12-10 włącznie.

Aby dodać nowy wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego należy:

- Z głównego menu wybrać *Umowy -> Wnioski dotyczące rozliczenia umów-> Wnioski o wydłużenie okresu spłaty*.
- Wybrać opcję [Dodawanie wniosku](#).
- Wybrać umowę, której ma dotyczyć wniosek:

Dodawanie wniosku o wydłużenie okresu spłaty rachunków bez sprawozdawczości

Umowa:

* pola wymagane

Rys. 11.49 Dodawanie o wydłużenie okresu spłaty rachunków bez sprawozdawczości

4. Zatwierdzić podsumowanie.
5. Wniosek po utworzeniu uzyskuje status **w przygotowaniu**.

Wnioski o wydłużenie okresu spłaty rachunków bez sprawozdawczości

Nr wniosku Zawiera Szukaj

Status:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy Nr pierwotny	Okres obowiązania umowy	Okres wnioskowany	Data operacji	Status	Operacje
1.	WOS-2021-11-25-00018	Nr: 15-00-05608-20-09 Nr: WB_REHAB_2020	Od: 2020-01-01 Do: 2020-12-31	Do: 2023-12-31	Utw.: 2021-11-25 Przek.: - Rozp.: -	w przygotowaniu	podajad przełącz anuluj

Rys. 11.50 Lista wniosków o wydłużenie okresu spłaty rachunków bez sprawozdawczości

Po zweryfikowaniu poprawności danych we wniosku, należy go przesłać do OW NFZ przy pomocy opcji [przełącz](#). Dopóki operator OW NFZ nie rozpatrzy wniosku, operator ma możliwość jego anulowania.

Do danego załącznika rzeczowo-finansowego może istnieć wyłącznie jeden wniosek o statusie innym niż **anulowany** i **odrzucony**.

11.11 Konta bankowe

W Portalu SZOI świadczeniodawca może także ustalać oraz dokonywać zmian rachunków bankowych, na które Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje środki pieniężne. Funkcjonalność ta może znacznie usprawnić świadczeniodawcy współpracę z Oddziałem Wojewódzkim, dzięki temu np. zainteresowany podmiot znacznie szybciej uzyska aneks do umowy zmieniający dane konto bankowe.

Procedura ustalania oraz modyfikacji konta bankowego przez świadczeniodawcę jest następująca:

- 1) Rachunek bankowy, na który przesyłane są przez NFZ środki pieniężne dla danego świadczeniodawcy, wynika z zawartej pomiędzy nimi umowy.
- 2) Po zawarciu umowy, pracownicy Oddziału Wojewódzkiego wprowadzają, sprawdzają i zatwierdzają numer rachunku bankowego w oddziałowym systemie informatycznym, gdzie dokonywana jest także weryfikacja poprawności wprowadzonego rachunku bankowego z umową w wersji pisemnej
- 3) Zmiana rachunku bankowego następuje na wniosek świadczeniodawcy w formie aneksu do umowy, podpisanego przez osoby reprezentujące strony w umowie. W przypadku zmiany osób reprezentujących, świadczeniodawca jest zobowiązany do przedstawienia oryginału lub kopii właściwych dokumentów w tym zakresie, potwierdzających zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego lub adwokata
- 4) Podpisanie aneksu przez świadczeniodawcę następuje w Oddziale Wojewódzkim, po wcześniejszej weryfikacji tożsamości i posiadanych uprawnień do reprezentowania świadczeniodawcy przez osoby podpisujące
- 5) Dopuszcza się podpisanie aneksu przez świadczeniodawcę poza siedzibą jednostki, pod warunkiem, że zostanie potwierdzona autentyczność podpisów i posiadanych uprawnień do reprezentowania świadczeniodawcy osób podpisujących
- 6) Po dokonaniu powyższych czynności, osoby upoważnione jednostki wprowadzają, sprawdzają i zatwierdzają aneks zmieniający rachunek bankowy w oddziałowym systemie informatycznym

- 7) Jeżeli wszystkie wcześniej opisane czynności przebiegły prawidłowo Oddział Wojewódzki poczynszy od dnia ustalonego w aneksie do umowy, przesyła środki pieniężne na nowy numer rachunku bankowego. Dokumenty będące podstawą zmiany rachunku bankowego dołącza się do dokumentów źródłowych

W pierwszym module **Wniosków o ustalenie** operator może dodawać wnioski o zmianę konta bankowego oraz dokonywać modyfikacji na już wprowadzonej pozycji.

Lista wniosków w sprawie rachunku bankowego

[Dodawanie wniosku](#)

Nr wniosku: Zawiera: [Szukaj](#) [Zlicz rekordy](#)

Rodzaj: -- wszystkie -- Status: -- wszystkie --

Data wprowadzenia: od: do:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Rodzaj wniosku	Data wprowadzenia	Data operacji	Status	Operacje
1.	WB-2012-04-24-001105	w ramach obecnej umowy	2012-04-24	2012-04-24	przekazany	podgląd wdruk anuluj
2.	WB-2012-04-24-001104	w ramach obecnej umowy	2012-04-24	2012-04-24	przekazany	podgląd wdruk anuluj
3.	WB-2012-04-16-001087	w ramach obecnej umowy	2012-04-16	2012-04-16	wprowadzony	podgląd przekaz edytuj anuluj

Rys. 11.51 Lista wniosków o zmianę numeru konta bankowego

11.11.1 Dodawanie wniosku

Do wprowadzania nowej pozycji wniosku do systemu służy opcja [Dodawanie wniosku](#). Istnieją trzy rodzaje wniosków związanych z ustaleniem / zmianą nr konta bankowego podmiotu:

- a. Ustalenie / zmiana konta bankowego do rozliczeń **poza umową**
- b. Ustalenie / zmiana konta bankowego do prowadzenia rozliczeń **w ramach przyszłej umowy**.
W tym przypadku konieczne jest wskazanie dodatkowych danych wyznaczających obszar działania wniosku:
 - **Rok**
 - **Typ umowy** (Słownik na dany rok)
- c. Zmiana konta bankowego w ramach **obowiązującej umowy** – wniosek ten wymaga wskazania dodatkowych danych wyznaczających obszar działania wniosku
 - **Nr umowy**

(1) Ustalenie/zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ

Rodzaj wniosku:

Umowa:*

Numer konta:*

* pola wymagane

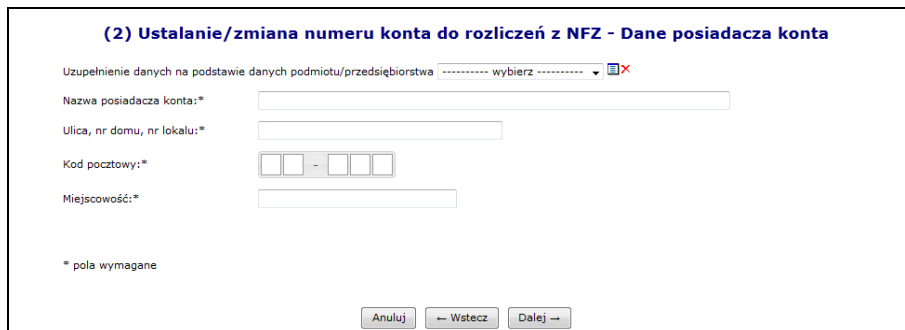
[Anuluj](#) [Dalej →](#)

Rys. 11.52 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ


Jeżeli wniosek jest dodawany dla umowy obowiązującej od 1 stycznia 2013 roku, która nie jest umową apteczną dodatkowo należy uzupełnić:

- Nazwę posiadacza konta - pole tekstowe o długości do 70 znaków (długość wynika z formatu przelewów międzybankowych)
- Ulicę, nr domu, nr lokalu
- Kod pocztowy
- Miejscowość

Przy pomocy słownika kontrahentów (uzupełnienie danych na podstawie danych podmiotu/ przedsiębiorstwa) operator może wstępnie uzupełnić wszystkie powyższe dane. Po automatycznym uzupełnieniu danych przez system, mogą być one edytowane przez operatora. W słowniku tym zawarte są dane podmiotu oraz poszczególnych przedsiębiorstw.



Rys. 11.53 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ – Dane posiadacza konta

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych, należy przejść , a następnie zatwierdzić *Podsumowanie*.

Wszystkie wnioski o statusie **Wprowadzonym** mogą zostać usunięte przez użytkownika przy pomocy opcji **Anuluj**.

Operator systemu po sprawdzeniu poprawności wprowadzonych danych zmienia status wniosku na **Przekazany** przy pomocy opcji **Przekaż**. W tym momencie wniosek zostaje przesłany do odpowiedniego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Podczas przekazywania wniosku do OW NFZ system sprawdza czy został już przekazany wniosek o danym numerze konta bankowego, nazwie oraz adresie posiadacza konta:



Rys. 11.54 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ – Dane posiadacza konta

Jednocześnie w systemie może istnieć tylko jeden wniosek danego rodzaju ze statusem **Przekazany**. Po przekazaniu wniosku do Oddziału Wojewódzkiego świadczeniodawca traci możliwość jego edycji oraz usunięcia jednak udostępniona zostaje funkcja **Wydruk**. Jest ona dostępna dla wniosków o statusie **Przekazany**, **Przyjęty** oraz **Odrzucony**. Dla wniosków o statusie **Wprowadzony** i **Anulowany** opcja **Wydruk** jest niedostępna.

Następnie użytkownik świadczeniodawcy drukuje wniosek i przekazuje go do podpisania przez osoby upoważnione do reprezentowania. Odpowiedzialna osoba przekazuje wniosek w wersji papierowej, który został wydrukowany w SZOI z nadanym przez system unikalnym identyfikatorem zgodnie z procedurą NFZ (nadruk na wniosku jednowymiarowego kodu kreskowego z podanym identyfikatorem) do Oddziału Wojewódzkiego.

Po przekazaniu wniosku operator oddziałowy sprawdza czy wersja elektroniczna zgadza się z wersją papierową:

- Jeżeli nie – wniosek zostaje oznaczony, jako pozycja **Odrzucona**
- Jeżeli tak – wniosek zostaje **Przyjęty**

Dalsze przetwarzanie wniosku w systemie OW uzależnione jest od jego rodzaju. W przypadku wniosku dotyczącego:

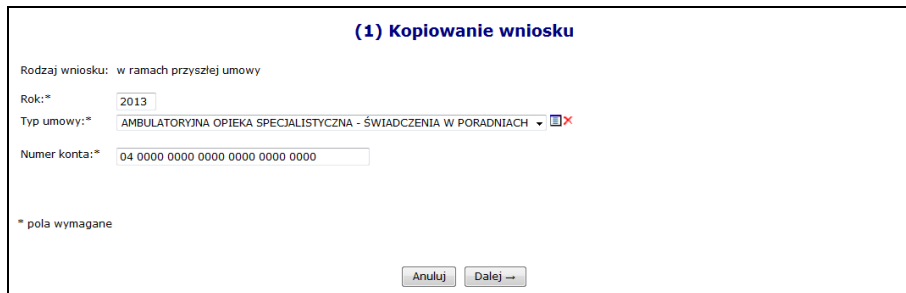
- **Ustalenia / zmiany konta bankowego do prowadzenia rozliczeń poza umową** - przyjęcie wniosku skutkuje:
 - Zaktualizowaniem w systemie oddziałowym informacji o koncie bankowym służącym do prowadzenia rozliczeń poza umową z zapisaniem informacji o dokumencie przesłanym przez podmiot, który wpłynął na ustalenie lub zmianę konta
- **Ustalenia / zmiany konta bankowego do prowadzenia rozliczeń w ramach przyszłej umowy** - przyjęcie wniosku skutkuje:
 - Ustaleniem w systemie oddziałowym konta bankowego do prowadzenia rozliczeń w ramach przyszłych umów danego typu i danego okresu rozliczeniowego
Po dokonaniu zmiany w umowie jest ona drukowana i przekazywana do podpisania.
- **Zmiany konta bankowego do prowadzenia rozliczeń w ramach wybranej umowy** - przyjęcie wniosku skutkuje:
 - Utworzeniem aneksu, w którym dokonana zostanie zmiana konta bankowego do umowy, której dotyczy wnioski.
 - Następnie aneks jest drukowany i przekazywany do podpisu przez obie strony.

11.11.2 Kopiowanie wniosku

W kolumnie *Operacje* znajduje się opcja **Kopiuuj**, umożliwiająca kopiowanie wniosków, bez względu na ich status. Przycisk ten jest dostępny tylko dla **wniosków do przyszłej umowy**.

Kopiowanie wniosku składa się z kilku kroków:

1. Kopiowanie wniosku - z możliwością zmiany roku, typu umowy oraz numeru konta.



Rys. 11.55 Kopiowanie wniosku

2. Kopiowanie wniosku – Dane posiadacza konta - strona wyświetlana tylko dla wniosków o konto bankowe do przyszłej umowy, zawieranej na rok 2013.



Rys. 11.56 Kopiowanie wniosku - Dane posiadacza konta

3. Kopiowanie wniosku - Podsumowanie – wyświetlone zostaje podsumowanie procesu kopiowania składające się z trzech części: dane dotyczące wniosku o konto bankowe, dane dotyczące konta bankowego oraz dane posiadacza konta. Skopiowany wniosek o konto bankowe do przyszłej umowy zyskuje status **Wprowadzony**.

11.12 Wzrost wynagrodzeń

11.12.1 Stan zatrudnienia pielęgniarek oraz położnych

W związku z wejściem w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w części dotyczącej kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w systemie SZOI udostępniono funkcjonalność umożliwiającą przekazanie do OW NFZ wymaganych informacji.

Dla umowy o typie 0113 możliwe jest przekazywanie liczby etatów dla pielęgniarek i położnych raz w roku poczynając w roku 2018 wg stanu danych na dzień 1 sierpnia, a w roku 2019 wg stanu danych na 1 lipca. Natomiast w pozostałych aktywnych typach umów jest to możliwe raz na kwartał wg stanu danych na 1 sierpnia 2018 r., 1 października 2018 roku, 1 stycznia 2019 r., 1 kwietnia 2019 r. oraz 1 lipca 2019 r.

Od września 2018 do zbieranego dotąd zakresu danych w ramach informacji o liczbie etatów dla pielęgniarek i położnych dodano informację dotyczącą formy zatrudnienia.

Uwaga! Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych można przekazywać tylko we wskazanym przez OW NFZ okresie czasu.

Aby zgłosić do OW NFZ odpowiednią ilość etatów pracy pielęgniarek / położnych, należy:

- ii. Z głównego menu wybrać *Umowy -> Wzrost wynagrodzeń -> Pielęgniarki i położne*. Do tego modułu mają dostęp operatorzy posiadający uprawnienie **Umowy**.
- iii. W nowym oknie zostanie wyświetlona lista umów świadczeniodawcy wraz ze stanem przekazania informacji o stanie zatrudnienia pielęgniarek/położnych. Uzupełnienie można wykonać tylko dla umów posiadających status „Do uzupełnienia” lub „Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)”.

Lp.	Nr umowy	Stan na dzień	Status	Okres przekazywania danych	Data przekazania	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba etatów położnych	Operacje
1.	15-00-████████	2018-08-01	Do uzupełnienia	Od: 2018-09-01 Do: 2018-09-21	-	-	-	uzupełnij etaty importuj z pliku przeprisz przekaz
2.	15-00-████████	2018-08-01	Do uzupełnienia	Od: 2018-09-01 Do: 2018-09-21	-	-	-	uzupełnij etaty importuj z pliku przeprisz przekaz

Rys. 11.57 Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych

- iv. Aby dodać nową umowę dla której ma zostać przekazany stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy wybrać opcję **Dodaj stan zatrudnienia**, a następnie przy pomocy słownika wybrać odpowiednią umowę.

Lp.	Nr umowy	Nr pierwotny	Stan na dzień
1.	15-00-████████	2018/KL	2018-10-01
2.	15-00-████████	-	2018-10-01

Rys. 11.58 Dodawanie umowy stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych

- v. Po wprowadzeniu nowej umowy należy z głównej listy wybrać opcję **Uzupełnij etaty**.

- vi. Następnie za pomocą opcji **Dodawanie etatu** można wprowadzić dane etatu:
1. należy wskazać, czy NPWZ został nadany w Polsce (opcja domyślna), czy w innym państwie,
 2. Numer prawa wykonywania zawodu (NPWZ)
 3. należy określić wymiar etatu (do 2 miejsc po przecinku), przy założeniu, że **w ramach wybranej umowy:**
 - dana osoba (NPWZ) może wystąpić tylko raz,
 - można wprowadzić maksymalnie **4 etaty dla wszystkich wpisów dotyczących danego uprawnienia zawodowego oraz NPWZ** (wymiar etatu <=4). Nie ma też możliwości dodania więcej niż raz danego NPWZ z tą samą formą zatrudnienia.
 4. Formę zatrudnienia:
 - umowa o pracę
 - stosunek służbowy
 - umowa cywilnoprawna



Rys. 11.59 Dodawanie etatu pielęgniarki i położnej

Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie błędnie wprowadzonej pozycji

- vii. Dla wcześniej wprowadzonych pozycji istnieje możliwość eksportu list etatów przy pomocy opcji **Pobierz**. Dzięki tej funkcjonalności można najpierw wyeksportować listę etatów do pliku, uzupełnić ją a następnie zaimportować ją ponownie do systemu.
- viii. Aby zaimportować listę z pliku CSV do systemu, należy skorzystać z opcji **Import z pliku**.
1. Plik powinien mieć format: [nr umowy];[państwo];[rodzaj uprawnienia];[NPWZ];[wymiar etatu];[forma zatrudnienia], gdzie:
 - Nr umowy – nr umowy zgodny z pozycją listy, dla której wykonywany jest import
 - Państwo – P-Polska, N-inne
 - Rodzaj uprawnienia – P - pielęgniarka, A - położna
 - NPWZ – numer prawa wykonywania zawodu
 - Wymiar etatu - wartość pomiędzy 0,01 a 4,0
 - Forma zatrudnienia – 1 - umowa o pracę, 2 - stosunek służbowy, 3 - umowa cywilnoprawna.
 2. Dla importowanych danych jest sprawdzana unikalność NPWZ w ramach umowy
 3. **Jeśli dla danej umowy będą już wprowadzone jakieś etaty, podczas importu zostaną one usunięte i zastąpione tymi z pliku, o czym operator zostanie poinformowany odpowiednim komunikatem**
- ix. Po uzupełnieniu wszystkich pozycji należy przekazać listę do OW NFZ przy pomocy opcji **Przełącz**. Od tej pory żaden etat nie może zostać dodany ani usunięty. Dla przekazanej listy dostępna jest tylko opcja **Lista etatów** umożliwiająca podgląd danych.

(1) Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych do OW NFZ

zwiń Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych	
Nr umowy:	15-00-05220-15-29
Liczba pielęgniarek:	2
Liczba etatów pielęgniarek:	4,50
Liczba położnych:	2
Liczba etatów położnych:	4,45

⚠ UWAGA: po przekazaniu danych do OW NFZ, nie będzie możliwa modyfikacja listy etatów.

Rys. 11.60 Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych do OW NFZ

- x. W sytuacji, gdy dla danej osoby (danego NPWZ) przekroczony zostanie wymiar etatów wyświetlony zostanie dodatkowy komunikat: *Powyższa lista może być przedmiotem wyjaśnienia ze strony NFZ*

(1) Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych do OW NFZ

zwiń Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych	
Nr umowy:	15-00-05220-15-38
Liczba pielęgniarek:	2
Liczba etatów pielęgniarek:	4,00
Liczba położnych:	1
Liczba etatów położnych:	1,50

zwiń Lista osób dla których został przekroczony wymiar etatu			
Państwo	Rodzaj uprawnień	Nr prawa wyk. zaw.	Wymiar etatu
Polska	Pielęgniarka	5,84

⚠ UWAGA: powyższa lista osób może być przedmiotem wyjaśnienia ze strony OW NFZ.

⚠ UWAGA: po przekazaniu danych do OW NFZ, nie będzie możliwa modyfikacja listy etatów.

Rys. 11.61 Próba przekazania stanu zatrudnienia w sytuacji przekroczenia wymiaru etatu

W takim przypadku:

- Jeżeli wymiar etatu został przekroczony **w ramach zatwierdzonych umów danego świadczeniodawcy**, przekazanie listy nie będzie możliwe – przy próbie zatwierdzenia pojawi się stosowny komunikat: *„Przekroczona liczba etatów na NPWZ :..... w ramach świadczeniodawcy”*

Operator ma możliwość wyszukania NPWZ, dla którego nastąpiło przekroczenie ilości etatów. W tym celu należy:

- przejść na listę stanu zatrudnienia,
- wskazać filtr „**Nr prawa wyk.zaw**” i wpisać dany NPWZ
- po użyciu opcji **Szukaj** wyświetlone zostaną wszystkie umowy świadczeniodawcy, dla których zgłoszone zostały etaty dla tego NPWZ.
- Jeżeli wymiar etatu został przekroczony **w ramach umów u wszystkich świadczeniodawców**, przekazanie listy będzie możliwe.

Uwaga! Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych można przekazywać tylko we wskazanym przez OW NFZ okresie czasu. W przypadku, składania wniosku w innym terminie wyświetlony zostanie komunikat błędu: *Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest możliwe tylko w terminie: -*

(1) Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych do OW NFZ

Błąd operacji

Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest możliwe tylko w terminie: 2016-08-01 - 2016-08-14



← cofnij

Rys. 11.62 Próba przekazania stanu zatrudnienia poza terminem

Wartości na liście stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych są aktualizowane:

- przy każdorazowej modyfikacji listy etatów pielęgniarek i położnych w ramach umowy (opcja **Uzupełnij etaty**).
- po imporcie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych z pliku CSV

Lista stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych może posiadać jeden ze statusów:

- **Do uzupełnienia** – oznacza, że dla wybranej umowy należy uzupełnić stan zatrudnienia pielęgniarek/położnych.
- **Do uzupełnienia**  - oznacza, że dla wybranej umowy przekazany już został wykaz i OW wymaga uzupełnienia danych. Opcja  pozwala na podgląd powodu decyzji NFZ. W takim przypadku należy ponownie uzupełnić dane o stanie zatrudnienia.
- **Przekazany** – oznacza, że dla wybranej umowy przekazano do OW wykaz stanu zatrudnienia pielęgniarek/położnych. Danych w takim wykazie nie można już edytować.
- **Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)** - podany status pojawi się w momencie przekazania listy przez pracownika OW do uzupełnienia przez świadczeniodawcę.
- **Zatwierdzony** – oznacza, że dla wybranej umowy przekazano do OW wykaz zatrudnienia i został on zatwierdzony przez pracowników OW. Na jego podstawie będzie możliwe przygotowanie aneksu do umowy.

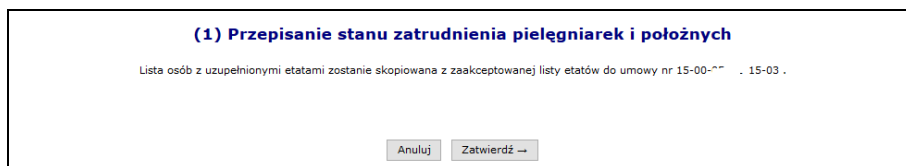
Aby przepisać stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych z jednej umowy do drugiej, należy:

1. Z głównego menu wybrać *Umowy* -> *Wzrost wynagrodzeń*. Do tego modułu mają dostęp operatorzy posiadający uprawnienie **Umowy**.
2. W nowym oknie zostanie wyświetlona lista umów świadczeniodawcy wraz ze stanem przekazania informacji o stanie zatrudnienia pielęgniarek/położnych. Przepisanie można wykonać tylko dla umów bieżących posiadających status „Do uzupełnienia” i „Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)”. Aby to zrobić należy dla odpowiedniej umowy wybrać opcję **Przepisz**.

Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych						
Nr umowy		Zawiera	Szukaj	Zlicz rekordy		
Status: -- wybierz --						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Nr umowy	Status ▲	Data przekazania	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba etatów położnych	Operacje
1.	15-00-****-42	Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)	2016-07-27	6,77	0,00	uzupełnij etaty importu z pliku
2.	15-00-****-03	Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)	2016-08-03	3,00	2,00	uzupełnij etaty importu z pliku przepisz przekaz
3.	15-00-****-3	Zatwierdzony	2015-11-17	3,50	2,50	lista etatów
4.	15-00-****-4	Zatwierdzony	2015-09-17	4,01	3,90	lista etatów

Rys. 11.63 Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych

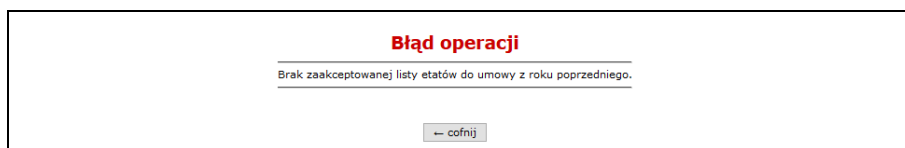
3. Jeżeli istnieje w systemie zaakceptowana lista etatów dla umowy w tym samym rodzaju w roku poprzednim, lista osób z etatami zostanie skopiowana. W takim przypadku system wyświetli komunikat *Lista osób z uzupełnionymi etatami zostanie skopiowana z zaakceptowanej listy etatów do umowy nr ...*. Skopiowane zostaną NPWZ-ty, które nie zostały jeszcze wprowadzone na listę. Te które były już dodane, pozostaną z wartościami, które zostały ręcznie wprowadzone przez świadczeniodawcę.



Rys. 11.64 Przepisanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych

4. Jeżeli system nie znalazł umowy w tym samym rodzaju w roku poprzednim, lista osób z etatami nie zostanie skopiowana. W takim przypadku system wyświetli komunikat *Brak zaakceptowanej listy etatów*

do umowy z roku poprzedniego.



Rys. 11.65 Przepisanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych – Błąd operacji

Świadczeniodawca po przekazaniu zgłoszenia do OW NFZ ma możliwość cofnięcia statusu zgłoszenia na status 'Do uzupełnienia'. Cofnięcie statusu zgłoszenia jest możliwe na statusie 'Przekazany do OW NFZ', jeśli nie upłynął jeszcze termin przekazania danych.

11.12.2 Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów

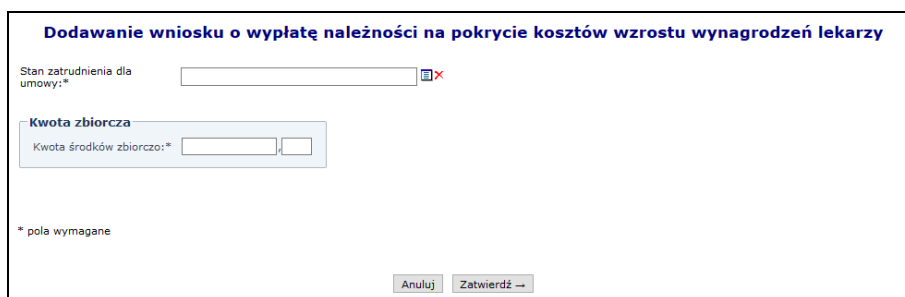
Uwaga! Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów można przekazywać tylko we wskazanym przez OW NFZ okresie czasu.

Świadczeniodawca składa w Portalu wnioski dotyczące podwyżek dla lekarzy w okresach półrocznych. Wnioski dotyczą lekarzy i lekarzy dentystów będących specjalistami i mogą dotyczyć tylko lekarzy wykazanych w umowach określonych typów, zdefiniowanych przez OW NFZ.

Na wnioskach świadczeniodawca podaje zbiorczą kwotę na podwyżki lekarskie dla okresu półrocznego, która jest przekazywana świadczeniodawcy w transzach miesięcznych stanowiących 1/6 wnioskowanej kwoty.

Aby zgłosić do OW NFZ odpowiednią ilość etatów pracy lekarzy specjalistów, należy:

1. Z głównego menu wybrać *Umowy -> Wzrost wynagrodzeń -> Lekarze specjaliści*. Do tego modułu mają dostęp operatorzy posiadający uprawnienie **Umowy**.
2. Przy pomocy opcji **Dodaj wniosek** w pierwszej kolejności należy dodać wniosek - wybrać umowę oraz podać kwotę środków zbiorczo.



Rys. 11.66 Dodawanie wniosku o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy

3. Aby wprowadzić etaty lekarzy należy z głównej listy wniosków wybrać opcję **Lista etatów**.

Lista etatów lekarzy specjalistów

[Dodawanie etatu](#)

Nr prawa wyk. zaw. Zawiera Szukaj

Rodzaj uprawnienia:

Okres zobowiązania od: do:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj uprawnienia	Nr prawa wyk. zaw / nr dokumentu	Wymiar etatu	Data, od której zobowiązanie stało się skuteczne	Data wygaśnięcia zobowiązania	Operacje
1.	Rodz. upr.: Lekarz	<input type="text"/>	1,000	2019-11-01	-	usuń edytuj
2.	Rodz. upr.: Lekarz	<input type="text"/>	1,000	2019-05-01	-	usuń edytuj
3.	Rodz. upr.: Lekarz	<input type="text"/>	0,222	2019-01-01	-	usuń edytuj

Rys. 11.67 Lista wniosków o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy

4. Następnie za pomocą opcji [Dodawanie etatu](#) można wprowadzić dane etatu:
1. Lekarza / lekarza dentystę - lekarz z danym uprawnieniem może wystąpić więcej niż jeden raz we wniosku, ale zgłaszane okresy obowiązywania zobowiązania muszą być rozłączne
 2. Określić wymiar etatu, który musi być >0 oraz ≤ 1
 3. Datę od której zobowiązanie stało się skuteczne:
 - a. data nie może być wcześniejsza niż 1 lipca 2018
 - b. data musi być określona jako pierwszy dzień miesiąca
 4. Datę wygaśnięcia zobowiązania (jeśli ta data jest znana w momencie składania wniosku podwyżkowego). Jeżeli data nie zostanie podana, zobowiązanie jest traktowane jako bezterminowe. Jeśli we wniosku jest informacja o więcej niż jednym okresie obowiązywania zobowiązania dla lekarza identyfikowanego NPWZ, to tylko ostatni z okresów może być przekazany jako otwarty (bez daty zakończenia zobowiązania).
 - a. data nie może być wcześniejsza niż data początku obowiązywania tego zobowiązania
 - b. data musi być ostatnim dniem wskazywanego miesiąca (lub datą końca umowy, jeśli wypada ona w inny dzień niż koniec miesiąca).

Okresy zobowiązania dla jednego lekarza muszą być rozłączne.

Zobowiązanie jest traktowane jako kontynuacja, jeśli istnieje zatwierdzone zobowiązanie lekarza (NPWZ) w poprzedzającym bezpośrednim okresie trwania podwyżki (u tego świadczeniodawcy) i zobowiązanie to nie ma daty końca obowiązywania. W takiej sytuacji dla bieżącego wniosku data początku obowiązywania zobowiązania jest taka sama jak w poprzednim wniosku.

Zobowiązanie jest traktowane jako nowe (niebędące kontynuacją) w sytuacji, kiedy dla lekarza z danym uprawnieniem zawodowym u świadczeniodawcy, nie istnieje wcześniejsze zatwierdzone zobowiązanie, które byłoby otwarte.

Jeśli dany lekarz ma dwa uprawnienia zawodowe: lekarz i lekarz dentysta i z oboma został wykazany w umowie, to na liście etatów należy go wykazać 2 razy – z każdym uprawnieniem osobno. Wybrana osoba personelu musi być wykazana w umowie zgodnie z *Datą od której zobowiązanie stało się skuteczne*.

(1) Dodawanie etatu lekarza specjalisty spełniającego warunki

Nr umowy:

Lekarz/lekarz dentysta:*

Wymiar etatu:*

Data, od której zobowiązanie stało się skuteczne:*

Data wygaśnięcia zobowiązania:

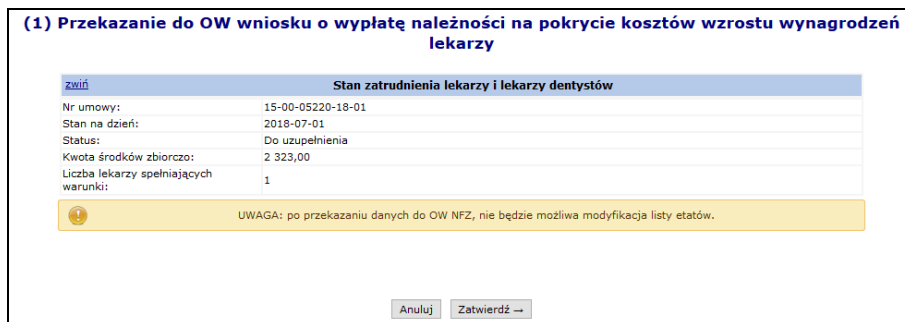
* pola wymagane

Rys. 11.68 Dodawanie etatu lekarza i lekarza dentysty

Lista etatów może być modyfikowana, dopóki wniosek nie zostanie przekazany do OW.

Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie błędnie wprowadzonej pozycji.

- Po uzupełnieniu i zatwierdzeniu wszystkich pozycji wniosku, należy przekazać listę do OW NFZ przy pomocy opcji **Przełącz**. Od tej pory żaden etat nie może zostać dodany ani usunięty. Dla przekazanej listy dostępna jest tylko opcja **Lista etatów** umożliwiająca podgląd danych. Przy przekazywaniu wniosku do OW NFZ system ponownie weryfikuje poprawność dat obowiązywania zobowiązania dla każdego lekarza oraz obecność lekarza w umowie/umowach oraz sprawdzi unikalność danych lekarza we wniosku.

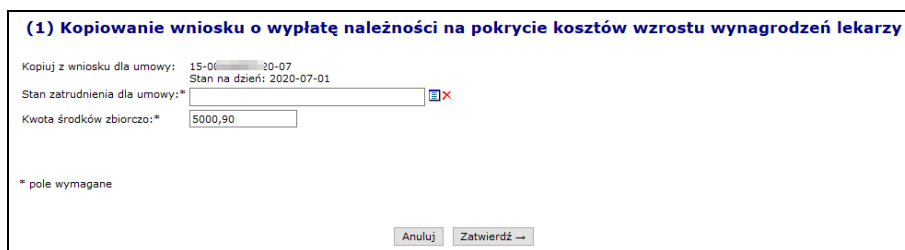


Rys. 11.69 Przekazanie wniosku o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy

Opcja **Anuluj** dostępna dla wniosków o statusie *Do uzupełnienia* oraz *Do uzupełnienia (przekazane przez OW)* umożliwia anulowanie zgłoszenia. Opcja ta jest dostępna zarówno dla wniosków o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy jak i informacji o wygaśnięciu zobowiązania. W systemie może istnieć tylko jeden wniosek dla danej umowy i stanu na dzień, o statusie innym niż *Anulowany*.

System umożliwia świadczeniodawcy skopiowanie do wniosku aktualnych zobowiązań lekarzy zgłoszonych i zatwierdzonych w poprzednim okresie podwyżkowym (świadczeniodawca wybiera umowę, z której zostanie skopiowana lista lekarzy) przy pomocy opcji **Kopiuj**.

Kopiuwane są wyłącznie zobowiązania, które nie mają uzupełnionej daty końca zobowiązania. Jeśli we wniosku w poprzednim okresie podwyżkowym dla lekarza był więcej niż jeden okres obowiązywania zobowiązania, to do nowego wniosku kopiowany jest wyłącznie ostatni okres, jeśli jest otwarty.



Rys. 11.70 Kopiowanie wniosku o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy

Aby zgłosić do OW NFZ informacje o wygaśnięciu zobowiązania, należy:

- Dla zatwierdzonego wniosku o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń wybrać opcję **Pomniejszenia**. Dla każdego wniosku o wzrost wynagrodzeń dla jednej umowy można przekazać wiele wniosków o ustanie zobowiązania. System pozwala na przekazanie tylko jednego wniosku z danym lekarzem z danym uprawnieniem.
- W oknie *Informacje o wygaśnięciu zobowiązań* wybrać opcję **Dodaj informację**.

Informacje o wygaśnięciu zobowiązania

[Dodaj informację](#)

Nr prawa wyk. zaw. Zawiera Szukaj

Status:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Status	Okres przekazywania danych	Data przekazania	Kwota pomniejszenia zobowiązania	Operacje
1.	Do uzupełnienia	Od: 2018-10-02 Do: 2019-02-14	-	1 000,00	edytuj etat anuluj

Rys. 11.71 Informacje o wygaśnięciu zobowiązania

- Uzupełnić **Kwotę pomniejszenia zobowiązania**, o którą pomniejszone zostanie zobowiązanie OW NFZ wobec świadczeniodawcy. Kwota ta nie może być większa niż kwota środków zbiorczo dla wniosku nadrzędnego.

Dodawanie informacji o wygaśnięciu zobowiązania

Kwota pomniejszenia zobowiązania: *

* pola wymagane

Rys. 11.72 Dodawanie informacji o wygaśnięciu zobowiązania

- Dla nowo dodanej *Informacji o wygaśnięciu zobowiązania* przy pomocy opcji **Etaty** -> [Dodaj etat](#) należy uzupełnić:
 - Etat lekarza / lekarza dentysty**
 - Datę wygaśnięcia zobowiązania**, która nie może być wcześniejsza niż data, od której zobowiązanie stało się skuteczne oraz nie może być późniejsza niż ostatni dzień bieżącego miesiąca

Dodawanie etatu lekarza specjalisty, któremu wygasło zobowiązanie

Etat lekarza / lekarza dentysty: *

Data wygaśnięcia zobowiązania: *

* pola wymagane

Rys. 11.73 Dodawanie etatu lekarza specjalisty, któremu wygasło zobowiązanie

- Każdy lekarz może zostać dodany tylko raz do pomniejszenia wniosku o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy

Lista etatów lekarzy specjalistów, którym wygasło zobowiązanie

[Dodaj etat](#)

Nr prawa wyk. zaw. Zawiera Szukaj

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj uprawnień	Nr prawa wyk. zaw / nr dokumentu	Wymiar etatu	Data od której zobowiązanie stało się skuteczne	Data wygaśnięcia zobowiązania	Operacje
1.	LEKARZ	<input type="text"/>	0,745	2018-08-31	2018-10-16	usuń

Rys. 11.74 Lista etatów lekarzy specjalistów, którym wygasło zobowiązanie

- Po uzupełnieniu wszystkich pomniejszeń należy przekazać informację o wygaśnięciu zobowiązania do OW NFZ przy pomocy opcji **przełącz**.

Świadczeniodawca po przekazaniu zgłoszenia do OW NFZ ma możliwość cofnięcia statusu zgłoszenia na status 'Do uzupełnienia'. Cofnięcie statusu zgłoszenia jest możliwe na statusie 'Przekazany do OW NFZ', jeśli nie upłynął jeszcze termin przekazania danych.

11.12.3 Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów (styczeń – czerwiec 2021)

Uwaga! Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów można przekazywać tylko we wskazanym przez OW NFZ okresie czasu.

Akcja podwyżkowa za pierwsze półrocze 2021 roku tj. okresu styczeń – czerwiec, dotyczy umów świadczeniodawców uprawnionych do składania wniosków analogicznie jak to miało miejsce w styczniu 2021 roku. Umowy, których ma dotyczyć pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów muszą obowiązywać w dniu 1 lipca 2021.

Podczas dodawania wniosku operator musi wprowadzić kwotę, która jest kwotą zbiorczą podwyżek wypłaconych lekarzom w okresie od stycznia do czerwca 2021.

Jeżeli świadczeniodawca złożył wniosek o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy w styczniu 2021, to podczas dodawania nowego wniosku za okres styczeń – czerwiec system zaczyta dane szczegółowe o lekarzach, których zobowiązania zostały przekazane w akcji styczniowej 2021.

Dodatkowo, jeśli w okresie do czasu utworzenia wniosku dla akcji lipcowej świadczeniodawca złożył dla lekarza wniosek o ustanie zobowiązania i wniosek ten został zatwierdzony przez OW NFZ, to w danych lekarza będzie prezentowana data ustania zobowiązania.

Świadczeniodawca ma możliwość edycji zaczytanych danych w zakresie wprowadzenia daty ustania zobowiązania oraz może wprowadzić dane o nowych zobowiązaniach lekarzy, których nie zgłosił w akcji styczniowej 2021. System umożliwia wprowadzenie więcej niż jednego okresu dla lekarza. Świadczeniodawca ma też możliwość przekazania we wniosku podwyżkowym informacji o zobowiązaniu lekarza, które rozpoczęło się przed datą początku okresu skutku finansowego akcji (tj. przed 1 stycznia 2021).

Nie ma możliwości importu z pliku CSV danych lekarzy do wniosku ani kopiowania do wniosku aktualnych zobowiązań lekarzy zgłoszonych i zatwierdzonych w poprzedniej akcji wzrostu wynagrodzeń.

Dla wniosków nie ma możliwości składania wniosków o ustanie zobowiązania.

Podczas dodawania etatu lekarza do wniosku należy podać:

1. Numer prawa wykonywania zawodu (NPWZ) – wybrana osoba musi być wykazana w umowie, której dotyczy wniosek - **przynajmniej przez jeden dzień w okresie od początku okresu skutku finansowego akcji do dnia początku obowiązywania zobowiązania. W jednym wniosku nie mogą być przekazane zobowiązania tego samego lekarza mające część wspólną dotyczącą okresów obowiązywania zobowiązania** (zobowiązania bez daty obowiązywania traktowane są jak bezterminowe). NPWZ może wystąpić więcej niż jeden raz we wniosku, ale zgłaszane okresy obowiązywania zobowiązania muszą być rozłączne.
2. Wymiar etatu
3. Datę, od której zobowiązanie stało się skuteczne
 - a. data nie może być wcześniejsza niż 1 lipca 2018
 - b. data musi być określona jako pierwszy dzień miesiąca
 - c. data nie może być późniejsza niż 1 czerwca 2021
4. Datę wygaśnięcia zobowiązania
 - a. data nie może być wcześniejsza niż data początku obowiązywania tego zobowiązania
 - b. data nie może być późniejsza niż data końca skutku finansowego akcji, tj. 30 czerwca 2021
 - c. data musi być ostatnim dniem wskazywanego miesiąca

11.12.4 Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym

Uwaga! Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym można przekazywać tylko we wskazanym przez OW NFZ okresie czasu.

Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym przekazywany jest przez świadczeniodawcę w ramach:

- Leczenia szpitalnego - typy umów: 03/1, 03/7, 03/8 (od stycznia 2021 wzrost wynagrodzeń nie obowiązuje dla umów 03/3 i 03/4)
- Ratownictwa medycznego (typ umowy 16/1)

Okres skutku finansowego akcji to styczeń 2021 – czerwiec 2021.

W celu zgłoszenia do OW NFZ ilości etatów w ratownictwie medycznym w obu rodzajach świadczeń, należy z głównego menu wybrać *Umowy -> Wzrost wynagrodzeń -> Ratownictwo medyczne*. Do tego modułu mają dostęp operatorzy posiadający uprawnienie **Umowy**.

Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym							
		Dodaj - leczenie szpitalne		Dodaj - ratownictwo medyczne			
Nr umowy		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Status: -- wybierz --							
Stan na dzień: -- wybierz --							
Rodzaj: -- wybierz --							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nr umowy Nr pierwotny Rodzaj	Stan na dzień	Status	Okres przekazywania danych	Data przekazania	Liczba etatów	Operacje
1.	Nr umowy: 15-00-05578-20-05 Nr pierwotny: SD-2016-132 Rodzaj: Leczenie szpitalne	2020-01-01	Zatwierdzony	Od: 2020-01-01 Do: 2020-01-14	2020-01-09	Ⓜ Ratownicy [SOR i IP]: 3,994 Ⓜ Ratownicy [IP]: 3,401	lista etatów pobierz
2.	Nr umowy: 15-00-05578-20-04 Nr pierwotny: SD-2016-1320 Rodzaj: Leczenie szpitalne	2020-01-01	Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)	Od: 2020-01-01 Do: 2020-01-14	2020-01-09	Ⓜ Ratownicy: 6,0	przełącz anuluj uzupełnij etaty importuj z pliku pobierz
3.	Nr umowy: 15-00-05578-20-06 Nr pierwotny: ZPO 2017/2020 Rodzaj: Ratownictwo medyczne	2020-01-01	Zatwierdzony	Od: 2020-01-01 Do: 2020-01-14	2020-01-09	Ⓜ Ratownicy: 2,901 Ⓜ Ratownicy [P]: 0,199 Ⓜ Pielęgniarki [P]: 2,0 Ⓜ Dyspozytorzy: 0,9 Ⓜ Ratownicy [K]: 1,1	lista etatów pobierz
4.	Nr umowy: 15-00-05578-20-03 Nr pierwotny: SD-2016-132 Rodzaj: Leczenie szpitalne	2020-01-01	Zatwierdzony	Od: 2020-01-01 Do: 2020-01-14	2020-01-09	Ⓜ Ratownicy: 3,4 Ⓜ Ratownicy [SOR i IP]: 1,0	lista etatów pobierz

Rys. 11.75 Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym

Zmiany styczeń 2020:

- Dla typu umowy 16/1 zmianie ulega zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych oraz danych szczegółowych wniosku świadczeniodawca wprowadza informacje dotyczące 5 grup personelu (wcześniej dla 4):
 - 1-ratownicy medyczni świadczeniodawcy,
 - 2-ratownicy medyczni podwykonawcy,
 - 3-pielęgniarki systemu u podwykonawcy,
 - 4-dyspozytorzy medyczni
 - 5-ratownicy medyczni na stanowiskach kierowniczych (nowa grupa personelu)
- Dotychczasowy zakres podwyżkowy dla ratowników w umowach 03/7 - 03.9993.008.02 *Środki wynikające z rozporządzenia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego OWU Leczenie szpitalne świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) / świadczenia w izbie przyjęć (IP)* nie dotyczy roku 2020.
- Dla typu umowy 03/1 oraz 03/8 zmianie ulega zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych i w danych szczegółowych wniosku świadczeniodawca wprowadza informacje dotyczące 2 grup personelu (wcześniej dla 1):
 - 1-ratownicy medyczni (pozostałe oddziały szpitalne)
 - 2-ratownicy medyczni (IP – nazwa do ustalenia przez CNFZ) (nowa grupa personelu)
- Dla typu umowy 03/7 zmianie ulega zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych i w danych szczegółowych wniosku świadczeniodawca wprowadza informacje dotyczące 2 grup personelu (wcześniej dla 1):
 - 1-ratownicy medyczni zatrudnieni w SOR/IP
 - 2-ratownicy medyczni zatrudnieni w IP (nazwa do ustalenia przez CNFZ)

9. Dla typów umów 03/3 oraz 03/4 zakres informacyjny wniosku nie ulega zmianie i zawiera informacje dotyczące ratowników medycznych.

Zmiany styczeń 2021:

1. Dla typu umowy 03/1 oraz 03/8 zmianie uległ zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych i w danych szczegółowych wniosku należy wprowadzić informacje tylko dotyczące 1 grupy personelu (obecnie informacje przekazywane dla 2 grup personelu):
 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/1) w SOR lub IP - szpital posiadający oddział ratunkowy
 - Usunięto: Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/1) - pozostałe oddziały szpitalne
2. Dla typu umowy 03/7 zmianie uległ zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych i w danych szczegółowych wniosku należy wprowadzić informacje dotyczące tylko 1 grupy personelu (obecnie informacje przekazywane dla 2 grup personelu):
 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/7), zatrudnionych w IP szpitali posiadających oddział ratunkowy na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
 - Usunięto: Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/7), zatrudnionych w IP szpitali nieposiadających oddziału ratunkowego
3. Od stycznia 2021 dla typów umów 03/3 oraz 03/4 przestaje obowiązywać zbieranie etatów.

Aby zgłosić do OW NFZ odpowiednią ilość etatów w ratownictwie medycznym w **umowach szpitalnych**, należy:

1. Na liście *Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym* wybrać opcję **Dodaj - leczenie szpitalne** oraz wybrać umowę, dla której ma zostać uzupełniony stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym.
2. Dla nowo utworzonej pozycji z kolumny operacje wybrać opcję:
 - a. **Uzupełnij etaty**, która umożliwi przejście do *Listy etatów/równoważników etatów*. Wybierając opcję **Dodawanie etatu** należy uzupełnić pola:
 - i. Typ personelu
 - ii. PESEL osoby personelu
 - iii. Liczbę etatów / równoważników etatów – wartość podawana do trzech miejsc po przecinku, nie jest możliwe podanie wartości 0
 - iv. Każdą pozycję można usunąć przy pomocy opcji **Usuń**

(1) Dodawanie etatu/równoważnika etatu

Typ personelu :

PeSEL :*

Liczba etatów / równoważników etatów:* ..

* pola wymagane

Rys. 11.76 Dodawanie etatu / równoważnika etatu

- b. lub zaimportować etaty/równoważniki etatów z pliku CSV zawierającego wykaz zatrudnionych ratowników medycznych. Informacje o stanie zatrudnienia w ratownictwie medycznym powinny być zapisane w następujący sposób:

[nr umowy];[typ personelu];[NPWZ/PESEL];[wymiar etatu], gdzie:

 - i. nr umowy - zgodny z pozycją listy, dla której wykonywany jest import
 - ii. typ personelu (w zależności od zakresu, dla stanu zatrudnienia od 2021 roku):
 - 2 - Ratownicy (Ratownicy medyczni w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne)
 - 3 - Dyspozytorzy (Dyspozytorzy medyczni)
 - 4 - Ratownicy [P] (Ratownicy medyczni systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne u podwykonawcy)

- 5 - Pielęgniarki [P] (Pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne u podwykonawcy)
 - 6 - Ratownicy medyczni w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne - kierownicy
 - 20 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/1) w SOR lub IP - szpital posiadający oddział ratunkowy
 - 21 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/7), zatrudnionych w IP szpitali posiadających oddział ratunkowy na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
 - 22 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/8) w SOR lub IP - szpital posiadający oddział ratunkowy
- iii. NPWZ/PESEL
1. NPWZ - w przypadku typu personelu "5" - Pielęgniarki [P]
 2. PESEL - dla pozostałych przypadków
- iv. wymiar etatu - liczba w formacie (3, 3). Maksymalny wymiar etatu zależy jest od parametru ustawianego w systemie

Plik należy zapisać jako "CSV (rozdzielany przecinkami)(* .csv)". Format "Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(* .csv)" nie będzie możliwy do wczytania.

Przykład poprawnie sformatowanego pliku:

15-00-05000-19-02;2;880501xxxxx;1.99

15-00-05000-19-02;5;08xxxxxP;1.023

(1) Import etatów/równoważników etatów - Plik CSV

Plik: * etaty_15-00- -19-50.csv

Struktura pliku CSV

Informacje o stanie zatrudnienia w ratownictwie medycznym powinny być zapisane w następujący sposób [nr umowy];[typ personelu];[NPWZ/PESEL];[wymiar etatu], gdzie:

- nr umowy - zgodny z pozycją listy, dla której wykonywany jest import
- typ personelu
 - o 1 - Ratownicy (Ratownicy medyczni w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne)
 - o 2 - Ratownicy (Ratownicy medyczni w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne)
 - o 3 - Dyspozytorzy (Dyspozytorzy medyczni)
 - o 4 - Ratownicy [P] (Ratownicy medyczni systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne u podwykonawcy)
 - o 5 - Pielęgniarki [P] (Pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne u podwykonawcy)
- NPWZ/PESEL
 - o NPWZ - w przypadku typu personelu "5" - Pielęgniarki [P]
 - o PESEL - dla pozostałych przypadków
- wymiar etatu - liczba w formacie (3, 3). Maksymalny wymiar etatu zależy jest od parametru ustawianego w systemie

Plik należy zapisać jako "CSV (rozdzielany przecinkami)(* .csv)". Format "Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(* .csv)" nie będzie możliwy do wczytania.

Przykład poprawnie sformatowanego pliku:
 15-00- -19-02;2; ;1.99
 15-00- -19-02;5; ;1.023

Rys. 11.77 Import etatów/równoważników etatów - Plik CSV

3. Aby poprawić wpis dotyczący etatu, należy najpierw go usunąć, a następnie dodać go ponownie. Można także zmodyfikować listę etatów importując nowy plik CSV. **UWAGA ! Jeżeli na liście znajdują się już pozycje, import danych z pliku spowoduje ich usunięcie. Stan zatrudnienia może być modyfikowany, dopóki nie zostanie przekazany do OW.**
4. Po uzupełnieniu danych stan zatrudnienia zostaje dopisany do listy ze statusem „Do uzupełnienia”.
5. Jeśli wprowadzony stan zatrudnienia jest poprawny należy przekazać listę do OW NFZ przy pomocy opcji **Przeładż**. Od tej pory edycja stanu zatrudnienia ratowników medycznych nie jest już dostępna.

Przekazanie do OW stanu zatrudnienia w ratownictwie medycznym

Zwinić	Liczba etatów / równoważników etatów ratowników medycznych
Nr umowy:	15-00- -19-57
Nr pierwotny:	324877641
Stan na dzień:	2019-07-01
Ratownicy medyczni:	0,0

Rys. 11.78 Przekazanie do OW stanu zatrudnienia w ratownictwie medycznym

Aby zgłosić do OW NFZ odpowiednią ilość etatów w ratownictwie medycznym w **umowach RTM**, należy:

1. Na liście *Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym* wybrać opcję **Dodaj - ratownictwo medyczne** oraz wybrać umowę, dla której ma zostać uzupełniony stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym.
2. Dla nowo utworzonej pozycji z kolumny operacje wybrać opcję:
 - a. **Uzupełnij etaty**, która umożliwi przejście do *Listy etatów/równoważników etatów*. Wybierając opcję **Dodawanie etatu** należy uzupełnić pola:
 - i. Typ personelu
 - ii. PESEL
 - iii. Liczbę etatów / równoważników etatów – wartość podawana do trzech miejsc po przecinku, nie jest możliwe podanie wartości 0
 - b. lub zaimportować etaty/równoważniki etatów z pliku CSV zawierającego wykaz zatrudnionego personelu. Informacje o stanie zatrudnienia w ratownictwie medycznym powinny być zapisane w następujący sposób:

[nr umowy];[typ personelu];[NPWZ/PESEL];[wymiar etatu], gdzie:

 - i. nr umowy - zgodny z pozycją listy, dla której wykonywany jest import
 - ii. typ personelu
 - 2 - Ratownicy (Ratownicy medyczni w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne)
 - 3 - Dyspozytorzy (Dyspozytorzy medyczni)
 - 4 - Ratownicy [P] (Ratownicy medyczni systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne u podwykonawcy)
 - 5 - Pielęgniarki [P] (Pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne u podwykonawcy)
 - 6 - Ratownicy medyczni w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne - kierownicy
 - 20 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/1) w SOR lub IP - szpital posiadający oddział ratunkowy
 - 21 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/7), zatrudnionych w IP szpitali posiadających oddział ratunkowy na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
 - 22 - Ratownicy medyczni udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (03/8) w SOR lub IP - szpital posiadający oddział ratunkowy
 - iii. NPWZ/PESEL
 1. NPWZ - w przypadku typu personelu "5" - Pielęgniarki [P]
 2. PESEL - dla pozostałych przypadków
 - iv. wymiar etatu - liczba w formacie (3, 3). Maksymalny wymiar etatu zależy jest od parametru ustawianego w systemie

Plik należy zapisać jako "CSV (rozdzielany przecinkami)(* .csv)". Format "Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(* .csv)" nie będzie możliwy do wczytania.

Przykład poprawnie sformatowanego pliku:

```
15-00-05000-19-02;2;880501xxxx;1.99
```

```
15-00-05000-19-02;5;08xxxxP;1.023
```

3. Aby poprawić wpis dotyczący etatu należy najpierw go usunąć, a następnie dodać go ponownie. Można także zmodyfikować listę etatów importując nowy plik CSV. **UWAGA ! Jeżeli na liście znajdują się już pozycje, import danych z pliku spowoduje ich usunięcie. Stan zatrudnienia może być modyfikowany, dopóki nie zostanie przekazany do OW.**
4. Po uzupełnieniu danych stan zatrudnienia zostaje dopisany do listy ze statusem „Do uzupełnienia”.
5. Jeśli wprowadzony stan zatrudnienia jest poprawny należy przekazać listę do OW NFZ przy pomocy opcji **Przełącz**. Od tej pory edycja stanu zatrudnienia ratowników medycznych nie jest już dostępna.

Świadczeniodawca po przekazaniu zgłoszenia do OW NFZ ma możliwość cofnięcia statusu zgłoszenia na status 'Do uzupełnienia'. Cofnięcie statusu zgłoszenia jest możliwe na statusie 'Przekazany do OW NFZ', jeśli nie upłynął jeszcze termin przekazania danych.

11.12.5 Wzrost wynagrodzenia zasadniczego

Uwaga! Okres przekazywania danych na temat stanu zatrudnienia pracowników można przekazywać tylko we wskazanym przez OW NFZ okresie czasu.

W części *Umowy* -> *Wzrost wynagrodzeń* -> *Wzrost wynagrodzenia zasadniczego* - *Wnioski świadczeniodawcy* operator zarządza stanem zatrudnienia pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości wynikającej z informacji przekazanych na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia.

Do przekazywania informacji o osobach i kwotach dotyczących podwyżek wynagrodzenia zasadniczego są zobowiązani świadczeniodawcy będący podmiotami leczniczymi posiadającymi aktywne umowy w okresie zdefiniowanym jako okres przekazywania danych:

1. Umowa świadczeniodawcy musi obowiązywać w co najmniej jednym dniu tego okresu;
2. Dane można składać do wszystkich typów umów z wyłączeniem umów zawartych:
 - a. w rodzaju 18 *Programy pilotażowe* (oprócz 18/4 – dla CZP operator może przekazać dane w charakterze informacji),
 - b. w rodzaju 19 *Choroby zakaźne i stany nadzwyczajne*,
 - c. w rodzaju 20 *Świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności*,
 - d. w typie umowy 05/2 - *Program rządowy - Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych*;

Przekazywane informacje powinny dotyczyć wyłącznie osób zatrudnionych u świadczeniodawcy na podstawie umowy o pracę, należących do jednej z 11 grup zawodowych według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku zdefiniowanych w załączniku do Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W części *Wnioski współrealizatorów* świadczeniodawca będący stroną umowy RTM ma dostęp do informacji o kwocie na podwyżki wynagrodzenia zasadniczego wynikającej z informacji złożonych przez siebie i przez współrealizatorów w podziale na przypadające na nich kwoty. Informacja jest dostępna po zatwierdzeniu przekazanych danych przez operatora OW. Informacja o wartościach dotyczących współrealizatorów prezentowana jest jako informacja zbiorcza – tylko sumaryczna wartość środków na podwyżki dla personelu, bez wskazywania z jakich składowych wynika i jakich osób dotyczy.

Przekazywanie informacji nie dotyczy osób zatrudnionych u podwykonawcy. Wyjątkiem od tej zasady są osoby udzielające świadczeń w ramach umowy RTM. W tym przypadku wszyscy świadczeniodawcy występujący w umowie w charakterze współrealizatorów, mogą przekazać informację w odniesieniu do personelu zatrudnionego u nich, na podstawie umowy o pracę – tak samo jak świadczeniodawca ich reprezentujący.

Dla umów RTM, które realizowane są przez współrealizatorów będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz podmiotami leczniczymi jest możliwe składanie informacji dla świadczeniodawcy będącego stroną umowy oraz jego współrealizatorów. W kontekście umowy RTM, możliwość przekazania informacji do OW NFZ:

- a. ma świadczeniodawca, z którym w systemie została podpisana umowa (będący reprezentantem wszystkich współrealizatorów umowy)
- b. mają świadczeniodawcy realizujący umowę RTM zapisani w systemie jako współrealizatorzy

Aby zgłosić do OW NFZ stan zatrudnienia pracowników, należy:

1. Z głównego menu wybrać *Umowy* -> *Wzrost wynagrodzeń* -> *Wzrost wynagrodzenia zasadniczego*.

2. Przy pomocy opcji **Dodaj stan zatrudnienia** wybrać umowę, której ma dotyczyć wzrost wynagrodzenia zasadniczego.

Dodawanie stanu zatrudnienia

Etaty dla umowy:*

* pola wymagane

Rys. 11.79 Dodawanie stanu zatrudnienia

3. Do nowo dodanej pozycji, należy przypisać plik CSV (dane dotyczące stanu zatrudnienia) przy pomocy opcji **wczytaj plik**.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego

Nr umowy Zawiera Szukaj

Status: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Nazwa pliku	Data wczytania	Status	Liczba osób	Suma T1-25	Suma T2-24	Wnioskowana kwota	Operacje
1.	Nr umowy: 15-00-05220-21-02 Nr pierwotny: -	-	-	Do uzupełnienia	-	-	-	-	wczytaj plik anuluj
2.	Nr umowy: 15-00-05220-21-02 Nr pierwotny: -	-	-	Anulowany	-	-	-	-	-
3.	Nr umowy: 15-00-05220-21-02 Nr pierwotny: -	plik_v2 (3).csv	2021-07-08	Anulowany	2	7 454,06 zł	26 538,76 zł	19 084,70 zł	-

Rys. 11.80 Wzrost wynagrodzenia zasadniczego – Do uzupełnienia

4. Po zaimportowaniu pliku zawierającego dane dotyczące stanu zatrudnienia, pozycja otrzyma status *Gotowy do przekazania*. Ponowne wczytanie pliku nadpisuje wcześniejsze dane. Plik zawierający opis stanu zatrudnienia jest wczytywany do systemu za każdym razem w całości.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego

Nr umowy Zawiera Szukaj

Status: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Nazwa pliku	Data wczytania	Status	Liczba osób	Suma T1-25	Suma T2-24	Wnioskowana kwota	Operacje
1.	Nr umowy: <input type="text"/> Nr pierwotny: -	plik_v2.csv	2021-07-13	Gotowy do przekazania	2	7 055,79 zł	20 062,96 zł	13 007,17 zł	wczytaj plik przełącz anuluj

Rys. 11.81 Wzrost wynagrodzenia zasadniczego – Gotowy do przekazania

5. W ostatnim kroku, należy przesłać dane do OW NFZ przy pomocy opcji **przełącz**.

(1) Przekazanie danych

Nr umowy:

Nr pierwotny:

Stan na dzień:

Liczba osób:

Suma T1-25:

Suma T2-24:

Wnioskowana kwota:

Rys. 11.82 Wzrost wynagrodzenia zasadniczego – Gotowy do przekazania

6. **Po przekazaniu danych do OW NFZ nie będzie możliwości ich modyfikacji.** Jeżeli wystąpi taka potrzeba, należy zwrócić się do OW NFZ o ponowną możliwość przekazania tych danych. Nowo przekazane dane nadpiszą te przekazane wcześniej.

I. Plik zawierający dane dotyczące stanu zatrudnienia musi dotyczyć pojedynczej umowy i jednego świadczeniodawcy:

1. Dane muszą być zapisane w pliku CSV.
2. Separatorem pól jest średnik .
3. Dane w pliku odpowiadają zakresowi i układowi danych w załączniku do rozporządzenia MZ.
4. Dane z 2 tabel określonych w załączniku do rozporządzenia zostały połączone – każdy wiersz w pliku zawiera dane opisujące jedną osobę.
5. Kolumny 1 – 7 są odpowiednikami kolumn 1 – 7 w obydwu tabelach załącznika do rozporządzenia MZ.
6. Kolumny 2a i 2b przeznaczone są odpowiednio na Nazwisko i Imię (odpowiadają jednej kolumnie „Imię i Nazwisko” tabel w załączniku do rozporządzenia MZ
7. Dane tekstowe nie powinny zawierać „białych znaków” (znaków nowej linii, tabulatorów itd.).
8. Kolumny oznaczone od T1-8 do T1-25 odpowiadają kolumnom od 8 do 25 w tabeli 1 załącznika do rozporządzenia MZ.
9. Kolumny oznaczone od T2-8 do T2-24 odpowiadają kolumnom od 8 do 24 w tabeli 2 załącznika do rozporządzenia MZ.
10. Plik powinien zawierać dwa wiersze nagłówka.
11. W każdym wierszu nagłówka liczba pól musi być taka sama jak w kolejnych wierszach zawierających dane.
12. W pierwszym wierszu nagłówka w każdym polu powinna wystąpić dowolna wartość tekstowa – nie może być pusta.
13. Drugi wiersz nagłówkowy musi zawierać dane - oznaczenie kolumn.
14. Wiersze od 3 do ostatniego powinny zawierać dane, zgodne z opisem poniżej.
15. Kolumna 1 – musi zawierać kolejne liczby całkowite, zaczynając od 1 w wierszu 3
16. Kolumny 2a i 2b (Nazwisko i Imię) muszą zawierać tekst, o długości dla nazwiska nie więcej niż 40 znaków, a dla imienia nie większej niż 20.
17. **Kolumna 3 musi zawierać PESEL osoby. Zawartość pola musi spełniać reguły budowy numeru PESEL. PESEL jest traktowany jako identyfikator osoby. W importowanym pliku PESEL może pojawić się wielokrotnie, ale każdy wpis musi dotyczyć innej grupy zawodowej (kolumna 5) lub innego NPWZ (kolumna 4). Jeżeli w kolejnych plikach dotyczących kolejnych umów świadczeniodawcy (zawierających dane osób udzielających świadczeń w różnych umowach), wykazany zostanie ten sam nr PESEL, to wymiar czasu pracy będzie sumowany i nie może przekroczyć wartości 1.**
18. Kolumna 4 musi zawierać NPWZ. NPWZ należy wskazać w przypadku osób z tych grup zawodowych, w których Numer Prawa Wykonywania Zawodu jest nadawany.
19. Kolumna 5 – Grupa zawodowa musi zawierać wartość od 1 do 11, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw:

L.p.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku
1	Lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny
2	Lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny
3	Lekarz albo lekarz dentyista, bez specjalizacji
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentyista stażysta
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna

	z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, inny niż określony w lp. 6 i 10

20. Kolumna 6 – Stanowisko – tekst o długości nieprzekraczającej 256 znaków.
21. Kolumna 7 – Wymiar etatu – musi zawierać liczbę większą niż 0, nie większą niż 1, z maksymalną dokładnością do 3 miejsc dziesiętnych **Uwaga: Maksymalna wartość „Wymiar etatu” to 1; jeżeli osoba o podanym numerze PESEL wystąpi w kilku plikach (dotyczących kilku umów świadczeniodawcy), to suma wartości „wymiar etatu” nie może przekroczyć 1.**
22. Kolumny od T1-8 do T1-25 i od T2-8 do T2-24 muszą zawierać wartości liczbowe, zgodne z nagłówkiem kolumny. Dla wszystkich wartości liczbowych w tych kolumnach obowiązują następujące zasady:
 - a) Pola muszą być wypełnione – jeżeli wartość w kolumnie nie ma zastosowania do danej osoby, to należy wpisać zero (0) – pole nie może pozostać niewypełnione.; T1-8 musi być większa od zera
 - b) Separatorem dziesiętnym może być kropka lub przecinek
 - c) Wartości muszą być określone z dokładnością do groszy – 2 miejsca dziesiętne
 - d) Maksymalna wartość to 99999,99; wartość nie może być ujemna
23. Wartość w kolumnie T1-15 musi być suma wartości z kolumn od T1-8 do T1-14
24. Wartość w kolumnie T1-24 musi być suma wartości z kolumn od T1-16 do T1-23
25. Wartość w kolumnie T1-25 musi być suma wartości z kolumn od T1-15 i T1-24
26. Wartość w kolumnie T2-14 musi być suma wartości z kolumn od T2-8 do T2-13
27. Wartość w kolumnie T2-23 musi być suma wartości z kolumn od T2-15 do T2-22
28. Wartość w kolumnie T2-24 musi być suma wartości z kolumn od T2-14 i T2-23
29. Wartość kolumny T1-14 i T2-13 muszą być jednakowe
30. Wartość kolumny T1-25 nie może być większa niż T2-24
31. Wartość kolumny T2-8 – Wynagrodzenie zasadnicze musi być zgodna z wartością wynikającą za ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw – być odpowiednia dla grupy, której kod wskazany jest w kolumnie 5.
32. **W celu uzyskania pliku CSV z danymi w wymaganym formacie można np. uzupełnić dane w pliku MS Excel i wyeksportować dane do pliku w formacie CSV.**
33. W trakcie importu danych z pliku nastąpi sprawdzenie poprawności danych. W przypadku stwierdzenia niezgodności danych z wymaganiami - import zostanie przerwany i dane nie zostaną wczytane. Operator importujący dane otrzyma informacje o stwierdzonej niezgodności danych.
34. Jeżeli wystąpi potrzeba poprawy danych to konieczne będzie ponowne wywołanie importu całego pliku.

II. Zasady podawania wartości liczbowych opisujących wysokość wynagrodzenia w przypadku wymiaru etatu mniejszego niż 1 i w przypadku dzielenia swojego czasu pracy pomiędzy kilkoma umowami i podziału czasu na pracę w ramach umowy z NFZ i pracę poza umową z NFZ.

1. W kolejnych kolumnach opisujących wysokość wynagrodzenia, należy podać informacje w przeliczeniu na pełny etat
2. Jeśli zatrudnienie osoby dotyczy realizacji wyłącznie umów z NFZ, to w przypadku, kiedy zatrudnienie osoby dotyczy więcej niż jednej umowy z NFZ, świadczeniodawca może zdecydować, czy osoba będzie wykazywana w zestawieniu do każdej z tych umów (z podziałem wymiaru zatrudnienia) czy łącznie dla jednej umowy.
3. Jeżeli zatrudnienie osoby tylko w części dotyczy realizacji umów z NFZ, to w zestawieniu należy podać wyłącznie ten wymiar jej etatu, w ramach którego realizuje umowę z NFZ.

Przykład 1.

Osoba zatrudniona na pełny etat, ale swój czas dzieli odpowiednio po 50% w ramach dwóch umów.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym jednej umowy, należy podać:

Wymiar etatu = 0,5,

Wysokość wynagrodzenia = 100

W pliku dotyczącym drugiej umowy, należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 100

Przykład 2.

Osoba zatrudniona na pełny etat, ale swój czas dzieli odpowiednio po 50% na pracę w ramach umowy z NFZ a w 50% na pracę niezwiązaną z umową z NFZ.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym umowy, należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 100

Przykład 3.

Osoba zatrudniona na 0,5 etatu i cały swój czas przeznaczają na pracę w ramach umowy z NFZ.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby za pracę na 0,5 etatu wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym umowy, należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

Przykład 4.

Osoba zatrudniona na 0,5 etatu i swój czas dzieli odpowiednio po 50% w ramach dwóch umów.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby za pracę na 0,5 etatu wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym jednej umowy, należy podać:

Wymiar etatu = 0,25 (jako 50% z 0,5 etatu)

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

W pliku dotyczącym drugiej umowy, należy podać:

Wymiar etatu = 0,25 (jako 50% z 0,5 etatu)

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

III. Wyliczenie kwoty należnej

1. Dla każdego wiersza wartość z kolumny T1-25 (Razem wynagrodzenie, składki i wpłaty) zostanie przemnożona przez wartość z kolumny 7 (wymiar etatu), wynik mnożenia zostanie zapamiętany z dokładnością do 2 cyfr dziesiętnych.
2. Wartości opisane powyżej (w podpunkcie 1) zostaną zsumowane.

3. Dla każdego wiersza wartość z kolumny T2-24 (Razem wynagrodzenie, składki i wpłaty) zostanie pomnożona przez wartość z kolumny 7 (wymiar etatu), wynik mnożenia zostanie zapamiętany z dokładnością do 2 cyfr dziesiętnych.
4. Wartości opisane powyżej (w podpunkcie 3) zostaną zsumowane.
5. Od wartości wskazanej w punkcie 4 zostanie odjęta wartość wskazana w punkcie 2.

11.13 Wskaźniki

11.13.1 Wskaźniki wykonania badań WWBD

Funkcjonalność wprowadzająca pojęcie wskaźnika wykonania badań diagnostycznych ma za zadanie umożliwienie Funduszowi uzyskania informacji o świadczeniodawcach POZ realizujących świadczenia lekarza POZ, którzy uzyskali WSKAŹNIK WYKONANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH (w dalszej części dokumentacji zwany WWBD) kwalifikujący ich umowy do zmiany stawki kapitacyjnej dla rozliczania świadczeń w zakresie lekarza POZ.

Wskaźnik WWBD będzie wyznaczany począwszy od IV kwartału 2015 r. na okresy półroczne na podstawie sprawozdawczości danych dotyczących badań laboratoryjnych i diagnostycznych zrealizowanych w ramach świadczeń lekarza POZ za analizowane półrocze.

Wskaźnik będzie wyznaczany na podstawie sprawozdawczości danych dotyczących badań sprawozdanych w następujących komunikatach:

- ZBPOZ
- SWIAD dla obszaru WYKBAD
- SWIAD dla obszaru AMBSZP w ramach świadczenia związanego z wydawaniem karty DiLO (01.0010.994.01 – Świadczenia lekarza POZ – porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)

Oddział Wojewódzki Funduszu po wygenerowaniu wskaźnika WWBD dla danego świadczeniodawcy, udostępni tę informację w Portalu SZOI.

Po wskazaniu w menu obszaru *Umowy*, a następnie podmenu: *Wskaźniki wykonania badań*, operator przechodzi na **Listę wskaźników wykonania badań WWBD**.

Wskaźniki wykonania badań WWBD					
Rok obowiązywania: 2015 <input type="button" value="Szukaj"/>					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Okres obowiązywania	Wynik procedury wyznaczenia WWBD	Wartość WWBD	Wartość WWBDp	Operacje
1.	IV kwartał 2015 - I kwartał 2016	Wskaźnik wyznaczony poprawnie	590533	3001	

Rys. 11.83 Przykładowa lista wskaźników wykonania badań WWBD

Na *Liście wskaźników wykonania badań WWBD* prezentowane są następujące dane:

- Okres obowiązywania wskaźnika
- Wynik procedury wyznaczenia WWBD – kolumna może przyjmować wartość:
 - Wskaźnik wyznaczony poprawnie
 - Wystąpiły problemy podczas wyznaczenia wskaźnika
- Wartość WWBD – wartość wskaźnika dla danego świadczeniodawcy, wyświetlany w przypadku, gdy został wyznaczony
- Wartość WWBDp – wartość progowa wskaźnika WWBD obowiązująca w danym okresie
- Operacje

W przypadku okresów, dla których wskaźnik WWBD nie został wyznaczony, w kolumnie operacje wyświetlony zostanie link **Problemy**. Po jego wybraniu nastąpi przejście na listę *Wykryte problemy uniemożliwiające wyznaczenie wskaźnika WWBD*:

Wykryte problemy uniemożliwiające wyznaczenie wskaźnika WWBD	
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20	
Lp.	Nazwa problemu
1.	Brak umowy dotyczącej świadczenia lekarza POZ obowiązującej w analizowanym okresie lub znalezione umowy nie obowiązują przez cały ten okres.
2.	Brak lub niekompletna sprawozdawczość w ramach analizowanych okresów dotyczących wykonanych badań.
3.	Brak deklaracji lekarza POZ w podanym okresie.

Rys. 11.84 Przykładowa lista wykrytych problemów uniemożliwiających wyznaczenie wskaźnika WWBD

Na liście prezentowane mogą być następujące problemy:

- Brak umowy dotyczącej świadczenia lekarza POZ obowiązującej w analizowanym okresie lub znalezione umowy nie obowiązują przez cały ten okres
- Brak lub niekompletna sprawozdawczość w ramach analizowanych okresów dotyczących wykonanych badań
- Brak deklaracji lekarza POZ w podanym okresie

11.13.2 eSkierowania

W celu umożliwienia zastosowania przez świadczeniodawców właściwych kodów specjalnego rozliczenia w AOS, w portalu SZOI udostępniane są wartości obliczonych wskaźników dla umów AOS po stronie systemu OW NFZ. Opublikowany wskaźnik dostępny jest po wybraniu opcji menu *Umowy* → *Wskaźniki* → *eSkierowania* dla kontrahentów o typie *świadczeniodawca* i operatorów z nadanym uprawnieniem *Umowy*.

Prezentacja wskaźników wyliczonych w systemie na podstawie wykorzystania przez świadczeniodawcę skierowań dla każdego z miejsc umowy prezentowana jest na dwóch zakładkach:

- Wskaźniki dla wystawionych eSkierowań - zakładka ze wskaźnikami wynikającymi z wystawiania skierowań przez świadczeniodawcę podczas wykonania porady

Wskaźniki dla wystawionych eSkierowań		Wskaźniki dla eSkierowań pobranych do realizacji			
Pobierz plik csv					
Wskaźniki dla wystawionych eSkierowań					
Kod miejsca udzielania świadczenia		Zawiera			
Rok: 2020		Miesiąc: -- wszystkie --			
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Rok promocji	Miesiąc promocji	Kod zakresu świadczeń wg CZS	Miejsce udzielania świadczeń	Procentowa wartość wskaźnika
1.	2020	lipiec	02.1070.001.02	Kod: 14491 Nazwa: LIPTON	71,43%

Rys. 11.85 Przykładowa lista wskaźników dla wystawionych eSkierowań

- Wskaźniki dla eSkierowań pobranych do realizacji - zakładka ze wskaźnikami wynikającymi z pobierania skierowań przez świadczeniodawcę w celu wykonania porady

Wskaźniki dla wystawionych eSkierowań		Wskaźniki dla eSkierowań pobranych do realizacji			
Pobierz plik csv					
Wskaźniki dla eSkierowań pobranych do realizacji					
Kod miejsca udzielania świadczenia		Zawiera			
Rok: 2020		Miesiąc: -- wszystkie --			
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Rok promocji	Miesiąc promocji	Kod typu umowy	Miejsce udzielania świadczeń	Procentowa wartość wskaźnika
1.	2020	lipiec	02/1	Kod: 9110 Nazwa: PB-M 0925-1 KALISZ P. KARDIO.	20%

Rys. 11.86 Przykładowa lista wskaźników dla eSkierowań pobranych do realizacji

Wyświetlona Lista wskaźników do promocji skierowań w AOS zbudowana jest z następujących kolumn:

- **Rok promocji**
- **Miesiąc promocji udzielenia świadczenia**

- **Kod zakresu świadczeń wg CZS / Kod typu umowy** którego dotyczy obliczenie wskaźnika
- **Miejsce udzielania świadczeń**
- **Procentowa wartość wskaźnika** obliczona po stronie systemu OW NFZ i wyznaczana dla każdego miesiąca sprawozdawczego od lipca 2020 do grudnia 2020

Wartości wskaźników można pobrać do pliku csv, a następnie wykorzystać do wyznaczenia wartości kodu specjalnego rozliczenia (na podstawie opublikowanego przez NFZ słownika SP_ROZ), jaki należy zastosować w korekcie sprawozdania w celu uzyskania promocyjnej wartości rozliczonych świadczeń.

Dostępny dla świadczeniodawców słownik kodów specjalnego rozliczenia określa jaką wartość kodu specjalnego rozliczenia, należy przekazać w raportach statystycznych w zależności od wartości obliczonego wskaźnika. Po udostępnieniu wartości wskaźników przez OOWNFZ, Świadczeniodawca powinien przekazać korektę sprawozdanych raportów z odpowiednią wartością kodów specjalnego rozliczenia.

11.14 Raport o stanie spłaty ryczałtu 1/12

Po wybraniu menu umowy → Raport o stanie spłaty ryczałtu 1/12 dostępny jest raport, który prezentuje stan rozliczenia świadczeń realizowanych w ramach spłaty kwot uzyskanych na podstawie rachunków ryczałtowych i przejścia zadłużenia, grupy wspólnej obsługi zadłużenia. Dostęp do raportu uwarunkowany jest posiadaniem uprawnień Żądania rozliczenia.

Raport o stanie spłaty ryczałtu 1/12			
Lp.	Identyfikator grupy	Nazwa grupy wspólnej obsługi zadłużenia (GWOZ)	Operacje
1.	52	AOS_5956_2020-2022, BARONET_AOS_FM	raport
2.	12	BARONET_AOS_PS, WB_TEST_099	raport
3.	1	WB_COVID_19/4, 2022_COVIDOWE	raport
4.	26	WB_STOM_2021_2022, WB_STOM_20210301	raport
5.	33	PSZ_WB_2019	raport
6.	35	PSZ1_BARONET	raport
7.	39	BARONET_UGODY_SN, WB_MONITORING_TESTY	raport
8.	3	BARONET_2018_7_PSZ	raport
9.	34	WB_REHAB_2020	raport
10.	27	WB_PROFILAKTYKA	raport
11.	49	REH2017, WB_REHAB_2022_2023	raport

Rys. 11.87 Lista raportów o stanie spłaty ryczałtu 1/12

Raport dostępny jest po wybraniu operacji [raport](#).

Raport o stanie spłaty ryczału 1/12

Grupa wspólnej obsługi zadłużenia: AOS_5956_2020-2022, BARONET_AOS_FM				
ZADŁUŻENIE PRZEJĘTE Z INNEJ UMOWY (WARTOŚĆ DODATNIA)/PRZEKAZANE DO INNEJ UMOWY LUB UMORZONE (WARTOŚĆ UJEMNA)				
Rok	Kod pozycji	Nazwa pozycji planu	Wartość	
2021	B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	89,98 zł	
		ROK - RAZEM:	89,98 zł	
2022	B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	57,21 zł	
		ROK - RAZEM:	57,21 zł	
		WARTOŚĆ ZADŁUŻENIA PRZEJĘTA/PRZEKAZANA LUB UMORZONA - RAZEM:	147,19 zł	
WARTOŚĆ RACHUNKÓW RYCZAŁTOWYCH WYPŁACONYCH BEZ REALIZACJI				
Rok	Kod pozycji	Nazwa pozycji planu	Wartość	
2020	B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	40 101,42 zł	
		ROK - RAZEM:	40 101,42 zł	
2021	B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	20 261,56 zł	
		ROK - RAZEM:	20 261,56 zł	
		RACHUNKI RYCZAŁTOWE - RAZEM:	60 362,98 zł	
		DO SPŁATY (ZADŁUŻENIE PRZEJĘTE/PRZEKAZANE LUB UMORZONE + RACHUNKI RYCZAŁTOWE) - RAZEM:	60 510,17 zł	
PLAN SPŁATY PS - STAN ROZLICZEŃ				
Rok	Załącznik rzecz-finan.	Kod pozycji	Nazwa pozycji planu	Wartość
Plan spłaty				
Rok: 2020 ZRzF: 15-00-05956-20-07 PS: 15-00-05956-20-09		B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	97,74 zł
			ROK - RAZEM:	97,74 zł
Rok: 2021 ZRzF: 15-00-05608-21-54 PS: 15-00-05608-21-AK		B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	0,00 zł
		B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	36,87 zł
			ROK - RAZEM:	0,00 zł
			ROK - RAZEM:	36,87 zł
Rok: 2022 ZRzF: 15-00-05608-22-01 PS: 15-00-05608-22-02		B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	10,00 zł
			ROK - RAZEM:	10,00 zł
			SPŁACONO - RAZEM:	144,61 zł
WARTOŚĆ ŚRODKÓW POZOSTAŁYCH DO SPŁATY				
	Kod pozycji	Nazwa pozycji planu	Wartość	
	B2.2	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	60 365,56 zł	
		POZOSTAŁO DO SPŁATY - RAZEM:	60 365,56 zł	

* Wartość rachunków ryczałtowych wypłaconych bez sprawozdawczości w ramach załączników rzeczowo-finansowych na rok bieżący stanowi kwotę do rozliczenia w ramach planów spłaty na lata następne.

Rys. 11.88 Raport o stanie spłaty ryczału 1/12

Raport składa się z kilku części:

1. Zadłużenie przejęte z innej umowy (wartość dodatnia)/ przekazane do innej umowy lub umorzone (wartość ujemna). Dane te zebrane są w następujące kolumny:

- Rok
- Kod pozycji
- Nazwa pozycji planu
- Wartość

Wyświetlane jest również podsumowanie wartości zadłużenia przejęcia/przekazania lub umorzenia dla każdego roku oddzielnie oraz zadłużenia do spłaty łącznie dla wszystkich lat.

2. Wartość rachunków ryczałtowych wypłaconych bez realizacji. Dane te zebrane są w następujące kolumny:

- Rok
- Kod pozycji
- Nazwa pozycji planu
- Wartość

Wyświetlane jest również podsumowanie:

- zsumowanie wartości rachunków ryczałtowych bez realizacji dla 2020 i 2021
- zsumowanie wartości rachunków ryczałtowych bez realizacji łącznie dla 2020 i 2021 roku
- całościowe zadłużenie do spłaty - zsumowana wartość rachunków ryczałtowych bez realizacji (2020 i 2021)+ zsumowana wartością zadłużenia przejętego/przekazanego lub umorzonego.

3. Plan spłaty PS- stan rozliczeń – prezentuje wartości świadczeń, które „spłacają” zadłużenie. Dane te zebrane są w następujące kolumny:
 - Rok /Numer załącznika rzeczowo-finansowego/Plan spłaty
 - Kod pozycji
 - Nazwa pozycji planu
 - Wartość rozliczonych świadczeń w danej pozycji planu finansowegoWyświetlane jest również podsumowanie wartości rozliczonych świadczeń.
4. Wartość środków pozostałych do spłaty w podziale na kolumny:
 - Kod pozycji
 - Nazwa pozycji planu
 - Wartość środków pozostałych do spłaty w rozbiciu na pozycje planu finansowegoWyświetlane jest również podsumowanie wartości pozostałej do spłaty.

11.15 Obsługa wniosków o zmianę miejsca w umowie



W lutym 2022 rok do systemu wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą złożenie wniosku o zmianę miejsca w umowie za pośrednictwem Portalu SZOI. Operator może zakończyć miejsce w umowie lub też zakończyć miejsce w umowie i otworzyć na jego miejsce nowe.

Funkcjonalność składania wniosków o zmianę miejsca w umowie jest dostępna dla operatorów posiadających uprawnienie 'Umowy' i znajduje się w części *Umowy -> Wnioski o zmianę miejsca w umowie*.

Aby złożyć nowy wniosek należy:

1. Przejść na listę wniosków o zmianę miejsca w umowie i wybrać opcję **Dodaj wniosek**.
2. Uzupełnić:
 - a. Umowę – słownik zawiera umowy ograniczone do danego roku
 - b. Formę dostarczenia wniosku
 - c. Uzasadnienie
3. Zatwierdzić dodawanie.
4. Do nowo utworzonego wniosku dodać pozycje wybierając najpierw opcję **pozycje**, a następnie **Dodaj pozycję**.
5. W kolejnym kroku należy uzupełnić:
 - a. **Zamykane miejsce** – wybór miejsca jest ograniczony do wybranej umowy oraz zakresów podstawowych.
 - b. **Profil miejsca** - wybór profilu jest ograniczony do profili komórki przypisanych do miejsca w pozycjach umowy. W przypadku, gdy w umowie jest wykazany jeden profil komórki dla wybranego miejsca, to system uzupełni go automatycznie. Uzupełnienie profilu komórki jest obligatoryjne, jeśli w umowie taki profil został wybrany (profil komórki jest opcjonalny w umowach w rodzaju świadczeń RTM). W przypadku, gdy miejsce udzielania świadczeń będzie dotyczyć więcej niż jednego punktu umowy zakresu podstawowego to operator będzie miał możliwość wyboru, w których punktach umowy miejsce ma być zamknięte. Domyślnie zmiana miejsca będzie dotyczyła wszystkich punktów umów, w których to miejsce **i profil** się znajduje.
 - c. **Datę zamknięcia** - musi się zawierać w okresie obowiązywania punktu umowy oraz w okresie działalności miejsca.
 - d. **Zamknięcie miejsca we wszystkich punktach umowy** - w przypadku, gdy miejsce udzielania świadczeń będzie dotyczyć więcej niż jednego punktu umowy zakresu podstawowego to operator będzie miał możliwość wyboru, w których punktach umowy miejsce ma być zamknięte. Domyślnie zmiana miejsca będzie dotyczyła wszystkich punktów umów, w których to miejsce się znajduje.

Dodawanie pozycji wniosku o zmianę miejsce w umowie

Zamykane miejsce:*  

Profil miejsca:
Należy wskazać zamykane miejsce, aby aktywować słownik.

Data zamknięcia:* 

* pola wymagane

Rys. 11.89 Dodawanie pozycji wniosku o zmianę miejsce w umowie

6. Jeżeli jest to konieczne w kolejnym oknie operator może wskazać nowe miejsce, które ma zostać otwarte w zamian zamykanego. W takim przypadku należy podać:
 - a. **Otwierane miejsce** – świadczeniodawca może wybrać swoje miejsce lub od podwykonawcy, czy też od współrealizatora. W ratownictwie medycznym istnieje ścisła zależność, by w danym zakresie świadczeń miejsce udzielania świadczeń posiadało odpowiednią VIII część kodu resortowego. System pilnuje następującej zależności:
 - i. Dla zakresów świadczeń dotyczących podstawowych zespołów – VIII część kodu resortowego = 3112,
 - ii. Dla zakresów świadczeń dotyczących specjalistycznych zespołów – VIII część kodu resortowego = 3114,
 - iii. Dla zakresów świadczeń dotyczących wodnych podstawowych zespołów – VIII część kodu resortowego = 3150, 3152,
 - iv. Dla zakresów świadczeń dotyczących wodnych specjalistycznych zespołów – VIII część kodu resortowego = 3150, 3154.
 - b. **Profil miejsca** - wybór profilu dostępnego dla wybranego miejsca udzielania świadczeń. Wybór profilu jest obligatoryjny, jeśli zamykane miejsce udzielania świadczeń posiadało taki profil komórki uzupełniony w umowie.
 - c. **Datę otwarcia** - musi się zawierać w okresie obowiązywania punktu umowy oraz w okresie działalności miejsca
 - d. **Umowy współpracy** – wybór umowy współpracy jest dostępny tylko w przypadku, gdy jako otwierane miejsce wskazano miejsce od podwykonawcy lub współrealizatora. Możliwy jest wybór wielu umów współpracy. System wymaga, aby została wybrana przynajmniej jedna umowa współpracy (lub współpracy wraz z umową współrealizacji) obowiązująca na ostatni dzień obowiązywania pozycji umowy, w których zmieniane jest miejsce udzielania świadczeń. Wybór umów współpracy jest ograniczany do umów, które posiadają powyższe miejsce udzielania świadczeń.

Dodawanie pozycji wniosku o zmianę miejsce w umowie

Zamknięcie miejsca we wszystkich punktach umowy:

Punkty umowy:*

Lp.	Punkt	Operacje
1.	Punkt umowy: 2; Zakres: 02.1010.001.02	Usuń

 Wyczyść Usuń zaznaczone Liczba pozycji: 1

Otwierane miejsce:
 16085
 MIEJSCE KOMÓRKA TESTOWA 5661

Profil miejsca:
 2893
 Funkcja: HC.4.2.6. ANGIOGRAFIA
 Dziedzina: 36 ANGIOGRAFIA

Data otwarcia:*
 2022-02-24

Umowy współpracy:*

Lp.	Umowa współpracy	Operacje
1.	Kod: 815 Udobępniający: 1	Usuń

 Wyczyść Usuń zaznaczone Liczba pozycji: 1

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 11.90 Dodawanie pozycji wniosku o zmianę miejsce w umowie

- Po przejściu dalej i zatwierdzeniu podsumowania nowa pozycja zostanie przypisana do wniosku.

Pozycje wniosku o zmianę miejsca w umowie

Dodaj pozycję

Kod zamykanego miejsca Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Zamykane miejsce Zamykany profil	Data zakończenia	Otwierane miejsce Otwierany profil	Data rozpoczęcia	Operacje
1.	Miejsce Kod: 13156 Nazwa: MIEI_15_TEST VIII: 677 VIII: 3015 Profil Funkcja: HC.4.6. USLUGI PIELEGNACZYNE Dziedzina: 90 PIELEGNIASTWO RODZINNE	2022-02-24	Miejsce Kod: 16085 Nazwa: MIEJSCE KOMÓRKA TESTOWA 5661 VIII: 7256 VIII: 3012 Profil Funkcja: HC.4.2.6. ANGIOGRAFIA Dziedzina: 36 ALERGOLOGIA	2022-02-24	podgląd edytuj usuń

Rys. 11.91 Pozycje wniosku o zmianę miejsca w umowie

- Jeżeli wszystkie pozycje wniosku zostały wprowadzone, można przekazać wniosek do OW NFZ korzystając z opcji **przekaż** dostępnej w kolumnie *Operacje* na liście wniosków o zmianę miejsca w umowie. Podczas tej operacji operator może zmienić wcześniej zdefiniowaną **Formę dostarczenia wniosku** dostępną w dolnej części okna podsumowania:
 - Papierowo
 - Elektronicznie
- Wniosek, który ma zostać dostarczony do OW NFZ w wersji papierowej należy wydrukować, podpisać i przekazać do OW NFZ w celu dalszej jego obsługi.
- W przypadku wniosku dostarczonego elektronicznie należy:
 - Wybrać opcję **podpis**
 - Zapisać wniosek na komputerze przy pomocy opcji pobierz i go podpisać podpisem kwalifikowanym
 - Zaimportować podpisany dokument przy pomocy opcji **Wczytaj**.

Lp.	Nr wniosku	Umowa	Status wniosku Status podpisu	Data utworzenia	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Operacje
1.	UM-2021-10-13-00002	15-00-05220-21-02	W: przekazany do OW P: do przekazania	2021-10-13	2022-02-25	-	podgląd pozycje wydruk wycofaj anuluj podpisz

- Należy pamiętać, że do danego wniosku można wczytać tylko załącznik z nim powiązany:

Błąd operacji

Nie znaleziono odpowiedniego podpisu potwierdzającego zgodność treści załącznika z wnioskiem.
 Czy na pewno wczytywany jest plik wygenerowany przez system OW NFZ?

- e. Wniosek oznaczony jako dostarczony w formie elektronicznej można także dostarczyć do OW NFZ w wersji papierowej – należy go wydrukować, podpisać i przekazać w wersji papierowej.

Statusy jakie może przyjąć wniosek są następujące:

1. **W przygotowaniu** – wniosek przygotowywany przez świadczeniodawcę.
2. **Anulowany** – wniosek anulowany przez świadczeniodawcę.
3. **Przekazany do OW** – wniosek przekazany przez świadczeniodawcę. Na tym statusie jest możliwość cofnięcia statusu na **W przygotowaniu** w celu poprawy wniosku (operacja wycofania wniosku przed oceną przez OW NFZ).
4. **Oceniany** – pracownik OW NFZ ocenia wniosek. Wniosek nie może być już zmieniany przez świadczeniodawcę. Świadczeniodawca, po rozpoczęciu oceniania wniosku przez pracownika OW, może zawioskować o jego odrzuceniu.
5. **Pozostawiony bez rozpoznania** – pracownik OW NFZ zmienia status w przypadku, gdy dla przekazanego wniosku nie dostarczono podpisanego wniosku w formie papierowej.
6. **Zaakceptowany** – pracownik OW NFZ udzielił zgodę na zmianę przekazaną we wniosku.
7. **Odrzucony** – pracownik OW NFZ odrzucił wniosek.
8. **Odrzucony na prośbę świadczeniodawcy** - pracownik OW NFZ może nadać taki status wniosku w przypadku, gdy świadczeniodawca zwróci się z prośbą o jego odrzucenie

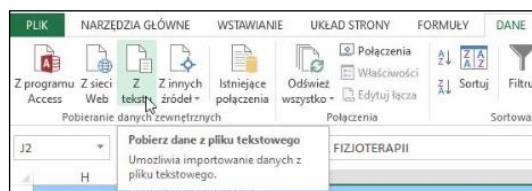
12 Otwieranie plików CSV udostępnionych na Portalu SZOI w Aplikacjach zewnętrznych

Plik o rozszerzeniu CSV (np. plik z realizacji eZWM) powinien być wykorzystywany do importu w dedykowanym do tego oprogramowaniu. Otworzenie pliku bezpośrednio w programie Excel może spowodować pewne modyfikacje danych spowodowane ograniczeniami nałożonymi przez oprogramowanie, np. ucięcie numeru składającego się z więcej niż 15 cyfr (np. w przypadku raportu z realizacji eZWM ucięcie numeru numer karty EKUZ).

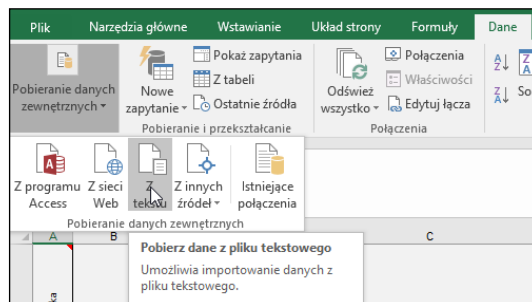
Zalecane jest, aby pliki CSV otwierać przy pomocy dedykowanego oprogramowania, jednakże jeżeli występuje potrzeba otwarcia pliku CSV, najlepszym rozwiązaniem jest posłużenie się edytorem tekstu (np. Notatnik, Notepad).

Kolejnym sposobem jest import pliku CSV w oprogramowaniu Excel (Office 2013 zakładka *Dane* -> *Z tekstu / Pobierz dane z pliku tekstowego*, Office 2016 *Dane* -> *Pobieranie danych zewnętrznych* -> *Z tekstu / Pobierz dane z pliku tekstowego*). Importując plik do Excel'a, należy ustawić ogranicznik jako średnik oraz format danych jako tekstowy dla kolumn mogących zawierać liczby składające się z więcej niż 15 cyfr.

Office 2013 zakładka *Dane* -> *Z tekstu / Pobierz dane z pliku tekstowego*:



Office 2016 *Dane* -> *Pobieranie danych zewnętrznych* -> *Z tekstu / Pobierz dane z pliku tekstowego*:



Ponadto należy pamiętać, że bezpośrednie otwarcie pliku CSV w oprogramowaniu Excel (nie poprzez import pliku), a następnie jego zapis może spowodować zmiany w danych skutkujące np. problemami z rozliczeniem.

13 PAKIET ONKOLOGICZNY

Z dniem 1 lipca 2017 roku wyłączono funkcjonalność wyznaczania wartości wskaźników IWRN, UWRN, jak również wyłączono prezentację niniejszych wskaźników dla okresów późniejszych niż 30 czerwca 2017 oraz usunięto wyświetlanie informacji o uprawnieniu lekarza POZ do wydawania kart DiLO.

13.1 Lista uśrednionych wskaźników rozpoznawania nowotworów

Uśredniony Wskaźnik Rozpoznawania Nowotworów (UWRN) dla świadczeniodawcy jest wyliczany na podstawie sumarycznego stanu kart DiLO, wystawionych przez lekarzy w kontekście tego konkretnego świadczeniodawcy. Wartość wskaźnika zawiera automatycznie wyliczoną wartość wskaźnika UWRN, który jest obliczany ogólnie dla świadczeniodawcy. Wskaźnik może przyjąć wartość z zakresu 0-1.

Jeśli dla świadczeniodawcy nie był do tej pory obliczany wskaźnik UWRN to będzie on wyznaczany, jeżeli w ramach umów świadczeniodawcy w okresie objętym obliczeniami wydano przynajmniej 1 kartę DiLO i przynajmniej dla jednego lekarza wykazanego w umowie obliczono **Indywidualny Wskaźnik Rozpoznawania Nowotworów (IWRN)**.

Dla wybranego miesiąca X biorą udział karty, które spełniają następujące warunki:

- a) Zostały wydane w okresie 2-14 miesięcy poprzedzających miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany
- b) Karty wystawione przez lekarzy w kontekście danego świadczeniodawcy, którzy w miesiącu prowadzenia obliczeń nie są już u niego zatrudnieni nadal są brane pod uwagę.
- c) Karty wystawione przez lekarzy w kontekście danego świadczeniodawcy, którzy w danym miesiącu utracili prawo wydawania kart DiLO będą również brane pod uwagę. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy dany lekarz jest jedynym lekarzem zgłoszonym do realizacji umowy u świadczeniodawcy – wtedy zaprzestaje się wyliczania UWRN (brak wartości) do czasu ponownego wyznaczenia dla lekarza IWRN.

Przykład:

- W ramach danego świadczeniodawcy, karty DiLO wydało 4 lekarzy.
- Jeśli żaden z lekarzy nie ma obliczonego wskaźnika IWRN w ramach tego świadczeniodawcy – wskaźnik UWRN nie jest wyliczany.
- W sytuacji, w której jeden z lekarzy osiągnie wymagany poziom wystawionych kart DiLO z postawioną diagnozą i zostanie mu wyliczony wskaźnik IWRN, dla świadczeniodawcy zostanie wyznaczony wskaźnik UWRN. Do wyznaczenia wskaźnika UWRN będą brane pod uwagę karty wszystkich lekarzy zatrudnionych u świadczeniodawcy, niezależnie czy został dla nich wyznaczony wskaźnik UWRN czy też nie i niezależnie od tego czy są w dalszym ciągu zatrudnieni u świadczeniodawcy.
- Do wyznaczenia wskaźnika UWRN będą brane pod uwagę karty lekarzy, którym zablokowano prawo do wystawiania kart DiLO. Jednak, jeśli lekarz ukończył szkolenie i utracone prawo zostało mu przywrócone – stan wystawionych przez niego kart zostanie „wyzerowany” i od tego momentu do obliczania wskaźników IWRN oraz UWRN będą brane pod uwagę tylko karty wystawione po zakończeniu szkolenia.
- Gdyby zdarzyło się tak, że po pewnym czasie od przywrócenia prawa wystawiania kart DiLO lekarz ponownie osiągnie niski wskaźnik IWRN poniżej poziomu, dla którego powinno nastąpić zablokowanie prawa do wystawiania kart DiLO – stan wystawionych przez niego kart biorących udział w obliczeniach wskaźników ponownie ulega wyzerowaniu (karty wystawione przed momentem „wyzeroowania stanu” nie biorą udziału w obliczeniach UWRN).

Lista uśrednionych wskaźników rozpoznawania nowotworów

Szukaj

Rok okres: 2013 v 1 - 2015 v 12 Szczegóły: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rok	Okres	Wartość wskaźnika	Szczegóły	Operacje
1.	2015	1	0,4613	Wyznaczono zgodnie z algorytmem	karty
2.	2015	2	0,7008	Wyznaczono zgodnie z algorytmem	karty
3.	2015	3	Nie wyznaczono	Nie wyznaczono	karty

Rys. 13.1 Lista uśrednionych wskaźników rozpoznawania nowotworów

Przy pomocy opcji **Karty** można zapoznać się z kartami DiLO analizowanymi podczas wyznaczania UWNR. Kolumny w oknie *Karty DiLO* mogą przyjąć następujące wartości:

1. Czy znana diagnoza?
 - a. Tak – diagnoza jest znana
 - b. Nie – diagnoza nie jest znana
2. Czy znana diagnoza i stwierdzono nowotwór?
 - a. Tak - jest postawiona diagnoza i stwierdzono nowotwór złośliwy
 - b. Nie - nie jest postawiona diagnoza lub nie stwierdzono nowotworu złośliwego

Uśredniony WRN
Rok: 2015
Okres: 1
[Powrót](#)

Karty DiLO przekazane w ramach wskaźnika IWRN

Nr karty Zawiera

Czy znana diagnoza: -- wybierz --

Czy znana diagnoza i stwierdzono nowotwór: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr karty	Czy znana diagnoza	Czy znana diagnoza i stwierdzono nowotwór
1.	101	Tak - diagnoza jest znana	Tak - jest postawiona diagnoza i stwierdzono nowotwór złośliwy
2.	102	Tak - diagnoza jest znana	Tak - jest postawiona diagnoza i stwierdzono nowotwór złośliwy
3.	106	Tak - diagnoza jest znana	Nie - nie jest postawiona diagnoza lub nie stwierdzono nowotworu złośliwego
4.	107	Tak - diagnoza jest znana	Nie - nie jest postawiona diagnoza lub nie stwierdzono nowotworu złośliwego
5.	201	Tak - diagnoza jest znana	Tak - jest postawiona diagnoza i stwierdzono nowotwór złośliwy

Rys. 13.2 Karty DiLO przekazane w ramach wskaźnika IWRN

13.2 Lista indywidualnych wskaźników rozpoznawania nowotworów

Indywidualny Wskaźnik Rozpoznawania Nowotworów IWRN obliczany jest dla wszystkich lekarzy, którzy w analizowanym okresie, nie dłuższym niż 12 miesięcy, wystawili karty DiLO w poradni POZ i dla tych kart postawiono ostateczną diagnozę

Dla miesiąca X wartość wskaźnika jest obliczana w miesiącu X-1. Na przykład: dla miesiąca kwietnia 2015 wartość wskaźnika obliczana jest w marcu 2015

Do obliczania wskaźnika IWRN brane są pod uwagę jedynie karty DiLO wystawione przez danego lekarza w poradni POZ. Jeśli zdarzyłoby się tak, że lekarz wystawił karty DiLO również w poradni specjalistycznej lub szpitalu, to karty wystawione w innych miejscach niż POZ nie będą brane pod uwagę ani przy wyliczaniu wskaźnika IWRN dla lekarza ani UWRN dla świadczeniodawcy.

Wyliczanie IWRN dla lekarza u danego świadczeniodawcy rozpocznie się wtedy, kiedy liczba analizowanych kart, wystawionych przez lekarza u tego świadczeniodawcy, dla których została postawiona diagnoza **przekroczy 30**.

Jeśli dla danego lekarza nie ma możliwości obliczenia wskaźnika IWRN w kontekście danego świadczeniodawcy (nie została postawiona diagnoza dla wystarczająco dużej liczby kart DiLO wystawionych przez lekarza) lub wskazany lekarz zaprzestał pracować u świadczeniodawcy - wskaźnik IWRN nie jest wyliczany.

Danemu lekarzowi może zostać zablokowane prawo do wystawiania kart DiLO, jeśli obliczony dla niego wskaźnik

IWRN spadnie poniżej **1/15 (0,0667)**.

W sytuacji, gdy lekarzowi zablokowano uprawnienia do wystawiania kart i do dnia wykonania obliczeń to uprawnienie nie zostało przywrócone, wskaźnika się nie wyznacza. W takiej sytuacji w systemie SZOI prezentowany jest komunikat: *Lekarz ma zablokowane uprawnienie do wystawiania kart DiLO*.

W sytuacji, gdy lekarzowi zablokowano uprawnienia do wystawiania kart, a następnie je przywrócono do dnia obliczeń, to wskaźnik IWRN w kontekście danego świadczeniodawcy jest obliczany. Pod warunkiem, że liczba kart wystawionych przez lekarza u danego świadczeniodawcy, posiadających postawioną diagnozę, a wystawionych od momentu przywrócenia uprawnienia jest większa od wartości minimalnej dla takiego przypadku. Do obliczania wskaźnika IWRN w przedstawionej sytuacji uwzględniane są tylko karty wydane w okresie po przywróceniu uprawnień do wystawiania kart DiLO.

W sytuacji, gdy lekarzowi zablokowano uprawnienia do wystawiania kart i przywrócenie uprawnień (dla ostatniego z okresów zablokowania) nastąpiło do dnia obliczeń, ale liczba analizowanych kart, wystawionych przez lekarza nie jest większa od wartości minimalnej (w chwili obecnej wartość ta wynosi 15) - wskaźnika nie wyznacza się. Przyczyna niewyznaczenia wskaźnika jest brak dostatecznej ilości kart z postawioną diagnozą ostateczną wydanych po przywróceniu prawa.

Lista indywidualnych współczynników rozpoznawania nowotworów lekarzy									
Nr prawa wykonywania zawodu: <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/>				Szukaj <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>					
Rok okres od: <input type="text"/> <input type="text"/> - do: <input type="text"/> <input type="text"/>		Szczegóły: <input type="text"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Lekarz	Rok	Okres	Wartość współczynnika	Szczegóły	Liczba kart wydanych	Liczba kart z diagnozą	Liczba kart z diagnozą stwierd. nowot. złośli.	Operacje
1.	Nr prawa wykonywania zawodu: <input type="text"/> Imię: IMIE Nazwisko: NAZWISKO	2015	2	0,3750	Wyznaczono wskaźnik zgodnie z algorytmem	40	40	15	karty
2.	Nr prawa wykonywania zawodu: <input type="text"/> Imię: 5220_IMIE Nazwisko: 5220_NAZWISKO	2015	3		Zbyt mała liczba kart z postawioną diagnozą	20	20		10 karty
3.	Nr prawa wykonywania zawodu: <input type="text"/> Imię: OSOBA_3 Nazwisko: OSOBA_3	2015	4		Zakończony okres zatrudnienia u świadczeniodawcy	0	-		- karty

Rys. 13.3 Lista indywidualnych wskaźników rozpoznania nowotworów przez lekarzy

Indywidualny Wskaźnik Rozpoznawania Nowotworów IWRN jest obliczany dla lekarza w kontekście świadczeniodawcy. Jeden lekarz może mieć wyznaczonych kilka wskaźników IWRN.

14 ZGŁOSZENIE ZMIANY DO UMOWY

Każdy świadczeniodawca jest zobowiązany realizować umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w przepisach prawnych Ministra Zdrowia, ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu. Na podstawie powyższych przepisów świadczenia muszą być udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.

Zmiany wprowadzone w potencjale świadczeniodawcy, należy zgłosić do OW NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie lub w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Zmiany te nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny określonych w przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców zdefiniowanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli zmiany dokonane przez świadczeniodawcę w potencjale naruszają wymagania zawarte w umowie, OW NFZ może wezwać go do weryfikacji i poprawy zmian. Jeżeli świadczeniodawca nie dostosuje się do tych wskazówek, umowa może zostać rozwiązana.

Projekt obsługi **zgłoszeń zmian do umowy** poprzez aplikację webową Portalu SZOI ma na celu usprawnienie aneksowania potencjału świadczeniodawcy. Funkcjonalność ta jest przeznaczona dla świadczeniodawców, którzy chcą dokonać zmian w posiadanych zasobach (personelu medycznego, harmonogramach pracy komórki organizacyjnej oraz zasobów) deklarowanych do realizacji umowy.

W poniższej tabeli zawarto przykładowe możliwości zmian dokonanych przez świadczeniodawcę, które nie naruszają warunków umowy (konieczność zgłoszenia zmian do OW NFZ).

Potencjał pierwotny - z umowy	Potencjał aktualny – po zmianach
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Nowak – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację
Czas pracy komórki organizacyjnej w godzinach 9.00 – 17.00	Czas pracy komórki organizacyjnej w godzinach 8.00 – 17.00 lub 9.00 – 18.00
Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 9.00 – 17.00	Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 8.00 – 17.00 lub 8.00 – 18.00
-	Dodanie kolejnego harmonogramu dla osoby personelu medycznego
-	Dodanie nowej osoby personelu medycznego do miejsca wykonywania świadczeń

Poniżej przedstawiono kilka przykładów, po których Oddział Wojewódzki może wezwać świadczeniodawcę do poprawy błędów, gdyż naruszają one podpisaną umowę.

Jeżeli świadczeniodawca w określonym czasie nie poprawi błędnych pozycji, Oddział Wojewódzki może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

Potencjał pierwotny - z umowy	Potencjał aktualny – po zmianach
Kowalski – kardiolog posiadający II specjalizację	Usunięcie Kowalskiego bez dodania zastępcy
Kowalski – kardiolog posiadający II specjalizację	Nowak – kardiolog posiadający I specjalizację
Kowalski – kardiolog posiadający II specjalizację	Nowak – lekarz okulista
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Kowalski – lekarz kardiolog posiadający I specjalizację – utrata prawa wykonywania zawodu
Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 8.00 – 17.00	Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 9.00 – 14.00
Czas pracy osoby personelu medycznego od poniedziałku do piątku	Czas pracy osoby personelu medycznego tylko w poniedziałki i wtorki
Czas pracy kom. Org. w godz. 8.00 – 16.00	Czas pracy kom. Org. w godzinach 8.00 – 14.00

W trosce o zachowanie spójności danych statystyczno-rozliczeniowych względem zawartych kontraktów z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych wprowadzona została blokada możliwości przekazywania zgłoszenia zmian do umowy dla miesięcy rozliczonych. Przyjęto, że miesiącem rozliczonym jest okres sprawozdawczy, od zakończenia którego upłynęło 45 dni. Oznacza to, że zmiany, które nastąpiły w potencjale świadczeniodawcy w miesiącu styczniu, należy skorygować w Portalu SZOI nie później niż do 17 marca (18 marca w przypadku roku przestępnego), zmiany w miesiącu lutym – do 14 kwietnia, zmiany w miesiącu marcu – do 15 maja itd.

Uruchomienie funkcjonalności nastąpiło w dn. 28. luty 2017. W związku z tym, jeśli istnieje przesłanka do skorygowania danych z umów zawartych na 2016 rok lub wcześniejszych, konieczne jest zgłoszenie do Funduszu wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie. Wniosek uzupełniany i przekazywany jest w Portalu SZOI. Więcej: [Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie](#)

14.1 Lista zgłoszeń zmiany do umowy

Lista zgłoszeń zmian do umowy zawiera podstawowe informacje dotyczące każdego ze zgłoszeń, czyli nr. umowy, nr. pierwotny umowy, nr. zgłoszenia, informacje o dacie utworzenia, przekazania do OW, anulowania oraz bieżący status zgłoszenia.

Rys. 14.1 Zgłoszenie zmiany do umowy

Status zgłoszenia	Opis
Do przygotowania	Zgłoszenie oczekuje w kolejce na wygenerowanie na serwerze oddziałowym.
W trakcie przygotowania	Zgłoszenie to jest aktualnie generowane. Jednocześnie podczas przetwarzania zgłoszenia zmian do umowy na serwerze oddziałowym, generowana jest automatycznie wersja profilu świadczeniodawcy.
Wprowadzone	Jedynie na postępowaniach o statusie <i>Wprowadzonym</i> operator systemu może dokonywać operacji takich jak np. weryfikacja, aktualizacja czy też podgląd pozycji.
Do aktualizacji	Zgłoszenie oczekuje w kolejce na aktualizację
W trakcie aktualizacji	Zgłoszenie jest aktualizowane. Po zakończeniu aktualizacji zgłoszenie otrzymuje powtórnie status zgłoszenia wprowadzonego. Podczas dokonywania aktualizacji automatycznie generowana jest także wersja profilu świadczeniodawcy.
Do zatwierdzenia	Zgłoszenie o tym statusie aktualnie oczekuje w kolejce na

	zatwierdzenie na serwerze oddziałowym
W trakcie zatwierdzenia	Zgłoszenie jest zatwierdzane. W tym czasie pozycja jest przesyłana do Oddziału Wojewódzkiego.
Zatwierdzone	Pozycja została zatwierdzona oraz przekazana do Oddziału Wojewódzkiego gdzie zostanie odpowiednio rozpatrzone przez odpowiednią osobę
Anulowane	Operator anulował zgłoszenie zmian do umowy, które posiadało status <i>Do przygotowania</i> lub <i>Wprowadzone</i>
W trakcie uzupełniania ze struktury	Zgłoszenie jest aktualizowane ze struktury potencjału. Po zakończeniu aktualizacji zgłoszenie otrzymuje powtórnie status zgłoszenia wprowadzonego.
Do uzupełnienia ze struktury	Zgłoszenie oczekuje w kolejce na uzupełnienie ze struktury potencjału

14.2 Dodanie nowego zgłoszenia zmiany do umowy w zakresie potencjału

Menu: Umowy – Zgłoszenia zmian do umowy

Opcja: Dodanie zgłoszenia

W celu wprowadzenia nowego zgłoszenia do systemu należy:

9. Wybrać opcję **Dodanie zgłoszenia** Dodanie zgłoszenia. Czynność spowoduje wyświetlenie okna (1) *Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy*.
10. W polu **Umowa** należy wskazać numer umowy, do której będzie wprowadzana zmiana:
 - a. Kliknąć w ikonę słownika . Czynność spowoduje otwarcie okna *Słownika umów*.
 - b. Jeśli umowa jest widoczna na liście wybrać umowę klikając w jej numer.

Lp.	Nr umowy	Rodzaj świadczeń	Typ	Status	Data podpisania	Od daty Do daty
1.	N: 15-00-05097-17-02 N: AOS-5097-17-01	K: AOS N: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Umowa	Zatwierdzona	2017-01-03	Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31

Rys. 14.2 Przykładowe okno Słownika umów

- c. Jeśli umowa nie jest wyświetlana na liście słownika umów sprawdzić ustawienia filtrów słownika.

- Rok – wyświetla listę umów z wybranego roku
 - **Pokaż tylko umowy o statusie wprowadzona** – pole należy zaznaczyć, jeśli umowa, do której ma być wprowadzona zmiana, nie została jeszcze podpisana z Funduszem (nie jest zatwierdzona).
Na liście domyślnie wyświetlane są tylko umowy zatwierdzone.
 - Rodzaj świadczeń – umożliwia wyszukanie umów dotyczących wskazanego rodzaju
 - Okres obowiązywania umów – umożliwia wyszukanie umów obowiązujących w podanym okresie.
- Po ustawieniu filtrów należy wybrać opcję **Szukaj**.

Należy wybrać umowę klikając w jej numer. Wyświetlone zostanie ponownie okno (1) *Dodania zgłoszenia*.



Rys. 14.3 Przykładowe okno (1) Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy

11. Należy wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie okno (2) *Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy – Podsumowanie*.
12. Należy wybrać opcję **Zatwierdź**, w celu przygotowania zgłoszenia. Zgłoszenie zostanie zapisane na liście *Zgłoszenie zmiany do umowy*.

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Nr zgłoszenia	Data utworzenia Data przekazania do OW Data anulowania	Status	Operacje
1.	N: 15-00-05097-16-13 N: 15-00-05097-16-13	WAP-2011-10-19-02107	Data utw.: 2011-10-19 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycie uzupełnienie ze struktury anuluj aktualizuj zatwierdź pobierz zmiany
2.	N: 15-00-05097-16-13 N: 15-00-05097-16-13	WAP-2012-02-02-02169	Data utw.: 2012-02-02 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycie do weryfikacji pozycie uzupełnienie ze struktury anuluj aktualizuj zatwierdź pobierz zmiany
3.	N: 15-00-05097-16-13 N: 15-00-05097-16-13	WAP-2012-02-28-02185	Data utw.: 2012-02-28 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycie do weryfikacji pozycie uzupełnienie ze struktury anuluj aktualizuj zatwierdź pobierz zmiany

Rys. 14.4 Przykładowa lista Zgłoszeń zmian do umowy

Tworzone zgłoszenie początkowo uzyskuje status **Do przygotowania** i oczekuje na przetworzenie na serwerze. Operacja ta może trwać do kilkunastu minut, w zależności od obciążenia serwera. W tym czasie zgłoszenie będzie widoczne na liście tylko po ustawieniu filtru: **Status** na „do przygotowania” lub „wszystkie”.

Przygotowanie zgłoszenia zmian do umowy w Portalu SZOI, to proces który porównuje dwie informacje:

1 – stan potencjału zgłoszony i przyjęty w umowie (aneksie do umowy)

2 – stan potencjału zarejestrowanego w Potencjale świadczeniodawcy [obszar: Potencjał], w chwili tworzenia zgłoszenia.

Po utworzeniu zgłoszenia o zmianę do umowy, wszelkie poprawki wykonane w Potencjale świadczeniodawcy nie będą automatycznie przenoszone na wniosek zmiany. W takiej sytuacji, należy korzystać z funkcji aktualizuj.

Uwaga! W sytuacji, gdy do punktów umowy przypisany został wspólny potencjał (udostępniony w tym samym miejscu) przepisywanie danych z umowy do zgłoszenia skutkuje utworzeniem jednej pozycji zgłoszenia dla jednej grupy potencjału.

Przykład: Punkty umowy 1,3 i 4 zawierają wspólny potencjał tworząc jedną grupę potencjału. Punkt 2 umowy zawiera odrębny potencjał. W tej sytuacji w zgłoszeniu zmian do umowy zostaną utworzone dwa punkty: jeden dotyczący punktów umowy: 1, 3, 4 oraz jeden dotyczący punktu: 2.

14.2.1 Operacje dostępne dla zgłoszenia o zmianę do umowy

Operacje dostępne dla zgłoszenia zależą od statusu tego zgłoszenia.

Nazwa operacji	Skrócony opis
automatyczna weryfikacja	<p>Wybór funkcji spowoduje automatyczne wykonanie weryfikacji pozycji zgłoszenia zmian do umowy.</p> <p>Proces polega na porównaniu informacji zarejestrowanych w <i>Potencjale świadczeniodawcy</i> z informacjami zawartymi w umowie i zapisanie zbioru wspólnego dla elementów różniących się.</p> <p>Np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jeśli w <i>Potencjale świadczeniodawcy</i> informacja została usunięta, to w zgłoszeniu zmian do umowy proces automatycznej weryfikacji wykona usunięcie informacji, - jeśli w <i>Potencjale świadczeniodawcy</i> dodana została nowa informacja, to nie ma to wpływu na proces automatycznej weryfikacji (gdyż informacja nie występuje w umowie). - jeśli w <i>Potencjale świadczeniodawcy</i> okres dostępności został zawężony, to w zgłoszeniu zmian do umowy informacja pozostanie, ale okres dostępności będzie wyznaczony jako część wspólna z danych zapisanych w potencjale i danych zapisanych w umowie <p><i>Przykład:</i> <i>Harmonogram miejsca udzielania świadczeń w umowie obowiązuje od 01-02-2017 do 31-12-2017 w godzinach od 08:00 do 18:00.</i> <i>W Potencjale świadczeniodawcy wprowadzono zmianę od 01-02-2017 do 31-12-2017 w godzinach od 06:00 do 16:00.</i> <i>Wynikiem automatycznej weryfikacji będzie harmonogram od 01-02-2017 do 31-12-2017 w godzinach od 08:00 do 16:00.</i></p>
pozycje do weryfikacji	<p>Funkcja umożliwi wykonanie weryfikacji w pozycjach umowy, dla których:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potencjał wykazany w umowie jest inny niż - potencjał zarejestrowany w <i>Potencjale świadczeniodawcy</i>, w chwili tworzenia zgłoszenia (lub po jego aktualizacji). <p>Po wybraniu opcji wyświetlone zostaną te pozycje, które wymagają uwagi operatora.</p>
pozycje	<p>Funkcja wyświetla wszystkie pozycje umowy, tzw. <i>Listy pozycji zgłoszenia zmian do umowy</i>. Za pomocą operacji dostępnych na tej liście operator wprowadza zmiany w poszczególnych elementach potencjału: harmonogram, personel, zasoby, uwagi.</p>
uzupełnienie ze struktury	<p>Funkcja umożliwia zasilenie istniejącego zgłoszenia zmian do umowy informacjami dotyczącymi harmonogramu miejsca udzielania świadczeń, informacjami na temat dodanego personelu oraz dodanych zasobów. Funkcja ma zastosowanie w przypadku, gdy po przygotowaniu zmian do umowy, wprowadzono nowe informacje w <i>Potencjale świadczeniodawcy</i>.</p>
anuluj	<p>Funkcja umożliwia anulowanie zgłoszenia zmian do umowy.</p>
aktualizuj	<p>Funkcja umożliwia wykonanie aktualizacji zgłoszenia zmian do umowy na bazie skorygowanego <i>Potencjału świadczeniodawcy</i>. W procesie uwzględniane są wszystkie elementy struktury.</p>
zatwierdź	<p>Funkcja powoduje przekazanie zgłoszenia zmian do umowy do OW NFZ. Należy z niej skorzystać w przypadku uzupełnienia wszystkich zmian w zgłoszeniu.</p>
pobierz zmiany	<p>Funkcja umożliwia pobranie do pliku PDF lub EXCEL informacji o zdefiniowanym we wniosku potencjale do umowy.</p>

14.3 Weryfikacja zgłoszenia zmiany do umowy

14.3.1 Pozycje do weryfikacji

System dzięki funkcji weryfikacji umożliwi przejrzanie ograniczonej liczby udostępnionych zasobów, które uległy zmianie w rejestrze potencjału świadczeniodawcy w stosunku do ostatniego przekazanego zgłoszenia zmian. Każdy nowo dodane zgłoszenie zmian, będzie podświetlone na kolor żółty, jeżeli wcześniej nie wygenerowano wniosku do wybranej umowy. Kolor ten informuje operatora, że dane zgłoszenie wymaga weryfikacji.

Zgłoszenie zmiany do umowy

Dodanie zgłoszenia

Nr zgłoszenia: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Status: wprowadzone

Rok obowiązywania umowy: -- dowolny --

Rodzaj świadczeń: ----- wybierz -----

Typ umowy: ----- wybierz -----

Zakres świadczeń: -----

Status umowy: -- wszystkie --

Osoba personelu: PESEL: Zawiera:

Według domyślnych ustawień OW NFZ, możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: marzec 2017

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Nr zgłoszenia	Data utworzenia Data przekazania do OW Data anulowania	Status	Operacje
1.	WAP-2011-10-19-02107	WAP-2011-10-19-02107	Data utw.: 2011-10-19 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycje uzupełnienie ze struktury anuluj aktualizuj zatwierdź pobierz zmiany
2.	WAP-2012-02-02-02169	WAP-2012-02-02-02169	Data utw.: 2012-02-02 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycje do weryfikacji pozycje uzupełnienie ze struktury anuluj aktualizuj zatwierdź pobierz zmiany

Rys. 14.5 Zgłoszenie zmian do umowy

Opcja **Pozycje do weryfikacji** umożliwia wykonanie przez użytkownika sprawdzenia (weryfikacji) danych znajdujących się w zgłaszanej zmianie do umowy. Po jej wybraniu operator systemu przejdzie do okna **Pozycje zgłoszeń do weryfikacji**.

Pozycje zgłoszenia do weryfikacji

Nazwa: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr pozycji	Zakres świadczeń	Kod Nazwa Adres	Profil medyczny lub Zespół RTM	Udział. świad od Udział. świad do	Status	Operacje
1.	1	K: 02.1100.001.02 N: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII	K: 13188 N: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1 A: 60-988 POZNAŃ	F: LECZENIE AMBULATORYJNE SPECJALISTYCZNE D: KARDIOLOGIA Kod tech. profilu: ...	Od: 2011-01-01 Do: 2011-12-31	bez zmian	pozycje do weryfikacji
2.	2	K: 02.1500.001.02 N: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ	K: 11432 N: GABINET SPECJALISTYCZNY A: 60-988 POZNAŃ	F: LECZENIE AMBULATORYJNE SPECJALISTYCZNE D: CHIRURGIA OGÓLNA Kod tech. profilu: ...	Od: 2011-01-01 Do: 2011-12-31	bez zmian	pozycje do weryfikacji

Rys. 14.6 Pozycje zgłoszeń do weryfikacji

W miejscu tym znajdują się wszystkie pozycje, dla których konieczne jest wykonanie weryfikacji.

Opcja **Pozycje do weryfikacji** umożliwia weryfikację potencjału w pozycji umowy, dla której wykryto rozbieżność pomiędzy Potencjałem świadczeniodawcy, a stanem potencjału wykazany w pozycji umowy. Weryfikacja dotyczy:

- Personelu medycznego
- Umów/promes
- Zasobów
- Harmonogramu miejsca
- Procedur/zabiegów medycznych

Dane do weryfikacji uporządkowane są w kolejnych zakładkach.

Lista pozycji do weryfikacji

Personel medyczny | **Umowy/promesy** | Zasoby | Harm. miejsca | Procedury/zabiegi medyczne

Nazwa strony udostępniającej zasoby: Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Deklaracja udostępnienia w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Typ umowy współpracy Typ dokumentu Status	Strona udostępniająca zasoby	Współrealizator	Udostępnienie od Udostępnienie do	Status	Typ błędu	Operacje
1.	U: umowa współrealizacji D: umowa S: zatwierdzona	Kod: 150 Nazwa:	-	P: 2020-09-01 K: 2020-12-30	edytowanie	okres do weryfikacji	weryfikacja podgląd usuń

Rys. 14.7 Lista pozycji do weryfikacji

Aby zweryfikować personel medyczny w zgłoszeniu zmian do umowy, należy:

1. Dla zgłoszenia zmian do umowy podświetlonego na kolor żółty, wybrać opcję **Pozycje do weryfikacji**.
2. Dla odpowiedniej pozycji zgłoszenia ponownie wybrać opcję **Pozycje do weryfikacji**.

Pozycje zgłoszenia do weryfikacji

Nazwa Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr pozycji	Zakres świadczeń	Kod Nazwa Adres	Profil medyczny lub Zespół RTM	Udział. świad od Udział. świad do	Status	Operacje
1.	1	K: 02.1600.001.02 N: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OKULISTYKI	K: 10566 N: PORADNIA SPEC-OKULISTYKA	F: LECZENIE AMBULATORYJNE SPECJALISTYCZNE D: OKULISTYKA Kod tech. profilu: as	Od: 2009-01-01 Do: 2009-12-31	bez zmian	pozycje do weryfikacji
2.	2	K: 02.1008.001.02 N: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHOROÓB METABOLICZNYCH	K: 9400 N: PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	F: LECZENIE AMBULATORYJNE D: CHIRURGIA OGÓLNA Kod tech. profilu: as	Od: 2009-01-01 Do: 2009-12-31	bez zmian	pozycje do weryfikacji

Rys. 14.8 Pozycje zgłoszenia do weryfikacji

3. Wyświetlone zostanie okno *Listy pozycji do weryfikacji*, w którym należy przejrzeć zakładki danych: Personel medyczny, Zasoby, Harmonogram miejsca, Procedury / zabiegi medyczne.

Zakładka: Personel medyczny

Proces weryfikacji jest konsekwencją przeprowadzenia walidacji sprawdzającej, czy personel ma odpowiedni rodzaj harmonogramu.

Podczas tworzenia sesji weryfikacyjnej potencjału, system sprawdza czy zmienił się okres stażu osoby personelu. Jeżeli tak, to taka informacja zostaje uznana jako istotna i zapisana w zmianach niedrukowanych. Można się z nimi zapoznać w części *Zgłoszenia zmian do umowy -> pozycje -> personel -> dane osoby*.

Aby przeprowadzić weryfikację harmonogramu personelu medycznego należy:

1. Wybrać zakładkę *Personel medyczny*, a następnie wybrać opcję **Harmonogramy**.

Lista pozycji do weryfikacji

Personel medyczny | Zasoby | Harm. miejsca | Procedury/zabiegi medyczne

PESEL Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Deklaracja dostępności w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Status	Typ błędu	Operacje
1.	PESEL: [redacted]	Imię: [redacted] Nazwisko: [redacted]	dodanie	harmonogram do weryfikacji	harmonogramy usuń

Rys. 14.9 Lista pozycji do weryfikacji

2. W oknie Listy harmonogramów pracy osoby operator ma do wyboru następujące opcje:
 - **Weryfikacja** – harmonogramu personelu medycznego osoby

- **Weryfikacja ręczna (przez edycję)** – harmonogramu personelu medycznego osoby
- **Pokaż potencjał** - zapoznanie się potencjałem wpływającym na harmonogram osoby
- **Usuń** – usunięcie harmonogramu osoby z umowy (podświetlenie na kolor czerwony). Zatwierdzenie zgłoszenia, w którym usunięto w ten sposób personel spowoduje nieodwracalne usunięcie harmonogramu z obowiązującej umowy
- **Przywróć** – dostępna tylko dla harmonogramów usuniętych

W kolumnie **Zgodność uprawnień z CWPM** zawarta jest informacja na temat porównania danych z CWPM. W przypadku, gdy konfiguracja po stronie OW NFZ wymaga zgodności, osoby dla których dane są „niezgodne” oznaczone zostaną jako do weryfikacji (a po jej zakończeniu podświetlone na czerwono jako usunięte). W takim przypadku konieczne będzie ich usunięcie ze zgłoszenia lub doprowadzenie do zgodności danych z CWPM.

Lista harmonogramów pracy osoby								
Dodawanie harmonogramu								
Deklaracja dostępności w dniu: <input type="text"/>								
Szukaj Zlicz rekordy								
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20								
Lp.	Zawód/specjalność Funkcja	Zgodność uprawnień z CWPM	Typ dostępności	Data ważności od Data ważności do	Liczba godzin w tygodniu	Typ harmonogramu	Status	Operacje
1.	Zawód/specjalność: LEKARZ Funkcja: -	brak uprawnień w OW NFZ	praca	Od: 2021-02-02 Do: 2021-02-15	20:00	średniotygodniowy	bez zmian	weryfikacja pokaż potencjał podziel usuń
2.	Zawód/specjalność: PODOLOG Funkcja: -	nie dotyczy	praca	Od: 2021-02-01 Do: 2021-02-15	30:00	średniotygodniowy	bez zmian	pokaż potencjał edytuj podziel usuń

Rys. 14.10 Lista harmonogramów pracy osoby

3. Należy wybrać opcję **Weryfikacja**.

- Jeżeli w pozycji zgłoszenia znajdują się niezweryfikowane harmonogramy lub miejsca bez aktywnego harmonogramu system zgłosi informację: *W zgłoszeniu w pozycji znajdują się niezweryfikowane harmonogramy miejsca lub pozycje bez aktywnego harmonogramu. Weryfikacja personelu niemożliwa do czasu zweryfikowania harmonogramów lub dodania harmonogramów miejsca w pozycji zgłoszenia.*

Informacja

W zgłoszeniu w pozycji znajdują się niezweryfikowane harmonogramy miejsca lub pozycje bez aktywnego harmonogramu, weryfikacja personelu niemożliwa do czasu zweryfikowania harmonogramu/-ów, lub dodania harmonogramu/-ów miejsca w pozycji zgłoszenia

O.K.

W takim przypadku należy kliknąć i najpierw dokonać weryfikacji harmonogramów miejsca [zakładka: Harmonogramy miejsca] lub dodać harmonogram [dla zgłoszenia zmian do umowy > opcja: Pozycje > opcja: Dodawanie harmonogramu]

W przypadku kompletnych danych w systemie, wykonana zostanie automatyczna weryfikacja harmonogramu czasu pracy osoby personelu.

Poniżej przedstawiono przypadki, które mogą być przyczyną oznaczenia harmonogramu do weryfikacji.

- Jeżeli harmonogram bazowy (zdefiniowany w miejscu pracy osoby w Portalu SZOI) jest różny od harmonogramu ostatnio przekazanego (zdefiniowany w umowie / w zgłoszeniu zmiany) w zakresie: dane harmonogramu ostatnio przekazanego nie zawierają się w zakresie danych harmonogramu bazowego.
- Jeżeli harmonogram bazowy (zdefiniowany w miejscu pracy osoby w Portalu SZOI) jest różny od harmonogramu ostatnio przekazanego (zdefiniowany w umowie / w zgłoszeniu zmiany) w zakresie: tygodniowa liczba godzin harmonogramu bazowego jest mniejsza od tygodniowej liczby godzin harmonogramu ostatnio przekazanego, lub harmonogram bazowy oraz harmonogram ostatnio przekazany zawierają różne pozycje szczegółowe.

Dopuszczalny rodzaj harmonogramu ustalany jest przez Centralę NFZ zgodnie z ogólnymi warunkami zawierania umów. Dla typu umowy 03/8 i RTM harmonogramem zawsze obowiązującym jest harmonogram średniotygodniowy.

Potencjał	Zgłoszenie	Wymagany	Wynik
Średniotygodniowy	Średniotygodniowy	Średniotygodniowy	OK
Średniotygodniowy	Średniotygodniowy	Szczegółowy	Weryfikacja przez edycję
Szczegółowy	Szczegółowy	Szczegółowy	OK
Szczegółowy	Szczegółowy	Średniotygodniowy	Weryfikacja, w wyniku, której godziny są zmniejszane
Szczegółowy	Średniotygodniowy	Szczegółowy	Weryfikacja przez edycję
Szczegółowy	Średniotygodniowy	Średniotygodniowy	OK
Średniotygodniowy	Szczegółowy	Szczegółowy	OK
Średniotygodniowy	Szczegółowy	Średniotygodniowy	Weryfikacja przez edycję
Średniotygodniowy/ Szczegółowy	Średniotygodniowy/ Szczegółowy	Dowolny	Daty i godziny muszą się zgadzać

Harmonogram pracy może zostać usunięty z powodu wystąpienia w badanym okresie:

- braku harmonogramu w potencjale
- harmonogram jest niezgodny z harmonogramem w potencjale pod względem godzinowym (inne dni/godziny)
- braku harmonogramu w potencjale z daną funkcją osoby personelu
- braku harmonogramu w potencjale o rodzaju "zatrudniony u mnie". Dotyczy umów o typie innym niż 03/9, 11/5, 11/6, 11/7, 11/8
- harmonogram osoby o typie dostępności "praca" jest niezgodny z harmonogramem miejsca w zgłoszeniu. Dotyczy umów o rodzaju innym niż RTM, UZD (od 2016 roku, gdy w pozycji można wykazać procedury/zabiegi) oraz umów o typie innym niż 0112
- uprawnienie zawodowe powiązane z zawodem/specjalnością jest niezgodne z CWPM (w przypadku gdy konfiguracja po stronie OW wymaga zgodności)

Podpunkty 2, 4, 5 nie dotyczą umów w rodzaju RTM, umów o typie 18/4 oraz koordynatorów.

Zakładka: Umowy/promesy

Zmiana na poziomie listy umów/promesy współpracy i ich okresów wykorzystywania, pociąga za sobą konieczność zweryfikowania, czy powiązane z tą umową zasoby dalej mogą być zgłoszone do umowy.

Podczas tworzenia zgłoszenia / aktualizacji, system sprawdza, czy nastąpiły istotne zmiany dla umów/promesy współpracy wykorzystywanych w ramach danej pozycji zgłoszenia (w szczególności rozwiązanie umowy), a co za tym idzie należy skrócić/usunąć okres dostępności tej umowy współpracy w pozycji zgłoszenia oraz elementów zgłoszenia pochodzących z tej umowy/promesy współpracy.

Aby przeprowadzić weryfikację umów/promesy współpracy należy:

- Dla pozycji wymagającej weryfikacji wybrać opcję **Pozycje do weryfikacji**, a następnie przejść na zakładkę *Umowy/promesy*.

Lp.	Typ umowy współpracy Typ dokumentu Status	Strona udostępniająca zasoby	Współrealizator	Udostępnienie od Udostępnienie do	Status	Typ błędu	Operacje
1.	U: umowa współrealizacji D: umowa S: zatwierdzona	Kod: 1500 Nazwa: [redacted]	-	P: 2020-09-01 K: 2020-12-30	edytowanie	okres do weryfikacji	weryfikacja podział usuń

Rys. 14.11 Lista pozycji do weryfikacji

2. W oknie *Listy pozycji do weryfikacji* operator ma do wyboru następujące opcje:
 - **Weryfikacja** – umowy/promesy
 - **Podgląd** – udostępnionej umowy/promesy współpracy
 - **Usuń** – usunięcie umowy/promesy z umowy (podświetlenie na kolor czerwony). Zatwierdzenie zgłoszenia, w którym usunięto w ten sposób umowę/promesę spowoduje nieodwracalne usunięcie z obowiązującej umowy
 - **Przywróć** – dostępna tylko dla pozycji usuniętych
3. Wybrać opcję **Weryfikacja**.
4. System przeprowadzi automatyczną weryfikację okresów udostępnienia.

(1) Weryfikacja umowy / promesy

zwiń		Umowa / promesa współpracy
Kod techniczny:	1025	
Typ umowy współpracy:	umowa współrealizacji	
Typ dokumentu:	umowa	
Strona korzystająca z zasobów:	15000	
Strona udostępniająca zasoby:	1500	
Data początku obowiązywania:	2020-09-01	
Data końca obowiązywania:	2020-12-29	
Data rozwiązania:	2020-08-26	
Uzasadnienie:	-	
Zakres umowy współpracy:	<input checked="" type="checkbox"/> zakres świadczeń DDD <input checked="" type="checkbox"/> świadczenie DDD <input checked="" type="checkbox"/> usługa DDDD	
zwiń		Okres udostępnienia
Od:	2020-09-01	
Do:	2020-12-30	
Okres udostępnienia po weryfikacji		
Od: 2020-09-01		edycja
Do: 2020-12-29		
Od: 2020-12-30		usunięcie
Do: 2020-12-30		

Rys. 14.12 Weryfikacja umowy / promesy

Jeżeli pozycja udostępnień zostanie podświetlona na **kolor czerwony**, znaczy to, że zostanie ona usunięta z umowy. Dla pozycji o statusie usunięcia przez użytkownika w kolumnie *Operacje* dostępna będzie opcja **Przywróć**, dzięki której można przywrócić zasób do umowy. Natomiast dla pozycji o statusie usunięcia przez system opcja **Przywróć** nie jest dostępna. W takim przypadku należy w części poświęconej potencjałowi przywrócić daną pozycję, a następnie zaktualizować zgłoszenie zmian – dzięki temu dany zasób nie zostanie usunięty z umowy.

Zakładka: Zasoby

Kolejnym elementem, który może wymagać weryfikacji w zgłoszeniu są **Zasoby**. Będą one wymagały weryfikacji w chwili, gdy:

- Zostanie zmieniona ilość w strukturze świadczeniodawcy w portalu
- Zmieniona zostanie dostępność (np. z braku dostępu na całodobowy dostęp)
- Skróci się czas od oraz do w potencjale lub miejsca w umowie

Aby dokonać weryfikacji poszczególnych pozycji należy w pierwszej kolejności skorzystać z opcji **Okresy dostępności**, która umożliwia przejście do okna **Listy okresów dostępności zasobów**.

Lista okresów dostępności zasobów											
							Dodawanie dostępności zasobu				
Deklaracja dostępności w dniu: <input type="text"/>											
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20											
Lp.	Liczba egz.	Producent			Data dostępności od		Nazwa miejsca	Dostępność dla innych	Status	Operacje	
		Model	Rok prod.	Nr serzyny	Data dostępności do						
1.	1	Producent: PRODUCENT	Model: -	Rok prod.: 2010	Nr ser.: 3452534	Od: 2012-02-01	Do: 2012-12-31	MIEJSCE_PODWISOCZYWCZ_0110	w godz pracy kom org	dodanie	weryfikacja podgląd pokaż potencjał usuń

Rys. 14.13 Lista okresów dostępności zasobów

Opcja **Pokaż potencjał** umożliwia użytkownikowi zapoznanie się z szczegółowymi informacjami na temat wszystkich pozycji z potencjału, do których odnosi się dana pozycja w zgłoszeniu zmian do umowy.

Opcja **Weryfikacja** umożliwia weryfikację udostępnień wyróżnionych kolorem żółtym. Ma ona zakomunikować świadczeniodawcy fakt, że coś się zmieniło i ułatwić mu poprawę odpowiednich pozycji tak, aby wprowadzone zostały poprawne dane do umowy.

Należy pamiętać, aby dany zasób posiadał odpowiednie udostępnienie w danym okresie z określoną dostępnością oraz w miejscu powiązanych z pozycją umowy. System sprawdza także czy miejsce zawarte w umowie w danym okresie posiada harmonogram.

Jeżeli powyższe warunki nie zostaną spełnione w górnej części głównego okna weryfikacji pojawi się następujący błąd: **BRAK UDOSTĘPNIENIA ZASOBU W DANYM OKRESIE Z OKREŚLONĄ DOSTĘPNOŚCIĄ I W OKREŚLONYM MIEJSCU LUB BRAK HARMONOGRAMU MIEJSCA W UMOWIE W DANYM OKRESIE.**

Jeżeli pozycja udostępnień zostanie podświetlona na **kolor czerwony**, znaczy to, że zostanie ona usunięta z umowy. Dla pozycji o statusie usunięcia przez użytkownika w kolumnie *Operacje* dostępna będzie opcja **Przywróć**, dzięki której można przywrócić zasób do umowy. Natomiast dla pozycji o statusie usunięcia przez system opcja **Przywróć** nie jest dostępna. W takim przypadku należy w części poświęconej potencjałowi (*Zasoby świadczeniodawcy*) przywrócić daną pozycję, a następnie zaktualizować zgłoszenie zmian – dzięki temu dany zasób nie zostanie usunięty z umowy.

Harmonogram miejsca

Kolejną zakładką dostępną na **Liście pozycji do weryfikacji** jest **Harm. miejsca**. W miejscu tym znajdują się informacje związane z harmonogramem miejsca wykonywania świadczeń. Aby przejść do **Listy harmonogramów miejsca** należy skorzystać z opcji **Harm. miejsca**.

W pierwszej kolejności należy zapoznać się z odpowiednim harmonogramem przy pomocy opcji **Podgląd harmonogramu**. Dzięki temu operator systemu zapozna się z harmonogramem miejsca jeszcze przed dokonaniem weryfikacji. Jeżeli stwierdzi on, że występują jakieś błędy to może je poprawić. Jeżeli harmonogram jest poprawny użytkownik może przejść do **Weryfikacji**. Umożliwi to zestawienie pomiędzy harmonogramem ostatnio przekazanym, a znajdującym się aktualnie w zgłoszeniu. Okno **Weryfikacji harmonogramu pozycji umowy** składa się z następujących części:

1. **Harmonogram pozycji umowy** – informacja o okresie ważności wybranego harmonogramu w pozycji umowy oraz o pozycjach harmonogramu.
2. **Okres działalności miejsca udzielania świadczeń**
3. **Harmonogram profilu** – wyświetlana w przypadku, gdy w zasobach świadczeniodawcy do wybranej komórki przypisany został profil (profile) medyczny wraz z harmonogramem.
4. **Harmonogram komórki organizacyjnej**
5. **Harmonogram po weryfikacji** – harmonogram, jaki zostanie przepisany do pozycji umowy.

Dla każdego harmonogramu dostępne są dwie opcje:

- **Podgląd klasyczny**
- **Podgląd graficzny**

Dla pozycji harmonogramu z profilu oraz harmonogramu z komórki organizacyjnej dostępna jest opcja **Pokaż**. Po jej wybraniu pojawi się dokładna informacja o powyższych harmonogramach (daty ważności, podgląd klasyczny oraz graficzny).

UWAGA!!!

Jeżeli po dokonaniu weryfikacji jakaś pozycja harmonogramu miejsca zostanie oznaczona na czerwono, znaczy to, że miejsce wykonywania świadczeń powiązane z daną pozycją jest nieaktywne. W takim przypadku należy jeszcze raz dodać nowe miejsce do umowy przy pomocy dokumentacji aktualizacyjnej i jeszcze raz utworzyć zgłoszenie zmian do umowy. Można także aktywować dane miejsce w Portalu SZOI.

Dodatkowo, jeżeli ktoś usunie profil medyczny komórki organizacyjnej na SZOI, a w umowie dla tej pozycji, był ten profil przypisany, to dana pozycja zgłoszenia będzie także podświetlona na czerwono.

Wybierając opcję **Powód usunięcia** operator może dowiedzieć się, dlaczego harmonogram został usunięty.

Powód usunięcia harmonogramu miejsca	
ZABLOKOWANIE PRZEKAZYWANIA HARMONOGRAMÓW MIEJSCA O TYPIE WIZYTY DOMOWE	
Harmonogram na potrzeby umowy	
Podgląd klasyczny	Podgląd graficzny
Pozycje harmonogramu	
Poniedziałek	00:00 - 24:00
Wtorek	00:00 - 24:00
Środa	00:00 - 24:00
Czwartek	00:00 - 24:00
Piątek	00:00 - 24:00
Sobota	00:00 - 24:00
Niedziela	00:00 - 24:00

Rys. 14.14 Powód usunięcia harmonogramu miejsca

Przykłady wykonania weryfikacji pozycji omawiające różne problemy umieszczono w rozdziale: [Przykłady problemów w trakcie wprowadzania zgłoszenia zmian do umowy](#).

14.3.2 Automatyczna weryfikacja

Wykonanie automatycznej weryfikacji spowoduje wykonanie przez system analizy wpływu dokonanych zmian w potencjale miejsca udzielania świadczeń na potencjał udostępniony do realizacji danej pozycji umowy w tym miejscu udzielania świadczeń.

Wynikiem analizy będzie pozostawienie do weryfikacji ręcznej wyłącznie tych pozycji zgłoszenia, w których w skutek zmiany dostępności w potencjale miejsca, system po zatwierdzeniu zgłoszenia, będzie musiał (zachowując zgodność z informacjami o potencjale miejsca) zmniejszyć dostępność w potencjale miejsca udostępnionego do realizacji pozycji umowy.

14.4 Struktura wygenerowanego zgłoszenia zmiany do umowy po weryfikacji

Opcja **Pozycje** umożliwia przeglądanie utworzonych pozycji zgłoszenia. Każda pozycja zgłoszenia odnosi się do pojedynczego miejsca udzielania świadczeń realizującego daną pozycję umowy:

Lista pozycji zgłoszenia zmian do umowy

Nazwa Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Zakres świadczeń:

Osoba personelu: PESEL Zawiera

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr pozycji umowy	Zakres świadczeń	Kod		Profil medyczny lub Zespół RTM	Udział. świad od Udział. świad do	Status	Ocena NFZ	Operacje
			Nazwa	Adres					
1.	1	K: 16.9112.032.08 N: ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ PODSTAWOWE ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	K: 13116 N: MIEJ_2 A: 99-999 POZNAŃ 224/1234		K: 3064011202 N: PSZ 475 RTM TEST-2 - ZESPÓŁ PODSTAWOWY-3064011202	Od: 2011-01-01 Do: 2011-03-31	bez zmian	brak	harmonogramy zasoby uwagi pobierz zmiany
2.	1	K: 16.9112.032.08 N: ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ PODSTAWOWE ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	K: 13226 N: MIEJSCE_PODZIAL_HR_TEST A: 99-999 POZNAŃ 224/1234		K: 3064011202 N: PSZ 475 RTM TEST-2 - ZESPÓŁ PODSTAWOWY-3064011202	Od: 2011-04-01 Do: 2011-06-30	bez zmian	brak	dane miejsca harmonogramy zasoby uwagi pobierz zmiany

Rys. 14.15 Lista pozycji zgłoszenia zmian do umowy

Jeżeli świadczeniodawca A ma podpisaną umowę współrealizacji z świadczeniodawcą B, a świadczeniodawca B ma podpisaną umowę współrealizacji z świadczeniodawcą C, to A w zgłoszeniach zmian do umowy będzie widział miejsca zarówno swoje jak i świadczeniodawcy B oraz C, mimo że bezpośrednio nie ma podpisanej umowy z świadczeniodawcą C.

Uwaga!

W sytuacji, gdy do punktów umowy przypisany jest wspólny potencjał, w kolumnie **Nr pozycji umowy** widnieją wszystkie punkty umowy posiadające ten sam potencjał (tworzą tzw. grupę potencjału)

14.4.1 Harmonogram miejsca

Opcja **Harm. miejsca** umożliwi przejście do harmonogramów czasu pracy miejsca:

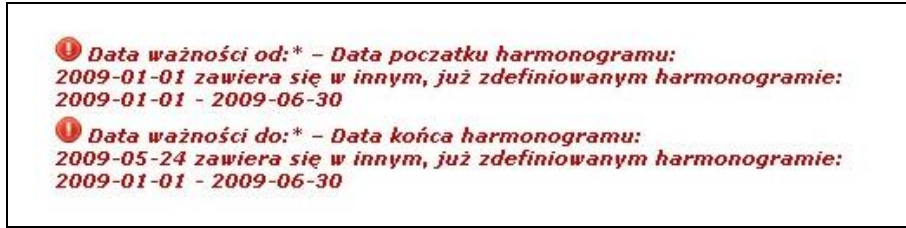
Lista harmonogramów

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Typ dostępności	Data ważności od Data ważności do	Liczba godzin w tygodniu	Status	Operacje
1.	praca	Od: 2017-01-01 Do: 2017-02-28	90:00	edytowanie	podajad harmonogramu pokaż potencjał edytuj podziel usuń
2.	praca	Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31	168:00	usunięcie	podajad harmonogramu pokaż potencjał przywróć

Rys. 14.16 Lista harmonogramów miejsca

Każde miejsce wykonywania świadczeń, które znajduje się w umowie powinno mieć przypisany, co najmniej jeden harmonogram pracy. Do jego wprowadzenia służy opcja . Harmonogramy miejsca nie mogą nachodzić na siebie. Dlatego też podczas wprowadzania nowej pozycji do systemu **Daty ważności od/do** poszczególnych harmonogramów powinny być rozłączne. Jeżeli się tak nie stanie system wyświetli następujący komunikat:



Rys. 14.17 Daty ważności harmonogramu miejsca

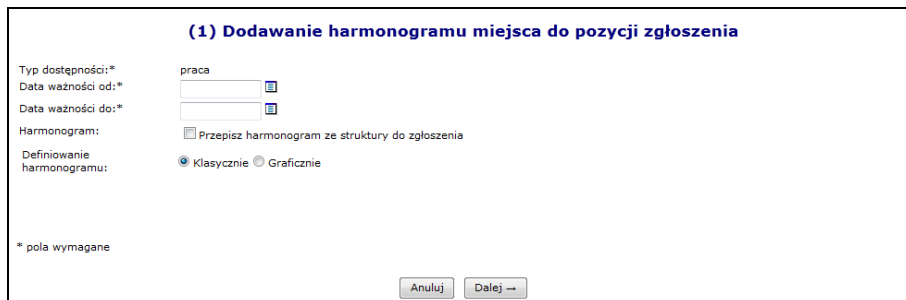
Opcje dostępne na liście harmonogramów

- **Podgląd harmonogramu** – umożliwia przeglądanie czasu pracy ustalonego w okresie ważności harmonogramu,
- **Pokaż potencjał** – wyświetla harmonogram zdefiniowany w Potencjale świadczeniodawcy
- **Edytuj** – umożliwia wykonanie poprawy harmonogramu wykazanego potencjale do umowy. Uwaga! Harmonogram musi się mieścić w harmonogramie zdefiniowanym w Potencjale świadczeniodawcy.
- **Podziel** – umożliwia wprowadzenie podziału okresu ważności harmonogramu. Funkcja wykorzystywana w przypadku, gdy zmiana harmonogramu następuje od wybranej daty w okresie jego obowiązywania. *Przykład: w potencjale świadczeniodawcy harmonogram w okresie ważności od początku roku do końca roku jest zdefiniowany jako całodobowy. W umowie – harmonogram obowiązywał na cały rok w godzinach od 08:00 do 18:00. Od miesiąca maja harmonogram ma obowiązywać w godzinach od 06:00 do 18:00. Funkcja **podziel** umożliwi wykonanie podziału harmonogramu na ważny w okresie styczeń-kwiecień (bez wpływu na potencjał w umowie) oraz od maja do grudnia, w którym należy edytować godziny dostępności miejsca.*
- **Usuń** – umożliwia usunięcie harmonogramu
- **Przywróć** – umożliwia przywrócenie usuniętego harmonogramu.
- **Dodawanie harmonogramu** – umożliwia zdefiniowanie nowego harmonogramu na bazie struktury potencjału.

14.4.1.1 Dodawanie harmonogramu

W pierwszym etapie wprowadzania nowego harmonogramu miejsca operator musi podać **typ dostępności** oraz **datę ważności od/do**.

Zaznaczając opcję **Przepisz harmonogram ze struktury do zgłoszenia zmian do umowy** system automatycznie przepisze harmonogram z zasobów świadczeniodawcy do zgłoszenia zmian do umowy. Jeżeli opcja ta nie jest zaznaczona, operator musi wybrać rodzaj wprowadzania harmonogramu – klasyczny lub też graficzny.



Rys. 14.18 Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji

14.4.1.2 Przepisanie harmonogramu ze struktury

W drugim kroku wprowadzania nowego harmonogramu do systemu wyświetlony zostanie harmonogram zdefiniowany w zasobach świadczeniodawcy w wybranym wcześniej okresie oraz harmonogram uśredniony – może zostać on obliczony na kilka następujących sposobów:

1. Jeżeli do komórki organizacyjnej, w której funkcjonuje dane miejsce przypisany został profil medyczny z harmonogramem zawierającym się w całości wcześniej wprowadzonych okresów obowiązywania to harmonogram uśredniony jest jemu równy.
2. Jeżeli harmonogram profilu komórki organizacyjnej posiada „luki” pomiędzy okresami obowiązywania harmonogramu miejsca to są one wypełniane harmonogramem komórki.
3. W przypadku, gdy komórka nie posiada profilu lub jest on taki sam jak harmonogram komórki to harmonogram uśredniony przepisany jest w całości z harmonogramu komórki.

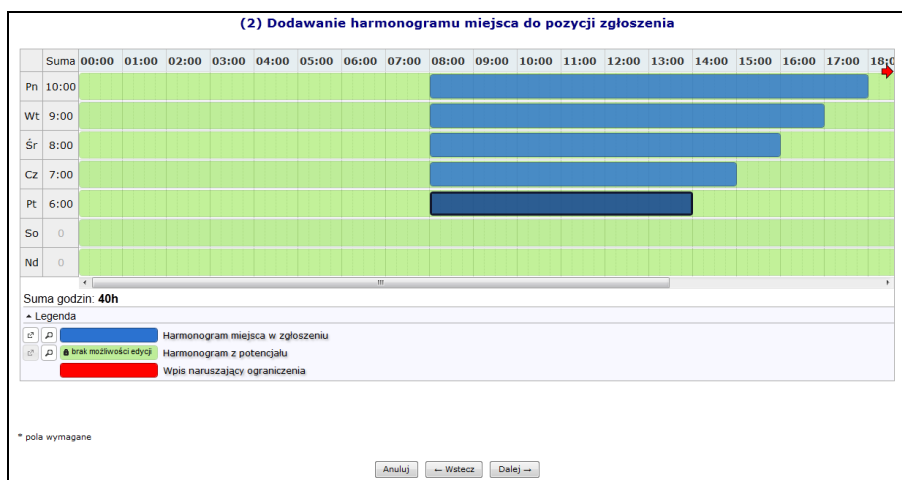
W ostatnim etapie wprowadzania harmonogramu miejsca do pozycji zawarte jest **Podsumowanie**, które należy zatwierdzić.

14.4.1.3 Graficzne dodawanie nowego harmonogramu.

Jeżeli operator systemowy nie zdecydował się na przepisanie go ze struktury i zaznaczył opcję **Graficznie** w drugim etapie zostanie wyświetlony wykres, na którego na jednej osi zawarte będą dni tygodnia a na drugiej godziny. Aby ułatwić użytkownikowi prace związane z harmonogramem w formie graficznej wprowadzono następujące oznaczenia kolorystyczne:

- Kolorem zielonym zaznaczono harmonogram miejsca zatrudnienia – godziny pracy personelu muszą zawierać się w tym godzinach pracy miejsca wykonywania świadczeń
- Kolorem niebieskim zaznaczono harmonogram czasu pracy osoby personelu w miejscu do momentu, w którym jest on zgodny (zawiera się) w harmonogramie miejsca pracy.
- Kolorem czerwonym zaznaczono harmonogram czasu pracy, który wykracza poza harmonogram pracy miejsca.

Opcja dostępna w legendzie, umożliwia wyświetlenie wybranego harmonogramu na wierzchu.

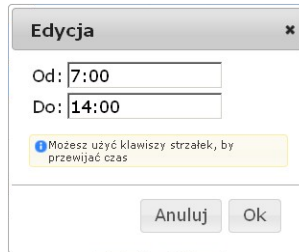


Rys. 14.19 Graficzne dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji

Aby wprowadzić nowy zakres godzinowy należy kliknąć w odpowiednim miejscu harmonogramu i trzymając kursor przeciągnąć go w prawo lub lewo. Wprowadzony zakres godzinowy można modyfikować, przesuwając boczne krawędzie pozycji harmonogramu. Dzięki temu można zmienić jego rozmiar - zakres czasowy. Można także przeciągnąć pozycję, by zmienić jej położenie lub połączyć ją z innym zakresem godzinowym. Po nakierowaniu kursora na pozycję harmonogramu pojawi się szczegółowa informacja na temat pozycji:

10:00 - 15:00 (5h)

Dwukrotne kliknięcie kursorem na pozycji, otwiera szczegółowe okno edycji:



Edycja

Od: 7:00

Do: 14:00

Możesz użyć klawiszy strzałek, by przewijać czas

Anuluj Ok

Po najechaniu kursorem na zaznaczony zakres godzinowy i wybraniu prawego przycisku myszy wyświetli się nowe okno przy pomocy, którego operator systemowy może:

- **Edytować** – umożliwi wprowadzenie godzin z klawiatury
- **Podzielić** – na dwie równe połowy
- **Wyrównać do siatki** – zaokrąglenie godzin do 5 minut
- **Połączyć** – wszystkie sąsiadujące zakresy godzinowe do momentu aż nie wystąpi przerwa (przynajmniej 1 minutowa)
- **Usunąć**

By usunąć zaznaczony wpis, należy wybrać z klawiatury **Delete** lub wybrać opcję **Usuń**.

14.4.2 Personel medyczny

Kolejną opcją dostępną w kolumnie *Operacji* jest **Personel**, która umożliwi przejście do listy udostępnionych osób personelu w kontekście bieżącego miejsca udzielania świadczeń i bieżącej pozycji umowy wynikających z danej pozycji zgłoszenia:



Lista udostępnionych osób personelu medycznego

Dodawanie osoby personelu

PESEL: [] Zawiera: [] Szukaj Zlicz rekordy

Deklaracja dostępności w dniu: []

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Status	Operacje
1.	PESEL: [] <small>Kod techn. []</small>	Imię: [] Nazwisko: []	bez zmian	harmonogramy dane osoby usuń

Rys. 14.20 Lista udostępnionych osób personelu medycznego

Aby dodać nową osobę personelu do zgłoszenia zmian należy:

1. Wybrać opcję **Dodawanie osoby personelu**.
2. Przy pomocy słownika wybrać odpowiednią osobę personelu – w słowniku będą widoczne jedynie osoby, które w okresie obowiązywania pozycji umowy są przypisane do miejsca powiązanego z pozycją umowy. Jeżeli osoba nie jest widoczna w słowniku, należy:
 - sprawdzić miejsce pracy w potencjale
 - sprawdzić okresy pracy od/do w miejscu
 - zaktualizować zgłoszenie
 - ponowić dodawanie – osoba powinna pojawić się w słowniku
3. Wybrać opcję **Dalej →**, a następnie zdefiniować:
 - Zawód/specjalność (nazwę zawodu/specjalności można wprowadzać w polu tekstowym – system domyślnie będzie wyświetlał pozycje ze słownika zaczynające się od wprowadzonych znaków)
 - Funkcję medyczną
 - Typ dostępności: praca/wizyty domowe
 - Data ważności od/do

Dla dostępności Wizyty domowe system nie sprawdza czy wpisywany harmonogram zawiera się w harmonogramie pracy miejsca udzielania świadczeń w zgłoszeniu (tak jak to jest w przypadku dostępności o typie Praca).

4. Opcja **Przepisz możliwie największy harmonogram do zgłoszenia zmian do umowy**, dni oraz godziny pracy z części *Zatrudniony personel medyczny -> Miejsca wykonywania świadczeń*, zostaną przepisane do harmonogramu zgłoszenia oraz będą widoczne w kolejnym oknie. Po zaznaczeniu tej opcji operator nie będzie miał możliwości zmiany harmonogramu, tylko zostanie on automatycznie przepisany do zgłoszenia zmian.
5. Przyjść do kolejnego okna przy pomocy opcji Dalej →.
6. Jeżeli nie zaznaczono opcji **Przepisz możliwie największy harmonogram do zgłoszenia zmian do umowy** można zmodyfikować szczegółowe informacje o czasie pracy osoby - dni tygodnia oraz godziny pracy przy pomocy opcji **Edytuj**. W przypadku wprowadzania sposobem klasycznym w górnej części okna należy wprowadzić odpowiedni harmonogram godzinowy przy pomocy przycisków funkcyjnych. W dolnej części okna widoczne są pozycje maksymalnego możliwego harmonogramu. Jest to część wspólna harmonogramu miejsca w zgłoszeniu zmian oraz harmonogramu czasu pracy osoby w miejscu.
7. W ostatnim oknie dodawania osoby do zgłoszenia zmian, należy zatwierdzić podsumowanie. Jeżeli dane osoby nie są zgodne z danymi zawartymi w CWPM to na liście podsumowania zostanie wyświetlone ostrzeżenie / blokada (w przypadku, gdy konfiguracja po stronie OW wymaga zgodności).

Przy pomocy opcji **Dane osoby** można zapoznać się z danymi szczegółowymi osoby. W zakładce *Dane w CWPM* zawarte są informacje na temat zgodności danych osoby z potencjału z danymi zawartymi w *Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych CWPM* (wartość „nie dotyczy” oznacza, że osoba personelu nie ma żadnego uprawnienia zawodowego podlegającego weryfikacji z CWPM). Zgodność z CWPM sprawdzana jest tylko dla osób personelu mających przypisane następujące uprawnienia:

- Lekarz
- Lekarz dentyista
- Pielęgniarka
- Położna
- Diagnosta laboratoryjny
- Farmaceuta
- Felczer

Szczegółowe informacje na temat zgodności z CWPM zawarte są w rozdziale [Zgodność z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych CWPM](#)

Opcja **Harmonogramy** umożliwia przejście do listy harmonogramów czasu pracy osoby personelu, Podany harmonogram pracy musi zawierać się w harmonogramie bazowym zdefiniowanym w części poświęconej *Zatrudnionemu personelowi medycznemu -> Miejscach pracy*.



Lp.	Zawód/specjalność Funkcja	Typ dostępności	Data ważności od Data ważności do	Liczba godzin w tygodniu	Typ harmonogramu	Status	Operacje
1.	Zawód/specjalność: LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII Funkcja: -	praca	Od: 2018-04-01 Do: 2018-12-31	24:00	szczegółowy	bez zmian	podgląd pokaż potencjał edytuj podziel usuń

Rys. 14.21 Lista harmonogramów pracy osoby

Opcja *Uzupełnienia ze struktury*:

- dla umów 11/5, 11/6, 11/7, 11/8 oraz 03/9 uwzględni (przepisze do zgłoszenia) wszystkie osoby wykazane w komórce (zarówno osoby zatrudnione u podwykonawcy jak i świadczeniodawcy).
- dla umów innych niż 11/5, 11/6, 11/7, 11/8 oraz 03/9 uwzględni tylko osoby wykazane w komórce, oznaczona jako zatrudnione u tego świadczeniodawcy.

Opcja **Podgląd** umożliwia przejście do szczegółowych informacji na temat wybranego harmonogramu pracy danej osoby.

Opcja **Pokaż potencjał** umożliwia użytkownikowi zapoznanie się z szczegółowymi informacjami na temat wszystkich pozycji z potencjału, do których odnosi się dana pozycja w zgłoszeniu.

Opcja **Edytuj** umożliwia modyfikację harmonogramu pracy osoby.

Przy pomocy opcji **Podziel** można podzielić istniejący harmonogram na dwie części. Jeżeli wprowadzona zostanie data podziału np. 08.05.2018 to powstaną dwa harmonogramy:

(2) Podział harmonogramu - Podsumowanie

Podział harmonogramu		
	Data początku obowiązywania	Data końca obowiązywania
Przed podziałem	2018-04-01	2018-12-31
Po podziale	2018-04-01	2018-05-08
	2018-05-09	2018-12-31

Operacja dodawanie nowego harmonogramu dla osoby personelu medycznego przebiega identycznie jak proces dodawania osoby personelu medycznego w potencjale. Jediną różnicą jest to, że nie pojawia się pierwsze okno wybierania osoby ze słownika.

Przy zatrudnianiu personelu o specjalności fizjoterapeuta system sprawdza czy data uzyskania specjalności jest sprzed 1.10.2018 – w tym przypadku nie ma obowiązku podawać uprawienia dodatkowego NPWZ - czy po – należy uzupełnić NPWZ podać.

14.4.3 Zasoby

W celu przejścia do części systemu poświęconej zasobom, należy skorzystać z opcji **Zasoby**, która znajduje się w kolumnie *Operacje* w oknie **Listy pozycji zgłoszeń zmian do umowy**:

Lista zasobów

Nazwa Zawiera

Deklaracja dostępności w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Producent	Status	Operacje
	Nazwa	Model Rok prod. Nr seryjny Nazwa pom.		
1.	Kod: 0010019 Nazwa: APARAT DO ZNIECZULANIA <small>Kod: 0010019</small>	Producent: PRODUCENT ZAR Model: DW/2000 Rok prod.: 2001 Nr ser.: DW/2000/Z-1	dodanie	dostępności usuń
2.	Kod: 0010098 Nazwa: KOMPUTER <small>Kod: 0010098</small>	Producent: HP Model: DNS5	dodanie	dostępności usuń

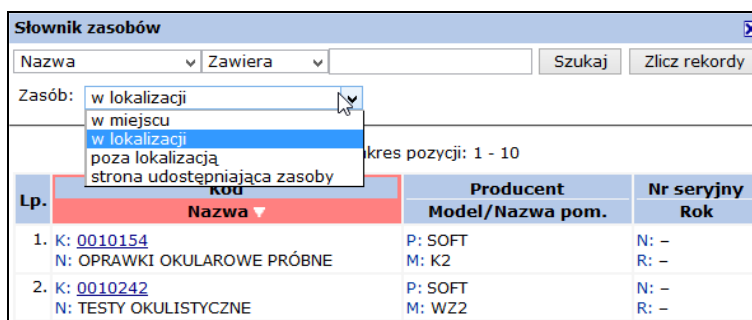
Rys. 14.22 Lista zasobów

W nowo otwartym oknie znajdą się zasoby, które aktualnie znajdują się w umowie podpisanej z OW NFZ.

Jeżeli zasób został przypisany w potencjale do miejsca w okresie, w którym obowiązuje pozycja zgłoszenia zmian do umowy i jest on nie widoczny w słowniku podczas dodawania zasobu do zgłoszenia, należy wykonać aktualizację zgłoszenia. Dzięki tej operacji słownik zasobów zostanie zaktualizowany o nowe zasoby.

Aby przypisać nowy zasób do zgłoszenia zmian do umowy należy:

1. Wybrać opcję **Dodawanie zasobu**. Przed przystąpieniem do wprowadzania nowej pozycji należy najpierw dodać dany zasób w module *Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zasoby -> Okresy dostępności*.
2. Przy pomocy słownika wybrać zasób, który ma zostać przypisany do zgłoszenia. W słowniku domyślnie będą widoczne zasoby, dla których w potencjale wskazano okresy dostępności w miejscu, do którego odnosi się pozycja zgłoszenia zmian do umowy. Używając filtra "Zasób:" możliwe jest rozszerzenie słownika o sprzęt dostępny w:
 - W miejscu
 - W lokalizacji
 - Poza lokalizacją
 - Strona udostępniająca zasoby



Rys. 14.23 Słownik zasobów

Wybrać opcję **Dalej →**.

3. Podać okres dostępności zasobu:
 - Data dostępności od
 - Data dostępności do
 - Liczba egzemplarzy

Wybór opcji **1** spowoduje wyświetlenie okresu dostępności zasobu w potencjale

Należy pamiętać o następujących zależnościach:

- a) Daty dostępności od/do powinny zawierać się w okresie obowiązywania umowy
 - b) Daty początku oraz końca dostępności powinny zawierać się w łącznych okresach dla danego miejsca
 - c) Data dostępności od nie może być wcześniejsza niż data początku okresu udostępnienia w miejscu
 - d) Data dostępności do musi być wcześniejsza lub równa dacie końca okresu udostępnienia w miejscu
4. Ostatnim krokiem dostępnym podczas przypisywania zasobu do zgłoszenia jest **Podsumowanie**, które należy zatwierdzić.

Zasób pochodzący od podwykonawcy może zostać dodany do pozycji zgłoszenia tylko wtedy, gdy odpowiednia umowa/promesa współpracy znajduje się na liście. Okres dostępności zasobu w pozycji zgłoszenia musi się zawierać w okresie wykorzystywania umowy/promesy współpracy w tej pozycji zgłoszenia:

(2) Dodawanie dostępności zasobu
 Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: styczeń 2020

Data dostępności od: *
 Data dostępności do: *
 Liczba egzemplarzy: *

Okresy dostępności zasobu

Uwaga – Nie można zdefiniować okresu dostępności zasobu w okresie 2020-03-10 - 2020-11-20 ze względu na brak ciągłości z okresami udostępnienia umów/promesy podwykonawcy : : : : : w pozycji zgłoszenia.

* pola wymagane

Rys. 14.24 Dodawanie udostępnienia umowy / promesy współpracy

Aby dokonać modyfikacji związanych z zasobem należy wybrać opcję **Dostępności**, a następnie przy pomocy opcji **Edytuj**, dokonać zmian. Proces edycji oraz wprowadzania nowego udostępnienia odbywa się identycznie jak dodawanie nowej pozycji zasobu do zgłoszenia zmian. Każdy zasób może mieć przypisanych kilka udostępnień, jednak nie mogą one nachodzić na siebie.

14.4.4 Umowy / promesy współpracy

Kolejną opcją dostępną w kolumnie *Operacji* są **Umowy/promesy**, która umożliwia przejście do listy udostępnionych umów / promes współpracy:

Lista udostępnionych umów/promes współpracy

Nazwa strony udostępniającej zasoby | Zawiera | | |

Deklaracja udostępnienia w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Typ umowy współpracy Typ dokumentu Status	Strona udostępniająca zasoby	Współrealizator	Udostępnienie od Udostępnienie do	Status	Operacje
1.	U: umowa współrealizacji D: umowa S: zatwierdzona <small>Kod techn.: usz</small>	Kod: 150 Nazwa: C	-	P: 2020-09-01 K: 2020-12-29	edytowanie	podgląd usuń
2.	U: umowa podwykonawstwa D: umowa S: zatwierdzona <small>Kod techn.: usz</small>	Kod: 1 Nazwa: C	Kod: 15 Nazwa: C	P: 2020-01-01 K: 2020-12-31	dodanie	podgląd usuń
3.	U: umowa współrealizacji D: umowa S: zatwierdzona <small>Kod techn.: usz</small>	Kod: 15 Nazwa: C	-	P: 2020-08-08 K: 2020-12-31	bez zmian	podgląd usuń

Rys. 14.25 Lista udostępnionych umów/promes współpracy

Dla każdej pozycji zgłoszenia zmian do umowy (od 2020 roku) dodano listę umów/promes współpracy wraz z okresami ich wykorzystania w ramach tej pozycji.

Lista jest uzupełniona wstępnie na podstawie danych z umowy, a następnie może być modyfikowana przez operatora (dodawanie, usuwanie, przywracanie umowy/promesy współpracy, dodawanie, edycja, usuwanie, przywracanie okresu wykorzystywania umowy/promesy współpracy).

Podczas dodawania umowy podwykonawstwa do pozycji zgłoszenia (jeśli świadczeniodawca korzystający z umowy podwykonawstwa nie jest właścicielem tej umowy) system pozwoli dodać tylko te umowy, dla których istnieje umowa współrealizacji posiadająca część wspólną okresów z umową podwykonawstwa.

Przykładowo:

Świadczeniodawca A posiada z świadczeniodawcą B umowę podwykonawstwa o numerze 1200
 Świadczeniodawca B posiada z świadczeniodawcą C umowę o współrealizację 2301, w której wykazał umowę podwykonawstwa 1200 z świadczeniodawcą A.
 Świadczeniodawca C w zgłoszeniu do umowy może wykazać umowę podwykonawstwa 1200 tylko wtedy, gdy wykazana jest również 2301.

Dana umowa współpracy może być wykazana w pozycji zgłoszenia tylko raz (z jednym okresem udostępnienia), przy czym okres ten może być modyfikowany.

Aby dodać umowę / promesę współpracy do zgłoszenia zmian, należy skorzystać z opcji Dodawanie umowy. W nowym oknie przy pomocy słownika, należy wybrać odpowiednią pozycję.

(1) Dodawanie udostępnienia umowy / promesy współpracy

zwiń	Pozycja zgłoszenia
Nr pozycji umowy:	1
Kod zakresu świadczeń:	01.0010.094.01
Nazwa zakresu świadczeń:	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ
Miejsce udzielania świadczeń:	Kod: 14375 Nazwa: ██████████
Udzielanie świadczeń:	Od: 2020-01-01 Do: 2020-12-31

Umowa/promesa:* ✖

* pola wymagane

Anuluj
Zatwierdź →

Rys. 14.26 Dodawanie udostępnienia umowy / promesy współpracy

Jeżeli wskazana umowa / promesa współpracy została wykazana w ramach umowy współrealizacji, zostanie ona również dodana do listy udostępnionych umów.

Mówiąc inaczej jeżeli operator wybierze z słownika umowę / promesę współpracy, która jest powiązana z umową współrealizacji to po zatwierdzeniu dodawania obie umowy pojawią się na liście udostępnionych umów / promesy współpracy.

Umowa/promesa:* ✖

Kod techn.: 962
 Podwykonawca: MD-PODWYKONAWCA
 Okres: od 2019-01-01 do -

zwiń	Umowa / promesa współpracy
Kod techniczny:	962
Typ umowy współpracy:	umowa podwykonawstwa
Typ dokumentu:	umowa
Strona korzystająca z zasobów:	1500C MD-APTEKA
Strona udostępniająca zasoby:	1500C MD-PODWYKONAWCA
Data początku obowiązywania:	2019-01-01
Data końca obowiązywania:	-
Data rozwiązania:	-
Uzasadnienie:	-
Zakres umowy współpracy:	<input checked="" type="checkbox"/> zakres świadczeń TESTY ZMIAN DANYCH <input checked="" type="checkbox"/> świadczenie TESTY ZMIAN DANYCH <input checked="" type="checkbox"/> usługa TESTY ZMIAN DANYCH

zwiń	Okres udostępnienia
Od:	2020-01-01
Do:	2020-12-31

! Wskazana umowa / promesa współpracy została wykazana w ramach umowy współrealizacji. Umowa współrealizacji zostanie również dodana do listy udostępnionych umów.

zwiń	Umowa / promesa współrealizacji
Kod techniczny:	964
Typ umowy współpracy:	umowa współrealizacji
Typ dokumentu:	umowa
Strona korzystająca z zasobów:	15000 MD-TESTOWY
Strona udostępniająca zasoby:	15000 MD-APTEKA
Data początku obowiązywania:	2019-01-01
Data końca obowiązywania:	-
Data rozwiązania:	-
Uzasadnienie:	-
Zakres umowy współpracy:	<input checked="" type="checkbox"/> zakres świadczeń TEST ZMIAN DO UMOWY <input checked="" type="checkbox"/> świadczenie TEST ZMIAN DO UMOWY <input checked="" type="checkbox"/> usługa TEST ZMIAN DO UMOWY

zwiń	Okres udostępnienia
Od:	2020-01-01
Do:	2020-12-31

Rys. 14.27 Dodawanie udostępnienia umowy / promesy współpracy

Zasób pochodzący od podwykonawcy może zostać dodany do pozycji zgłoszenia tylko wtedy, gdy odpowiednia umowa/promesa współpracy znajduje się na liście.

Okres dostępności sprzętu zostanie oznaczony do usunięcia w wyniku weryfikacji, jeśli w pozycji zgłoszenia nie ma żadnej umowy współpracy, na podstawie której ten zasób został udostępniony. System sprawdza także, czy zasób zawiera się w okresie pracy miejsca i jest zgodny z potencjałem. Okresy dostępności zasobów w pozycji zgłoszenia są oznaczane do automatycznej weryfikacji w przypadku usunięcia umowy współpracy.

Od marca 2021 roku operator otrzymał możliwość edycji okresów udostępnienia umowy. Aby zmodyfikować **Datę udostępnienia od / Datę udostępnienia do** należy z *Listy udostępnionych umów/promes współpracy* wybrać opcję **Edytuj**.

14.5 Uzupelnienie personelu medycznego, harmonogramów miejsca oraz okresów dostępności sprzętu z potencjału

Na liście zgłoszeń zmian do umowy dodana została funkcjonalność umożliwiająca automatyczne przypisanie do zgłoszenia zmian modyfikacji wprowadzonych w strukturze potencjału dla personelu medycznego, harmonogramów miejsca.

WPROWADZENIE WNIOSKU O ZGŁOSZENIE ZMIAN DO UMOWY MUSI BYĆ WYKONANE PO WYKONANIU AKTUALIZACJI DANYCH PERSONELU MEDYCZNEGO, HARMONOGRAMÓW MIEJCA ORAZ OKRESÓW DOSTĘPNOŚCI SPRZĘTU W STRUKTURZE ŚWIADCZENIODAWCY lub PRZED WYKONANIEM UZUPEŁNIENIA DANYCH ZE STRUKTURY NALEŻY ZAKTUALIZOWAĆ STAN WNIOSKU O ZGŁOSZENIE ZMIAN DO UMOWY.

Opcja *Uzupełnienia ze struktury*:

- dla umów 11/5, 11/6, 11/7, 11/8 oraz 03/9 uwzględni (przepisze do zgłoszenia) wszystkie osoby wykazane w komórce (zarówno osoby zatrudnione u podwykonawcy jak i świadczeniodawcy).
- dla umów innych niż 11/5, 11/6, 11/7, 11/8 oraz 03/9 uwzględni tylko osoby wykazane w komórce, oznaczona jako zatrudnione u tego świadczeniodawcy.

Zasada działania

Funkcjonalność działa w następujący sposób:

- **przenoszenie zmian będzie dotyczyć personelu, jego harmonogramów, harmonogramów miejsca oraz okresów dostępności sprzętu;**
- zmiana będzie generowana wg dnia wskazanego przez operatora SZOI po wybraniu opcji *uzupełnienie ze struktury* – wskazana data musi się zawierać w okresie obowiązywania umowy;
- wszystkie zawarte w zgłoszeniu zmian do umowy dane zostaną zastąpione danymi z potencjału świadczeniodawcy obowiązującymi na dzień wskazany przez operatora;
- harmonogramy osób personelu oraz miejsc wykonywania świadczeń, które nie będą się zawierać w harmonogramie miejsca pracy wykazanego w punkcie umowy, nie będą nanoszone na zgłoszenie zmiany;
- proces uzupełnienia ze struktury pominie osoby personelu, które zostały oznaczone jako niezgodne z danymi zawartymi w CWPM (w przypadku, gdy konfiguracja po stronie OW wymaga zgodności)

Tabela wykonania uzupełnienia na dzień 01-03-2010 dla umowy obowiązującej w okresie 01-01-2010 do 31-12-2010

okres obowiązywania	nowy stan w potencjale	stan przed uzupełnieniem we wniosku	stan po uzupełnieniu we wniosku
dodawanie	od 01-01-2010 do 31-12-2010	-	- dodanie stanu: od 01- 03 -2010 do 31-12-2010
poprawa przykład 1	- od 01- 03 -2010 do nieokreślony	od 01- 03 -2010 do 31-12-2010	- usunięcie bieżącego - dodanie zmodyfikowanego stanu:

			od 01-03-2010 do 31-12-2010
poprawa przykład 2	– od 01-03-2010 do nieokreślony	od 01-01-2010 do 31-12-2010	- podział istniejącego stanu na: od 01-01-2010 do 28-02-2010 (dotychczasowe dane) i od 01-03-2010 do 31-12-2010 (nowe dane)
poprawa przykład 3	– od 01-07-2010 do nieokreślony	od 01-01-2010 do 30-06-2010	- stan dotychczasowy pozostaje bez zmian; - dodanie stanu od 01-07-2010 do 31-12-2010
usuwanie	-	od 01-01-2010 do 31-12-2010	- całkowite usunięcie

Zasada uzupełniania sprzętu z potencjału

Funkcjonalność uzupełniania sprzętu dostępna jest od sierpnia 2016 roku i działa w następujący sposób:

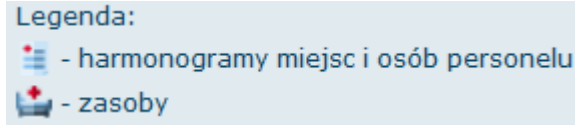
- automatycznie dodawane są jedynie egzemplarze sprzętu wykazanego w miejscu udzielania świadczeń podpisanego pod pozycję umowy (tj. sprzęt z lokalizacji, z poza lokalizacji oraz strony udostępniającej zasoby należy dodać ręcznie ze słownika zasobów). Jeżeli sprzęt znajduje się już w zgłoszeniu zmian do umowy, dla każdego okresu dostępności nastąpi detekcja miejsca udzielania świadczeń, do którego jest on podpisany i zmiany w zgłoszeniu zostaną nadpisane aktualnym stanem z danego miejsca (*funkcjonalność dostępna od sierpnia 2016*);
- w przypadku dodania elementu w potencjale w miejscu udzielania świadczeń podpisanego pod pozycję umowy, zostanie on dodany w pozycji zgłoszenia, a jego data początku obowiązywania będzie równa późniejszej z dat: data początku obowiązywania tego elementu w potencjale, data zmian podana przez użytkownika. Natomiast data końca obowiązywania będzie równa wcześniejszej z dat: data końca obowiązywania tego elementu w potencjale, data końca obowiązywania pozycji umowy. Jeśli okres obowiązywania elementu zakończył się przed datą zmian, element ten nie zostanie przeniesiony.
- w przypadku zmiany w potencjale, który już znajduje się we wniosku:
 - jeśli data zmiany jest wcześniejsza lub równa dacie początku okresu obowiązywania elementu w zgłoszeniu – element w zgłoszeniu zostanie usunięty i utworzony zostanie nowy, odzwierciedlający stan danych w potencjale całkowitym
 - jeśli data zmiany zawiera się w okresie obowiązywania elementu w zgłoszeniu – rekord zostanie podzielony zgodnie z datą zmiany. Okres po dacie zmiany zostanie usunięty i zastąpiony nowym, który będzie odzwierciedlał stan danych w potencjale całkowitym, natomiast okres sprzed tej daty pozostanie bez zmian – może jednak wymagać weryfikacji, w przypadku wykrycia niezgodności z potencjałem całkowitym.
 - jeśli data zmiany jest późniejsza niż okres obowiązywania elementu w zgłoszeniu – element pozostaje bez zmian, może jednak wymagać weryfikacji w przypadku wykrycia niezgodności z potencjałem całkowitym
- w przypadku dezaktywowania elementu w potencjale nastąpi jego usunięcie w zgłoszeniu, niezależnie od okresu jego obowiązywania.

Sposób postępowania

W celu wykonania uzupełnienia danych ze struktury należy:

1. na liście wniosków o zgłoszenie zmian do umowy wyszukać wniosek, dla którego ma zostać wykonane uzupełnienie;
 2. *zweryfikować wg własnej wiedzy, czy wniosek o zgłoszenie zmian do umowy został wprowadzony do systemu, po fakcie modyfikacji danych w strukturze świadczeniodawcy. Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie jest negatywna – należy wykonać aktualizację wniosku, za pomocą opcji **aktualizuj**;*
 3. wybrać opcję **uzupełnienie ze struktury** – czynność spowoduje wyświetlenie okna *Uzupełnienia danych potencjału*;
 4. wprowadzić **datę przepisania** stanu potencjału, czyli datę, od której mają obowiązywać zmiany w umowie
- jeżeli w zgłoszeniu zmian do umowy występuje więcej niż jedna pozycja to:
 - operator może skorzystać z funkcji **data dla wszystkich pozycji**, jeśli zmiany we wszystkich punktach umowy mają być pobrane wg stanu na ten sam dzień;
 - dla każdej pozycji może być wprowadzona inna data przypisania;

- dla wybranych pozycji operator może nie wprowadzać daty przypisania, wówczas dane te nie będą uzupełniane z potencjału.
5. w kolumnie *Zakres* zaznaczyć, czego ma dotyczyć uzupełnienie danych



- po oznaczeniu zakresu należy wybrać opcję , aby kontynuować lub **Anuluj**, aby przerwać wykonywania operacji;
6. w oknie **Uzupełnienia danych z potencjału** należy sprawdzić czy wprowadzone dane są poprawne. Jeśli tak należy zakończyć operację wybierając opcję **zatwierdź**.

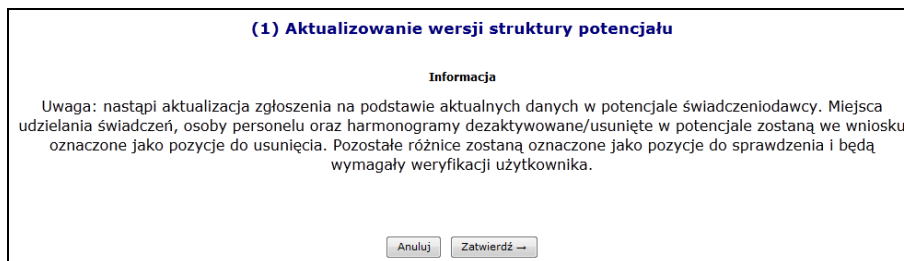
Po zakończeniu operacji pobierania informacji o osobach personelu, jego harmonogramie, miejscach wykonywania świadczeń, okresach dostępności miejsca oraz sprzętu, dane np.: okresów zatrudnienia w miejscu pracy można nadal edytować (do momentu zatwierdzenia zgłoszenia zmian do umowy).

14.6 Aktualizacja informacji w zgłoszeniu na podstawie rzeczywistego potencjału

Opcja **Aktualizuj** znajdująca się w głównym oknie *Listy zgłoszeń zmian do umowy* umożliwi aktualizację pozycji zgłoszenia względem potencjału.

Aktualizacja powinna być wykonywana w przypadku, gdy wprowadzono już zgłoszenie zmiany, a dokonane zostały modyfikacje w zasobach potencjału (w ramach zatrudnionego personelu i/lub harmonogramach pracy personelu).

W kolejnym oknie aktualizacji potencjału zawarta będzie następująca informacja, którą należy **Zatwierdzić**:



Rys. 14.28 Aktualizowanie wersji struktury potencjału

14.7 Wpisanie uwag dotyczących przekazywanego zgłoszenia do OW NFZ

Opcja **Uwagi** umożliwia wprowadzenie dodatkowych informacji – uwagi dotyczących wnioskowanych zmian do umowy. Jest ona dostępna w oknie *Listy pozycji zmian do umowy*.

W kolejnym oknie operator systemu może wpisać swoje uwagi. Długość wpisu nie może przekraczać 500 znaków.

14.8 Anulowanie zgłoszenia

Opcja **Anuluj** umożliwia unieważnienie (anulowanie) zgłaszanej zmiany w zakresie potencjału. Po unieważnieniu zgłaszana zmiana otrzymuje status **Anulowane**.

14.9 Blokadny personelu

Z blokadami osób personelu medycznego można się także zapoznać przeglądając zatwierdzone zgłoszenia zmian do umowy, dla których zostały utworzone takie blokady. W takim przypadku na **Liście pozycji zgłoszeń zmian do umowy** w kolumnie *Operacje* dodano link **Blokady personelu**. Na **Liście blokad osób personelu** zostaną wyświetlone wszystkie osoby personelu, które z jakiegoś powodu zostały zablokowane.

[Powrót do blokadny osób personelu](#)

Szczegóły blokady

Informacje o osobie	
Pesel
Imię	OSOBA
Nazwisko	Nazwisko

Informacje o blokadzie	
Data blokady od	2011-03-01
Data blokady do	2011-03-31
Przyczyna blokady	Przyczyna

Harmonogram osoby personelu w pozycji umowy

Lp.	Zawód Funkcja	Okres pracy	Godziny tygodniowo	Harmonogram
1.	Zawód: FIZYK Funkcja: -	od: 2011-01-01 do: 2011-06-20	18:00	brak szczegółowego harmonogramu
2.	Zawód: FIZYK Funkcja: -	od: 2011-06-21 do: 2011-12-31	18:00	brak szczegółowego harmonogramu

Rys. 14.29 Szczegóły blokady

14.10 Zgłoszenia zmian do umowy w rodzaju świadczeń RTM

W przypadku rodzaju świadczeń Ratownictwo Medyczne zgłoszenie zmian do umowy w zakresie osób personelu wykonuje się korzystając z operacji:

- **Rejony do weryfikacji** – zawiera listę rejonów, dla których proces generacji zgłoszenia zmian wykrył rozbieżność w potencjale personelu medycznego wykazanym do umowy względem potencjału zarejestrowanego w SZOI [menu: Potencjał > Wydzielone zasoby świadczeniodawcy]. Wskazane rozbieżności należy zweryfikować przed przystąpieniem do rejestracji zmian.
- **Rejony** – zawiera listę rejonów wraz z dostępem do operacji aktualizacji personelu oraz harmonogramu pracy **personelu** do umowy RTM.
- **Pozycje do weryfikacji** – zawiera listę pozycji umowy, dla których proces generacji zgłoszenia zmian wykrył rozbieżność w potencjale (zasoby sprzętowe, pojazdy, miejsca) wykazanym do umowy względem potencjału zarejestrowanego w SZOI [menu: Potencjał]. Wskazane rozbieżności należy zweryfikować przed przystąpieniem do rejestracji zmian.
- **Pozycje** – zawiera listę punktów umowy wraz z dostępem do operacji aktualizacji zasobów oraz harmonogramu czasu pracy miejsca.

14.10.1 Rejony do weryfikacji

Jeżeli pozycja zgłoszenia zmian do umowy jest podświetlona na żółto znaczy to, że oprócz weryfikacji zasobów, harmonogramów miejsca wymagana jest także weryfikacja rejonów. Aby tego dokonać należy skorzystać z opcji **Rejony do weryfikacji**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*:

Zgłoszenie zmiany do umowy

[Dodanie zgłoszenia](#)

Nr zgłoszenia | Zawiera | Szukaj | Zlicz rekordy

Status: wprowadzone

Rok obowiązywania umowy: 2018

Rodzaj świadczeń: RTM RATOWNICTWO MEDYCZNE

Typ umowy: ----- wybierz -----

Zakres świadczeń: -- wszystkie --

Status umowy: -- wszystkie --

Osoba personelu: PESEL | Zawiera

! Według domyślnych ustawień OW NFZ, możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: sierpień 2017

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Nr zgłoszenia	Data utworzenia Data przekazania do OW Data anulowania	Status	Operacje
1.	N: 15-00-05520-18-EH N: KW RTM	WAP-2018-06-21-04791	Data utw.: 2018-06-21 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	rejonu do weryfikacji rozucie rejonu anuluj aktualizuj zatwierdź pobierz zmiany

Rys. 14.30 Zgłoszenia zmian do umowy w rodzaju świadczeń RTM

W nowo otwartym oknie pojawia się rejon, których części składowe (personel / dyspozytorzy) wymagają weryfikacji. Aby tego dokonać, należy wybrać opcję **Personel**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*.

Po wybraniu powyższej opcji może się pojawić jedno z następujących okien:

- I. Lista personelu medycznego do weryfikacji – operator systemowy musi dokonać weryfikacji tylko harmonogramu dla wybranej osoby. Aby tego dokonać należy wybrać opcję **Harmonogramy**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*. Sytuacja taka ma miejsce, jeżeli wystąpiły rozbieżności pomiędzy umową, a wydzielonymi zasobami świadczeniodawcy (osoba personelu została wprowadzona w wydzielonych zasobach).
- II. Lista personelu medycznego do weryfikacji – jeżeli osoba / dyspozytor zostanie oznaczona na czerwono, to pozycja taka została zakwalifikowana jako do usunięcia przy weryfikacji (usunięta z umowy). Sytuacja taka może mieć miejsce w przypadku, jeżeli osoba znajduje się w umowie jednak nie widnieje już w wydzielonych zasobach świadczeniodawcy.

14.10.2 Rejony

W rodzaju świadczeń Ratownictwo medyczne personel medyczny nie jest wykazywany w umowie do miejsca udzielania świadczeń, ale do rejonu operacyjnego. Stąd jego aktualizacja w zgłoszeniu zmian do umowy wykonywana jest za pomocą operacji **Rejony**. Do każdej umowy przypisane są dwa rejony:

- RTM
- Dyspozytorzy medyczni

W celu przeglądania listy personelu, jaki został przypisany do wybranego rejonu należy:

10. Dla zgłoszenia zmian do umowy wybrać opcję **Rejony**
11. Dla **wybranego rejonu** wybrać opcję **Personel**

Lista rejonów

Kod Zawiera Szukaj

Osoba personelu: PESEL Zawiera

Rodzaj:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj	Kod	Nazwa	Data od	Data do	Ocena NFZ	Operacje
1.	RTM	30/34	Nowy rejon	Od: 2019-09-13	Do: 2019-12-31	brak	personel pobierz zmiany
2.	Dyspozytorzy medyczni	30/34	Nowy rejon	Od: 2019-09-13	Do: 2019-12-31	brak	personel pobierz zmiany

Rys. 14.31 Lista rejonów

Operacja dodawania osoby oraz edycji harmonogramu czasu pracy osoby przebiega identycznie jak dodawanie osoby oraz harmonogramu do zgłoszeń zmian do umowy dla pozostałych zakresów świadczeń. Więcej informacji w rozdziale: [Personel medyczny](#).

Dla wybranego rejonu operator może pobrać wydruk zmian przy pomocy opcji [pobierz zmiany](#).

Pobierz zmiany ✕

Zgłoszenie zmiany do umowy - wydruk

Wybierz dane do wydrukowania:

Lista harmonogramów miejsca

Lista osób personelu medycznego

Lista udostępnionych zasobów

Lista udostępnionych procedur/zabiegów

Typ generowanego pliku: pdf excel

Rys. 14.32 Pobranie zmian

14.11 Zgłoszenia zmian do umowy CZP – **PILOTAŻ**

Aktualizację potencjału wykazanego w umowie CZP wykonuje się w sposób analogiczny do zgłoszeń zmian do umowy RTM [Zgłoszenia zmian do umowy w rodzaju świadczeń RTM](#).

W wyniku rejestracji personelu medycznego jako wydzielonego zasobu świadczeniodawcy, zgłaszanie zmian związanych z personelem wykonuje się po wybraniu opcji **Rejony do weryfikacji** oraz **Rejony**, a pozostałe zmiany – po wybraniu opcji **Pozycje do weryfikacji** oraz **Pozycje**.

14.12 Wydzielone zasoby - Koordynatorzy

Dla umów 03/1 oraz 03/8 możliwe jest wskazanie w zgłoszeniu zmian do umowy wydzielonych zasobów w rodzaju Koordynatorzy. Aby przypisać koordynatorów do zgłoszenia zmian, należy:

1. Dodać osobę w zasobach świadczeniodawcy
2. Przypisać ją do wydzielonych zasobów w części Koordynatorzy.
3. Przejść do listy zgłoszeń zmian do umowy i dla odpowiedniej pozycji z kolumny *Operacje* wybrać opcję [wydzielone zasoby](#).

Lp.	Nr umowy	Nr zgłoszenia	Data utworzenia		Status	Operacje
	Nr pierwotny		Data przekazania do OW	Data anulowania		
1.	N: 15-00-20-31 N: [redacted]	WAP-2020-11-27-00322	Data utw.: 2020-11-27 Data prz.: - Data anu.: -		wprowadzone	pozycje wydzielone zasoby <input type="checkbox"/> wykonaj

4. Na *Liście grup wydzielonych zasobów* skorzystać z opcji [personel](#)

Lista grup wydzielonych zasobów						
Kod <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> Szukaj Zlicz rekordy						
Osoba personelu: PESEL <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/>						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Rodzaj	Kod	Nazwa	Data od Data do	Ocena NFZ	Operacje
1.	Koordinatorzy	19564	Wydzielone zasoby (koordynatorzy)	Od: 2020-10-01 Do: 2020-12-31	brak	personel uzupełnij pobierz zmiany

Rys. 14.33 Lista grup wydzielonych zasobów

5. Przy pomocy **Dodawanie osoby personelu** należy wskazać osobę personelu, która będzie pełnić funkcję koordynatora.

Lista udostępnionych osób personelu medycznego				
Dodawanie osoby personelu				
PESEL <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> Szukaj Zlicz rekordy				
Deklaracja dostępności w dniu: <input type="text"/>				
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20				
Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Status	Operacje
1.	PESEL: [redacted] Kod techn.: [redacted]	Imię: ROMAN Nazwisko: [redacted]	dodanie	harmonogramy dane osoby usuń

Rys. 14.34 Lista udostępnionych osób personelu medycznego

6. Słownik zawiera tylko osoby personelu przypisane w potencjale w części *Wydzielone zasoby* -> *Koordinatorzy*.
7. Uzpełnić szczegółowe informacje dotyczące harmonogramu.

(2) Dodawanie osoby personelu - harmonogram	
Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: styczeń 2020	
Zawód/specjalność:*	<input type="text"/>
Funkcja medyczna: wybierz <input type="text"/>
Okres dostępności od:*	<input type="text"/>
Okres dostępności do:*	<input type="text"/>
Cel/rodzaj koordynacji:*	<input type="text"/>
Minimalna dostępność godzinowa tygodniowo:*	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Harmonogramy osoby z potencjału	
* pola wymagane	
Anuluj ← Wstecz Dalej →	

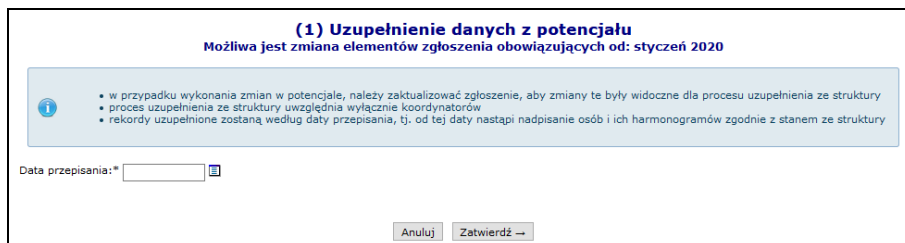
Rys. 14.35 Dodawanie osoby personelu - harmonogram

Po wybraniu ikony wyświetlona zostanie informacja o harmonogramie jaki jest przypisany do osoby w potencjale:

Lp.	Zawód/specjalność Funkcja	Cel koordynacji Rodzaj zespołu	Okres dostępności od Okres dostępności do	Minimalna dostępność godzinowa tygodniowo
1.	Z: PSYCHOLOG KLINICZNY F: -	C: Leczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego R: Koordynator leczenia onkologicznego	Od: 2020-11-26 Do: -	30:00

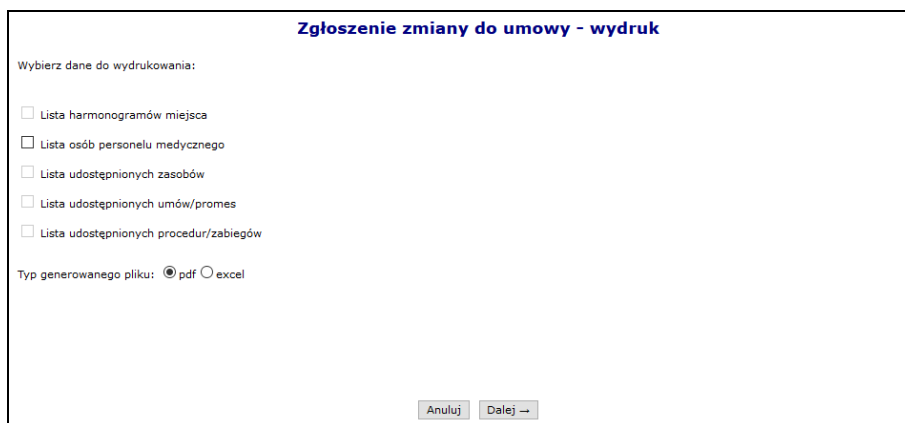
8. Po zatwierdzeniu podsumowanie osoba zostanie przypisana do listy koordynatorów.

System umożliwia także automatyczne przypisanie koordynatorów z potencjału do zgłoszenia zmian przy pomocy opcji [uzupełnij](#) dostępnej na *Liście grup wydzielonych zasobów*. Po jej wybraniu należy podać datę przepisania, a następnie wybrać opcję **Zatwierdź**. W przypadku wykonania zmian w potencjale, należy zaktualizować zgłoszenie, aby zmiany te były widoczne dla procesu uzupełnienia ze struktury. Proces uzupełnienia ze struktury uwzględnia wyłącznie koordynatorów. Rekordy uzupełnione zostaną według daty przepisania, tj. od tej daty nastąpi nadpisanie osób i ich harmonogramów zgodnie z stanem ze struktury.



Rys. 14.36 Uzupełnienie danych z potencjału

Na *Liście grup wydzielonych zasobów* opcja [pobierz zmiany](#) umożliwia wygenerowanie i pobranie listy koordynatorów zawartych w zgłoszeniu zmian do pliku pdf lub excel.



Rys. 14.37 Zgłoszenie zmiany do umowy - wydruk

14.13 Zatwierdzanie zgłoszenia zmian do umowy

Jeżeli wszystkie pozycje w zgłoszeniu (harmonogram miejsca, personel medyczny, zasoby) zostały wprowadzone, można zatwierdzić zgłoszenie zmian. Należy jednak pamiętać, że po zatwierdzeniu zgłoszenia nie będzie można dokonywać więcej modyfikacji w wybranej pozycji. Aby dodać kolejne zmiany będzie trzeba wprowadzić nowe zgłoszenie.

Wybór opcji **zatwierdź** spowoduje zweryfikowanie, czy wszystkie elementy potencjału mieszczą się w okresach, dla których możliwe jest zgłaszanie zmian. Jeśli choć jeden element dotyczy okresu zablokowanego, w oknie (1) *Zatwierdzania zgłoszenia o zmianę do umowy* wyświetlony zostanie jeden z komunikatów:

- *Możliwa zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: {miesiąc}{rok}* – wyświetlany w przypadku automatycznego zablokowania okresów do przekazywania zmian,
- *Zgoda na zmianę elementów zgłoszenia obowiązujących od {miesiąc}{rok} jest ważna do {data}{czas}* – wyświetlany w przypadku, gdy do umowy istnieje zgoda na zmianę od późniejszego miesiąca

Dodatkowo wyświetlona zostanie informacja:

Wystąpił jeden z poniższych problemów:

- w zgłoszeniu znajdują się elementy potencjału, które wymagają zgody na zmianę w okresie obowiązywania (harmonogram, okres dostępności). Należy uzyskać zgodę na zmianę elementów zgłoszenia (Umowy - Zgody na zmianę potencjału w umowie).
- w zgłoszeniu znajdują się fizjoterapeuci bez wymaganego uprawnienia zawodowego.
- w zgłoszeniu znajdują się harmonogramy osób personelu o nieprawidłowym typie.
- w zgłoszeniu znajdują się umowy/promesy bez powiązanej z nimi umowy współrealizacji.
- w zgłoszeniu znajdują się harmonogramy, dla których nie ma zgodności uprawnienia z CWPM (w przypadku gdy konfiguracja po stronie OW wymaga zgodności).

W celu zapoznania się z listą elementów potencjału blokujących zatwierdzenie zgłoszenia o zmianę do umowy, należy kliknąć przycisk Dalej i po generacji pobrać zestawienie.

W takim przypadku, należy pobrać wygenerowany plik (xls) i sprawdzić, dla jakich elementów potencjału niezbędne jest wprowadzenie korekty. Więcej: [Przeglądanie zestawienia elementów potencjału blokujących zatwierdzenie zgłoszenia o zmianę do umowy](#)

Podczas zatwierdzania system weryfikuje, czy w zgłoszeniu wykazano fizjoterapeutę bez wymaganego uprawnienia zawodowego z NPWZ. Sprawdzenie będzie funkcjonowało dla osób z harmonogramem wykazanym od 1 stycznia 2019 roku.

Przy zatrudnianiu personelu o specjalności fizjoterapeuta system sprawdza czy data uzyskania specjalności jest sprzed 1.10.2018 – w tym przypadku nie ma obowiązku podawać uprawnienia dodatkowego NPWZ - czy po – należy uzupełnić NPWZ podać.

Przeprowadzana jest także walidacja, która sprawdza, czy dla danej umowy podwykonawstwa została wykazana przynajmniej jedna umowa współrealizacji, posiadająca część wspólną okresów z wyżej wymienioną umową podwykonawstwa.

Kolejnym elementem jaki jest sprawdzany podczas zatwierdzania zgłoszenia jest zgodność danych personelu z danymi zawartymi w CWPM. W zależności od konfiguracji po stronie OW NFZ:

- system wyświetli ostrzeżenie wraz z możliwością pobrania listy osób, które są niezgodne z danymi w CWPM - operacja zatwierdzania zgłoszenia będzie mogła być kontynuowana
- system wyświetli komunikat z listą problemów uniemożliwiających zatwierdzenie zgłoszenia. Osoby personelu oznaczone jako niezgodne zostaną uwzględnione w pliku xlsx z elementami potencjału blokującymi zatwierdzenie zgłoszenia o zmianę do umowy.

Wykonanie operacji **zatwierdzenia** spowoduje zmianę statusu zgłoszenia z wprowadzony na zatwierdzony.

Zgłoszenie zmiany do umowy

[Dodanie zgłoszenia](#)

Nr zgłoszenia: [w:] Zawiera: [w:] Szukaj Zlicz rekordy

Status: [z] zatwierdzone [v]

Rok obowiązywania umowy: [w] -- dowolny -- [v]

Rodzaj świadczeń: [w] wybierz [v] [x]

Typ umowy: [w] wybierz [v] [x]

Zakres świadczeń: [w] [x]

Status umowy: [w] -- wszystkie -- [v]

Osoba personelu: [w] PESEL [v] Zawiera: [w]

! Według domyślnych ustawień OW NFZ, możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: marzec 2017

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr umowy		Nr zgłoszenia	Data utworzenia ▲		Status	Operacje
	Nr pierwotny			Data przekazania do OW	Data anulowania		
1.	N: 15-00-05220-17-02	WAP-2017-04-13-04464		Data utw.: 2017-04-13		zatwierdzone	pozycje pobierz zmiany
	N: -			Data prz.: 2017-04-13			
				Data anu.: -			

Rys. 14.38 Zatwierdzone zgłoszenia zmian do umowy

Wybranie opcji **Pozycje** dostępnej w kolumnie *Operacje* umożliwia zapoznanie się ze szczegółami zawartymi w wybranym zgłoszeniu zmian do umowy.

Dla zgłoszeń zatwierdzonych, w przypadku **anulowania sesji weryfikacyjnej** dla pozycji zgłoszenia w kolumnie **Ocena NFZ** zostanie wyświetlona informacja **bez rozpatrzenia**. Obok tej informacji widoczna będzie ikona, po najechnaniu, na którą zostanie wyświetlona informacja:

„Pozycja zgłoszenia zmiany do umowy została pozostawiona w NFZ bez rozpatrzenia z powodu pojawienia się tej pozycji w jednym z kolejnych zgłoszeń przygotowanych przez Państwa. Zmiany wprowadzone w tej pozycji zostaną rozpatrzone przy ocenie ostatecznego zgłoszenia zmiany do umowy, który zawiera tą pozycję.”

Dodatkowo w kolumnie *Operacje* w głównym oknie zgłoszeń zmian do umowy pojawi się opcja **pobierz zmiany**, która umożliwi pobranie i zapisanie na dysku następujących wydruków w formacji PDF lub XLSX:

- Listy harmonogramów miejsca
- Listy personelu medycznego
- Listy udostępnionych zasobów
- Lista udostępnionych procedur/zabiegów

14.14 Przeglądanie zestawienia elementów potencjału blokujących zatwierdzenie zgłoszenia o zmianę do umowy

W czasie zatwierdzania zgłoszenia o zmianę do umowy może zostać wyświetlony komunikat:

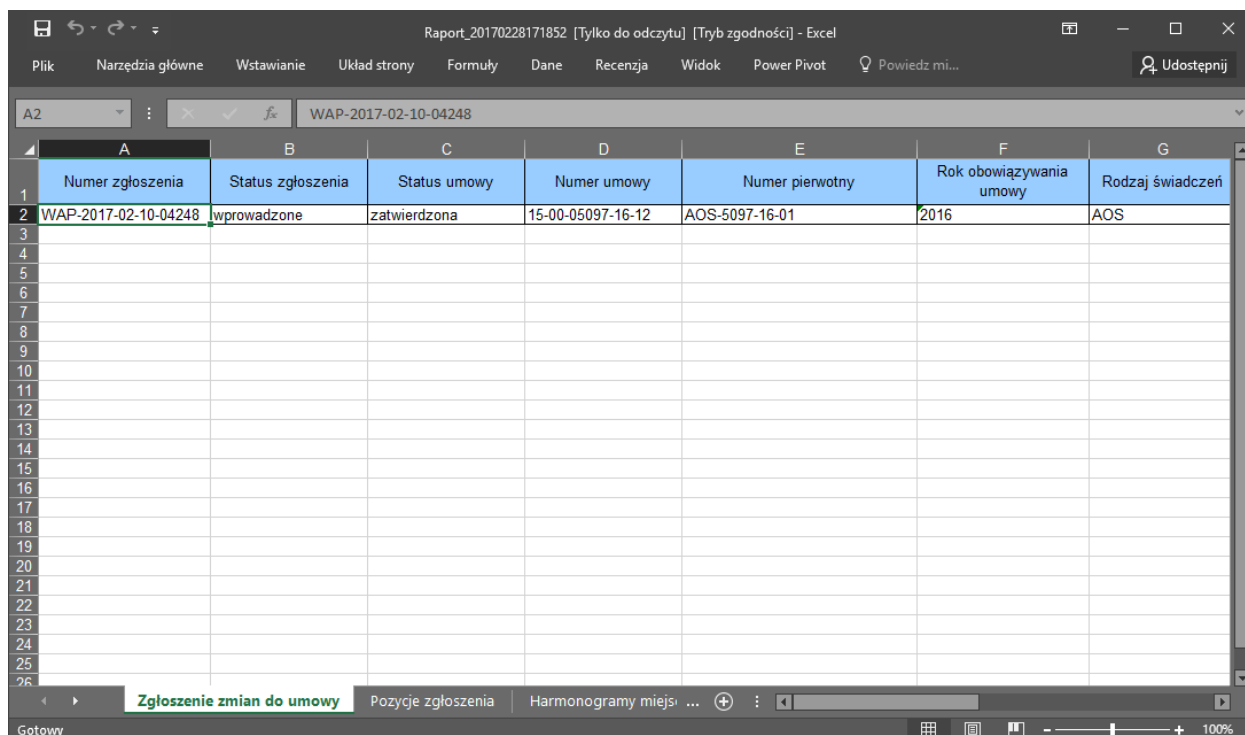
Wystąpił jeden z poniższych problemów:

- w zgłoszeniu znajdują się elementy potencjału, które wymagają zgody na zmianę w okresie obowiązywania (harmonogram, okres dostępności). Należy uzyskać zgodę na zmianę elementów zgłoszenia (Umowy - Zgody na zmianę potencjału w umowie).
- w zgłoszeniu znajdują się fizjoterapeuci bez wymaganego uprawnienia zawodowego.
- w zgłoszeniu znajdują się harmonogramy osób personelu o nieprawidłowym typie.
- w zgłoszeniu znajdują się umowy/promesy bez powiązanej z nimi umowy współrealizacji.
- w zgłoszeniu znajdują się harmonogramy, dla których nie ma zgodności uprawnienia z CWPM (w przypadku gdy konfiguracja po stronie OW wymaga zgodności).

W celu zapoznania się z listą elementów potencjału blokujących zatwierdzenie zgłoszenia o zmianę do umowy, należy kliknąć przycisk Dalej i po generacji pobrać zestawienie.

Kliknięcie w opcję **Dalej** spowoduje wygenerowanie pliku zestawienia.

Plik zestawienia należy pobrać (opcja: pobierz plik) i otworzyć za pomocą aplikacji odczytującej format xls (np.: Excel).



	A	B	C	D	E	F	G
	Numer zgłoszenia	Status zgłoszenia	Status umowy	Numer umowy	Numer pierwotny	Rok obowiązywania umowy	Rodzaj świadczeń
1							
2	WAP-2017-02-10-04248	wprowadzone	zatwierdzona	15-00-05097-16-12	AOS-5097-16-01	2016	AOS
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							

Dane o blokujących elementach wyświetlane są w kolejnych arkuszach (jeżeli wystąpiły):

- Zgłoszenie zmian do umowy – dane wskazują, którego zgłoszenia dotyczy informacja

- Pozycje zgłoszenia – dane wskazują, dla których pozycji zgłoszenia zmian do umowy, występuje problem [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: pozycje dla zgłoszenia zmiany]
- Harmonogramy miejsca – dane wskazują listę harmonogramów, których okres ważności dotyczy zablokowanego okresu [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: pozycje > harmonogramy dla zgłoszenia zmiany]
- Personel medyczny dane wskazują:
 - listę osób personelu, których ważność harmonogramu czasu pracy dotyczy zablokowanego okresu [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: pozycje > personel]
 - listę fizjoterapeutów bez wymaganego uprawnienia zawodowego
 - listę harmonogramów osób personelu o nieprawidłowym typie
 - listę harmonogramów, dla których nie ma zgodności uprawnienia z CWPM (w przypadku, gdy konfiguracja po stronie OW wymaga zgodności) – kolumna Zgodność uprawnienia z CWPM
- Personel medyczny RTM – zakładka dostępna, gdy umowa jest w rodzaju RTM [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: rejon > personel]
- Zasoby – dane wskazują listę zasobów, dla których okres dostępności dotyczy zablokowanego okresu [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: pozycje > zasoby]
- Procedury Zabiegi – zakładka dostępna dla umów uzdrowiskowych, dane wskazują listę procedur / zabiegów, dla których okres dostępności dotyczy zablokowanego okresu [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: pozycje > procedury/zabiegi]
- Umowy promesy – informacja o umowach/promesach bez powiązanej z nimi umowy współrealizacji
- Generacja – dane dotyczące generacji (data generacji; login, imię i nazwisko osoby generującej oraz zakres generowanych danych)

Korzystając z zestawienia należy poprawić elementy potencjału w umowie, a jeśli to niemożliwe złożyć wniosek o zgodę na odblokowanie okresu, do którego można przekazywać zgłoszenia zmian do umowy.

Więcej: [Brak zgody na zmianę w okresie obowiązywania elementu...](#), [Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie](#).

14.15 Brak zgody na zmianę w okresie obowiązywania elementu...

Wprowadzenie automatycznego blokowania miesięcy, do których można przekazywać zgłoszenie zmian do umowy, powoduje, że w chwili wykonywania operacji:

- dodawania
- poprawiania

elementów potencjału w zgłoszeniu zmian do umowy, wyświetlane są komunikaty związane z brakiem zgody na zmianę w okresie obowiązywania elementu.

Komunikat ten wskazuje, że wprowadzone zgłoszenie zmian do umowy obejmuje okresy zablokowane lub zmianie ulega element, którego okres początku obowiązywania / dostępności zawiera się w zablokowanym okresie.

Przykład:

1 kwietnia 2017r. wykonanie zgłoszenia zmian do umowy obowiązującej w okresie od 01-01-2017 do 31-01-2017, może obejmować swym zakresem zmiany w potencjale dla miesiąca lutego lub późniejszych.

Oznacza to, że:

- jeśli harmonogram miejsca udzielania świadczeń był zdefiniowany na okres od 01-01-2017 do 31-01-2017 i wprowadzono w nim zmianę w *Potencjale świadczeniodawcy* (np.: godzin pracy) dla całego okresu dostępności, to zgłoszenie zmian do umowy zostanie zablokowane z komunikatem błędu: *Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: luty 2017*
- jeśli osoba personelu medycznego była zgłoszona w umowie do realizacji świadczeń od stycznia 2017r. w dniach poniedziałek, wtorek, czwartek, a modyfikacja *Potencjału świadczeniodawcy* wskazuje, że dni pracy tej osoby to wtorek, czwartek i piątek, to zgłoszenie zmian do umowy zostanie zablokowane z komunikatem błędu: *Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: luty 2017*.

Ten sam komunikat wyświetlany będzie w przypadku próby wykonania zmian w zablokowanym okresie dla elementów:

- harmonogram miejsca (komórki / profilu)

- harmonogram czasu pracy personelu, w tym dodania nowej osoby (bo: nowy harmonogram czasu pracy)
- dostępność zasobów
- dostępność procedur / zabiegów (dotyczy leczenia uzdrowiskowego)

W powyższych przypadkach może być konieczne złożenie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie [patrz: [Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie](#)]. Zmiany będzie można wprowadzać w okresie wyznaczonym udzielonymi zgodami, czyli wg konfiguracji dotyczących możliwości zgłaszania zmian potencjału [patrz: [Konfiguracje dotyczące możliwości zgłaszania zmian potencjału](#)].

14.15.1 Przykład: Weryfikacja pozycji-harmonogram: Typ błędu – brak aktywnego harmonogramu

Lista pozycji do weryfikacji								
		Personel medyczny		Zasoby	Harm. miejsca	Procedury/zabiegi medyczne		
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20								
Lp.	Nr pozycji	Zakres świadczeń	Kod Nazwa Adres	Profil medyczny	Udziel. świad od Udziel. świad do	Status	Typ błędu	Operacje
1.	2	K: 01.0032.147.01 N: ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	K: 10185 N: PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ A: 74-465 POZNAŃ MAJAMAJAKOWSKIEGO 65/4	F: USŁUGI PIELĘGNACYJNE D: MEDYCYNA RODZINNA	Od: 2016-01-01 Do: 2016-12-31	bez zmian	brak aktywnego harmonogramu	harm. miejsca

Rys. 14.39 Przykładowa lista pozycji do weryfikacji

1. W powyższym przykładzie, w celu weryfikacji pozycji należy wybrać opcję [harmonogram miejsca](#). Wyświetlone zostanie okno *Listy harmonogramów*.

Lista harmonogramów						
						Dodawanie harmonogramu
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Typ dostępności	Data ważności od Data ważności do	Liczba godzin w tygodniu		Status	Operacje
1.	praca	Od: 2016-01-01 Do: 2016-12-31	00:00		usunięcie	pokaż potencjał

Rys. 14.40 Przykładowa lista harmonogramów

2. W tym przypadku opcja [pokaż potencjał](#) spowoduje wyświetlenie informacji: *Harmonogram utworzony automatycznie podczas dodawania/modyfikacji pozycji umowy. Brak możliwości określenia zależnych elementów potencjału. Oznacza to, że dane szczegółowe są niedostępne i należy zdefiniować dla miejsca nowy harmonogram.*
3. Na liście *harmonogramów* należy wybrać opcję **Dodawanie harmonogramu**. Wyświetlone zostanie okno (1) *Dodawania harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia*.

(1) Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia
 Zgoda na zmianę elementów zgłoszenia obowiązujących od: październik 2016
 jest ważna do 2017-02-28 23:59

Typ dostępności:*

Data ważności od:*

Data ważności do:*

Harmonogram: Przepisz harmonogram ze struktury do zgłoszenia

* pola wymagane

Rys. 14.41 Przykładowe okno dodawania harmonogramu miejsca

4. Należy wprowadzić datę ważności harmonogramu od-do.
 Zaznaczenie opcji **Przepisz harmonogram ze struktury** spowoduje uzupełnienie harmonogramu wskazanego w miejscu udzielania świadczeń w *Potencjale świadczeniodawcy*.
 Należy wybrać opcję **Dalej**.
5. Wyświetlone zostanie podsumowanie z podglądem harmonogramu.

(3) Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia - Podsumowanie
 Zgoda na zmianę elementów zgłoszenia obowiązujących od: październik 2016
 jest ważna do 2017-02-28 23:59

Harmonogram w pozycji zgłoszenia

Data ważności od: 2016-01-01
 Data ważności do: 2016-12-31

Pozycje harmonogramu

Poniedziałek	00:00 - 24:00
Wtorek	00:00 - 24:00
Środa	00:00 - 24:00
Czwartek	00:00 - 24:00
Piątek	00:00 - 24:00
Sobota	00:00 - 24:00
Niedziela	00:00 - 24:00

6. Jeśli harmonogram jest prawidłowy należy wybrać opcję **Zatwierdź**.
 Jeśli harmonogram jest błędny należy wybrać opcję **Wstecz** i poprawić informacje (np.: przez odznaczenie opcji Przepisz harmonogram ze struktury i wykonanie edycji harmonogramu).

7. W podanym przypadku, po zatwierdzeniu dodawania harmonogramu wyświetlony został błąd:

(3) Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia - Podsumowanie
 Zgoda na zmianę elementów zgłoszenia obowiązujących od: październik 2016
 jest ważna do 2017-02-28 23:59

Błąd operacji

Brak zgody na zmianę w okresie obowiązywania elementu potencjału (harmonogram, okres dostępności).
 Należy uzyskać zgodę na zmianę elementów zgłoszenia (Umowy - Zgody na zmianę potencjału w umowie - Wnioski).

Błąd jest konsekwencją wprowadzenia blokady przekazywania zgłoszenia zmian do umowy. W trakcie edycji informował nas o tym komunikat: *Zgoda na zmianę elementów zgłoszenia obowiązujących od: październik 2016 jest ważna do 2017-02-28 23:59*.

8. Należy:
 - f. Wybrać opcję **Cofnij**. Wyświetlone zostanie okno (3) *Dodawanie harmonogramu miejsca*.
 - g. Wybrać opcję **Wstecz**
 - h. W oknie (1) *Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia* poprawić okres ważności na zgodny z dostępną zmianą.
 - i. Powtórzyć kroki zapisu informacji (5,6).

Jeśli operacja zgłoszenia zmiany, ma również dotyczyć okresów wcześniejszych, to przed jej wykonaniem konieczne będzie złożenie wniosku o zgodę na zmianę w potencjale i uzyskanie tej zgody od OW NFZ [patrz: [Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie](#)].

14.15.2 Przykład: Zmiana harmonogramu w Potencjale i jego podział w celu przekazania zgłoszenia zmian do umowy

Opis przypadku:

W Potencjale świadczeniodawcy w czasie przygotowania oferty wprowadzono harmonogram czasu pracy miejsca udzielania świadczeń obowiązujący w okresie od 01-01-2017 do 31-12-2017. Harmonogram godzin pracy to: poniedziałek, środa, piątek od godziny 09:00 do godziny 17:00.

W miesiącu kwietniu nastąpiła zmiana harmonogramu. Nowy harmonogram pracy to: poniedziałek od 08:00 do 16:00, wtorek i czwartek od 10:00 do 18:00.

Próba przekazania zgłoszenia zmian do umowy zatwierdzana w kwietniu spowoduje wyświetlenie komunikatu błędu: *Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od luty 2017.*

Komunikat zostanie wyświetlony, ponieważ automatycznie zablokowano możliwość składania zmian do umowy w miesiącu styczniu.

W celu poprawnej rejestracji zmiany powinny zostać wykonane kroki:

[Potencjał świadczeniodawcy]

1. Dla miejsca udzielania świadczeń należy przejść do listy harmonogramów.
 - a. Należy wskazać aktywny harmonogram, a następnie wybrać opcję podziel
 - b. W oknie *Podziału okresu obowiązywania harmonogramu miejsca* należy podać datę podziału harmonogramu. Wprowadzona **Data podziału** będzie ostatnim dniem obowiązywania pierwszej części harmonogramu powstałego w wyniku podziału.
W naszym przykładzie należy podać datę 31-03-2017.
 - c. Należy zaznaczyć opcję **Uwzględnij harmonogramy profili oraz okresy pracy osób personelu w miejscu**, a następnie wybrać opcję **Zatwierdź**. Wyświetlone zostanie okno (2) *Podział okresu obowiązywania harmonogramu miejsca – Podsumowanie* z informacją o okresie obowiązywania harmonogramów po podziale.
2. Harmonogram, który kończy się 31-03-2017 pozostawiamy bez zmian.
3. Dla harmonogramu, który rozpoczyna się od dnia 01-04-2017 należy wybrać opcję edytuj. Czynność spowoduje wyświetlenie okna edycji harmonogramu. Należy wprowadzić nowy harmonogram pracy miejsca, a następnie go zatwierdzić.

Należy pamiętać, że w przypadku zmiany harmonogramu pracy miejsca wskazanego w umowie, konieczne jest również wykonanie zmiany harmonogramu profilu oraz harmonogramu czasu pracy osób personelu zatrudnionych w tym miejscu. Ponieważ dla miejsca skorzystaliśmy z opcji podziel

z uwzględnieniem harmonogramów profili oraz okresów pracy osób personelu to konieczne jest wykonanie edycji tylko harmonogramów obowiązujących od 01-03-2017.

[Zgłoszenie zmiany do umowy]

W efekcie wygenerowania zgłoszenia zmian do umowy powstaną pozycje do weryfikacji. Głównym elementem weryfikacji w naszym przypadku jest miejsce udzielania świadczeń.

6. Korzystając z opcji pozycje do weryfikacji należy przejść do listy pozycji zawierających miejsce udzielania świadczeń,
 7. Dla punktu umowy, ponownie należy wybrać opcję pozycje do weryfikacji.
 8. W zakładce **Harmonogram miejsca** wybrać opcję **Harmonogram miejsca**.
- Wynik automatycznej weryfikacji powinien być następujący:

	Okres od	Okres do	Czas pracy
Dane pierwotne w umowie	2017-01-01	2017-12-31	Pon. 09:00 – 17:00 Śr. 09:00 – 17:00 Pt. 09:00 – 17:00
Dane w Potencjale świadczeniodawcy	2017-01-01	2017-01-31	Pon. 09:00 – 17:00 Śr. 09:00 – 17:00

			Pt. 09:00 – 17:00
	2017-04-01	2017-12-31	Pon. 08:00 – 16:00 Wt. 10:00 – 18:00 Czw. 10:00 – 18:00
Dane w zgłoszeniu zmian do umowy - wynik weryfikacji	2017-01-01	2017-01-31	Pon. 09:00 – 17:00 Śr. 09:00 – 17:00 Pt. 09:00 – 17:00
	2017-04-01	2017-12-31	Pon. 09:00 – 16:00

Dzięki podziałowi harmonogramu nie następuje zmiana w umowie w okresie: styczeń.

9. Ponieważ drugi ze zweryfikowanych harmonogramów jest niepełny, należy wybrać opcję edytuj i uzupełnić brakujące informacje ze struktury (lub usunąć wyników harmonogram i dodać nowy obowiązujący od 01-04-2017 zgodnie ze strukturą potencjału).

Analogiczne działania wykonuje się w przypadku zmiany harmonogramu komórki / profilu, harmonogramu czasu pracy osoby personelu oraz w przypadkach weryfikacji dostępności zasobów (przeniesienie między miejscami).

14.16 Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie

W trosce o zachowanie spójności danych statystyczno-rozliczeniowych względem zawartych kontraktów z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych wprowadzona została blokada możliwości przekazywania zgłoszenia zmian do umowy dla miesięcy rozliczonych. Przyjęto, że miesiącem rozliczonym jest okres sprawozdawczy od zakończenia, którego upłynęło 45 dni. Oznacza to, że zmiany, które nastąpiły w potencjale świadczeniodawcy w miesiącu styczniu, należy skorygować w Portalu SZOI nie później niż do 17 marca (18 marca w przypadku roku przestępnego), zmiany w miesiącu lutym – do 14 kwietnia, zmiany w miesiącu marcu – do 15 maja itd.

Po upływie wskazanego terminu, dodanie zgłoszenia zmian do umowy dla zablokowanego okresu będzie możliwe jednak wykonanie operacji dodania elementów potencjału, poprawy potencjału oraz zatwierdzenie i przekazanie zgłoszenia do NFZ zostanie zakończone błędem.

Przykłady:

Jest 1 marzec 2017.

Dodano zgłoszenie zmian do umowy obowiązującej w okresie od 01-01-2016 do 31-12-2016.

Próba dodania harmonogramu czasu pracy dla miejsca udzielania świadczeń kończy się błędem: „Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: styczeń 2017.”

(3) Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia - Podsumowanie
 Możliwa jest zmiana elementów zgłoszenia obowiązujących od: styczeń 2017

Błąd operacji

Brak zgody na zmianę w okresie obowiązywania elementu potencjału (harmonogram, okres dostępności).
 Należy uzyskać zgodę na zmianę elementów zgłoszenia (Umowy - Zgody na zmianę potencjału w umowie - Wnioski).

W przypadku, gdy zachodzi zasadna konieczność przekazania zgłoszenia zmian do umowy zawierającego zmienione informacje w zablokowanym okresie, konieczne jest przekazanie do Funduszu wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie. Wniosek zawsze składany jest do wybranej umowy oraz musi zawierać informacje:

- Od którego miesiąca istnieje potrzeba prowadzenia zgłoszenia zmian do umowy
- Jaki ma być okres czasu, w którym może być przekazane zgłoszenie.

Pozytywne rozpatrzenie takiego wniosku będzie powodowało, że operator SZOI będzie mógł przekazać zmianę w potencjale, która dotyczy wskazanego miesiąca lub późniejszych (w ramach okresu obowiązywania umowy). Przekazanie takiego zgłoszenia będzie mogło być wykonane tylko w podanym okresie czasu.

Uwaga! Operator oddziału rozpatrując wniosek z wynikiem pozytywnym, może dokonać zmiany miesiąca, od którego dozwolono wykonanie edycji potencjału w umowie oraz okresu, w którym zmiana ma być przekazana.

Wniosek składany jest za pośrednictwem Portalu SZOI – menu: *Umowy – Zgody na zmianę potencjału w umowie - Wnioski*. Wybór menu spowoduje wyświetlenie okna o tej samej nazwie.

Rys. 14.42 Przykładowe okno wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie

14.16.1 Przeglądanie listy wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie

Menu: Umowy - Zgody na zmianę potencjału w umowie - Wnioski

Na liście *Wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie* prezentowane są wszystkie dodane i przekazane do OW NFZ wnioski dotyczące możliwości odblokowania przekazywania zgłoszenia zmian do umowy od wskazanego miesiąca.

Na liście, wnioski opisane są za pomocą podstawowych informacji z nim związanych:

Nazwa kolumny	Opis
Numer wniosku	Unikalny numer nadany przez system w trakcie operacji dodawania wniosku.
Numer umowy Numer pierwotny umowy	Numer identyfikujący umowę, do której został złożony wniosek.
Data przekazania	Data przesłania wniosku do rozpatrzenia przez OW NFZ.
Data rozpatrzenia	Data rozpatrzenia wniosku przez OW NFZ
Status	Stan rozpatrywania wniosku. Wniosek może posiadać jeden ze statusów: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wprowadzony</i> – wniosek dodany przez operatora SZOI i nieprzekazany do OW NFZ • <i>Przekazany do OW NFZ</i> – wniosek wprowadzony o przekazany do OW NFZ w celu rozpatrzenia • <i>Zatwierdzony</i> – wniosek rozpatrzony z wynikiem pozytywnym. • <i>Odrzucony</i> – wniosek rozpatrzony z wynikiem negatywnym. • <i>Anulowany</i> – wniosek anulowany przez operatora SZOI przed rozpatrzeniem go w Funduszu.
Data zmian	Data ostatniej zmiany statusu
Operacje	Kolumna zawiera operacje dostępne do wykonania dla wskazanego wniosku. Lista operacji zależna jest od statusu wniosku.

Kryteria wyszukiwania:

Nazwa kryterium	Opis
Numer wniosku	Funkcja umożliwia wyszukanie wniosku wg jego numeru
Numer umowy	Funkcja umożliwia wyszukanie wniosku wg numeru umowy, do której wniosek został złożony.

	Pozwala to na weryfikację faktu przekazania wniosku do wybranego okresu, a także umożliwia przeglądanie wniosków aktywnych.
Numer pierwotny umowy	Funkcja umożliwia wyszukanie wniosku wg numeru pierwotnego umowy, do której wniosek został złożony. Pozwala to na weryfikację faktu przekazania wniosku do wybranego okresu, a także umożliwia przeglądanie wniosków aktywnych.

Po wprowadzeniu kryterium wyszukiwania i wyszukiwanej wartości należy wybrać opcję **Szukaj**.

Kryteria filtrowania listy wniosków:

Status wniosku:

 Data przekazania od: do:

 Data rozpatrzenia od: do:

Nazwa filtru	Opis
Status wniosku	Filtr umożliwia wyświetlenie wniosków, które aktualnie posiadają wybrany status.
Data przekazania od - do	Filtr umożliwia wyświetlenie wniosków, które zostały przekazane do OW NFZ w podanym okresie czasu.
Data rozpatrzenia od - do	Filtr umożliwia wyświetlenie wniosków, które zostały rozpatrzone przez OW NFZ w podanym okresie czasu.

Po wprowadzeniu wartości filtrów należy wybrać opcję **Szukaj**.

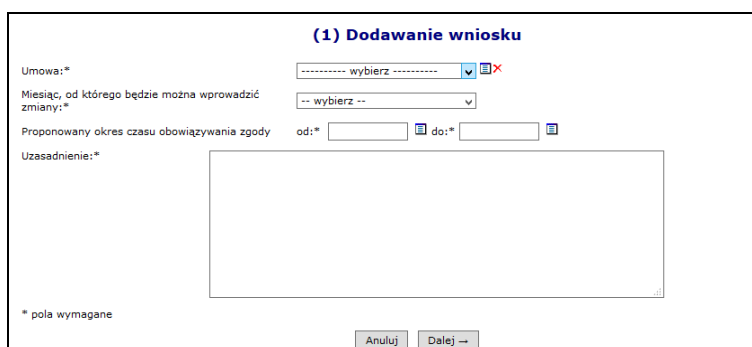
Operacje dostępne na liście wniosków:

Nazwa operacji	Opis
Dodawanie wniosku	Operacja umożliwia dodanie nowego wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie.
podgląd	Operacja umożliwia przeglądanie wybranego wniosku. W przypadku wniosku o statusie: <i>Odrzucony</i> w podglądzie dostępna będzie informacja o przyczynie odrzucenia wniosku. W przypadku wniosku o statusie: <i>Zatwierdzony</i> w podglądzie dostępna będzie informacja o okresie aktywności zgody.
edytuj	Operacja umożliwia wprowadzenie zmian w wybranym wniosku.
przełącz	Operacja umożliwia przekazanie wniosku do OW NFZ. Wniosek przekazuje się do Oddziału tylko w wersji elektronicznej.
usuń	Operacja umożliwia usunięcie wniosku, który posiada status <i>Wprowadzony</i> .
anuluj	Operacja umożliwia anulowanie wniosku, który posiada status <i>Przekazany do OW</i> . Tym samym wniosek zostaje wycofany z OW.

14.16.2 Dodawanie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie

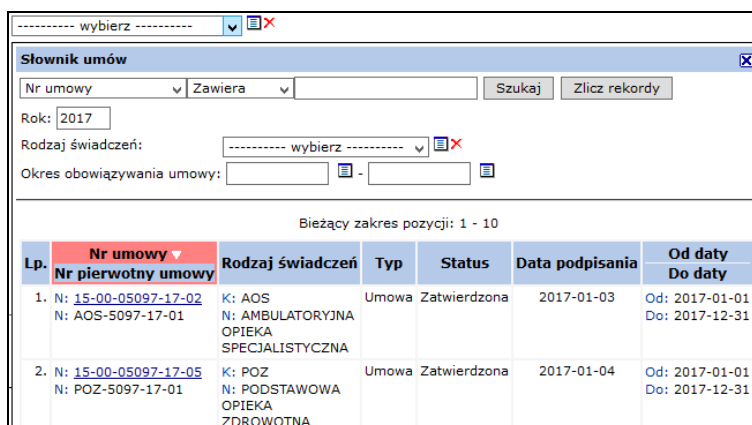
W celu dodania nowego wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie należy wykonać poniższe kroki.

1. Na liście *Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie* wybrać opcję **Dodawanie wniosku**. Czynność spowoduje otwarcie okna (1) *Dodawanie wniosku*.



Rys. 14.43 Przykładowe okno dodawania wniosku o zgodę

2. W polu **Umowa** należy wskazać, za pomocą opcji wyboru, umowę do której ma zostać przekazane zgłoszenia zmian do umowy.



Lp.	Nr umowy Nr pierwotny umowy	Rodzaj świadczeń	Typ	Status	Data podpisania	Od daty Do daty
1.	N: 15-00-05097-17-02 N: AOS-5097-17-01	K: AOS N: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Umowa	Zatwierdzona	2017-01-03	Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31
2.	N: 15-00-05097-17-05 N: POZ-5097-17-01	K: POZ N: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Umowa	Zatwierdzona	2017-01-04	Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31

Rys. 14.44 Przykładowe okno wyboru umowy

Jeśli wniosek ma dotyczyć odblokowania przekazywania zgłoszeń zmian do umowy innej niż z bieżącego roku, należy pamiętać o zmianie filtra rok, w oknie słownika umów.

3. W polu **Miesiąc, od którego będzie można wprowadzać zmiany** należy wybrać pierwszy miesiąc, którego ma dotyczyć zmiana potencjału.

Jeśli zmiana w potencjale, np.: poprawa harmonogramu czasu pracy osoby personelu ma dotyczyć miesięcy: luty, marzec, kwiecień i przynajmniej jeden z miesięcy został zablokowany, to w polu tym należy wskazać miesiąc: luty.

4. W polach **Proponowany okres czasu obowiązywania zgody od – do** należy określić czas, w którym operator SZOI wprowadzi, uzupełni i przekaże do OW NFZ zgłoszenie zmiany dotyczące zablokowanych okresów.

Jeśli czas zgłaszania zmian do umowy nie został uzgodniony z OW, zaleca się aby był on dłuższy niż 1 dzień.

5. W polu **Uzasadnienie** należy wprowadzić opis przyczyny zgłoszenia zmian.
6. Wybrać opcję **Dalej**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna (2) *Dodawanie wniosku – Podsumowanie*.
7. W oknie podsumowania należy sprawdzić poprawność wprowadzonych informacji, a następnie wybrać jedną z opcji:
 - a. **Zatwierdź** – wybór opcji spowoduje zapisanie wniosku na liście ze statusem *Wprowadzony*. Wniosek będzie dostępny do edycji, a także do wykonania operacji przekazania wniosku do OW NFZ.

- b. **Wstecz** – wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna (1) *Dodawanie wniosku*, a więc umożliwi wprowadzenie zmian w danych wniosku.
- c. **Anuluj** – czynność spowoduje zamknięcie okna *Dodawania wniosku* bez zapisu.

Następny etap: [Przekazanie wniosku do OW NFZ](#).

14.16.3 Poprawianie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie

Poprawianie wniosku może być wykonane tylko dla wniosków o statusie: *Wprowadzony*.

Kroki wykonania edycji:

1. Na liście *Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie* należy wyszukać wniosek, który ma zostać poprawiony.

Lp.	Numer wniosku	Nr umowy		Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status		Operacje
		Nr pierwotny				Data zmian		
1.	WO-2017-02-22-00117	N: 15-00-05097-17-02	N: AOS-5097-17-01	-	-	Status: Wprowadzony	Data zm.: 2017-02-22	podgląd edytuj przełącz usuń

2. Wybrać opcję **edytuj** dostępną w kolumnie: *Operacje*. Czynność spowoduje otwarcie okna (1) *Edycja wniosku*.
3. Edycji podlegają wszystkie dane z wniosku:
 - **umowa**, której dotyczy wniosek
 - **miesiąc początkowy**, od którego będzie można wprowadzać zmiany potencjału
 - **okres czasu obowiązywania zgody**
 - **uzasadnienie**

Po poprawieniu danych należy wybrać opcję **Dalej**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Edycja wniosku – Podsumowanie*.

4. W oknie podsumowania należy sprawdzić poprawność wprowadzonych informacji, a następnie wybrać jedną z opcji:
 - a. **Zatwierdź** – wybór opcji spowoduje zapisanie wniosku na liście ze statusem *Wprowadzony*. Wniosek będzie dostępny do edycji, a także do wykonania operacji przekazania wniosku do OW NFZ.
 - b. **Wstecz** – wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna (1) *Edycja wniosku*, a więc umożliwi ponowne wprowadzenie zmian w danych wniosku.
 - c. **Anuluj** – czynność spowoduje zamknięcie okna *Edycji wniosku* bez zapisu.

Następny etap: [Przekazanie wniosku do OW NFZ](#).

14.16.4 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Przekazanie wniosku do OW NFZ może być wykonane tylko dla wniosków o statusie: *Wprowadzony*. Wniosek przekazywany jest tylko w wersji elektronicznej.

Kroki wykonania operacji przekazania:

1. Na liście *Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie* należy wyszukać wniosek, który ma zostać przekazany.

Lp.	Numer wniosku	Nr umowy		Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status		Operacje
		Nr pierwotny				Data zmian		
1.	WO-2017-02-22-00117	N: 15-00-05097-17-02	N: AOS-5097-17-01	-	-	Status: Wprowadzony	Data zm.: 2017-02-22	podgląd edytuj przełącz usuń

2. Wybrać opcję **przekaż** dostępną w kolumnie: *Operacje*. Czynność spowoduje otwarcie okna (1) *Przekazanie wniosku do OW*

(1) Przekazanie wniosku do OW

Wniosek o zgodę na zmianę potencjału w umowie

Numer wniosku:	WO-2017-02-22-00117
Umowa:	15-00-05097-17-05
Miesiąc, od którego będzie można wprowadzić zmiany:	luty
Proponowany okres czasu obowiązywania zgody:	od 2017-02-22 do 2017-02-22
Uzasadnienie:	Zmiana harmonogramu czasu pracy lekarza.

Rys. 14.45 Przykładowe okno przekazywania wniosku do OW

3. W oknie przekazywania należy sprawdzić poprawność danych wniosku, a następnie wybrać jedną z opcji:
 - a. **Anuluj** – jeśli wniosek zawiera błędne dane lub nie ma być przekazany do OW. Status wniosku po wykonaniu operacji: *Wprowadzony*.
 - b. **Zatwierdź** – jeśli wniosek elektroniczny o zgodę na zmianę potencjału w umowie ma zostać przekazany do Oddziału. Status wniosku po wykonaniu operacji: *Przekazany do OW NFZ*.

Następny etap: Przeglądanie wyniku rozpatrzenia wniosku

14.16.5 Anulowanie wniosku o zgodę na zmianę potencjału

Anulowanie wniosku może być wykonane tylko dla wniosków o statusie: *Przekazany do OW*.

Kroki wykonania operacji:

1. Na liście *Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie* należy wyszukać wniosek, który ma zostać anulowany.

Lp.	Numer wniosku	Nr umowy		Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status		Operacje
		Nr pierwotny				Data zmian		
1.	WO-2017-02-22-00117	N: 15-00-05097-17-05	N: POZ-5097-17-01	2017-02-22	-	Status: Przekazany do OW NFZ	Data zm.: 2017-02-22	podgląd anuluj

2. Wybrać opcję **anuluj** dostępną w kolumnie: *Operacje*. Czynność spowoduje otwarcie okna (1) *Anulowanie wniosku*.
3. Jeśli anulowanie ma zostać wykonane (a tym samym wniosek ma zostać wycofany z OW), należy wybrać opcję **Zatwierdź**. Status wniosku po wykonaniu operacji: *Anulowany*.
Jeśli operator chce zrezygnować z wykonania operacji, należy wybrać opcję **Anuluj**. Status wniosku po wykonaniu operacji: *Przekazany do OW*.

14.16.6 Przeglądanie wyniku rozpatrzenia wniosku / Przeglądanie wniosku

Wnioski o zgodę na zmianę potencjału rozpatrywane są przez pracowników OW NFZ. Wynik rozpatrzenia może być:

- Negatywny – wówczas wniosek uzyskuje status *Odrzucony*, a w podglądzie danych wniosku dostępna jest informacja o przyczynie odrzucenia wniosku;
- Pozytywny – wówczas wniosek uzyskuje status *Zatwierdzony*.

W przypadku wniosków rozpatrzonych pozytywnie należy zwrócić uwagę, czy dozwolony pierwszy miesiąc, od którego wprowadzane będą zmiany w potencjale jest zgodny z wnioskowanym oraz czy okres przekazywania zmian do umowy nie uległ zmianie. Informacja ta ma wpływ na przygotowanie danych w zgłoszeniu zmian do umowy.

Przeglądanie wyniku rozpatrzenia wniosku można wykonać na liście *Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie* (menu: *Umowy – Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie*).

Informacja o zgodzie dostępna będzie także:

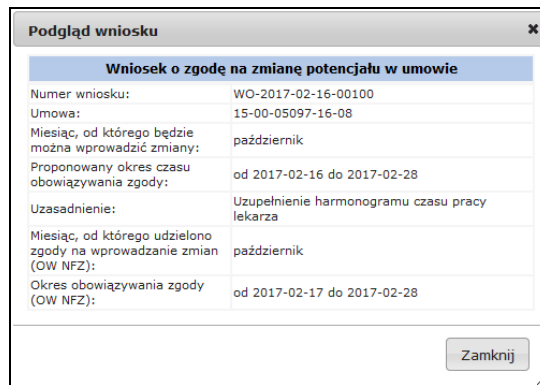
- Na liście *Komunikatów operatora* [menu: *Komunikaty - Bieżące*] w postaci komunikatów o kategorii:
 - Zmiana konfiguracji na poziomie umowy
 - Odrzucenie wniosku o zmianę konfiguracji na poziomie umowy
- Na liście *Zgód na zmianę potencjału w umowie* [menu: *Umowa - Zgody na zmianę potencjału w umowie - Konfiguracja*]. Więcej informacji: [Konfiguracje dotyczące możliwości zgłaszania zmian potencjału](#)

W celu przeglądania wniosku należy:

1. Na liście *Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie* należy wyszukać wniosek, który ma być przeglądany.
2. Wybrać opcję **podgląd** dostępną w kolumnie: *Operacje*. Czynność spowoduje otwarcie okna *Wniosek o zgodę na zmianę potencjału*.

Okno będzie zawierało:

- Dane pierwotne wniosku
- Miesiąc, od którego udzielono zgodę na wprowadzanie zmian (OW NFZ)
- Okres obowiązywania zgody (OW NFZ).



Wniosek o zgodę na zmianę potencjału w umowie	
Numer wniosku:	WO-2017-02-16-00100
Umowa:	15-00-05097-16-08
Miesiąc, od którego będzie można wprowadzić zmiany:	październik
Proponowany okres czasu obowiązywania zgody:	od 2017-02-16 do 2017-02-28
Uzasadnienie:	Uzupełnienie harmonogramu czasu pracy lekarza
Miesiąc, od którego udzielono zgody na wprowadzanie zmian (OW NFZ):	październik
Okres obowiązywania zgody (OW NFZ):	od 2017-02-17 do 2017-02-28

Zamknij

Rys. 14.46 Przykładowe okno przeglądania wniosku

Uwaga!

Miesiąc, od którego udzielono zgody oraz okres obowiązywania zgody mogą być inne niż wnioskowane.

Aby zakończyć przeglądanie, należy wybrać opcję **Zamknij**.

14.17 Konfiguracje dotyczące możliwości zgłaszania zmian potencjału

Menu: Umowy - Zgody na zmianę potencjału w umowie – Konfiguracje

Lista konfiguracji dotyczących zgłoszenia zmian do umowy prezentuje wszystkie **indywidualne** zgody wydane dla świadczeniodawcy na wykonanie zgłoszenia zmian do umowy do zablokowanych okresów sprawozdawczych.

Wyświetlane są konfiguracje zdefiniowane na podstawie wniosku od świadczeniodawcy [patrz: [Wnioski o zgodę na zmianę potencjału w umowie](#)] oraz zgody wprowadzone przez pracowników Funduszu.

Konfiguracje dotyczące możliwości zgłaszania zmian potencjału					
Nr umowy		Zawiera	<input type="text"/>	Szukaj	Zlicz rekordy
Konfiguracja obowiązująca w dniu:			<input type="text"/>	pokaż usunięte: <input type="checkbox"/>	
[52]		Bieżący zakres pozycji: 1 - 20		[52]	
Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Miesiąc, od którego można wprowadzić zmiany	Okres obowiązywania	Sposób wprowadzenia	Wniosek
1.	N: 15-00-05220-16-13 N: -	luty	Od: 2017-02-28 13:41 Do: 2017-03-02 23:59	Wniosek	WO-2017-02-28-00137
2.	N: 15-00-05220-16-08 N: -	luty	Od: 2017-02-28 12:51 Do: 2017-03-01 23:59	Wniosek	WO-2017-02-28-00136

Rys. 14.47 Przykładowe okno listy Konfiguracji dotyczących możliwości zgłaszania zmian potencjału

Na liście, zgody opisane są za pomocą podstawowych informacji z nią związanych:

Nazwa kolumny	Opis
Numer umowy Numer pierwotny umowy	Numer identyfikujący umowę, do której został złożony wniosek.
Miesiąc, od którego można wprowadzić zmiany	Okres sprawozdawczy, od którego można wprowadzać modyfikacje potencjału w zgłoszeniu zmian do umowy. Ostatnim miesiącem, do którego można wprowadzić zmiany potencjału, jest ostatni miesiąc obowiązywania umowy.
Okres obowiązywania (od - do)	Okres obowiązywania konfiguracji, czyli w jakim okresie można przekazać zgłoszenie zmian do umowy obejmujące zmianą odblokowany okres sprawozdawczy.
Sposób wprowadzenia	Wskazuje podmiot inicjujący odblokowanie miesiąca, w celu wykonania zgłoszenia zmiany do umowy.
Wniosek	Numer wniosku, na podstawie którego udzielono zgody na wykonanie zgłoszenia zmian do umowy.

Kryteria wyszukiwania:

Nr umowy	▼	Zawiera	▼	<input type="text"/>	Szukaj	Zlicz rekordy
----------	---	---------	---	----------------------	--------	---------------

Nazwa kryterium	Opis
Numer umowy	Funkcja umożliwia wyszukanie konfiguracji utworzonych dla wskazanej umowy (wg numeru umowy). Pozwala to na sprawdzenie możliwości zgłaszania zmian do potencjału w umowie.
Numer pierwotny umowy	Funkcja umożliwia wyszukanie konfiguracji utworzonych dla wskazanej umowy (wg numeru pierwotnego umowy). Pozwala to na sprawdzenie możliwości zgłaszania zmian do potencjału w umowie.

Po wprowadzeniu kryterium wyszukiwania i wyszukiwanej wartości należy wybrać opcję **Szukaj**.

Kryteria filtrowania:

Konfiguracja obowiązująca w dniu:	<input type="text"/>	pokaż usunięte: <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------	--

Nazwa filtru	Opis
Konfiguracja obowiązująca w dniu	Filtr umożliwia wyświetlenie tylko tych konfiguracji, które są aktywne we wskazanym dniu. Filtr w połączeniu z polem wyszukiwania wg umowy umożliwia sprawdzenie,



	czy można przekazywać zgłoszenia zmian do umowy w domyślnie zablokowanych okresach.
Pokaż usunięte	Znacznik umożliwia wyświetlenie konfiguracji, które zostały usunięte przez operatora OW NFZ (pozycje te zostaną wyróżnione kolorem szarym).

Po wprowadzeniu wartości filtrów należy wybrać opcję **Szukaj**.

15 PACJENT

15.1 Sprawdzenie wykonywanych świadczeń w ramach grupy

W poniższym oknie można sprawdzić ilość świadczeń z zadanej grupy, jaka została wykonana wprowadzonemu numerowi pesel.

Aby sprawdzić ilość świadczeń możliwych do wykorzystania z wybranej grupy należy:

1. Przy pomocy słownika wybrać odpowiedni kod grupy świadczeń
2. Podać numer PESEL, dla którego ma zostać wykonane sprawdzenie
3. Wybrać rodzaj umiejscowienia:
 - Nie dotyczy
 - Obszar szczęki
 - Obszar żuchwy
4. Po wybraniu opcji wyświetlone zostaną następujące informacje:

Ilość świadczeń możliwych do wykorzystania z wybranej grupy wynosi: [3]

Uwaga!

Dostępna liczba świadczeń określono na dzień: 2013-03-26, 12:32

Powyższy komunikat ma charakter informacyjny i nie stanowi zobowiązania NFZ do refundacji ww. świadczenia.

Dane podlegające sprawdzeniu:

Pacjent(PESEL): xxxxxxxxxxxx
 Grupa: STOMATOLOGIA-CHIRURGIA (1)
 Umiejscowienie świadczenia: 01 — obszar szczęki

Dla świadczeń wykonanych w okresie [5 miesięcy] ustalone ograniczenie liczby dostępnych świadczeń w ramach wybranej grupy wynosi: [3]

Opcja umożliwia wygenerowanie pliku PDF, który będzie zawierał powyższe informacje.

Rys. 15.1 Sprawdzenie wykonywanych świadczeń w ramach grupy

15.2 Wnioski na chemioterapię niestandardową

W sytuacji planowanego wykonania świadczenia chemioterapii niestandardowej świadczeniodawca musi przygotować i przekazać do OW NFZ wnioski o zgodę na chemioterapię niestandardową zawierający informacje określone w załączniku nr 5a do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 37/2008/DGL.

Świadczenie określone, jako „chemioterapia niestandardowa” oznacza procedurę podania leku w leczeniu chorób nowotworowych realizowaną z użyciem substancji wykazanych w katalogu substancji czynnych stosowanych w

chemioterapii (załącznik nr 1f), lub gdy substancji czynnej zdefiniowanej w katalogu, nie można rozliczyć w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym zgodnie z przyporządkowanym kodem rozpoznania ICD-10.

Wniosek o zgodę na chemioterapię niestandardową należy przygotować w wersji papierowej oraz elektronicznej. Wersja elektroniczna wniosku jest wprowadzana przez świadczeniodawcę w aplikacji webowej SZOI w części: **Wnioski na chemioterapię niestandardową**. Rejestracja przez świadczeniodawcę wniosku obejmuje uzupełnienie *tw. części A* wniosku, na którą składają się:

- ✓ Część ogólna – zawierająca:
 - podstawowe dane świadczeniodawcy,
 - podstawowe dane pacjenta,
 - informacje o umowie oraz zakresie świadczeń
- ✓ Część dziedzinowa – zawierająca:
 - szczegółowe informacje w zakresie wnioskowanego leczenia,
 - informacje na temat produktów handlowych,
 - informacje na temat cykli leczenia

Po wprowadzeniu wniosku w systemie, świadczeniodawca musi go zatwierdzić i wydrukować.

Papierowa wersja wniosku jest następnie przekazywana do konsultanta wojewódzkiego (tradycyjną drogą pocztową) w celu zaopiniowania. Konsultant dokonuje weryfikacji merytorycznej dokumentu i wystawia opinię dotyczącą zasadności wnioskowanej terapii (uzupełnienie *tw. części B* wniosku).

Zaopiniowany wniosek w wersji papierowej jest zwrótnie przekazywany przez konsultanta do świadczeniodawcy. Ocena zasadności wniosku wystawiona przez konsultanta na wersji papierowej jest następnie wprowadzana przez świadczeniodawcę do elektronicznej wersji wniosku (w aplikacji SZOI).

W zależności od wystawionej opinii, po wykonaniu powyższej czynności, wniosek uzyskuje jeden ze statusów:

- ✓ Wpływ do OW NFZ (w przypadku opinii pozytywnej),
- ✓ Anulowany (w przypadku opinii negatywnej).

Anulowanie wniosku powoduje brak możliwości jego dalszej obsługi i rozpatrywania przez NFZ.

Wniosek o statusie Wpływ do OW NFZ jest rozpatrywany w OW NFZ. Na tym etapie wykonywane jest sprawdzenie poprawności formalnej wniosku – weryfikacja zgodności wersji papierowej z wersją elektroniczną.

Po przyjęciu wniosku przez NFZ (biorąc pod uwagę ewentualną opinię konsultanta krajowego) dokonywane jest ostateczne rozpatrzenie wniosku, w wyniku, którego następuje:

- ✓ Akceptacja wniosku przez NFZ – oznaczająca wydanie zgody na realizację wnioskowanej terapii,
- ✓ Odrzucenie wniosku przez NFZ – oznaczające brak zgody na realizację wnioskowanej terapii, skutkujące zakończeniem procesu rozpatrywania wniosku.

W przypadku złożenia przez świadczeniodawcę wniosku niekompletnego lub bez wymaganych załączników konieczne jest uzupełnienie wniosku przez świadczeniodawcę przed przeprowadzeniem weryfikacji w OW NFZ i wydaniem zgody na finansowanie świadczenia przez NFZ.

Finansowanie świadczenia „chemioterapia niestandardowa” jest realizowane w ramach zawartej ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia.

Począwszy od dnia 1 stycznia 2015 roku aplikacja umożliwi składanie wniosków tylko i wyłącznie na kontynuację leczenia chemioterapią niestandardową, co wiąże się z koniecznością istnienia w systemie zgody na leczenie chemioterapią dla danego pacjenta z danym wskazaniem medycznym.

15.2.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków

Aby operator systemu SZOI (osoba działająca w imieniu świadczeniodawcy) mógł dokonywać operacji związanych z obsługą wniosków na chemioterapię niestandardową konieczne jest zdefiniowanie dla niego odpowiednich uprawnień. W systemie wyróżniono następujące uprawnienia dedykowane dla obsługi wniosków na chemioterapię niestandardową:

- ✓ Chemioterapia anulowanie wniosku – anulowanie wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Chemioterapia edycja potwierdzenia – edycja opinii wniosku wystawionej przez konsultanta
- ✓ Chemioterapia edycja wniosku – modyfikacja danych wprowadzonych do wniosku,

- ✓ Chemioterapia potwierdzenie wniosku przez konsultanta – wprowadzenie opinii konsultanta i potwierdzenie wniosku,
- ✓ Chemioterapia przeglądanie wniosków – przeglądanie listy wniosków,
- ✓ Chemioterapia wprowadzanie wniosku – rejestracja wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Chemioterapia zatwierdzanie wniosku – zatwierdzenie wniosku przez świadczeniodawcę

15.2.2 Lista wniosków na chemioterapię niestandardową

Po wybraniu menu *Pacjent -> Chemioterapia niestandardowa -> Lista wniosków* możliwa jest kompleksowa obsługa wniosków na chemioterapię niestandardową.

Świadczeniodawca
 Identyfikator: 150005130
 Nazwa: KAMSOFT
 Adres: 61-500 POZNAŃ, 1 MARCA 100

Lista wniosków o zgodę na chemioterapię niestandardową

[Dodawanie wniosku](#)

Nazwisko pacjenta: [Zawiera] [kowalski] [Szukaj](#) [Zlicz rekordy](#)

Status: [-- wybierz --] Data operacji: [-- wybierz --]

Produkt handlowy: [wybierz]

Pokazuj na liście wnioski o statusie **anulowany** i **nierozpatrzone**

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Pacjent	Data operacji	Status	Operacje
1.	5-15-09-0000065-1	15-00-05130-09-43	Typ ident.: PESEL Ident.: 00000100000 Imię: JAN Nazwisko: KOWALSKI	wprow.: 2010-02-04	wprowadzony	podgląd edytuj zatwierdź anuluj wydruk próbny
2.	1	15-00-05130-09-43	Typ ident.: PESEL Ident.: 00000100000 Imię: JAN Nazwisko: KOWALSKI	wprow.: 2010-02-23 wystaw.: 2010-03-01 wpływ.: 2010-03-05 przyji.: 2010-06-28 wyd. dec.: 2010-06-28	wydanie zgody	podgląd kopiuuj

Rys. 15.2 Lista wniosków o zgodę na chemioterapię niestandardową

W kolumnie *Operacje* znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranego wniosku
edytuj	Pozwala na modyfikację informacji w wybranym wniosku
zatwierdź	Pozwala na zatwierdzenie wniosku
wydruk próbny	Pozwala na próbny wydruk wniosku
wydruk	Pozwala na wydrukowanie wniosku
potwierdź	Pozwala na wprowadzenie opinii konsultanta w sprawie wniosku
anuluj	Pozwala na anulowanie wniosku
kopiuuj	Pozwala na skopiowanie wniosku

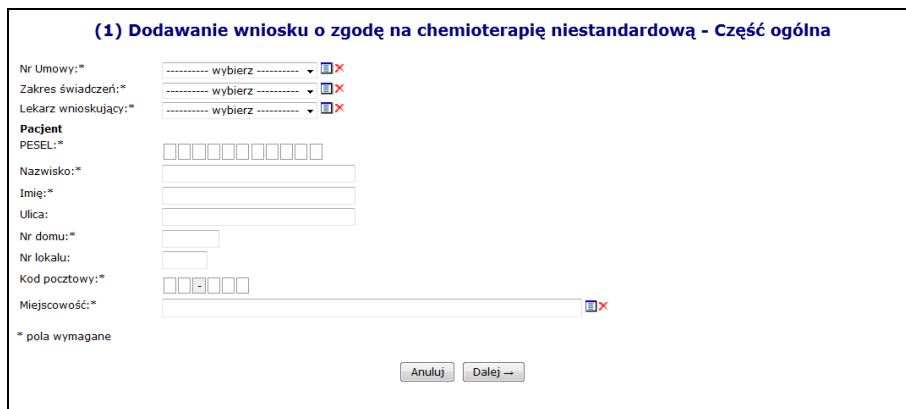
15.2.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Rejestracja wniosku na chemioterapię niestandardową jest możliwa po wybraniu opcji [Dodawanie wniosku](#) na liście wniosków.

Krok 1 – Część ogólna

W pierwszym kroku dodawania wniosku - w części ogólnej należy wprowadzić:

- Numer umowy w ramach, której realizowane będzie świadczenie (umowę należy wskazać z dokładnością do roku obowiązywania, zaś domyślnie lista umów jest filtrowana względem tych, które obowiązują w roku bieżącym),
- Zakres świadczeń,
- Dane lekarza wnioskującego,
- PESEL pacjenta,
- Nazwisko i imię pacjenta,
- Ulica,
- Nr domu,
- Nr lokalu,
- Kod pocztowy,
- Miejscowość.



Rys. 15.3 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – Część ogólna

Opcja **Dalej ->** umożliwi przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych.

Krok 2 – Część dziedzinowa (I)

W przypadku, gdy leczenie **nie jest kontynuacją terapii** w Części dziedzinowej (I) należy wprowadzić:

- Jednostkę chorobową (ICD10)
- Parametry pacjenta: masę oraz powierzchnię ciała
- Informację o dotychczasowym leczeniu: zastosowane schematy leczenia oraz zastosowane leki p/nowotworowe
- Informację czy występuje więcej niż jedna definicja cyklu (domyślne ustawienie – NIE) – pozostawienie niezaznaczonego pola umożliwi przejście w następnym kroku do ustalenie jednej definicji cyklu, natomiast zaznaczenie pola skutkuje wyborem trybu obsługi wielu definicji cyklu i przejściem w następnym kroku do okna zarządzania definicjami cyklu
- Informację czy leczenie jest kontynuacją terapii - NIE

W przypadku, gdy leczenie **jest kontynuacją terapii** w części dziedzinowej należy wprowadzić:

- Jednostkę chorobową (ICD10)
- Parametry pacjenta: masę oraz powierzchnię ciała
- Informację o dotychczasowym leczeniu: zastosowane schematy leczenia oraz zastosowane leki p/nowotworowe – (wpisywane w tych polach informacje mogą zawierać maksymalnie 4000 znaków)
- Informację czy leczenie jest kontynuacją terapii – **TAK**
- Ocenę efektu leczenia (wg RECIST wraz z opisem)
- Ocenę tolerancji leczenia

(2) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - Część dziedzinowa (I)

Rozpoznanie
Kod ICD10:*

Parametry pacjenta
Masa [kg]:*
Powierzchnia ciała [m2]:*

Przebieg dotychczasowego leczenia
Zastosowane schematy (nazwa schematu, czasookres leczenia):
Zastosowane leki p/nowotworowe poza schematami (nazwa leku, czasookres leczenia):

Występuje więcej niż jedna definicja cyklu:
Czy kontynuacja terapii:*

* pola wymagane

Rys. 15.4 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - Część dziedzinowa I

Definicją cyklu nazywamy listę produktów handlowych z ustalonym dawkowaniem oraz określoną wartością brutto leku (dawkowanie i wartość brutto ustalona jest dla każdego produktu handlowego z osobna w ramach jednego cyklu).

Cyklem leczenia nazywamy przedział czasowy określający początek i koniec danego etapu leczenia w określony sposób.

Użytkownik ma możliwość wyboru trybu definiowania cykli chemioterapii spośród następujących:

- **(A)** obsługa jednej definicji cyklu, wspólnej dla wszystkich cykli leczenia chemioterapią,
- **(B)** obsługa wielu definicji cyklu, indywidualnego dla poszczególnych cykli leczenia chemioterapii.

W przypadku wyboru trybu **(A)** system będzie działał tak jak do tej pory umożliwiając ustalenie jednej definicji cyklu wspólnej dla wszystkich cykli (etapów leczenia).

W przypadku wyboru trybu **(B)** system umożliwia definiowanie więcej niż jednego cyklu, wybór definicji cyklu dla poszczególnych cykli leczenia (etapów leczenia).

W przypadku, gdy występuje więcej niż jedna definicja cyklu następuje przejście w następnym kroku do okna zarządzania definicjami cyklu:

(3) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - Część dziedzinowa (II)

Lista produktów handlowych wraz z dawkowaniem

Długość cyklu:*

* pola wymagane

Rys. 15.5 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – Część dziedzinowa II

Opcja umożliwia wprowadzenie szczegółowych informacji na temat listy definicji. Po użyciu tej opcji operator przechodzi do kolejnego etapu definiowania wniosku, w którym należy uzupełnić:

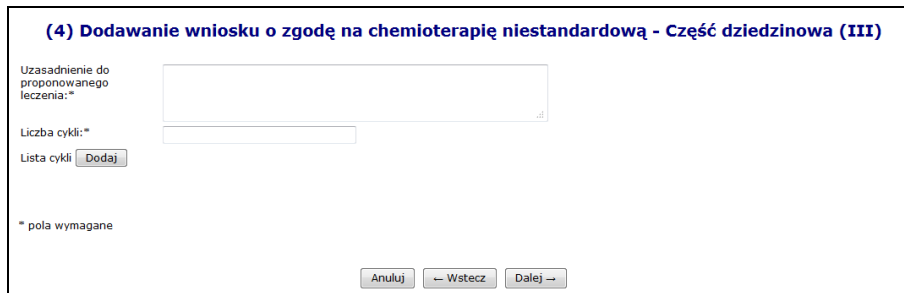
- Produkt handlowy
- Definicja dawki w jednym podaniu
- Sposób obliczania dawki
- Przewidywana dawka należna pacjentowi
- Ilość podań w cyklu
- Numery dni podań (oddzielone średnikiem)
- Wartość leku brutto w zł

Łączna długość pola określającego numery dni podań nie może przekraczać 500 znaków.

Opcja umożliwi przejście do podsumowania, które należy zatwierdzić.

Po wprowadzeniu produktów handlowych zostaną one wyświetlone na liście. Opcja **Usuń** umożliwi usunięcie z definicji cyklu wskazanej przez użytkownika definicji. Opcja **Edytuj** umożliwi modyfikację wprowadzonych danych.

W kolejnym kroku zostaje wyświetlona lista zdefiniowanych cykli leczenia. W przypadku dodania kolejnego, należy skorzystać z opcji .



Rys. 15.6 (4) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – Część dziedzina III

Kolejnym etapem jest wprowadzenie uzasadnienia proponowanego leczenia oraz podania liczby wszystkich wprowadzonych cykli. Cykle zostaną wyświetlone w dolnej części okna wraz z podaniem dat ich obowiązywania (od – do), długości i definicji cyklu. Na tym etapie można również usunąć dany cykl (opcja **Usuń** w kolumnie Operacje).

W oknie podsumowania znajdują się wszystkie dane wprowadzone uprzednio przez operatora, celem upewnienia się czy zostały wprowadzone poprawnie. **Operacja zatwierdzenia jest nieodwracalna.**

Uwaga! System pozwala na wprowadzanie wniosków do dnia 31.03.2018 włącznie.

15.2.4 Walidacje podczas wprowadzania wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

W związku z faktem, iż począwszy od dnia 1 stycznia 2015 roku aplikacja umożliwia składanie wniosków tylko i wyłącznie na kontynuację leczenia chemioterapią niestandardową, do systemu wprowadzono szereg nowych sprawdzeń podczas dodawania wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową, opisanych poniżej.

- ✓ Sprawdzenie czy dla danego numeru PESEL istnieje zgoda wydana do dnia 15.01.2015 roku włącznie, jeśli nie, system wyświetli komunikat: *W bazie danych nie znaleziono zgody dla danego pacjenta wydanej do dnia 15.01.2015 r. włącznie. Istnienie takiej zgody jest warunkiem koniecznym do wprowadzenia wniosku na kontynuację leczenia chemioterapią niestandardową.*
- ✓ Sprawdzenie czy wniosek dotyczy kontynuacji terapii, jeśli nie, zostanie wyświetlony następujący komunikat: *Od dnia 01.01.2015 r. składać można tylko i wyłącznie wnioski na kontynuację leczenia chemioterapią niestandardową. Bieżący wniosek nie dotyczy kontynuacji leczenia i nie może zostać zatwierdzony.*
- ✓ Sprawdzenie czy dla podanego numeru PESEL i kodu rozpoznania ICD10 istnieje zgoda wydana do dnia 15 stycznia 2015 roku, jeżeli w rejestrowanym wniosku wprowadzono produkty handlowe należące do grup substancji leczniczych, które nie występują w danej zgodzie, system zgłosi błąd o treści: *W bazie danych nie znaleziono zgody dla danego pacjenta ze wskazanym rozpoznaniem (kod rozpoznania ICD10) wydanej przed dniem 15.01.2015 r. włącznie, w ramach której leczono pacjenta następującymi grupami substancji leczniczych:*
 - GRUPA SUSTANCJI LECZNICZYCH 1
 - GRUPA SUSTANCJI LECZNICZYCH 2
 - GRUPA SUSTANCJI LECZNICZYCH n*Istnienie takiej zgody jest warunkiem koniecznym do wprowadzenia wniosku na kontynuację leczenia chemioterapią niestandardową*

- ✓ W przypadku wniosków rozpatrzonych przed dniem 01.01.2015 roku zablokowana zostanie możliwość zmiany statusów wniosku niezależnie od podjętej decyzji z komunikatem: *Brak możliwości zmiany statusu dla wniosków rozpatrzonych przed dniem 01.01.2015 r.*
- ✓ W przypadku zgód wydanych przed dniem 01.01.2015 r. zablokowana zostanie możliwość wycofania zgody. Podczas próby wykonania takiej operacji system zgłosi błąd o treści: *Brak możliwości wycofania zgody wydanej przed dniem 01.01.2015 r.*
- ✓ Podczas wprowadzania wniosku o aneks dla wydawanej zgody będzie wykonywane sprawdzenie czy wprowadzone daty obowiązywania aneksowanej zgody nie wpływają na zachowanie chronologii między wydaną zgodą a innymi istniejącymi w bazie zgodami. Jeśli nałożą się okresy obowiązywania powyższych zgód, system wyświetli ostrzeżenie: *Istnieje zgoda dla danego pacjenta ze wskazanym rozpoznaniem oraz z danymi grupami substancji leczniczych, której okres obowiązywania pokrywa się z okresem obowiązywania wprowadzonym we wniosku o aneks. Czy kontynuować?*
- ✓ *Wprowadzona została walidacja pozwalająca na wprowadzenie wniosków do dnia 31 marca 2018 włącznie. W przypadku przekroczenia tej daty, system zwróci błąd operacji dodawania wniosku.*

15.2.5 Podstawowe operacje na wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Operator może przeglądać dane wprowadzone we wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową po użyciu opcji **Podgląd** (na liście wniosków, w kolumnie *Operacje*). W tym miejscu możliwe jest jedynie przeglądanie informacji znajdujących się we wniosku – operator nie ma możliwości edycji żadnych danych.

Opcja **Edytuj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wprowadzenie zmian do wybranego wniosku.

Edycja danych wniosku umożliwia wprowadzenie zmian we wniosku. Modyfikacja danych odbywa się w analogiczny sposób jak operacja wprowadzania wniosku (etap dodawania wniosku został opisany we wcześniejszej części dokumentacji).

Opcja **Zatwierdź** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia zatwierdzenie wniosku. Zatwierdzenie wniosku umożliwia jego dalszą obsługę – zaopiniowanie przez konsultanta wojewódzkiego i rozpatrzenie przez OW NFZ.



Uwaga!

Od czerwca 2018 roku składać można tylko i wyłącznie wnioski na chemioterapię niestandardową, które dotyczą okresu do dnia 31.03.2018. Wniosek dla okresu od 1.04.2018 nie zostanie zatwierdzony.



Uwaga!

Należy pamiętać, że operacja zatwierdzenia wniosku jest operacją nieodwracalną. Po zatwierdzeniu wniosku nie będzie możliwa edycja danych. W związku z tym należy zwrócić szczególną uwagę podczas wykonywania tej operacji.

Opcja **Anuluj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia anulowanie wniosku w sytuacji, gdy wniosek został wprowadzony do systemu SZOI, a nie będzie dalej rozpatrywany (świadczeniodawca rezygnuje z jego obsługi, np. w sytuacji, gdy pacjent rezygnuje z wnioskowanej terapii, istnieje inna możliwość leczenia pacjenta itp.).

Opcja **Wydruk** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wydrukowanie wprowadzonego wniosku.

Opcja **Pobierz plik** umożliwia zapisanie wniosku w postaci pliku PDF i jego wydruk.

W przypadku wydruku próbnego dokument opatrzony jest oznaczeniem: **WYDRUK PRÓBNY**.

Opcja **Wydruk** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wydrukowanie zatwierdzonego wniosku. Papierową wersję wniosku należy przekazać tradycyjną drogą (np. poprzez pocztę) do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania przez niego zasadności wnioskowanej terapii.

Opcja **Kopiuuj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia utworzenie kopii wniosku.


Uwaga!

Operacja kopiowania wniosku jest dostępna dla wniosku o statusie: zgoda, brak zgody, anulowany i nierozpatrzoney.

Wniosek taki będzie posiadał nowy identyfikator, natomiast pozostałe dane będą analogiczne jak we wniosku źródłowym. Dostępne będą dla niego operacje takie jak w przypadku wniosku wprowadzonego.

15.2.6 Potwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Potwierdź** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wprowadzenie opinii konsultanta wojewódzkiego w sprawie wniosku.


Uwaga!

Operacja potwierdzenia wniosku jest dostępna dla wniosku WYSTAWIONEGO.

W pierwszym etapie potwierdzania wniosku przez konsultanta należy wprowadzić:

- Opinię,
- Uzasadnienie opinii,
- Opcję terapeutyczną przy braku zastosowania wnioskowanej terapii,
- Konsultanta medycznego – wybieranego ze słownika,
- Datę wykonania konsultacji.

(1) Potwierdzenie wniosku przez konsultanta

Opinia:*

Uzasadnienie opinii:

Opcja terapeutyczna przy niezastosowaniu wnioskowanej terapii:

Data wykonania konsultacji:*

Konsultant medyczny:*

* pola wymagane

Rys. 15.7 Potwierdzenie wniosku przez konsultanta -krok 1

Opcja umożliwia przejście do kolejnego etapu potwierdzania wniosku.

W drugim etapie potwierdzania wniosku przez konsultanta wyświetlane jest *Podsumowanie* informacji o wystawionej opinii. Opcja umożliwia zatwierdzenie opinii konsultanta. W przypadku opinii **pozytywnej** wniosek będzie dalej rozpatrywany w OW NFZ. W przypadku opinii **negatywnej** wniosek nie będzie przekazany do dalszej obsługi w OW NFZ.

Uwaga!

Od czerwca 2018 roku składać można tylko i wyłącznie wnioski na chemioterapię niestandardową, które dotyczą okresu do dnia 31.03.2018. Wniosek dla okresu od 1.04.2018 nie zostanie potwierdzony.

15.2.7 Wycofanie zgody wydanej przez OW NFZ

Wszystkie zgody dla chemioterapii niestandardowej, które zostały wycofane przez Operatora OW NFZ, prezentowane będą na liście wniosków chemioterapii niestandardowej o statusie *Zgoda wycofana*.

Świadczeniodawca ma możliwość ponownego wnioskowania o zgodę przez utworzenie nowego wniosku na podstawie istniejącego, przy użyciu funkcjonalności kopiowania wniosków. Otrzymany w ten sposób można przekazać do OW NFZ w celu podjęcia decyzji. Zgody na chemioterapię niestandardową

Wnioski w zakresie planowanego wykonania świadczenia chemioterapii niestandardowej złożone przez świadczeniodawców rozpatrywane są w NFZ.

Po przyjęciu wniosku przez NFZ (biorąc pod uwagę ewentualną opinię konsultanta krajowego) dokonywane jest ostateczne rozpatrzenie wniosku, w wyniku, którego następuje:

- ✓ Akceptacja wniosku przez NFZ – oznaczająca wydanie zgody na realizację wnioskowanej terapii lub
- ✓ Odrzucenie wniosku przez NFZ – oznaczające brak zgody na realizację wnioskowanej terapii, skutkujące zakończeniem procesu rozpatrywania wniosku.

W przypadku akceptacji wydane zgody będą widoczne dla świadczeniodawcy w systemie SZOI. Do wydanych zgód świadczeniodawca może zgłosić wniosek o aneks w zakresie zmiany okresu obowiązywania zgody. Sytuacja taka może nastąpić, gdy np. pacjent nie może rozpocząć terapii w czasie, na który wydano zgodę i konieczne jest przesunięcie terminu leczenia.

15.2.8 Lista zgód na chemioterapię niestandardową

Po wybraniu menu *Pacjent -> Chemioterapia niestandardowa -> Lista zgód* możliwa jest kompleksowa obsługa udzielonych przez NFZ zgód na chemioterapię niestandardową.

Lp.	Nr zgody	Tryb zgody	Nr umowy	Ważna od	Ważna do	Wartość [zł]	Pacjent	Operacje
1.	5-15-09-0000062-2	Zgoda (bez zastrzeżeń)	15-00-05130-09-43	2010-01-05	2010-01-06	150.00	PESEL: Imię: JAN Nazwisko:	podgląd wnioski o aneks rezygnacja
2.	5-15-10-0000004-1	Zgoda (bez zastrzeżeń)	15-00-05130-10-28	2010-01-01	2010-01-02	12.00	PESEL: Imię: JAN Nazwisko:	podgląd wnioski o aneks rezygnacja

Rys. 15.8 Lista zgód na chemioterapię niestandardową

W kolumnie *Operacje* znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranej zgody
wnioski o aneks	Pozwala na obsługę wniosków o aneks do zgody
rezygnacja	Pozwala na rezygnację z realizacji świadczeń w ramach udzielonej zgody

15.2.9 Wnioski o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową

Wnioski o aneks tworzone są przez świadczeniodawcę w sytuacji potrzeby zmiany czasu planowanego leczenia lub zmiany wartości zgody. Dzięki temu możliwe jest modyfikowanie już wydanej zgody, bez konieczności anulowania dotychczasowej zgody i tworzenia nowego wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową.

Lp.	Nr wniosku	Status	Data operacji	Operacje
1.	GTHB / 1	anulowany	wprow.: 2012-07-04 zatw.: 2012-07-04 anul.: 2012-07-04	podgląd
2.	GTHB / 2	wydano zgodę	wprow.: 2012-08-23 zatw.: 2012-08-23 wyd. dec.: 2012-08-23	podgląd

Rys. 15.9 Lista wniosków o aneks do zgody

W kolumnie *Operacje* znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranym wniosku
edycja	Pozwala na modyfikację wniosku
zatwierdź	Pozwala na zatwierdzenie wniosku
anuluj	Pozwala na anulowanie wniosku

Opcja **Dodawanie wniosku** znajdująca się w górnej części okna z listą wniosków umożliwia wprowadzenie nowego wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową.

W pierwszym kroku dodawania wniosku należy wprowadzić (w zależności od celu aneksowania):

1. W przypadku zmiany dat obowiązywania zgody:
 - Wnioskowaną datę początku obowiązywania zgody,
 - Wnioskowaną datę końca obowiązywania zgody,
2. W przypadku zmiany wartości zgody:
 - Wnioskowaną wartość zgody

Rys. 15.10 Dodawanie wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową – Wnioskowane zmiany

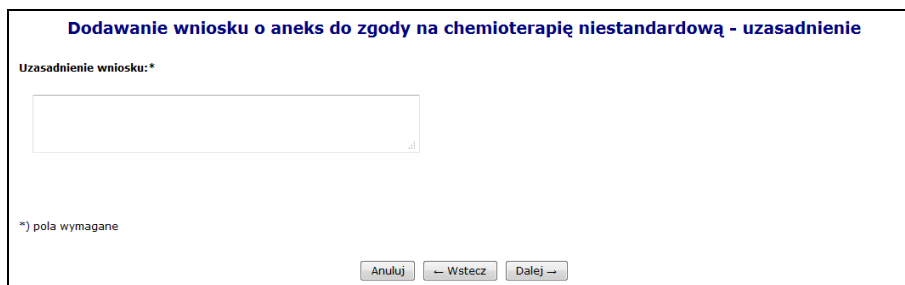
Podczas definiowania okresu nowego obowiązywania należy mieć na uwadze następujące zależności dat:

- wnioskowana data początku obowiązywania zgody (OD) może być wcześniejsza niż data bieżąca lub początkowa data stanu obecnego,
- wnioskowana data końca obowiązywania zgody (DO) musi być późniejsza od daty bieżącej,
- wnioskowana data końca obowiązywania zgody (DO) musi być późniejsza od wnioskowanej daty początku obowiązywania zgody (OD).

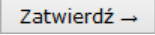
Podczas definiowania nowej wartości zgody należy mieć na uwadze, że:

- wnioskowana wartość zgody nie może być wartością zerową,
- wnioskowana wartość zgody nie może być taka sama jak wartość obecna

W drugim kroku dodawania wniosku należy podać uzasadnienie zmiany okresu obowiązywania udzielonej zgody.



Rys. 15.11 Dodawanie wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową - Uzasadnienie

W kolejnym kroku wyświetlane jest *Podsumowanie* wprowadzania wniosku. Opcja  spowoduje dodanie wniosku na liście ze statusem: wprowadzony.

Opcja **Edytuj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia modyfikację danych na wprowadzonym wniosku o aneks do zgody.



Uwaga!

Operacja modyfikacji wniosku jest dostępna jedynie dla wniosku o statusie: wprowadzony.

Opcja **Zatwierdź** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia zatwierdzenie wniosku o aneks do zgody. Zatwierdzenie wniosku spowoduje przekazanie go do rozpatrzenia po stronie NFZ. Zatwierdzenie wniosku umożliwi jego dalszą obsługę po stronie OW NFZ – rozpatrzenie i wydanie odpowiedniej decyzji.

Uwaga!



Należy pamiętać, że operacja zatwierdzenia wniosku jest operacją nieodwracalną. Po zatwierdzeniu wniosku nie będzie możliwa edycja danych. W związku z tym należy zwrócić szczególną uwagę podczas wykonywania tej operacji.

15.2.10 Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody

Opcja **Rezygnacja** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście zgód umożliwia rejestrację odstąpienia z realizacji terapii w ramach już udzielonej zgody. Rezygnacja ze zgody dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca otrzymał z NFZ zgodę na leczenie w ramach chemioterapii, ale z różnych przyczyn nie może zrealizować świadczenia (np. pacjent zmarł).

Rezygnacja z rozliczania świadczeń w ramach uzyskanej zgody indywidualnej na chemioterapię niestandardową

Zgoda	
Nr zgody indywidualnej:	12
Nr umowy:	15-00-05130-09-43
Data obowiązywania "od":	2011-04-04
Data obowiązywania "do":	2011-04-04
Wartość:	1,00 zł

Pacjent	
Imię:	JAN
Nazwisko:
Numer PESEL:

Przyczyna rezygnacji:

Rys. 15.12 Rezygnacja ze zgody

W polu **Przyczyna rezygnacji** można wprowadzić powód rezygnacji z udzielania świadczeń w ramach danej zgody. Po zatwierdzeniu operacji (przycisk) wyświetlone zostanie potwierdzenie rezygnacji, a wybrana zgoda oznaczona zostanie statusem „rezygnacja”.

Po przejściu na listę aneksów do zgody (opcja [wnioski o aneks](#)) widoczne będą:

- kolumnie **Data operacji** – data wniesienia rezygnacji (poszczególne daty *wprow*, *zatw*, *wyd.dec* zostaną zastąpione datą wprowadzenia rezygnacji).

Data operacji	
wprow.:	2009-10-26
zatw.:	2009-10-26
wyd. dec.:	2009-10-26

- po wybraniu opcji **Podgląd** na liście aneksów – informacja o obecnym i wnioskowanym stanie zgody: rezygnacji oraz uzasadnieniu rezygnacji w polu **Uzasadnienie wniosku**:

[Powrót do listy wniosków o aneks](#)

Wniosek o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową

Wniosek	
Nr wniosku:	5-15-07-0000012-6/1
Nr zgody indywidualnej:	5-15-07-0000012-6
Uzasadnienie wniosku:	BRAK MOŻLIWOŚCI WYKONANIA ŚWIADCZEN
Strona wnioskująca (Id świadczeniodawcy):	150000018
Strona rozpatrująca (Kod OW NFZ):	15
Status:	wydano zgodę
Data zmiany statusu:	2009-10-26

Aneks			
Lp.	Dotyczy	Stan obecny	Stan wnioskowany
1	Status zgody	rezygnacja	rezygnacja

Rys. 15.13 Podgląd wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową


Uwaga!

Operacja rezygnacji nie może być wykonana w przypadku, gdy:

- Świadczeniodawca złożył wniosek o aneks/aneksy do zgody o zmianę terminu i jest on aktywny (czeka na rozpatrzenie w NFZ). W takiej sytuacji podczas próby wprowadzenia rezygnacji wyświetlana jest informacja: *W kolejce może oczekiwać nie więcej niż jeden wniosek.*
- Istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe (świadczeniodawca nie rozliczył dotychczas świadczeń zrealizowanych w ramach udzielonej zgody). W takiej sytuacji podczas próby wprowadzenia rezygnacji wyświetlana jest informacja *Nie można zrezygnować ze zgody, w ramach, której istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe.*

15.3 Wnioski na indywidualne rozliczane świadczeń typu 6

Uwaga! Od września 2020r. dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ funkcjonalność dodawania wniosków w systemie SZOI została wyłączona. Wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń należy wprowadzać w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl/>
Uprawnienia do aplikacji nadaje administrator systemów centralnych (patrz: [Zarządzanie systemami centralnymi – Systemy centralne](#)) w aplikacji KAAS-MGR <https://dt.nfz.gov.pl>
Świadczeniodawcy z Podlaskiego OW NFZ w Portalu SZOI będą obsługiwać jedynie wnioski wprowadzone w SZOI przed 1 września 2020r.

Dla pozostałych świadczeniodawców planowane jest zablokowanie funkcjonalności od dnia 1 listopada 2020r.

Istnieje konieczność uzyskania zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w następujących przypadkach:

- w sytuacji, gdy wykonane zostały świadczenia ponad limit dni określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów;
- w sytuacji, gdy zostały wykonane świadczenia w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów;
- w sytuacji, gdy świadczenia udzielono świadczeniobiorcy innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenia;
- w sytuacji, gdy świadczenia udzielono świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dzieci;
- w sytuacji wykonania świadczenia, którego koszt przekracza 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne;
- w sytuacji wykonania świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym;
- w sytuacji wykonania świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki:
 - w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
 - inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
 - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
 - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
 - kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie;
- w sytuacji wykonania świadczenia, obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji.

W opisanych sytuacjach istnieje możliwość sfinansowania zrealizowanego świadczenia na podstawie indywidualnej zgody wydanej przez Dyrektora Oddziału Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca występuje do Dyrektora Oddziału Funduszu, z wnioskiem o indywidualne rozliczanie świadczeń. Wniosek generowany jest przez świadczeniodawcę w formie elektronicznej w Portalu SZOI, gdzie automatycznie nadany zostaje unikatowy dla każdego wniosku numer identyfikacyjny wraz z kodem kreskowym. Po wygenerowaniu wniosku świadczeniodawca przesyła go do właściwego Oddziału Funduszu zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej.

Następnie wniosek jest opiniowany przez pracownika merytorycznego Oddziału Funduszu. Opinia wydawana jest indywidualnie dla każdego wniosku, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów. Zgodę na indywidualne rozliczenie świadczenia wydaje Dyrektor Oddziału Funduszu.

Powiązanie typów zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń z typami umów przedstawiono w poniższej tabeli.

ZGODA	TYP UMOWY
-------	-----------

TYP	KOD	NAZWA
6100	02/1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - ŚWIADCZENIA W PORADNIACH
6100	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6100	03/2	PROGRAMY TERAPEUTYCZNE dla następujących zakresów:
6100	03/3	LECZENIE SZPITALNE - CHEMIOTERAPIA
6100	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6100	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
6100	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA
6100	14/1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE dla następujących zakresów:
6100	15/1	OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA
6101	02/1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - ŚWIADCZENIA W PORADNIACH
6101	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6101	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6102	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6102	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6102	03/9	ŚWIADCZENIA KOMPLEKSOWE
6102	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
6103	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6103	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA
6103	11/7	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIEM - DZIECIĘCA OPIEKA KOORDYNOWANA (DOK)
6104	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6104	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6105	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6105	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6106	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6106	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6107	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6107	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6108	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
6108	03/3	LECZENIE SZPITALNE - CHEMIOTERAPIA
6108	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
6109	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ <i>Wyłączone na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków</i>

		zawierania i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień od dnia 01.01.2020. <i>Wnioski złożone przed wskazaną datą będą obsługiwane przez NFZ.</i>
6110	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA

Wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą sterowanie listą zakresów świadczeń, do których można wnioskować w ramach danego typu wniosku poprzez konfigurację przekazaną komunikatem PROD_K. Podczas wprowadzania wniosków lista dostępnych zakresów jest ustalana na podstawie konfiguracji obowiązującej w roku wynikającym z aktualnej daty początku obowiązywania umowy, w ramach której będzie następowało wnioskowanie.

15.3.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków

Aby operator SZOI (osoba działająca w imieniu świadczeniodawcy) mógł dokonywać operacji związanych z obsługą wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń konieczne jest zdefiniowanie dla niego odpowiednich uprawnień.

Upewnienia te są definiowane z poziomu menu *Administrator -> Operatorzy*.

W systemie wyróżniono następujące uprawnienia dedykowane dla obsługi wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń:

- ✓ Zgody indywidualne anulowanie wniosku – pozwalające na anulowanie wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Zgody indywidualne edycja wniosku – pozwalające na modyfikację danych wprowadzonych do wniosku,
- ✓ Zgody indywidualne potwierdzenie wniosku – pozwalające na potwierdzenie wniosku przez pracownika merytorycznego OW NFZ,
- ✓ Zgody indywidualne przeglądanie wniosków – pozwalające na przeglądanie listy wniosków,
- ✓ Zgody indywidualne wprowadzanie wniosku – pozwalające na rejestrację wniosku przez świadczeniodawcę.

15.3.2 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń typu 6

Po wybraniu menu *Pacjent -> Świadczenia rozliczanie indywidualne -> Lista wniosków* możliwa jest kompleksowa obsługa wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń.

Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń typu 6

Dodawanie wniosku

Nr wniosku:
Zawiera:
Szukaj
Zlicz rekordy

Typ wniosku:
Status:
Data operacji:

Rodzaj świadczeń:
Zakres świadczeń:
Rodzaj dokumentu:
Status dokumentu:

Pokażuj na liście wnioski o statusie **anulowany**
 Pokażuj na liście tylko wnioski posiadające **wezwanie do uzupełnienia**
 Wnioski, dla których, od momentu wezwania świadczeniodawcy do uzupełnienia minęło co najmniej 3 dni kalendarzowe

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	6-15-...	15-0-	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: PESEL Ident.: <input type="text"/> Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	wprow.: 2020-05-18 zatw.: 2020-05-18 wpływ.: 2020-05-18 przyj.: 2020-05-18 wyd. dec.: 2020-05-18	wydanie zgody	103	podgląd historia zmian kopiuj
2.	6-15-...	1-0 15-	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: Identyfikator NW Ident.: <input type="text"/>	wprow.: 2020-05-05 zatw.: 2019-05-13	przekazany do OW NFZ	106	podgląd historia zmian wdruk
3.	6-15-...	-1 15-	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: Identyfikator NW Ident.: <input type="text"/>	wprow.: 2020-02-06	wprowadzony	108	podgląd historia zmian edytuj anuluj zatwierdź

Rys. 15.14 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń typu 6

W kolumnie *Operacje** znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranego wniosku
podgląd wersji	Pozwala na podgląd historii wniosku na indywidualne rozliczenie świadczeń
edytuj	Pozwala na modyfikację informacji w wybranym wniosku
wydruk	Pozwala na wydrukowanie wniosku
zatwierdź	Pozwala na zatwierdzanie wniosku
kopiuj	Pozwala na skopiowanie wniosku
dodaj kosztorys	Pozwala na wprowadzenie kosztorysu do wniosku
usuń kosztorys	Pozwala na usunięcie kosztorysu
wydruk kosztorysu	Pozwala na wydrukowanie kosztorysu
wezwanie do uzup.	Pozwala na podgląd wezwania do uzupełniania
historia zmian	Pozwala na przeglądanie historii zmian statusów wniosku aż do obecnego
uzupełnij	Pozwala na uzupełnianie wniosku
uzupełnij kosztorys	Pozwala na uzupełnianie kosztorysu

* - dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ od września 2020r. operacje edycji dostępne będą tylko dla wniosków wprowadzonych przed 1 września.

15.3.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 6

Uwaga! Od września 2020r. dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ funkcjonalność dodawania wniosków w systemie SZOI została wyłączona. Wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń należy wprowadzać w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl/>

Rejestracja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwa po wybraniu opcji **Dodawanie wniosku** na liście wniosków.

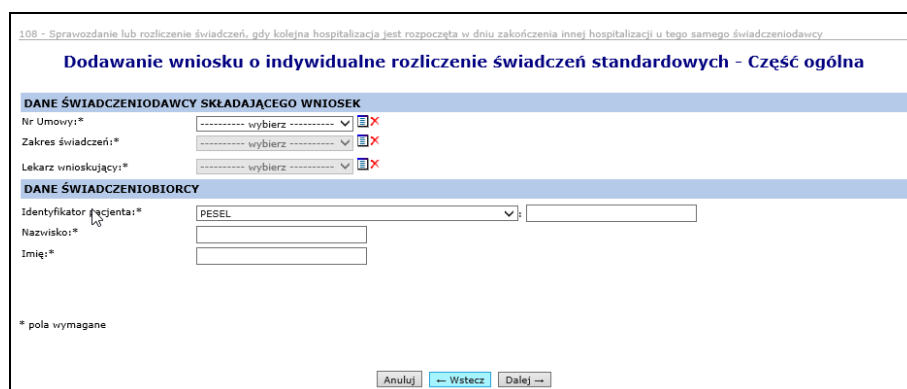
Na wstępie należy wybrać ze słownika typ rejestrowanego wniosku.

Dodawanie wniosku o typie 108

Wniosek typu 108 dotyczy wyłącznie umów w rodzaju: leczenie szpitalne – hospitalizacje (03/1) oraz świadczeń wyłącznie z katalogów 1a i 1b.

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, lekarz wnioskujący
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię

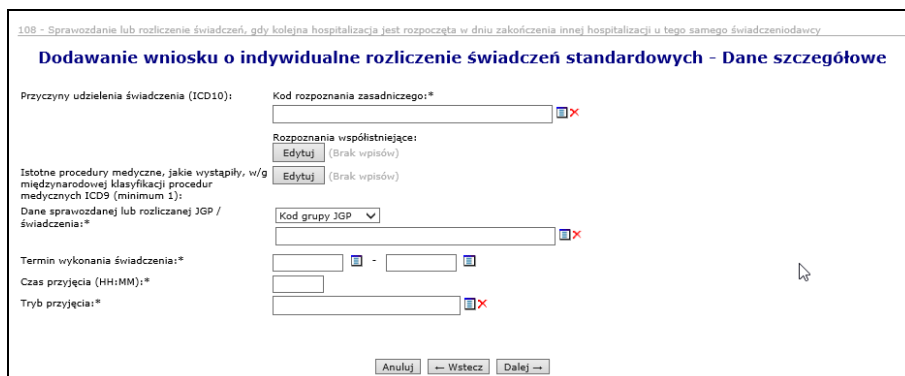


Rys. 15.15 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna (typ wniosku 108)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące
- Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg międzynarodowej kwalifikacji procedur medycznych ICD 9 (min. 1)

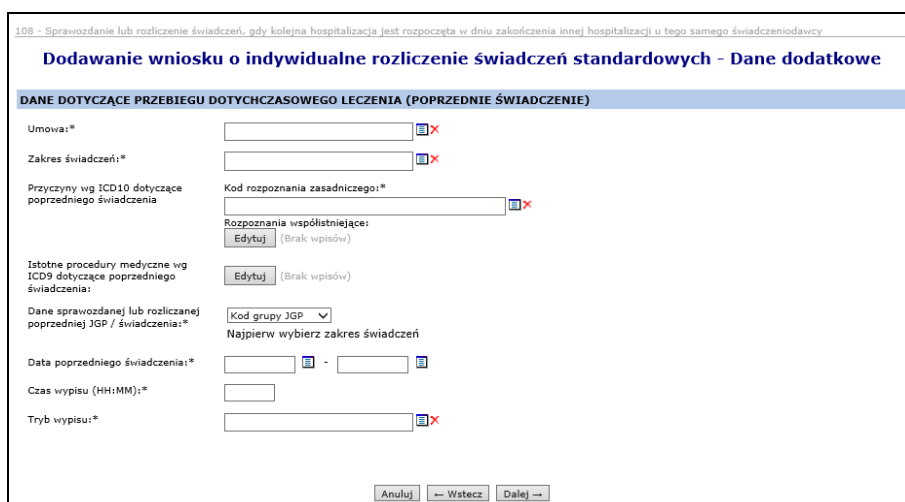
- Dane sprawozdanej lub rozliczanej grupy JGP/świadczenia
- Termin wykonania świadczenia
- Czas przyjęcia (HH:MM)
- Tryb przyjęcia



Rys. 15.16 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń
– Dane szczegółowe

Następnie należy wprowadzić szczegółowe dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie):

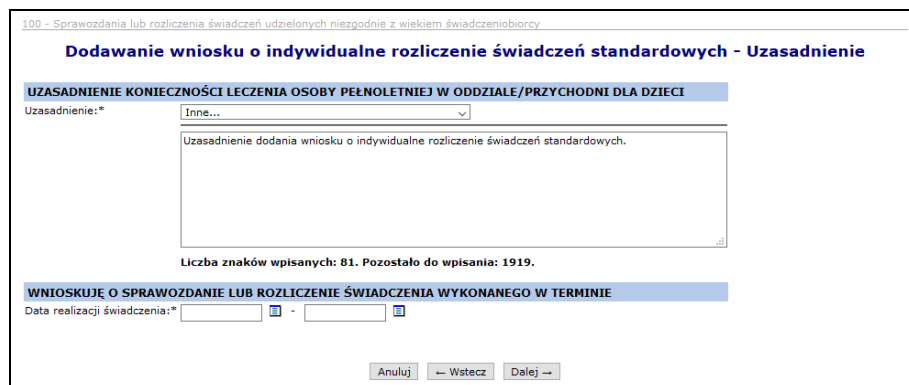
- Numer umowy – pole umożliwia wykazanie oddzielnej umowy w sekcji „poprzednie świadczenie” (umowy wykazane w obu świadczeniach mogą być różne)
- Zakres świadczeń – zakres odnoszący się do umowy wskazanej w sekcji „poprzednie świadczenie”
- Przyczyny wg ICD 10 dotyczące rozliczenia dodatkowej grupy JPG (kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące)
- Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg międzynarodowej kwalifikacji procedur medycznych ICD 9 (min. 1)
- Dane sprawozdanej lub rozliczanej grupy JGP (jeżeli świadczenie pochodzi z katalogu 1a) /świadczenia – kod grupy jest zależny od wskazanego zakresu świadczeń w sekcji „poprzednie świadczenie”; jeśli wykazano kod świadczenia musi on być dostępny w ramach umowy wykazanej w świadczeniu poprzednim w wybranym przedziale czasu
- Data dodatkowego świadczenia – przedział dat określający realizację świadczenia musi być tak dobrany, aby data końca realizacji świadczenia poprzedniego (data do) występowała w okresie obowiązywania umowy wskazanej w świadczeniu poprzednim
- Czas wypisu (HH:MM)
- Tryb wypisu



Rys. 15.17 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń

– Dane dodatkowe

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienie wniosku (nie dłuższe niż 2000 znaków) oraz podanie daty realizacji wnioskowanego świadczenia.



Rys. 15.18 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie

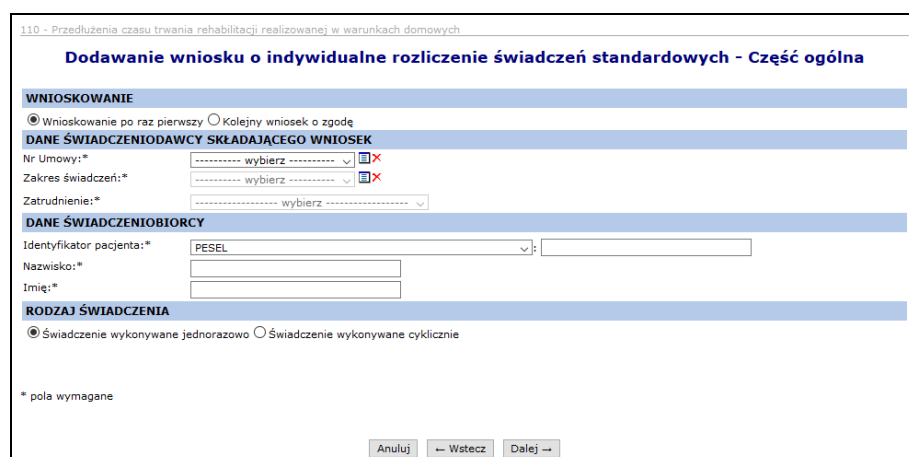
Ostatnim etapem jest karta podsumowania wszystkich wprowadzonych przez operatora danych, które należy zatwierdzić.

Dodawanie wniosku o typie 110

Wniosek typu 110 dotyczy wyłącznie umów w rodzaju: rehabilitacja (05), zaś zakresy świadczeń wynikają z konfiguracji przekazanej do Oddziałów Funduszu.

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Wnioskowanie (po raz pierwszy czy kolejny)
- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, zatrudnienie (informacja o tym czy świadczeniodawca zatrudnia lekarza, czy też nie)
 - w przypadku zatrudniania lekarza, należy podać imię i nazwisko lekarza wnioskującego oraz NPWZ (numer prawa wykonywania zawodu),
 - w przypadku braku zatrudnienia lekarza należy wybrać ze słownika fizjoterapeutę realizującego
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Rodzaj świadczenia (świadczenie wykonywane jednorazowo bądź cyklicznie)

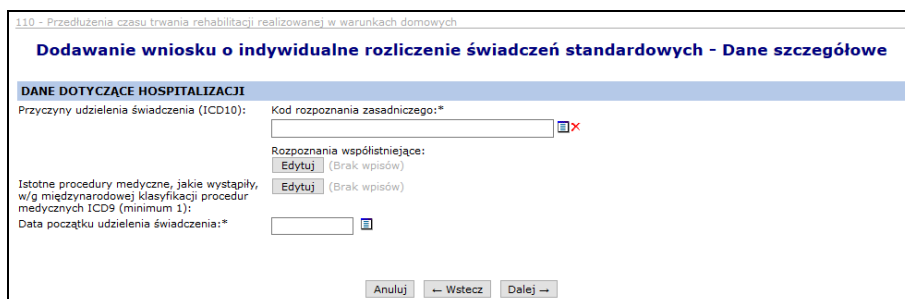


Rys. 15.19 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna (typ wniosku 110)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

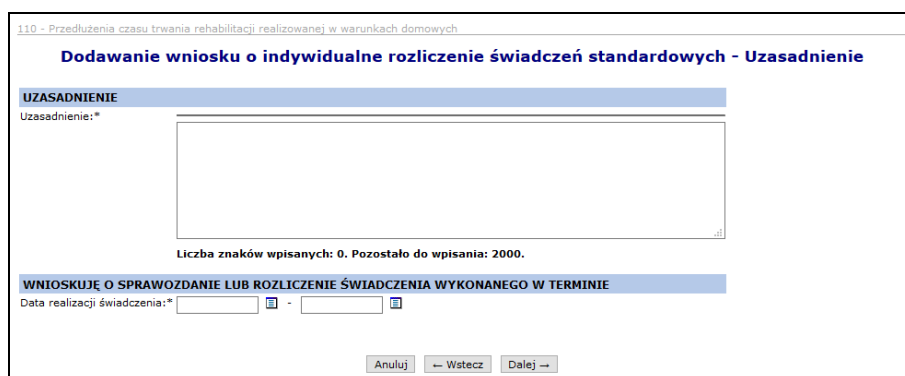
- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące

- Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg międzynarodowej kwalifikacji procedur medycznych ICD 9 (min. 1)
- Termin wykonania świadczenia (system wyświetli odpowiedni komunikat, jeśli data wykonania świadczenia będzie późniejsza niż data końca obowiązywania umowy).



Rys. 15.20 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe (typ wniosku 110)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienie wniosku (maksymalnie 2000 znaków) oraz podanie daty realizacji wnioskowanego świadczenia.



Rys. 15.21 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie (typ wniosku 110)

Ostatnim etapem jest zatwierdzenie karty podsumowania wszystkich wprowadzonych przez operatora danych.
Uwaga! Dla wniosków o typie 110, dla których data końca realizacji świadczenia przypada na dzień 2018-09-30 lub późniejszy, system wymaga wyboru fizjoterapeuty z nadanym NPWZ. Wyświetlony zostanie wówczas komunikat uniemożliwiający zatwierdzenie wniosku.

Dodawania wniosku o typie 102

Wniosek typu 102 dotyczy wyłącznie sprawozdania lub rozliczenia dwóch hospitalizacji wykonanych w odstępie krótszym niż 14 dni. Wymaganiem tego rodzaju wniosku jest wnioskowanie w przypadku obu hospitalizacji o rozliczenie tego samego świadczenia lub tej samej grupy JGP.

W przypadku wskazania w danych świadczenia podstawowego i danych świadczenia poprzedniego różnych świadczeń grup JGP, pojawi się komunikat błędu.

W przypadku podania dwóch różnych grup JGP pojawia się komunikat: **Grupa JGP (pole E3) odnosząca się do świadczenia podstawowego różni się od grupy JGP (pole F3) odnoszącej się do świadczenia poprzedniego. Wniosek w kategorii 6102 wymaga podania takiej samej grupy JGP w przypadku obu hospitalizacji.**

Analogicznie w przypadku wskazania dwóch kodów świadczeń lub kodu świadczenia w przypadku jednej hospitalizacji i grupy JGP w przypadku drugiej.

Dodawania wniosku o typie 100, 101, 109

Wniosek typu 100 dotyczy rozliczania świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy.

Wniosek typu 101 dotyczy rozliczania świadczeń udzielanych osobie niezgodnie z jej płcią.

Wniosek typu 109 dotyczy rozliczania świadczeń udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia w zakresie świadczenia psychogeriatrycznego.

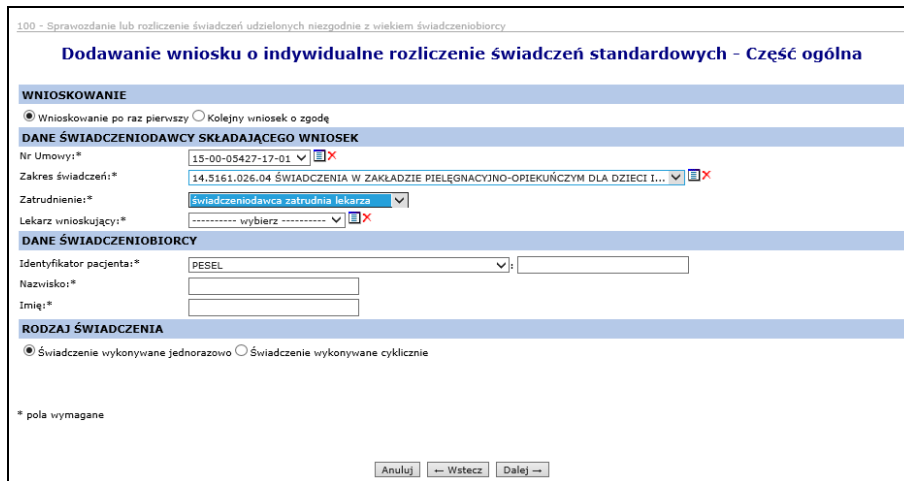
Proces dodawania powyższych wniosków jest analogiczny:

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń oraz określenie
 - czy świadczeniodawca zatrudnia lekarza, wraz z podaniem jego danych (Imię, Nazwisko, NPWZ)
 - czy nie zatrudnia lekarza, ze wskazaniem nr PESEL osoby podejmującej decyzję
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Rodzaj świadczenia – wskazanie czy świadczenie wykonywane jednorazowo lub wykonywane cyklicznie

W przypadku wprowadzania oraz edycji wniosków w kategoriach 100, 101 i 109 w sekcji DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK wprowadzono pole wyboru **Zatrudnienie** pozwalające określić czy świadczeniodawca zatrudnia lekarza. Operator może wybrać jedną z dwóch opcji w polu **Zatrudnienie**:

- **Świadczeniodawca zatrudnia lekarza** – w tym przypadku niezmiennie należy wskazać lekarza wnioskującego z listy osób zatrudnionych u danego świadczeniodawcy:



Rys. 15.22 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna

- **Świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza** – w tym przypadku system wymaga wprowadzenia numeru PESEL osoby wnioskującej, określonej jako osoba podejmująca decyzję:

100 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń standardowych - Część ogólna

WNIOSKOWANIE

Wnioskowanie po raz pierwszy Kolejny wniosek o zgodę

DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nr Umowy:*

Zakres świadczeń:*

Zatrudnienie:*

PESEL innej osoby podejmującej decyzję:*

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Identyfikator pacjenta:*

Nazwisko:*

Imię:*

RODZAJ ŚWIADCZENIA

Świadczenie wykonywane jednorazowo Świadczenie wykonywane cyklicznie

* pola wymagane

Rys. 15.23 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące
- Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg międzynarodowej kwalifikacji procedur medycznych ICD 9 (min. 1)
- Dane rozliczanej grupy JGP (jeżeli świadczenie pochodzi z katalogu 1a) /świadczenia
- Termin wykonania świadczenia – tylko dla wniosku nr 109

Następnie w uzasadnieniu należy podać:

- Uzasadnienie konieczności leczenia osoby pełnoletniej w oddziale/przychodni dla dzieci – dla wniosku 100
- Uzasadnienie konieczności leczenia osoby innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie – dla wniosku 101
- Uzasadnienie – dla wniosku 109
- Podanie daty realizacji wnioskowanego świadczenia – dla wszystkich 3 typów wniosków

15.3.4 Podstawowe operacje na wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń

Operator może przeglądać dane wprowadzone we wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń po użyciu opcji **Podgląd** (na liście wniosków, w kolumnie *Operacje*).

W tym miejscu możliwe jest jedynie przeglądanie informacji znajdujących się we wniosku – operator nie ma możliwości edycji żadnych danych.

Opcja **Edytuj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wprowadzenie zmian do wybranego wniosku.

Modyfikacja danych odbywa się w analogiczny sposób jak operacja wprowadzania wniosku (etap dodawania wniosku został opisany we wcześniejszej części dokumentacji).

Edycja wniosku pod kątem umowy oraz zakresu świadczeń jest blokowana w momencie wprowadzenia do systemu załącznika kosztowego.

15.3.5 Uzupelnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

Uzupelnianie wniosku przez świadczeniodawcę możliwe jest po uprzednim przekazaniu przez OW NFZ żądania uzupełnienia określającego:

- uzasadnienie uzupełnienia wniosku oraz
- zakres zmian dokumentu wniosku dopuszczalnych podczas jego powtórnej edycji.

Poprzez opcję **Wezwanie do uzupełnienia** Świadczeniodawca ma możliwość podglądu wezwania do uzupełnienia wniosku określonego przez NFZ.

Uzupełnienie wniosku dokonywane jest pomocą przycisków **Uzupełnij** oraz **Uzupełnij kosztorys**, analogicznie jak w przypadku edycji wniosku i/lub kosztorysu pierwotnego. Podczas uzupełniania wniosku Świadczeniodawca może wykonać jego modyfikacje w zakresie nie większym niż dopuszczalny zakres zmian ustalonych przez Operatora OW NFZ.

Dodatkowo w ramach każdorazowego uzupełnienia wniosku, istnieje możliwość wprowadzenia informacji w postaci komentarza. Następnie operator odznacza checkbox *Potwierdzam* i zatwierdza operację.

Uzupełnienie - Podsumowanie		
Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń		
Nazwa kolumny	Wniosek przed zmianą	Wniosek po zmianie
Typ wniosku:	105 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia, które jest dopuszczalne do sprawozdania lub rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym	105 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia, które jest dopuszczalne do sprawozdania lub rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym
Nr wniosku:	6-15-18-0000005-4	6-15-18-0000005-4
Status:	do uzupełnienia	do uzupełnienia
Krotność wnioskowania:	Wnioskowanie po raz pierwszy	Wnioskowanie po raz pierwszy
Data odesłania do uzupełnienia:	2018-03-14	2018-03-14
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek		
Nazwa:	ZAMAAR	ZAMAAR
Numer umowy:	15-00-05570-18-14	15-00-05570-18-14
Punkt umowy:	2.0 / 03.4500.030.02	2.0 / 03.4500.030.02
Zakres świadczeń:	03.4500.030.02	03.4500.030.02
Lekarz wnioskujący:	[Redacted]	[Redacted]
Dane świadczeniobiorcy		
Imię:	[Redacted]	[Redacted]
Nazwisko:	[Redacted]	[Redacted]
Identyfikator:	[Redacted]	[Redacted]
Dane świadczenia		
Wnioskowany koszt:	2 000,00 zł	2 000,00 zł
Przyczyny hospitalizacji wg międzynarodowej klasyfikacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A02.2 UMIEJSCOWIONE ZAKAŻENIA PALECZKAMI SALMONELLA Rozpoznanie współistniejące: • A00 CHOLERA	Rozpoznanie zasadnicze: A02.2 UMIEJSCOWIONE ZAKAŻENIA PALECZKAMI SALMONELLA Rozpoznanie współistniejące: • A00 CHOLERA
Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg. międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych:	• AA BADANIA LABORATORYJNE I INNE	• AA BADANIA LABORATORYJNE I INNE
Dane sprawozdanej lub rozliczanej JGP / świadczenia:	Kod grupy JGP: PO2	Kod grupy JGP: PO2
Data realizacji świadczenia:	2017-08-28 - 2018-02-12	2017-08-28 - 2018-02-12
Termin wykonania świadczenia:	2017-08-28 - 2018-02-12	2017-08-28 - 2018-02-12
Uzasadnienie	Test	Test
Wezwanie do uzupełnienia		
Status wezwania:	Przesłany do świadczeniodawcy	
Numer wniosku:	6-15-18-0000005-4	
Numer wezwania:	1	
Data zatwierdzenia wezwania:	2018-03-14	
Uzasadnienie:	aadaadsa	
Sekcje do uzupełnienia:	<ul style="list-style-type: none"> Dane świadczenia podlegającego rozliczeniu (sekcja D) Dane dotyczące uzasadnienia realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja G) Dane dotyczące kosztów świadczenia wykazane we wniosku oraz załączniku kosztowym (sekcja H oraz wszystkie sekcje załącznika kosztowego) Dane dotyczące dat realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja I) Dokumentacja medyczna (do przekazania poza systemem informatycznym) 	
Komentarz świadczeniodawcy:	<div style="border: 1px solid gray; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Potwierdzam dołączenie dokumentacji medycznej poza systemem informatycznym <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="← Wstecz"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>		

Rys. 15.24 Uzupełnienie - Podsumowanie

Po wykonaniu powyższych czynności na *Liście wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń* w kolumnie **Operacje** wyświetlona zostaje opcja **Zatwierdź**, pozwalająca zatwierdzić wniosku po jego uzupełnieniu:

Zatwierdzenie wniosku (po uzupełnieniu)

Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Typ wniosku: 103 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania umów

Nr wniosku: 6-15-13-0000148-4

Status: Do uzupełnienia

Krotność wnioskowania: Wnioskowanie po raz pierwszy

Data odesłania do uzupełnienia: 2018-03-12

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Nazwa: IMPESSA

Numer umowy: 15-00-05427-13-07

Zakres świadczeń: 05.2300.021.02 REHABILITACJA DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM

Lekarz wnioskujący: [nazwisko]

Dane świadczeniobiorcy

Imię: [imię]

Nazwisko: [nazwisko]

Identyfikator: [numer]

Wezwanie do uzupełnienia

Status wezwania: W edycji przez świadczeniodawcę

Numer wniosku: 6-15-13-0000148-4

Numer wezwania: 2

Data zatwierdzenia wezwania: 2018-03-12

Uzasadnienie: Uzasadnienie

Sekcje do uzupełnienia:

- Dane świadczenia podlegającego rozliczeniu (sekcja F)
- Dane dotyczące uzasadnienia realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja G)
- Dane dotyczące dat realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja H)
- Dokumentacja medyczna (do przekazania poza systemem informatycznym)

Data wystawienia wniosku:* 2018-03-12

[Anuluj] [Zatwierdź →]

Rys. 15.25 Zatwierdzenie wniosku (po uzupełnieniu)

Uzupełnianie wniosku zostanie zakończone zatwierdzeniem uzupełnionego wniosku, analogicznie jak w przypadku zatwierdzenia wniosku pierwotnego.

Zgodnie z zarządzeniem w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, uzupełnienia wniosków należy przestać w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania. W celu ułatwienia świadczeniodawcom spełnienia tego warunku, na *Liście wniosków* wraz z informacją o statusie „Do uzupełnienia” prezentowana jest informacja o dacie wymagalności.

W ostatnim dniu wymagalności bądź po jej przekroczeniu data będzie wyróżniona kolorem żółtym:

Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 6

Dodawanie wniosku standardowego

Nr wniosku: [wybierz] Zawiera: [wybierz] Szukaj Zlicz rekordy

Typ wniosku: -- wybierz -- Status: do uzupełnienia Data operacji: -- wybierz --

Rodzaj świadczeń: [wybierz] Zakres świadczeń: [wybierz] Rodzaj dokumentu: [wybierz] Status dokumentu: [wybierz]

Pokażuj na liście wnioski o statusie **anulowany**

Pokażuj na liście tylko wnioski posiadające **wezwania do uzupełnienia**

Wnioski, dla których, od momentu wezwania świadczeniodawcy do uzupełnienia minęło co najmniej 3 dni kalendarzowe

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	6-15-1E	0 15-00-	Imię: IMIĘ 5 Nazwisko: NAZWISKO 5 NPWZ: 0000000	Typ ident.: PESEL Ident.: Imię: Nazwisko:	wprow.: 2019-01-23 przek. do uzup.: 2019-07-11	do uzupełnienia	100	pobłajd historia zmian wezwanie do uzup. uzupełnij

Rys. 15.26 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 6 – status do uzupełnienia

15.3.6 Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania)

Zarządzenie 95/2018/DSOZ mówi, że przypadku niewyrażenia zgody Dyrektora Oddziału Funduszu na realizację wniosku albo wyrażenia zgody na kwotę inną od wnioskowanej, świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia o ponowne jego rozpatrzenie, z wyjątkiem sytuacji, gdy odmowa uwzględnienia wniosku nastąpiła z powodu uchybienia terminu lub innych uchybień formalnych wniosku, leżących po stronie świadczeniodawcy.

W aplikacji SZOI świadczeniodawca ma prawo do ubiegania się o ponowne rozpatrzenie wniosku tylko i wyłącznie w przypadku, gdy w sprawie pierwotnego wniosku podjęto decyzję **brak zgody**.

Prawo do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie wniosku przysługuje Świadczeniodawcy tylko **raz**. Wnioski o ponowne rozpatrzenie są rejestrowane po stronie administracyjnej, po otrzymaniu dokumentu przez OW NFZ w formie pisemnej.

Na liście odwołań i zażaleń prezentowane są tylko te dokumenty, które zostały przekazane przez Świadczeniodawcę drogą pisemną a następnie zarejestrowane (otrzymane) po stronie OW NFZ. Dokumenty te posiadają status **Wprowadzony**.

W przypadku, gdy decyzją było:

- odrzucenie ze względów formalnych,
- wydana zgoda (nawet jeśli daty obowiązywania lub kwota, na którą wydano zgodę są niezgodne z oczekiwanymi Wnioskującego).

wniosek o ponowne rozpatrzenie wniosku należy wystąpić pisemnie, przesyłką poleconą lub w inny sposób, za potwierdzeniem odbioru, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania w formie papierowej decyzji (obsługa poza systemem informatycznym).

15.3.7 Decyzje w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku (odwołania)

Informacja o decyzji podjętej w sprawie odwołania (wniosku o ponowne rozpatrzenie wniosku), jest widoczna na liście odwołań i zażaleń.

Lista odwołań i zażaleń do indywidualnie rozliczanych świadczeń						
Nr wniosku		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Typ dokumentu	Data rejestracji dokumentu	Data decyzji	Status
1.	6-15-13-0000037-1	15-00-05427-13-01	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-23	-	Wprowadzony
2.	6-15-13-0000044-4	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-25	2013-04-25 13:10:12	Zaakceptowany
3.	6-15-13-0000045-7	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-25	2013-04-25 09:16:33	Zaakceptowany
4.	6-15-13-0000013-5	15-00-05427-13-01	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-03-25	-	Wprowadzony
5.	6-15-13-0000046-0	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-23	2013-04-25 11:11:39	Zaakceptowany
6.	6-15-13-0000049-9	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-26	2013-04-25 11:51:39	Zaakceptowany
7.	6-15-13-0000049-9	15-00-05427-13-16	Zażalenie na decyzje	2013-04-24	2013-04-25 13:06:21	Zaakceptowany
8.	6-15-13-0000046-0	15-00-05427-13-16	Zażalenie na decyzje	2013-04-23	2013-04-25 12:31:17	Odrzucony

Rys. 15.27 Lista odwołań i zażaleń do indywidualnie rozliczanych świadczeń

Statusy wniosków będących przedmiotem procedury odwoławczej:

- oczekujące na decyzję w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku - nie podjęto jeszcze decyzji o ponownym rozpatrzeniu- **status wprowadzony**
- podlegające ponownemu rozpatrzeniu wniosku - pozytywna decyzja o ponownym rozpatrzeniu- **status zaakceptowany**
- nie podlegające ponownemu rozpatrzeniu wniosku -negatywna decyzja o ponownym rozpatrzeniu- **status odrzucony**.

15.3.8 Dostęp do wszystkich wersji dokumentu

Z uwagi na możliwości uzupełniania wniosku przez Świadczeniodawcę istnieje możliwość podglądu i porównania wszystkich wersji dokumentu. Opcja ta dostępna jest pod przyciskiem **podgląd wersji** znajdującej się w kolumnie *Operacje*. Dotyczy tych wniosków, dla których nastąpiły zmiany związane z uzupełnianiem.

[Powrót](#)

Historia wniosku na indywidualne rozliczenie świadczeń

Porównaj wnioski:

Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń		
Nazwa kolumny	Pierwszy wniosek	Uzupełnienie nr 1 dla wniosku
Typ wniosku:	103 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania umów	103 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania umów
Nr wniosku:	6-15-13-0000148-4	6-15-13-0000148-4
Status:	przekazany do OW NFZ	przekazany do OW NFZ
Krotność wnioskowania:	Wnioskowanie po raz pierwszy	Wnioskowanie po raz pierwszy
Data potwierdzenia:	2017-08-17	2018-03-12
Data wystawienia:	2017-08-17	2018-03-12
Data odesłania do uzupełnienia:	-	2018-03-12
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek		
Nazwa:	IMPESSA	IMPESSA
Numer umowy:	15-00-05427-13-07	15-00-05427-13-07
Zakres świadczeń:	05.2300.021.02	05.2300.021.02
Lekarz wnioskujący:	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Dane świadczeniobiorcy		
Imię:	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Nazwisko:	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Identyfikator:	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Dane świadczenia		
Rodzaj świadczenia:	Świadczenie wykonywane cyklicznie	Świadczenie wykonywane cyklicznie
Przyczyny świadczenia wg międzynarodowej klasyfikacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A00.11 CHOLERA ELTOR Rozpoznania współistniejące: • A00.0 A00-ZMIANA • A01 BADANIE OGÓLNE MOCZU (PROFIL)	Rozpoznanie zasadnicze: A00.11 CHOLERA ELTOR Rozpoznania współistniejące: • A00.0 A00-ZMIANA • A01 BADANIE OGÓLNE MOCZU (PROFIL)
Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg. międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych:	• A01 BADANIE OGÓLNE MOCZU (PROFIL)	• A01 BADANIE OGÓLNE MOCZU (PROFIL)
Dane sprawozdanej lub rozliczanej JGP / świadczenia:	Kod świadczenia: 5.11.02.9000045	Kod świadczenia: 5.11.02.9000045
Data realizacji świadczenia:	2013-08-01 - 2013-08-31	2013-08-01 - 2013-08-31
Termin początku udzielenia świadczenia:	2013-08-01	2013-08-01
Uzasadnienie	test	test

Rys. 15.28 Historia wniosku na indywidualne rozliczenie świadczeń

Dane zebrane są w 3 kolumny. Pierwszą z nich jest zawsze **Nazwa kolumny**, natomiast dwie pozostałe, porównywane wzajemnie, zostają wybierane przez Operatora poprzez filtry:

Porównaj wnioski:

Tabela podzielona jest również na wiersze mające za zadanie zebranie szeregu danych w grupy np. Dane Świadczeniodawcy, Dane świadczenia itd.

Na kolor zielony wyszczególnione są te pozycje, które różnią się w porównywanych wersjach wniosku.

15.3.9 Załącznik kosztowy do wniosku w kategorii 104,105,107

Po dodaniu wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń o typie 104,105,107 do systemu, należy jeszcze wprowadzić odpowiedni kosztorys. Można to zrobić przy pomocy opcji **Dodaj kosztorys**.

W pierwszym etapie przy pomocy opcji **Dodaj świadczenie**, operator systemu musi uzupełnić dane realizacji, tzn. daty początku i końca realizowanego świadczenia oraz dane umowy, w ramach której rozliczany jest produkt.

W przypadku zakresów:

- 03.4260.040.02
- 03.4260.050.02
- 03.4261.040.02
- 03.4261.050.02


dotatkowo można uzupełnić tabelę kosztów świadczeń rozliczanych wg skali TISS.


W tym celu należy skorzystać z opcji **Dodaj**, która pojawi się dostępna po wyborze punktu umowy.

Podczas tej operacji należy uzupełnić:

- **Świadczenie inne niż rozliczane wg skali TISS**
- **Liczbę produktów**

Edycja kosztorysu
(1) C1. Edycja realizowanego świadczenia

Data realizacji świadczenia od:* 

Data realizacji świadczenia do:* 

Rozliczany dzień pobytu: Pierwszy
 Ostatni

Dane rozliczeniowe na dzień końca udzielania świadczenia:
 Umowa:*
 W celu zmiany umowy należy usunąć koszty świadczeń

Punkt umowy:*
 W celu zmiany punktu umowy należy usunąć koszty świadczeń

Lista produktów

Wartość świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania					
Lp	Kod produktu	Liczba punktów	Liczba świadczeń	Całkowita wartość w PLN	Operacje
1	5.53.01.0001493	80	1	360,00 zł	edytuj usuń
Wartość świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania:				360,00 zł	

Jeśli wskazanym zakresem jest:
03.4260.040.02, 03.4260.050.02, 03.4261.040.02, 03.4261.050.02
 to dodatkowo można uzupełnić tabelę kosztów świadczeń rozliczanych wg skali TISS.

* pola wymagane

Rys. 15.29 Dodawanie świadczenia (1)

Uwaga! Dla umów 03/8 (umowy PSZ) nie ma możliwości zmiany umowy, a dane rozliczeniowe podawane są na dzień końca udzielenia świadczenia.

Przechodząc **Dalej**, na liście świadczeń rozliczanych według skali TISS-28 operator ustala produkty jednostkowe, które zostały wykonane podczas realizacji świadczeń na oddziale intensywnej terapii.

Jeśli wskazywanym w polu punktu umowy jest zakresem świadczeń intensywnej terapii, tzn.:

- 03.4260.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA,
- 03.4260.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY – HOSPITALIZACJA,
- 03.4261.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI – HOSPITALIZACJA,
- 03.4261.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY – HOSPITALIZACJA,

to operator dodatkowo musiał wypełnić listę „Koszty świadczeń rozliczanych według skali TISS-28 lub TISS-28” dla dzieci w kolejnym kroku na poziomie realizacji świadczenia. Od dnia 1 marca 2014 roku wymóg ten zostaje zniesiony.

Liczba świadczeń wymaganych w tym oknie odpowiada liczbie osobodni ustalonej na poziomie realizacji świadczenia (jedno świadczenie na jeden osobodzień):

Dodawanie
(2) Dodawanie świadczenia

zwróć Realizacja świadczenia: 03.4260.040.02					
Umowa nr:		15-00-05570-16-06			
Data od:		2016-01-01			
Data do:		2016-01-05			
Liczba osobodni:		4			
Cena za punkt:		5,00 zł			
Wykaz produktów jednostkowych					
Dzień	Data realizacji	Kod produktu	Liczba punktów	Wartość świadczenia	Operacje
1	2016-01-01	5.53.01.0003019	15,73	78,65 zł	edytuj usuń
2	2016-01-02		-	0,00 zł	edytuj
3	2016-01-03		-	0,00 zł	edytuj
4	2016-01-04		-	0,00 zł	edytuj

Rys. 15.30 Dodawanie świadczenia (2)

Nowo wprowadzoną pozycję można edytować lub usunąć z listy. Operator systemowy musi wprowadzić przynajmniej jeden produkt jednostkowy dla wnioskowanej hospitalizacji.

Wprowadzono modyfikację sposobu dodawania świadczeń we wniosku kosztowym: oprócz wyboru punktu umowy, konieczne jest również wybranie umowy, z której dany punkt pochodzi. Umożliwia to dodawanie świadczeń na podstawie innej umowy niż jest wskazana we wniosku. Jednak umowa w kosztorysie i wniosku musi dotyczyć tego samego świadczeniodawcy oraz umowa wybrana w kosztorysie musi obowiązywać w dniu wynikającym z daty końca realizacji świadczenia.

Po dodaniu sekcji C. REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH wyświetlone zostaną pozostałe sekcje, w których należy uzupełnić:

- D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZEŃ (innych niż świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania wykazane w sekcji C)
- E. KOSZTY MEDYCZNE HOSPITALIZACJI (poz. 12 + poz. 12a + ... + poz. 13 + poz. 13a + ... + poz. 22) – wyliczana automatycznie
- F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz.23)
- G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz. 23 + poz. 24) – wyliczana automatycznie

Widok okna załącznika kosztowego w wersji elektronicznej (SZOI), odpowiada budowie załącznika kosztowego w formie papierowej.

Opcja **Dodaj koszt** umożliwia dodanie kosztu medycznego świadczenia:

- **Rodzaj kosztu – D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8**
- **Typ świadczenia**
- **Nazwa świadczenia**
- **Liczba świadczeń**
- **Cena jednostkowa**

W przypadku kosztów D6, D7, D8 istnieją następujące zależności:

- **D6. Koszty osobowe personelu medycznego** – można wprowadzić jedynie redefiniowane pozycje bez możliwości ich powielania:
 - „dot. zabiegów na bloku operacyjnym”.
 - „związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym)”.

Dla pozycji tych wymagane jest jedynie podanie sumarycznej wartości kosztów z nimi związanych.
- **D7. Koszty procedur medycznych wykonanych przez podwykonawcę** – dane w ramach tej sekcji są wprowadzane analogicznie jak w sekcjach od D1 do D5.
- **D8. Koszty transportu sanitarnego (niefinansowanego odrębnie)** – dane w ramach tej sekcji są wprowadzane analogicznie jak w sekcjach od D1 do D5 z tą różnicą, że dla danej pozycji podawana jest wartość sumaryczna bez podziału na liczbę i cenę jednostkową.

- Dla pozycji D6 i D8 zablokowano możliwość importu z plików zewnętrznych

Do jednego kosztorysu, może być przypisanych kilka pozycji kosztów.

Nie istnieje jednolity słownik świadczeń medycznych, o których mowa w załączniku kosztowym, wprowadzona została możliwość ręcznego dodawania wpisów odnoszących się do świadczeń medycznych.

W celu wypełnienia listy świadczeń medycznych należy użyć słownika lub wprowadzić wybrany typ świadczenia ręcznie w kolejnym kroku.

Słownik zawiera wszystkie wpisy wprowadzone do tej pory przez świadczeniodawcę. Możliwość wyboru świadczeń ze słownika pojawia się tylko w przypadku, gdy jakiegokolwiek dane zostały już do niego wprowadzone.

**(1) Edycja kosztorysu -
Załącznik kosztowy**

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU: [zwiń](#)

1. Numer wniosku
6-15-11-0000342-6

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA: [zwiń](#)

2. Zakres świadczeń, w którym rozliczane jest świadczenie
03.4261.050.02

3. Cena za punkt
4,50 zł

4. Data od
2011-11-20

5. Data do
2011-11-21

6. Osobodni
1

C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH:

C1. edytuj usun [zwiń](#)

7. Umowa i zakres świadczeń, w którym rozliczane jest świadczenie
15-00-05038-11-14, 03.4261.050.02 (**wymaga edycji**)

8. Cena za punkt
4,50 zł

9. Data od
2011-11-20

10. Data do
2011-11-21

11. Osobodni
1

C1.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)

lp.	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN
1.	5.53.01.0001493	DIAGNOSTYKA POTENCJALNEGO DAWCY I POBRANIE OBU NEREK I TRZUSTKI W PRZYPADKU POBRANIA WIELONARZĄDOWEGO (NERKI, TRZUSTKA I TRZY INNE NARZĄDY)	1	360,00 zł
12. Suma:				360,00 zł

C1.2 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA ROZLICZANYCH WEDŁUG SKALI TISS-28 LUB TISS-28 DLA DZIECI

dzień pobytu	Kod produktu jednostkowego określający liczbę pkt w skali TISS-28 / TISS-28 dla dzieci	Wartość w PLN
1.	5.53.01.0004018 LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI - OCENA WG SKALI TISS-28 DLA DZIECI - 18 PKT	73,53 zł
13. Suma:		73,53 zł

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZEŃ (innych niż świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania wykazane w sekcji C)

Brak kosztów medycznych świadczeń

E. KOSZTY MEDYCZNE HOSPITALIZACJI (poz. 12 + poz. 12a + ... + poz. 13 + poz. 13a + ... + poz. 22)

23. Wartość w zł: 433,53

F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz.23)

24. Wartość w zł:

G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz. 23 + poz. 24)

25. Wartość w zł: 433,53

Rys. 15.31 Dodawanie świadczenia (dla umów 03/8 (umowy PSZ) dodatkowo w sekcji G wyświetlana jest wartość punktowa)

Opcja **Dodaj import** umożliwia import kosztów medycznych świadczeń z pliku. Import jest dostępny w przypadku kosztów oznaczonych, jako D1-D5 oraz D7. Z uwagi na specyfikę kosztów typu D6 i D8 w chwili obecnej nie ma możliwości ich importowania z pliku CSV.

W pierwszej kolejności operator musi wybrać odpowiednią sekcję D1-D5 lub D7, a następnie wskazać plik do importu. **Możliwy do zaimportowania jest wyłącznie plik o rozszerzeniu CSV.**

Zasada budowy pliku jest następująca:

- Kolumny:
 - nazwa (reprezentowana, jako tekst od 1 do 250 znaków),
 - liczba (reprezentowana, jako liczba bez części dziesiętnych),
 - cena jednostkowa (reprezentowana, jako liczba dziesiętna z dwoma miejscami po przecinku).
- Końce linii:
 - poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii, Plik nie może zawierać pustych linii (za wyjątkiem ostatniej linii pliku, która może być pusta).
- Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - znakiem średnika,
 - tabulatorem.
 Separator jest stały dla całego importowanego pliku (każda linia zawiera taki sam separator).

4. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy:
- wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy,
 - aby w treści pola umieścić cudzysłów należy wpisać znak cudzysłowu dwukrotnie, całą w cudzysłowy.
- Wypełnianie wniosku w części D1-D5 lub D7 za pomocą importu danych z pliku będzie przebiegać w trzech etapach. Należą do nich:
- etap wczytywania pliku w ramach ustalonej przez użytkownika sekcji D1-D5 lub D7
 - etap importu pliku do danej sekcji, ustalonej na etapie wczytywania pliku,
 - etap zatwierdzenia pozycji zaimportowanych.

Etap wczytywania pliku

Plik w momencie wczytywania jest walidowany pod kątem zgodności z powyższymi założeniami. W przypadku niezgodności jest on odrzucany, a użytkownik informowany o występującej anomalii. Po poprawnym wczytaniu plik jest wprowadzany na listę w odpowiedniej sekcji D1 – D5. W ramach operacji wczytywania pliku operator będzie miał możliwość:

- wczytania jednego pliku dla danej sekcji D1 – D5 lub D7
- zmiany sekcji dla wczytanego i nie zaimportowanego pliku (opcja **Zmień typ**)

W związku z punktem (a) możliwość zmiany sekcji z punktu (b) jest ograniczona tylko do sekcji, które nie posiadają żadnych wczytanych wcześniej plików.

Etap importu pliku

Proces importu wykonywany jest po użyciu operacji **Importuj**.

Wpisy, które zostały zaimportowane z pliku zostaną wyróżnione kolorem szarym oraz statusem niezatwierdzone. Oznacza to, że zostały wczytane do kosztorysu, ale nie zostały zatwierdzone przez użytkownika.

Do momentu zatwierdzenia danego świadczenia medycznego (opcja **Zatwierdź**) nie będzie ono widoczne do wyboru w słowniku świadczeń medycznych.

Po zatwierdzeniu danego świadczenia medycznego, zostanie ono oznaczona informacją zatwierdzone, wyróżnienie na liście zniknie, a dane świadczenie będzie widoczne do wyboru w słowniku świadczeń dla innych wniosków tego samego Świadczeniodawcy.

Kosztorys można zapisać wraz z niezatwierdzonymi świadczeniami (świadczenia o statusie „niezatwierdzone”). Jednak nie będzie możliwe zatwierdzenie wniosku, dla którego kosztorys zawiera zaimportowane, ale niezatwierdzone świadczenia.

Etap zatwierdzania

Zatwierdzenie pozycji jest operacją nieodwracalną. Po jej wykonaniu pozycja zostanie wprowadzona do słownika i będzie widoczna we wszystkich wnioskach danego Świadczeniodawcy. Opcja **Zatwierdź wszystkie** umożliwia zatwierdzenie wszystkich niezatwierdzonych pozycji pliku, z wyłączeniem tych, które zostały przez użytkownika usunięte.

Usunięcie całego pliku importu (opcja **Usuń wszystkie**) umożliwia usunięcie wszystkich niezatwierdzonych pozycji z pliku, z wyłączeniem tych, które zostały przez użytkownika usunięte.

W trzecim etapie należy podać **Koszty pozamedyczne świadczenia**. Jeżeli wnioskowany koszt świadczenia jest większy od całkowitego kosztu świadczenia zawartego w kosztorysie (lub odwrotnie), system zgłosi następujący komunikat ostrzegawczy:



Rys. 15.32 Dodawanie - Koszty medyczne świadczenia – Komunikat ostrzegawczy

Uwaga:

Załącznik kosztowy może zostać zapisany również w przypadku, gdy kwota wnioskowana różni się od kwoty wynikającej z kosztorysu. Informacja o niezgodności jest tylko ostrzeżeniem dla użytkownika.

Nie ma możliwości zatwierdzania wniosku, dla którego wykryto niezgodność kwoty wniosku i kwoty wykazanej na kosztorysie. W celu zatwierdzenia wniosku konieczne jest doprowadzenie do sytuacji, w której kwota wnioskowania i kwota wykazywana na kosztorysie są sobie równe.

W ostatnim etapie należy zatwierdzić podsumowanie wcześniej wprowadzonych danych.

Nowo dodany kosztorys zostanie przypisany do wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń. Dla wniosku, który ma już przypisany kosztorys, w kolumnie *Operacje* dostępne są dwie dodatkowe opcje:

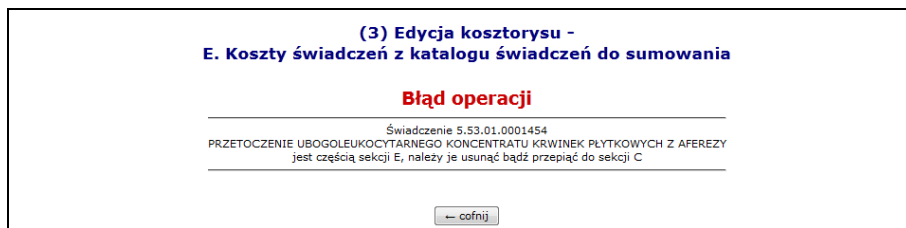
- **Edytuj kosztorys** – modyfikacja kosztorysu
- **Usuń kosztorys** – usunięcie kosztorysu

Dla wniosków o statusie **Wprowadzony (kosztorys wymaga edycji)** wymagane jest, by zmodyfikować kosztorys.

6-15-11-0000194-6	15-00-05038-11-14	Imię: ADAM Nazwisko: ADAM NPWZ:	Typ ident.: PESEL Ident.: 0000000000 Imię: JÓZEF Nazwisko: ADAM	wprow.: 2012-01-26	wprowadzony (kosztorys wymaga edycji)	104	podgląd edytuj anuluj zatwierdź edytuj kosztorys
-------------------	-------------------	---------------------------------------	--	--------------------	--	-----	--

Oznacza to, że operator musi przenieść wartości z sekcji E do sekcji C przy pomocy opcji *przepnij* lub *usunąć dane świadczenia*.

Jeżeli świadczenie nie zostanie przepięte lub usunięte po wybraniu opcji **Dalej →** pojawi się komunikat błędu:



Rys. 15.33 Edycja kosztorysu – sekcja E

Nie można zatwierdzić kosztorysu do czasu przepięcia/usunięcia świadczeń.

15.3.10 Potwierdzenie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Potwierdź** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia potwierdzenie wniosku.

Uwaga!



Należy pamiętać, że operacja potwierdzenia wniosku jest operacją nieodwracalną. Po potwierdzeniu wniosku nie będzie możliwa edycja danych. W związku z tym należy zwrócić szczególną uwagę podczas wykonywania tej operacji. Zatwierdzenie wniosku jest możliwe dopiero po wprowadzeniu do systemu załącznika kosztowego dla tego wniosku (o ile jest on wymagany).

Podczas operacji zatwierdzania wniosku wymagane jest podanie **Daty wystawienia wniosku**. Opcja pozwala na potwierdzenie wykonania zatwierdzenia wniosku.

W przypadku próby zatwierdzenia wniosku w kategoriach 6104 - 6107, dla którego istnieje inny wniosek z wydaną już zgodą dla tego samego pacjenta, w pokrywającym się okresie wnioskowania u tego samego świadczeniodawcy, przy próbie zatwierdzenia wniosku pojawi się komunikat:

Błąd operacji!

Brak możliwości potwierdzenia wniosku z powodu istnienia zgody finansowej dla pacjenta we wnioskowanym okresie. Zgoda została wydana dla wniosku ... typu...

W przypadku próby zatwierdzenia wniosku o zgodę w kategorii 6102, dla którego w momencie wprowadzenia w ramach dwóch wykazanych hospitalizacji wskazano dane różnych grup JGP lub różnych świadczeń, przy próbie zatwierdzenia wniosku pojawi się komunikat:

Błąd operacji!

Grupa JGP (pole E3) odnosząca się do świadczenia podstawowego różni się od grupy JGP (pole F3) odnoszącej się do świadczenia poprzedniego. Wniosek w kategorii 6102 wymaga podania takiej samej grupy JGP w przypadku obu hospitalizacji.

Analogiczny komunikat pojawia się w przypadku próby zatwierdzenia wniosku 6102, dla którego, w ramach dwóch wykazanych hospitalizacji wskazano dane różnych świadczeń, lub jednego świadczenia i jednej grupy JGP.

15.3.11 Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Anuluj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia anulowanie wniosku w sytuacji, gdy wniosek został błędnie wprowadzony.

Rezygnacja z rozpatrywania wniosku przekazana przez Świadczeniodawcę ma charakter nieodwracalny.

Po wybraniu opcji **Anuluj** wyświetlona zostanie karta anulowania wniosku, gdzie należy potwierdzić anulowanie opcją . Wniosek zyskuje status anulowany.

Anulowanie wniosku

Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	
Typ wniosku:	102 - Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż 14 dni
Nr wniosku:	6-15-12-0000056-9
Status:	wprowadzony
Krotność wnioskowania:	Wnioskowanie po raz pierwszy
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	
Nazwa:	IMPESA
Numer umowy:	15-00-05427-12-01
Zakres świadczeń:	03.4551.031.02 CHIRURGIA PLASTYCZNA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA PLANOWA
Lekarz wnioskujący:	IMIE NAZWISKO
Dane świadczeniobiorcy	
Imię:	
Nazwisko:	
Identyfikator:	Identyfikator NN Data urodzenia: <input type="text"/> Płeć: K
Anulowanie wniosku jest nieodwracalne!	
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>	

Rys. 15.34 Anulowanie wniosku

Operacja anulowania wniosku dostępna jest do czasu aż wniosek nie otrzyma statusu *Wydanie zgody*. Podstawą takiej rezygnacji jest przesłanie przez świadczeniodawcę stosownego pisma do OW NFZ, który po otrzymaniu takiego dokumentu ma możliwość anulowania wniosku zgodnie z otrzymaną rezygnacją.

15.3.12 Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń oraz kosztorysu

Opcja **Wydruk** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wydrukowanie potwierdzonego wniosku. Papierową wersję wniosku należy przekazać tradycyjną drogą (np. poprzez pocztę) do właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ celem jego rozpatrzenia.

Opcja **Wydruk kosztorysu** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wydrukowanie potwierdzonego kosztorysu.

Szablony wydruków dla wniosków o zgodę na rozliczanie świadczeń zostały wykonane na podstawie załączników do Zarządzenia Nr 95/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2018 r. w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych.

15.3.13 Tworzenie kopii wniosku

Uwaga! Od września 2020r. dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ funkcjonalność kopiowania wniosków została wyłączona. Wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń należy wprowadzać w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl/>

Opcja **Kopiuj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia utworzenie kopii wniosku.



Uwaga!

Operacja kopiowania wniosku jest dostępna dla wniosku o statusie: wydanie zgody, brak zgody i anulowany.

Wniosek taki będzie posiadał nowy identyfikator, natomiast pozostałe dane będą analogiczne jak we wniosku źródłowym. Dostępne będą dla niego operacje takie jak w przypadku wniosku wprowadzonego.

15.4 Wnioski na indywidualne rozliczane świadczeń typu 7

Uwaga! Od września 2020r. dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ funkcjonalność dodawania wniosków w systemie SZOI została wyłączona. Wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń należy wprowadzać w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl/>

Uprawnienia do aplikacji nadaje administrator systemów centralnych (patrz: [Zarządzanie systemami centralnymi – Systemy centralne](#)) w aplikacji KAAS-MGR <https://dt.nfz.gov.pl>

Świadczeniodawcy z Podlaskiego OW NFZ w Portalu SZOI będą obsługiwać jedynie wnioski wprowadzone w SZOI przed 1 września 2020r.

Dla pozostałych świadczeniodawców planowane jest zablokowanie funkcjonalności od dnia 1 listopada 2020r.

15.4.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków

Aby operator SZOI (osoba działająca w imieniu świadczeniodawcy) mógł dokonywać operacji związanych z obsługą wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych konieczne jest zdefiniowanie dla niego odpowiednich uprawnień.

Uprawnienia te są definiowane z poziomu menu *Administrator -> Operatorzy*.

W systemie wyróżniono następujące uprawnienia dedykowane dla obsługi wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń:

- ✓ Zgody indywidualne anulowanie wniosku – pozwalające na anulowanie wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Zgody indywidualne edycja wniosku – pozwalające na modyfikację danych wprowadzonych do wniosku,

- ✓ Zgody indywidualne potwierdzenie wniosku – pozwalające na potwierdzenie wniosku przez pracownika merytorycznego OW NFZ,
- ✓ Zgody indywidualne przeglądanie wniosków – pozwalające na przeglądanie listy wniosków,
- ✓ Zgody indywidualne wprowadzanie wniosku – pozwalające na rejestrację wniosku przez świadczeniodawcę.

Powiązanie typów zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych z typami umów przedstawiono w poniższej tabeli.

ZGODA		TYP UMOWY
TYP	KOD	NAZWA
7201	03/6	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE
7201	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
7202	03/6	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE
7202	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
7203	03/6	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE
7203	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
7204	03/6	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE
7204	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
7205	03/6	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE
7205	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)
7207	03/6	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE
7207	03/8	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZEŃ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)

Dostępność zawartości słowników używanych we wnioskach wysokospecjalistycznych, w ramach których wykazywane są świadczenia z podziałem na:

- 1 – wariant
- 2 – podwariant
- 3 – hospitalizacja
- 4 – produkty rozliczeniowe
- 5 – świadczenia gwarantowane

zależy od ustawień konfigurowalnych w systemie CZS w Centrali NFZ i przekazywanych do OW NFZ za pośrednictwem komunikatu PROD-J.

15.4.2 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń typu 7

Po wybraniu menu [Pacjent > Świadczenia rozliczane indywidualnie > Lista wniosków](#) możliwa jest kompleksowa obsługa wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń.

**Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 7
(wysokospecjalistycznych i dawniej wysokospecjalistycznych)**

[Dodawanie wniosku](#)

Nr wniosku: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Typ wniosku: Status: Data operacji:

Rodzaj świadczeń: Zakres świadczeń: Rodzaj dokumentu: Status dokumentu:

Pokazuj na liście wnioski o statusie **anulowany**

Pokazuj na liście tylko wnioski posiadające **wezwanie do uzupełnienia**

Wnioski, dla których, od momentu wezwania świadczeniodawcy do uzupełnienia minęło co najmniej 3 dni kalendarzowe

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	7-15-2()	15-0()	18 Imię: IMIE Nazwisko: NAZWISKO NPWZ: ()	Typ ident.: Identyfikator NN Ident.: 11111-1111-NN	wprow.: 2020-05-26	wprowadzony	201	podgląd historia zmian edytuj wniosek dodaj kosztorys anuluj
2.	7-15- ()	15-00- ()	21 Imię: JAN Nazwisko: () NPWZ: ()	Typ ident.: Identyfikator NN Ident.: 11111-1111-NN	wprow.: 2020-05-22 przek. do uzup.: 2020-05-25	do uzupełnienia	207	podgląd historia zmian wezwanie do uzup. uzupełnij wniosek

Rys. 15.35 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 7

W kolumnie *Operacje** znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranego wniosku
edytuj wniosek	Pozwala na modyfikację informacji w wybranym wniosku
edytuj kosztorys	Pozwala na modyfikację informacji w wybranym kosztorysie
zatwierdź	Pozwala na zatwierdzanie wniosku
anuluj	Pozwala na anulowanie wniosku
dodaj kosztorys	Pozwala na wprowadzenie kosztorysu do wniosku
usuń kosztorys	Pozwala na usunięcie kosztorysu
wydruk wniosku	Pozwala na wydrukowanie wniosku
wydruk kosztorysu	Pozwala na wydrukowanie kosztorysu
wezwanie do uzup.	Pozwala na podgląd wezwania do uzupełniania
uzupełnij wniosek	Pozwala na uzupełnianie wniosku
uzupełnij kosztorys	Pozwala na uzupełnianie kosztorysu
przyjęcie	Pozwala na przyjęcie wniosku
kopiuj	Pozwala na kopiowanie wniosku

* - dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ od września 2020r. operacje edycji dostępne będą tylko dla wniosków wprowadzonych przed 1 września.

15.4.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Uwaga! Od września 2020r. dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ funkcjonalność dodawania wniosków w systemie SZOI została wyłączona. Wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń należy wprowadzać w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl/>

Rejestracja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwa po wybraniu opcji

[Dodawanie wniosku wysokospecjalistycznego](#)

na liście wniosków.

Na wstępie należy wybrać typ rejestrowanego wniosku

We wnioskach konieczne jest wskazywanie kodów wariantów i podwariantów świadczeń. Będą one wybierane ze zbioru umieszczonego w załączniku 1w/1ws do zarządzenia.

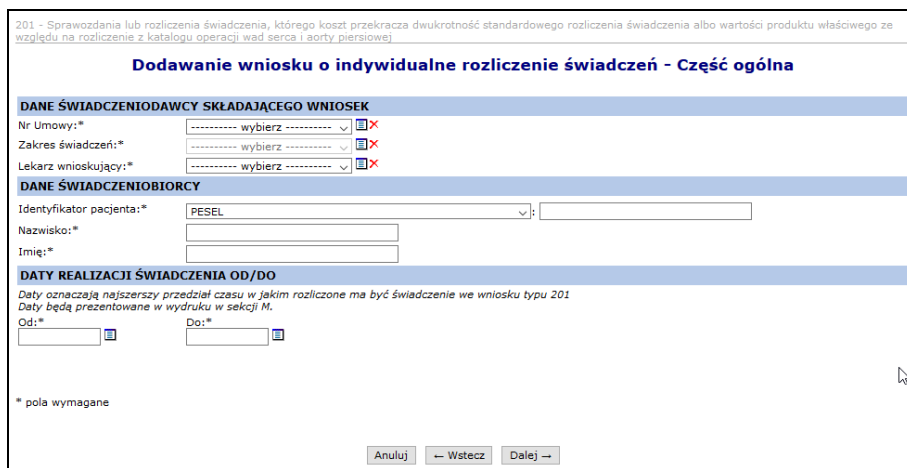
15.4.3.1 Dodawanie wniosku o typie 201 oraz 207

Wniosek 201: Sprawozdania lub rozliczenia świadczenia, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia albo wartości produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu operacji wad serca i aorty piersiowej

Wniosek 207: Sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci

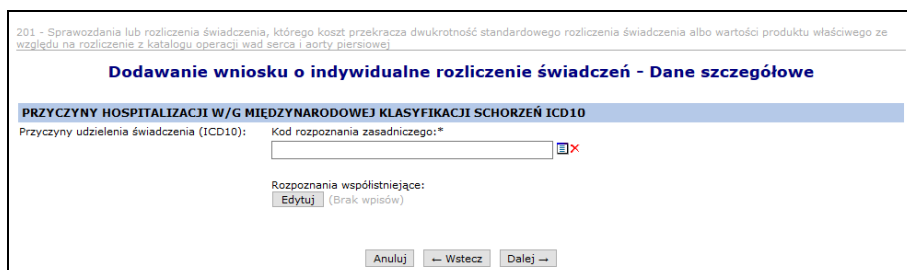
W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, lekarz wnioskujący
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Daty realizacji świadczenia od/do: Daty oznaczają najszerszy przedział czasu, w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 201/207.
 Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N. Data końca realizacji świadczenia nie może być późniejsza niż data końca umowy.



Rys. 15.36 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Część ogólna (typ wniosku 201/207)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe: Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego (pole obowiązkowe), rozpoznanie współistniejące (jest to pole opcjonalne, istnieje możliwość dodania maksymalnie dwóch wpisów)



Rys. 15.37 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe (typ wniosku 201/207)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia:

- kod zakresu świadczenia – uzupełniany automatycznie na podstawie kodu zakresu z sekcji B.
- kod wariantu świadczenia – wybierany ze słownika – wymagany,
- kod podwariantu świadczenia – 1-8 kodów – wybierany ze słownika – opcjonalny,
- data początku świadczenia - musi być równa dacie początku rozliczenia świadczenia
- data końca świadczenia - nie może być późniejsza niż data końca rozliczenia świadczenia

201 - Sprawozdania lub rozliczenia świadczenia, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia albo wartości produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu operacji wad serca i aorty piersiowej

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Świadczenie

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA

Kod zakresu świadczenia
03.4605.033.02 PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWKI MITRALNEJ U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA

Kod wariantu świadczenia

Kody podwariantów świadczenia - maksimum 8

Data realizacji świadczenia
Data początku
Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

(Brak wpisów)

PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA

5.54.01.0000005 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE/ ŚRODKI PŁATNIKA (NFZ) - DLA ZAKRESÓW: 03.4659.033.02, 03.4601.033.02, 03.4603.033.02, 03.4605.033.02

Rys. 15.38 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Świadczenie (typ wniosku 201)

Wymagane jest również wybranie co najmniej jednej z procedur medycznych, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia.

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia. Dla wniosku 207 dodatkowo wymagane jest uzupełnienie pola K - wartość wnioskowanego kosztu świadczenia (dla wniosku 201 kwota ta przypisywana jest automatycznie przy wprowadzaniu załącznika kosztowego)

Daty w sekcji M - *Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

M. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE

Data początku	2020-05-01
Data końca	2020-05-17

Rys. 15.39 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie (typ wniosku 201)

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

K. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA
 Wnioskowany koszt świadczenia (budżet):* PLN

M. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE
 Data początku: 2020-05-01
 Data końca: 2020-05-17

Rys. 15.40 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie (typ wniosku 207)

W ostatnim kroku wyświetla się *Podsumowanie* wniosku. Wniosek przyjmuje status Wprowadzony po kliknięciu w *Zatwierdź*. Na tym etapie można powrócić za pomocą opcji do poprzednich formularzy w celu zmiany wprowadzonych danych.

15.4.3.2 Dodawanie wniosku o typie 202

Wniosek 202: Sprawozdania lub rozliczenia wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, lekarz wnioskujący
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Daty realizacji świadczenia od/do: Daty oznaczają najszerzy przedział czasu, w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 202. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N. Data końca realizacji świadczenia nie może być późniejsza niż data końca umowy.

202 - Sprawozdania lub rozliczenia wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Część ogólna

DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nr Umowy:*

Zakres świadczeń:*

Lekarz wnioskujący:*

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Identyfikator pacjenta:*

Nazwisko:*

Imię:*

DATY REALIZACJI ŚWIADCZENIA OD/DO

Daty oznaczają najszerzy przedział czasu w jakim rozliczone ma być świadczenie we wniosku typu 202. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M.

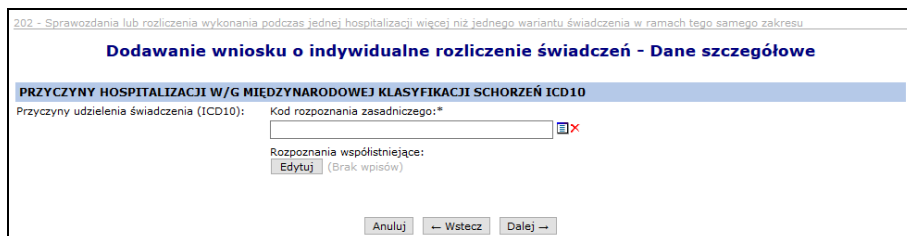
Od:* Do:*

* pola wymagane

Rys. 15.41 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Część ogólna (typ wniosku 202)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące



Rys. 15.42 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe (typ wniosku 202)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia:

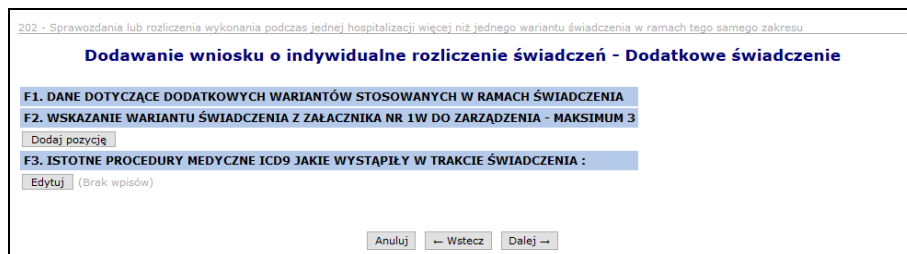
- kod zakresu świadczenia – uzupełniany automatycznie na podstawie kodu zakresu z sekcji B.
- kod wariantu świadczenia – wybierany ze słownika – wymagany,
- kod podwariantu świadczenia – 1-8 kodów– wybierany ze słownika – opcjonalny,
- data początku świadczenia -musi być równa dacie początku rozliczenia świadczenia
- data końca świadczenia - nie może być późniejsza niż data końca rozliczenia świadczenia

Wymagane jest również wybranie, co najmniej jednej z procedur medycznych, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia.



Rys. 15.43 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Świadczenie (typ wniosku 202)

W kolejnym kroku świadczeniodawca wskazuje *wariant świadczenia z załącznika nr 1w do zarządzenia* (od 1 do 3 pozycji wybieranych ze słownika). Następnie wskazuje istotne procedury medyczne ICD9, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia (od 1 do 8 pozycji wybieranych ze słownika).



Rys. 15.44 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dodatkowe świadczenie (typ wniosku 202)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia oraz wnioskowanego kosztu świadczenia (budżet) – te pola nie mogą być puste.

Daty w sekcji M - *Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

Rys. 15.45 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie (typ wniosku 202)

W ostatnim kroku wyświetla się Podsumowanie wniosku. Wniosek przyjmuje status Wprowadzony po kliknięciu w Zatwierdź. Na tym etapie można powrócić za pomocą opcji do poprzednich formularzy w celu zmiany wprowadzonych danych.

15.4.3.3 Dodawanie wniosku o typie 203

Wniosek 203: Sprawozdania lub rozliczenia wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, lekarz wnioskujący
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Daty realizacji świadczenia od/do: Daty oznaczają najszerzy przedział czasu, w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 203. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N. Data końca realizacji świadczenia nie może być późniejsza niż data końca umowy.

Rys. 15.46 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Część ogólna (typ wniosku 203)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące

Rys. 15.47 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe (typ wniosku 203)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia:

- kod zakresu świadczenia – uzupełniany automatycznie na podstawie kodu zakresu z sekcji B.
- kod wariantu świadczenia – wybierany ze słownika – wymagany,
- kod podwariantu świadczenia – 1-8 kodów– wybierany ze słownika – opcjonalny,
- data początku świadczenia -musi być równa dacie początku rozliczenia świadczenia
- data końca świadczenia - nie może być późniejsza niż data końca rozliczenia świadczenia

Wymagane jest również wybranie, co najmniej jednej z procedur medycznych, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia.

Rys. 15.48 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Świadczenie (typ wniosku 203)

Kolejnym etapem jest wprowadzenie **danych dotyczących świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów**. (Możliwe jest wprowadzenie od 1 do 3 zakresów, wymagane jest podanie co najmniej 1)

Rys. 15.49 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Świadczenie dla wielu zakresów

(typ wniosku 203)

Dla każdego z zakresów, które zostały wybrane w poprzednim kroku świadczeniodawca uzupełnia:

- Kod wariantu świadczenia
- Kody podwariantów świadczenia

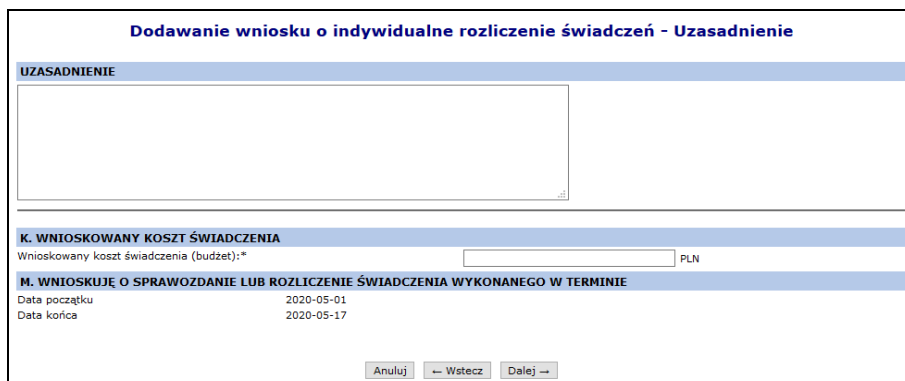
Oraz istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia.




Rys. 15.50 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Specyfikacja zakresów świadczeń
 (typ wniosku 203)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia oraz wnioskowanego kosztu świadczenia (budżet) – te pola nie mogą być puste.

Daty w sekcji M - *Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.



Rys. 15.51 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie
 (typ wniosku 203)

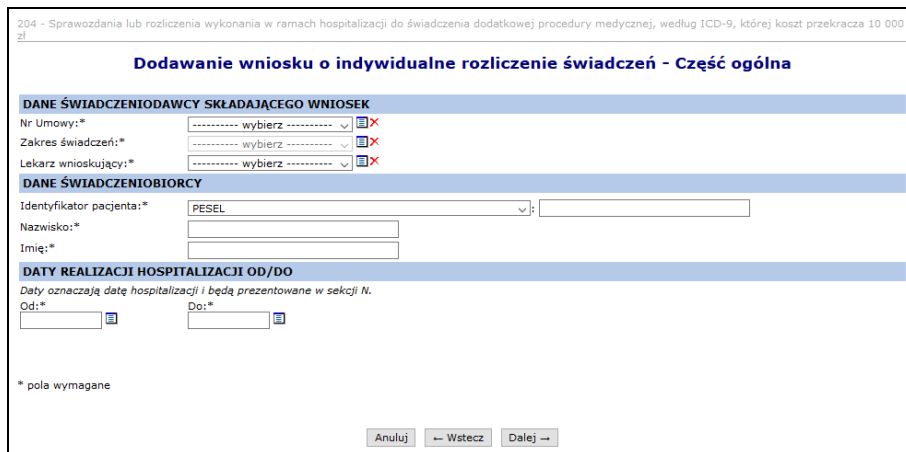
W ostatnim kroku wyświetla się *Podsumowanie* wniosku. Wniosek przyjmuje status Wprowadzony po kliknięciu w *Zatwierdź*. Na tym etapie można powrócić za pomocą opcji  do poprzednich formularzy w celu zmiany wprowadzonych danych.

15.4.3.4 Dodawanie wniosku o typie 204

Wniosek 204: **Sprawozdania lub rozliczenia wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł**

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

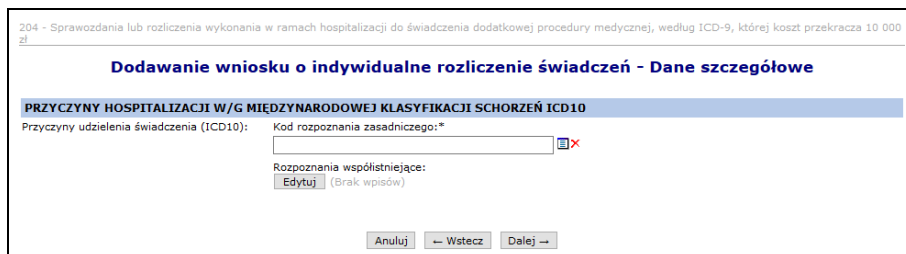
- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, lekarz wnioskujący
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Daty realizacji świadczenia od/do: Daty oznaczają najszerzy przedział czasu, w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 204. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N. Data końca realizacji świadczenia nie może być późniejsza niż data końca umowy.



Rys. 15.52 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna (typ wniosku 204)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące



Rys. 15.53 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – dane szczegółowe (typ wniosku 204)

Następnie, należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia:

- kod zakresu świadczenia – uzupełniany automatycznie na podstawie kodu zakresu z sekcji B.
- kod wariantu świadczenia – wybierany ze słownika – wymagany,
- kod podwariantu świadczenia – 1-8 kodów– wybierany ze słownika – opcjonalny,
- data początku świadczenia -musi być równa dacie początku rozliczenia świadczenia
- data końca świadczenia - nie może być późniejsza niż data końca rozliczenia świadczenia

Wymagane jest również wybranie, co najmniej jednej z procedur medycznych, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia.

204 - Sprawozdania lub rozliczenia wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Świadczenie

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA

Kod zakresu hospitalizacji do świadczenia
 03.4603.233.02 PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 10 Z POWIKŁANIAM I CHOROZAMI WSPÓLISTNIEJĄCYMI

Kod zakresu świadczenia
 03.4603.033.02 PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA

Kod wariantu świadczenia

Kody podwariantów świadczenia - maksimum 8

Data realizacji świadczenia
 Data początku
 Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH
 (Brak wpisów)

PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA

5.54.01.0000005
 5.54.01.0000005 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE/ ŚRODKI PŁATNIKA (NFZ) - DLA ZAKRESÓW: 03.4659.033.02, 03.4601.033.02, 03.4603.033.02, 03.4605.033.02

Rys. 15.54 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Świadczenie (typ wniosku 204)

Świadczeniodawca uzupełnia **dane dotyczące rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD 9 zrealizowanej, po wykonaniu świadczenia** (od 1 do 2 procedur, wymagane podanie co najmniej 1) **Data wykonania dodatkowej procedury medycznej** musi wystąpić poza przedziałem wynikającym z dat początku i końca świadczenia (sekcja E1), jednocześnie musi mieścić się w przedziale dat rozliczenia hospitalizacji (sekcja O).

Lista świadczeń hospitalizacji do świadczenia dla zakresów świadczeń:

Kod świadczenia	Nazwa świadczenia hospitalizacji
5.54.01.0000030	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 7
5.54.01.0000041	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 8
5.54.01.0000051	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 9 > 17 r.ż.
5.54.01.0000052	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 9 > 17 r.ż. z IZW
5.54.01.0000055	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 9 < 18 r.ż.
5.54.01.0000056	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 9 < 18 r.ż. z IZW
5.54.01.0000060	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 10
5.54.01.0000061	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 10 z powikłaniami i chorobami współistniejącymi
5.54.01.0000064	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 11
5.54.01.0000065	hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 11 z powikłaniami * lub < 1 r.ż.

Dane dotyczące hospitalizacji do świadczenia uzupełniane są jako kod świadczenia wybierany z listy. Informacja nie będzie drukowana w szablonie wniosku, ale zostanie przepisana do kosztorysu.

204 - Sprawozdania lub rozliczenia wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Rozliczenie dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 po wykonaniu świadczenia

H. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZENIA DODATKOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ WG ICD-9 ZREALIZOWANEJ PO WYKONANIU ŚWIADCZENIA

Edytuj (Brak wpisów)

Data wykonania dodatkowej procedury medycznej:

DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 15.55 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Rozliczenie dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 po wykonaniu świadczenia (typ wniosku 204)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia. Dedykowane pola *Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

W ostatnim kroku wyświetla się Podsumowanie wniosku. Wniosek przyjmuje status Wprowadzony po kliknięciu w Zatwierdź. Na tym etapie można powrócić za pomocą opcji do poprzednich formularzy w celu zmiany wprowadzonych danych.

Kwota wnioskowanego kosztu świadczenia zostanie przypisana automatycznie przy wprowadzeniu załącznika kosztowego.

15.4.3.5 Dodawanie wniosku o typie 205

Wniosek 205: Sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczenia, które nie zostało ujęte w załącznikach 1w/1ws, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia

W pierwszym kroku dodawania wniosku – w części ogólnej należy wprowadzić następujące dane:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, lekarz wnioskujący
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Daty realizacji świadczenia od/do: Daty oznaczają najszerszy przedział czasu, w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 205. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N. Data końca realizacji świadczenia nie może być późniejsza niż data końca umowy.

205 - Sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczenia, które nie zostało ujęte w załącznikach 1w/1ws, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Część ogólna

DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nr Umowy:*

Zakres świadczeń:*

Lekarz wnioskujący:*

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Identyfikator pacjenta:* PESEL :

Nazwisko:*

Imię:*

DATY REALIZACJI ŚWIADCZENIA OD/DO

Daty oznaczają najszerszy przedział czasu w jakim rozliczone ma być świadczenie we wniosku typu 205. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M.

Od:* Do:*

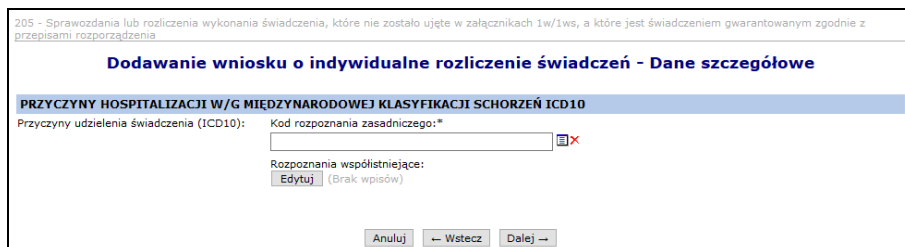
* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 15.56 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Część ogólna (typ wniosku 205)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące



Rys. 15.57 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe (typ wniosku 205)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia:

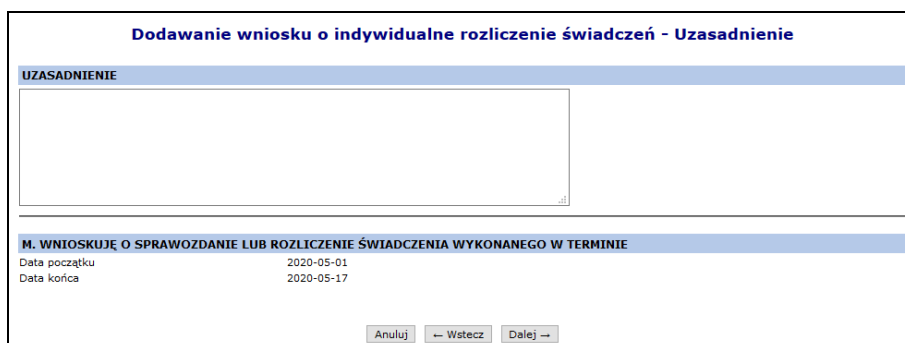
- kod zakresu świadczenia – uzupełniany automatycznie na podstawie kodu zakresu z sekcji B.
- kod wariantu świadczenia – wybierany ze słownika – wymagany,
- kod podwariantu świadczenia – 1-8 kodów– wybierany ze słownika – opcjonalny,
- data początku świadczenia -musi być równa dacie początku rozliczenia świadczenia
- data końca świadczenia - nie może być późniejsza niż data końca rozliczenia świadczenia

Wymagane jest również wybranie, co najmniej jednej z procedur medycznych, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia.

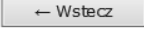


Rys. 15.58 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Świadczenie gwarantowane (typ wniosku 205)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia, natomiast daty z pola *Wnioskuje o rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.



Rys. 15.59 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - Uzasadnienie
(typ wniosku 205)

W ostatnim kroku wyświetla się *Podsumowanie* wniosku. Wniosek przyjmuje status *Wprowadzony* po kliknięciu w *Zatwierdź*. Na tym etapie można powrócić za pomocą opcji  do poprzednich formularzy w celu zmiany wprowadzonych danych.

Kwota wnioskowanego kosztu świadczenia zostanie przypisana automatycznie przy wprowadzeniu załącznika kosztowego.

15.4.4 Podstawowe operacje na wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń

Operator może przeglądać dane wprowadzone we wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych po użyciu opcji **Podgląd** (na liście wniosków, w kolumnie *Operacje*). W tym miejscu możliwe jest jedynie przeglądanie informacji znajdujących się we wniosku – operator nie ma możliwości edycji żadnych danych.

Opcja **Edytuj wniosek** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wprowadzenie zmian do wybranego wniosku.

Modyfikacja danych odbywa się w analogiczny sposób jak operacja wprowadzania wniosku (etap dodawania wniosku został opisany we wcześniejszej części dokumentacji).

15.4.5 Uzupelnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

Uzupełnianie wniosku przez świadczeniodawcę możliwe jest po uprzednim przekazaniu przez OW NFZ wezwania uzupełnienia określającego:

- uzasadnienie uzupełnienia wniosku,
- zakres zmian dokumentu wniosku dopuszczalnych podczas jego powtórnej edycji.

Poprzez opcję **Wezwanie do uzupełnienia** Świadczeniodawca ma możliwość podglądu wezwania do uzupełnienia wniosku określonego przez NFZ.

Uzupełnienie wniosku dokonywane jest pomocą przycisków **Uzupelnij wniosek** oraz **Uzupelnij kosztorys**, analogicznie jak w przypadku edycji wniosku i/lub kosztorysu pierwotnego. Podczas uzupełniania wniosku Świadczeniodawca może wykonać jego modyfikacje w zakresie nie większym niż dopuszczalny zakres zmian ustalonych przez Operatora OW NFZ.

Dodatkowo w ramach każdorazowego uzupełnienia wniosku istnieje możliwość wprowadzenia informacji w postaci komentarza. Następnie operator odznacza checkbox *Potwierdzam* i zatwierdza operację.


Uzupełnienie - Podsumowanie

Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń		
Nazwa kolumny	Wniosek przed zmianą	Wniosek po zmianie
Typ wniosku:	207 - Sprawozdanie lub rozliczenie wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci	207 - Sprawozdanie lub rozliczenie wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci
Nr wniosku:	7-15-17-0000036-6	7-15-17-0000036-6
Status:	przekazany do OW NFZ	do uzupełnienia
Data potwierdzenia:	2018-03-14	-
Data wystawienia:	2018-03-14	-
Data odesłania do uzupełnienia:	-	2018-03-14
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek		
Nazwa:	ZAMAAR	ZAMAAR
Numer umowy:	15-00-05570-17-08	15-00-05570-17-08
Zakres świadczeń:	03.4606.033.02	03.4606.033.02
Lekarz wnoszący:		
Dane świadczeniobiorcy		
Imię:		
Nazwisko:		
Identyfikator:		
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10		
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A00 CHOLERA	Rozpoznanie zasadnicze: A00 CHOLERA
	Rozpoznania współistniejące: brak	Rozpoznania współistniejące: brak
DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO		
Kod zakresu:	03.4606.033.02 OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ	03.4606.033.02 OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ
Kod wariantu:	5.54.01.0000042 WARIANT 1 - ZABIEG NA SERCU LUB AORCIE BEZ UŻYCIA LECZNICZEGO ŚRODKA TECHNICZNEGO LUB Z UŻYCIEM LECZNICZEGO ŚRODKA TECHNICZNEGO O WARTOŚCI MNIEJSZEJ OD WARTOŚCI ZASTAWKI MECHANICZNEJ	5.54.01.0000042 WARIANT 1 - ZABIEG NA SERCU LUB AORCIE BEZ UŻYCIA LECZNICZEGO ŚRODKA TECHNICZNEGO LUB Z UŻYCIEM LECZNICZEGO ŚRODKA TECHNICZNEGO O WARTOŚCI MNIEJSZEJ OD WARTOŚCI ZASTAWKI MECHANICZNEJ
Kody podwariantów	5.54.01.0000035 PODWARIANT A - ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM BİOPOMPY	5.54.01.0000035 PODWARIANT A - ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM BİOPOMPY
Lista ICD9	• A ANALITYKA	• A ANALITYKA
Data realizacji świadczenia:	2017-12-20 - 2017-12-20	2017-12-20 - 2017-12-20
Produkt rozliczeniowy:	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE
UZASADNIENIE		
Uzasadnienie	tesdt	tesdt
WNISKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO		
Wnioskowany koszt (budżet):	123,00 zł	123,00 zł
WNISKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE		
Daty sprawozdania lub rozliczenia	2017-12-20 - 2017-12-20	2017-12-20 - 2017-12-20
Wezwanie do uzupełnienia		
Status wezwania:	Przesłany do świadczeniodawcy	
Numer wniosku:	7-15-17-0000036-6	
Numer wezwania:	1	
Data zatwierdzenia wezwania:	2018-03-14	
Uzasadnienie:	s	
Sekcje do uzupełnienia:	<ul style="list-style-type: none"> Dane świadczenia wysokospecjalistycznego podlegającego rozliczeniu (sekcja D, sekcja E) Dane dotyczące uzasadnienia realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja J) Dane dotyczące kosztów świadczenia wysokospecjalistycznego wykazanych we wniosku (sekcja K) Dane dotyczące dat realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja E, sekcja M) Dokumentacja medyczna (do przekazania poza systemem informatycznym) 	
Komentarz świadczeniodawcy:	<div style="border: 1px solid gray; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Potwierdzam dołączenie dokumentacji medycznej poza systemem informatycznym <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="← Wstecz"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>		

Rys. 15.60 Przykładowe okno podsumowania uzupełnienia wniosku

Uzupełnianie wniosku zostanie zakończone zatwierdzeniem uzupełnionego wniosku, analogicznie jak w przypadku zatwierdzenia wniosku pierwotnego:

Zatwierdzenie wniosku (po uzupełnieniu)

WNIOSEK O ZGODĘ NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH	
Typ wniosku:	207 - Sprawozdanie lub rozliczenie wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci
Nr wniosku:	7-15-17-0000036-6
Status:	Do uzupełnienia
Data odesłania do uzupełnienia:	2018-03-14
DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
Nazwa:	ZAMAAR
Numer umowy:	15-00-05570-17-08
Zakres świadczeń:	03.4606.033.02 OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ
Lekarz wnioskujący:	
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY	
Imię:	
Nazwisko:	
Identyfikator:	
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10	
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A00 CHOLERA Rozpoznania współistniejące: brak
Wezwanie do uzupełnienia	
Status wezwania:	W edycji przez świadczeniodawcę
Numer wniosku:	7-15-17-0000036-6
Numer wezwania:	1
Data zatwierdzenia wezwania:	2018-03-14
Uzasadnienie:	s
Sekcje do uzupełnienia:	<ul style="list-style-type: none"> • Dane świadczenia wysokospecjalistycznego podlegającego rozliczeniu (sekcja D, sekcja E) • Dane dotyczące uzasadnienia realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja J) • Dane dotyczące kosztów świadczenia wysokospecjalistycznego wykazanych we wniosku (sekcja K) • Dane dotyczące dat realizacji wnioskowanego świadczenia (sekcja E, sekcja M) • Dokumentacja medyczna (do przekazania poza systemem informatycznym)
Data wystawienia wniosku:*	2018-03-14 
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>	

Rys. 15.61 Przykładowe okno zatwierdzania wniosku (po uzupełnieniu)

15.4.6 Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania)

Zarządzenie 95/2018/DSOZ mówi, że przypadku niewyrażenia zgody Dyrektora Oddziału Funduszu na realizację wniosku albo wyrażenia zgody na kwotę inną od wnioskowanej, świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia o ponowne jego rozpatrzenie, z wyjątkiem sytuacji, gdy odmowa uwzględnienia wniosku nastąpiła z powodu uchybienia terminu lub innych uchybień formalnych wniosku, leżących po stronie świadczeniodawcy.

W aplikacji SZOI świadczeniodawca ma prawo do ubiegania się o ponowne rozpatrzenie wniosku tylko i wyłącznie w przypadku, gdy w sprawie pierwotnego wniosku podjęto decyzję **brak zgody**.

Prawo do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie wniosku przysługuje Świadczeniodawcy tylko **raz**. Wnioski o ponowne rozpatrzenie są rejestrowane po stronie administracyjnej, po otrzymaniu dokumentu przez OW NFZ w formie pisemnej.

Na liście odwołań i zażaleń prezentowane są tylko te dokumenty, które zostały przekazane przez Świadczeniodawcę drogą pisemną a następnie zarejestrowane (otrzymane) po stronie OW NFZ. Dokumenty te posiadają status **Wprowadzony**.

W przypadku, gdy decyzją było:

- odrzucenie ze względów formalnych,
- wydana zgoda (nawet jeśli daty obowiązywania lub kwota, na którą wydano zgodę są niezgodne z oczekiwanymi Wnioskującego).

wniosek o ponowne rozpatrzenie wniosku należy wystąpić pisemnie, przesyłką poleconą lub w inny sposób, za potwierdzeniem odbioru, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania w formie papierowej decyzji (obsługa poza systemem informatycznym).

15.4.7 Decyzje w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku (odwołania)

Informacja o decyzji podjętej w sprawie odwołania (wniosku o ponowne rozpatrzenie wniosku), jest widoczna na liście odwołań i zażaleń.

Lista odwołań i zażaleń do indywidualnie rozliczanych świadczeń						
Nr wniosku		Zawiera		Szukaj	Zlicz rekordy	
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Typ dokumentu	Data rejestracji dokumentu	Data decyzji	Status
1.	6-15-13-0000037-1	15-00-05427-13-01	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-23	-	Wprowadzony
2.	6-15-13-0000044-4	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-25	2013-04-25 13:10:12	Zaakceptowany
3.	6-15-13-0000045-7	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-25	2013-04-25 09:16:33	Zaakceptowany
4.	6-15-13-0000013-5	15-00-05427-13-01	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-03-25	-	Wprowadzony
5.	6-15-13-0000046-0	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-23	2013-04-25 11:11:39	Zaakceptowany
6.	6-15-13-0000049-9	15-00-05427-13-16	Ponowne rozpatrzenie wniosku	2013-04-26	2013-04-25 11:51:39	Zaakceptowany
7.	6-15-13-0000049-9	15-00-05427-13-16	Zażalenie na decyzje	2013-04-24	2013-04-25 13:06:21	Zaakceptowany
8.	6-15-13-0000046-0	15-00-05427-13-16	Zażalenie na decyzje	2013-04-23	2013-04-25 12:31:17	Odrzucony

Rys. 15.62 Lista odwołań i zażaleń do indywidualnie rozliczanych świadczeń

Statusy wniosków będących przedmiotem procedury odwoławczej:

- oczekujące na decyzję w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku - nie podjęto jeszcze decyzji o ponownym rozpatrzeniu- **status wprowadzony**
- podlegające ponownemu rozpatrzeniu wniosku - pozytywna decyzja o ponownym rozpatrzeniu- **status zaakceptowany**
- niepodlegające ponownemu rozpatrzeniu wniosku -negatywna decyzja o ponownym rozpatrzeniu- **status odrzucony**.

15.4.8 Załącznik kosztowy do wniosku w kategorii 104,105,107

Po dodaniu wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń o typie 201, 204, 205 do systemu, należy jeszcze wprowadzić odpowiedni kosztorys. Można to zrobić przy pomocy opcji **Dodaj kosztorys**.

Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 7 (wysokospecjalistycznych i dawniej wysokospecjalistycznych)									
Dodawanie wniosku									
Nr wniosku		Zawiera		Szukaj	Zlicz rekordy				
Typ wniosku:		Status:		Data operacji:					
201		-- wybierz --		-- wybierz --					
Rodzaj świadczeń:		Zakres świadczeń:		Rodzaj dokumentu:		Status dokumentu:			
----- wybierz -----		----- wybierz -----		-- wybierz --		-- wybierz --			
<input type="checkbox"/> Pokaż na liście wnioski o statusie anulowany <input type="checkbox"/> Pokaż na liście tylko wnioski posiadające wezwania do uzupełnienia <input type="checkbox"/> Wnioski, dla których, od momentu wezwania świadczeniodawcy do uzupełnienia minęło co najmniej 3 dni kalendarzowe									
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje	
1.	7-15-	15-0-	08	Imię: IMIE Nazwisko: NAZWISKO NPWZ:	Typ ident.: Identyfikator NN Ident.:	wprow.: 2020-05-26	wprowadzony	201	pogląd historia zmian edytuj wniosek dodaj kosztorys anuluj

Rys. 15.63 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

W pierwszym etapie przy pomocy opcji **Dodaj świadczenie**, operator systemu musi uzupełnić dane realizacji, tzn. uzupełnić punkt umowy oraz daty początku i końca realizowanego świadczenia.

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU:		
1. Numer wniosku 7-15-15-0000072-6		zwróć
B. TERMIN REALIZACJI WIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO:		
2. Zakres świadczenia wysokospecjalistycznego: 03.4654.033.02		3. Wartość świadczenia z katalogu 1w: <input type="text" value="0,00"/>
4. Data od: 2015-01-01	5. Data do: 2015-01-14	6. Osobodni: 13
D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO (dotyczy świadczeń, których koszt przekracza wartość rozliczenia standardowego)		
<input type="button" value="Dodaj import"/> <input type="button" value="Dodaj koszt"/>		
Brak kosztów medycznych świadczeń		
F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz. 18 lub 25)		
26. Wartość w zł: <input type="text"/>		
G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz. 23 + poz. 24)		
27. Wartość w zł: 0,00		

Rys. 15.64 Dodawanie kosztorysu do wniosku typu 201

Operator wypełnia wartość świadczenia z katalogu 1w (sekcja B.3) następnie wskazuje koszty medyczne świadczenia poprzez import załącznika lub dodanie kosztu.

Koszty medyczne świadczenia rozbite są na następujące sekcje:

- D1: badania laboratoryjne
- D2: diagnostyka nielaboratoryjna
- D3: rodki farmaceutyczne
- D4: materiały/wyroby medyczne
- D6: koszty świadczeń wysokospecjalistycznych (inne niż powyżej)

W przypadku kosztów medycznych sekcje D1, D2, D3, D4, D6, oraz E1, E2, E3, E4, E6 mogą być wczytywane do systemu za pośrednictwem bloku CSV, zgodnie z obecnym działaniem funkcjonalności w ramach kosztorysu do wniosków z kategorii 6104, 6105, 6107.

Wartość kosztów pozamedycznych to całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji, natomiast Wnioskowany całkowity koszt świadczeń zostaje uzupełniony automatycznie. Uzyskana wartość na załączniku kosztowym musi być zgodna z wartością wprowadzoną przez świadczeniodawcę na wniosku (sekcja K: wnioskowany koszt świadczenia wysokospecjalistycznego) W przeciwnym wypadku nie będzie możliwości zatwierdzenia wniosku i załącznika kosztowego.

Dla kosztorysu wniosku typu 2014 występuje dodatkowa sekcja **Termin realizacji hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego**, która wymaga uzupełnienia następujących wartości:

- Wartość świadczenia z katalogu 1w
- Osobodni (Liczba osobodni nie może być większa niż różnica między datami z pól 9 i 10 pomniejszona o wartość z pola 6)

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU: [zwiń](#)

1. Numer wniosku

B. TERMIN REALIZACJI WIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO:

2. Zakres świadczenia wysokospecjalistycznego: 3. Wartość świadczenia z katalogu 1w: -

4. Data od: 2015-11-22 5. Data do: 2015-11-27 6. Osobodni: 5

C. TERMIN REALIZACJI HOSPITALIZACJI DO WIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO:

7. Kod świadczenia (hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego): 8. Wartość świadczenia z katalogu 1w:

03.4663.033.02

9. Data od: 2015-11-22 10. Data do: 2015-11-30 11. Osobodni:

E. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO (dotyczy wykonania świadczenia o kosztach przekraczających 10 000 zł lub przeszczepienia narządu nie będącego świadczeniem wysokospecjalistycznym):

Rys. 15.65 Dodawanie kosztorysu do wniosku typu 204

Do jednego kosztorysu, może być przypisanych kilka pozycji kosztów.

W celu wypełnienie listy świadczeń medycznych należy użyć słownika, lub wprowadzić wybrany typ świadczenia ręcznie w kolejnym kroku.

Słownik zawiera wszystkie wpisy wprowadzone do tej pory przez świadczeniodawcę. Możliwość wyboru świadczeń ze słownika pojawia się tylko w przypadku, gdy jakiegokolwiek dane zostały już do niego wprowadzone.

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU: [zwiń](#)

1. Numer wniosku

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO: [zwiń](#)

2. Zakres świadczeń, w którym rozliczane jest świadczenie 3. Wartość świadczenia z katalogu 1w: 200

4. Data od: 2014-12-01 5. Data do: 2015-12-12 6. Osobodni: 376

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO (dotyczy świadczeń, których koszt przekracza wartość rozliczenia standardowego lub świadczenia, które nie zostało ujęte w katalogu 1w)

D1. badania laboratoryjne [zwiń](#)

Lp.	Plik	Pliki importu typu D1			Status
		Pozycje wczytane	Pozycje niezatwierdzone	Pozycje zatwierdzone	
1.	import_kosztorys_wys3.csv	1	1	0	niezatwierdzony

Lista kosztów medycznych świadczeń typu D1

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena	Wartość
1.	nazwa1	1	20,30 zł	20,30 zł
2.	koszt-wysokospecjalistyczny-3	1	19,00 zł	19,00 zł
			12. Suma:	39,30 zł

D2. diagnostyka nielaboratoryjna [zwiń](#)

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena	Wartość
1.	nazwa2	1	21,30 zł	21,30 zł
			13. Suma:	21,30 zł

18. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (innych niż świadczenia z katalogu do sumowania tj. poz. 12+13) **60,60 zł**

23. Wartość w zł: 60,60

F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz. 18 lub 25)

24. Wartość w zł: 0,00

G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz. 23 + poz. 24)

25. Wartość w zł: 60,60

Rys. 15.66 Dodawanie świadczenia – podsumowanie kosztorysu

Opcja **Dodaj import** umożliwia import kosztów medycznych świadczeń z pliku.

Zasada budowy pliku jest następująca:

5. Kolumny:
 - d) nazwa (reprezentowana, jako tekst od 1 do 250 znaków),

- e) liczba (reprezentowana, jako liczba bez części dziesiętnych),
 - f) cena jednostkowa (reprezentowana, jako liczba dziesiętna z dwoma miejscami po przecinku).
6. Końce linii:
- c) poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - d) ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii,
Plik nie może zawierać pustych linii (za wyjątkiem ostatniej linii pliku, która może być pusta).
7. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
- c) znakiem średnika,
 - d) tabulatorem.
- Separator jest stały dla całego importowanego pliku (każda linia zawiera taki sam separator).
8. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy:
- c) wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy,
 - d) aby w treści pola umieścić cudzysłów należy wpisać znak cudzysłowu dwukrotnie, całą w cudzysłowy.

Wypełnianie wniosku w części D1-D4 oraz D6 lub E1-E4, E6 – w zależności od typu wniosku za pomocą importu danych z pliku będzie przebiegać w trzech etapach. Należą do nich:

- d) etap wczytywania pliku w ramach ustalonej przez użytkownika sekcji D1-D4 oraz D6 lub E1-E4, E6 – w zależności od typu wniosku
- e) etap importu pliku do danej sekcji, ustalonej na etapie wczytywania pliku,
- f) etap zatwierdzenia pozycji zaimportowanych.

Etap wczytywania pliku

Plik w momencie wczytywania jest walidowany pod kątem zgodności z powyższymi założeniami. W przypadku niezgodności jest on odrzucany, a użytkownik informowany o występującej anomalii.

Po poprawnym wczytaniu plik jest wprowadzany na listę w odpowiedniej sekcji D1-D4 oraz D6 lub E1-E4, E6 – w zależności od typu wniosku. W ramach operacji wczytywania pliku operator będzie miał możliwość:

- c) wczytania jednego pliku dla danej sekcji D1-D4 oraz D6 lub E1-E4, E6 – w zależności od typu wniosku
- d) zmiany sekcji dla wczytanego i nie zaimportowanego pliku (opcja **Zmień typ**)

W związku z punktem (a) możliwość zmiany sekcji z punktu (b) jest ograniczona tylko do sekcji, które nie posiadają żadnych wczytanych wcześniej plików.

Etap importu pliku

Proces importu wykonywany jest po użyciu operacji **Importuj**.

Wpisy, które zostały zaimportowane z pliku zostaną wyróżnione kolorem szarym oraz statusem niezatwierdzone. Oznacza to, że zostały wczytane do kosztorysu, ale nie zostały zatwierdzone przez użytkownika.

Do momentu zatwierdzenia danego świadczenia medycznego (opcja **Zatwierdź**) nie będzie ono widoczne do wyboru w słowniku świadczeń medycznych.

Po zatwierdzeniu danego świadczenia medycznego, zostanie ono oznaczona informacją zatwierdzone, wyróżnienie na liście zniknie, a dane świadczenie będzie widoczne do wyboru w słowniku świadczeń dla innych wniosków tego samego Świadczeniodawcy.

Kosztorys można zapisać wraz z niezatwierdzonymi świadczeniami (świadczenia o statusie „niezatwierdzone”). Jednak nie będzie możliwe zatwierdzenie wniosku, dla którego kosztorys zawiera zaimportowane, ale niezatwierdzone świadczenia.

Etap zatwierdzania

Zatwierdzenie pozycji jest operacją nieodwracalną. Po jej wykonaniu pozycja zostanie wprowadzona do słownika i będzie widoczna we wszystkich wnioskach danego Świadczeniodawcy.

Opcja **Zatwierdź wszystkie** umożliwia zatwierdzenie wszystkich niezatwierdzonych pozycji pliku, z wyłączeniem tych, które zostały przez użytkownika usunięte.

Usunięcie całego pliku importu (opcja **Usuń wszystkie**) umożliwia usunięcie wszystkich niezatwierdzonych pozycji z pliku, z wyłączeniem tych, które zostały przez użytkownika usunięte.

W trzecim etapie należy podać **Koszty pozamedyczne świadczenia**. Jeżeli wnioskowany koszt świadczenia jest większy od całkowitego kosztu świadczenia zawartego w kosztorysie (lub odwrotnie), system zgłosi następujący komunikat ostrzegawczy:



Rys. 15.67 Dodawanie - Koszty medyczne świadczenia – Komunikat ostrzegawczy

Uwaga:

Załącznik kosztowy może zostać zapisany również w przypadku, gdy kwota wnioskowana różni się od kwoty wynikającej z kosztorysu. Informacja o niezgodności jest tylko ostrzeżeniem dla użytkownika.

Nie ma możliwości zatwierdzania wniosku, dla którego wykryto niezgodność kwoty wniosku i kwoty wykazanej na kosztorysie. W celu zatwierdzenia wniosku konieczne jest doprowadzenie do sytuacji, w której kwota wnioskowania i kwota wykazywana na kosztorysie są sobie równe.

Nowo dodany kosztorys zostanie przypisany do wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń. Dla wniosku, który ma już przypisany kosztorys, w kolumnie *Operacje* dostępne są dwie dodatkowe opcje:

- **Edytuj kosztorys** – modyfikacja kosztorysu
- **Usuń kosztorys** – usunięcie kosztorysu

15.4.9 Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Anuluj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia anulowanie wniosku w sytuacji, gdy wniosek został błędnie wprowadzony.

Rezygnacja z rozpatrywania wniosku przekazana przez Świadczeniodawcę ma charakter nieodwracalny.

Po wybraniu opcji **Anuluj** wyświetlona zostanie karta anulowania wniosku, gdzie należy potwierdzić anulowanie opcją . Wniosek zyskuje status anulowany.

Anulowanie wniosku	
WNIOSEK O ZGODĘ NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH	
Typ wniosku:	204 - Rozliczenie wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł
Nr wniosku:	7-15-15-0000104-6
Status:	wprowadzony
DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
Nazwa:	...
Numer umowy:	...
Zakres świadczeń:	...
Lekarz wnioskujący:	...
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY	
Imię:	...
Nazwisko:	...
Identyfikator:	...
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHOROŃ ICD10	
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A00.9 CHOLERA, NIE OKREŚLONA Rozpoznanie współistniejące: brak
Anulowanie wniosku jest nieodwracalne!	
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>	

Rys. 15.68 Anulowanie wniosku

Operacja anulowania wniosku dostępna jest do czasu, aż wniosek otrzyma status *Wydanie zgody*. Podstawą takiej rezygnacji jest przesłanie przez świadczeniodawcę stosownego pisma do OW NFZ, który po otrzymaniu takiego dokumentu ma możliwość anulowania wniosku zgodnie z otrzymaną rezygnacją.

15.4.10 Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń oraz kosztorysu

Opcja **Wydruk wniosku** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wydrukowanie potwierdzonego wniosku. Papierową wersję wniosku należy przekazać tradycyjną drogą (np. poprzez pocztę) do właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ celem jego rozpatrzenia.

Opcja **Wydruk kosztorysu** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia wydrukowanie potwierdzonego kosztorysu.

15.4.11 Tworzenie kopii wniosku

Uwaga! Od września 2020r. dla świadczeniodawców z Podlaskiego OW NFZ funkcjonalność kopiowania wniosków została wyłączona. Wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń należy wprowadzać w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl/>

Opcja **Kopiuj** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście wniosków umożliwia utworzenie kopii wniosku.



Uwaga!

Operacja kopiowania wniosku jest dostępna dla wniosku o statusie: wydanie zgody, brak zgody i anulowany.

Wniosek taki będzie posiadał nowy identyfikator, natomiast pozostałe dane będą analogiczne jak we wniosku źródłowym. Dostępne będą dla niego operacje takie jak w przypadku wniosku wprowadzonego.

15.5 Zgody na indywidualne rozliczenie świadczeń

Wnioski w zakresie indywidualnego rozliczenia świadczeń złożone przez świadczeniodawców rozpatrywane są w NFZ. Po przyjęciu wniosku przez NFZ dokonywane jest ostateczne rozpatrzenie wniosku, w wyniku, którego następuje:

- ✓ Akceptacja wniosku przez dyrektora OW NFZ – oznaczająca wydanie zgody na indywidualne rozliczenie świadczeń lub

- ✓ Odrzucenie wniosku przez dyrektora OW NFZ – oznaczające brak zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń, skutkujące zakończeniem procesu rozpatrywania wniosku.
- W przypadku akceptacji wydane zgody będą widoczne dla świadczeniodawcy w systemie SZOI.

15.5.1 Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń

Po wybraniu menu *Pacjent -> Świadczenia rozliczane indywidualnie -> Lista zgód* oraz *Pacjent -> Świadczenia rozliczane indywidualnie -> Lista zgód* możliwa jest kompleksowa obsługa udzielonych przez NFZ zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń.

Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń

Nr zgody: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Okres obowiązywania zgody od: do:
 Wartość z przedziału od: zł do: zł

Typ wniosku -- wybierz --

Rodzaj świadczeń: -- wybierz -- Zakres świadczeń: -- wybierz --

Pokaż zgody, z których zrezygnowano

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr zgody	Typ wniosku	Nr umowy	Ważna od	Ważna do	Wartość [zł]	Pacjent	Operacje
1.	6-15-12-0000040-9	104	15-00-05427-12-01	2012-12-21	2012-12-31	3000.00	Typ ident.: Identyfikator NW Ident.: Imię: AGNIESZKA Nazwisko: NAZWISKO	podgląd rezygnacja
2.	6-15-12-0000041-2	104	15-00-05427-12-01	2012-12-24	2012-12-27	2000.00	Typ ident.: Identyfikator NW Ident.: Imię: Nazwisko:	podgląd rezygnacja

Rys. 15.69 Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń

15.5.2 Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody

Opcja **Rezygnacja** znajdująca się w kolumnie *Operacje* na liście zgód, umożliwia rejestrację odstąpienia z realizacji świadczeń w ramach już udzielonej zgody. Rezygnacja ze zgody dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca otrzymał z NFZ zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń, ale z różnych przyczyn nie może zrealizować świadczenia (np. pacjent zmarł).

(1) Rezygnacja ze zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń

Zgoda

Nr zgody indywidualnej: 6-15-12-0000040-9
 Nr umowy: 15-00-05427-12-01
 Data obowiązywania "od": 2012-12-21
 Data obowiązywania "do": 2012-12-21
 Wartość: 3 000,00 zł

Pacjent

Imię: AGNIESZKA
 Nazwisko: NAZWISKO
 Identyfikator: Identyfikator NW
 Data urodzenia: -
 Płeć: K

Przyczyna rezygnacji:

Anuluj Zatwierdź →

Rys. 15.70 Rezygnacja ze zgody

W polu **Przyczyna rezygnacji** można wprowadzić powód rezygnacji z udzielania świadczeń w ramach danej zgody. Po zatwierdzeniu operacji (przycisk **Zatwierdź →**) wyświetlone zostanie potwierdzenie rezygnacji, a wybrana zgoda oznaczona zostanie statusem „rezygnacja”:

3.	6-15-10-0000015-2	100	15-00-05130-10-28	2010-01-01	2010-12-30	0,00	PESEL: 7777777777	podgląd
	rezygnacja						Imię: JANUSZ Nazwisko:	

Jako data rezygnacji ustawiana jest bieżąca data wykonania tej operacji.

15.6 Przypadki udarów

Okno **Lista zarejestrowanych przypadków udarów** zawiera informacje na temat wszystkich wprowadzonych do systemu przypadków udarów, jakie zostały zarejestrowane u danego świadczeniodawcy.

[Pobierz ankiety udarową \(PDF\)](#)

Od dnia 1 lipca 2020 roku nowe ankiety dotyczące udarów i zabiegu trombektomii będą obsługiwane w portalu centralnym pod adresem <https://udary.nfz.gov.pl>

Lista zarejestrowanych przypadków udarów

Zawiera

Status:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Miejsce udziel. świadczeń	Nr księgi głównej	PESEL	Data / Godzina przyjęcia	Data / Godzina wyst. udaru	Data wypisu	Liczba dni hospitalizacji	Czy pacjent zmarł	Status	Operacje
1.	Kod: 13156 Nazwa: MIEJ_15_TEST Specjalność: 3015 AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE	2020-12345678-1234657899-0		D: 2020-06-05 G: 09:00	D: nieokreślona G: nieokreślona	2020-06-22	18	nie	wprowadzony	podgląd edytuj zabawerdz

Rys. 15.71 Lista zarejestrowanych przypadków udarów

Od dnia 1 lipca 2020 roku nowe ankiety dotyczące udarów i zabiegu trombektomii są obsługiwane w portalu centralnym pod adresem <https://udary.nfz.gov.pl>. Uprawnienia do nowego portalu nadaje się w portalu SZOI w części Administrator -> Zarządzanie systemami centralnymi -> Rejestry. Nadawanie uprawnień do nowego systemu został przedstawiony w części [Zarządzanie systemami centralnymi – Systemy centralne](#).

W czerwcu 2020 roku dodano walidację dla *daty wypisu z oddziału*, która nie może być późniejsza niż 30.06.2020.

Lista przypadków udarów wyświetlana jest w postaci tabeli zawierającej następujące informacje:

- **Miejsce udzielania świadczeń** oraz specjalność
- **Numer księgi głównej** - składający się z roku księgi, numeru księgi oraz numeru pozycji w księdze
- **PESEL** pacjenta
- **Data / Godzina przyjęcia**
- **Data / Godzina wystąpienia udaru**
- **Data wypisu**
- **Liczba dni hospitalizacji** - wyliczana automatycznie na podstawie daty przyjęcia i daty wypisu
- **Czy pacjent zmarł** - w przypadku zgonu data wypisu jest również datą zgonu pacjenta
- **Status**

15.6.1 Dodawanie nowego udaru

Aby dodać nową informację o udarze należy:

1. Wybrać opcję
2. Uzupełnić informacje związane z udarem:
 - a) Numer księgi głównej [**rok księgi**]-[**nr księgi**]-[**nr pozycji**]
 - b) Miejsce udzielania świadczeń, w którym ten przypadek został zarejestrowany. Zawartość słownika miejsc jest uzależniona od pola 'Rok księgi'. Są w nim wyświetlone te miejsca, które kiedykolwiek znajdowały się w umowach świadczeniodawcy, obowiązujących w roku zgodnym z rokiem księgi.

Pole to pozostanie nieaktywne do momentu wypełnienia pola *Rok księgi* poprawną wartością (z przedziału 1950 – rok bieżący)

- c) PESEL
- d) Datę oraz godzinę przyjęcia do szpitala
- e) Datę oraz godzinę wystąpienia udaru
- f) Datę wypisu z oddziału - nie może być późniejsza niż 30.06.2020

Rys. 15.72 Dodawanie informacji o udarze

- 3. Wybrać opcję
- 4. Uzupelnic rozpoznanie wg ICD 10:

Rys. 15.73 Rozpoznanie wg ICD-10

- 5. Uzupelnic etiologia udaru:

Rys. 15.74 Etiologia udaru

- 6. Uzupelnic dane kliniczne 1/2:

Dane kliniczne 1/2

Czy to był pierwszy udar w życiu: * Wybierz Tak Nie Brak danych

Czas od zachorowania do przyjęcia: nieokreślony

Rzeczywisty czas od zachorowania do przyjęcia: nieokreślony

Objawy neurologiczne

Zaburzenia świadomości: * Wybierz Tak Nie

Oslabienie jednej strony ciała: * Wybierz Tak Nie

Zaburzenia mowy: * Wybierz Tak Nie

Zaburzenia czucia połowicznie: * Wybierz Tak Nie

Zespół z tylnego kręgu (mózdzkowy, pniowy, niedowidzenie): * Wybierz Tak Nie

Profilaktyka wtórna

Leki przeciwplatekcyjne: * Wybierz Tak Nie

Leki przeciwzakrzepowe(doustne): * Wybierz Tak Nie

Leki obniżające ciśnienie: * Wybierz Tak Nie

Skierowanie na zabieg udrażniający tętnice(endarterectomia, angioplastyka): * Wybierz Tak Nie

Wykonane badania

Czy zastosowano trombolizę: * Wybierz Tak Nie

Czy wykonano badanie TK/MRI: * Wybierz Tak Nie

Czy wykonano badanie USG/USG - D tętnic: * Wybierz Tak Nie

Rozpoznanie

Na jakiej podstawie postawiono rozpoznanie(możliwość wielokrotnego wyboru):*

stan kliniczny

wywiad

obraz tomografii komputerowej

Rys. 15.75 Dane kliniczne 1/2

7. Uzupełnić dane kliniczne 2/2. W przypadku śmierci pacjenta należy podać przyczynę zgonu:

Dane kliniczne 2/2

Czy pacjent zmarł: * Wybierz Tak Nie

Przyczyna zgonu wtórna: *

UWAGI:
* pola wymagane

Rys. 15.76 Dane kliniczne 2/2

8. Wybrać opcję , a następnie zatwierdzić podsumowanie.

15.6.2 Zatwierdzanie informacji o udarze

W celu zatwierdzenia wprowadzonego przypadku udaru należy z kolumny *Operacje* wybrać link **Zatwierdź**. Status 'zatwierdzony' oznacza, że informacje o udarze są kompletne i zweryfikowane oraz nie podlegają dalszej modyfikacji.

UWAGA!!!

Po zatwierdzeniu przypadku udaru nie będzie można wprowadzać zmian.

15.6.3 Odtwierdzanie informacji o udarze

Przy pomocy opcji **Odtwierdź** dostępnej w kolumnie *Operacje*, można odtwierdzić wybraną ankietę udarową. Powyżej opisana opcja, dostępna jest tylko dla pozycji, które nie zostały przekazane do Instytutu Psychoterapii i Neurologii.

15.7 Ruch pacjentów

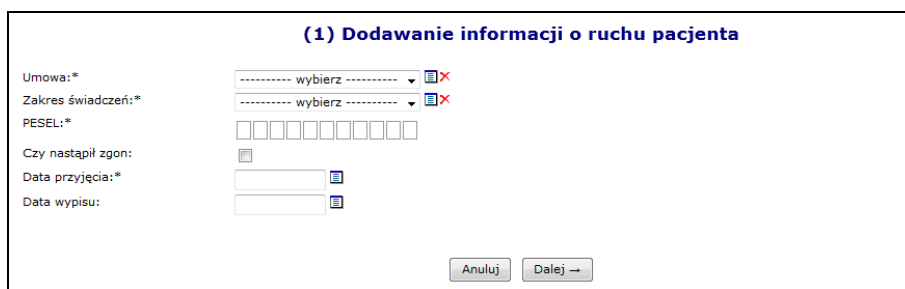
15.7.1 Informacje o ruchu pacjentów

Poniżej opisana funkcjonalność dostępna jest dla świadczeniodawców posiadających aktualnie obowiązujące

umowy (załącznik rzeczowo-finansowy obowiązujący w danym roku) w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. W przypadku umowy, której okres obowiązywania się zakończył, system udostępni możliwość wprowadzenia danych w terminie do 45 dni od daty wygaśnięcia umowy.

Opcja **Dodawanie ruchu pacjenta** umożliwia wprowadzenie informacji o ruchu pacjenta. Podczas tej operacji należy podać:

- **Umowa** w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna
- **Zakres świadczeń** w ramach umowy
- **Pesel**
- **Zgon** checkbox domyślnie odznaczony
- **Data przyjęcia**
- **Data wypisu** wymagana, jeśli zaznaczono checkbox czy nastąpił zgon, pozostawiona pusta oznacza 'bezterminowo'



Rys. 15.77 Dodawanie informacji o ruchu pacjenta

Podczas wprowadzania danych do systemu operator musi pamiętać o następujących zależnościach:

- Data przyjęcia i wypisu musi zawierać się w okresie obowiązywania wskazanej umowy
- Data wypisu musi być późniejsza lub równa dacie przyjęcia, jednakże nie może być późniejsza niż data bieżąca, w przypadku informacji należących do tego samego świadczeniodawcy, co zalogowany
- W tym samym czasie pacjent może być objęty opieką tylko w jednej umowie i w jednym zakresie. W przypadku istnienia w systemie informacji (nieusuniętej) o objęciu opieką tego samego pacjenta w zachodzącym na siebie okresie czasu (u obecnie zalogowanego lub innego świadczeniodawcy), operacja dodawania/edycji danych nie będzie możliwa, o czym operator zostanie poinformowany – system wyświetli właściwy komunikat. Dopuszczalną jest sytuacja, kiedy Data wypisu = Dacie wpisu innej informacji o ruchu pacjenta lub Data wpisu = Dacie wypisu innej informacji o ruchu pacjenta tylko w przypadku, gdy wpisy te należą do różnych świadczeniodawców
- W przypadku wprowadzenia informacji o zgonie pacjenta, system uniemożliwi wprowadzenie kolejnej informacji o opiece z datą przyjęcia późniejszą niż data zgonu w przypadku, gdy informacja o opiece, w której zaznaczono zgon nie została usunięta. Operator ma również możliwość wprowadzenia lub edycji informacji o ruchu pacjenta, dla której data wpisu i data wypisu jest wcześniejsza od daty zgonu i nie nakłada się na ten okres.

Po wprowadzeniu wszystkich powyższych informacji można przejść do *Podsumowania* przy pomocy opcji **Dalej ->**. Po zatwierdzeniu dodawania informacji o ruchu pacjenta, nowa pozycja pojawi się w poniższym oknie.

Informacja o ruchu pacjentów

Nr umowy Zawiera

Status : aktywny Zakres świadczeń : wybierz X

Data przyjęcia : -

Data wypisu : -

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Kod Nazwa	PESEL pacjenta	Data przyjęcia	Data wypisu	Czy nastąpił zgon	Status	Operacje
1.	Nr umowy: 15-00-00004-11-12 Nr pierwotny: OPIEKUNCZE / KL	Kod: 14.2142.026.04 Nazwa: ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	-----	2011-02-20	2011-02-22	Nie	Aktywny	edytuj usuń
2.	Nr umowy: 15-00-00004-11-12 Nr pierwotny: OPIEKUNCZE / KL	Kod: 14.2142.026.04 Nazwa: ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	-----	2011-02-25	-	Nie	Aktywny	edytuj usuń przenieś

Rys. 15.78 Informacje o ruchu pacjentów

Błędnie wprowadzony rekord może zostać usunięty przy pomocy opcji **Usuń** – jest to operacja nieodwracalna (w takiej sytuacji wymagane jest ponowne wprowadzenie informacji o ruchu pacjenta).

Aby usprawnić operację wprowadzania danych dla nowej umowy, która jest kontynuacją kończącej się właśnie umowy, została dodana funkcja **Przeniesienie do innej umowy**. Funkcja ta dostępna jest dla wybranego pacjenta lub wszystkich pacjentów z wybranej umowy, którzy nie mają jeszcze wprowadzonej daty wypisu. Podczas wykonywania tej operacji operator będzie zobligowany do wybrania umowy, do której mają zostać przeniesieni pacjent / pacjenci (**musi być to umowa zatwierdzona, w tym samym rodzaju świadczeń i posiadająca taki sam zakres świadczeń jak ten, w którym jest zapisany przenoszony pacjent, rozpoczynająca się nie później niż jeden dzień po zakończeniu umowy, z której pacjenci są przenoszeni**). Data zakończenia objęcia opieką pacjentów przeniesionych zostanie ustawiona, jako ostatni dzień obowiązywania umowy źródłowej, data objęcia opieką tych pacjentów w umowie docelowej zostanie ustawiona, jako pierwszy dzień obowiązywania umowy docelowej, a data wypisu zostanie ustawiona na bezterminowo '-'.

15.7.2 Raporty o ruchu pacjentów

Lista raportów o ruchu pacjentów zawiera informacje o wszystkich raportach dotyczących ruchu pacjentów wygenerowanych przez danego świadczeniodawcę. Lista ta składa się z następujących kolumn:

- **Daty generacji (data i godzina)**
- **Kto wygenerował (imię i nazwisko operatora)**
- **Operacji**

Na mocy umowy podpisanej z NFZ, świadczeniodawcy są zobligowani do przesyłania raportów o ruchach pacjentów do OW NFZ. Aby ułatwić im pracę została wprowadzona możliwość generacji wersji elektronicznej takiego raportu.

Opcja umożliwia dodanie do listy raportów nowej pozycji.

W przypadku **pierwszej generacji raportu** wszystkie pozycje na liście będą miały status dodany (poza informacjami o ruchu pacjentów, które zostały do systemu dodane, jednakże później - do momentu uruchomienia generacji z jakiegokolwiek przyczyny zostały usunięte - wówczas w raporcie nie zostają one uwzględnione).

W przypadku kolejnej generacji raportu, gdy informacja o ruchu pacjentów w stosunku do poprzedniego raportu została zmieniona na raporcie ma ona status edytowana, jeśli została usunięta ma status usunięta, jeśli pozycja jest nowa (nie została uwzględniona w poprzednim raporcie) ma status dodana.

System umożliwia wielokrotne pobieranie danego, wygenerowanego wcześniej raportu. Jeżeli od momentu ostatniej generacji w systemie nie została dodana/edytowana/usunięta żadna pozycja, proces generacji raportu nie zostanie uruchomiony, a system wyświetli komunikat: *Od czasu generacji poprzedniego raportu nie wprowadzono żadnych zmian. Generacja nie zostanie uruchomiona.*

Opcja **Pobierz** dostępna w kolumnie *Operacja* umożliwia pobranie pliku PDF z wygenerowanym raportem.

15.8 Potwierdzenia e-WUŚ

W celu ułatwienia pracy świadczeniodawcom, którzy nie archiwizowali danych zwrotnych o uprawnieniu osób z systemu e-WUŚ, Fundusz udostępnił funkcjonalność przeglądania wygenerowanych przez system e-WUŚ kodów autoryzacyjnych dla zapytań wykonywanych przez świadczeniodawcę w systemie.

Po podaniu przez operatora numeru PESEL oraz daty dokonania sprawdzenia, system wyświetli listę odpowiedzi systemu e-WUŚ, do zapytań danego świadczeniodawcy o dany PESEL w danym dniu. Powyższa funkcjonalność dostępna jest dla operatorów posiadających uprawnienie „Podgląd potwierdzeń e-WUŚ” oraz posiadają aktywne upoważnienie. System może wyświetlić następujące odpowiedzi:

Potwierdzenia e-WUŚ

PESEL: [input field]

Data wykonania operacji: 2013-01-30 [calendar icon]

[Szukaj] [Zlicz rekordy]

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Identyfikator operacji	Data wykonania operacji	Stan uprawnienia
1.	L1513M0010001	2013-01-30	uprawniony
2.	L1513M0010002	2013-01-30	uprawniony

Rys. 15.79 Uprawniony

Potwierdzenia e-WUŚ

PESEL: [input field]

Data wykonania operacji: 2013-01-30 [calendar icon]

[Szukaj] [Zlicz rekordy]

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Identyfikator operacji	Data wykonania operacji	Stan uprawnienia
1.	L1513M0010001	2013-01-30	nieuprawniony (brak osoby w CWU)

Rys. 15.80 Nieuprawniony (brak osoby w CWU)

Potwierdzenia e-WUŚ

PESEL: [input field]

Data wykonania operacji: 2013-01-31 [calendar icon]

[Szukaj] [Zlicz rekordy]

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Identyfikator operacji	Data wykonania operacji	Stan uprawnienia
1.	L1513M0010001	2013-01-31	nieuprawniony

Rys. 15.81 Nieuprawniony

W przypadku nieznaalezienia przez system rekordów dla zadanych parametrów:

- jeśli od daty podanej przez operatora do daty bieżącej minęło więcej niż 72h system wyświetli informację: ‘Brak sprawdzeń w podanej dacie’
- jeśli od daty podanej przez operatora do daty bieżącej nie minęło jeszcze 72h system wyświetli informację: ‘Informacje o wykonanych sprawdzeniach mogły jeszcze nie dotrzeć do oddziału’

15.9 Koordynowana opieka nad pacjentką w ciąży (KOC)

Funkcjonalność umożliwia zweryfikowanie, czy pacjentka o podanym numerze identyfikacyjnym jest objęta opieką w ramach KOC.

W celu skorzystania z funkcjonalności operator musi być dodany do listy operatorów uprawnionych do korzystania z usługi KOC. Zarządzanie uprawnieniami realizowane jest w obszarze **Administrator – Upoważnienia KOC**.

W celu wykonania weryfikacji należy:

- Wybrać menu: Pacjent – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Wyświetlone zostanie okno *Potwierdzenie KOC*.



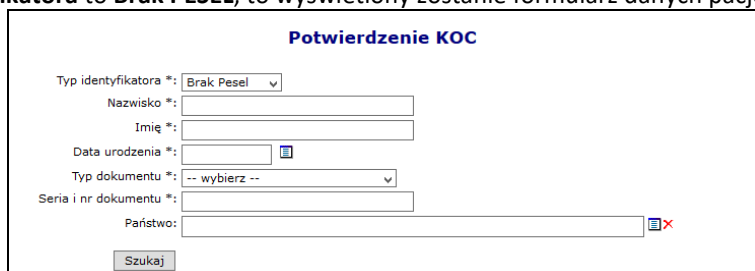
Rys. 15.1 Przykładowe okno Potwierdzenia KOC

- Jeśli **typ identyfikatora** to **PESEL**, wyświetlone zostanie pole PESEL. Należy wprowadzić identyfikator PESEL pacjentki, a następnie wybrać opcję **Szukaj**.



Rys. 15.2 Przykładowe okno Potwierdzenia KOC

- Jeśli **typ identyfikatora** to **Brak PESEL**, to wyświetlony zostanie formularz danych pacjentki.



Rys. 15.3 Przykładowe okno Potwierdzenia KOC

Należy uzupełnić wymagane pola dotyczące pacjentki: nazwisko, imię, data urodzenia, typ dokumentu, seria i numer dokumentu, a następnie wybrać opcję **Szukaj**.

Wybór opcji **Szukaj** spowoduje zweryfikowanie osoby względem bazy danych KOC w OW NFZ. Wyświetlony zostanie komunikat wskazujący, czy pacjentka jest objęta opieką w ramach KOC.

Lista możliwych komunikatów:

- Tak, pacjentka [imię, nazwisko] jest objęta opieką KOC
- Nie, pacjentka [imię, nazwisko] nie jest objęta opieką KOC
- Pacjentka [imię, nazwisko] zrezygnowała z opieki KOC
- Nie zidentyfikowano osoby w systemie Centralnym
- Numer pesel jest nieaktualny - informacja z systemu Centralnego
- Osoba nie żyje - informacja z systemu Centralnego

Dla każdego sprawdzenia, w systemie generowane jest potwierdzenie, które należy pobrać i zachować.

Potwierdzenie KOC

Typ identyfikatora *: ▾

Nazwisko *:

Imię *:

Data urodzenia *:

Typ dokumentu *: ▾

Seria i nr dokumentu *:

Państwo:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 1 z 1

Lp.	Data	Idnt. osoby	Status	Kod autoryzacji	Operacje
1.	2016-08-12 09:36:58	Nazwisko: Nowak Imię: Anna Data ur.: 2000-01-01 Typ dok.: Narodowy dokument tożsamości Nr: abc1234567	Nie zidentyfikowano osoby w systemie Centralnym	L1516M00800000565	pobierz potwierdzenie

Rys. 15.4 Przykładowe okno Potwierdzenia KOC

- W kolumnie **Operacje** wybrać opcję **pobierz potwierdzenie**. Wyświetlone zostanie okno zapisywania pliku. Należy wskazać lokalizację, w której przechowywane są potwierdzenia KOC, a następnie wybrać opcję **Zapisz**.

Plik domyślnie zapisywany jest z nazwą odpowiadającą kodowi autoryzacji.

Uwaga! Weryfikacja danych kolejnej pacjentki spowoduje wyświetlenie nowego wyniku weryfikacji. Dotychczasowa weryfikacja nie będzie wyświetlana i nie będzie można pobrać jej tokenu (potwierdzenia).

15.10 Zestawienie oświadczeń o aktywacji IKP

W systemie SZOI dodano funkcjonalność przekazywania zestawienia zawierającego listę pacjentów, którzy złożyli oświadczenie o aktywowaniu Indywidualnego Konta Pacjenta IKP. Funkcjonalność dostępna jest w menu *Pacjent dla użytkowników posiadających uprawnienie Listy POZ/KAOS*.

Zestawienie może być składane do umowy POZ - w danym momencie może istnieć tylko jedno zestawienie za dany miesiąc do danej umowy POZ o statusie innym niż anulowany.

Świadczeniodawca może dodać/przekazać zestawienie od pierwszego do 5 dnia miesiąca (w sytuacji, gdy 5 dzień miesiąca wypada w niedzielę lub święto, będzie to następny dzień roboczy), wg stanu na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc przekazania zestawienia.

Lista zestawień oświadczeń o aktywacji IKP sortowana jest według kolejności dodawania wniosków (od najnowszych). Jest ona ograniczona tylko do wniosków danego świadczeniodawcy.

Zestawienie może być anulowane, dopóki nie zostanie przekazane do OW.

W przypadku, gdy minie termin przekazania zestawienia za dany miesiąc, konieczny jest kontakt świadczeniodawcy z OW w celu odblokowania takiej możliwości.

Po zweryfikowaniu zestawienia po stronie OW, zostanie udostępniona świadczeniodawcy informacja o wynikach weryfikacji dla poszczególnych PESEL w formie pliku CSV / XLSX do pobrania.

Aby przekazać zestawienie oświadczeń o finansowaniu IKP należy:

- Z listy *Zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP* wybrać opcję .

Zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP

[Dodaj zestawienie](#)

Nr umowy: Zawiera Szukaj

Status: Stan na dzień:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20 [>>>](#)

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Stan na dzień	Status	Okres przekazywania danych	Data przekazania	Wynik weryfikacji	Operacje
1.	Nr umowy: 15-00- Nr pierwotny: BAF- POZ_2020_2022	2020-02-29	Do uzupełnienia	Od: 2020-03-01 Do: 2020-03-05	-	Poz.: - Neg.: -	importuj z pliku oświadczenia anuluj
2.	Nr umowy: 15-0- Nr pierwotny: BA- POZ_2020_2022	2020-01-31	Do uzupełnienia	Od: 2020-02-01 Do: 2020-02-05	-	Poz.: - Neg.: -	importuj z pliku oświadczenia anuluj
3.	Nr umowy: 15-00- Nr pierwotny: BA- POZ_2020_2022	2020-02-29	Anulowany	Od: 2020-03-01 Do: 2020-03-05	-	Poz.: - Neg.: -	oświadczenia
4.	Nr umowy: 15-00- Nr pierwotny: BA- POZ_2020_2022	2020-01-31	Anulowany	Od: 2020-02-01 Do: 2020-02-05	-	Poz.: - Neg.: -	oświadczenia
5.	Nr umowy: 15-00- Nr pierwotny: BAF- 18_POZ	2019-11-30	Przekazany	Od: 2019-12-01 Do: 2019-12-19	2019-12-09	Poz.: 6 Neg.: 12	oświadczenia wynik csv wynik xls

Rys. 15.5 Zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP

2. Przy pomocy słownika, należy wybrać umowę, której ma dotyczyć oświadczenie. W systemie nie może być dwóch wniosków na ten sam typ, umowę, stan na dzień o statusie innym niż anulowane.
3. W celu ręcznego wprowadzenia oświadczeń do zestawienia, należy skorzystać z opcji *Oświadczenia* dostępnej w kolumnie *Operacje*. Aby dodać pojedyncze oświadczenie, należy wybrać opcję **Dodawanie oświadczenia** i uzupełnić wszystkie dane.

Podczas dodawania oświadczenia system ograniczy możliwość wybrania danego sposobu aktywacji zależnie od umowy posiadanej w momencie złożenia oświadczenia przez pacjenta:

- a. **Sposób aktywowania – profil zaufany** dostępny jest, gdy świadczeniodawca posiada umowę o potwierdzenie profilu zaufanego oraz umowę na finansowanie aktywacji IKP obowiązujące na datę złożenia oświadczenia
- b. **Sposób aktywowania – inny sposób** dostępny jest, gdy świadczeniodawca posiada tylko umowę IKP obowiązującą na datę złożenia oświadczenia

(1) Dodawanie oświadczenia pacjenta o aktywacji konta IKP

Nr umowy: 15-00-
PESEL:*

Data złożenia oświadczenia:*

Sposób aktywowania:*

* pola wymagane

Rys. 15.6 Dodawanie oświadczenia pacjenta o aktywacji konta IKP

4. System umożliwia import numerów PESEL wraz z datą oraz sposobem aktywowania profilu z pliku CSV przy pomocy opcji **importuj** (tylko dla wniosków o statusie *do uzupełnienia*). Aby import przebiegł poprawnie budowa pliku CVS powinna być następująca:
 - a. nr umowy - zgodny z pozycją listy, dla której wykonywany jest import
 - b. PESEL – pacjenta składającego oświadczenie
 - c. data złożenia oświadczenia – w formacie RRRR-DD-MM
 - i. nie może być późniejsza niż ostatni dzień miesiąca, za który przekazywane jest zestawienie
 - ii. nie może być późniejsza niż data wprowadzenia informacji do systemu (data bieżąca)
 - iii. nie może być wcześniejsza niż 2019-11-01
 - d. sposób aktywowania profilu IKP - P- profil zaufany, I- inny sposób
 Importowany plik **ZASTĘPUJE** to co było do tej pory we wniosku. Podczas importu oświadczeń z pliku rekordy niespełniające warunków opisanych w punkcie 3a oraz 3b zostaną pominięte, o czym operator zostanie poinformowany odpowiednim komunikatem.
5. Jeżeli wszystko się zgadza można przekazać zestawienie do OW NFZ. Zestawienie może być przekazane tylko w przypadku, gdy data bieżąca zawiera się w okresie (data początku przekazania zestawienia, data końca przekazania zestawienia).

Jeżeli żadne z oświadczeń wchodzących w skład przekazanego do NFZ zestawienia nie zostało jeszcze zweryfikowane (wszystkie oświadczenia posiadają status „brak weryfikacji”) operator przy użyciu opcji [wycofaj](#) może wycofać zestawienie do ponownej edycji. Zestawienie zostanie wycofane do statusu *Do uzupełnienia* i będzie je można ponownie przekazać dopóki nie minie data końca okresu przekazywania danych. Zestawienie może być wycofane **tylko w okresie przekazywania danych**.

Po przekazaniu zestawienia do OW NFZ zostaje przeprowadzona weryfikacja. Po jej zakończeniu, w kolumnie *Wyniki weryfikacji* wyświetlane są jej wyniki (ilość pozycji zweryfikowanych pozytywnie, negatywnie wraz z datą oraz godziną weryfikacji danego oświadczenia). Aby zapoznać się ze szczegółami weryfikacji, należy pobrać dany plik przy pomocy opcji [Wynik CSV](#) lub [Wynik XLSX](#).

Plik o rozszerzeniu CSV nie powinien być otwierany w programie Excel. Zalecany narzędnikiem do jego otwarcia jest notatnik. Z powodu występowania polskich znaków inne narzędzia mogą zmieniać kodowanie pliku.

15.11 Skierowania na leczenie uzdrowiskowe

W Portalu SZOI dostępna funkcjonalność umożliwiająca wprowadzenie i zapamiętanie w bazie wszystkich danych niezbędnych do wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe oraz jego wydruku do pliku w formacie pdf, w postaci zgodnej z aktualnie obowiązującym wzorem skierowania na leczenie uzdrowiskowe/ rehabilitację uzdrowiskową stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

W celu wprowadzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe należy:

1. Przydzielić operatorowi wystawiającemu skierowanie uprawnienie o nazwie **Wystawianie skierowań na leczenie uzdrowiskowe**.
2. Następnie wybrać menu Pacjent - Skierowania na leczenie uzdrowiskowe.
3. Wyświetlona zostaje lista ze skierowaniami na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową zbudowana z następujących kolumn:

Skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową							
Identyfikator <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> Szukaj <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>						<input type="button" value="Dodaj skierowanie"/>	
Data wystawienia od: <input type="text"/> do: <input type="text"/>							
Umowa: <input type="text"/>							
NPWZ: <input type="text"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Data wystawienia	Typ identyfikatora Wartość identyfikatora	Imię/Nazwisko świadczeniobiorcy	Nr umowy pierwotny Nr umowy systemowy	NPWZ Imię/Nazwisko lekarza	Data dodania Data aktualizacji Data wydruku	Operacje
1.	2020-07-03	Typ: Pesel Wartość: <input type="text"/>	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	P: - S: 15-00-05451-12-03	Npww: Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	Dodania: 2020-07-03 13:03:21 Aktualizacji: 2020-07-03 13:05:44 Wydruku: 2020-07-09 12:54:46	podgląd edytuj usuń wzdruck
2.	2020-07-09	Typ: Pesel Wartość: <input type="text"/>	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	P: 2/POZ/2012 S: 15-00-05451-12-02	Npww: Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	Dodania: 2020-07-09 13:41:28 Aktualizacji: 2020-07-09 13:41:28 Wydruku: 2020-07-09 16:11:13	podgląd edytuj usuń wzdruck

Rys. 15.7 Skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową

- a) Data wystawienia
- b) Typ i wartość identyfikatora świadczeniobiorcy (PESEL/Dowód osobisty/Paszport)
- c) Imię/Nazwisko świadczeniobiorcy
- d) Numer umowy (pierwotny i systemowy) – numer umowy na udzielanie świadczeń, w ramach której wystawiono skierowanie
- e) Numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego/ Imię/Nazwisko lekarza kierującego
- f) Data i czas dodania/ Data i czas ostatniej aktualizacji/ Data i czas wydruku
- g) Operacje

I zawierająca następujące filtry:

- a) Data wystawienia od-do (przedział dat)
- b) Umowa – wybór ze słownika zawierającego wszystkie umowy na udzielanie świadczeń od danego świadczeniodawcy

c) NPWZ lekarza kierującego

oraz wyszukiwanie wg:

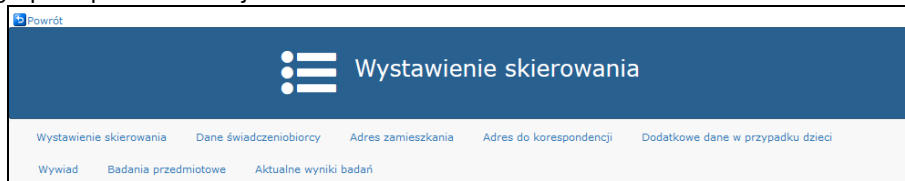
- a) Identyfikatora świadczeniobiorcy
- b) Imię świadczeniobiorcy
- c) Nazwisko świadczeniobiorcy

4. Następnie należy wybrać opcję Dodaj skierowanie – wyświetlony zostanie kreator wprowadzania danych.

Dane te zebrane są w kilku podgrupach:

- a) Wystawienie skierowania
- b) Dane świadczeniodawcy
- c) Adres zamieszkania
- d) Adres do korespondencji
- e) Dodatkowe dane w przypadku dzieci
- f) Wywiad
- g) Badania przedmiotowe
- h) Aktualne wyniki badań

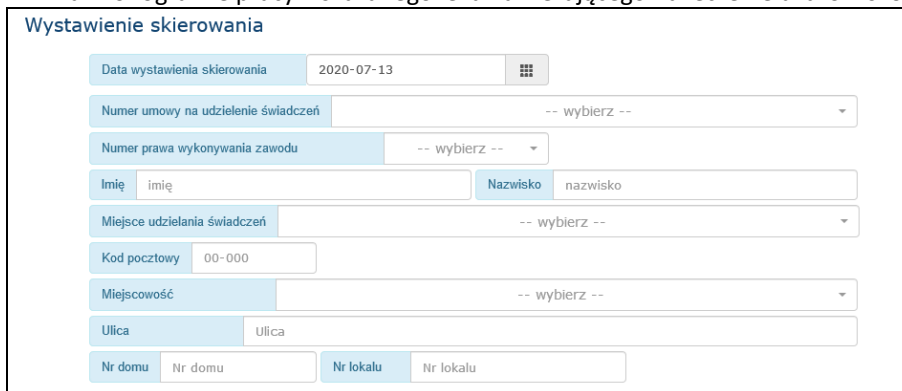
W celu uzupełniania danych należy wpisywać je kolejno kierując się w dół listy lub przejść do konkretnej podgrupy wskazując ją w górnej części kreatora. W zależności w której części formularza znajduje się operator „grupa ta podświetlana jest na niebiesko.



Rys. 15.8 Kreator wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe

5. Pierwszą grupą danych jest **Wystawienie skierowania**, gdzie należy uzupełnić:

- a) Datę wystawienia – domyślnie data bieżąca
- b) Umowa – numer umowy na udzielanie świadczeń, wybór z listy zawierającej umowy obowiązujące w roku z daty wystawienia skierowania.
- c) Lekarz kierujący – numer prawa wykonywania zawodu, imię nazwisko – wybór ze słownika spośród lekarzy zgłoszonych do danej umowy (cały personel zadeklarowany do wskazanej umowy wg stanu na dzień wystawienia skierowania)
- d) Miejsce udzielania świadczeń – wybór ze słownika miejsc udzielania świadczeń ograniczonego do miejsc występujących:
 - i. W danej umowie na udzielanie świadczeń w dniu wystawienia skierowania
 - ii. W harmonogramie pracy wskazanego lekarza kierującego na leczenie uzdrowiskowe.

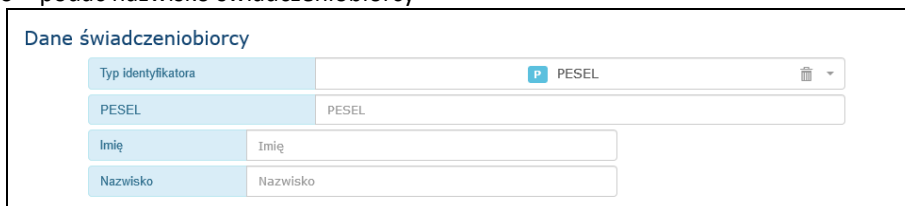


Rys. 15.9 Wystawianie skierowania na leczenie uzdrowiskowe

6. Drugą grupą danych są **Dane świadczeniobiorcy**, gdzie należy uzupełnić:

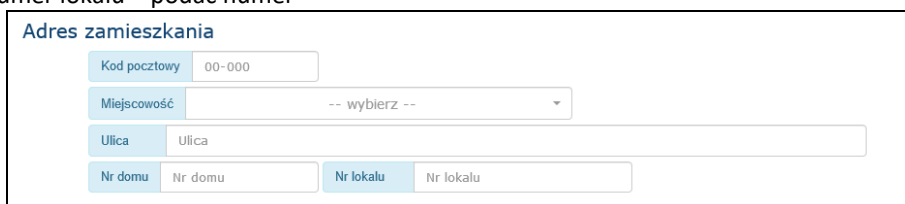
- a) Typ identyfikatora – typ identyfikatora świadczeniobiorcy, może przyjmować wartości:
 - i. PESEL

- ii. Nr dowodu osobistego
- iii. Nr paszportu
- b) Identyfikator –wpisać wartość identyfikatora danego typu
- c) Imię – podać imię świadczeniobiorcy,
- d) Nazwisko – podać nazwisko świadczeniobiorcy



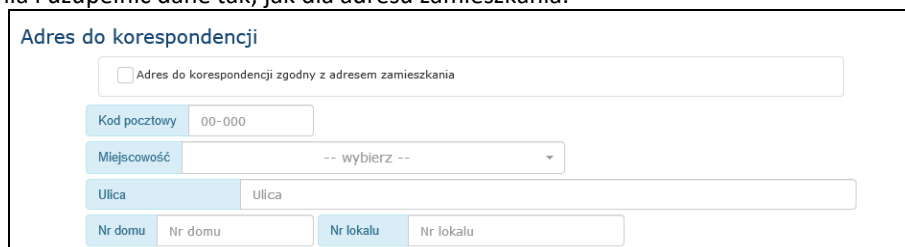
Rys. 15.10 Dane świadczeniobiorcy

7. Trzecią grupą danych jest **Adres zamieszkania**, gdzie należy uzupełnić:
- a) Kod pocztowy – pole w formacie NN-NNN
 - b) Miejscowość – wybór ze słownika
 - c) Ulica – wpisać nazwę ulicy
 - d) Numer domu – podać numer
 - e) Numer lokalu – podać numer



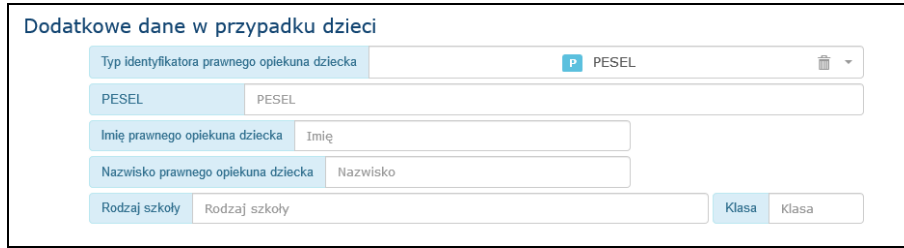
Rys. 15.11 Adres zamieszkania

8. Czwartą grupą danych jest **Adres do korespondencji**. Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania należy odznaczyć pole typu „checkbox” Adres do korespondencji zgodny z adresem zamieszkania i uzupełnić dane tak, jak dla adresu zamieszkania.



Rys. 15.12 Adres do korespondencji

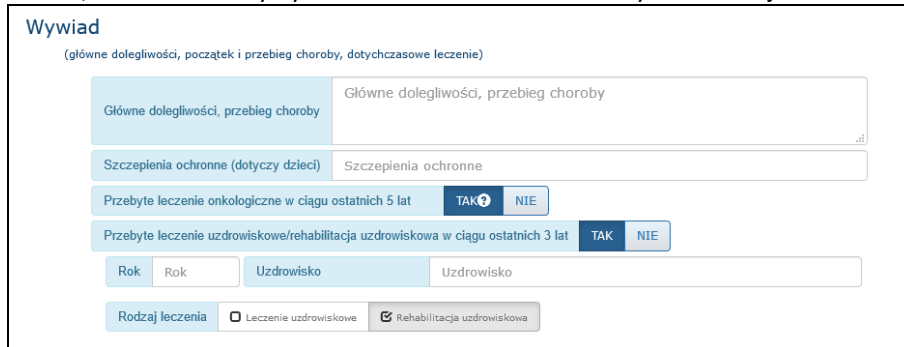
9. Piątą grupą danych dotyczy **danych dodatkowe w przypadku dzieci**:
- a) Dane prawnego opiekuna dziecka
 - i. Typ identyfikatora – typ identyfikatora opiekuna, może przyjmować wartości:
 1. PESEL
 2. Nr dowodu osobistego
 3. Nr paszportu
 - ii. Identyfikator – należy wpisać wartość identyfikatora danego typu
 - iii. Imię prawnego opiekują dziecka
 - iv. Nazwisko prawnego opiekuna dziecka
 - b) Rodzaj szkoły, klasa – wpisać dane dotyczące dziecka



Rys. 15.13 Dodatkowe dane w przypadku dzieci

10. Szósta grupa danych to **Wywiad**, dotyczący głównych dolegliwości, początku i przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia:

- a) Główne dolegliwości, przebieg choroby – należy wpisać dane uzyskane z wywiadu z pacjentem
- b) Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci) – wpisać dane dotyczące szczepień ochronnych
- c) Przebyte leczenie onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat – wskazać wartość TAK (zgodnie z załączoną dokumentację leczniczą) lub NIE
- d) Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa w ciągu ostatnich 3 lat – wskazać TAK lub NIE. Jeśli TAK należy podać uszczegółowienie informacji o przebyłym leczeniu - rok, uzdrowisko, oraz określić czy było to leczenie uzdrowiskowe czy rehabilitacja uzdrowiskowa.



Rys. 15.14 Wywiad

11. Siódma grupa danych do Badanie przedmiotowe. W tej grupie należy podać:

- a) Wagę w kg
- b) Wzrost w cm
- c) Tętno / min
- d) Ciśnienie krwi skurczone w mmHg
- e) Ciśnienie krwi rozkurczone w mmHg
- f) Ocenić skórę i węzły chłonne obwodowe
- g) Ocenić układ oddechowy z oceną wydolności
- h) Ocenić układ krwionośny z oceną wydolności wg NYHA jeżeli dotyczy wybrać wartość ze słownika dedykowanego dla klasyfikacji NYHA
- i) Ocenić układ trawienny
- j) Ocenić układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek
- k) Ocenić układ ruchu
- l) Określić zdolność do samoobsługi – TAK lub NIE
- m) Ocenić sprawność ruchową – Samodzielnie poruszający się/ Poruszający się przy pomocy – w przypadku wyboru tej opcji konieczne jest uzupełnienie pola tekstowego, w którym należy podać rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki
- n) Ocenić układ nerwowy, narządy zmysłów
- o) Chorobę zasadniczą będącą podstawą wystawienia skierowania w języku polskim – wybrać ze słownika międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10
- p) Chorobę współistniejącą I – wybrać ze słownika międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10
- q) Chorobę współistniejącą II – wybrać ze słownika międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10
- r) Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych – TAK/ NIE
- s) Podać uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową

Badania przedmiotowe

Waga kg Wzrost cm Tętno min
 Ciśnienie krwi skurczowe mmHg Ciśnienie krwi rozkurczowe mmHg
 Skóra i węzły chłonne obwodowe Skóra i węzły chłonne obwodowe
 Układ oddechowy z oceną wydolności Układ oddechowy z oceną wydolności
 Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA (jeżeli dotyczy)
 Układ trawienny Układ trawienny
 Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek
 Układ ruchu Układ ruchu
 Zdolność do samoobsługi
 Ocena sprawności ruchowej i
 Układ nerwowy, narządy zmysłów Układ nerwowy, narządy zmysłów
 Choroba zasadnicza -- wybierz --
 Choroba współistniejąca I -- wybierz --
 Choroba współistniejąca II -- wybierz --
 Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych
 Uzasadnienie skierowania Uzasadnienie skierowania

Rys. 15.15 Badania przedmiotowe

12. Ósma grupa danych dotyczy **Aktualnych wyników badań** laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych:

- a) OB – pole tekstowe
- b) Morfologia krwi – pole tekstowe
- c) Badanie ogólne moczu – pole tekstowe
- d) RTG klatki piersiowej – pole tekstowe
- e) EKG – pole tekstowe
- f) Inne – pole tekstowe

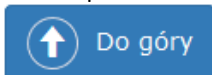
Aktualne wyniki badań

laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia szpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

OB Morfologia krwi
 Badanie ogólne moczu Badanie ogólne moczu
 RTG klatki piersiowej
 EKG
 Inne

Rys. 15.16 Aktualne wyniki badań

13. Po uzupełnienia danych należy za zapisać za pomocą opcji . Za pomocą opcji



można w szybki sposób przejść na sam początek formularza, w celu np. sprawdzenia

uzupełnionych danych. Za pomocą opcji



można anulować proces wprowadzania skierowania.

14. Jeśli w formularzu nie zostały uzupełnione wszystkie wymagane dane zapis nie powiedzie się, a dane te zostaną podświetlone na czerwono w celu łatwego odnalezienia braków.

15. Dla zapisanego skierowania w kolumnie operacje dostępne są opcje poprawy, podglądu i usunięcia oraz wydruku.

16. Wydruk skierowania na leczenie uzdrowiskowe wykonywany jest do pliku w formacie PDF w postaci zgodnej z aktualnym wzorem skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową,



zawierającym dodatkowo dwuwymiarowy kod kreskowy PDF 417 zawierający dane skierowania ułatwiające jego rejestrację w systemie SOLU.

16 SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Sprawozdawczość jest obszarem, w którym dokonuje się wczytania plików komunikatów statystycznych i rachunków na serwer dostępowy NFZ.

Operatorzy mają dostęp do:

- **list POZ** – listy raportów podstawowej opieki zdrowotnej
- **raportów statystycznych (medycznych)** – listy raportów dotyczących wykonania świadczeń medycznych
- **raportów rozliczeniowych (medycznych)** – listy raportów dotyczących pozycji rozliczanych
- **rachunków refundacyjnych (medycznych)** – listy rachunków refundacyjnych do umowy
- **chemioterapii i programów terapeutycznych** – listy zakupów leków
- **przypadków udarów**
- **środków pomocniczych** – listy raportów statystycznych dotyczących realizacji świadczeń w rodzaju ZPO.

Wykorzystanie poszczególnych menu zależy od rodzaju rozliczanych świadczeń.

W części tej dostępny jest również podgląd przesłanych dokumentów oraz status ich obsługi w OW NFZ. Dla dokumentów, które wymagają weryfikacji, w przypadku, gdy weryfikacja została zakończona i NFZ udostępnił pliki weryfikacji, operator będzie miał możliwość przeglądania plików raportów zwrotnych oraz zapisania ich na dysku komputera.

W części **listy POZ** można wczytać tylko i wyłącznie pliki raportów wygenerowanych w systemie rozliczeniowym w rodzaju POZ:

- Porady lekarskie generowane w otwartym formacie wymiany danych przesyłane są na serwer za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Porady POZ**. Pliki te mają rozszerzenie ***.PPX**.
- Załącznik nr 4 do umowy POZ przesyłany jest na serwer za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Załącznik nr 4 POZ**.
- Deklaracje POZ generowane w otwartym formacie wymiany danych przesyłane są na serwer za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Deklaracje POZ**. Pliki te mają rozszerzenie ***.PDX**.

W obszarze pracy **raporty statystyczne (medyczne)** można wczytać tylko i wyłącznie pliki raportów statystycznych wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki muszą być zgodne z otwartym formatem wymiany danych. Pliki te mają rozszerzenie ***.SWX (od 2007 roku)** lub ***.RSX (2006 roku)**.

W obszarze pracy **raporty statystyczne - zaopatrzenie** można wczytać tylko i wyłącznie pliki raportów statystycznych z realizacji świadczeń w rodzaju ZPO wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie ***.ZPX**.

W obszarze pracy **chemioterapia i programy terapeutyczne** można wczytać tylko i wyłącznie pliki faktur zakupów leków w chemioterapii i programach terapeutycznych wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie ***.FZX**.

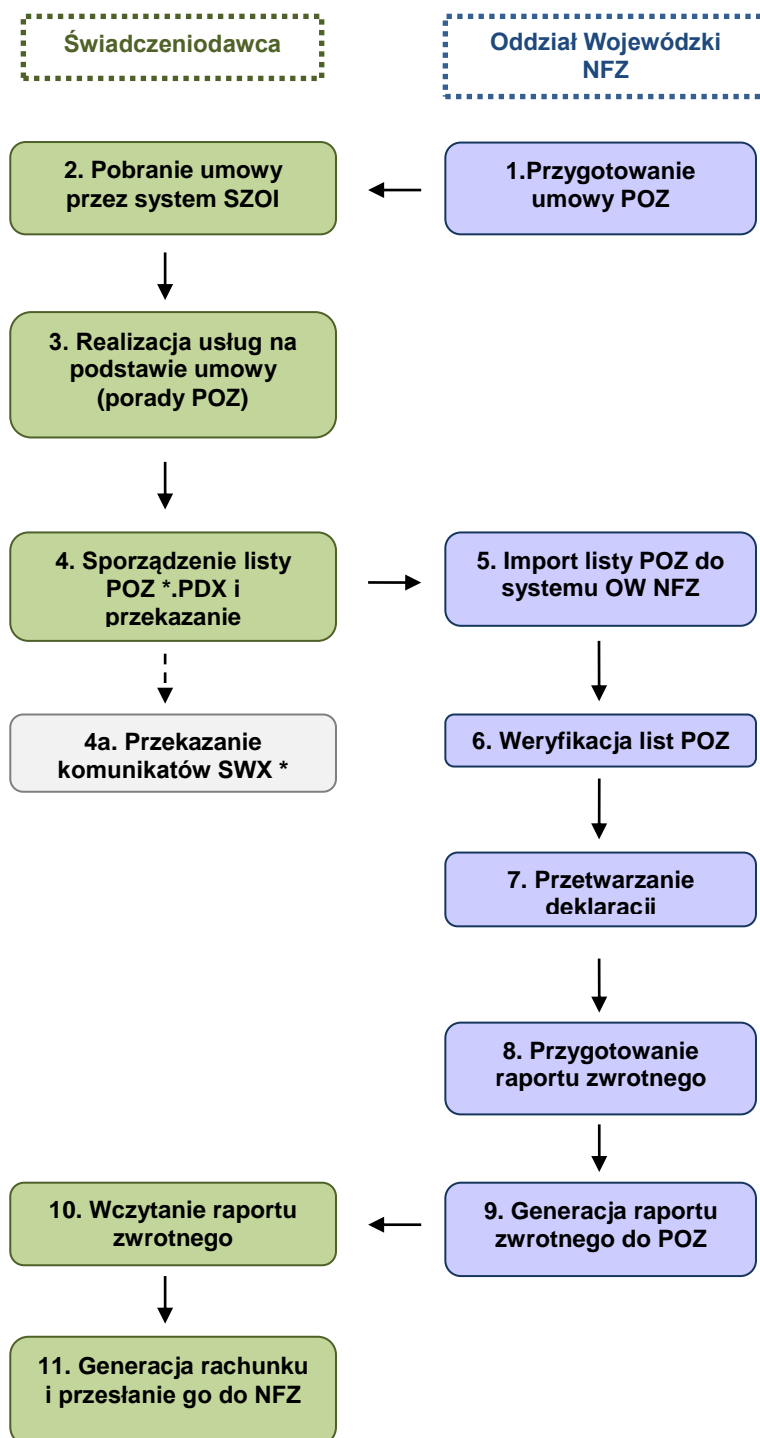
W obszarze pracy **kolejki oczekujących** można wczytać tylko i wyłącznie pliki raportów o kolejkach wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie ***.ASC (obowiązujące do lutego 2007 roku)**. **Od marca 2007 roku obowiązuje format *.KLX**.

W obszarze pracy **raporty rozliczeniowe (medyczne)** można wczytać tylko i wyłącznie pliki raportów rozliczeniowych wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki muszą być zgodne z otwartym formatem wymiany danych. Pliki te mają rozszerzenie ***.WSX**.

W obszarze pracy **rachunki refundacyjne (medyczne)** można wczytać tylko i wyłącznie pliki rachunków wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie ***.REF (format wymiany danych obowiązujący do końca 2009 roku)**. **Od 2010 roku obowiązuje RSX**.

16.1 Listy aktywne POZ/KOS

W ramach realizacji koncepcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej lekarze zatrudnieni u wybranego świadczeniodawcy wykonują usługi medyczne na rzecz określonej grupy świadczeniobiorców. Aby dany świadczeniobiorca mógł korzystać z usług wybranej osoby personelu medycznego POZ, powinien złożyć deklarację u świadczeniodawcy. Deklaracje muszą być zarejestrowane, a ich wykaz, w postaci listy POZ, świadczeniodawca dostarcza do Oddziału Woj. NFZ.



W wyniku procesu kontraktowania tworzone są umowy POZ, na podstawie, których świadczeniodawcy realizują świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Umowy udostępniane są poprzez Portal SZOI, skąd świadczeniodawcy pobierają je i importują do systemów rozliczeniowych.

Po zarejestrowaniu deklaracji świadczeniodawca tworzy raport (listę POZ w postaci pliku *.PDX), który zostanie przekazany do OW NFZ. W raporcie uwzględnione są wszystkie deklaracje złożone u danego świadczeniodawcy i aktywne w danym okresie.

Po stronie OW NFZ przeprowadzany jest import raportu oraz jego weryfikacja. Kolejnym etapem jest przygotowanie raportu zwrotnego dla świadczeniodawców.

Świadczeniodawca wczytuje raport zwrrotny do systemu rozliczeniowego i na tej podstawie generuje rachunek rozliczeniowy i wysyła go do NFZ.

Dodawanie pozycji											
Deklaracje POZ											
Numer pierwotny		Zawiera		Szukaj							
Okres rozliczeniowy: rok 2014 nr okresu -- dowolny --											
Bieżący zakres pozycji: 1-20											
Lp.	Data przesłania	Źródło	Nazwa pliku Nr pierwotny umowy	Id instalacji Id spr. - Wersja	Okres rozl.	Typ dekl.	Liczba zaimportowanych deklaracji	Status	Raporty zwrotne	Potwierdzenie przesłania	Operacje
1.	2014-03-28 12:47:06	SIKCH	01_1	SZABLON_POZ Id spr: 1 Wersja: 4	2014-12	L,P,O	21 deklaracje błędne	import list	pokaż		-
2.	2014-03-26	SZOI	01_1.pdx	SZABLON_POZ Id spr: 1 Wersja: 3	2014-12	-	-	błąd importu pokaż szczegóły	-		usuń lista blokad
3.	2014-03-26 11:41:18	SIKCH	01_1	SZABLON_POZ Id spr: 1 Wersja: 2	2014-12	L,P,O	-	błąd importu pokaż szczegóły	-		-
4.	2014-03-26 09:46:52	SIKCH	dek1_5451_S_06_	POZ Id spr: 2 Wersja: 1	2014-3	S	3	udostępnienie raportów	pokaż		-
5.	2014-03-26 09:33:34	SIKCH	dek1_5451_S_06_	POZ Id spr: 1 Wersja: 1	2014-4	S	3	udostępnienie raportów	pokaż		-
6.	2014-03-26 09:29:29	SIKCH	dek1_5451_S_06_	POZ Id spr: 2 Wersja: 1	2014-6	-	-	błąd importu pokaż szczegóły	-		usuń lista blokad
7.	2014-03-26 09:20:58	SIKCH	dek1_5451_S_06_	POZ Id spr: 2 Wersja: 1	2014-5	-	-	błąd importu pokaż szczegóły	-		usuń lista blokad
8.	2014-03-25 13:03:04	SIKCH	11_1	SZABLON_POZ Id spr: 1 Wersja: 1	2014-11	L,P,O	21 deklaracje błędne	import list	pokaż		-
9.	2014-03-25 12:42:15	SIKCH	01_1	SZABLON_POZ Id spr: 1 Wersja: 1	2014-12	L,P,O	-	błąd importu pokaż szczegóły	-		-

Rys. 16.1 Deklaracje POZ

Powyższa lista deklaracji POZ składa się z następujących kolumn:

- **Data przesłania** raportu do OW NFZ
- **Źródło** wczytanych danych
- **Nazwa pliku / Nr pierwotny umowy**
- **Id instalacji / Id spr. – Wersja**
- **Okres rozl.**
- **Typ dekl.**
- **Liczba zaimportowanych deklaracji**
- **Status** - etap realizacji przyjęcia pliku deklaracji w OW NFZ. W przypadku wystąpienia błędu importu możliwe jest sprawdzenie szczegółowego opisu błędu za pomocą linku **pokaż szczegóły**
- **Raporty zwrotne** przejście do okna przeglądania raportu wygenerowanego przez OW NFZ
- **Potwierdzenie przesłania** plik PTZ
- **Operacje**

Opcja **Dodawanie pozycji** pozwala na wczytanie nowego pliku deklaracji na serwer FTP OW NFZ.

Podczas wczytywania deklaracji operator może zapoznać się z liczbą przekazanych deklaracji w wczytywanym dokumencie:

- *Liczba deklaracji do lekarza rodzinnego*
- *Liczba deklaracji z zakresu medycyny szkolnej*

Opcja **Deklaracje błędne** dostępna w kolumnie *Liczby zaimportowanych deklaracji* umożliwia zapoznanie się z błędami jakie występują w danym pliku deklaracji.

[← Powrót do listy raportów](#)

Deklaracje błędne

Deklaracje POZ:
 Nazwa pliku: dekl3.pdx
 Data wczytania: 2013-11-26 14:27:41
 Rok generacji raportu: 2014
 Status raportu: weryfikacja
 Oddział rozliczający: [kliknij w rozliczenie](#)

Nazwisko Zawiera Szukaj

Bieżący zakres pozycji: 1-20

Lp.	PeSEL	Nazwisko	Imię	Typ	Kod błędu	Opis błędu
1.				7	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
2.				8	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
3.				7	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
4.				8	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
5.				7	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
6.				8	62	Data urodzenia późniejsza od daty dzisiejszej
7.				7	62	Data urodzenia późniejsza od daty dzisiejszej
8.				7	13	Brak własnego nr PESEL i świadczeniobiorca nie jest noworodkiem
9.				8	13	Brak własnego nr PESEL i świadczeniobiorca nie jest noworodkiem
10.				7	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
11.				8	64	Data złożenia późniejsza od daty dzisiejszej
12.				8	22	Nieprawidłowy numer poświadczenia lub umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne
13.				7	22	Nieprawidłowy numer poświadczenia lub umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Rys. 16.2 Deklaracje błędne

Opcja **Pokaż** dostępna w kolumnie *Raporty zwrotne* pozwala na przeglądanie/pobranie raportów zwrotnych do deklaracji POZ. Dostępne są następujące typy raportów:

- Deklaracje nieuznane
- Deklaracje uznane z podziałem na usługi szczegółowe
- Deklaracje uznane z podziałem na osoby personelu
- Potwierdzenie danych o deklaracjach POZ
- Wyniki weryfikacji deklaracji POZ

Od 2014 roku nie ma już dostępnego raportu Rozliczenie deklaracji POZ. Od 2014 roku rachunki dla deklaracji POZ oraz KAOS oraz transportu sanitarnego wystawiane są na podstawie szablonu.

[← Powrót do listy raportów](#)

Raporty zwrotne dla deklaracji POZ

Deklaracje POZ:
 Nazwa pliku: dekl1_2
 Data wczytania: 2014-01-23 10:12:23
 Rok generacji raportu: 2014
 Status raportu: udostępnienie raportów
 Oddział rozliczający: [kliknij w rozliczenie](#)

Lp.	Typ raportu	Data generacji	Operacje
1.	Deklaracje nieuznane	2014-01-23	pobierz plik.html pokaż raport.html
2.	Deklaracje uznane z podziałem na usługi szczegółowe	2014-01-23	pobierz plik.html pokaż raport.html
3.	Deklaracje uznane z podziałem na osoby personelu	2014-01-23	pobierz plik.html pokaż raport.html
4.	Potwierdzenie danych o deklaracjach POZ	2014-01-23	pobierz raport.xml
5.	Wyniki weryfikacji deklaracji POZ	2014-01-23	pobierz raport.xml

Rys. 16.3 Raporty zwrotne do deklaracji POZ

Opcja **Lista blokad** umożliwia przeglądanie blokad, jakie zostały założone w systemie, na import komunikatu DEKL oraz blokad dotyczących rozliczenia deklaracji.

Pozycja podświetlona kolorem czerwonym jest blokadą, która zablokowała import. Blokady nieaktywne oznaczone są kolorem szarym.

Lista blokad importu deklaracji

Rok: 2014 Miesiąc: 6 Szukaj

Pokaż usunięte blokady

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rok blokady	Okres blokady	Typ	Data założenia	Status	Data usunięcia	Opis	Parametry blokady	
								Umowa	Typ deklaracji
1.	2014	Od: 1 Do: 12	wybranych sprawozdań	2014-03-28 12:44	usunięta	2014-03-28 12:45	-	15-00-05451-14-01	LEKARZ RODZINNY, STUDENT W MIEJSCU ZAMIESZKANIA
2.	2014	Od: 1 Do: 6	wybranych sprawozdań	2014-03-28 08:35	zatwierdzona	-	-	wszystkie	LEKARZ RODZINNY, STUDENT W MIEJSCU ZAMIESZKANIA
3.	2014	Od: 1 Do: 12	całkowita	2014-03-28 08:33	usunięta	2014-03-28 11:27	-	wszystkie	wszystkie
4.	2014	Od: 6 Do: 6	całkowita	2014-03-26 09:19	systemowa	-	BLOKADA SYSTEMOWA DODANA PODCZAS URUCHOMIENIA WERYFIKACJI ODDZIAŁOWYCH ZA OKRES 2014-6	wszystkie	wszystkie
5.	2014	Od: 4 Do: 11	wybranych sprawozdań	2014-03-28 09:04	zatwierdzona	-	-	15-00-05451-14-01	wszystkie
6.	2014	Od: 1 Do: 12	całkowita	2014-03-19 10:43	usunięta	2014-03-20 10:30	-	wszystkie	wszystkie

Rys. 16.4 Lista blokad importu deklaracji

16.2 Zestawienia zbiorcze POZ

Dodawanie pozycji

Raporty zbiorcze

Numer pierwotny Zawiera Szukaj

Okres rozliczeniowy: rok -- dowolny -- nr okresu -- dowolny -- typ okresu -- dowolny -- Aktywność: aktywny

Bieżący zakres pozycji: 1-20

Lp.	Data przesłania	Źródło	Nazwa pliku	Status	Rok	Okres	Wersja	Nr pierwotny umowy	Potwierdzenie przesłania	Typ okresu
1.	2012-12-21	SIKCH	polroczny_full	aktywny przesłany	2013	12	-	SD-2012-352	XML	półrocze
2.	2012-12-20	SIKCH	wersja314	aktywny zaimportowane raport kompletny	2012	7	3	SD-2012-036	XML	miesiąc
3.	2012-12-20 11:44:36	SIKCH	miesieczny_full	aktywny zaimportowane raport kompletny	2013	12	2	SD-2012-352	XML	miesiąc
4.	2012-12-20 11:43:37	SIKCH	polroczny_full	aktywny zaimportowane raport kompletny	2013	12	2	SD-2012-352	XML	półrocze
5.	2012-12-20 11:09:58	SIKCH	150005376130002_4	aktywny błąd importu pokaż szczegóły	2013	6	-	SD-2012-352	XML	półrocze

Rys. 16.5 Raporty zbiorcze

Od 2013 roku wprowadzany jest nowy format zestawień zbiorczych POZ. Dlatego też należy pamiętać o następujących zasadach:

1. **Badania diagnostyczne należy sprawozdawać w trybie półrocznym**
2. **Świadczenia POZ należy sprawozdawać w trybie miesięcznym**
3. **Nowy format obowiązuje dla umów, których okres obowiązywania rozpoczyna się 1 stycznia 2013 roku**
4. **Od 2013 roku nie można w jednym komunikacie sprawozdawać liczby badań diagnostycznych oraz liczby wykonanych świadczeń**

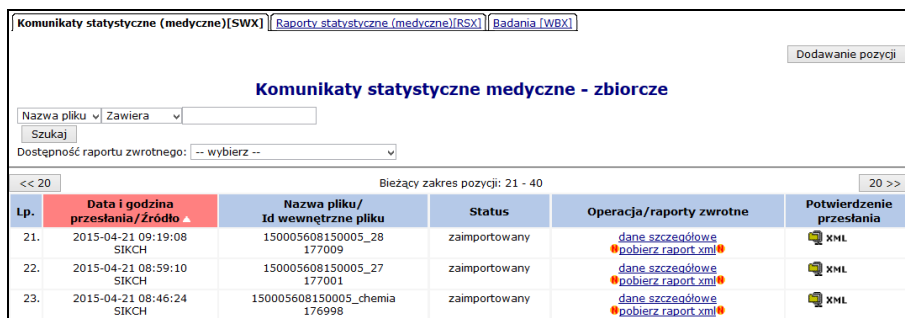
W kolumnie *Status* wyświetlona jest informacja o aktywności/nieaktywności pozycji. Wszystkie raporty nieaktywne wyświetlane są kursywą oraz kolorem szarym.




Dla raportów nieaktywnych w kolumnie *Status* dostępna jest opcja **Szczegóły**, która umożliwia zapoznanie się z powodem nieaktywności:

- Raport nieaktywny z powodu przesłania wyższej wersji raportu w danym miesiącu do danej umowy – komunikat jest wyświetlany, jeżeli będzie istniał raport w wyższej wersji do takiej samej umowy i okresu sprawozdawczego
- Raport nieaktywny z powodu przesłania żądania usunięcia sprawozdania w całości – komunikat jest wyświetlany, jeśli nie będzie istniał raport w wyższej wersji do takiej samej umowy i okresu sprawozdawczego

16.3 Raporty statystyczne medyczne SWX

Komunikaty statystyczne - medyczne (raporty statystyczne SWX) zawierają informację o usługach medycznych wykonanych przez świadczeniodawcę. Przekazany komunikat podlega sprawdzeniu poprawności podczas importu (tzw. walidacja) oraz kontroli merytorycznej (tzw. weryfikacja). Weryfikacja może być wykonywana wielokrotnie. Wyniki walidacji i weryfikacji przekazywane są przez NFZ w postaci tzw. raportów zwrotnych.



Lp.	Data i godzina przesłania/Zródło	Nazwa pliku/Id wewnętrzne pliku	Status	Operacja/raporty zwrotne	Potwierdzenie przesłania
21.	2015-04-21 09:19:08 SIKCH	150005608150005_28 177009	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	
22.	2015-04-21 08:59:10 SIKCH	150005608150005_27 177001	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	
23.	2015-04-21 08:46:24 SIKCH	150005608150005_chemia 176998	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	

Rys. 16.6 Komunikaty statystyczne medyczne - zbiorcze

Dostępne w tej części informacje obejmują:

- **Data przesłania** pliku na serwer dostępowy
- **Źródło** wczytywania danych
 - **SIKCH** - plik został przekazany i wczytany na serwer za pośrednictwem systemu OW NFZ
 - **SZOI** – plik został przekazany na serwer dostępowy OW NFZ za pośrednictwem systemu SZOI
- **Nazwę pliku** nadaną przez świadczeniodawcę
- **Id wewnętrzne pliku**
- **Status** wczytanego pliku:
 - **przesłany** na serwer dostępowy OW NFZ (plik nie posiada kodu raportu SIKCH)
 - **zaimportowany** – do systemu OW NFZ
 - **błąd importu** – wystąpił błąd w trakcie importowania pliku do systemu SIKCH
 - **odrzucony**
- **Operacje**
- **Raporty zwrotne** – opcja pobierania raportów zwrotnych
- **Potwierdzenie przesłania** – w miejscu tym operator systemowy może wygenerować potwierdzenie XML

W przypadku, gdy dla komunikatu statystycznego operator NFZ wygenerował raport zwrotny, w kolumnie *Operacje/raporty zwrotne* wyświetlony zostanie link **pobierz raport xml**. Umożliwia on pobranie raportu zwrotnego.

Opcja **dane szczegółowe** dostępna w kolumnie *Operacje/raporty zwrotne* dostępna jest tylko dla plików o statusie zaimportowany. Po jej wybraniu, operator może zapoznać się z wszystkimi informacjami związanymi z zaimportowaną pozycją.

Dane szczegółowe

Komunikat statystyczny medyczny:
 Nazwa pliku: GOOD POSW C DODANIE
 Data wczytania: 2012-07-03 08:12:04
 Status komunikatu: zaimportowany
 Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU

Przebieg importu

Liczba pozycji importowanego pliku			Lista błędów importu
Importowanych	Zaimportowanych	Niezaimportowanych	
Z: 1	Z: 1	Z: 0	-

Lista raportów cząstkowych znajdujących się w systemie OW NFZ
 Bieżący zakres pozycji: 1-20

Lp.	Nr pierwotny umowy	Id raportu cząstkowego	Rok	Okres	Stan weryfikacji	Wynik weryfikacji w rap.zw.	Data udostępnienia	Lb. praw. pozycji	B	O	I	Status raportu
1.	PB 2012-116 12	15-00-00018-12-16-016	2012	6	-	-	-	-	-	-	-	Niezamknięty

B - pozycje ze statusem błędne
 O - pozycje ze statusem ostrzeżenie
 I - pozycje ze statusem informacje

Rys. 16.7 Dane szczegółowe

Okno **Danych szczegółowych** składa się z następujących kolumn:

- Pozycji **Importowanych** – ilość przekazanych epizodów/zakresów świadczeń w wybranym komunikacie
- Pozycji **Zaimportowanych** – lista epizodów/zakresów świadczeń zaimportowanych i istniejących w systemie w identycznej wersji
- Pozycji **Niezaimportowanych** – liczba błędnych epizodów, dla których wykryto błędy i pozycje te nie zostały zaimportowane

W przypadku wystąpienia błędów importu w kolumnie **Listy błędów importu** pojawi się opcja **pokaż**. Przy jej pomocy użytkownik może przejść do **Listy błędów importu**:

Lista błędów importu

Komunikat statystyczny medyczny:
 Nazwa pliku: 150005220_9.SWX
 Data wczytania: 2013-03-26 15:47:01
 Status komunikatu: zaimportowany
 Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU

Kod błędu:

Pokaż błędy do: -- wybierz --

Nie pokazuj błędów:
 3700011 - "Niegodne dane świadczenia"
 3700012 - "Niegodne dane - brak potwierdzenia zestawu świadczeń/świadczenia/pozycji rozliczeniowej wynikający z innego błędu w ramach zestawu świadczeń"
 3702032 - "Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z wystąpienia innego błędu w zestawie świadczeń"
 3702033 - "Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z wystąpienia innego błędu w danych świadczenia"
 3702034 - "Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z błędów w innej pozycji rozliczeniowej"

Lp.	Id.	Typ	Kod błędu	Nazwa błędu
1.	6	Błąd pozycji rozliczeniowej	51690007	Nie przekazano kodu umiejscowienia wykonania świadczenia

Rys. 16.8 Lista błędów importu

Dzięki opcji **Pokaż błędy do** operator może przeszukiwać listę według:

- **Zestawu świadczeń**
- **Świadczenia**
- **Pozycji rozliczeniowej**

Uwaga: Każda informacja o wykonanej usłudze, przesyłana w komunikacie świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (SWX) składa się z trzech poziomów:

- **zestawu świadczeń** - dane dotyczące pacjenta, hospitalizacji, uprawnień pacjenta
- **świadczenia** - dane dotyczące daty udzielenia świadczenia, jednostek chorobowych ICD10, miejsca wykonywania świadczeń, personelu medycznego, pobytu na oddziale, procedur ICD9
- **pozycji rozliczeniowej** - dane dotyczące wykonanych usług z pakietu w umowie.

System umożliwia także wyłączenia wizualizacji następujących błędów za pomocą opcji **Nie pokazuj błędów**:

- **3700011** - Niegodne dane świadczenia
- **3700012** - Niegodne dane - brak potwierdzenia zestawu świadczeń/świadczenia/pozycji rozliczeniowej wynikający z innego błędu w ramach zestawu świadczeń
- **3702032** - Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z wystąpienia innego błędu w zestawie świadczeń

- **3702033** - Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z wystąpienia innego błędu w danych świadczenia
- **3702034** - Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z błędu w innej pozycji rozliczeniowej

W dolnej części okna **Danych szczegółowych**, widoczna jest **Lista raportów cząstkowych**, która wyświetlana jest w chwili, gdy dla danego raportu istnieją raporty cząstkowe.

Raport cząstkowy tworzony jest w systemie NFZ z danych przekazanych w raporcie statystycznym z dokładnością do umowy oraz miesiąca. Oznacza to, że na podstawie jednego raportu statystycznego powstać może kilka raportów cząstkowych.

Ilość raportów cząstkowych zależy od ilości umów i miesięcy, do których przekazano dane w raporcie statystycznym. Każdy raport cząstkowy jest weryfikowany oddzielnie, stąd wyniki weryfikacji mogą być udostępniane częściowo.

Dane szczegółowe												
Komunikat statystyczny medyczny: Nazwa pliku: 150005220_11.SWY Data wczytania: 2013-03-26 15:55:49 Status komunikatu: zaimportowany Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU												
Przebieg importu												
Liczba pozycji importowanego pliku										Lista błędów importu		
Importowanych	Zaimportowanych		Niezaimportowanych									
Z: 1	Z: 1		Z: 0									
Lista raportów cząstkowych znajdujących się w systemie OW NFZ												
Bieżący zakres pozycji: 1-20												
lp.	Nr pierwotny umowy	Id raportu cząstkowego	Rok	Okres	Stan weryfikacji	Wynik weryfikacji w rap.zw.	Data udostępnienia	Lb. praw. pozycji	B	O	I	Status raportu
1.	-	15-00-05220-13-11-006	2013	3	Zakończona	Udostępniony	2013-03-26 15:57:19	1	-	-	-	Zamknięty
B - pozycje ze statusem błędne O - pozycje ze statusem ostrzeżenie I - pozycje ze statusem informacja												

Rys. 16.9 Dane szczegółowe - Lista raportów cząstkowych

W kolumnie **Stan weryfikacji** mogą się pojawić następujące informacje:

- **Znak „-”**, jeżeli jeszcze nie rozpoczęto weryfikacji raportu cząstkowego,
- **Trwa weryfikacja** - odpowiednik z listy raportów statystycznych ze SIKCH-a: sesja otwarta, trwa weryfikacja, weryfikacja zakończona poprawnie,
- **Zakończona** - odpowiednik z listy raportów statystycznych ze SIKCH-a: sesja zamknięta,
- **Błąd** - dla sesji zakończonej błędem.

W kolumnie **Wynik weryfikacji w rap.zw** mogą pojawić się następujące statusy:

- **Udostępniony** - udostępniono raport zwrotny z weryfikacji raportu cząstkowego,
- **Znak „-”** jako oznaczenie braku raportu zwrotnego.

W kolumnie **Lb. praw. pozycji** zawarta jest informacja o liczbie pozycji rozliczeniowych zweryfikowanych poprawnie, dla których w trakcie weryfikacji nie wystąpiły błędy.

Kolumna B zawiera informacje o ilości pozycji o statusie błąd.

Kolumna O zawiera informacje o ilości pozycji ze statusem ostrzeżenie.

Kolumna I zawiera informacje o ilości pozycji ze statusem informacja.

Jeżeli we wszystkich kolumnach widnieje znak "-" oznacza to, że raport cząstkowy zawiera wyłącznie korekty świadczeń.

Ilości w kolumnach **Lb. praw. pozycji**, **B**, **O** oraz **I** mogą się zmieniać w zależności od wyników kolejnych weryfikacji danego raportu cząstkowego.

Dla komunikatów o statusie **Zaimportowany**, dla których raporty cząstkowe mają status inny niż **Stan weryfikacji = Zakończona**, **Wynik weryfikacji w rap. zwr. = Udostępniony** dostępna jest opcja **Odśwież**, która umożliwia zaktualizowanie stanu weryfikacji raportów cząstkowych.

16.3.1 Dodawanie plików dokumentów rozliczeniowych na listę

Przesłanie plików dokumentów rozliczeniowych na serwer dostępowy wykonuje się za pomocą opcji **Dodawanie pozycji**.

Ścieżka dostępu (miejsce na dysku komputera, w którym umieszczony jest plik przeznaczony do przesłania) może zostać wpisana przez operatora lub wybrana za pomocą opcji **Przełóżaj...**.

Wybór pliku należy potwierdzić wybierając opcję **Dalej →**. Opcja **Zaniechaj** zakończy operację dodawania, bez przesłania pliku na serwer dostępowy.

Jeżeli ścieżka dostępu do importowanego pliku została wskazana prawidłowo, wyświetlone zostanie okno podsumowania importowanego pliku. Informacje zawarte w podsumowaniu pozwalają na sprawdzenie, czy przesłany został właściwy plik.

Wybór opcji **Zatwierdź →** spowoduje rozpoczęcie procesu przesyłania pliku na serwer dostępowy. Poprawne zakończenie importu zostanie potwierdzone komunikatem. Przesłany plik zostanie wyświetlony na liście *Raportów statystycznych* ze statusem **przesłany**.

Uwaga!!! Przesłanie pliku na serwer dostępowy, nie jest jednoznaczne z przyjęciem raportu przez OW NFZ.

16.3.2 Przeglądanie raportów zwrotnych

W przypadku, gdy operator NFZ udostępni świadczeniodawcy pliki raportów zwrotnych do przesłanego pliku raportu statystycznego lub listy POZ w systemie SZOI wyświetlona zostanie opcja **pokaż**.

Opcja umożliwi przeglądanie listy wszystkich raportów zwrotnych wygenerowanych dla pliku oraz szablonów rachunków:



Raport zwrotny do raportu rozliczeniowego		
<p>Raport rozliczeniowy: Nazwa pliku: 150000018100027_72 Data wczytania: 2010-12-16 15:59:48 Rok generacji raportu: 2010 Status raportu: zaimportowany Kod raportu wg SIKCH: 2638.0 Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU</p>		
Lp.	Data generacji	Operacje
1.	2010-12-16	<ul style="list-style-type: none"> pobierz raport xml szablony

Rys. 16.10 Raport zwrotny do raportu rozliczeniowego

Charakterystyczną cechą tego okna jest fakt, że oprócz danych świadczeniodawcy wyświetlanych w górnym rogu okna, wyświetlana jest również informacja na temat pliku raportu, do którego zostały wygenerowane raporty zwrotne oraz krótka charakterystyka pliku. Informacje te pozwalają na jednoznaczne rozpoznanie plików z błędami weryfikacji.

W kolumnie *Operacje* dostępne są opcje pobierania pliku raportu zwrotnego (**pobierz raport xml**) oraz opcja **Szablony**, która umożliwia zapoznanie się z szablonami rachunków.

Zgodnie z obiegiem dokumentów w otwartym formacie wymiany danych, pliki komunikatów zwrotnych powinny zostać pobrane i zaimportowane do systemu rozliczającego świadczeniodawcy.

16.4 Badania WBX

Komunikat WBX umożliwia sprawozdawczość z wykonywania badań diagnostycznych w zakresie świadczeń lekarza POZ z dokładnością do numeru PESEL świadczeniobiorcy.

Przesłanie plików WBX na serwer dostępowy wykonuje się za pomocą opcji **Dodawanie pozycji**. Proces przebiega identycznie jak w przypadku komunikatów SWX.

W poniższym oknie widnieją wszystkie importowane komunikaty WBX.

Na liście prezentowane są następujące dane: data i godzina przesłania/źródło, nazwa pliku/Id wewnętrzne pliku, status, operacje/raporty zwrótne, potwierdzenie przesłania.

Lp.	Data i godzina przesłania/Źródło ▲	Nazwa pliku/Id wewnętrzne pliku	Status	Operacje/raporty zwrótne	Potwierdzenie przesłania
1.	2015-04-15 09:52:21 SIKCH	spr10000015.wbx 174774	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	XML
2.	2015-04-13 14:22:37 SIKCH	spr10000015.wbx 174489	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	XML

Rys. 16.11 Badanie WBX

W przypadku, gdy dla komunikatu statystycznego operator NFZ wygenerował raport zwrótne, w kolumnie *Operacje / raporty zwrótne* wyświetlony zostanie link **pobierz raport xml**. Umożliwia on pobranie raportu zwrótnego.

Po skorzystaniu z opcji **Dane szczegółowe** dostępne w kolumnie *Operacje*, użytkownik ma dostęp do liczby importowanych, zaimportowanych i niezaimportowanych plików.

Dane szczegółowe komunikatu WBX

Komunikat statystyczny medyczny:
 Nazwa pliku: spr_bez_atryb_opcjonalnych_1.wbx
 Data wczytania: 2015-05-12 08:38:52
 Status komunikatu: zaimportowany
 Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU
 Raport zwrótne: udośćpniony

Przebieg importu				Lista błędów importu
Liczba zestawów badań przekazanych w pliku				
Importowanych	Zaimportowanych	Niezaimportowanych		
Z: 2	Z: 2	Z: 0		-

Lista umów i okresów za które sprawozdano badania
 Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr pierwotny umowy ▼	Nr umowy	Rok	Okres	Liczba zestawów badań
1.	UMOWA POZ	15-00-05608-15-04	2015	5	1
2.	UMOWA POZ	15-00-05608-15-04	2015	4	1

Rys. 16.12 Dane szczegółowe

W przypadku wystąpienia błędów importu w kolumnie *Lista błędów importu* pojawi się opcja **pokaż**. Przy jej pomocy użytkownik może przejść do *Listy błędów importu*:

Lista błędów importu			
Kod problemu	Zawiera	<input type="text"/>	
		Szukaj	
		Zlicz rekordy	
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20			
Lp.	Id zest. badania	Kod problemu	Opis problemu
1.	12069	10000012	ZESTAW BADAŃ NIE MOŻE DOTYCZYĆ OKRESU WCZEŚNIEJSZEGO NIŻ ROK 2015 OKRES 4 [PRZEKAZANY ROK: 2015, OKRES: 03]
2.	12069	10000017	DATA WYKONANIA BADANIA NIE ZAWIERA SIĘ W PODANYM OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM [PRZEKAZANA DATA 2015-06-04]
3.	12067	10000020	W BAZIE DANYCH PŁATNIKA ZNAJDUJE SIĘ JUŻ INNY AKTYWNY ZESTAW BADAŃ DOTYCZĄCY TEGO SAMEGO OKRESU SPRAWOZDAWCZEGO
4.	12068	10000020	W BAZIE DANYCH PŁATNIKA ZNAJDUJE SIĘ JUŻ INNY AKTYWNY ZESTAW BADAŃ DOTYCZĄCY TEGO SAMEGO OKRESU SPRAWOZDAWCZEGO

Rys. 16.13 Lista błędów importu

W dolnej części okna **Danych szczegółowych komunikatu WBX**, widoczna jest **Lista umów i okresów, za które sprawozdano badania**, która wyświetlana jest w chwili, gdy dla danego raportu zaimportowano przynajmniej jeden zestaw.

Dane szczegółowe komunikatu WBX					
Komunikat statystyczny medyczny: Nazwa pliku: spr_bez_atryb_opcjonalnych_1.wbx Data wczytania: 2015-05-12 08:38:52 Status komunikatu: zaimportowany Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU Raport zwrotny: udostępniony					
Przebieg importu			Lista błędów importu		
Liczba zestawów badań przekazanych w pliku					
Importowanych	Zaimportowanych	Niezaimportowanych			
Z: 2	Z: 2	Z: 0	-		
Lista umów i okresów za które sprawozdano badania					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Nr pierwotny umowy	Nr umowy	Rok	Okres	Liczba zestawów badań
1.	UMOWA POZ	15-00-05608-15-04	2015	5	1
2.	UMOWA POZ	15-00-05608-15-04	2015	4	1

Rys. 16.14 Dane szczegółowe - Lista raportów cząstkowych

16.5 Raporty statystyczne ZPX

Obszar **Sprawozdawczość/Zaopatrzenie** umożliwia przekazywanie informacji dotyczących rozliczania świadczeń w rodzaju zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Opcja **Sprawozdawczość -> Raporty statystyczne - zaopatrzenie** pozwala na przekazanie do NFZ komunikatów statystycznych o wykonanych przez realizatora zaopatrzenia świadczeń z rodzaju ZPO w postaci plików ZPX. Operacje wgrania i obsługi pliku ZPX (oraz obsługi raportu zwrotnego ZPZ) są analogiczne jak opisane we wcześniejszych rozdziałach.

Na poziomie importu raportu ZPX dokonywana jest weryfikacja okresu sprawozdawczego. Dla komunikatów, które nie będą mogły być importowane ze względu na założone blokady, zostanie zgłoszony błąd mówiący o fakcie zablokowania umowy lub okresu w zależności od poziomu, na którym została założona blokada: „**[SQL0438] Zablokowany okres nr 2 w umowie nr 15-00-05205-11-57**”

16.6 Kolejki oczekujących

16.6.1 Komunikaty KLX

Opcja **Dodawanie pozycji** umożliwia przekazanie nowego komunikatu XML.

Lp.	Data przesłania Zródło	Nazwa pliku	Rok Okres	Status	Import. Zaimp. Niezaimp.	Operacje	Potw. przesłania
1.	2010-11-23 11:48 SIKCH	fake KOL_15-00-00018_2010-11-23_11_48_39	R: 2010 O: 10	Zaimportowana	I: - Z: - N: -	-	XML
2.	2010-11-23 11:45 SIKCH	KOL_15-00-00018_2010-11-23_11_45_55	R: 2010 O: 10	Zaimportowana	I: - Z: - N: -	-	XML
3.	2010-11-04 09:29 SIKCH	KOL_15-00-00018_2010-11-04_09_34_05	R: 2010 O: 10	Zaimportowana	I: - Z: - N: -	-	XML

Rys. 16.15 Komunikaty kolejek oczekujących

W kolumnie *Operacje* dostępna jest opcja **raport zwrotny**, która umożliwi pobranie raportu zwrotnego do przekazanego pliku. Operacja **błędy importu** umożliwia wyświetlenie listy błędów importu:

Id.	Rodzaj kolejki	Id miejsca	Kod procedury	Wersja kolejki	Kod błędu	Waga błędu	Opis błędu	Szczegóły
21434	Komórka org.			1	62	Błąd	KOLEJKA POSIADA NIEPRAWIDŁOWY IDENTYFIKATOR WERSJI	-

Rys. 16.16 Lista błędów importu

Aby zapoznać się z szczegółami na temat brakujących osób w kolejkach, które podczas importu komunikatu LIO CZ powodują zgłoszenie błędu o kodzie 80100020 należy wybrać opcję **Pokaż szczegóły** z kolumny *Status*.

Funkcja importu komunikatu LIO CZ umożliwia generację komunikatów zwrotnych z informacją o błędzie na poziomie całego komunikatu LIO CZ. System będzie wyświetlał błędy o poniższych kodach:

- 80100001 - Nieprawidłowy identyfikator odbiorcy komunikatu.
- 80100002 - Nieprawidłowa data i czas generacji komunikatu. Data i czas komunikatu nie może być z przyszłości.
- 80100003 - Nieprawidłowy identyfikator nadawcy komunikatu.
- 80100005 - Nieprawidłowy numer generacji. Numer generacji komunikatu w ramach instalacji powinien być wyższy od numeru generacji zarejestrowanego w systemie płatnika.
- 80100006 - Brak zgodności identyfikatora świadczeniodawcy z identyfikatorem nadawcy komunikatu.
- 80100008 - Sprawozdanie za okres {yyyy-mm} nie może być przekazane wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca.
- 80100009 - Okres sprawozdawczy nie może być późniejszy od okresu bieżącego.
- 80100010 - Sprawozdanie dotyczy zbyt odległego okresu sprawozdawczego.
- 80100000 - Nieprawidłowa wersja komunikatu LIO CZ.

System zgłosi również błąd w przypadku wystąpienia niezgodności przekazanego pliku ze schemą XSD.

16.6.2 Realizacja sprawozdawczości statystyki.

Realizacja sprawozdawczości statystyki						
Kod techniczny komórki		Zawiera	Szukaj			
Okres danych statystycznych: rok 2016 nr okresu 3 Dane przekazane Nie						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Kod techniczny komórki	Nazwa komórki	Kod VII Kod VIII	Kod świadczenia procedury	Nazwa świadczenia procedury	Dane przekazane
1.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20005	ŚWIADCZENIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO	Nie
2.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20008	TERAPIA IZOTOPOWA	Nie
3.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20010	TELERADIOTERAPIA HADRONOWA WIĄZKĄ PROTONÓW	Nie

Rys. 16.17 Realizacja sprawozdawczości statystyki

Zestawienie działa w oparciu o wyniki procesu oceniającego. Zestawienie zawiera następujące kolumny:

- Kod techniczny komórki,
- Nazwę komórki,
- VII część kodu resortowego,
- VIII część kodu resortowego,
- Kod świadczenia/procedury,
- Nazwa świadczenia/procedury.
- Dane przekazane

Filtrować zestawienie można wg jednej z poniższych wartości:

- Rok sprawozdawczy – parametr obowiązkowy – domyślnie rok bieżący
- Miesiąc sprawozdawczy - parametr obowiązkowy – domyślnie miesiąc bieżący
- Kod techniczny komórki,
- Nazwę komórki
- Kod świadczenia/procedury
- Nazwa świadczenia/procedury
- Dane przekazane – wartość domyślna „Nie”.

16.6.3 Zestawienie Realizacja sprawozdawczości terminów.

Realizacja sprawozdawczości terminów						
Kod techniczny komórki		Zawiera	Szukaj			
Okres danych w których zawiera się 2016-04-25 Dane przekazane Nie						
Prezentowany okres: od 2016-04-25 do 2016-05-01						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Kod techniczny komórki	Nazwa komórki	Kod VII Kod VIII	Kod świadczenia procedury	Nazwa świadczenia procedury	Dane przekazane
1.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20005	ŚWIADCZENIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO	Nie
2.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20008	TERAPIA IZOTOPOWA	Nie
3.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20010	TELERADIOTERAPIA HADRONOWA WIĄZKĄ PROTONÓW	Nie
4.	14180	PRZYCHODNIA KARDIOLOGICZNA	K: 1 K: 3016	20011	TERAPIA HIPERBARYCZNA	Nie

Rys. 16.18 Realizacja sprawozdawczości terminów

Zestawienie to działa w oparciu o wyniki procesu oceniającego.

Raport będzie generowany na wskazany przez operatora tydzień poprzez wskazanie daty zawierającej się w sprawozdawczym terminie.

Zestawienie zawiera następujące kolumny:

- Kod techniczny komórki,
- Nazwę komórki,

- VII część kodu resortowego
- VIII część kodu resortowego,
- Kod świadczenia/procedury,
- Nazwa świadczenia/procedury.
- Dane przekazane

Filtrować zestawienie można wg jednej z poniższych wartości:

- Data - okres danych w których zawiera się sprawozdanie - parametr obowiązkowy – domyślnie bieżąca data
- Kod techniczny komórki,
- Nazwę komórki
- Kod świadczenia/procedury
- Nazwa świadczenia/procedury
- Dane przekazane – wartość domyślna „Nie”.

Uwaga! Może być wymagane uruchomienie procesów oceniających odpowiednich typów dla wszystkich okresów, dla których świadczeniodawcy będą sprawdzać kompletność przekazanych informacji w zakresie list oczekujących. W przypadku braku wykonania oceny za dany okres będzie dla świadczeniodawcy wyświetlany komunikat w kolorze czerwonym: **Okres nie został oceniony**. Ma to na celu przekazanie jawnej informacji, że stan na dany okres nie został określony, tak aby świadczeniodawca nie uznał, że nie ma żadnych braków w sytuacji gdy nie zostanie wyświetlona żadna pozycja z powodu braku wykonania oceny danego okresu.

16.7 Żądania rozliczenia

16.7.1 Żądanie rozliczenia świadczeń, zaopatrzenia, ryczałtu PSZ oraz WYKBAD

UWAGA!

Podczas dawania żądania rozliczenia świadczeń, za miesiąc następny po miesiącu końcowym okresu rozliczenia świadczeń w ramach FM (w lipcu – za okres 1-6, w październiku – za okres 1-9, w styczniu – za okres 1-12), wykonywane jest sprawdzenie, czy nie istnieją świadczenia z okresu wcześniejszego kwalifikujące się do rozliczenia w ramach planów FM. W przypadku wyświetlenia ostrzeżenia konieczne jest zapoznanie z komunikatem i podjęcie decyzji, czy świadczenia wykonane dla dzieci ponad limit finansowania mają zostać rozliczone z Funduszem medycznym. Sprawdzenie jest ostrzeżeniem, więc nie blokuje generacji żądania rozliczenia.

Funkcjonalność dostępna w części [Sprawozdawczość -> Żądanie rozliczenia](#) pozwala na przekazanie do NFZ komunikatów statystycznych o wykonanych przez świadczeniodawcę świadczeń medycznych

- Dodanie żądania rozliczenia zaopatrzenia
- Dodanie żądania rozliczenia świadczeń (w tym rozliczenia świadczeń z Funduszem Medycznym)
- Dodanie żądania rozliczenia ryczałtu PSZ
- Dodanie żądania rozliczenia WYKBAD (począwszy od maja 2022)

W celu dodania żądania rozliczenia świadczeń (lub żądania rozliczenia świadczeń z Funduszem Medycznym) należy:

1. Na liście *Żądanie rozliczenia* wybrać opcję **Dodawanie żądania rozliczenia świadczeń**. Czynność spowoduje otwarcie okna *Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych*.

(1) Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

Rok:*

Umowa:*

* pola wymagane

Rys. 16.19 Przykładowe okno dodawania żądania rozliczenia

2. Uzpełnić:

- **Rok**
- **Umowę** (ze słownika) – wspomagając wybór wskazaniem typu umowy, do której ma zostać wygenerowane żądanie rozliczenia:
 - Ugody – dotyczy zawartej umowy o rozliczenie nadwykonań
 - Plan FM – dotyczy zawartej umowy o rozliczenie świadczeń wykonanych dla dzieci ponad limit umowy

(1) Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

Rok:*

Umowa:*

* pola wymagane

Słownik umów

Nr umowy Zawiera

Rok: 2021 Pokaż tylko:

Okres obowiązywania um

Ugody

Plan FM

Bieżący zakres pozycji: 1 - 10

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny umowy	Rodzaj świadczeń	Typ	Status	Data podpisania	Od daty Do daty
1.	N: 15-00-05901-21-01 N: 150005901/2019-2025	K: AOS N: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Umowa	Zatwierdzona	2020-12-31	Od: 2021-01-01 Do: 2021-12-31
2.	N: 15-00-05901-21-02 N: -	K: AOS N: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Plan FM	Zatwierdzona	2020-12-31	Od: 2021-01-01 Do: 2021-12-31

(ref: 372a2b49)

Rys. 16.20 Przykładowe okno dodawania żądania rozliczenia - wybór umowy

 3. Po uzupełnieniu danych, wybrać opcję **Dalej** oraz wprowadzić parametry generowania żądania, w zależności od dodawanego typu żądania:

- Sposób przepisania świadczeń do szablonu rozliczeniowego
 - **generowanie zbiorcze szablonu w ramach całej umowy** (z wyłączeniem świadczeń, które domyślnie powinny być wskazane do rozliczenia osobnym szablonem, np.: pacjenci UE) – wygenerowany szablon rachunku będzie zawierał informacje o rozliczeniu pozycji z wszystkich punktów umowy, dla których przekazano pozytywnie zweryfikowane dane statystyczne przed wskazaniem świadczeń do naliczenia.
 - **generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy** – dla każdego punktu umowy i okresu rozliczeniowego generowany będzie oddzielny szablon rachunku.
- Typ generowanych szablonów
 - szablony rachunków i szablony korekt rachunków
 - tylko szablony korekt rachunków
- Miesiąc naliczania
 - Jeżeli użytkownik poda niewłaściwy miesiąc naliczania system przerwie procedurę zlecenia z informacją dla świadczeniodawcy, iż wybrał zły miesiąc
 - Jeżeli użytkownik poda prawidłowy miesiąc, ale większy w stosunku do ostatniego miesiąca minimum o jeden miesiąc otrzyma komunikat z informacją, że miesiące, które nie zostały wybrane do tej pory (pominięte) nie będą mogły być nigdy naliczone.
 - Dla typu umowy Plan FM, naliczenie świadczeń realizowane jest w okresach kwartalnych zaczynając od 06-2021 oraz w miesiącu kończącym umowę (np.: w przypadku zakończenia obowiązywania umowy w sierpniu żądanie można również wygenerować dla okresu 8)
- Typ okresu – tylko dla umów posiadających zgodę na wcześniejsze rozliczanie, możliwe do wskazania:
 - Pierwsza ćwiartka

- Druga ćwiartka
- Trzecia ćwiartka
- Czwarta ćwiartka
- Tryb generowania szablonów rachunków ze względu na tytuł uprawnień
 - Generowanie szablonu zbiorczego
 - Generowanie odrębnych szablonów dla poszczególnych tytułów uprawnień - system umieści pozycję rozliczeniową w odrębnym szablonie zbiorczym dedykowanym dla danego tytułu uprawnień (inne tytuły niż UE, N) wyłącznie wtedy gdy podana pozycja jest finansowana z jednego tytułu uprawnień.
- Tryb generowania szablonów rachunków dotyczący świadczeń finansowanych z tytułu UE (Pole dostępne dla umów na udzielanie świadczeń oraz rozliczeń zaopatrzenia obowiązujących począwszy od roku 2016):
 - Generowanie szablonu zbiorczego – procedura generująca szablony rachunków będzie działała bez zmian w stosunku do świadczeń przynajmniej częściowo finansowanych z tytułu UE – wszystkie takie świadczenia będą ujmowane w jednym szablonie typu 12 (RUM-ZUE zbiorczy koordynacja)
 - Generowanie odrębnych szablonów dla poszczególnych dokumentów uprawniających UE – procedura generująca szablony rachunków będzie tworzyła odrębne szablony rachunków dla każdego dokumentu uprawniającego UE, który był podstawą przynajmniej częściowego finansowania danego świadczenia na podstawie przepisów o koordynacji.

Pozycje rozliczeniowe finansowane z tytułu UE umieszczane są w odrębnych szablonach: zbiorczym lub szczegółowym (zależnie od wyboru opcji: *Tryb generowania szablonów rachunków dotyczący świadczeń finansowanych z tytułu UE*). Pozycje rozliczeniowe finansowane na podstawie decyzji wójta/burmistrza i nie finansowane z tytułu UE zawsze umieszczane są w odrębnym szablonie zbiorczym N. Pozostałe pozycje rozliczeniowe umieszczane są w odrębnym szablonie zbiorczym.

(2) Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

Typ generowanych szablonów:*

Miesiąc naliczania:*

Tryb generowania szablonów rachunków ze względu na tytuł uprawnień:¹

Tryb generowania szablonów rachunków dotyczący świadczeń finansowanych z tytułu UE:

* pola wymagane

¹ Pozycje rozliczeniowe finansowane z tytułu UE zawsze umieszczane są w odrębnym szablonie zbiorczym UE. Pozycje rozliczeniowe finansowane na podstawie decyzji wójta/burmistrza i nie finansowane z tytułu UE zawsze umieszczane są w odrębnym szablonie zbiorczym N. Pozostałe pozycje rozliczeniowe umieszczane są w odrębnym szablonie zbiorczym.

System umieści pozycję rozliczeniową w odrębnym szablonie zbiorczym dedykowanym dla danego tytułu uprawnień (inne tytuły niż UE, N) wyłącznie wtedy gdy podana pozycja jest finansowana z jednego tytułu uprawnień.

Rys. 16.21 Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

(2) Dodawanie rozliczenia zaopatrzenia

Okres sprawozdawczy

Tryb generowania szablonów rachunków dotyczący świadczeń finansowanych z tytułu UE:

* pola wymagane

Rys. 16.22 Dodawanie rozliczenia zaopatrzenia

W przypadku:

- umów od roku 2010, posiadających tylko limitowane punkty, system zastosuje schemat rozliczeniowy zgodny ze schematem zdefiniowanym na poziomie nagłówka umowy
- umów od roku 2010, posiadających tylko Nielimitowane punkty, system zastosuje schemat rozliczeniowy, roczny niezależnie od schematu zdefiniowanego na poziomie nagłówka umowy
- umów od roku 2010, posiadających limitowane i Nielimitowane punkty, system umożliwi wybór schematu rozliczeniowego, wg, którego będzie przetwarzane żądanie rozliczenia:
 - rocznego - dla Nielimitowanych punktów
 - schematu zdefiniowanego na poziomie nagłówka umowy – dla limitowanych punktów umowy
- umów sprzed roku 2010, system wyznaczy listę różnych schematów rozliczeniowych przyporządkowanych na poziomie poszczególnych punktów umowy, przy czym Nielimitowane punkty będą traktowane, jako punkty umowy ze schematem rozliczeniowym rocznym. W przypadku, gdy wyznaczona w ten sposób lista schematów będzie zawierała więcej niż jedną pozycję, operator będzie miał możliwość wyboru schematu, według którego będzie przetwarzane żądanie rozliczenia.

Po wybraniu schematu rozliczeniowego, w przypadku dodawania żądania rozliczenia do umów sprzed roku 2010, posiadających punkty z różnymi schematami rozliczenia, system wyświetli na karcie podsumowania tabelę z listą punktów umowy, które posiadają wybrany schemat rozliczeniowy i będą brane pod uwagę przez procedurę przetwarzającą żądania rozliczeń. Tabela ta składa się z następujących kolumn - numer punktu umowy, kod zakresu świadczeń, nazwa zakresu świadczeń.

Podczas dodawania żądania rozliczenia, w okresie od 7 dni do ostatnio dodanego żądania rozliczenia, na karcie z wyborem miesiąca naliczania kreatora, w przypadku braku zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie wyświetlony komunikat informacyjny dla świadczeniodawcy o braku zgody na wcześniejsze rozliczenie bieżącego miesiąca.

Podczas dodawania żądania rozliczenia z miesiącem naliczania zgodnym z bieżącym miesiącem, wynikającym z aktualnej daty, przy obecności zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie dokonane sprawdzenie czy została zaimportowana i poprawnie zweryfikowana przynajmniej jedna pozycja rozliczeniowa należąca do raportu statystycznego za okres odpowiadający miesiącowi naliczenia. W przypadku braku pozycji rozliczeniowych spełniających w/w kryteria, zostanie wyświetlony następujący komunikat ostrzeżenia informujący operatora SZOI o tym fakcie:

UWAGI:

** brak zaimportowanych lub poprawnie zweryfikowanych pozycji rozliczeniowych należących do raportu statystycznego za okres 0*

Podczas dodawania żądania rozliczenia z miesiącem naliczania zgodnym z bieżącym miesiącem, wynikającym z aktualnej daty, przy obecności zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie wyświetlony komunikat informacyjny dla świadczeniodawcy o braku możliwości rozliczenia więcej niż ćwiartki limitu z bieżącego miesiąca.

4. Wybrać opcję **Dalej** w celu wyświetlenia *Podsumowania*. Jeśli dane są prawidłowe zatwierdzić generowanie żądania rozliczenia.

Żądanie rozliczenia									
Dodawanie żądania rozliczenia świadczeń					Dodawanie żądania rozliczenia ryczałtu PSZ				
Dodawanie żądania rozliczenia zaopatrzenia					Dodawanie żądania rozliczenia WYKBAD				
Numer umowy: <input type="text"/> Zawiera: <input type="text"/> Szukaj: <input type="text"/> Zlicz rekordy: <input type="text"/>									
Typ żądania: -- wszystkie -- Rodzaj żądania: -- wszystkie --									
Data dodania żądania: <input type="text"/> - <input type="text"/>									
Okres sprawozdawczy: Miesiąc: 1 - 12 Rok: 2022									
Status: -- wszystkie -- Dostępność raportu zwrotnego: -- wybierz --									
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Id żądania	Data dodania żądania	Typ żądania	Rodzaj żądania	Szablony	Nr umowy Nr pierwotny umowy Nr ugody / planu FM	Rok Okres od Okres do	Status	Operacje
1.	981616	2022-04-25 11:43:08	WYKBAD	ŚWIADCZENIODAWCA	Nie	N: 15-00-05608-22-07 N: 2022_COVIDOWE N: -	Rok: 2022 Od: 5 Do: 6	zakończono przetwarzanie informacji	pozycje nieuznane
2.	980774	2022-04-21 14:54:09	WYKBAD	ŚWIADCZENIODAWCA	Nie	N: 15-00-05608-22-07 N: 2022_COVIDOWE N: -	Rok: 2022 Od: 5 Do: 6	zakończono przetwarzanie informacji	pozycje nieuznane
3.	980772	2022-04-21 14:49:47	WYKBAD	ŚWIADCZENIODAWCA	Tak	N: 15-00-05608-22-07 N: 2022_COVIDOWE N: -	Rok: 2022 Od: 5 Do: 6	zakończono przetwarzanie informacji	raporty zwrotne pozycje nieuznane

Rys. 16.23 Żądanie rozliczenia

Po zakończeniu przetwarzania żądania rozliczenia na serwerze NFZ i wykonaniu weryfikacji merytorycznej, Oddział NFZ generuje zwrotny komunikat rozliczeniowy zawierający szablony rachunków refundacyjnych.

W przypadku numeru zlecenia będącego wnioskiem o zaopatrzenie, rok potwierdzenia zlecenia zostanie wyznaczony z daty zatwierdzenia wniosku do realizacji.

W przypadku numeru zlecenia będącego kartą zaopatrzenia, rok potwierdzenia zlecenia zostanie wyznaczony z daty realizacji/wydania środka pomocniczego.

Powyżej wyznaczony rok jest dodatkowym kryterium podziału decydującym o tym, w jakim szablonie rachunku zostanie umieszczone rozliczenie danej pozycji raportu – wszystkie pozycje raportu z danym rokiem potwierdzenia zostaną umieszczone w osobnym szablonie. Wszystkie szablony rachunków będą posiadały rok zgodny z rokiem obowiązywania umowy, w ramach której zostało przetworzone żądanie rozliczenia, a okres będzie zgodny z wybranym miesiącem naliczania podczas dodawania żądania rozliczenia z poziomu portalu SZOI.

Ogólnie można powiedzieć, że dla żądań rozliczenia zaopatrzenia w przypadku, gdy karta/wniosek zostały zatwierdzone w roku poprzednim np. 2010, a rozliczone w obecnym 2011 to wygenerowane zostaną dwa szablony dla jednego żądania rozliczenia danego okresu. Oczywiście sytuacja taka mam miejsce, jeśli są inne produkty do rozliczenia z 2011 roku.

Dla żądań rozliczenia zaopatrzenia, które nie mogą zostać zakończone pozytywnie z powodu założenia blokady na umowę po stronie OW NFZ, wyświetlony zostanie następujący komunikat, informujący fakcie zablokowania umowy bądź okresu w zależności od poziomu, na którym została założona blokada:

„[SQL0438] Zablokowany okres nr 2 w umowie nr 15-00-05205-11-57”

Świadczeniodawca może pobrać raport zwrotny z poziomu okna *Żądanie rozliczenia* w kolumnie *Operacje* używając opcji **Raporty zwrotne** (raport zwrotny będzie dostępny, gdy w kolumnie *Status* **widoczna** będzie informacja **Zakończono przetwarzanie**).

Po wyświetleniu okna **Raporty zwrotne rozliczeń** możliwe jest:

1. Pobranie pliku raportu zwrotnego poprzez opcję **Pobierz**.

Raporty zwrotne rozliczeń		
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20		
Lp.	Data generacji	Operacje
1.	2012-06-20	pobierz szablony

Rys. 16.24 Raporty zwrotne rozliczeń

Po wybraniu tej opcji należy pobrać raport i zapisać go w bezpiecznym miejscu na dysku, a następnie zaimportować do aplikacji służącej do rozliczeń z NFZ, aby możliwe było sprawdzenie wyników weryfikacji rozliczenia oraz utworzenie rachunków.

- Przeglądanie szablonów rachunków wygenerowanych w ramach bieżącego raportu zwrotnego poprzez opcję **Szablony**. Wybór tej opcji spowoduje otwarcie okna **Szablony rachunków**.

Lp.	Typ dokumentu do wystawienia	Podtyp dokumentu do wystawienia	Rok		Numer szablonu	Operacje
			Typ okresu	Okres		
1.	Rachunek	ZBIORCZY-UPRAWNIENI	R: 2015 T: Miesiąc O: 11		5487	pozycje rachunku

Rys. 16.25 Szablony rachunków

W powyższym oknie dostępne są następujące informacje:

- Pozycje rachunku** - podgląd pozycji, które zostaną zawarte w rachunku refundacyjnym
- Usuń** - usunięcie szablonu rachunku (dostępna tylko dla zaopatrzenia medycznego)


Uwaga!

Operacja usunięcia szablonu jest czynnością nieodwracalną (nie można cofnąć usunięcia szablonu). Dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę przy jej wykonywaniu.

Jeżeli w oknie **Rozliczanie zaopatrzenia** w kolumnie *Status* widoczna będzie informacja **Błąd. Pokaż szczegóły** świadczeniodawca może wyświetlić błędy przetwarzania.

Szczegółowy opis błędu	
Błąd systemowy:	Rozliczanie umowy 15-00-05120-11-39 zablokowane przez inny proces

Rys. 16.26 Szczegółowy opis błędu

W raporcie rozliczeniowym dla żądań rozliczenia dla komunikatu SWIAD umieszczono dodatkowo pozycje rozliczeniowe nieskorygowane, nierozliczone negatywnie zweryfikowane z okresów sprawozdawczych objętych rozliczeniem (pierwszy miesiąc okresu rozliczeniowego – miesiąc naliczenia).

Opcja **Pozycje nieuznane** umożliwia przejście do okna **Pozycje rozliczeniowe nieuznane do szablonu**

Pozycje rozliczeniowe nieznanne do szablonu

Zlicz rekordy


Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Id. instalacji	Id. produktu	Nr wersji produktu	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Świadczenie jednostkowe	Liczba jedn. rozlicz.	Waga	Cena	PESEL	Data wykonania świadczenia	Przyczyna odrzucenia	Powiązanie z planem FM
1.	sd-2021-015_wb	1	1	03-4010.030.02	1	5.51.01.0003057	1,0000	1,0000	23,69 zł		Od: 2021-01-02 Do: 2021-01-05	Kodi: 44 Opis:	Nie
2.	sd-2021-015_wb	2	1	03-4010.030.02	1	5.51.01.0014003	1,0000	1,0000	23,69 zł		Od: 2021-01-02 Do: 2021-01-05	Kodi: 44 Opis:	Nie
3.	sd-2021-015_wb	5	1	03-4011.030.02	2	5.53.01.0001478	324,0000	324,0000	28,00 zł		Od: 2021-01-02 Do: 2021-01-05	Kodi: 44 Opis:	Tak
4.	sd-2021-015_wb1	4	1	03-4010.030.02	1	5.51.01.0003057	1,0000	1,0000	23,69 zł		Od: 2021-05-02 Do: 2021-05-05	Kodi: 44 Opis:	Tak
5.	sd-2021-015_wb1	5	1	03-4010.030.02	1	5.53.01.0001516	1 255,0000	1 255,0000	23,69 zł		Od: 2021-05-02 Do: 2021-05-05	Kodi: 44 Opis:	Tak

Rys. 16.27 Pozycje rozliczeniowe nieznanne do szablonu

W zestawieniu są uwzględnione pozycje rozliczeniowe należące do następujących zbiorów w momencie przetworzenia żądania rozliczenia:

- pozycje rozliczeniowe nieskorygowane, nierozliczone, negatywnie zweryfikowane z okresów sprawozdawczych objętych rozliczeniem (pierwszy miesiąc okresu rozliczeniowego – miesiąc naliczenia (powód nieznanania – negatywny wynik weryfikacji)
- pozycje rozliczeniowe nieskorygowane, nierozliczone, pozytywnie zweryfikowane z okresów sprawozdawczych objętych rozliczeniem (pierwszy miesiąc okresu rozliczeniowego – miesiąc naliczenia, które nie zostały umieszczone w szablonie rachunku
- pozycje rozliczeniowe rozliczone kandydujące do umieszczenia w szablonie korygującym, nie umieszczone fizycznie w szablonie korygującym, wskutek braku w systemie zatwierzonego rachunku pierwotnego

Aby zapoznać się z powodem nieznannej pozycji należy najechać kursorem na ikonę  dostępną w kolumnie **Przyczyna odrzucenia**:

WYBRANA POZYCJA UMOWY ZOSTAŁA ROZLICZONA - ISTNIEJĄ SZABLONY KOREKT DO KTÓRYCH NIE PRZEKAZANO FAKTUR KORYGUJĄCYCH	ŚWIADCZENIE UDZIELONE NA PODSTAWIE UPRAWNIENIA, DLA KTÓREGO NIE OKREŚLONO SPOSOBU FINANSOWANIA	LIMIT DLA WYBRANEJ POZYCJI UMOWY ZOSTAŁ WYKORZYSTANY
---	--	--

Jeśli przyczyną odrzucenia jest wykorzystanie limitu i jednocześnie dla takiej pozycji w kolumnie Powiązanie z planem FM widnieje wartość Tak – świadczenia takie może zostać rozliczone w ramach planu FM.

16.7.2 Żądanie rozliczenia DEKL

Funkcjonalność dostępna w części [Sprawozdawczość](#) -> [Żądanie rozliczenia](#) pozwala na przeglądanie żądań rozliczenia wygenerowanych przez pracownika OW NFZ do komunikatów zawierających deklaracje POZ przekazane przez świadczeniodawcę.

Po zakończeniu przetwarzania żądania rozliczenia na serwerze NFZ i wykonaniu weryfikacji merytorycznej, Oddział NFZ generuje zwrotny komunikat rozliczeniowy zawierający szablon rachunków refundacyjnych.

Opcja **Blokady rozliczeń** dostępna w kolumnie *Operacje* umożliwia zapoznanie się z blokadami definiowanymi przez operatora OW NFZ. Mogą one skutkować nieujęciem produktu jednostkowego w szablonie rachunku lub ujęciem w szablonie korekty). Aby zapoznać się z dodatkowymi informacjami na temat blokad rozliczania produktów jednostkowych należy wybrać opcję **Szczegóły**. Kolumna *ID Świadczeniobiorcy* przyjmuje wartość „*****”, w przypadku, gdy ID świadczeniobiorcy, u którego złożono deklarację jest różne od ID świadczeniodawcy, którego dotyczy rozliczenie:

[Powrót do listy blokad](#)

Pozycje rozliczeniowe zablokowane

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Id. świadczeniodawcy	Id. deklaracji	Typ dekl.	Id. świadczeniobiorcy	Data złożenia	Wyróżnik	Produkt kontraktowy	Produkt jednostkowy
1.	150005427	1	L	*****	2013-01-01	1	01.0010.148.01	5.01.00.00000041
2.	150005427	2	L	*****	2013-01-01	1	01.0010.148.01	5.01.00.00000041
3.	150005427	3	L	*****	2013-04-01	1	01.0010.148.01	5.01.00.00000041

Rys. 16.28 Pozycje rozliczeniowe zablokowane

Świadczeniodawca może pobrać raport zwrrotny z poziomu okna *Żądanie rozliczenia* w kolumnie *Operacje* używając opcji **Raporty zrotne** (raport zwrrotny będzie dostępny, gdy w kolumnie **Status** widoczna będzie informacja **Zakończono przetwarzanie**).

Po wyświetleniu okna **Raporty zrotne** możliwe jest:

1. Pobranie pliku raportu zwrrotnego poprzez opcję **Pobierz**.

Rozliczenie DEKL
 Typ umowy: Umowa z bieżącym OW
 Nr umowy: 15-00-05376-14-05
 Nr pierwotny umowy: SZABLON_POZ_05
 Rok: 2014
 Okres sprawozdawczy: od 3 do 3
[Powrót do listy żądanie rozliczenia](#)

Raporty zrotne rozliczeń

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Data generacji	Operacje
1.	2014-01-23	pobierz szablony

Rys. 16.29 Raporty zrotne rozliczeń

Po wybraniu tej opcji należy pobrać raport i zapisać go w bezpiecznym miejscu na dysku, a następnie zaimportować do aplikacji służącej do rozliczeń z NFZ, aby możliwe było sprawdzenie wyników weryfikacji rozliczenia oraz utworzenie rachunków.

2. Przeglądanie szablonów rachunków wygenerowanych w ramach bieżącego raportu zwrrotnego poprzez opcję **Szablony**. Wybór tej opcji spowoduje otwarcie okna **Szablony rachunków**.

Rozliczenie DEKL
 Typ umowy: Umowa z bieżącym OW
 Nr umowy: 15-00-05376-14-05
 Nr pierwotny umowy: UMOWA_POZ
 Rok: 2016
 Okres sprawozdawczy: od 1 do 1
[Powrót do listy żądanie rozliczenia](#)

[Powrót do listy raportów zwrrotnych](#)

Szablony rachunków

Szukaj Zlicz rekordy

Typ: [-- wybierz --] Podtyp: [-- wybierz --]

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Typ dokumentu do wystawienia	Podtyp dokumentu do wystawienia	Rok	Numer szablonu	Operacje
			Typ okresu Okres		
1.	Korekta do rachunku	ZBIORCZY-UPRAWNIENI	R: 2016 T: Miesiąc O: 1	5658	pozycje rachunku pozycje wzrostu fin. świad.

Rys. 16.30 Szablony rachunków

W powyższym oknie dostępne są następujące informacje:

- **Pozycje rachunku** - podgląd pozycji, które zostaną zawarte w rachunku refundacyjnym
- **Pozycje wzrostu fin. świad.** – podgląd szczegółowej specyfikacji kwot, które powinny zostać przeznaczone na wzrost finansowania świadczeń pielęgniarstwa/położnej/medycyny szkolnej w ramach danego szablonu.

Od 2014 roku rachunki dla deklaracji POZ oraz KAOS oraz transportu sanitarnego wystawiane są na podstawie szablonu.

16.7.3 Żądanie rozliczenia DMP

Funkcjonalność dostępna w części [Sprawozdawczość](#) -> [Żądanie rozliczenia](#) -> [DMP](#) pozwala na przeglądanie zleceń generacji rozliczeń POZ PLUS DMP wygenerowanych przez pracownika OW NFZ do komunikatów zawierających informację o stanie włączenia pacjenta do programu zarządzania chorobą przewlekłą (DMP).

Po zakończeniu przetwarzania żądania rozliczenia na serwerze NFZ i wykonaniu weryfikacji merytorycznej, Oddział NFZ generuje zwrotny komunikat rozliczeniowy zawierający szablon rachunków refundacyjnych.

Opcja **Pozycje nieuznane** dostępna w kolumnie *Operacje* umożliwia zapoznanie się z pozycjami rozliczeniowymi nieuznanymi do zafakturowania:

Pozycje rozliczeniowe nieuznane do zafakturowania								
Zlicz rekordy								
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20								
Lp.	ID pozycji	Typ identyfikatora pacjenta	Identyfikator pacjenta	Zakres świadczeń	Świadczenie	Cena jednostkowa	Liczba jednostek do rozliczenia	Przyczyna odrzucenia
1.	4409	Inny dokument	76764467	18.1000.003.18	5.01.01.9000113	2 500,00 zł	5.0000	Kod: 5 Opis:

Rys. 16.31 Lista raportów rozliczeniowych

Świadczeniodawca może pobrać raport zwrotny używając opcji **Raporty zwrotne** (raport zwrotny będzie dostępny, gdy w kolumnie **Status** widoczna będzie informacja **Zakończono przetwarzanie**).

Po wyświetleniu okna **Raporty zwrotne** możliwe jest:

1. Pobranie pliku raportu zwrotnego poprzez opcję **Pobierz**.

Raporty zwrotne rozliczeń		
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20		
Lp.	Data generacji	Operacje
1.	2018-10-30	

Rys. 16.32 Raporty zwrotne rozliczeń

Po wybraniu tej opcji należy pobrać raport i zapisać go w bezpiecznym miejscu na dysku, a następnie zaimportować do aplikacji służącej do rozliczeń z NFZ, aby możliwe było sprawdzenie wyników weryfikacji rozliczenia oraz utworzenie rachunków.

2. Przeglądanie szablonów rachunków wygenerowanych w ramach bieżącego raportu zwrotnego poprzez opcję **Szablony**. Wybór tej opcji spowoduje otwarcie okna **Szablony rachunków**.

Szablony rachunków					
Szukaj Zlicz rekordy					
Typ: -- wybierz -- Podtyp: -- wybierz --					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Typ dokumentu do wystawienia	Podtyp dokumentu do wystawienia	Rok		Operacje
			Typ okresu	Okres	
1.	Rachunek	ZBIORCZY-UPRAWNIENI	R: 2018 T: Miesiąc O: 9		7352 pozycje rachunku

Rys. 16.33 Szablony rachunków

W powyższym oknie dostępna jest opcja **Pozycje rachunku** - podgląd pozycji, które zostaną zawarte w rachunku refundacyjnym:

Pozycje szablonu rachunku

Nr punktu umowy Zawiera Szukaj

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Punkt umowy	Kod produktu kontraktowego	Nazwa produktu kontraktowego	Nr wg SIKCH	Liczba uznanych jednostek rozliczeniowych do zafakturowania	Obowiązująca cena jednostki rozliczeniowej	Wartość
1.	4	418000000318	ZARZĄDZANIE CHOROBA-RYCZAŁT (L. ŚW-BIORCÓW DO 5 TYS.)	10087	5	400,00 zł	2 000,00 zł

Rys. 16.34 Szablony rachunków

16.7.4 Spłata ryczału 1/12

Funkcjonalność pozwala na dodanie żądania spłaty ryczału 1/12 – żądania rozliczenia świadczeń w ramach nowego typu „ugody” Plan Spłaty.

[Zadanie rozliczenia](#) | [Spłata ryczału 1/12](#)

Spłata ryczału 1/12

Numer umowy Zawiera Szukaj

Data dodania żądania -

Okres sprawozdawczy: Miesiąc: - Rok:

Status: Dostępność raportu zwrótnego:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Id żądania	Data dodania żądania	Typ żądania	Szablony	Nr planu spłaty		Rok	Okres od	Okres do	Status	Operacje
					Nr umowy	Nr pierwotny umowy					
1.	859915	2021-03-26 14:53:30	Świadczeniodawca	Nie	N: 15-00-05608-21-12 N: 15-00-05608-21-11 N: WB_TEST_099		Rok: 2021	Od: 1	Do: 1	wprowadzony	ustaw limity usuń przełącz
2.	859453	2021-03-16 10:15:06	Świadczeniodawca	Tak	N: 15-00-05608-20-30 N: 15-00-05608-21-04 N: BARONET_2018_7_PSZ		Rok: 2021	Od: 1	Do: 2	zakończono przetwarzanie	raporty zwrótno pozytcie nieuznane informacje
3.	859448	2021-03-16 07:58:11	Świadczeniodawca	Tak	N: 15-00-05608-20-30 N: 15-00-05608-21-04 N: BARONET_2018_7_PSZ		Rok: 2021	Od: 1	Do: 1	zakończono przetwarzanie	raporty zwrótno pozytcie nieuznane informacje
4.	859446	2021-03-16 07:52:19	Świadczeniodawca	Nie	N: 15-00-05608-20-30 N: 15-00-05608-21-04 N: BARONET_2018_7_PSZ		Rok: 2021	Od: 1	Do: 1	zakończono przetwarzanie	raporty zwrótno pozytcie nieuznane informacje
5.	859443	2021-03-16 07:28:45	Operator OW NFZ	Nie	N: 15-00-05608-20-30 N: 15-00-05608-21-04 N: BARONET_2018_7_PSZ		Rok: 2021	Od: 1	Do: 1	zakończono przetwarzanie	pozytcie nieuznane informacje
6.	859437	2021-03-15 16:41:48	Świadczeniodawca	Tak	N: 15-00-05608-20-30 N: 15-00-05608-21-04 N: BARONET_2018_7_PSZ		Rok: 2021	Od: 1	Do: 1	zakończono przetwarzanie	raporty zwrótno pozytcie nieuznane informacje

Rys. 16.35 Spłata ryczału 1/12

Lista spłaty ryczału 1/12 zbudowana jest z następujących kolumn:

- Id żądania
- Data dodania żądania
- Typ żądanie – informuje o stronie dodającej żądanie
 - żądanie dodane przez Świadczeniodawcę
 - żądanie dodane przez Operatora OW NFZ OW w trybie korekt przy zmianie statusu noty NPS na „sprawdzony, oczekuje na korektę”.
- Szablony – czy wygenerowano szablon
- Nr planu spłaty / Nr umowy / Nr pierwotny umowy
- Rok / Okres od/ Okres do
- Status
- Operacje

W celu dodania żądania spłaty 1/12 należy:

1. Wybrać opcję
2. Następnie należy wskazać plan spłaty (ograniczony do planów w 2020 roku) oraz wybrać okres sprawozdawczy:

(1) Dodanie żądania spłaty ryczałtu 1/12

Rok: *

Nr planu spłaty: *

Okres sprawozdawczy: *

* pola wymagane

Pozycje rozliczeniowe finansowane z UE są domyślnie pomijane do rozliczenia w ramach żądania spłaty ryczałtu 1/12 (choć ich wartość jest uwzględniana przy obliczaniu wartości świadczeń możliwych do spłaty), ponieważ zaleca się ich rozliczenie w ramach umowy, do której zostały sprawozdane. Świadczenia można rozliczyć w ramach spłaty ryczałtu po zmianie odpowiedniego parametru umowy w OW - będą wtedy umieszczone w odrębnym szablonie zbiorczym UE.

Pozycje rozliczeniowe finansowane na podstawie decyzji wójta/burmistrza i nie finansowane z tytułu UE zawsze umieszczone są w odrębnym szablonie zbiorczym N. Pozostałe pozycje rozliczeniowe umieszczone są w odrębnym szablonie zbiorczym.

3. Następnie należy zatwierdzić podsumowanie:

(2) Dodanie żądania spłaty ryczałtu 1/12 - Podsumowanie

Żądanie spłaty

Rok umowy:	2020
Nr planu spłaty:	15-00-05608-20-29
Okres sprawozdawczy:	3

4. Żądanie spłaty zostaje dopisane do listy, a Operator może (kolumna operacje) przystąpić do ustalenia limitów:

Aktualny stan zadłużenia w ramach poszczególnych pozycji planu finansowego [zł]				
Pozycja planu	Nazwa pozycji planu	Zadłużenie	Splacone	Pozostało do spłaty
SZP (CHEM. BEZ LEKÓW)	LECZENIE SZPITALNE (CHEMIOTERAPIA) BEZ WARTOŚCI LEKÓW	44,93	0,00	44,93
AOS	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	7 704,00	4 213,88	3 490,12
SZP (ODDZ.SZP.RAD)	LECZENIE SZPITALNE (ODDZIAŁY SZPITALNE, RADIOTERAPIA)	3 911,58	0,00	3 911,58
SZP (CHEM.LEKI)	LECZENIE SZPITALNE (CHEMIOTERAPIA) WYŁĄCZNIE WARTOŚĆ LEKÓW	26 012,29	199,72	25 812,57

(1) Ustalone limity dla żądania spłaty

Pozycja planu	Pkt. umw	Kod zakresu	Nazwa zakresu	Kwota możliwa do spłaty	Splać maksymalnie [zł]
AOS	4	02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII	64,14 zł	<input type="text" value="3,00"/>
AOS	5	02.1030.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORZĄDOWE	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>
AOS	6	02.1030.301.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>
AOS	8	02.0000.073.02	BADANIA MEDYCZYNY NUKLEARNEJ	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>
AOS	13	02.1600.301.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OKULISTYKI-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>
SZP (ODDZ.SZP.RAD)	3	03.4030.930.02	ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	15 552,00 zł	<input type="text" value="18000,00"/>
SZP (ODDZ.SZP.RAD)	11	03.4600.930.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA PAKIET ONKOLOGICZNY	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>
SZP (CHEM. BEZ LEKÓW)	15	03.0000.115.02	CHEMIOTERAPIA	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>
SZP (CHEM.LEKI)	16	03.0001.115.02	SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII	0,00 zł	<input type="text" value="0,00"/>

5. Po wybraniu opcji ustaw limity wyświetlone zostaje okno, w którym w górnej jego części wyświetlany jest aktualny stan zadłużenia w ramach poszczególnych pozycji planu finansowego. Świadczeniodawca dokładnie widzi jaka część należności w ramach pozycji planu została już spłacona i ile jeszcze pozostało mu do spłaty.
6. Poniżej wyświetlane są wartości świadczeń zrealizowanych w poszczególnych zakresach, które zostały sprawozdane do umowy, ale **nierozliczone**.
 - a. Jeśli świadczeniodawca rozliczał już świadczenia z danego okresu, a 1/12 ryczałtu pobierał pomniejszoną o ich wartość w oknie tym będzie posiadał zerowe kwoty możliwe do spłaty
 - b. Jeśli świadczeniodawca pobierał całą należną mu (do limitu umowy) wartość 1/12 ryczałtu i nie sprawozdawał żadnych świadczeń we wskazanym okresie również w oknie tym, będzie posiadał zerowe kwoty możliwe do spłaty.
7. Świadczeniodawca podejmuje decyzje jaka kwota sprawozdanych świadczeń (kolumna kwota możliwa do spłaty) ma zostać spłacona w ramach danej pozycji (kolumna splać maksymalnie).
8. Po ustaleniu limitów za pomocą opcji przekaż, należy przesłać żądanie spłaty 1/12 do OW NFZ.

16.8 Raporty rozliczeniowe

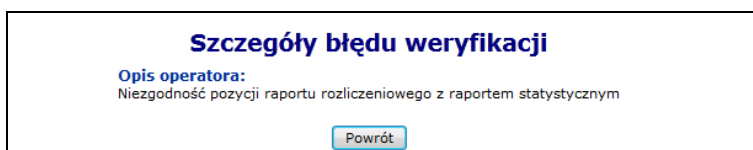
Obszar **Raporty rozliczeniowe** umożliwia przeglądanie przesłanych do OW NFZ **komunikatów rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (WSX)** oraz **raportów rozliczeniowych medycznych (RRX)**. Komunikaty rozliczeniowe stanowią nowy, otwarty format wymiany danych. Lista wczytanych komunikatów i raportów przedstawiona jest w jednej tabeli. Domyślnie wyświetlane są informacje z bieżącego roku i okresu rozliczeniowego. Dostępne w tej części informacje obejmują:

- **Data przesłania pliku** na serwer dostępowy
- **Źródło** wczytywania danych
- **Nazwę pliku** nadaną przez świadczeniodawcę
- **Status** wczytanego pliku
- **Rok**, którego dotyczy raport
- **Numer pierwotny/numer umowy**
- **Raporty zwrotne** – przeglądania raportów zwrotnych wygenerowanych dla przesłanego pliku
- **Potwierdzenie przesłania** – pobranie/wydruk potwierdzenia wczytania komunikatu przez świadczeniodawcę
- **Typ** przesłanego pliku:
 - **RRX** – wcześniej obowiązujący format raportów rozliczeniowych
 - **WSX** – format komunikatów

Lp.	Data przesłania	Źródło	Nazwa pliku	Status	Rok	Nr pierwotny/ Nr umowy	Raporty zwrotne	Potwierdzenie przesłania	Typ
1.	2012-05-18 14:34:02	SIKCH	150005376090001_4	zaimportowany	2012	288 15-00-05376-09-01	-		WSX
2.	2012-05-18 14:26:24	SIKCH	150005376090001_4	zweryfikowany	2012	288 15-00-05376-09-01	-		WSX
3.	2012-05-18 14:15:24	SIKCH	150005376090001_4	zweryfikowany	2012	288 15-00-05376-09-01			WSX
4.	2012-05-18 12:04:44	SIKCH	150005376090001_4	zweryfikowany	2012	288 15-00-05376-09-01	-		WSX

Rys. 16.36 Lista raportów rozliczeniowych

Dla pozycji o statusie odrzucony, w kolumnie *Status* pojawi się opcja **Pokaż szczegóły**. Po jej wybraniu pojawi się szczegółowa przyczyna odrzucenia pozycji przez OW NFZ.



Rys. 16.37 Szczegółowa przyczyna odrzucenia

W przypadku, gdy dla pliku rozliczeniowego operator NFZ wygenerował raport zwrotny, w kolumnie *raporty zwrotne* wyświetlony zostanie link **pokaż** do listy raportów zwrotnych dla pliku. W przypadku wykrycia w istotnych błędów, raport stanowi podstawę do wykonania zmian w wykazanych pozycjach.

16.9 Rachunki refundacyjne (medyczne)

Refundacja świadczeń to kwota należna świadczeniodawcy za usługi medyczne wykonane pacjentom. Natomiast rachunek refundacyjny to finansowy dokument wystawiony przez świadczeniodawcę, który stanowi podstawę ubiegania się o zwrot poniesionych przez niego kosztów w ramach realizacji świadczeń. Okresami rozliczeniowymi świadczeniodawców i Oddziału Woj. NFZ są okresy miesięczne. Ponieważ refundacje stanowią bardzo znaczący

punkt wydatków budżetu, kontrola wydatków na ten cel ma priorytetowe znaczenie dla ogólnego stanu finansowego NFZ.

Rachunki refundacyjne (medyczne)

[Dodawanie rachunku](#)

Nazwa pliku Zawiera faktu Szukaj

Rok: [2014] Okres: [1] Status: [do zatwierdzenia] Typ: [-- dowolny --] Rodzaj: [-- dowolny --]

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Data przesłania/ Data wpływu eDokumentu/ Data zatwierdzenia	Źródło	Nazwa pliku		Status	Rok	Typ	Nr umowy	Wartość rachunku	Operacje
			Nr według SIKCH	Nr według świadczeniodawcy		Okres	Rodzaj	Nr pierwotny umowy		
1.	2014-03-14 13:14:21 / 2014-03-14 / 2014-03-14	SZOI	N: faktura_szablon_UE_4872.efx N: 15-00-05427-14-02-002 N: 14/03/2014	do zatwierdzenia	R: 2014 O: 1	rachunek elektroniczny	N: 15-00-05427-14-02 N: NR PIERWOTNY	270 zł	potwierdzenie PDF dokumenty uprawniające inne załączniki pokaż fakturę	
2.	2014-01-23 15:05:04 / - / 2014-01-23	SIKCH	N: faktura_Pap_poprnefx N: 15-00-05427-14-08-006 N: 23/01/14_POPRAWNY1	do zatwierdzenia	R: 2014 O: 1	rachunek papierowy	N: 15-00-05427-14-08 N: NR PIERWOTNY	9 zł	potwierdzenie PDF usun	
3.	2014-01-23 14:33:41 / - / 2014-01-23	SIKCH	N: faktura_Pap_popr_kor.efx N: 15-00-05427-14-08-005 N: 23/01/14_P	do zatwierdzenia	R: 2014 O: 1	korekta rachunek korygowany (nr reg. Świad.): 23/01/14_POPRAWNY papierowy	N: 15-00-05427-14-08 N: NR PIERWOTNY	0 zł	potwierdzenie PDF usun	

Rys. 16.38 Rachunki refundacyjne (medyczne)

Dla pozycji rachunków, dla których pracownicy OW NFZ mają jakieś zastrzeżenia pojawi się opcja **Nieprawidłowości** dostępna w kolumnie *Status*. Po jej wybraniu pojawi się *Lista nieprawidłowości*, na której znajdować się będą następujące informacje:

- **Datę** wystawienia nieprawidłowości
- **Przyczynę**
- **Telefon** kontaktowy

Aby zaimportować nową pozycję do systemu należy skorzystać z opcji [Dodawanie rachunku](#). W pierwszej kolejności operator musi przy pomocy opcji [Przeglądaj...](#) wybrać odpowiedni plik, który ma zostać zaimportowany.

(1) Dodawanie rachunku medycznego - Plik raportu

Plik: * [Przeglądaj...](#)

[Anuluj](#) [Dalej →](#)

Rys. 16.39 Dodawanie rachunku medycznego - Plik raportu

Jeżeli w systemie istnieją szablony korekt (dla innej umowy niż wczytywany rachunek), dla których nie utworzono / zaimportowano korekt, w kolejnym kroku operator zostanie o tym fakcie poinformowany następującym komunikatem.

(2) Dodawanie rachunku medycznego - Lista szablonów korekt

Uwaga!

W systemie istnieją następujące szablony korekt, dla których nie wprowadzono jeszcze korekt rachunku

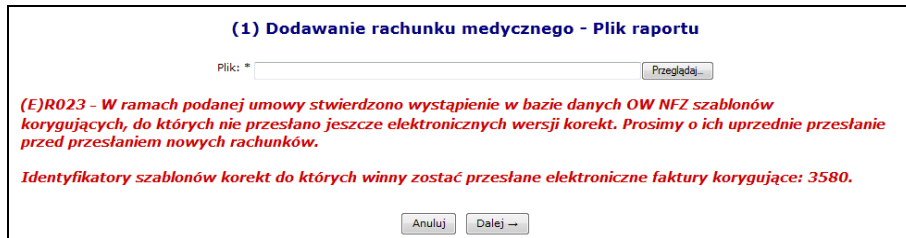
Nr Umowy	Nr pierwotny	Rok umowy	Miesiąc	Nr szablonu korekty	Nr szablonu rachunku	Nr rachunku	Podstawa ubezpieczenia
15-00-05376-12-05	SD-2012-023	2012	7	3648	3645	PB KRSK 1C	U - UBEZPIECZENI
15-00-05376-12-05	SD-2012-023	2012	8	3677	3669	09-09	UE - PRZEPISY O KOORDYNACJI
15-00-05376-12-49		2012	6	3633	3632	213	U - UBEZPIECZENI

[Anuluj](#) [← Wstecz](#) [Dalej →](#)

Rys. 16.40 Dodawanie rachunku medycznego - Komunikat ostrzegawczy

Natomiast w przypadku, gdy w ramach podanej umowy stwierdzono wystąpienie w bazie danych OW NFZ

szablonów korygujących, do których nie przesłano jeszcze elektronicznych wersji korekt, pojawi się komunikat.



Rys. 16.41 Dodawanie rachunku medycznego - Komunikat błędu

Rachunki w portalu SZOI mogą otrzymać następujące statusy:

- **Wprowadzony** – dokument zaimportowany / utworzony ręcznie z szablonu / wprowadzony ręcznie bez szablonu
- **Sprawdzony – oczekuje na korektę** – wystąpi, jeżeli po wystawieniu rachunku świadczeniodawca coś skorygował, lub Oddział Wojewódzki wykrył błędy w produktach
- **Przesłany** – taki status otrzyma pozycja, która została wczytana do systemu
- **Do zatwierdzenia** – pozycja oczekuje na zaksięgowanie
- **Zatwierdzony** – pozycja zatwierdzona przez OW NFZ
- **Błąd importu** – taki status informuje operatora systemu, że podczas importu do oddziałowego systemu informatycznego wystąpiły jakieś błędy. Dla rachunków medycznych o tym statusie, dostępna jest opcja **Usuń**.
- **Usunięty** – jeżeli wybrana pozycja rachunku została usunięta przez pracownika OW NFZ
- **Odrzucony** – każda pozycja odrzucona przez pracownika OW NFZ
- **Usunięty** przez świadczeniodawcę

Dla każdej pozycji, która została poprawnie zaimportowana po stronie OW NFZ, istnieje możliwość pobrania **Potwierdzenia PDF**. Opcja ta jest również dostępna dla dokumentów elektronicznych. Jeżeli podczas importu do OW NFZ wystąpią jakieś błędy w kolumnie *Status* pojawi się opcja **Pokaż szczegóły**, dzięki której można zapoznać się z odpowiednim błędem.



Rys. 16.42 Szczegółowy opis błędu importu

16.10 Faktury elektroniczne NOWOŚĆ

System SZOI został przystosowany do obsługi faktur elektronicznych. Główną korzyścią wynikającą z wprowadzenia obsługi elektronicznych dokumentów rozliczeniowych dla świadczeniodawców to przede wszystkim brak kosztu wysyłki dokumentu papierowego do OW NFZ oraz skrócenie czasu przekazania kompletnej dokumentacji rozliczeniowej do OW NFZ.

Format RFX nie zawiera niezbędnych danych do przekazania eDokumentu i został wycofany z dniem 2018-06-30. Dlatego wprowadzono nowe formaty XML (muszą być oznaczone jako e-dokumentu w pliku XML):

- Rachunek *.ERX

- Faktura *.EFX
- Nota *.ENX

Powyższe komunikaty bazują na wspólnej strukturze dla rachunków, faktur i not zewnętrznych przekazywanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W nowych formatach RACH- *.ERX, FAKT - *.EFX, NOTA - *.ENX nie jest przekazywane konto bankowe, a jedynie informacja, że rozliczenie danego dokumentu będzie odbywało się z użyciem numeru konta bankowego wskazanego w umowie. Takie rozwiązanie gwarantuje brak problemów w sytuacjach, w których konto bankowe uległo zmianie w wyniku aneksu do umowy w trakcie obsługi eDokumentu.

eDokumenty przekazywane przez świadczeniodawcę w formacie RACH- *.ERX, FAKT - *.EFX, NOTA - *.ENX nie muszą zawierać podpisu elektronicznego.

Świadczeniodawca, który chce podpisać dokument może to zrobić wykorzystując w tym celu podpis zwykły lub kwalifikowany. W tej sytuacji wymagane jest stosowanie podpisu zgodnego z XADES.

W zależności od rodzaju udzielonego świadczenia, system wymaga podpięcia odpowiedniego dokumentu uprawniającego:

- Decyzji wójta/burmistrza – dotyczy tylko rachunków do roku rozliczeniowego 2015 włącznie
- EKUZ
- Certyfikatu zastępczego
- Poświadczenia
- Formularza

Aby dodać wymagany dokument uprawniający, jako załącznik do dokumentu EFX, należy:

1. Na liście rachunków refundacyjnych z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Dokumenty uprawniające**.
2. W nowym oknie *Dokumentów uprawniających (załączników) do rachunków refundacyjnych (medycznych)* wyświetlone zostaną wszystkie wymagane do przekazania dokumenty. Aby dodać wybrany dokument do systemu, należy z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Dodaj**.

Dokumenty uprawniające (załączniki) do rachunków refundacyjnych (medycznych)													
Skan w NFZ: -- dowolny -- Szukaj													
Pokaż dokumenty wymagające przekazania skanu: <input type="checkbox"/>													
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20													
Lp.	Rodzaj	Numer	Od	Do	Typ ID	Numer ID	Imię	Nazwisko	Sprawozdany	Status	Wymagany	Skan w NFZ*	Operacje
1.	EKUZ		-	2021-08-15	Pin UE				Brak	-	Tak	Tak	historia przekazania

* Wartość "TAK" oznacza, że NFZ posiada pozytywnie zweryfikowany skan dokumentu, **nie jest wymagane przekazanie skanu**. Wartość "NIE" oznacza, że NFZ nie posiada w rejestrze dokumentów UE pozytywnie zweryfikowanego skanu dokumentu, **dla wymaganych dokumentów konieczne jest przekazanie ich skanów**.

Rys. 16.43 Dokumenty uprawniające (załączniki) do rachunków refundacyjnych (medycznych)

3. W kolejnym kroku przy pomocy opcji Przełóż... należy wskazać plik, który ma zostać dodany do systemu. **Można dodawać tylko pliki nieprzekraczające 10MB w formacie PNG, JPG oraz PDF.**
4. Po wybraniu opcji Dalej → wyświetlony zostanie podgląd wgrywanego pliku załącznika. Wybór opcji Zatwierdź → kończy proces.

Każdy dodany załącznik jest automatycznie przekazywany do OW NFZ, gdzie oczekuje na ocenę. Jeżeli operator NFZ oceni go negatywnie (np. został przekazany zły plik) przy pomocy opcji **komentarz** świadczeniodawca może zapoznać się z komentarzem wprowadzonym przez pracownika OW (o ile został dodany). W takim przypadku, należy najpierw usunąć błędnie przekazany załącznik przy pomocy opcji **Usuń**, a następnie przy pomocy opcji **Dodaj** przekazać poprawny plik.

Jeśli w kolumnie Skan w NFZ widnieje wartość "TAK" oznacza to, że NFZ posiada pozytywnie

zweryfikowany skan dokumentu i przekazanie skanu nie jest wymagane. Jeśli zaś widnieje wartość "NIE" oznacza to, że NFZ nie posiada w rejestrze dokumentów UE pozytywnie zweryfikowanego skanu dokumentu i należy taki skan dodać korzystając ze ścieżki opisanej powyżej.

Wykorzystując opcję **historia przekazania** operator może zapoznać się z wszystkimi operacjami, jakie dokonywane były na wybranym rodzaju załącznika:

Historia przekazanego pliku załącznika						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Nazwa pliku	Data wprowadzenia	Sprawozdany	Aktywny/Usunięty	Komentarz	Pobierz
1.	Bez tytułu.png	2014-07-29 12:16:26	Elektronicznie	Aktywny	-	Pobierz
2.	4.png	2014-07-28 15:13:25	Elektronicznie	Usunięty	-	Pobierz

Rys. 16.44 Historia przekazanego pliku załącznika

Opcja **Inne załącznik**, która jest dostępna w kolumnie operacji umożliwia obsługę załączników do e-dokumentów innych niż skany dokumentów uprawniających i załączniki do faktur systemu SRU.

Inne załączniki do rachunków refundacyjnych (medycznych)							
Dodaj załącznik							
Pokaż usunięte załączniki: <input type="checkbox"/> Szukaj							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Data wprowadzenia	Typ załącznika	Opis	Uwagi NFZ	Wynik weryfikacji	Status	Operacje
1.	2014-08-21 09:45:42	ZESTAWIENIE ŚWIADCZEŃ ROZLICZANYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI	ZAŁĄCZNIK DODANY PRZEZ OPERATORA SZOI	-	Do weryfikacji	Aktywny	podgląd usuń
2.	2014-08-22 12:58:17	KALKULACJA KOSZTÓW RZECZYWISTYCH	ZAŁĄCZNIK DODANY PRZEZ OPERATORA SZOI	-	Do weryfikacji	Aktywny	podgląd usuń
3.	2014-08-22 12:59:00	SPRAWOZDANIE Z PROCEDUR WYKONANYCH PACJENTOM OBJĘTYM PROGRAMEM ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI	ZAŁĄCZNIK DODANY PRZEZ OPERATORA SZOI	-	Transmisja	Aktywny	podgląd

Rys. 16.45 Inne załączniki do rachunków refundacyjnych (medycznych)

Operator może usuwać załączniki, jeżeli rachunek z nimi powiązany ma inny status niż *Sprawdzony*, *oczekuje na korektę* oraz *Zatwierdzony*.

Aby zapoznać się z podglądem dokumentu w formie elektronicznej należy:

1. Dla dokumentu z rozszerzeniem ERX/EFX/ENX z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Pokaż e-fakture**.

Rachunki refundacyjne (medyczne)									
Dodawanie rachunku									
Numer umowy		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy			
Rok:	2014	Okres:	-- dowolny --	Status:	-- dowolny --	Typ:	-- dowolny --	Rodzaj:	elektroniczny
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Data przesłania/ Data wpływu eDokumentu	Źródło	Nazwa pliku Nr według SIKCH Nr według świadczeniodawcy	Status	Rok Okres	Typ Rodzaj	Nr umowy Nr pierwotny umowy	Wartość rachunku	Operacje
1.	2014-08-01 09:28:01 / 2014-08-01	SIKCH	N: 15000542714002132.efx N: 15-00-05427-14-21-046 N: 01/08/2014_A	zatwierdzony	R: 2014 O: 1	rachunek elektroniczny	N: 15-00-05427-14-21 N: NR PIERWOTNY	39 zł	potwierdzenie PDF inne załączniki pokaż e-fakture
2.	2014-08-01 09:26:48 / 2014-08-01	SIKCH	N: 15000542714002132_kor_ref_3.efx N: 15-00-05427-14-21-045 N: 01/08/14/REF_KOR	zatwierdzony	R: 2014 O: 4	korekta rachunek korygowany (nrwg. Świad.): 01/08/14/REF elektroniczny	N: 15-00-05427-14-21 N: NR PIERWOTNY	-6 zł	potwierdzenie PDF inne załączniki pokaż e-fakture

Rys. 16.46 Rachunki refundacyjne (medyczne)

2. Wybrać [Dalej →](#), opcję pobierz plik, a następnie [OK](#).

(2) Pobieranie widoku e-faktury

Rachunek refundacyjny (medyczny)	
Typ	rachunek
Nr umowy	15-00-05427-14-21
Nr pierwotny umowy	NR PIERWOTNY
Nazwa pliku	15000542714002132.efx
Nr według SIKCH	15-00-05427-14-21-046
Nr według świadczeniodawcy	01/08/2014_A
Data przesłania	2014-08-01
Źródło	SIKCH
Rok	2014
Okres	1

Stan procesu
Data rozpoczęcia generacji: 2014-08-22 12:44:58
Całkowity czas generacji: 2,47 sec.
Status: DOKUMENT WYGENEROWANY

[pobierz plik](#)

Rys. 16.47 Pobieranie widoku e-faktury

3. W nowym oknie przeglądarki zostanie wyświetlony podgląd faktury.

Nr szablonu:	Faktura nr 01/08/2014_a za miesiąc Styczeń 2014	Miejsce i data wystawienia PRZEDMIEŚCIE SZCZEBRZESZYŃSKIE 2014-01-31						
do umowy nr 150005427140021								
Sprzedawca KOLOROWA Adres: NIP: Nr konta według umowy								
Nabywca NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE Adres: GRÓJECKA 186, 02-390, WARSZAWA NIP: 1070001057								
Odbiorca WIELKOPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA Z SIEDZIBĄ W POZNANIU Adres: PEKARY 14/15, 61-823, POZNAŃ								
Opis: Podstawa zwolnienia z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 20 ustawy o VAT - PKWUJ 86 Data dostawy/wykonania usługi: 2014-01-31 Termin zapłaty: 2014-03-28 Sposób zapłaty: Przelew								
LP.	Zakres świadczeń	Nazwa usługi	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa Wart. netto	VAT(%) Wart.	Cena jedn. brutto Wart. brutto	Dopłata Pacjenta
1	07.0000.213.02-3	ŚWIADCZENIA ORTODONCJI DLA DZIECI MŁODZIEŻY	pk	5	3,00 15,00	zw 0,00	3,00 15,00	25 678,09
2	07.0000.214.02-2	ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ	pk	7	3,00 21,00	zw 0,00	3,00 21,00	0,00
3	07.0001.001.14-5	ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNEJ POMOCY DORAŻNEJ - UE	pk	1	3,00 3,00	zw 0,00	3,00 3,00	4,15
Razem:					39,00	0,00	39,00	
					Stawka VAT	Wart. Netto	Wart. VAT	Wart. Brutto
					zw	39,00	0,00	39,00
					Razem:	39,00	0,00	39,00
Razem: 39,00 zł Słownie: Do zapłaty: trzydzieści dziewięć złotych zero groszy								

Rys. 16.48 podgląd faktury VAT

4. Aby powrócić do rachunków refundacyjnych, należy w oknie pobrania widoku e-faktury wybrać

16.10.1 Faktury elektroniczne z systemów SRU/SIMP

Lista przekazanych załączników do faktur elektronicznych pochodzących z systemów SRU oraz SIMP jest dostępna po skorzystaniu z opcji **lista załączników** na Liście rachunków refundacyjnych.

Rachunki refundacyjne (medyczne)

Nr według św-dawcy: Zawiera:

Rok: -- dowolny -- Okres: -- dowolny -- Status: -- dowolny -- Typ: -- dowolny -- Rodzaj: elektroniczny

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Data przesłania / Data wpływu eDokumentu	Źródło	Nazwa pliku		Status	Rok Okres	Typ Rodzaj	Nr umowy Nr pierwotny umowy	Wartość rachunku	Operacje
			Nr według ŚIKCH Nr według świadczeniodawcy							
1.	2014-04-25 15:08:49 / 2014-04-25	SIKCH	N: Faktura_SRU_zal13 N: 15-00-05376-13-15-190 N: ZAL13/2013		do zatwierdzenia	R: 2013 O: 11	rachunek elektroniczny	N: 15-00-05376-13-15 SD-2012-360 ROZL. N: EWUS	586 zł	potwierdzenie PDF usuń lista załączników

Rys. 16.49 Rachunki refundacyjne (medyczne) – SRU/SIMP

Użycie opcji **lista załączników** spowoduje wyświetlenie **Listy załączników do rachunków refundacyjnych (medycznych) SRU/SIMP**:

Załączniki do rachunków refundacyjnych (medycznych) SRU/SIMP

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Id załącznika	Status	Typ załącznika	Opis	Data przekazania	Sposób przekazania	Wynik weryfikacji	Uwagi NFZ	Pobierz
1.	93	Usunięty	RAPORT STATYSTYCZNY	ZALĄCZNIK POBRANY Z SERWERA FTP.	2014-04-25 15:09:37	Operator NFZ	Negatywny	negatyw	<input type="button" value="Pobierz"/>

Rys. 16.50 Załączniki do rachunków refundacyjnych (medycznych) SRU/SIMP

Na Liście załączników do rachunków refundacyjnych SRU/SIMP prezentowane dane posegregowane są w następujących kolumnach:

- Id załącznika w systemie OW NFZ
- Status (aktywny, usunięty)
- Typ załącznika
- Opis
- Data przekazania
- Sposób przekazania
- Wynik weryfikacji (do weryfikacji, pozytywny, negatywny)
- Uwagi NFZ

Funkcja **Pobierz** umożliwia pobranie załącznika przez użytkownika w celu wyświetlenia go w programie dedykowanym do obsługi danego formatu plików.

16.11 Dokumenty uprawniające

16.11.1 Dokumenty uprawniające – ryczałt PSZ

System SZOI został przystosowany do obsługi dokumentów uprawniających przekazywanych w ramach umów sieciowych (PSZ). W pierwszej kolejności w systemie OW NFZ wypracowana zostaje lista dokumentów uprawniających niezbędnych do przekazania przez świadczeniodawcę do OW w danym miesiącu. Lista ta dostępna jest w systemie SZOI po wybraniu menu *Sprawozdawczość* → *Dokumenty uprawniające – ryczałt PSZ* :

Dokumenty uprawniające przekazane do pozycji rozliczeniowych finansowanych w ramach ryczałtu PSZ

Imię: Szukaj: Zlicz rekordy:

Rok: Okres: Status: Sprawozdany: Wymagany:

Skan w NFZ: Pokaż dokumenty wymagające przekazania skanu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rok Okres	Rodzaj	Numer	Okres ważności	Identyfikator	Imię	Nazwisko	Sprawozdany	Status	Wymagany	Skan w NFZ*	Operacje
1.	R: 2017 O: 10	EKUZ	XXXXXXXXXX	Od: - Do: 2020-04-12	Typ: I Nr: XXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Papierowo	Poprawny	Tak	Tak	historia przekazania
2.	R: 2020 O: 1	EKUZ	XXXXXXXXXX	Od: - Do: 2020-04-11	Typ: I Nr: XXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Elektronicznie	Błędny komentarz	Tak	Nie	historia przekazania usuń
3.	R: 2020 O: 1	Certyfikat	XXXXXXXXXX	Od: 2020-01-02 Do: 2022-01-02	Typ: I Nr: XXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Papierowo	Błędny komentarz	Tak	Nie	historia przekazania usuń
4.	R: 2020 O: 2	EKUZ	XXXXXXXXXX	Od: - Do: 2020-04-11	Typ: I Nr: XXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Brak	-	Tak	Nie	historia przekazania dodaj

* Wartość "TAK" oznacza, że NFZ posiada pozytywnie zweryfikowany skan dokumentu, **nie jest wymagane przekazanie skanu**. Wartość "NIE" oznacza, że NFZ nie posiada w rejestrze dokumentów UE pozytywnie zweryfikowanego skanu dokumentu, **dla wymaganych dokumentów konieczne jest przekazanie ich skanów**.

Rys. 16.51 Dokumenty uprawniające przekazane do pozycji rozliczeniowych finansowanych w ramach ryczałtu PSZ.

Lista dokumentów jest ograniczona do dokumentów przekazanych przez bieżącego (zalogowanego) świadczeniodawcę i zbudowana jest z następujących kolumn:

- Rok - rok z okresu sprawozdawczego pozycji rozliczeniowych, do których został przekazany dokument uprawniający
- Okres - miesiąc z okresu sprawozdawczego pozycji rozliczeniowych, do których został przekazany dokument uprawniający
- Rodzaj - rodzaj dokumentu uprawniającego
- Numer - numer dokumentu uprawniającego
- Okres ważności od - do - data początkowa okresu ważności dokumentu i data końcowa okresu ważności dokumentu
- Identyfikator z numerem - typ identyfikatora świadczeniobiorcy i wartość identyfikatora świadczeniobiorcy,
- Imię - imię świadczeniobiorcy
- Nazwisko - nazwisko świadczeniobiorcy
- Sprawozdany - sposób przekazania dokumentu (brak/papierowo/ elektronicznie)
- Status - status dokumentu uprawniającego
- Wymagany - czy przekazanie skanu/kopii dokumentu jest wymagane (tak/nie)
- Skan w NFZ – Tak/ Nie; Wartość "TAK" oznacza, że NFZ posiada pozytywnie zweryfikowany skan dokumentu, **nie jest wymagane przekazanie skanu**. Wartość "NIE" oznacza, że NFZ nie posiada w rejestrze dokumentów UE pozytywnie zweryfikowanego skanu dokumentu, **dla wymaganych dokumentów konieczne jest przekazanie ich skanów**.

Na liście dokumentów dostępne są filtry:

- Rok - rok z okresu sprawozdawczego pozycji rozliczeniowych, do których został przekazany dokument uprawniający – domyślnie rok bieżący
- Okres - miesiąc z okresu sprawozdawczego pozycji rozliczeniowych, do których został przekazany dokument uprawniający – domyślnie miesiąc bieżący
- Status - status dokumentu uprawniającego
- Sprawozdany - sposób przekazania dokumentu (brak/papierowo/ elektronicznie)
- Wymagany - czy przekazanie skanu/kopii dokumentu jest wymagane (tak/nie)
- Skan w NFZ - tak/nie
- Pokaż dokumenty wymagające przekazania skanu

Oraz umożliwiono wyszukiwanie wg:

- Numeru - numer dokumentu uprawniającego
- Numeru ID - wartość identyfikatora świadczeniobiorcy
- Imienia - imię świadczeniobiorcy
- Nazwiska - nazwisko świadczeniobiorcy

Operator korzystając z dostępnych opcji może dodawać, usuwać i przeglądać historię przekazania dokumentu.

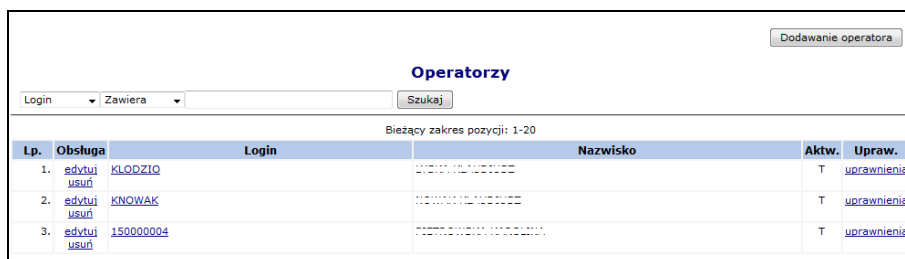
Dodawanie i usuwanie dokumentu uprawniającego:

1. W celu dodania dokumentu uprawniającego (skanu dokumentu) należy w kolumnie Operacje wybrać opcję **Dodaj**.
2. Opcja ta dostępna jest w przypadku, gdy dla danej pozycji na liście dokument nie został jeszcze przekazany lub został on usunięty.
3. Następnie należy wskazać dokument z dysku komputera.
4. W kolejnym kroku wyświetlane są dane dotyczące dokumentu uprawniającego, dane przekazywanego pliku oraz podgląd pierwszej strony przekazywanego pliku.
5. Po zatwierdzeniu danych plik zostaje dodany **elektronicznie** do listy ze statusem **do weryfikacji**. Dokument oczekuje na weryfikację pracownika OW NFZ.
6. W przypadku, gdy dla danej pozycji na liście dokument jest przekazany a jego status jest różny od pozytywnie zweryfikowanego aktywna jest operacja usunięcia.
7. Po wybraniu tej operacji wyświetlone jest okno „usunięcie dokumentu” z danymi dokumentu uprawniającego i pliku dokumentu. Po zatwierdzeniu plik zostaje usunięty.

17 ADMINISTRATOR

Obszar **Administrator** służy do zarządzania listą operatorów uprawnionych do obsługi konta świadczeniodawcy w Portalu SZOI.

Po wykonaniu pierwszego logowania do systemu, w części tej administrator świadczeniodawcy powinien uzupełnić listę operatorów oraz nadać im właściwe uprawnienia. Każdy dodany operator będzie logował się do systemu na własny **login (PIN)** i **hasło**.



Lp.	Obsługa	Login	Nazwisko	Aktw.	Upraw.
1.	edytuj usuń	KŁODZIO	XXXXXXXXXXXX	T	uprawnienia
2.	edytuj usuń	KNOWAK	XXXXXXXXXXXX	T	uprawnienia
3.	edytuj usuń	150000004	XXXXXXXXXXXX	T	uprawnienia

Rys. 17.1 Operatorzy konta świadczeniodawcy

Konto administratora, utworzone przez operatora NFZ, nie powinno być udostępniane osobom trzecim.

Dostępne opcje pozwalają na:

- **Dodawanie operatora** – tworzenie nowego operatora obsługującego system
- **Edytuj** – modyfikacja danych operatora oraz włączenie / wyłączenie jego aktywności w systemie
- **Usuń** – usunięcie operatora z systemu. Opcja niedostępna w stosunku do operatorów, którzy wykonywali już pewne operacje w systemie i istnieje dla nich powiązanie z plikiem historii wykonywanych prac. Dla takich operatorów należy zmienić aktywność na **NIE** przy pomocy opcji **Edytuj**.
- **Uprawnienia** – dopisanie uprawnień poszczególnym operatorom.

Wpisy w kolumnie **Aktw.** oznaczają:

- zapis "T" - operator jest aktywny i może obsługiwać system,
- zapis "N" - operator nie ma dostępu do SZOI

17.1 Uprawnienia e-WUŚ

17.1.1 Wnioski o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń

e-WUŚ to elektroniczny system, na bieżąco informujący świadczeniodawców o uprawnieniach pacjentów do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, oparty o prowadzony przez NFZ **Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU)**. Od 1 stycznia 2013 r. każdy udający się do lekarza może potwierdzić swoje prawo do świadczeń - w szpitalu, przychodni, czy w gabinecie lekarza, bez konieczności przedstawiania dodatkowych dokumentów poświadczających uprawnienia. Do weryfikacji wystarczy jedynie dostęp do Internetu, numer PESEL pacjenta oraz dokument potwierdzający jego tożsamość.¹

Aby uzyskać dostęp do systemu e-WUŚ, świadczeniodawca oraz operator musi otrzymać szereg upoważnień, przyznawanych przez OW NFZ w odpowiedniej kolejności:

1. Świadczeniodawca składa wniosek o upoważnienie do OW NFZ dla świadczeniodawcy
2. OW NFZ przyjmuje wniosek
3. Świadczeniodawca składa wniosek o upoważnienie do OW NFZ dla administratora e-WUŚ
4. OW NFZ przyjmuje wniosek

¹ <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=9&dzialnr=4&artnr=5112>

5. Administrator e-WUŚ nadaje upoważnienia dla odpowiednich operatorów

Dostęp do listy wniosków o upoważnienie mają dostęp wszyscy operatorzy, mający nadane uprawnienie *Administracja kontrahentem*.

Wniosek o upoważnienie dla świadczeniodawcy można dodać przy pomocy opcji **świadczeniodawcy** dostępnej na poniższej liście *Wniosków o upoważnienie*.

Wnioski o upoważnienia do sprawdzania prawa do świadczeń				
Dodawanie wniosku: świadczeniodawcy administratora				
Wydruki: Zasady korzystania z eWUŚ Załączniki				
Nr wniosku: Zawiera		Szukaj		
Rodzaj wniosku: -- wybierz --		Status: -- wybierz --		
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20				
Lp.	Numer wniosku / upoważnienia Rodzaj upoważnienia	PESEL Imię i nazwisko	Status Data zmiany	Operacje
1.	N: 15-ES-2012-10-02-000076 R: Upoważnienie dla świadczeniodawcy	-	S: przyjęty D: 2012-10-02 09:49:57	podgląd
2.	N: 15-ES-2012-10-03-000081 R: Upoważnienie dla świadczeniodawcy	-	S: przyjęty D: 2012-10-03 10:10:41	podgląd
3.	N: 15-ES-2012-10-03-000082 R: Upoważnienie dla świadczeniodawcy	-	S: anulowany D: 2012-10-03 10:49:06	podgląd
4.	N: 15-EO-2012-10-03-000080 R: Upoważnienie dla administratora	PESEL: Imię: KLAUDIUSZ Nazwisko:	S: odrzucony D: 2012-10-03 11:06:17	podgląd
5.	N: 15-ES-2012-10-03-000084 R: Upoważnienie dla świadczeniodawcy	-	S: anulowany D: 2012-10-03 11:26:29	podgląd
6.	N: 15-ES-2012-10-03-000085 R: Upoważnienie dla świadczeniodawcy	-	S: przyjęty D: 2012-10-03 11:42:47	podgląd
7.	N: 15-EO-2012-10-03-000083 R: Upoważnienie dla administratora	PESEL: Imię: KLAUDIUSZ Nazwisko:	S: anulowany D: 2012-10-04 08:04:52	podgląd
8.	N: 15-EO-2012-10-03-000084 R: Upoważnienie dla administratora	PESEL: Imię: JAN Nazwisko:	S: przyjęty D: 2012-10-03 13:17:29	podgląd

Rys 17.1 Wnioski o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń

Podczas dodawania nowego wniosku, operator musi zapoznać się z regulaminem, a następnie go zaakceptować:

Wniosek o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń

Proszę zapoznać się z poniższą treścią, a następnie zaznaczyć oświadczenie.*

1. Zobowiązanie:

Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych.
 Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych, o których mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm) pozyskiwanych ze zbiorów danych Narodowego Funduszu Zdrowia, także do nieprzekazywania tych danych nieuprawnionym osobom trzecim, pod rygorem utraty prawa do korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców.

Zapoznałem się i akceptuję *

* pola wymagane

Anuluj Dalej →

Rys 17.2 Dodawanie wniosku o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń

Nowo dodana pozycja pojawi się na liście upoważnień o statusie przekazany (wniosek jest automatycznie przekazywany do OW po zatwierdzeniu dodawania).

Opcja **Załączniki** umożliwi pobranie oświadczenia.

Opcja **Zasady korzystania z eWUŚ** umożliwi podgląd oraz wygenerowanie *Zasad korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców - usługi eWUŚ*.

Po wydrukowaniu i podpisaniu oświadczenia należy go przekazać do OW NFZ, gdzie wydawana jest decyzja. Jeżeli wniosek zostaje odrzucony ścieżka zostaje zakończona, a świadczeniodawca przy pomocy opcji **Podgląd** może zapoznać się z przyczyną odrzucenia.

Po przyjęciu wniosku można dodać upoważnienie dla **administratora** e-WUŚ. Podczas tej operacji należy podać:

- Operatora przy pomocy słownika. Jeżeli wybrana osoba nie znajduje się w słowniku, należy ją najpierw dodać w części *Administrator -> Operatorzy -> Dodawanie operatora*
- PESEL danej osoby

(1) Wniosek o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń dla administratora

zwróć	Wniosek nadrzędny świadczeniodawcy
Nr wniosku:	15-ES-2013-01-07-000264
	Kod: 1500.....
	Nazwa: SAMORZĄD
	NIP: 000 000 00 00
Dane świadczeniodawcy:	REGON: 14201194
	Adres: DŁUGA 101 12
	64-200 POZNAŃ
Status:	przyjęty
Operator:*	<input type="text"/>
PESEL:*	<input type="text"/>
* pola wymagane	
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="Dalej →"/>	

Rys 17.3 Dodawanie wniosku dla administratora e-WUŚ

Po zatwierdzeniu wniosku jest on automatycznie przekazywany do OW NFZ, gdzie następuje jego ocena.

Jeżeli wniosek zostaje odrzucony ścieżka zostaje zakończona, a świadczeniodawca przy pomocy opcji **Podgląd** może zapoznać się z przyczyną odrzucenia. Jeżeli wniosek dla administratora e-WUŚ został przyjęty, może on obsługiwać upoważnienia dla operatorów.

17.1.2 Upoważnieni operatorzy

Kolejnym etapem zarządzania dostępem do systemu e-WUŚ, jest zdefiniowanie wszystkich operatorów, którzy mają mieć dostęp do e-WUŚ-ia.

Aby rozpocząć pracę z upoważnieniami dla operatorów, należy z głównego menu SZOI wybrać ścieżkę [Administrator -> Upoważnienia e-WUŚ -> Upoważnienia](#).

Upoważnienia świadczeniodawcy	Upoważnieni operatorzy				
	<input type="button" value="Dodawanie upoważnienia operatora"/> <input type="button" value="Pobierz szablon dokumentów"/>				
Upoważnieni operatorzy					
PESEL	Zawiera <input type="text"/> <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>				
Okres obowiązywania upoważnienia od: <input type="text"/> do: <input type="text"/>					
Operatorzy zablokowani przez OW: <input type="checkbox"/> Operatorzy bez aktywnego upoważnienia: <input type="checkbox"/>					
Rodzaj upoważnienia: -- wszystkie --					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	PESEL	Login	Imię	Nazwisko	Operacje
1.	W.CHEM.	TESTOWY	WNIOSKI NA CHEMIOTERAPIE	upoważnienia
2.	PRZEMKO	PRZEMKO	upoważnienia

Rys 17.4 Upoważnieni operatorzy

Wszyscy operatorzy zablokowani przez OW NFZ są podświetleni kolorem szarym oraz zapisani kursywą. Po zablokowaniu operatora przez OW NFZ nie ma możliwości dodania nowego upoważnienia dla tego konkretnego operatora, do czasu jego odblokowania.

Opcja umożliwia nadanie uprawienia dostępu do systemu e-WUŚ wybranym osobą. Podczas tej operacji należy wybrać odpowiedniego operatora ze słownika, podać jego numer PESEL oraz okres obowiązywania dostępu od.

(1) Dodawanie upoważnienia operatora

Rodzaj upoważnienia: zwykłe

Operator:

PESEL:

Okres obowiązywania:
Data od:

* pola wymagane

Rys 17.5 Dodawanie upoważnienia operatora

Jeżeli w słowniku operatorów nie można wyszukać jakiejś osoby, należy:

1. Przejść do menu [Administrator -> Operatorzy](#) (jako administrator świadczeniodawcy)
2. Wybrać opcję **Dodawanie operatora**
3. Wprowadzić podstawowe dane operatora
4. Nowo dodany operator musi się zalogować do SZOI oraz zmienić hasło (system wymusi jego zmianę)
5. Operator pojawi się w powyższym słowniku

W przypadku, gdy administrator e-WUŚ posiadający upoważnienie jest dodawany jako operator, system zgłosi poniższy błąd. W takim przypadku należy najpierw zablokować upoważnienie dla administratora, a następnie dodać osobę jako operatora.

(2) Dodawanie upoważnienia operatora - Podsumowanie

Błąd operacji

Należy zablokować aktywne upoważnienie administracyjne przed przyjęcie

Rys 17.6 Dodawanie upoważnienia operatora - Błąd

Administrator e-WUŚ może blokować upoważnienia dla poszczególnych operatorów.

UWAGA

Operacja zablokowania upoważnienia jest nieodwracalna. Aby przywrócić operatorowi możliwość sprawdzania prawa do świadczeń pacjenta, konieczne jest otrzymanie nowego upoważnienia.

Aby zablokować wybranego operatora należy wybrać opcję upoważnienia, a następnie dla wybranego numeru upoważnienia skorzystać z opcji **Zablokuj**.

Upoważnienia operatora do sprawdzania prawa do świadczeń

Nr upoważnienia: Zawiera

Okres obowiązywania od: do:

Status: -- wszystkie --

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr upoważnienia	Okres obowiązywania	Rodzaj upoważnienia	Status	Operacje
1.	15-EO-2012-10-16-000133	Od: 2012-10-16 Do: 2015-10-16	zwykłe	zablokowane Od: 2012-10-17	powód blokady
2.	15-EO-2012-10-17-000134	Od: 2012-10-17 Do: 2015-10-17	administracyjne	aktywne	zablokuj
3.	15-ES-2012-10-15-000161	Od: 2012-10-15 Do: 2015-10-15	zwykłe	zablokowane Od: 2012-10-16	powód blokady

Rys 17.7 Upoważnienia operatora do sprawdzania prawa do świadczeń

Opcja **Powód blokady** umożliwia zapoznanie się z powodem blokady np.:

- *Blokada automatyczna - przyjęcie upoważnienia nr 15-EO-2012-10-17-000134* – blokada nadana przez system automatycznie, po przyjęciu nowszego upoważnienia przez OW NFZ.
- *Blokada upoważnienia kontrahenta nr 15-ES-2012-10-03-000085* – generowana po zablokowaniu

upoważnienia kontrahenta

17.2 Upoważnienia KOC

Obszar: Administrator

Menu: [Upoważnienia KOC – Upoważnienia](#)

W tej części systemu, należy wprowadzić i zarządzać listą operatorów, którzy posiadają upoważnienie do weryfikacji danych pacjentek, w zakresie objęcia koordynowaną opieką nad kobietką w ciąży (KOC).

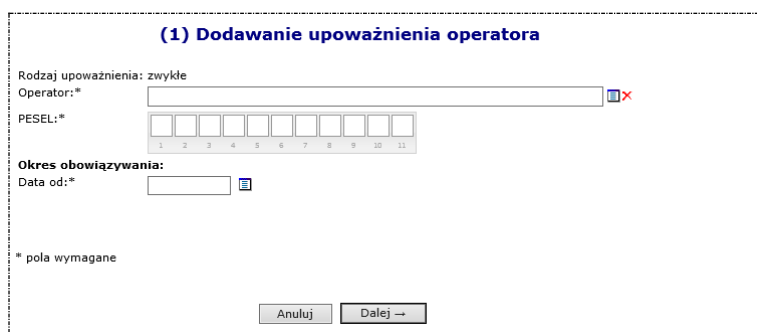
Dodanie operatora do listy oznacza nadanie mu upoważnienia do pracy z danymi osobowymi pacjentek i weryfikacją ich uprawnień.

Wybór opcji [Administrator - Upoważnienia KOC – Upoważnienia](#) spowoduje wyświetlenie okna Upoważnieni operatorzy.


17.2.1 Dodawanie upoważnienia operatora

W celu dodania upoważnienia należy:

1. Na liście *Upoważnieni operatorzy* wybrać opcję **Dodawanie upoważnienia operatora**. Wyświetlone zostanie okno (1) *Dodawanie upoważnienia operatora*.



Rys. 17.1 Przykładowe okno (1) Dodawanie operatora

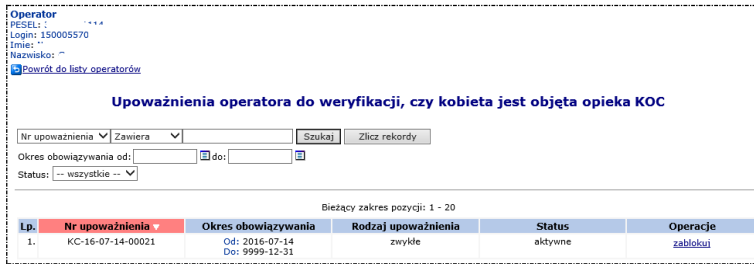
2. W polu *Operator* należy wybrać opcję **wybierz**  i wskazać ze słownika uprawnioną osobę.
3. W polu *PESEL* należy wprowadzić numer PESEL wybranej osoby.
4. W polu **Okres obowiązywania – data do** należy wskazać datę, od której obowiązuje upoważnienie (data nie może być późniejsza niż data bieżąca).
5. Wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie podsumowanie danych (2) *Dodawanie operatora*.
6. Jeśli dane w podsumowaniu są poprawne – należy wybrać opcję **zatwierdź**.
 Jeśli dane w podsumowaniu są niepoprawne – należy wybrać opcję **Wstecz** i poprawić błędne informacje.

System weryfikuje, czy operator posiada zarejestrowane upoważnienie. Jeśli tak – wyświetlony zostanie błąd dodawania operatora – operator nie zostanie ponownie dodany do listy.

17.2.2 Odbieranie upoważnienia operatora

W celu odebrania upoważnienia operatora do weryfikacji danych pacjentek dla usługi KOC, należy:

1. Na liście *Upoważnieni operatorzy* wyszukać osobę posiadającą uprawnienie, która ma je utracić (np.: za pomocą opcji wyszukiwania wg nr PESEL)
2. W kolumnie *Operacje* dla tej osoby – wybrać opcję **upoważnienia**. Wyświetlone zostanie okno *Upoważnienia operatora do weryfikacji, czy kobieta jest objęta opieką KOC*.



Rys. 17.2 Przykładowe okno Upoważnienia operatora do weryfikacji

3. W celu uniknięcia pomyłki, w górnej części okna wyświetlane są dane operatora, dla którego ma zostać wykonana blokada upoważnienia. Jeśli dane są zgodne, należy wybrać opcję **zablokuj**. Wyświetlone zostanie okno (1) *Blokowanie upoważnienia operatora*.
4. W oknie wyświetlane są dane upoważnienia. Należy:
 - a. Wprowadzić powód blokady
5. Wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie okno (2) *Blokowanie upoważnienia operatora - Podsumowanie*.

Przed zatwierdzeniem blokady należy upewnić się, że blokowane jest właściwe upoważnienie.

6. Należy wybrać opcję **Zatwierdź**, aby zablokować upoważnienie do weryfikacji danych KOC. Należy wybrać opcję **Wstecz**, w celu poprawienia błędnych informacji. Należy wybrać opcję **Anuluj**, aby anulować zablokowanie upoważnienia.

17.3 Operatorzy

17.3.1 Dodawanie operatora systemu

Lp.	Obsługa	Login	Nazwisko	Aktw.	Upraw.
1.	edytuj usuń	AN	NC	T	uprawnienia
2.	edytuj usuń	KLH	NA	T	uprawnienia
3.	edytuj usuń	KN	NC	T	uprawnienia
4.	edytuj usuń	KPI	PII	T	uprawnienia
5.	edytuj usuń	MZ	ZC	T	uprawnienia
6.	edytuj usuń	WC	FR	T	uprawnienia
7.	edytuj usuń	150	KC	T	uprawnienia

Rys 17.8 Operatorzy

Wybór opcji **Dodawanie operatora** spowoduje wyświetlenie okna pozwalającego na wprowadzenie danych o nowej osobie obsługującej system SZOI.

W pierwszej kolejności należy uzupełnić:

- **Imię**
- **Nazwisko**
- **Login** - nazwa użytkownika, na którą operator będzie się logował do systemu (nazwa musi posiadać od pięciu do dwudziestu znaków)
- **Hasło** - indywidualne hasło użytkownika, którym operator będzie potwierdzał swoje logowanie do systemu (hasło musi składać się z minimum pięciu znaków – maksymalnie dwudziestu znaków)
- **Potwierdzenie hasła**
- **Adres e-mail**
- **Aktywność** – włączenie / wyłączenie aktywnego trybu pracy operatora

- **Wyślij powiadomienie mailem** - zaznaczenie pola daje możliwość przesłania informacji do operatora na adres e-mail.

Zapis wprowadzonych danych uzyskuje się klikając w przycisk .

W przypadku błędnego wprowadzenia danych, pojawią się komunikaty dotyczące błędnej informacji (np.: **'To pole nie może być puste'**, **'To pole musi mieć długość pomiędzy 5 a 20 znaków'**). Należy poprawić błędne pola i ponownie zatwierdzić wprowadzanie.

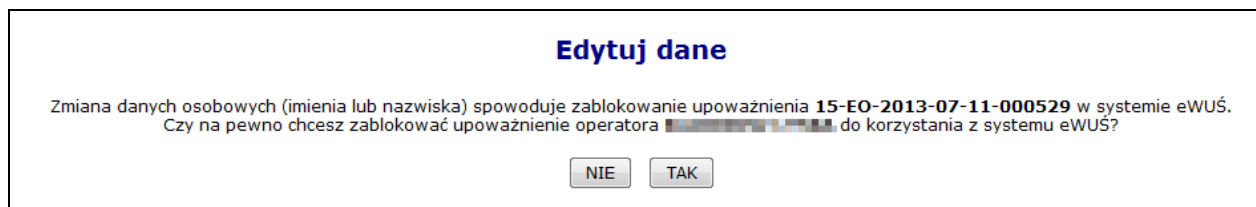
Dodanie operatora na listę nie jest jednoznaczne, z jego aktywnością w systemie. Wprowadzenie operatora posiada włączoną aktywność, jednak nie zostały mu nadane uprawnienia pracy w systemie. Brak uprawnienia nie pozwoli operatorowi zalogować się do systemu.

Dodawanie / usuwanie uprawnień dla operatora wykonuje się poprzez opcje Uprawnienia.

17.3.2 Edycja operatora systemu

Konta operatorów świadczeniodawców w systemie SZOI są wykorzystywane również do uwierzytelniania w systemie eWUŚ. Zmiana danych operatora w systemie SZOI (imię i nazwisko) skutkuje automatyczną modyfikacją tych danych w systemie eWUŚ.

Jeżeli operator, któremu zmieniono dane, posiadał w systemie eWUŚ aktywne upoważnienie administracyjne lub zwykłe, wówczas upoważnienia te są blokowane, a informacja o blokadzie jest przekazywana do systemu SZOI.



Rys 17.9 Edycja danych operatora – Blokada upoważnienia eWUŚ

W przypadku potwierdzenia (opcja 'TAK') zmiany zostaną zapisane, w przypadku zaprzeczenia (opcja 'NIE') zmiany nie zostaną zapisane i operacja zmiany danych zostanie anulowana.

Jeśli operator, któremu zmieniono imię lub nazwisko, posiadał w systemie eWUŚ aktywne upoważnienie zwykłe, to po zatwierdzeniu operacji zostanie wyświetlony komunikat:



Rys 17.10 Edycja danych operatora – Informacja

Jeśli operator, któremu zmieniono imię lub nazwisko, posiadał w systemie eWUŚ aktywne upoważnienie administracyjne, to po zatwierdzeniu operacji zostanie wyświetlony komunikat:

Edytuj dane

Zmiana danych osobowych (imienia lub nazwiska) spowoduje zablokowanie upoważnienia **15-EO-2013-07-11-000530** w systemie eWUŚ.
Czy na pewno chcesz zablokować upoważnienie operatora **ADAM KOWAL** do korzystania z systemu eWUŚ?

Rys 17.11 Edycja danych operatora – Informacja

17.3.3 Usuwanie operatora systemu

Opcja **Usuń** znajdująca się w kolumnie *Obsługa* umożliwia usunięcie tych operatorów, którzy nie wykonywali w systemie żadnych operacji. W przypadku operatorów, którzy korzystali wcześniej z SZOI, należy dokonać dezaktywacji operatora (*Operatorzy -> Popraw -> Aktywność - N*).

17.3.4 Nadawanie uprawnień operatorowi systemu

Zmianę uprawnień, bądź dodanie uprawnień wykonuje się w oknie *Edycji uprawnień*. Okno wyświetlane jest po wybraniu opcji **uprawnienia** umieszczonej w kolumnie *upraw*, dla wybranego operatora.

W oknie **Edytuj uprawnienia** obok danych operatora, dla którego wykonywana jest modyfikacja uprawnień, dostępna jest lista zadań, jakie może wykonywać operator.

Opcja	Ścieżka obecnie	Typ kontrahenta		Wymagane uprawnienie
		Swd.	Podwykonawca	
Powitanie	Informacje -> Powitanie	X	X	brak
Regulamin	Informacje -> Regulamin	X	X	brak
Komunikaty bieżące	Komunikaty -> Bieżące	X	X	Odczyt komunikatów operatora
Komunikaty archiwum	Komunikaty -> Archiwum	X	X	Odczyt komunikatów operatora
Komunikaty zawierające dane wrażliwe	Komunikaty -> Bieżące Komunikaty -> Archiwum	X	X	Prawo dostępu do danych wrażliwych
Dane podmiotu	Potencjał -> Podmiot -> Dane podmiotu	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Jednostki organizacyjne	Potencjał -> struktura organizacyjna -> Jednostki organizacyjne	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Komórki organizacyjne	Potencjał -> struktura organizacyjna -> Komórki organizacyjne	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Lokalizacje	Potencjał -> struktura wykonawcza -> Lokalizacje	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Miejsca udzielania świadczeń	Potencjał -> struktura wykonawcza -> Miejsca udzielania świadczeń	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Zasoby	Potencjał->Zasoby świadczeniodawcy/apteki-> Zasoby	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Zatrudniony personel	Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy/apteki ->	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej

	Zatrudniony personel			
Wnioski o zmianę danych osoby personelu	Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy/apteki -> Wnioski o zmianę danych osoby personelu	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Blokady osób personelu	Umowy -> Blokady osób personelu	X	-	Umowy
Personel RTM	Potencjał -> Wydzielone zasoby świadczeniodawcy/apteki -> Personel RTM	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Umowy/promesy współpracy	Potencjał -> Umowy/promesy współpracy	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Wersje profilu świadczeniodawcy / apteki	Potencjał -> Wersje profilu świadczeniodawcy / apteki	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Harmonogramy wzorcowe	Potencjał -> Harmonogramy wzorcowe	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
Przekazanie potencjału	Potencjał -> Przekazanie potencjału	X	X	Przekazanie potencjału
Produkty handlowe	Realizator -> Produkty handlowe	X Realizator	-	Realizacja zaopatrzenia
Zestawy produktów	Realizator -> Zestawy produktów	X Realizator	-	Realizacja zaopatrzenia
Grupy miejsc	Realizator -> Grupy miejsc	X Realizator	-	Realizacja zaopatrzenia
Lista umów	Umowy -> Lista umów	X	-	Umowy
Zgody na wcześniejsze rozliczenie	Umowy-> Zgody na wcześniejsze rozliczenie	X	-	Obsługa wniosków dotyczących rozliczenia umów
Informacja o ruchu pacjentów	Pacjent -> Ruch pacjentów -> Informacja o ruchu pacjentów	X	-	Informacja o ruchu pacjentów - podgląd/edycja
Raporty o ruchu pacjentów	Pacjent -> Ruch pacjentów -> Raporty	X	-	Informacja o ruchu pacjentów - podgląd/edycja
Zgłoszenia zmian do umowy	Umowy -> Zgłoszenia zmian do umowy	X	-	Zgłoszenie zmian do umowy
Chemioterapia niestandardowa - wnioski	Pacjent -> Chemioterapia niestandardowa -> Lista wniosków	X	-	Chemioterapia przeglądanie wniosków
Chemioterapia niestandardowa - zgody	Pacjent -> Chemioterapia niestandardowa -> Lista zgód	X	-	Chemioterapia przeglądanie wniosków
Świadczenia rozliczane indywidualnie - wnioski	Pacjent -> Świadczenia rozliczane indywidualnie -> Lista wniosków	X	-	Zgody indywidualne przeglądanie wniosków
Świadczenia rozliczane indywidualnie - zgody	Pacjent -> Świadczenia rozliczane indywidualnie -> Lista zgód	X	-	Zgody indywidualne przeglądanie wniosków
Listy aktywne POZ/KAOS	Sprawozdawczość -> Listy aktywne POZ/KAOS	X	-	Listy POZ/KAOS

Zestawienia zbiorcze POZ	Sprawozdawczość -> Zestawienia zbiorcze POZ	X	-	Zestawienia zbiorcze POZ
Raporty statystyczne (medyczne)	Sprawozdawczość -> Raporty statystyczne medyczne	X	-	Raporty statystyczne (medyczne)
Raporty rozliczeniowe (medyczne)	Sprawozdawczość -> Raporty rozliczeniowe medyczne	X	-	Rachunki refundacyjne (medyczne)
Żądania rozliczenia	Sprawozdawczość -> Żądania rozliczenia	X	-	Żądania rozliczenia
Rachunki refundacyjne (medyczne)	Sprawozdawczość -> Rachunki refundacyjne medyczne	X	-	Rachunki refundacyjne (medyczne)
Raporty kolejek oczekujących	Sprawozdawczość -> Kolejki oczekujących	X	-	Kolejki oczekujących
Raporty z fakturami zakupowymi leków	Sprawozdawczość -> Raporty z fakturami zakupowymi leków	X	-	Raport z fakturami zakupowymi leków
Przypadki udarów	Pacjent -> Przypadki udarów	X	-	Rejestracja przypadków udarów
Raporty statystyczne [ZPX]	Sprawozdawczość -> Raporty statystyczne - zaopatrzenie -> Raporty statystyczne [ZPX]	X Realizator	-	Raporty statystyczne (medyczne)
Konta bankowe - wnioski	Umowy -> Konta bankowe -> Wnioski	X	-	Obsługa kont bankowych
Konta bankowe - przyszłe umowy	Umowy -> Konta bankowe -> Przyszłe umowy	X	-	Obsługa kont bankowych
Wykonanie świadczeń	Pacjent -> Świadczenia limitowane -> Wykonanie świadczeń	X	-	Weryfikacja świadczeń limitowanych
Wykonanie świadczeń z grupy	Pacjent -> Świadczenia limitowane -> Wykonanie świadczeń z grupy	X Stomatolog	-	Weryfikacja świadczeń limitowanych
Operatorzy	Administrator -> Operatorzy	X	X	Administracja kontrahentem
Alerty	Administrator -> Alerty	X	X	Zarządzanie alertami
Wykaz aktywnych epizodów	Administrator -> Serwis -> Wykaz aktywnych epizodów	X	-	Serwis SZOI
Lista przesłanych komunikatów SWX	Administrator -> Serwis -> Lista przesłanych komunikatów SWX	X	-	Serwis SZOI i Raporty statystyczne (medyczne)
Słowniki	Administrator -> Słowniki	X	-	Pobieranie słowników

Uprawnienie **Prawo dostępu do danych wrażliwych** umożliwia dostęp do komunikatów przekazywanych przez NFZ oznaczonych jako zawierające dane wrażliwe. Operatorzy nieposiadający tego uprawnienia, będą widzieć jedynie temat komunikatu, a zamiast treści tekst *'Komunikat zawiera dane wrażliwe'*.

Uprawnienie **Administracja kontrahentem** umożliwia operatorowi wykonywanie wszelkich operacji z zakresu administratora: dodawanie, edycję i usuwanie operatorów oraz ustawienia uprawnień. Uprawnienie powinno być dostępne tylko dla administratora systemu SZOI.

Uprawnienie **Praca z modułem użytkownika SZOI** umożliwia operatorowi zalogowanie się do systemu i przeglądanie poszczególnych obszarów pracy.

Uprawnienie **Serwis SZOI** pozwala wykonywać czynności serwisowe dotyczące rozliczenia świadczeń medycznych, w tym generowania komunikatów usuwających SWX.

Nowo nadane uprawnienia będą działać po przelogowaniu się operatora.

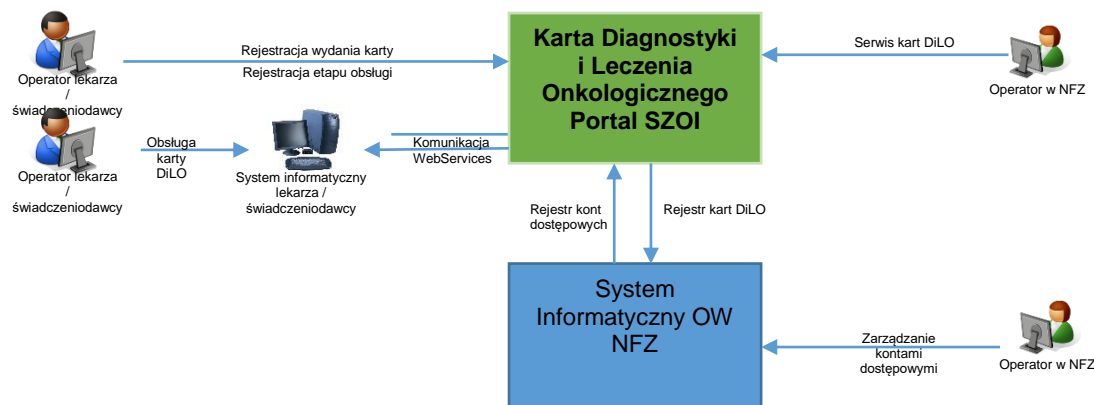
Jeżeli operator nie ma nadanych uprawnień do wybranego menu to jest ono podświetlone kolorem szarym. Po wybraniu menu, do którego operator nie ma dostępu, system zgłosi błąd:

!!! Uwaga !!!
*Podany operator nie posiada uprawnień do wybranej opcji.
 Uprawnienia dla danego operatora można nadać w menu Administrator - Operatorzy - uprawnienia.*

17.4 Dostęp do systemu DiLO

Moduł obsługi karty diagnostyki leczenia onkologicznego to aplikacja internetowa, będąca częścią Portalu SZOI. Aplikacja zainstalowana jest centralnie i umożliwia pracę wielu jednostek organizacyjnych w jednym miejscu, a więc w jednym „banku” danych.

Struktura systemu umożliwia wymianę danych z innymi systemami, a tym samym pozwala na płynny przepływ informacji pomiędzy różnymi podmiotami (lekarzami, świadczeniodawcami, Oddziałami Wojewódzkimi NFZ).



Model obsługi kart diagnostyki i leczenia onkologicznego ma za zadanie ułatwić pacjentowi, z wstępnym rozpoznaniem nowotworowym, rozpoczęcie i przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i podjęcia leczenia w jak najkrótszym czasie.

Aby lekarz indywidualny miał dostęp do systemu DiLO muszą być spełnione następujące warunki:

1. Musi mieć aktywne konto w systemie SNRL
2. Mieć przypisane uprawnienie pozwalające na dostęp do systemu DiLO w SNRL
3. Świadczeniodawca na rzecz, którego lekarz będzie korzystał z systemu DiLO musi mu przypisać odpowiednie uprawnienie w systemie SZOI

Aby operator miał dostęp do rejestracji i wydawania kart DiLO, w pierwszej kolejności należy mu nadać odpowiednie uprawnienia. Czynności takie wykonuje się po zalogowaniu do SZOI, w części **Administrator – Dostęp do systemu DiLO** (wymagane uprawnienie *Administracja kontrahentem*). Wybór menu spowoduje otwarcie okna *Operatorzy uprawnieni do systemu DiLO*.

Dodawanie uprawnień operatora

Operatorzy uprawnieni do systemu DiLO

Login Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj	Login/Kod lekarza	Operacje
1.	Operator zewnętrzny	Kod lekarza: 8:::	Usuń uprawnienia
2.	Operator zewnętrzny	Kod lekarza: 1:::	Usuń uprawnienia
3.	Operator zewnętrzny	Kod lekarza: 1:::	Usuń uprawnienia
4.	Operator własny	ANOWA	Usuń uprawnienia
5.	Operator własny	KNOWAK	Usuń uprawnienia

Rys 17.12 Operatorzy uprawnieni do systemu DiLO

Aby dodać operatora do powyższej listy, należy:

1. Wybrać opcję Dodawanie uprawnień operatora
2. Wybrać *Typ operatora*:
 - a. Dla operatora własnego - w polu *Operator* przy pomocy słownika () wyszukać osobę, dla której ma zostać nadane uprawnienie, a następnie kliknąć w login operatora. Operatorem własnym jest operator mający dostęp do konta świadczeniodawcy (menu *Administrator* -> *Operatorzy*)
 - b. Dla lekarza – w polu *Lekarz* przy pomocy słownika () wyszukać lekarza, dla którego ma zostać nadane uprawnienie, a następnie kliknąć w kod lub numer prawa wykonywania zawodu. W słowniku wyświetlane będą osoby, dla których spełniono następujące warunki:
 - i. mają aktywne konto w systemie SNRL
 - ii. lekarz musi znajdować się aktualnie obowiązujące umowie podpisane z NFZ lub w przekazanym zgłoszeniu zmian do umowy.
3. Wybrać opcję **Zatwierdź**. Dane operatora zostaną dopisane do listy.

Konto dostępne wskazanego operatora zostanie zsynchronizowane z systemem centralnym. Po kilku minutach, operator własny świadczeniodawcy może wykonać logowanie do aplikacji wydawania kart DiLO, korzystając z loginu i hasła przydzielonego w SZOI.

Natomiast w przypadku operatora zewnętrznego (lekarza), należy jeszcze nadać uprawnienie w systemie SNRL.

17.5 Zarządzanie systemami centralnymi - DILO

Operator aplikacji AP-DiLO ma możliwość wnioskowania o założenie konta testowego, które umożliwi przeprowadzenie testów funkcjonalności udostępnionych w aplikacji w sposób odpowiadający normalnej pracy w aplikacji. Dane udostępniane za pomocą kont testowych są danymi rzeczywistymi, pochodzącymi od danego świadczeniodawcy. Dane te powstają na zasadzie utworzenia kopii danych produkcyjnych z wyłączeniem kont operatorów w ramach świadczeniodawcy.

Warunek wstępny: operator ma nadane po stronie Portalu SZOI uprawnienie **Dostęp do zarządzania systemem DiLO** w module *Administrator*.

Dodawanie uprawnień administratora

Administratorzy systemu DiLO

Login Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj	Login/Kod lekarza	Operacje
1.	Operator własny	DILOTEST	Usuń uprawnienia

Rys 17.13 Dostęp do zarządzania systemem DiLO

Aby nadać powyższe uprawnienie należy skorzystać z opcji Dodawanie uprawnienia administratora, przy pomocy słownika uzupełnić odpowiedniego operatora, a następnie wybrać opcję Zatwierdź →.

(1) Dodawanie uprawnienia administratora DiLO

Typ operatora:* Operator własny

Operator własny:* ✖

* pola wymagane

Anuluj
Zatwierdź →

Rys 17.14 Dodawanie uprawnienia administratora DiLO

Opcja **Usuń uprawnienia** umożliwia odebranie dostępu operatora do wniosków o dostęp do środowiska testowego.

17.6 Zarządzanie systemami centralnymi - KOLCE

Moduł obsługi rejestru kolejek oczekujących to aplikacja internetowa będąca częścią Portalu SZOI. Jej podstawowym zadaniem jest umożliwienie świadczeniodawcom rejestrowanie informacji o kolejkach oczekujących do poszczególnych świadczeń w ramach miejsc realizacji tych świadczeń.

Aplikacja ta realizuje zapisy ustawowe mówiące o udostępnionej przez Prezesa Funduszu aplikacji do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń gwarantowanych, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona.

W pierwszym kroku świadczeniodawca przydziela uprawnienie operatorowi - administratorowi, który będzie miał możliwość definiowania uprawnień operatorom w aplikacji AP-KOLCE.

Uwaga!

W tym miejscu nie należy dodawać uprawnień wszystkim operatorom, którzy mają mieć dostęp do AP-KOLCE, gdyż będzie można to zrobić z poziomu aplikacji AP-KOLCE.

Aby zdefiniować operatora – administratora, należy skorzystać z menu: [Administrator](#) > [Dostęp do zarządzania modułem kolejek centralnych](#).

Dodawanie uprawnienia operatora do zarządzania modułem kolejek centralnych

Operatorzy uprawnieni do zarządzania modułem kolejek centralnych

Login ▼ Zawiera ▼

Szukaj
Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj	Login ▼	Operacje
1.	Operator własny	150000004	Usuń uprawnienia

Rys 17.15 Operatorzy uprawnieni zarządzania modułem kolejek centralnych

Aby dodać uprawnienie operatora - administratora, należy skorzystać z opcji:

Dodawanie uprawnienia operatora do zarządzania modułem kolejek centralnych

Po wskazaniu ze słownika operatora – administratora i zatwierdzeniu tej operacji, zostanie wyświetlone okno informujące o pomyślnym zakończeniu operacji.

(1) Dodawanie uprawnienia operatora do zarządzania modułem kolejek centralnych

Operator:*

* pola wymagane

Rys 17.16 Dodawanie uprawnienia operatora do zarządzania modułem kolejek centralnych

Po dodaniu uprawnienia, operator – administrator, będzie mógł przejść do drugiego kroku nadawania uprawnień w aplikacji AP-KOLCE.

17.7 Zarządzanie systemami centralnymi - PKUŚ

Moduł obsługi koordynowanych procesów udzielania świadczeń to aplikacja internetowa będąca częścią Portalu SZOI. AP-PKUŚ będzie umożliwiał świadczeniodawcom rejestrację leczenia pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Model obsługi procesu koordynowanej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego ma za zadanie zapewnienie pacjentowi kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego i obejmuje diagnostykę zawału, terapię zgodnie ze wskazaniami klinicznymi oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację kardiologiczną w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału mięśnia sercowego.

W pierwszym kroku świadczeniodawca przydziela uprawnienie operatorowi/operatorom - administratorom, którzy będą mieli możliwość definiowania uprawnień operatorom w aplikacji AP-PKUŚ.

Uwaga! W tym miejscu nie należy dodawać uprawnień wszystkim operatorom, którzy mają mieć dostęp do aplikacji, gdyż będzie można to zrobić z poziomu aplikacji AP-PKUŚ.

Aby zdefiniować operatora – administratora, należy skorzystać w Portalu SZOI z menu: Administrator > Zarządzanie systemami centralnymi > PKUŚ. Wówczas nastąpi przejście do okna *Administratorzy systemu PKUŚ*.

Administratorzy systemu PKUŚ

Login Zawiera

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj	Login/Kod lekarza	Operacje
1.	Operator własny	<input type="text"/>	Usuń uprawnienia
2.	Operator własny	<input type="text"/>	Usuń uprawnienia
3.	Operator własny	<input type="text"/>	Usuń uprawnienia
4.	Operator własny	<input type="text"/>	Usuń uprawnienia

Rys 17.17 Przykładowe okno administratorów systemu PKUŚ

Aby dodać uprawnienie operatora - administratora, należy skorzystać z opcji *Dodawanie uprawnienia administratora*. Wyświetlone wówczas zostanie właściwe okno do wykonania takiej operacji.

(1) Dodawanie uprawnienia administratora PKUŚ

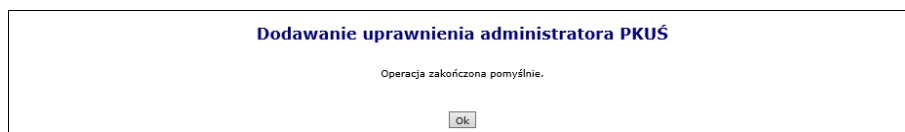
Typ operatora:*

Operator własny:*

* pola wymagane

Rys 17.18 Przykładowe okno dodawania uprawnienia administratora PKUŚ

Po wskazaniu ze słownika operatora – administratora i zatwierdzeniu tej operacji, zostanie wyświetlone okno informujące o pomyślnym zakończeniu operacji.



Rys 17.19 Przykładowe okno potwierdzenia dodania uprawnienia administratorowi PKUŚ

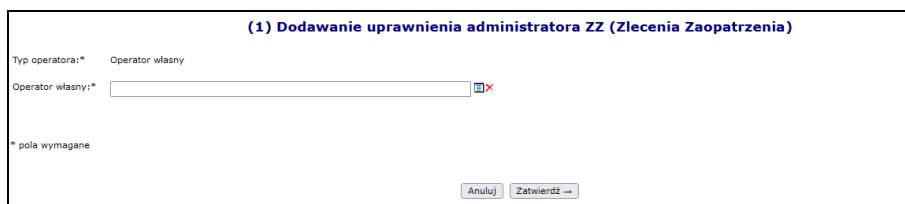
Po dodaniu uprawnienia, operator – administrator będzie mógł przejść do drugiego kroku nadawania uprawnień w aplikacji AP-PKUŚ.

17.8 Zarządzanie systemami centralnymi – AP-ZZ Zlecenia zaopatrzenia

Osoby, które w imieniu świadczeniodawcy / realizatora zaopatrzenia, mają zarządzać kontami dostępowymi w aplikacji Portal SZOI – Zlecenia zaopatrzenia (ap-zz), muszą zostać wskazane w Portal SZOI jako *Administratorzy systemu ZZ (Zlecenia zaopatrzenia)*.

Należy:

- Wybrać menu: **Administrator – Zarządzanie systemami centralnymi – ZZ**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Administratorzy systemu ZZ (Zlecenia zaopatrzenia)*.
- Wybrać opcję: **Dodawanie uprawnienia administratora**. Wyświetlone zostanie okno (1) *Dodawanie uprawnienia administratora ZZ (Zlecenia zaopatrzenia)*.

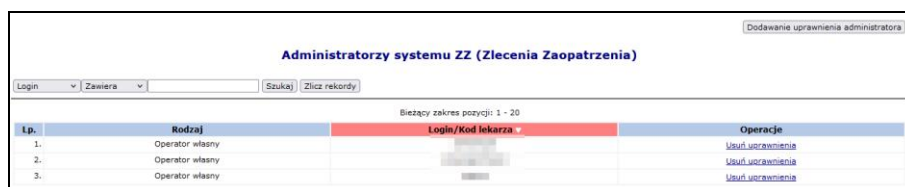


Rys 17.20 Przykładowe okno Dodawania uprawnienia administratora

- W polu **Operator własny** należy wskazać osobę, która będzie zarządzać kontami w Portal SZOI – ZZ. Operatora można wybrać ze słownika operatorów (odpowiada liście operatorów) lub wpisać pierwsze znaki loginu operatora.

Uwaga! Dla kont administracyjnych (login zaczynający się od cyfry) może zostać wyświetlony komunikat błędu: *Operator własny – operator nie ma podanego imienia i nazwiska*. Aby dodać wskazanego operatora do listy osób uprawnionych należy najpierw uzupełnić jego dane w menu: Administrator – Operatorzy; opcja: edytuj

- Wprowadzoną informację należy **zatwierdzić**. Czynność spowoduje wyświetlenie komunikatu potwierdzenia oraz zapisanie osoby na liście *Administratorzy systemu ZZ (Zlecenia zaopatrzenia)*.



Rys 17.21 Przykładowe okno Administratorzy systemu ZZ



Konto dostępowe wskazanego operatora zostanie zsynchronizowane z systemem centralnym. Po kilku minutach, operator może wykonać logowanie do aplikacji Portal SZOI – Zlecenia zaopatrzenia, korzystając z loginu i hasła przydzielonego w SZOI.

17.9 Zarządzanie systemami centralnymi – Systemy centralne

Osoby, które w imieniu świadczeniodawcy, mają zarządzać kontami dostępowymi w systemach centralnych takich jak KAAS-MGR-SYS oraz KAAS-MGR-REJ, a w dalszej kolejności ankietami udarowymi, centralną bazą wniosków i decyzji oraz rejestrami klinicznymi, muszą zostać wskazane w Portal SZOI jako *Administratorzy systemów centralnych*.

Aby to zrobić, należy:

- Wybrać menu: **Administrator** → **Zarządzanie systemami centralnymi** → **Systemy centralne**. Czynność spowoduje wyświetlenie poniższego okna:

Rys 17.22 Przykładowe okno *Administratorzy systemów centralnych*

- Po wybraniu opcji **Dodawanie uprawnień administratora**, wyświetlone zostanie okno (1) *Dodawanie uprawnień administratora systemów centralnych*.

Rys 17.23 Przykładowe okno *Dodawania uprawnień administratora*

- W polu *Operator własny*, należy wskazać osobę, która będzie zarządzać kontami w systemach centralnych. Operatora można wybrać ze słownika operatorów, dostępnego po kliknięciu przycisku (odpowiada liście operatorów), lub wpisać pierwsze znaki loginu operatora.

Uwaga! Dla kont administracyjnych (login zaczynający się od cyfry) może zostać wyświetlony komunikat błędu: *Operator własny – operator nie ma podanego imienia i nazwiska*. Aby dodać wskazanego operatora do listy osób uprawnionych należy najpierw uzupełnić jego dane w menu: Administrator – Operatorzy; opcja: edytuj

- Wprowadzoną informację należy **zatwierdzić**. Czynność spowoduje wyświetlenie komunikatu potwierdzenia oraz zapisanie osoby na liście *Administratorzy systemów centralnych*.

Lp.	Rodzaj	Login/Kod lekarza	Operacje
1.	Operator własny	GNAZWISKO1	Usuń uprawnienia
2.	Operator własny	KNAZWISKO4	Usuń uprawnienia

Rys 17.24 Przykładowe okno *Administratorzy systemów centralnych*

17.10 Alerty

Menu [Administrator](#) -> [Alerty](#) pozwala na przeglądanie **listy zdarzeń**, po zaistnieniu, których do zdefiniowanych przez świadczeniodawcę odbiorców, wysyłany jest mail z powiadomieniem. Lista zdarzeń przedstawiona jest w postaci tabeli zawierającej następujące kolumny:

- **nazwa zdarzenia** – system wysyła powiadomienie w przypadku udostępnienia raportu zwrotnego do poszczególnych typów raportów lub przesłania komunikatu przez SZOI
- **wiadomość** – treść wiadomości przesyłanej mailem do zdefiniowanego odbiorcy
- **aktywność** – informacja czy generacja alertów jest aktywna
- **operacje** – czynności możliwe do wykonania w systemie

Opcje dostępne w kolumnie *Operacje* pozwalają na:

- definiowanie odbiorców poszczególnych typów alertów (**Odbiorcy**),
- przeglądanie informacji na temat dostarczonych wiadomości oraz ewentualnych przyczyn błędów (**Raport**).

Lista zdarzeń generujących alerty				
nazwa v Zawiera v		Szukaj		
Bieżący zakres pozycji: 1-20				
Lp.	Nazwa v	Wiadomość	Aktywność	Operacje
1.	Odebranie komunikatu	[Data zdarzenia] został prz...	aktywne	Odbiorcy Raport
2.	Rachunek otrzymał status "sprawdzony oczekuje na korektę"	[Data zdarzenia] rachunek [...	aktywne	Odbiorcy Raport
3.	Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu o środkach pomocniczych ZSP/ZPX	[Data zdarzenia] został udo...	aktywne	Odbiorcy Raport
4.	Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu rozliczeniowego RRX/WSX	[Data zdarzenia] został udo...	aktywne	Odbiorcy Raport
5.	Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu statystycznego RSX	[Data zdarzenia] został udo...	aktywne	Odbiorcy Raport
6.	Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu statystycznego SWX	[Data zdarzenia] został udo...	aktywne	Odbiorcy Raport
7.	Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu POZ	[Data zdarzenia] został udo...	aktywne	Odbiorcy Raport
8.	Udostępnienie raportu zwrotnego do żądania rozliczenia świadczeń	[Data zdarzenia] został udo...	aktywne	Odbiorcy Raport
9.	Udostępnienie umowy/aneksu do pobrania	[Data zdarzenia] została ud...	aktywne	Odbiorcy Raport
10.	Utworzenie nieprawidłowości uniemożliwiających zatwierdzenie rachunku przez OW NFZ	[Data zdarzenia] w trakcie ...	aktywne	Odbiorcy Raport

Rys 17.25 Lista zdarzeń generujących alerty

Na liście dostępne są następujące zdarzenia generujące powiadomienia:

1. Odebranie komunikatu
2. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu o środkach pomocniczych ZSP/ZPX
3. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu rozliczeniowego RRX/WSX
4. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu statystycznego RSX
5. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu statystycznego SWX
6. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu POZ
7. Udostępnienie raportu zwrotnego do żądania rozliczenia świadczeń
8. Udostępnienie umowy/aneksu do pobrania
9. Utworzenie nieprawidłowości uniemożliwiających zatwierdzenie rachunku przez OW NFZ
10. Rachunek otrzymał status "sprawdzony oczekuje na korektę"

17.11 Słowniki

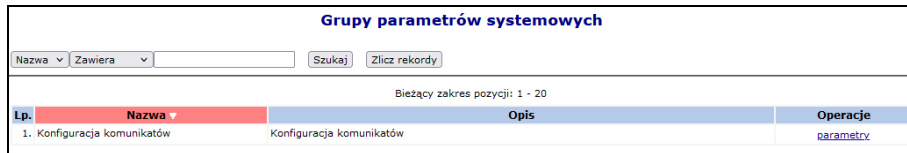
Menu [Administrator](#) > [Słownik](#) umożliwia pobranie następujących informacji związanych ze słownikiem instytucji właściwych:

- Pobierz XML – pobranie słownika w formacie XML
- Opis słownika - pobranie opisu komunikatu XML dotyczącego słownika instytucji właściwych dystrybuowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia

17.12 Konfiguracja systemu SZOI

Funkcjonalność dostępna w części *Konfiguracja systemu SZOI -> Grupy parametrów systemowych -> Konfiguracja komunikatów* umożliwia zarządzanie parametrem systemowym, który pozwala na przypisywanie operatorów do poszczególnych kategorii komunikatów. Operatorzy mogą przeglądać komunikaty tylko z kategorii do których są przypisani.

Bez ustawienia parametru, uprawnienia do komunikatów będą działały na zasadach obowiązujących przed wdrożeniem zmian w systemie (każdy operator może przeglądać wszystkie komunikaty, jeżeli ma nadane uprawnienie *Odczyt komunikatów operatora*).



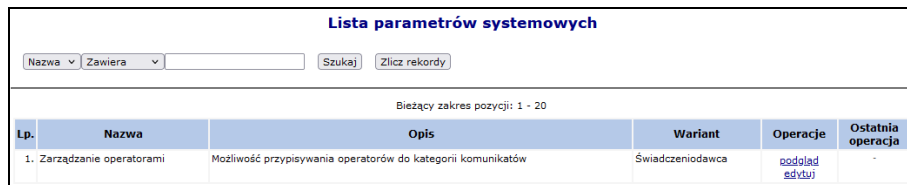
Lp.	Nazwa	Opis	Operacje
1.	Konfiguracja komunikatów	Konfiguracja komunikatów	parametry

Rys 17.26 Grupy parametrów systemowych

Zarządzanie powyższym parametrem dostępne jest tylko dla operatora posiadającego uprawnienie *Administracja kontrahentem*.

Aby włączyć parametr dla zalogowanego operatora, należy:

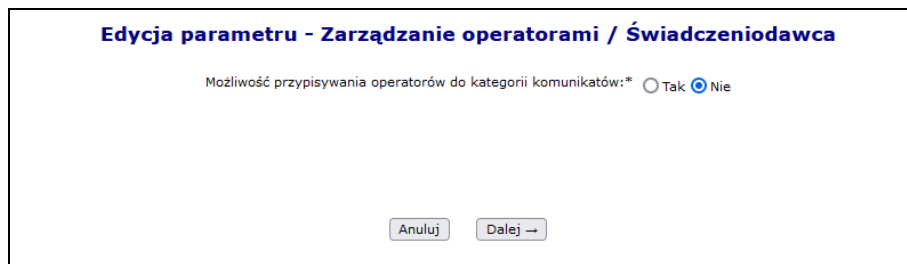
1. W oknie *Grupy parametrów systemowych (Konfiguracja systemu SZOI -> Grupy parametrów systemowych)* wybrać opcję *parametry*.
2. Dla parametru *Zarządzanie operatorami* wybrać opcję **Edytuj**.



Lp.	Nazwa	Opis	Wariant	Operacje	Ostatnia operacja
1.	Zarządzanie operatorami	Możliwość przypisywania operatorów do kategorii komunikatów	Świadczeniodawca	podgląd edytuj	-

Rys 17.27 Lista parametrów systemowych

3. W polu *Edycja parametru - Zarządzanie operatorami / Świadczeniodawca* zaznaczyć opcję **Tak**, przejść do kolejnego okna i zatwierdzić podsumowanie.



Edycja parametru - Zarządzanie operatorami / Świadczeniodawca

Możliwość przypisywania operatorów do kategorii komunikatów:* Tak Nie

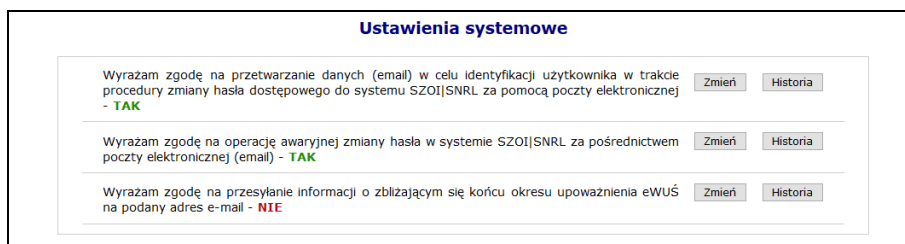
Anuluj Dalej →

Rys 17.28 Edycja parametru - Zarządzanie operatorami / Świadczeniodawca

4. Przypisywanie operatorów do kategorii komunikatów będzie możliwe po powtórnym zalogowaniu się do systemu. Funkcjonalność dostępna będzie w części *Komunikaty -> Kategorie*.

18 SYSTEM – UDZIELONE ZGODY

W systemie SZOI wprowadzony został nowy mechanizm wykorzystywany do awaryjnej zmiany hasła. Wynika on z najnowszych ustaleń związanych z bezpieczeństwem przechowywanych danych (brak możliwości podglądu wprowadzanych danych związanych z procesem uwierzytelniania awaryjnego w oparciu o mechanizm pytań i odpowiedzi).



Ustawienia systemowe

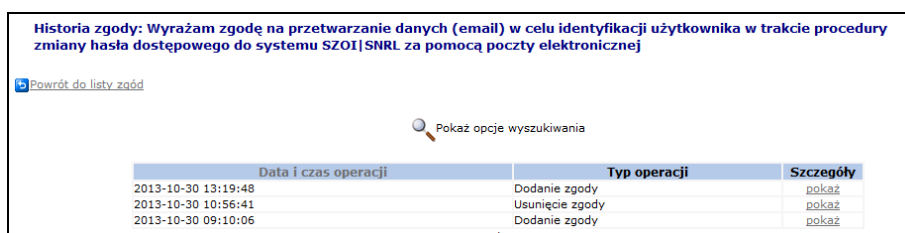
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych (email) w celu identyfikacji użytkownika w trakcie procedury zmiany hasła dostępowego do systemu SZOI|SNRL za pomocą poczty elektronicznej - **TAK** Zmień Historia

Wyrażam zgodę na operację awaryjnej zmiany hasła w systemie SZOI|SNRL za pośrednictwem poczty elektronicznej (email) - **TAK** Zmień Historia

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji o zbliżającym się końcu okresu upowaznienia eWUŚ na podany adres e-mail - **NIE** Zmień Historia

Rys 18.1 Ustawienia systemowe

Powyższa funkcjonalność wprowadziła do systemu także mechanizm do pamiętania pełnej historii zmian każdej ze zgód udzielonych przez świadczeniodawcę (podgląd zapisów historycznych jest dostępny po wybraniu opcji **HISTORIA**). Każdorazowe zatwierdzenie procesu zmiany w zakresie wyrażanej lub wycofanej zgody wymaga dodatkowej autoryzacji w postaci standardowego hasła systemowego.



Historia zgody: Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych (email) w celu identyfikacji użytkownika w trakcie procedury zmiany hasła dostępowego do systemu SZOI|SNRL za pomocą poczty elektronicznej

[Powrót do listy zgód](#)

Pokaż opcje wyszukiwania

Data i czas operacji	Typ operacji	Szczegóły
2013-10-30 13:19:48	Dodanie zgody	pokaż
2013-10-30 10:56:41	Usunięcie zgody	pokaż
2013-10-30 09:10:06	Dodanie zgody	pokaż

<<<1>>>

Rys 18.2 Ustawienia systemowe

W Portalu SZOI oraz SNRL dla głównych kont administracyjnych kontrahenta wyświetlany jest komunikatu o braku adresu e-mail do odzyskiwania hasła jeżeli nie został on uzupełniony:



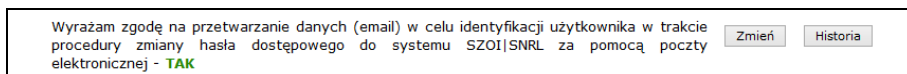
18.1 Wyrażenie zgody na przetwarzanie adresu email

Wyrażenie zgody związane jest z koniecznością wprowadzenia poprawnego adresu email wraz z przeprowadzeniem procedury jego weryfikacji. Po wstępnym wprowadzeniu adresu email system wysyła na podany adres specjalny kod autoryzacyjny, który musi zostać potwierdzony wprowadzeniem przesłanego kodu w odpowiednie pole podczas procedury wyrażania zgody. Po poprawnym potwierdzeniu całego procesu zmiany adresu, system odnotuje pozytywne wyrażenie zgody na przetwarzanie adresu email (**TAK**). Zmiana tak wprowadzonego adresu email jest możliwa za pośrednictwem standardowej opcji **ZMIENIĆ**. Wycofanie zgody na przetwarzanie adresu email jest jednoznaczne z usunięciem tego adresu z systemu.

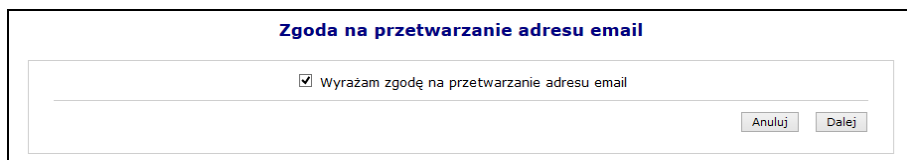
Wyrażenie zgody na przetwarzanie adresu email jest wymagane podczas wyrażania zgody na inne czynności systemowe związane z przetwarzaniem tego adresu (awaryjna zmiana hasła oraz otrzymywanie dodatkowych informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej).

Aby wyrazić zgodę na zmianę hasła systemowego przy pomocy email, należy:

1. Z głównego menu wybrać opcję **System**, a następnie **Udzielone zgody**.
2. Wybrać opcję **Zmień**



3. Zaznaczyć opcje *Wyrażam zgodę na przetwarzanie adresu email*, a następnie wybrać opcję **Dalej**.



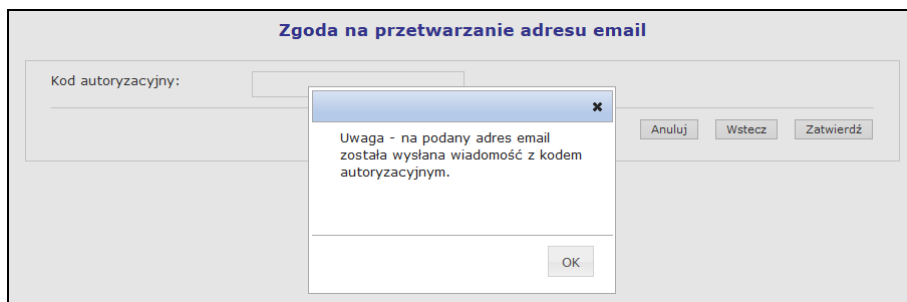
Rys 18.3 Zgoda na przetworzenie adresu email

4. Przy pomocy opcji **Uzupełnij** wprowadzić dane związane z adresem email (adres oraz jego potwierdzenie).



Rys 18.4 Zgoda na przetworzenie adresu email

5. Po wybraniu opcji **Dalej**, system automatycznie wyśle kod autoryzacyjny na podany wcześniej adres email.



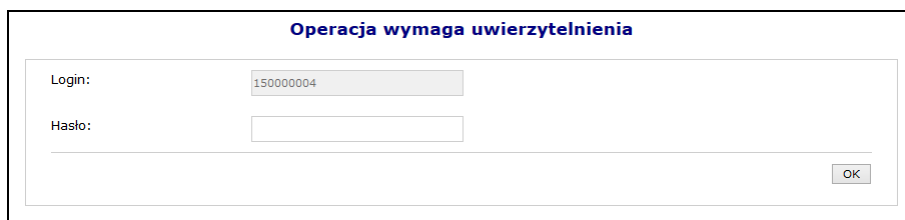
Rys 18.5 Zgoda na przetworzenie adresu email – informacja o kodzie autoryzacyjnym

6. W kolejnym kroku operator musi wybrać opcję **OK**, a następnie wprowadzić kod przesłany na adres email.



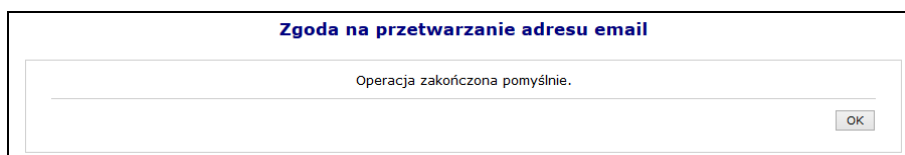
Rys 18.6 Zgoda na przetworzenie adresu email – Kod autoryzacyjny

7. Wybrać opcję **Zatwierdź**.
8. W ostatnim etapie należy podać hasło operatora do systemu.



Rys 18.7 Uwierzytelnienie operacji

9. Po podaniu poprawnego hasła i wybraniu opcji , operacja dodania adresu email zostanie zakończona pozytywnie.



Rys 18.8 Zgoda na przetworzenie adresu email – Zakończenie operacji

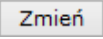
18.2 Wyrażenie zgody na awaryjną zmianę hasła za pośrednictwem poczty elektronicznej

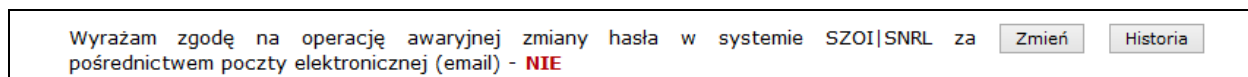
Wyrażenie zgody na powyższą czynność jest powiązane z wyrażeniem wcześniejszej zgody na przetwarzanie adresu email:


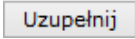
- Nie można wyrazić zgody na awaryjną zmianę hasła, jeżeli operator nie wyraził zgody na przetwarzanie adresu email
- Jeżeli operator wycofa zgodę na przetwarzanie adresu email, to zgoda na awaryjną zmianę hasła zostanie także wycofana.

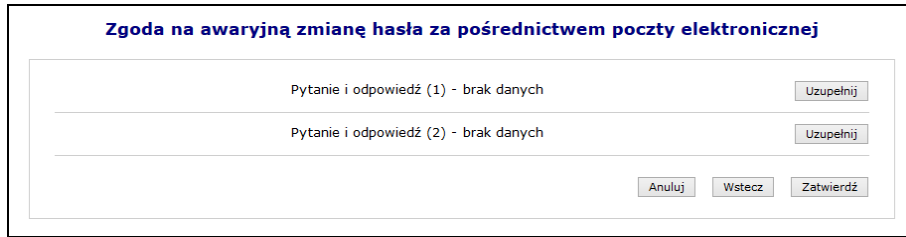
W celu awaryjnej zmiany hasła należy zdefiniować dwa pytania dodatkowe wraz z odpowiedziami. Dodatkowe pytania i odpowiedzi nie mogą się powtarzać i nie mogą być puste. Maksymalna długość pytania i odpowiedzi została ograniczona do 64 znaków.

Aby wyrazić zgodę na zmianę hasła systemowego przy pomocy email, należy:

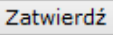
1. Z głównego menu wybrać opcję **System**, a następnie **Udzielone zgody**.
2. Wybrać opcję 

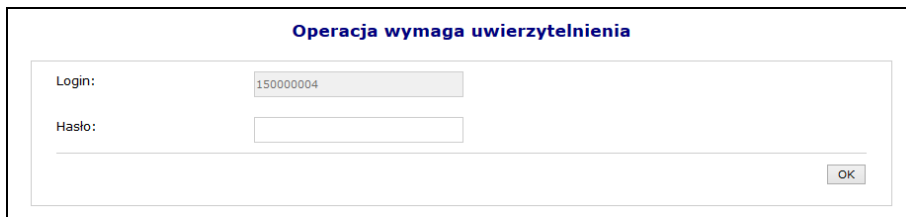


3. Zaznaczyć opcje *Wyrażam zgodę na przetwarzanie adresu email*, a następnie wybrać opcję .
4. W kolejnym etapie przy pomocy opcji , należy podać *Pytanie i odpowiedź* dla obydwu pozycji.




Rys 18.9 Zgoda na awaryjną zmianę hasła za pośrednictwem poczty elektronicznej

5. Po uzupełnieniu powyższych danych należy wybrać opcję , a następnie podać hasło operatora do systemu.



Rys 18.10 Uwierzytelnienie operacji

6. Po pozytywnym wprowadzeniu hasła i wybraniu opcji , operacja wyrażenia zgody na awaryjną zmianę hasła za pośrednictwem poczty elektronicznej zostanie zakończona.

18.3 Zgoda na przesyłanie informacji o zbliżającym się końcu okresu upoważnienia eWUŚ na podany adres e-mail

W systemie SZOI (dla operatorów świadczeniodawców) / SNRL (dla operatorów kontrahentów typu lekarz) dodano zgodę o treści „Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji o zbliżającym się końcu okresu upoważnienia eWUŚ na podany adres e-mail”. Tylko w przypadku wyrażenia zgody, na adres e-mail operatora, wysyłane będą powiadomienia opisane poniżej.

Upoważnienia administratora eWUŚ

Na 14, 7 i 3 dni przed końcem okresu obowiązywania upoważnienia administratora e-WUŚ, w systemie SZOI / SNRL zostanie dla danego kontrahenta utworzony komunikat o następującej treści :

- w przypadku, gdy administrator **nie** złożył do OW wniosku o nowe upoważnienie:

Temat: Informacja w sprawie dalszej możliwości korzystania z usługi eWUŚ.

Ważność uprawnień Lokalnego Administratora eWUŚ [login administratora] upływa dnia [data wygaśnięcia].

Aby odnowić te uprawnienia należy uzyskać od podmiotu, który upoważnił Pana/Panią do korzystania z usługi eWUŚ uaktualniony dokument upoważniający do korzystania z usługi eWUŚ oraz złożyć do Oddziału Wojewódzkiego poprzez Portal elektroniczny wniosek o nadanie uprawnień Lokalnego Administratora.

- w przypadku, gdy administrator złożył do OW wniosku o nowe upoważnienie:

Temat: Informacja w sprawie dalszej możliwości korzystania z usługi eWUŚ.

Ważność Pani/Pana uprawnień Lokalnego Administratora eWUŚ [login administratora] upływa dnia [data wygaśnięcia].

Złożony do Oddziału Wojewódzkiego elektroniczny wniosek o nadanie uprawnień Lokalnego Administratora nie został jeszcze rozpatrzony.

Powyższe komunikaty będą wysłane do kontrahenta, do którego jest przypisany dany operator. Będzie on widoczny dla wszystkich operatorów posiadających uprawnienie do odczytu komunikatów.

Dodatkowo jeśli operator (administrator, którego dotyczy upoważnienie) wyraził zgodę opisaną powyżej, zostanie jednocześnie na podany przez niego adres e-mail wysłana wiadomość o treści identycznej jak komunikat.

Upoważnienia operatora eWUŚ

Na 14, 7 i 3 dni przed końcem okresu obowiązywania upoważnienia operatora e-WUŚ, do wszystkich administratorów eWUŚ danego kontrahenta, którzy wyrazili zgodę opisaną powyżej, zostanie, na podany przez nich adres email, wysłana wiadomość następującej treści:

*Temat: Informacja w sprawie dalszej możliwości korzystania z usługi eWUŚ.
 Ważność uprawnień Operatora eWUŚ użytkownika [login użytkownika] upływa dnia [data ważności]
 Aby odnowić te uprawnienia użytkownik musi uzyskać od podmiotu uaktualniony dokument upoważniający do korzystania z usługi eWUŚ, na podstawie którego powinien Pan/Pani jako Lokalny Administrator przedłużyć użytkownikowi okres uprawnień Operatora eWUŚ.*

W aplikacji e-wuś, w przypadku, gdy zalogowany operator posiada upoważnienie i kończy się ono nie później niż w ciągu 7 najbliższych dni, zostanie mu wyświetlony komunikat o treści:

*Temat: Informacja w sprawie dalszej możliwości korzystania z usługi eWUŚ.
 Ważność Pani/Pana uprawnień Operatora eWUŚ [login użytkownika] upływa dnia [data ważności].
 Aby odnowić te uprawnienia należy uzyskać od podmiotu, który upoważnił Panią/Pana do korzystania z usługi eWUŚ uaktualniony dokument upoważniający do korzystania z usługi eWUŚ, na podstawie, którego Lokalny Administrator powinien przedłużyć okres uprawnień Operatora eWUŚ.*

18.4 Wygenerowanie nowego hasła do systemu

Jeżeli powyższe dwie zgody zostały wyrażone, a operator zapomniał hasła, będzie on mógł wygenerować nowe hasło do swojego konta. Aby to zrobić należy przejść do głównego okna logowania się do systemu, a następnie wybrać opcję **Przypomnij mi hasło**:



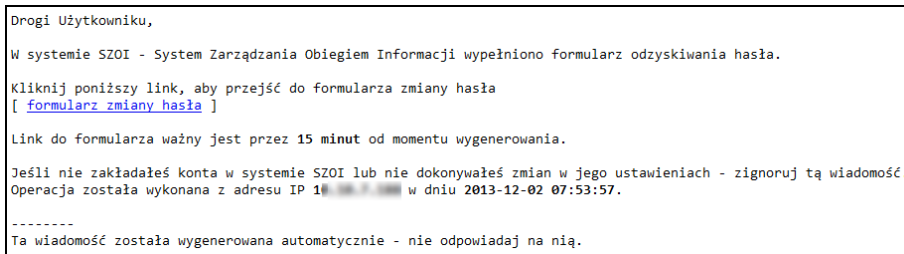
Rys 18.11 Okno logowania do systemu

W nowym oknie należy podać **Nazwę użytkownika** (login operatora) oraz **przepisać litery z obrazka**. Jeśli litery widniejące na obrazku są nieczytelne należy wybrać opcję **Wypróbuj inne słowo**. Wybór ten ponownie wygeneruje tekst kontrolny.



Rys 18.12 Przypomnienie hasła

Po poprawnym uzupełnieniu pól należy wybrać opcję **Zatwierdź →**. Poprawne uzupełnienie formularza *Przypomnienia hasła* spowoduje wysłanie wiadomości e-mail na adres użytkownika podany w konfiguracji konta dostępowego. Wiadomość zawiera link do formularza zmiany hasła dla konta. **Formularz będzie dostępny tylko w czasie wskazanym w wiadomości.**



Rys 18.13 Przypomnienie hasła – Wiadomość email

Kliknięcie w link w wiadomości spowoduje wyświetlenie okna wprowadzenia **Loginu** operatora, dla którego wykonywana jest zmiana hasła.



Rys 18.14 Zmiana hasła - Login

Po wprowadzeniu poprawnego loginu i wybraniu opcji **Dalej →**, operator będzie musiał poprawnie odpowiedzieć na jedno z wcześniej zdefiniowanych pytań. Dodatkowo należy podać nowe hasło.



Rys 18.15 Zmiana hasła - Pytanie

Jeśli wprowadzona odpowiedź na pytanie jest prawidłowa zostanie wyświetlony komunikat: „Operacja zakończyła się pomyślnie”. Operator może zalogować się do systemu korzystając z nowego hasła.

19 ZAKOŃCZENIE PRACY W SZOI

Ze względu na fakt, że system SZOI jest aplikacją zdalną, czyli wszystkie operacje odbywają się na serwerze Narodowego Funduszu Zdrowia, a operator steruje zadaniami za pomocą przeglądarki internetowej, z aplikacji może jednocześnie korzystać kilkaset operatorów.

Nierzadko powoduje to, znaczne obciążenie łączy internetowych i utrudnienia w dostępie do aplikacji.

Z tego tytułu ważne jest, aby każdy operator kończąc pracę w systemie SZOI zamknął prawidłowo system, tym samym kończąc swoją sesję pracy.

Kliknięcie w opcję **Wyloguj** powoduje wyświetlenie komunikatu wylogowania operatora.

UWAGA!!!

Nie wykonanie w SZOI żadnych operacji przez 30 minut powoduje automatyczne zakończenie pracy.

20 DANE TECHNICZNE

Przed przystąpieniem do pracy w systemie SZOI należy sprawdzić konfigurację stanowiska pracy względem zalecanych (minimalnych) wymagań do pracy w systemie. Do poprawnej pracy systemu SZOI należy włączyć obsługę mechanizmu cookies.

Lista zalecanych przeglądarek internetowych:

- Microsoft Edge, wersja: 87.x
- Mozilla Firefox, wersja: 85.x
- Google Chrome, wersja: 87.x
- Opera, wersja: 73.x

Optymalna rozdzielczość ekranu: 1024x768 pikseli

Do wykonywania wydruków niezbędne jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Acrobat Reader.

Minimalne wymagania dostępne są na stronie logowania do systemu, pod hasłem: „Przeczytaj, zanim rozpoczniesz pracę w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji”.

21 Rejestr zmian w dokumentacji

Data wydania	Nr zgłoszenia OW Nr JIRA Nr zgłoszenia KS	Tytuł zgłoszenia	Opis zmiany
Maj 2022			
2022-05-31	0398/2018/12/K/00 SKADOST-6730 SD-2018-177	Zbiorcze zestawienie recept w formie elektronicznej.	W danych podmiotu oraz działalności zaprezentowano zawartość rejestru osób upoważnionych dla zalogowanego kontrahenta. Dane te nie mogą być edytowane przez operatora.
2022-05-20	0278/2021/10/K/00 SKADOST-11722 SD-2021-105	Zwiększenie limitu znaków w polu „osoby reprezentujące stronę umowy”.	W celu ułatwienia pracy operatorom rozszerzono długość pola <i>Osoba reprezentująca</i> we wniosku rejestracyjnym i wniosku o zmianę danych działalności.
Kwiecień 2022			
2022-04-26	0109/2021/05/K/00 SKADOST-10903 SD-2021-038	Raporty z WYKBAD.	Dodano nowy typ żądań rozliczenia – żądanie rozliczenia WYKBAD.
2022-04-11	0105/2021/05/K/00 SKADOST-10901 SD-2021-036	Dostosowanie Systemu Obsługi Potencjału w zakresie porównywania danych Personelu medycznego z CWPM	W celu ułatwienia poprawiania danych personelu medycznego w sytuacji niezgodności opisu osoby pomiędzy systemem NFZ, a danymi pobranymi z CWPM do systemu dodano raport Niezgodność z CWPM . Rozdział: Zgodność z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych CWPM
Marzec 2022			
2022-03-30	0245/2020/10/K/00 SKADOST-9882 SD-2020-106	Dodanie mechanizmu kategoryzowania komunikatów na SZOI/Portalu świadczeniodawcy.	Jeżeli komunikat został oznaczony przez NFZ jako zawierający dane wrażliwe to tylko operatorzy posiadający uprawnienie Prawo dostępu do danych wrażliwych będą mogli przeczytać treść i pobierać załączniki tak oznaczonego komunikatu. Operatorzy nieposiadający powyższego uprawnienia będą widzieć jedynie temat komunikatu, a zamiast treści tekst ‘Komunikat zawiera dane wrażliwe’.
2022-03-15	0300/2021/11/K/00 SKADOST-11820	Plan spłaty w latach 2022-2023.	Ze względu na zmianę kontekstu spłacania zadłużenia – w ramach GWOZ, a nie jak dotychczas umowy formalno-prawnej, opcja Raport o stanie spłaty wyświetla aktualny stan rozliczeń świadczeń realizowanych w ramach spłaty kwot uzyskanych na podstawie rachunków ryczałtowych i przejęcia zadłużenia, w kontekście grupy wspólnego obsługi zadłużenia.
Luty 2022			
2022-02-28	0255/2020/10/K/00 SKADOST-9940 SD-2020-113	Obsługa przerw w realizacji umowy na świadczenia	Do systemu dodano możliwość podglądu, przygotowania oraz przekazywania do OW NFZ zarejestrowanych przerw w udzielaniu świadczeń dotyczących:

		zdrowotne.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Całej działalności świadczeniodawcy 2. Miejsca udzielania świadczeń 3. Wskazanego zakresu świadczeń w miejscu. Dodano rozdział Wnioski o zawieszenie działalności miejsca udzielania świadczeń
2022-02-26	0139/2020/06/K/00 SKADOST-9298 SD-2020-062	Udostępnienie w SI NFZ wniosku o zmianę miejsca udzielania świadczeń określonego w umowie.	Do systemu dodano funkcjonalność umożliwiającą złożenie wniosku o zamknięcie / zmianę miejsca w umowie. Dodano rozdział Obsługa wniosków o zmianę miejsca w umowie
2022-02-16	0280/2021/10/K/00 SKADOST-11723 SD-2021-106	Dostosowanie systemu w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie.	We wnioskach o aneks do umowy w zakresie asortymentu ZPO: podczas wprowadzania wniosku dodano pole ze wskazaniem miesiąca, od którego nastąpią zmiany w umowie. dla wniosków dodano operacje edytuj pozwalającą na zmianę miesiąca, od którego nastąpią zmiany w umowie. operacji wycofania może dokonać również operator OW NFZ podczas oceny wniosku. Świadczeniodawca jest informowany o tym fakcie za pośrednictwem komunikatu. Wnioski o statusie wycofany mogą zostać poprawione, przekazane do OW oraz usunięte.
Styczeń 2022			
2022-01-14	0300/2021/11/K/00 SKADOST-11820 SD-2021-113	Plan spłaty w latach 2022-2023.	Rozszerzono dane na raporcie o stanie spłaty ryczałtu 1/12 o wartość umorzenia.
Grudzień 2021			
2021-12-20	0245/2021/09/K/00 SKADOST-11583 SD-2021-089	Wypłata premii motywacyjnej za szczepienia przeciwko chorobie COVID-19 dla świadczeniodawców poz.	Dodano opcję Premia dostępną w planie miesięcznym realizacji umowy. Opcja umożliwia przejście na listę zawierającą informacje o liczbie zaszczepionych świadczeniobiorców w podziela na miejsca udzielania świadczeń. Funkcja dostępna jest dla miesięcy, w których następowało premiowanie szczepień przeciwko COVID-19 (wrzesień, grudzień – premia cząstkowa oraz grudzień premia roczna).
Listopad 2021			
2021-11-29	0300/2021/11/K/00 SKADOST-11820 SD-2021-113	Plan spłaty w latach 2022-2023.	Przeorganizowano menu, tj. zebrano w jedną grupę "Wnioski dotyczące rozliczenia umów": zgód na wcześniejsze rozliczenie, wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego oraz nowych wniosków o wydłużenie okresu spłaty. Dodano rozdział Wnioski o wydłużenie okresu spłaty.
2021-11-22	0192/2021/07/K/00 SKADOST-11328 SD-2021-069	Wygaszenie funkcjonalności związanych z wymianą umów obcych ZPO	W związku ze zmianą sposobu rozliczania umów obcych funkcjonalność dostępna w menu <i>Świadczeniodawcy w innym OW</i> została usunięta.
Październik 2021			
2021-10-21	0245/2021/09/K/00 SKADOST-11583 SD-2021-089	Wypłata premii motywacyjnej za	Umożliwiono podgląd wartości obliczonych premii motywacyjnych za szczepienia przeciwko COVID – 19. Wartości wyświetlane są w planie miesięcznym dla

		szczepienia przeciwko chorobie COVID-19 dla świadczeniodawców poz.	umów w rodzaju 19/5, pod opcją zakresy świadczeń → plan.
2021-10-21	SKANADZ- 1185 SN-2021-021	Usprawnienie procesu tworzenia zestawów produktów handlowych na SZOI	Podczas exportu oraz importu produktów handlowych dodano kolumnę informującą czy pozycja jest historyczna. Import produktów handlowych pomija pozycje oznaczone jako historyczne, a informacja jest przekazywana użytkownikowi. Lista produktów handlowych eksportowanych do pliku CSV została ograniczona zgodnie z aktualnie zastosowanymi na liście produktów kryteriami wyszukiwania i filtrowania.
2021-10-21	0254/2021/10/K/00 SKADOST-11644 SD-2021-095	Implementacja zmiany wprowadzonej w zarządzeniu 160/2021/DSOZ.	Umożliwiono generowanie wersji profilu świadczeniodawcy na dzień 1 października 2021.
Wrzesień 2021			
2021-09-30	0245/2020/10/K/00 SKADOST-9882 SD-2020-106	Dodanie mechanizmu kategoryzowania komunikatów na SZOI/Portalu świadczeniodawcy	Dodano Zarządzanie dostępem operatorów do komunikatów. Rozdział: Kategorie komunikatów – wrzesień 2021 Zmodyfikowano zasady wyświetlania komunikatów po zalogowaniu. Rozdział: KOMUNIKATY
Lipiec 2021			
2021-07-30	0245/2020/10/K/00 SKADOST-9882 SD-2020-106	Dodanie mechanizmu kategoryzowania komunikatów na SZOI/Portalu świadczeniodawcy	Modyfikacja komunikatów przekazywanych przez OW NFZ.
2021-07-26	0138/2021/06/K/00 SKADOST-11099 SD-2021-049	Dostosowanie SI NFZ do zmian w Rozporządzeniu MZ zmieniającym OWU dot. podwyżek dla personelu.	Dodanie sekcji <i>Wnioski współrealizatorów</i> gdzie świadczeniodawca będący stroną umowy RTM ma dostęp do informacji o kwocie na podwyżki wynagrodzenia zasadniczego wynikającej z informacji złożonych przez siebie i przez współrealizatorów w podziale na przypadające na nich kwoty.
2021-07-20	0041/2021/02/K/00 SKADOST-10591	Dostosowanie systemu mające na celu umożliwienie rozliczania świadczeń z Funduszem Medycznym	Dodano obsługę żądania rozliczenia z Funduszem Medycznym Rozdział: Żądanie rozliczenia świadczeń, zaopatrzenia i ryczałtu PSZ
2021-07-20	0168/2021/07/K/00 SKADOST-11203 SD-2021-058	Przekazywanie informacji dot. podwyżek dla lekarzy do 21 lipca br.	Dodano rozdział Wnioski o wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów (styczeń – czerwiec 2021)
2021-07-14	0138/2021/06/K/00 SKADOST-11099 SD-2021-049	Dostosowanie SI NFZ do zmian w Rozporządzeniu MZ	Dodano rozdział Wzrost wynagrodzenia zasadniczego

		zmieniającym OWU dot. podwyżek dla personelu.	
<i>Czerwiec 2021</i>			
2021-06-30	0041/2021/02/K/00 SKADOST-10591 SD-2021-015	Dostosowanie systemu mające na celu umożliwienie rozliczania świadczeń z Funduszem Medycznym	<p>Dodano sprawdzenie podczas dawania żądania rozliczenia świadczeń, za miesiąc następny po miesiącu końcowym okresu rozliczania świadczeń w ramach FM, wykonywane jest sprawdzenie, czy nie istnieją świadczenia z okresu wcześniejszego kwalifikujące się do rozliczenia w ramach planów FM. Sprawdzenie jest ostrzeżeniem, więc nie blokuje generacji żądania rozliczenia.</p> <p>Dodano kolumnę Powiązane z planem FM w oknie pozycji rozliczeniowych nieuznanych do szablonu. Jeśli przyczyną odrzucenia jest wykorzystanie limitu i jednocześnie dla takiej pozycji w kolumnie Powiązanie z planem FM widnieje wartość Tak – świadczenia takie może zostać rozliczone w ramach planu FM.</p> <p>Wprowadzono nowe kolumny w planach miesięcznych oraz wygenerowanych zestawieniach planów miesięcznych - Faktyczne wykonanie oznaczone do rozliczenia w ramach Funduszu Medycznego: Liczba jednostek, Wartość.</p>
2021-06-21	0106/2020/04/K/00 (SKADOST-8971) SD-2020-047	Skany dokumentów UE	Na liście Dokumenty uprawniające (załączniki) do rachunków refundacyjnych (medycznych) oraz Dokumenty uprawniające przekazane do pozycji rozliczeniowych finansowanych w ramach ryczałtu PSZ dodano kolumnę „Skan w NFZ”, informującą czy w OW NFZ posiada pozytywnie zweryfikowany skan dokumentu oraz filtr Skan w NFZ. Zmodyfikowano filtr Pokaż nieprzekazane dokumenty na Pokaż dokumenty wymagające przekazana skanu.
<i>Maj 2021</i>			
28-05-2021	0225/2020/09/K/00 SKADOST-9777 SD-2020-099	Wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	Dodano terminowość opcji przedłuż, dostępnej dla zaakceptowanych wniosków WPO na I półrocze. Opcja dostępna będzie tylko do 2021-06-30.
14-05-2021	0225/2020/09/K/00 SKADOST-9777 SD-2020-099	Wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	Dodano możliwość składania wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 31 grudnia 2021, o ile w ramach podanej umowy do załącznika rzeczowo-finansowego z roku 2020 istnieje zaakceptowany przez OW NFZ wniosek o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 30 czerwca 2021.
14-05-2021	0083/2021/04/K/00 SKADOST-10842 SD-2021-031	Rozliczenie umów bez sprawozdania świadczeń w okresie kwiecień - czerwiec 2021 r.	Dodano walidację przy przesyłaniu wniosku WRS - Wnioski WRS za okres 1-6 2021 można przestać tylko jeśli dla danej umowy istnieje przyjęty wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego (WPO).
<i>Kwiecień 2021</i>			
12-04-2021	0225/2020/09/K/00	Wniosek o	Dodano możliwość wprowadzania żądania spłaty

	SKADOST-9777 SD-2020-099	przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	ryczałtu 1/12 dla 2021 roku i planu spłaty dla 2021 roku, a rozliczona w ten sposób wartość obniża zadłużenie z 2020 roku.
01-04-2021	0225/2020/09/K/00 SKADOST-9777 SD-2020-099	Wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	Dodano rozdział Raport o stanie spłaty ryczałtu 1/12.
Marzec 2021			
31-03-2021	0049/2017/02/K/00 SKADOST-4034 SD-2017-023	Zmiana działania aplikacji z automatycznej na manualną w zakresie oceny wniosku dot. Umów podwykonawczych.	Zmiany w rozdziale Umowy / promesy współpracy Dodano możliwość edycji okresów udostępnienia umów współpracy w zgłoszeniach zmian do umowy.
30-03-2021	0225/2020/09/K/00 SKADOST-9777 SD-2020-099	Wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	W oknie spłaty ryczałtu 1/12 dodano kolumnę informującą o stronie dodającej żądanie spłaty ryczałtu (OW - żądanie dodane w trybie korekt przy zmianie statusu noty NPS na 'sprawdzony, oczekuje na korektę' Dodano kolumnę w planie spłaty informującą o pozycji planu spłaty.
Luty 2021			
26-02-2021	0071/2020/03/K/00 SKADOST-8718 SD-2020-029	Wykorzystanie repliki CWPM w aktualnie realizowanych procesach w systemie NFZ	Zmiany w zasadach obsługi zgłoszeń zmian do umowy wynikające z wdrożenia zgodności danych osoby z danymi w CWPM. Zmiany dotyczą m.in. weryfikacji, dodawania osoby do zgłoszenia oraz zatwierdzania zgłoszenia.
25-02-2021	0003/2020/08/K/14 SKADOST-9615 SD-2020-090	Rozszerzenie danych zawartych w raporcie generowanym z SZOI	Dodano rozdział Raport o stanie zatrudnienia. Na liście zatrudnionego personelu dodano funkcjonalność generowania raportu ze stanu zatrudnienia.
15-02-2021	0225/2020/09/K/00 SKADOST-9777 SD-2020-099	Wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	Dodano rozdział Spłata ryczałtu 1/12. Dodano opcje plan spłaty w kolumnie operacje na liście umów, pozwalającą na wgląd do aktualnego stanu zadłużenia świadczeniodawcy w związku z rozliczaniem świadczeń bez sprawozdawczości.
Styczeń 2021			
22-01-2021	0071/2020/03/K/00 SKADOST-8718 SD-2020-029	Wykorzystanie repliki CWPM w aktualnie realizowanych procesach w systemie NFZ	Wszędzie tam gdzie jest wykazane uprawnienie (a nie cała osoba) zamiast łącznej zgodności danych wyświetlana jest zgodność danych względem danego uprawnienia. Rozdział Zgodność z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych CWPM
21-01-2021	-	-	Dodanie informacji o zasadach odczytu plików CSV udostępnianych na portalu SZOI Rozdział: Otwieranie plików CSV udostępnionych na Portalu SZOI w Aplikacjach zewnętrznych
12-01-2021	0260/2020/10/K/00S SKADOST-9942 SD-2020-112	Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z	Dla wniosków WRS dodano opcję Oświadczenie – umożliwiającą dodawanie oświadczeń na podstawie par. 3a rozporządzenia OW dla okresów 11 i 12.

		rozporządzeniem MZ w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU.	
12-01-2021	0319/2020/12/K/00 SKADOST-10312 SD-2020-137	Modyfikacja obsługi w SI NFZ zgłaszania przez świadczeniodawców liczby etatów ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych oraz pielęgniarek systemu PRM.	Import / export wniosku dot. podwyżek dla ratowników do pliku w formacie CSV rozbudowano o dodatkowe typy personelu. Rozdział: Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym
05-01-2021	0319/2020/12/K/00 SKADOST-10312 SD-2020-137	Modyfikacja obsługi w SI NFZ zgłaszania przez świadczeniodawców liczby etatów ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych oraz pielęgniarek systemu PRM.	Modyfikacja zakresu wprowadzanych danych dla wniosków o wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych Rozdział: Stan zatrudnienia w ratownictwie medycznym
Grudzień 2020			
18-12-2020	0071/2020/03/K/00 SKADOST-8718 SD-2020-029	Wykorzystanie repliki CWPM w aktualnie realizowanych procesach w systemie NFZ	Dla personelu medycznego dodano informację o zgodności z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych CWPM.
Listopad 2020			
30-11-2020	0272/2019/10/K/00 SKADOST-8001 SD-2019-110	Dostosowanie SI NFZ w związku z wprowadzeniem nowej wersji procedury objęcia świadczeń opieki kompleksowej umową PSZ	Dodanie zarządzania koordynatorami (wydzielone zasoby) dla umów 03/1 oraz 03/8.
09-11-2020	0260/2020/10/K/00 SKADOST-9942 SD-2020-112	Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU.	Dla wniosków WRS usunięto wymóg drukowania oraz załączania podpisanego dokumentu jako załącznik.
Październik 2020			
19-10-2020	0110/2020/04/K/00	Import i	Dla wniosków typu 6 i typu 7 o zgodę na

	SKADOST-8987 SD-2020-045	wykorzystanie w systemie OW komunikatu WN_KAT	indywidualne rozliczenie dodano obsługę słownika kategorii zgód. Nazwa kategorii zgody będzie aktualizowana zgodnie z zawartością słownika.
05-10-2020	0225/2020/09/K/00 SKADOST-9777 SD-2020-099	Wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.	Umożliwienie składania wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego. Rozdział: Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego
Wrzesień 2020			
30-09-2020	SKANADZ-544 [SN-2019-011]	Zmiana zakres prowadzonej działalności	Umożliwienie edycji danych działalności. Rozdział: Działalność
24-09-2020	0001/2018/06/K/15 SKADOST-5744 SD-2018-076	Edycja pola "Data posiadania do" w zasobach na portalu SZOI.	Umożliwienie dodawania i edycji daty końca posiadania zasobu.
23-09-2020	0161/2020/07/K/00 SKADOST-9457 SD-2020-070	Odzyskanie hasła	W Portalu SZOI oraz SNRL dla głównych kont administracyjnych kontrahenta dodano funkcjonalność wyświetlania komunikatu o braku adresu e-mail do odzyskiwania hasła.
21-09-2020	0208/2019/08/K/00 SKADOST-7735 SD-2019-085	Zmiany w realizacji i rozliczaniu świadczeń w POZ	Dla certyfikatu „Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie POZ” wymagane jest podanie daty uzyskania certyfikatu oraz daty przekazania informacji o posiadanym certyfikacie. Dla pozostałych certyfikatów pola te są opcjonalne.
Sierpień 2020			
31-08-2020	0049/2017/02/K/00 SKADOST-4034 SD-2017-023	Zmiana działania aplikacji z automatycznej na manualną w zakresie oceny wniosku dot. Umów podwykonawczych.	Dodano możliwość przypisywania umów / promes współpracy do zgłoszeń zmian do umowy. Rozdział: ZGŁOSZENIE ZMIANY DO UMOWY
27-08-2020	0308/2018/08/K/00 SKADOST-6242 SD-2018-134	Dostosowanie Aplikacji BRI do przekazywania wniosków i formularzy BRI wyłącznie w postaci elektronicznej	Wyłączenie od dnia 1 września 2020r. funkcjonalności dodawania i kopiowania wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń typu 6 i 7 dla świadczeniodawców Podlaskiego OW NFZ.
07-08-2020	0133/2020/06/K/00 SKADOST-9250 SD-2020-059	Motywacyjny model finansowania świadczeń w POZ i AOS związanego z wystawianiem i przyjmowaniem e-skierowań	W celu umożliwienia zastosowania przez świadczeniodawców właściwych kodów specjalnego rozliczenia w AOS, w portalu SZOI udostępniane zostały wartości obliczonych wskaźników dla umów AOS po stronie systemu OW NFZ. Opublikowany wskaźnik dostępny jest po wybraniu opcji menu <i>Umowy</i> → <i>Wskaźniki</i> → <i>eSkierowania</i> dla kontrahentów o typie <i>świadczeniodawca</i> i operatorów z nadanym uprawnieniem <i>Umowy</i> . Rozdział: eSkierowania
Lipiec 2020			
31-07-2020	0086/2020/03/K/00 SKADOST-8824 SD-2020-035	Finansowanie aktywowania IKP-modyfikacja	Dodano możliwość wycofania zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP w celu ponownej edycji. Do pliku z wynikami weryfikacji zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP dodano kolumnę

			zawierającą datę oraz godzinę weryfikacji danego świadczenia. Rozdział: Zestawienie oświadczeń o aktywacji IKP
31-07-2020	0343/2019/12/K/00 SKADOST-8310 SD-2019-135	Weryfikacja daty aktywowania IKP z datą zawarcia umowy na finansowanie IKP	Podczas dodawania oświadczenia o aktywacji IKP system ograniczy możliwość wybrania danego sposobu aktywacji zależnie od umowy posiadanej w momencie złożenia oświadczenia przez pacjenta: a. Sposób aktywowania – profil zaufany dostępny jest, gdy świadczeniodawca posiada umowę o potwierdzenie profilu zaufanego oraz umowę na finansowanie aktywacji IKP obowiązującą na datę złożenia oświadczenia b. Sposób aktywowania – inny sposób dostępny jest, gdy świadczeniodawca posiada tylko umowę IKP obowiązującą na datę złożenia oświadczenia Rozdział: Zestawienie oświadczeń o aktywacji IKP
15-07-2020	0188/2019/08/K/00 SKADOST-7634 SD-2019-076	Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe w Portalu SZOI	Dodano rozdział Skierowania na leczenie uzdrowiskowe.
Czerwiec 2020			
30-06-2020	0136/2020/06/K/00 SKADOST-9251 SD-2020-060	Zmiana sposobu rozliczania umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne.	Od lipca 2020 roku dokonano modyfikacji zawartości kolumny SPRAW_OW_NFZ_FINANSUJACY . W przypadku gdy wiersz zestawienia dotyczy wydanego zaopatrzenie od 1 lipca 2020 kolumna będzie wypełniana OW NFZ, z którym została zawarta umowa, w ramach której wydano zaopatrzenie. Dla wydań z datami wcześniejszymi w podanej kolumnie będzie figurował OW NFZ pacjenta. Rozdział: ZPO: Realizacja eZWM
22-06-2020	0013/2019/01/K/00 SKADOST-6893 SD-2019-004	Modyfikacja ankiety udarowej	Dodanie informacji, że od dnia 1 lipca 2020 roku nowe ankiety dotyczące udarów i zabiegu trombektomii będą obsługiwane w portalu centralnym pod adresem https://udary.nfz.gov.pl Dodanie walidacji dla <i>daty wypisu z oddziału</i> - nie może być późniejsza niż 30.06.2020.
Maj 2020			
29-05-2020	0074/2020/03/K/00 SKADOST-8721 SD-2020-030	Modyfikacja aplikacji BRI w zakresie zmiany szablonu załączników nr 5 i 5a do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych	Zmodyfikowano nazewnictwo wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń.
08-05-2020	0079/2020/03/K/00 SKADOST-8799	Rozliczanie świadczeń opieki	Zmodyfikowano dodawanie wniosków o zgodę na rozliczanie bez sprawozdawczości - wnioski te można

	SD-2020-033	zdrowotnej zgodnie ze zmianą rozporządzenia MZ w sprawie OWU	dodawać tylko na jeden miesiąc .
Marzec 2020			
31-03-2020	0074/2020/03/K/00 SKADOST-8721 SD-2020-030	Modyfikacja aplikacji BRI w zakresie zmiany szablonu załączników nr 5 i 5a do zarządzenia Prezesa NFZ	Zmiana nazw dla wniosków: - 7201 - 7205 Modyfikacja wydruków.
27-03-2020	0079/2020/03/K/00 SKADOST-8799 SD-2020-033	Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie ze zmianą rozporządzenia MZ w sprawie OWU	Rozbudowano funkcjonalność dotyczącą wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie: <ul style="list-style-type: none"> ➤ skrócono z 14 do 7 dni dopuszczalny okres sprawozdawczy ➤ dodano do obsługi nowy typ wniosku: WRS – Wniosek o zgodę na Rozliczenie bez sprawozdawczości ➤ rozszerzono operacje dostępne dla wniosków Zmodyfikowano proces dodawania żądania rozliczeń jeśli istnieje zgoda na wcześniejsze rozliczenie do danej umowy: <ul style="list-style-type: none"> - dla umów „zwykłych” umożliwiono dodawanie żądania rozliczeń w trybie 7dniowym - dla umów PSZ dodano parametr typ okresu, który przybiera wartość 4 ćwiartek danego miesiąca.
Luty 2020			
19-02-2020	0152/2019/06/K/00 SKADOST-7459 SD-2019-060	Poprawa czytelności komunikatów na SZOI	Do listy komunikatów w kolumnie <i>Temat</i> dodano dodatkowe informacje: <ol style="list-style-type: none"> a) dla kategorii komunikatu <i>Umowy: Zmiana konfiguracji dozwolonych operacji</i> dodano sekcję <i>Opis</i> z zawartością zgodną z opisem wprowadzonym przez pracownika OW NFZ podczas zmian konfiguracji umów. b) dla kategorii komunikatu <i>Umowy: Zgłoszenie zmian do umowy</i> dodano sekcję <i>Uwagi</i> z zawartością zgodną z uwagami wprowadzonymi przez pracownika OW NFZ podczas weryfikacji zgłoszeń zmian do umowy. Treść wykraczająca poza zawartość sekcji <i>Opis</i> / <i>Uwagi</i> jest ukryta pod znakiem wielokropka. Wskazanie kursorem myszy sekcji zakończonej wielokropkiem spowoduje wyświetlenie pełnej treści komunikatu. Jeżeli pracownik OW NFZ nie wprowadził żadnej informacji dla świadczeniodawcy, powyższe sekcje nie zostaną wyświetlone. Informacje w sekcji <i>Opis</i> / <i>Uwagi</i> widoczne są tylko dla nowych komunikatów, wysłanych po wdrożeniu powyższej funkcjonalności.
Styczeń 2020			
30-01-2020	0305/2019/11/K/00 SKADOST-8139	Dostosowanie SI NFZ w zakresie obsługi	Dodano Raport z realizacji eZWM Rozdział: ZPO: Realizacja eZWM

	SD-2019-120	zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne	
27-01-2020	0312/2019/12/K/00 SKADOST-8163 SD-2019-123	Praktyka zawodowa realizatorem ZPO	Wprowadzono możliwość oznaczenia zakresu działalności <i>Praktyka zawodowa</i> jako <i>Realizator zaopatrzenia</i> w następujących częściach systemu: 1. Formularz rejestracyjny 2. Formularz edycji danych działalności 3. Podgląd wniosku o zmianę danych działalności
10-01-2020	0333/2019/12/K/00 SKADOST-8254 SD-2019-130	Modyfikacja mechanizmu przekazania środków dla ratowników medycznych	Zmiany styczeń 2020: 1. Dla typu umowy 16/1 zmianie ulega zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych oraz danych szczegółowych wniosku świadczeniodawca wprowadza informacje dotyczące 5 grup personelu (wcześniej dla 4). 2. Dotychczasowy zakres podwyżkowy dla ratowników w umowach 03/7 - 03.9993.008.02 nie dotyczy roku 2020. 3. Dla typu umowy 03/1 oraz 03/8 zmianie ulega zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych i w danych szczegółowych wniosku świadczeniodawca wprowadza informacje dotyczące 2 grup personelu (wcześniej dla 1); 4. Dla typu umowy 03/7 zmianie ulega zakres informacyjny wniosku - w danych zbiorczych i w danych szczegółowych wniosku świadczeniodawca wprowadza informacje dotyczące 2 grup personelu (wcześniej dla 1); 5. Dla typów umów 03/3 oraz 03/4 zakres informacyjny wniosku nie ulega zmianie i zawiera informacje dotyczące ratowników medycznych.
Grudzień 2019			
31-12-2019	0252/2017/10/K/00 SKADOST-4750 SD-2017-103	Podpis kwalifikowany umów.	Umożliwiono podpisywanie dokumentów ugód/wyroków sądowych podpisem kwalifikowanym.
31-12-2019	0326/2019/12/K/00 (SKADOST-8232) SD-2019-128	Modyfikacja aplikacji BRI w zakresie zmian szablonu załącznika nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ	Od dnia 01-01-2020 zablokowano możliwość dodawania wniosków na indywidualne rozliczenie świadczeń – typ: 6109, dla umów 04/1. Wnioski złożone wcześniej nadal będą procedowane.
31-12-2019	0274/2019/11/k/00 (SKADOST-8025) SD-2019-111	Aktualizacja tabeli konfiguracyjnej BRI	Umożliwienie dodawania wniosków na indywidualne rozliczenie świadczeń – typ: 6103, dla umów 11/7
20-12-2019	0283/2019/11/K/00 (SKADOST-8034) SD-2019-112	Finansowanie aktywowania IKP	Umożliwienie dodawania przez operatora pojedynczych oświadczeń w systemie.
16-12-2019	0283/2019/11/K/00 (SKADOST-8034) SD-2019-112	Finansowanie aktywowania IKP	Dodanie pliku XLSX zawierającego wyniki weryfikacji zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP.
02-12-2019	0283/2019/11/K/00 (SKADOST-8034) SD-2019-112	Finansowanie aktywowania IKP	Dodanie funkcjonalności umożliwiającej przekazanie do OW NFZ <i>Zestawienia oświadczeń o aktywacji IKP</i>
02-12-2019	0035/2019/02/K/00	Rejestracja	Modyfikacja funkcjonalności <i>Listy wniosków o</i>

	(SKADOST-6978) SD-2019-010	lekarskich zobowiązań lojalnościowych - data obowiązywania	wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy.
Listopad 2019			
29-11-2019	0252/2017/10/K/00 SKADOST-4750 SD-2017-103	Podpis kwalifikowany umów	Dla dokumentów umów i aneksów oczekujących na podpisanie, dla operacji z tym związanych (podpisz dokument, aneksy, pobierz dokument) zastosowano charakterystyczny wyróżnik wiadomości nieodczytanych.
04-11-2019	0244/2019/10/K/00 SKADOST-7862 SD-2019-098	Zebranie od świadczoniodawców, osób uprawnionych i aptek adresów elektronicznych lub adresów elektronicznych skrzynek podawczych	Dodanie do systemu możliwości wprowadzenia adresów elektronicznych lub adresów elektronicznych skrzynek podawczych przypisanych dla działalności.
Październik 2019			
31-10-2019	0252/2017/10/K/00 SKADOST-4750 SD-2017-103	Podpis kwalifikowany umów	Dodanie obsługi podpisywania umowy podpisem kwalifikowanym.
30-10-2019	0218/2019/09/K/00 SKADOST-7748 SD-2019-087	Integracja systemu autoryzacyjnego KAAS Centrali NFZ z platformą rejestrów Instytutu Kardiologii w Aninie	Dodanie zarządzania administratorami systemów centralnych.
09-10-2019	SKANADZ-535 SN-2019-012	Rozwiązywanie umów / promes współpracy	Na podglądzie umowy/promesy współpracy dodano pole z uzasadnieniem rozwiązania, uzupełniane w przypadku rozwiązania umowy/promesy przez pracownika NFZ. Umożliwiono zakończenie umowy/promesy współpracy z datą późniejszą niż bieżąca.
Wrzesień 2019			
30-09-2019	0157/2019/07/K/00 (SKADOST-7483) SD-2019-064	Praktyka fizjoterapeutyczna – nowe zapisy.	Dodanie nowych form działalności. Wprowadzenie powiązania pomiędzy zakresem działalności, a formą działalności oraz formą organizacyjno-prawną. Dodanie wymagalności podania numeru wpisu do rejestrów podmiotów wykonujących działalność lecniczą - w części dotyczącej praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej dla zakresu działalności – praktyka zawodowa i jednej z form działalności: 98.4, 95.4, 93.4, 97.5
26-09-2019	0425/2018/12/K/00 (SKADOST-6805) SD-2018-187	Umożliwienie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne	Dodanie do systemu funkcjonalności zarządzania dyspozytorami medycznymi w części: <ul style="list-style-type: none"> • Wydzielone zasoby świadczeniodawcy • Przekazanie potencjału • Zgłoszenia zmian do umowy

17-09-2019	SN-2019-011 SKANADZ-544	Zmiana zakresu prowadzonej działalności	Po zmianie danych działalności / podmiotu przez Operatora OW NFZ wysłane zostają standardowe komunikaty informacyjne: <ul style="list-style-type: none"> • Komunikat o zmianie danych podmiotu – wysyłany w do wszystkich działalności powiązanych z danym podmiotem • Komunikat o zmianie danych działalności – do działalności, której dane zostały zmienione.
<i>Lipiec 2019</i>			
31-07-2019	0244/2017/09/K/00 (SKADOST-4699) SD-2017-099	Przydzielanie numerów recept.	Dodanie informacji o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu dla osoby personelu (Podgląd zatrudnienia). Usunięcie daty utraty uprawnienia zawodowego osoby.
12-07-2019	SKANADZ-513 SN-2019-004	Rozbudowa aplikacji SZOI w obszarze BRI.	Na podstawie zgłoszenia usunięto możliwość rezygnacji ze zgody przez świadczeniodawcę oraz usunięto możliwość rejestracji dokumentów zażalenia i powtórnego zażalenia. Zmieniono nazwę statusu z <i>Odrzucono ze względów formalnych</i> na <i>Brak zgody</i> . Rozszerzono pola <i>Uzasadnienie</i> do 2000 znaków oraz dodano mechanizm zliczania znaków we wprowadzonej treści uzasadnienia i komentarzy. Zmiany dotyczą wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń oraz wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych.
<i>Czerwiec 2019</i>			
28-06-2019	0398/2018/12/K/00 (SKADOST-6730) SD-2018-177	Zbiornicze zestawienie recept w formie elektronicznej	Dodano rozdziały Dokumenty uprawniające – skany dokumentów UE oraz Dokumenty uprawniające – import docelowy .
27-06-2019	0396/2018/12/K/00 (SKADOST-6713) SD-2018-104	Wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych.	Modyfikacja funkcjonalności wspierającej przekazanie informacji i wypłatę należności na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
14-06-2019	0240/2018/07/K/00 (SKADOST-5977) SD-2018-173	Dostosowanie dotyczące wydruku aneksów.	Dodanie możliwości przeglądania aneksów sprawdzonych (ale tylko tych, które mają udostępniony wydruk umowy w formacie PDF). Dla tych aneksów dostępna jest tylko opcja drukuj aneks .