



System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI)

Moduł Świadczeniodawcy

Katowice, wrzesień 2017

SPIS TREŚCI

1	WPROWADZENIE	7
2	LOGOWANIE DO SYSTEMU	8
3	OBSZARY PRACY W SYSTEMIE SZOI.....	9
4	KOMUNIKATY	10
5	ZMIANY W POTENCJALE OD LISTOPADA 2015	12
6	POTENCJAŁ PODMIOTU LECZNICZEGO	15
6.1	PODMIOT (WŁAŚCICIEL)	16
6.2	DZIAŁALNOŚĆ	18
6.3	WNIOSKI O ZMIANĘ DANYCH PODMIOTU / DZIAŁALNOŚCI	21
6.4	PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU LECZNICZEGO	22
6.5	ZGODNOŚĆ JEDNOSTEK ORAZ KOMÓREK Z ROZPORZĄDZENIEM MZ W SPRAWIE REJESTRÓW	25
6.6	JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE	25
6.6.1	<i>Dodawanie jednostki organizacyjnej</i>	<i>26</i>
6.7	KOMÓRKI ORGANIZACYJNE	28
6.7.1	<i>Dodawanie komórki organizacyjnej.....</i>	<i>28</i>
6.7.2	<i>Dezaktywacja komórki</i>	<i>30</i>
6.8	DODAWANIE MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ PODMIOTU LECZNICZEGO.....	31
7	DODAWANIE MIEJSCA DLA KONTRAHENTÓW INNYCH NIŻ PODMIOT LECZNICZY	32
8	POTENCJAŁ WSPÓLNY (DLA PODMIOTU LECZNICZEGO ORAZ POZOSTAŁYCH ŚWIADCZENIODAWCÓW).....	35
8.1	LOKALIZACJE.....	35
8.2	MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	36
8.2.1	<i>Lista lokalizacji, w których miejsce funkcjonowało</i>	<i>37</i>
8.2.2	<i>Zmiana lokalizacji, do której należy miejsce.....</i>	<i>38</i>
8.2.3	<i>Zmiana specjalności miejsca udzielania świadczeń.....</i>	<i>39</i>
8.2.4	<i>Harmonogram miejsca.....</i>	<i>41</i>
8.2.5	<i>Profil działalności</i>	<i>44</i>
8.2.6	<i>Przepięcie zasobów pomiędzy miejscami.....</i>	<i>44</i>
8.2.7	<i>Przeglądanie osób personelu medycznego pracujących w miejscu udzielania świadczeń</i>	<i>45</i>
8.2.8	<i>Procedury / Zabiegi medyczne / Profile uzdrowiskowe.....</i>	<i>45</i>
8.2.9	<i>Dezaktywacja miejsca znajdującego się w umowie</i>	<i>47</i>
8.3	ZASOBY	49
8.3.1	<i>Dodawanie sprzętu medycznego</i>	<i>50</i>
8.3.2	<i>Dodawanie środka transportu</i>	<i>51</i>
8.3.3	<i>Pomieszczenia</i>	<i>53</i>
8.3.4	<i>Okresy dostępności zasobów</i>	<i>53</i>
8.4	ZATRUDNIONY PERSONEL MEDYCZNY.....	53
8.4.1	<i>Dodawanie nowej osoby personelu medycznego do bazy NFZ</i>	<i>54</i>
8.4.2	<i>Dodawanie nowej osoby personelu medycznego, która nie posiada numeru PESEL</i>	<i>57</i>
8.4.3	<i>Zatrudnianie personelu medycznego</i>	<i>58</i>
8.4.4	<i>Przypisywanie osoby do danego miejsca</i>	<i>58</i>
8.4.5	<i>Edycja osoby personelu medycznego</i>	<i>63</i>
8.4.6	<i>Obsługa wniosków zmian danych osób personelu</i>	<i>64</i>
8.4.7	<i>Edycja zatrudnienia</i>	<i>65</i>
8.4.8	<i>Rozwiązywanie zatrudnienia osoby personelu medycznego.....</i>	<i>65</i>
8.4.9	<i>Przekodowanie zawodu / specjalności osoby personelu - NOWOŚĆ.....</i>	<i>66</i>
8.5	WYDZIELONE ZASOBY ŚWIADCZENIODAWCY	72
8.6	UMOWY / PROMESY WSPÓŁPRACY.....	73

8.6.1	<i>Dodawanie umowy / promesy współpracy</i>	74
8.6.2	<i>Udostępnienie miejsc w ramach umowy / promesy współpracy oraz zatwierdzanie</i>	75
8.6.3	<i>Kopiowanie umowy współpracy</i>	76
8.7	HARMONOGRAMY WZORCOWE	77
8.8	WERSJA PROFILU ŚWIADCZENIODAWCY	78
8.8.1	<i>Weryfikacja poprawności danych profilu na dzień</i>	79
8.8.2	<i>Dodanie nowej wersji profilu</i>	80
8.9	PRZEKAZANIE POTENCJAŁU - CESJE	81
8.9.1	<i>Dodanie cesji przez cedenta</i>	81
8.9.2	<i>Cesjonariusz</i>	84
9	REALIZATOR	89
9.1	DODANIE PRODUKTU	89
9.2	IMPORT PRODUKTÓW HANDLOWYCH Z PLIKU CSV	90
9.3	EKSPORT PRODUKTÓW HANDLOWYCH DO PLIKU CSV	92
9.4	PRODUKTY HISTORYCZNE	93
9.5	ZESTAWY PRODUKTÓW HANDLOWYCH	93
9.6	KODY ŚWIADCZENIODAWCY W INNYM OW NFZ	96
10	KONTRAKTOWANIE RTM 2010	98
11	UMOWY	99
11.1	LISTA UMÓW	99
11.1.1	<i>Przeglądanie specyfikacji pozycji umowy</i>	100
11.1.2	<i>Przeglądanie bieżącego rozliczenia</i>	102
11.1.3	<i>Pobieranie pliku umowy</i>	104
11.2	LISTA UMÓW FORMALNO-PRAWNYCH PSZ	105
11.3	RAPORTY Z AUTOMATYCZNEGO GENEROWANIA SZABLONÓW UMÓW (ATSU)	106
11.4	WYKAZ ZALEGŁYCH KOREKT	108
11.5	MODELE ROZLICZEŃ	109
11.5.1	<i>Korekta świadczeń z lat ubiegłych (przed 2011)</i>	109
11.5.2	<i>Model rozliczenia świadczeń za grudzień 2010</i>	110
11.5.3	<i>Model rozliczania świadczeń dla umów od 2011</i>	110
11.6	SZABLONY RACHUNKÓW	112
11.7	PRZEGLĄDANIE UMÓW W RODZAJU ZPO	113
11.7.1	<i>ZPO: Przeglądanie zakresów świadczeń</i>	113
11.7.2	<i>ZPO: Przeglądanie cennika produktów</i>	114
11.7.3	<i>ZPO: Wniosek o zmianę wartości refundacji produktu handlowego lub zmianę zestawu</i>	114
11.7.4	<i>Modyfikacja cennika</i>	116
11.7.5	<i>Zmiana zestawu produktów</i>	116
11.7.6	<i>Eksport zestawów do pliku xls</i>	117
11.7.7	<i>Przekazanie wniosku do OW NFZ</i>	118
11.7.8	<i>Wycofanie wniosku</i>	118
11.7.9	<i>Pobieranie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych</i>	118
11.8	BŁOKADY OSÓB PERSONELU MEDYCZNEGO	118
11.9	ZGODY NA WCZEŚNIEJSZE ROZLICZENIE	119
11.10	OPSŁUGA WNIOSKÓW O SFINANSOWANIE NADWYKONAŃ – DLA UMÓW OD 2007 ROKU	121
11.10.1	<i>Dodawanie wniosku o sfinansowanie nadwykonań</i>	122
11.11	WERYFIKACJA ANEKSÓW UGODOWYCH	123
11.12	PRZEGLĄDANIE ANEKSÓW UGODOWYCH WRAZ Z POZYCJAMI	123
11.13	KONTA BANKOWE	124
11.13.1	<i>Dodawanie wniosku</i>	125
11.13.2	<i>Kopiowanie wniosku</i>	127
11.14	STAN ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK ORAZ POŁOŻNYCH	128
11.15	WSKAŹNIKI WYKONANIA BADAŃ WWBD	131
12	PAKIET ONKOLOGICZNY	133

12.1.1	Lista uśrednionych wskaźników rozpoznawania nowotworów.....	133
12.1.2	Lista indywidualnych wskaźników rozpoznawania nowotworów.....	134
13	ZGŁOSZENIE ZMIANY DO UMOWY	136
13.1	LISTA ZGŁOSZEŃ ZMIANY DO UMOWY	137
13.2	DODANIE NOWEGO ZGŁOSZENIA ZMIANY DO UMOWY W ZAKRESIE POTENCJAŁU	138
13.2.1	Operacje dostępne dla zgłoszenia o zmianę do umowy.....	140
13.3	WERYFIKACJA ZGŁOSZENIA ZMIANY DO UMOWY	141
13.3.1	Pozycje do weryfikacji	141
13.3.2	Automatyczna weryfikacja.....	146
13.4	STRUKTURA WYGENEROWANEGO ZGŁOSZENIA ZMIANY DO UMOWY PO WERYFIKACJI	146
13.4.1	Harmonogram miejsca.....	147
13.4.1.1	Dodawanie harmonogramu.....	147
13.4.1.2	Przepisanie harmonogramu ze struktury.....	148
13.4.1.3	Graficzne dodawanie nowego harmonogramu.	148
13.4.2	Personel medyczny.....	149
13.4.3	Zasoby	151
13.5	UZUPEŁNIENIE PERSONELU MEDYCZNEGO, HARMONOGRAMÓW MIEJSCA ORAZ OKRESÓW DOSTĘPNOŚCI SPRZĘTU Z POTENCJAŁU	152
13.6	AKTUALIZACJA INFORMACJI W ZGŁOSZENIU NA PODSTAWIE RZECZYWISTEGO POTENCJAŁU.....	154
13.7	WPISANIE UWAG DOTYCZĄCYCH PRZEKAZYWANEGO ZGŁOSZENIA DO OW NFZ	155
13.8	ANULOWANIE ZGŁOSZENIA.....	155
13.9	BLOKADY PERSONELU.....	155
13.10	ZGŁOSZENIA ZMIAN DO UMOWY Z ZAKRESU RTM.....	156
13.10.1	Rejony operacyjne do weryfikacji.....	156
13.10.2	Rejony operacyjne	157
13.11	ZATWIERDZANIE ZGŁOSZENIA ZMIAN DO UMOWY.....	157
13.12	PRZEGLĄDANIE ZESTAWIENIA ELEMENTÓW POTENCJAŁU BLOKUJĄCYCH ZATWIERDZENIE ZGŁOSZENIA O ZMIANĘ DO UMOWY..	159
13.13	BRAK ZGODY NA ZMIANĘ W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA ELEMENTU... ..	160
13.13.1.1	Przykłady problemów w trakcie wprowadzania zgłoszenia zmian do umowy	161
13.13.1.2	Przykład: Weryfikacja pozycji-harmonogram: Typ błędu – brak aktywnego harmonogramu.....	161
13.13.1.3	Przykład: Zmiana harmonogramu w Potencjale i jego podział w celu przekazania zgłoszenia zmian do umowy	162
13.14	WNIOSKI O ZGODĘ NA ZMIANĘ POTENCJAŁU W UMOWIE	164
13.14.1	Przeglądanie listy wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie	165
13.14.2	Dodawanie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie.....	167
13.14.3	Poprawianie wniosku o zgodę na zmianę potencjału w umowie.....	168
13.14.4	Przekazanie wniosku do OW NFZ.....	169
13.14.5	Anulowanie wniosku o zgodę na zmianę potencjału	169
13.14.6	Przeglądanie wyniku rozpatrzenia wniosku / Przeglądanie wniosku.....	170
13.15	KONFIGURACJE DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI ZGŁASZANIA ZMIAN POTENCJAŁU	171
14	PACJENT.....	173
14.1	SPRAWDZENIE WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH GRUPY	173
14.2	WNIOSKI NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ	173
14.2.1	Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków	174
14.2.2	Lista wniosków na chemioterapię niestandardową.....	175
14.2.3	Wprowadzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	175
14.2.4	Walidacje podczas wprowadzania wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	178
14.2.5	Podstawowe operacje na wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	179
14.2.6	Potwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową	180
14.2.7	Wycofanie zgody wydanej przez OW NFZ.....	180
14.2.8	Lista zgód na chemioterapię niestandardową	181
14.2.9	Wnioski o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową	181
14.2.10	Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody.....	183
14.3	WNIOSKI NA INDYWIDUALNE ROZLICZANE ŚWIADCZEŃ	184
14.3.1	Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków	186

14.3.2	Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	186
14.3.3	Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	187
14.3.4	Podstawowe operacje na wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń	192
14.3.5	Uzupełnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	193
14.3.6	Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania).....	194
14.3.7	Decyzje w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku (odwołania).....	194
14.3.8	Zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ	194
14.3.9	Wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ (powtórne zażalenie).....	195
14.3.10	Dostęp do wszystkich wersji dokumentu.....	195
14.3.11	Załącznik kosztowy do wniosku w kategorii 104,105,107.....	195
14.3.12	Potwierdzenie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń.....	201
14.3.13	Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	201
14.3.14	Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń oraz kosztorysu	202
14.3.15	Tworzenie kopii wniosku	202
14.4	WNIOSKI NA INDYWIDUALNE ROZLICZANE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH	203
14.4.1	Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków	203
14.4.2	Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	203
14.4.3	Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych.....	204
14.4.4	Podstawowe operacje na wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń	225
14.4.5	Uzupełnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	225
14.4.6	Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania).....	225
14.4.7	Decyzje w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku (odwołania).....	226
14.4.8	Zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ	226
14.4.9	Wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ (powtórne zażalenie).....	226
14.4.10	Załącznik kosztowy do wniosku w kategorii 104,105,107.....	226
14.4.11	Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	231
14.4.12	Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń oraz kosztorysu	231
14.4.13	Tworzenie kopii wniosku	232
14.5	ZGODY NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ	232
14.5.1	Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń.....	232
14.5.2	Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody.....	232
14.6	PRZYPADKI UDARÓW	233
14.6.1	Dodawanie nowego udaru.....	234
14.6.2	Zatwierdzanie informacji o udarze.....	235
14.6.3	Odtwierdzanie informacji o udarze	236
14.7	RUCH PACJENTÓW	236
14.7.1	Informacje o ruchu pacjentów	236
14.7.2	Raporty o ruchu pacjentów	237
14.8	POTWIERDZENIA E-WUŚ	238
14.9	KOORDYNOWANA OPIEKA NAD PACJENTKĄ W CIAŻY (KOC)	239
15	SPRAWOZDAWCZOŚĆ	240
15.1	LISTY AKTYWNE POZ/KOS	241
15.2	ZESTAWIENIA ZBIORCZE POZ.....	245
15.3	RAPORTY STATYSTYCZNE MEDYCZNE SWX.....	246
15.3.1	Dodawanie plików dokumentów rozliczeniowych na listę	249
15.3.2	Przeglądanie raportów zwrotnych	249
15.4	BADANIA WBX.....	250
15.5	RAPORTY STATYSTYCZNE ZPX	251
15.6	KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH	252
15.6.1	Komunikaty KLX	252
15.6.2	Realizacja sprawozdawczości statystyki.	253
15.6.3	Zestawienie Realizacja sprawozdawczości terminów.	253
15.7	ŻĄDANIE ROZLICZENIA	254
15.7.1	Żądanie rozliczenia świadczeń i zaopatrzenia.....	254
15.7.2	Żądanie rozliczenia DEKL.....	259

15.8	RAPORTY ROZLICZENIOWE	261
15.9	RACHUNKI REFUNDACYJNE (MEDYCZNE).....	262
15.10	FAKTURY ELEKTRONICZNE NOWOŚĆ.....	264
15.10.1	<i>Faktury elektroniczne z systemów SRU/SIMP</i>	266
15.11	DOKUMENTY UPRAWNIAJĄCE – RYCZAŁT PSZ	267
16	ADMINISTRATOR	269
16.1	UPRAWNIENIA E-WUŚ.....	269
16.1.1	<i>Wnioski o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń</i>	269
16.1.2	<i>Upoważnieni operatorzy</i>	271
16.2	UPOWAŻNIENIA KOC.....	273
16.2.1	<i>Dodawanie upoważnienia operatora</i>	273
16.2.2	<i>Odbieranie upoważnienia operatora</i>	273
16.3	OPERATORZY	274
16.3.1	<i>Dodawanie operatora systemu</i>	274
16.3.2	<i>Edycja operatora systemu</i>	275
16.3.3	<i>Usuwanie operatora systemu</i>	276
16.3.4	<i>Nadawanie uprawnień operatorowi systemu</i>	276
16.4	DOSTĘP DO SYSTEMU DIŁO.....	279
16.5	DOSTĘP DO ZARZĄDZANIA SYSTEMEM DIŁO	280
16.6	DOSTĘP DO ZARZĄDZANIA MODUŁEM KOLEJEK CENTRALNYCH.....	281
16.7	DOSTĘP DO ZARZĄDZANIA OPERATORAMI SYSTEMU PKUŚ	281
16.8	ALERTY.....	282
16.9	SŁOWNIKI	283
17	SYSTEM – UDZIELONE ZGODY	284
17.1	WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE ADRESU EMAIL	284
17.2	WYRAŻENIE ZGODY NA AWARYJNĄ ZMIANĘ HASŁA ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ	286
17.3	ZGODA NA PRZESYŁANIE INFORMACJI O ZBLIŻAJĄCYM SIĘ KOŃCU OKRESU UPOWAŻNIENIA E-WUŚ NA PODANY ADRES E-MAIL ...	287
17.4	WYGENEROWANIE NOWEGO HASŁA DO SYSTEMU	288
18	ZAKOŃCZENIE PRACY W SZOI.....	289
19	DANE TECHNICZNE.....	290

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. Każde logowanie użytkownika do systemu jest odnotowywane na serwerze wraz z operacjami, które wykonuje oraz numerem IP komputera, z którego korzysta w trakcie wykonywania zadań.

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.

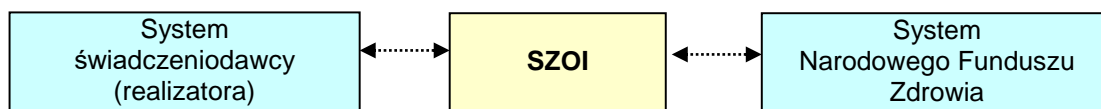
Pliki przesłane na serwer dostępowy importowane są do systemu informatycznego OW NFZ. Poprawność struktury pliku powoduje, że plik jest gotowy do przyjęcia i w przypadku dokumentów statystycznych – do weryfikacji.

Wczytanie pliku do systemu informatycznego NFZ, operator SZOI może zaobserwować w systemie. Zimportowane 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.

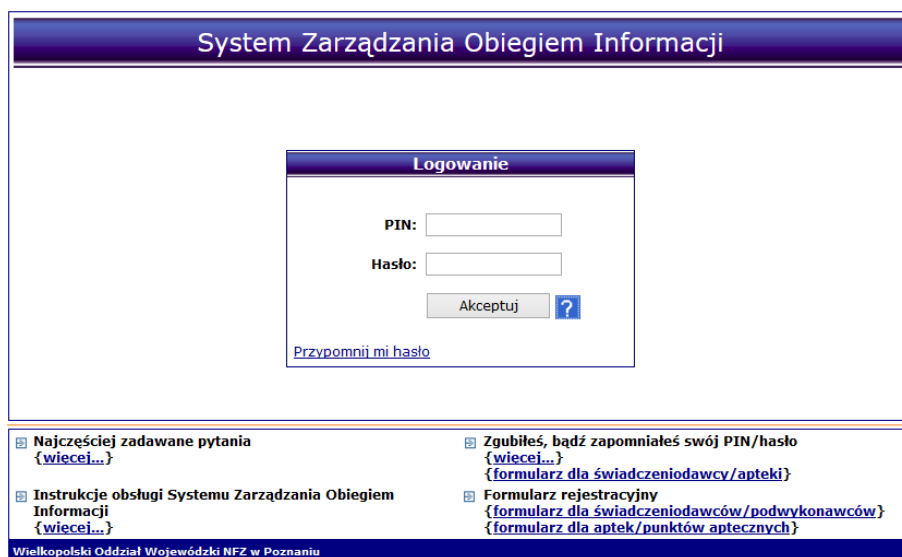
Jeżeli w wyniku weryfikacji, wykryte zostaną problemy, operator NFZ może udostępnić świadczeniodawcy plik raportu zwrotnego zawierający informację o błędnych pozycjach w sprawozdaniu. Udostępnione raporty zwrotne świadczeniodawca może pobrać z systemu SZOI i na ich podstawie wprowadzić korektę raportu 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

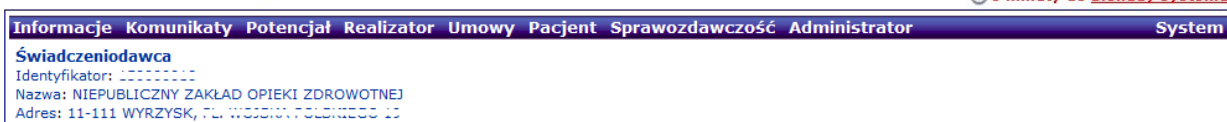
Operator ponosi pełną odpowiedzialność za zmiany wprowadzone w systemie, mające wpływ na rozliczenie z NFZ. Z tego tytułu udostępnianie PIN-u i hasła osobom trzecim jest niedozwolone.

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.

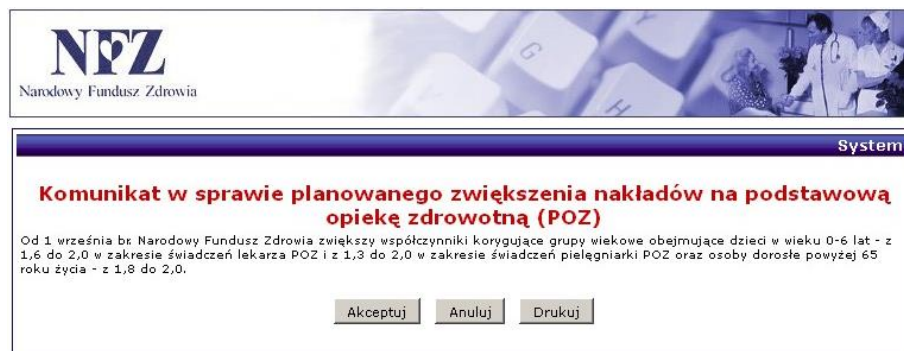
Informacje o planowanych blokadach w dostępie do systemu wyświetlane są na pierwszej stronie logowania.

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:



Rys. 2.2 Informacja o blokadzie

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



Rys. 2.3 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 przesłanych przez NFZ.

Wszystkie komunikaty administracyjne, jakie otrzyma świadczeniodawca, będą posiadały priorytet "**STANDARD**", a komunikaty systemowe priorytet "**NISKI**". Domyślnie komunikaty operatora są ustawione tak, aby były widoczne tylko te, które nie zostały przeczytane. Dzięki temu operator może natychmiast przeglądać wiadomości jeszcze nieodczytane. Aby zapoznać się z wszystkimi komunikatami, jakie otrzymał świadczeniodawca, należy w filtrze *Status* wybrać **Wszystkie**.

Komunikaty operatora						
Temat: Zawiera <input type="text"/> Szukaj						
Priorytet: -- wszystkie -- Status: Nowe Kategorie: -- wybierz --						
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20						
Lp.	Nr kom.	Priorytet.	Data publikacji	Kategoria/ Podkategoria	Temat	Operacje
1.	14040	N	2013-03-19	K: Umowy P: Zgłoszenie zmiany do umowy	Decyzja negatywna NFZ w sprawie zgłoszenia WAP-2013-03-19-02409 zmian do umowy 15-00-05488-13-26 (099)	odczyt wydruk
2.	14032	N	2012-05-31	K: Personel medyczny P: odrzucenie wniosku	Odrzucenie wniosku WZ-2012-05-31-01014 o zmianę danych osoby personelu	odczyt
3.	14033	N	2012-05-31	K: Personel medyczny P: zmiany online SWD	Zmiana nr 126059 danych osoby personelu	odczyt wydruk

Rys. 4.1 Komunikaty operatora

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	odczyt
nieodczytany	odczytany

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

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.

Temat komunikatu	Kategoria	Podkategoria
Informacja o zmianie statusu wniosku o zmianę danych podmiotu	Świadczeniodawca	Zmiana statusu wniosku o zmianę danych podmiotu
Informacja o zmianie konfiguracji dozwolonych operacji dla komunikatu o nr...	Umowy	Zmiana konfiguracji dozwolonych operacji
Informacja o zmianie statusu wniosku o umowę na realizację recept	Umowy	Zmiana statusu wniosku o umowę na realizację recept
Decyzja NFZ w sprawie odblokowania okresu rozliczeniowego	Umowy	Odblokowanie okresów rozliczeniowych
Informacja o zablokowaniu okresów rozliczeniowych umowy	Umowy	Blokada okresów rozliczeniowych
Decyzja NFZ w sprawie odblokowania umowy	Umowy	Odblokowanie umowy
Informacja o zablokowaniu umowy	Umowy	Blokada umowy
Informacja o anulowaniu zgłoszenia zmian do umowy	Umowy	Zgłoszenie zmiany do umowy
Informacja o umożliwieniu dodania zgłoszenia zmian do umowy na statusie Wprowadzona	Umowy	Zgłoszenie zmiany do umowy
Informacja o utworzeniu szablonu korekty	Rozliczanie	Świadczenia/Zaopatrzenie/Deklaracje

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, uzupełniać / 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. Postępując 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 obsługana 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 > Miejsca udzielania świadczeń; okno: Miejsca udzielania świadczeń

i. Ujednociono 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):

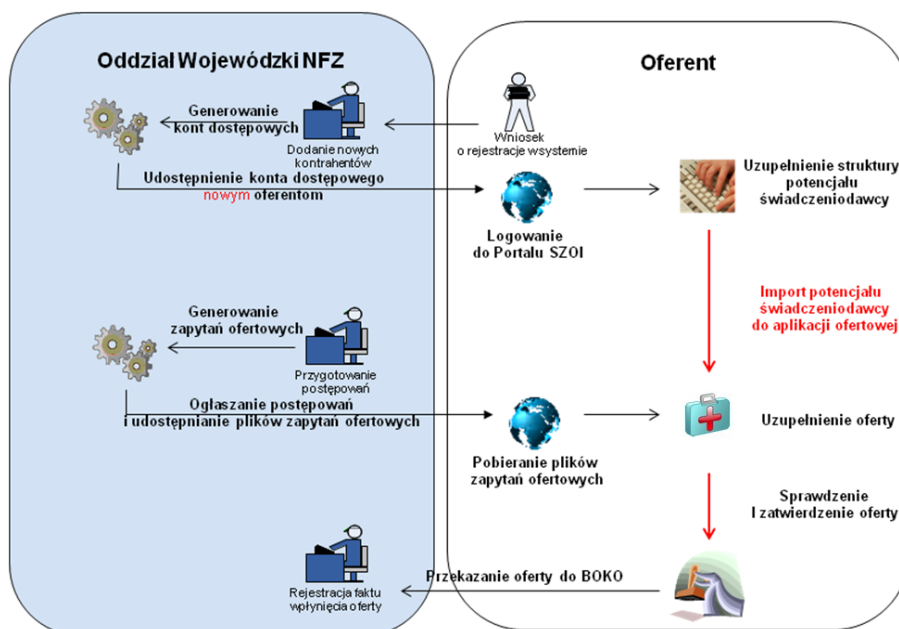
- a) Wersja profilu generowana bez uzupełnienia daty będzie zawierała dane aktualne na dzień generacji – w profilu nie zostaną uwzględnione informacje o potencjalnie deklarowanym oraz potencjale, którego okres dostępności rozpoczyna się w przyszłości;
- b) Wersja profilu generowana z uzupełnieniem daty, 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:

- wprowadzenie/aktualizację struktury organizacyjnej;
- wprowadzenie/aktualizację struktury wykonawczej;
- wprowadzenie/aktualizację zasobów;
- wprowadzenie/aktualizację harmonogramu pracy;
- wprowadzenie/aktualizację zatrudnionego personelu medycznego;
- przeglądanie zawartych umów na podwykonawstwo.



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.

Rys. 6.2 Dane podmiotu

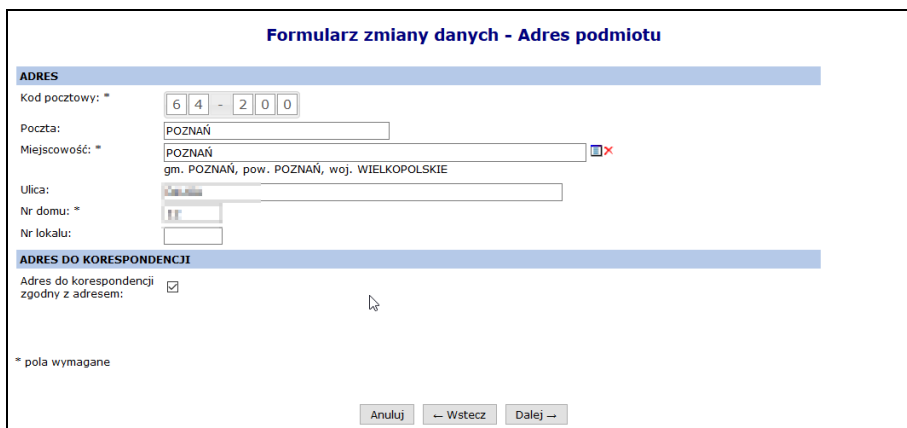
Informacje w tej części systemu mogą być edytowane przy użyciu opcji **Edytuj dane podmiotu**. Operator może zmodyfikować/dodać następujące informacje:

- **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	143804784	2016-09-28	2016-09-28	bez zmian	edytuj usuń
WPIS Z CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	MINISTER GOSPODARKI	143804784	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 jakies 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			
Forma organizacyjno-prawna	Kod: 0700 Nazwa: DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ	Kod: 1300 Nazwa: SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ			
Podmiot tworzący	Kod: - Nazwa: -	Kod: - Nazwa: -			
NIP	7871087790	7871087790			
REGION	Wielkopolska	Wielkopolska			
Typ zmian	edycja (wniosek)				
Uzasadnienie	Uzasadnienie				
Dane kontaktowe					
	Przed	Po			
Telefon	0110000000	0110000000			
Fax	00000000	00000000			
E-mail	00000000	00000000			
Strona WWW	-	-			
Adres					
	Przed	Po			
Kod pocztowy	60-000	60-000			
Pocztą	POZNAŃ	POZNAŃ			
Miejscowość	POZNAŃ (GM. POZNAŃ, WIELKOPOLSKIE)	KABANKA (GM. BIECZ, MAŁOPOLSKIE)			
Ulica	00000	00000			
Nr domu	00	00			
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	00000	00000			
Nr domu	00	00			
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	1209040440	2016-09-28	2016-09-28	bez zmian
WYPIS Z CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	MINISTER GOSPODARKI	1209040440	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 zebranych w nich danym.

[Edytuj dane działalności](#)

Dane podmiotu/działalności

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

Data rozpoczęcia działalności: -
 Data zakończenia działalności: -

Czy realizator zaopatrzenia:

Nr wpisu do RPWDL: 123412345642

Wpisy do rejestrów | Certyfikaty | Dane kontaktowe

Wpisy do rejestrów

Rodzaj rejestru	Organ rejestrujący	Nr wpisu	Data wpisu	Data ost. aktualizacji
WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Wojewoda Dolnośląski	<input type="text"/>	2015-01-01	2015-08-04
WPIS DO REJESTRU IZBY LEKARSKIEJ	Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	<input type="text"/>	2007-11-22	2007-11-29

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**
- **Nazwę**
- **Datę rozpoczęcia działalności:**
- **Czy działalność zalicza się jako Realizator zaopatrzenia**
- **Wpisy do rejestrów działalności**
- **Dane kontaktowe**

[Edytuj dane działalności](#)

Formularz zmiany danych - Działalność

DANE PODSTAWOWE

Forma prowadzenia działalności: PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)

Zakres działalności: PODMIOT LECZNICZY
 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI

Data rozpoczęcia działalności:

REGON:

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 Dolnośląski	<input type="text"/>	2015-01-01	2015-08-04	bez zmian	edytuj usuń
WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK PIELĘGNIARSKICH	Okregowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie (07)	<input type="text"/>	2007-12-06	2007-12-06	do usunięcia (wniosek)	przywroc
WPIS DO REJESTRU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWODY	Wojewoda Dolnośląski	<input type="text"/>	2002-03-03	2002-03-03	do usunięcia (wniosek)	przywroc
WPIS DO REJESTRU IZBY LEKARSKIEJ	Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	<input type="text"/>	2007-11-22	2007-11-29	bez zmian	edytuj usuń

DANE KONTAKTOWE

Telefon:

Fax:

E-mail:

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 [Dodaj](#).

Formularz zmiany danych - Certyfikaty

Certyfikaty: Dodaj

Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	Typ zmian	Operacja
POLSKA NAGRODA JAKOŚCI	22	2007-12-06	bez zmian	edytuj usuń

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 6.10 Formularz zmiany danych - Certyfikaty

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

Formularz zmiany danych - Uzasadnienie

Uzasadnienie:*

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

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.

Formularz zmiany danych - Podsumowanie

Działalność					
Przed			Po		
Forma działalności	Kod: 20 Nazwa: PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)	Kod: 20 Nazwa: PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)			
Zakres działalności	Kod: 1 Nazwa: PODMIOT LECZNICZY	Kod: 1 Nazwa: PODMIOT LECZNICZY			
Nazwa	DARLAKI OPIEKI ZDROWOTNEJ	DARLAKI OPIEKI ZDROWOTNEJ			
Data rozpoczęcia działalności	-	2001-01-01			
REGON	140041134	140041134			
Realizator zaopatrzenia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Typ zmian	edycja (wniosek)				
Uzasadnienie	Uzasadnienie				
zwiń					
Dane kontaktowe					
Przed			Po		
Telefon	1131232132	5525252525			
Fax	000000	000000			
E-mail	000000	000000			
Strona WWW	--	--			
Osoba reprezentująca	0000000000	0000000000			
zwiń					
Wpisy do rejestrów					
Rodzaj rejestru	Organ rejestrujący	Nr wpisu	Data wpisu	Data ost. aktualizacji	Typ zmian
WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Wojewoda Dolnośląski	0000000000	2015-01-01	2015-08-04	bez zmian
WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH / INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK PIELĘGNIARSKICH	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie (07)	000000	2007-12-06	2007-12-06	do usunięcia (wniosek)
WPIS DO REJESTRU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWODY	Wojewoda Dolnośląski	000000	2002-03-03	2002-03-03	do usunięcia (wniosek)
WPIS DO REJESTRU IZBY LEKARSKIEJ	Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	000000	2007-11-22	2007-11-29	bez zmian
zwiń					
Certyfikaty					
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	Typ zmian		
POLSKA NAGRODA JAKOŚCI	22	2007-12-06	bez zmian		
Anuluj ← Wstecz Zatwierdź →					

Rys. 6.12 Formularz zmiany danych – Podsumowanie

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

Formularz zmiany danych

Wygenerowany został wniosek o numerze WD-2016-09-29-001768.

Rys. 6.13 Formularz zmiany danych – Generacja wniosku

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*.

Podmiot/działalność	Dane podmiotu/działalności
Struktura organizacyjna	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

Wnioski o zmianę danych podmiotu/działalności

Nr wniosku: Zawiera 1718

Zgłaszający: -- wybierz --

Status: -- wszystkie --

Typ wniosku: -- wszystkie --

Data przekazania do rozpatrzenia: od: do:

Data rozpatrzenia: od: do:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 1 z 1

Lp.	Nr wniosku	Typ wniosku	Zgłaszający	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status	Data zmiany	Operacje
1.	WP-2016-09-28-001718	Wniosek o zmianę danych podmiotu	Inna działalność	2016-09-28	-	przekazany	2016-09-28 14:52	podgląd protesty

Rys. 6.14 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](#).

Lista protestów do wniosku o zmianę danych podmiotu

Treść protestu: Zawiera

Zgłaszający: -- wybierz --

Status: -- wszystkie --

Data zgłoszenia: od: do:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Data zgłoszenia	Zgłaszający	Treść protestu	Status	Operacje
1.	2016-09-28	Działalność	protest zgłoszony 10000	anulowany	podgląd
2.	2016-09-28	Działalność	niezgodny protest nr 11111	zgłoszony	podgląd anuluj

Rys. 6.15 Lista protestów do wniosku o zmianę danych podmiotu

Aby wprowadzić nowy protest należy wybrać opcję .

(1) Wniesienie protestu do wniosku o zmianę danych podmiotu

Wniosek o zmianę danych	
Numer wniosku:	WP-2016-09-28-001718
Zgłaszający:	Inna działalność
Status:	przekazany
Data przekazania do rozpatrzenia:	2016-09-28
Data rozpatrzenia:	-
Treść protestu:*	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px;"></div>

* pola wymagane

Rys. 6.16 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 pozytywnego informacją o nowych danych podmiotu/działalności. Jeżeli wniosek został odrzucony przez OW NFZ przy pomocy opcji można zapoznać się z przyczyną odrzucenia.

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*.

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. 6.17 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);

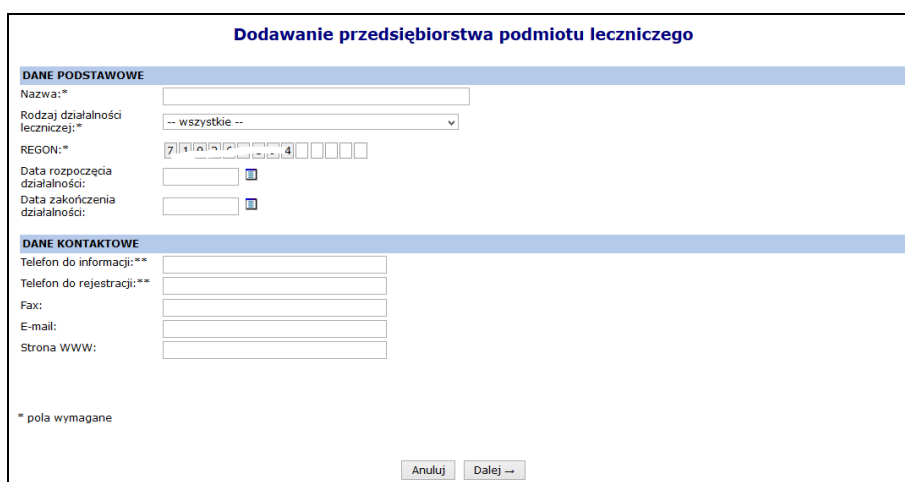
Jeżeli podmiot wykonuje trzy rodzaje działalności, w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi utworzyć trzy przedsiębiorstwa, określając je kodami działalności 1, 2 i 3. Podmiot jest zobowiązany do nadania wszystkim przedsiębiorstwom 14-cyfrowego numeru REGON

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:

- W każdym z istniejących przedsiębiorstw podmiotu leczniczego możliwe jest zdefiniowanie listy jednostek organizacyjnych wyróżnionych w strukturze tego przedsiębiorstwa.
- Relacja łącząca jednostkę organizacyjną i przedsiębiorstwo obowiązuje w określonym czasie.
- Ta sama jednostka w różnych okresach czasu może należeć do różnych przedsiębiorstw.
- Przedziały czasu określające przynależność jednostki do przedsiębiorstwa muszą być rozłączne.
- 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.



Rys. 6.18 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

Należy także podać 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

Rys. 6.19 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	71077777777777777777	Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne	P: 2013-10-11 K: -	aktywne	podgląd edytuj dezaktywuj jednostki komórki

Rys. 6.20 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 zdezaktywowanego. 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 JEDEEN 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

Lp.	Kod	Nazwa	Adres	Przedsiębiorstwo	Data rozp. działalności Data zakończenia 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. 6.21 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 ciągle 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**

Dodawanie jednostki organizacyjnej - Dane jednostki

DANE PODSTAWOWE

Kod jednostki (V część kodu resortowego):*

Nazwa:*

Przedsiębiorstwo:* ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Lokalizacja:*

Data rozpoczęcia działalności:

Data zakończenia działalności:

Jednostka jest miejscem udzielania świadczeń: Tak
UWAGA: oznaczenie jednostki jako miejsce udzielania świadczeń jest nieodwracalne

DANE KONTAKTOWE

Telefon do informacji:**

Telefon do rejestracji:**

Fax:

E-mail:

Strona WWW:

* pola wymagane
 ** należy uzupełnić przynajmniej jeden numer telefonu

Rys. 6.22 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:

Dodawanie jednostki organizacyjnej - Miejsce udzielania świadczeń

Nazwa miejsca udzielania świadczeń:*

Specjalność:*

Miejsce działania:* -- wybierz --

Osoba kontaktowa:

* pola wymagane

Rys. 6.23 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:* -- wybierz --

LICZBA GABINETÓW LEKARSKICH:*

GABINET ZABIEGOWY:*

* pola wymagane

* pola wymagane

Rys. 6.24 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

[Dodawanie komórki](#)

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 <small>Brak miejsca</small>	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. 6.25 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. Uzupełnić 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**

(1) Dodawanie komórki organizacyjnej - Dane komórki

DANE PODSTAWOWE

Kod:*

Nazwa:**

Komórka działająca poza jednostką organizacyjną:

Jednostka organizacyjna:*

Data rozpoczęcia działalności:

Data zakończenia działalności:

DANE KONTAKTOWE

Telefon do informacji:**

Telefon do rejestracji:**

Fax:

E-mail:

Strona WWW:

Osoba kontaktowa:

* pola wymagane
 ** należy uzupełnić przynajmniej jeden numer telefonu

Anuluj Dalej →

Rys. 6.26 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**

(2) Dodawanie komórki organizacyjnej - Miejsce udzielania świadczeń

Nazwa miejsca udzielania świadczeń:**

Lokalizacja:*

Specjalność:*

Miejsce działania:*

Osoba kontaktowa:

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 6.27 Dodawanie komórki organizacyjnej – Miejsce udzielania świadczeń

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

(3) Dodawanie komórki organizacyjnej - Cechy dodatkowe miejsca

CZY POMIESZCZENIA W KTÓRYCH PRZEBYWAJĄ PACJENCI SĄ KLIMATYZOWANE:*

LICZBA GABINETÓW LEKARSKICH:*

GABINET ZABIEGOWY:*

* pola wymagane

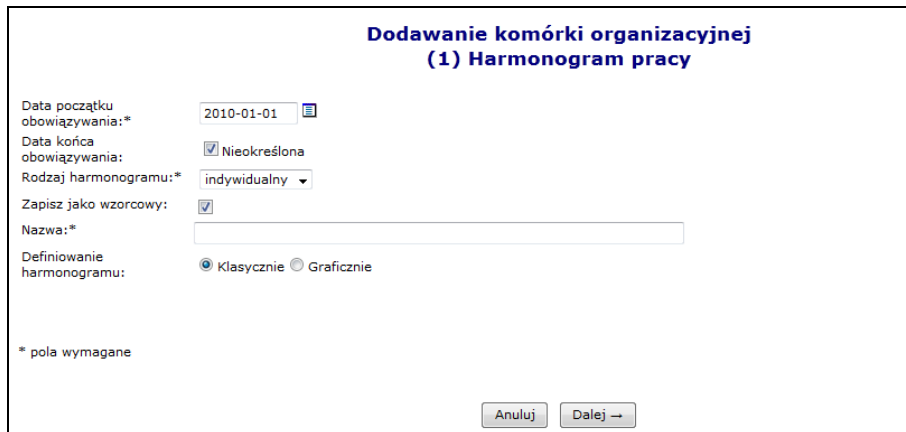
* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 6.28 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 nieznana. 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**.

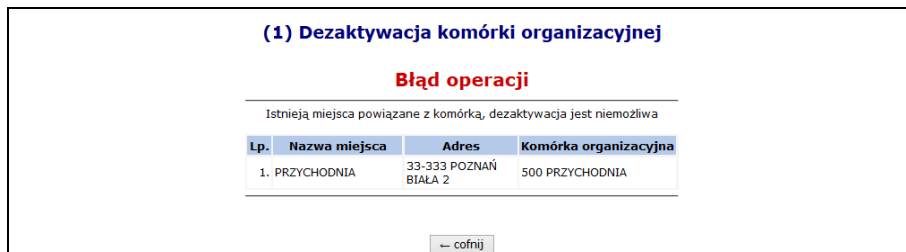


Rys. 6.29 Dodawanie komórki organizacyjnej - Harmonogram pracy

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.



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

Rys. 6.30 Dezaktywacja komórki organizacyjnej

6.8 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń podmiotu leczniczego

Aby wprowadzić nowe miejsce do systemu należy:

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

Rys. 6.31 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 przełączyć te zasoby do nowego miejsca zaznaczając znacznik , przy pytaniu **Czy przełączyć zasoby z dezaktywowanego miejsca?**

Rys. 6.32 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Przepinanie zasobów

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

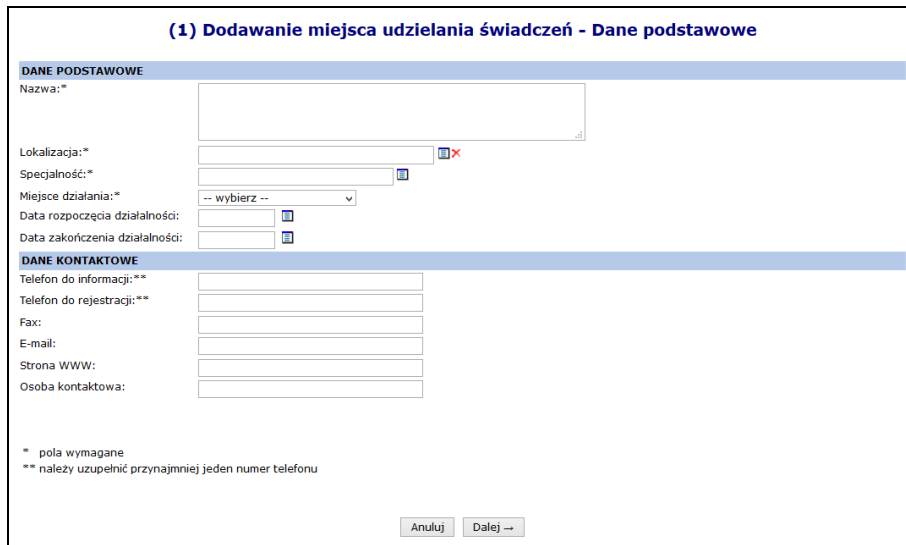
Rys. 6.33 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Cechy dodatkowe miejsca

6. Zatwierdzić podsumowanie dodawania miejsca

7 DODAWANIE MIEJSCA DLA KONTRAHENTÓW INNYCH NIŻ PODMIOT LECZNICZY

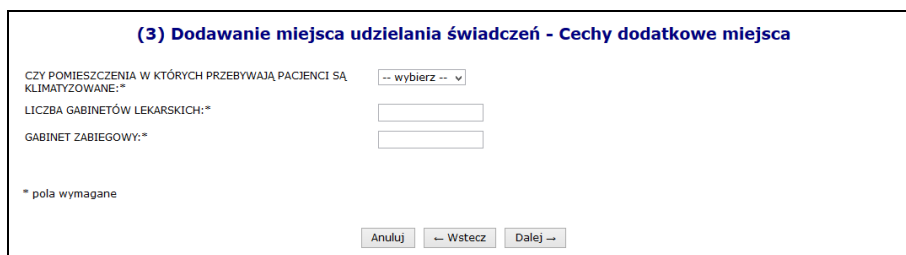
Aby wprowadzić nowe miejsce do systemu, należy:

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



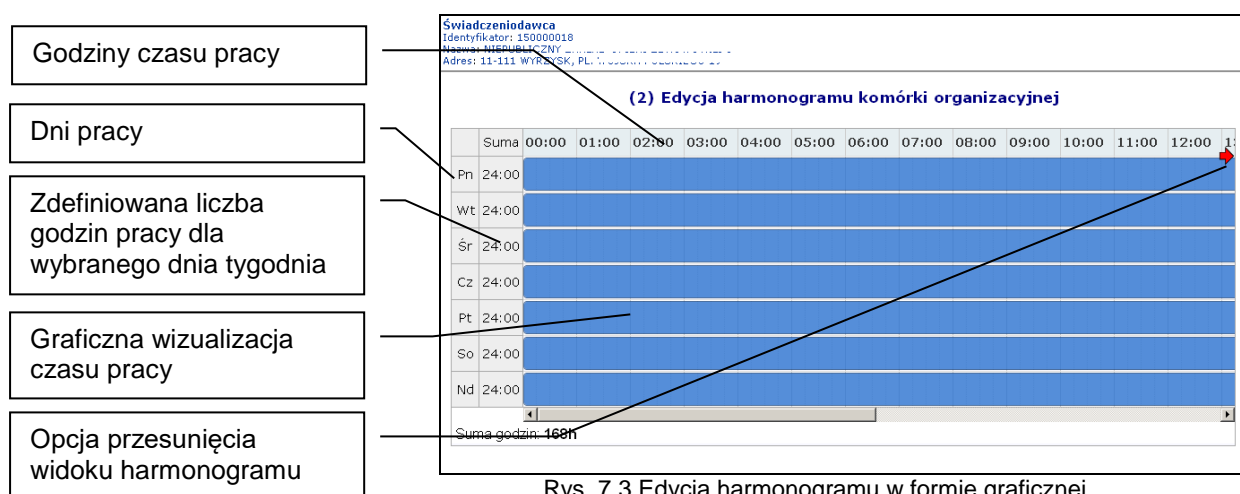
Rys. 7.2 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Cechy dodatkowe miejsca

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 nieznana. 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 →**, 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.

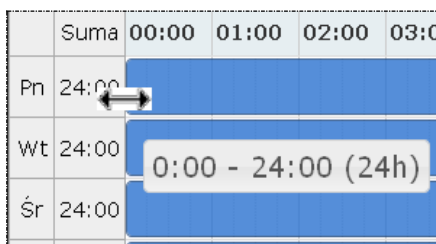
W przypadku definiowania harmonogramu w formie graficznej, operator musi wprowadzić szczegóły na poniższej skali:



Rys. 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 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.

	Suma	7:00	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	7:00	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 P* ...	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 **Dalej →**
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**
- **Przełącz**
- **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/lokalii, zmiana kodu pocztowego. Wnioski te nie służą do wprowadzania zmian miejsca udzielania świadczeń wynikających z przeniesienia miejsca udzielania świadczeń do nowej lokalizacji.					
Dodaj wniosek					
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 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								
Dodawanie miejsca								
Nazwa: <input type="text"/> Zawiera: <input type="text"/> AMBULATORIUM Szukaj <input type="button"/> Zlicz rekordy <input type="button"/>								
Specjalność jedn./kom. organizacyjnej: <input type="text"/> wybierz <input type="button"/> <input type="button"/>								
Udostępnione do podwykonawstwa: <input type="text"/> wybierz <input type="button"/> Aktywność: <input type="text"/> aktywne <input type="button"/>								
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20								
Lp.	Kod Nazwa	Adres	Specjalność	Jednostka/komórka organizacyjna	Udost. do podwyk.	Data rozp. działań. Data zakoń. działań	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 przeprnij zasoby personel lokalizacje harmonogramy profile wnioski o dezakt. okresy zawiesz. dział. wnioski zm. spsc. 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
- **Przeprnij 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
- **Okresy zawiesz. dział** – 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 techn.: ...</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 techn.: ...</small>	Producent: SIEM Model: D2 Rok prod.: 2012 Nr ser.: KAJSDSA	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 umożliwi 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:

- Przejsz 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 zasoby 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									
Dodawanie miejsca									
Został utworzony wniosek o zmianę lokalizacji - numer wniosku LM-2015-10-27-000333									
Nazwa: Zawiera: AMBULATORIUM KARDIOL Szukaj Zlicz rekordy									
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 zasoby 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

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

Lista wniosków o zmianę lokalizacji							
Status: -- wybierz -- v 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 *Rozpatrzony*. 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 -- v 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:
- Zmianą daty końca ważności obecnej lokalizacji na datę zmiany podaną we wniosku
 - Dodaniem nowej lokalizacji dla miejsca od podanej daty zmiany do końca okresu działalności komórki
 - Ustawienie 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:

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

Lista wniosków o zmianę specjalności					
					Dodawanie wniosku
Nr wniosku <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/>		<input type="button" value="Szukaj"/>		<input type="button" value="Zlicz rekordy"/>	
Status: <input type="text" value="-- 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. Uzpełnić 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.

(1) Dodawanie wniosku o zmianę specjalności

Wnioskowana specjalność: *

Data zmiany: *

Uzasadnienie: *

* pola wymagane

Rys. 8.11 Dodawanie wniosku o zmianę specjalności

4. Wybrać opcję , 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 .
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 .
8. W ostatnim etapie należy uzupełnić **Cechy zależne od specjalności** oraz wybrać opcję .

(2) Zmiana specjalności komórki organizacyjnej - Cechy zależne od specjalności komórki organizacyjnej

CZY POMIESZCZENIA W KTÓRYCH PRZEBYWAJĄ PACJENCI SĄ KLIMATYZOWANE: *

LICZBA GABINETÓW LEKARSKICH: *

GABINET ZABIEGOWY: *

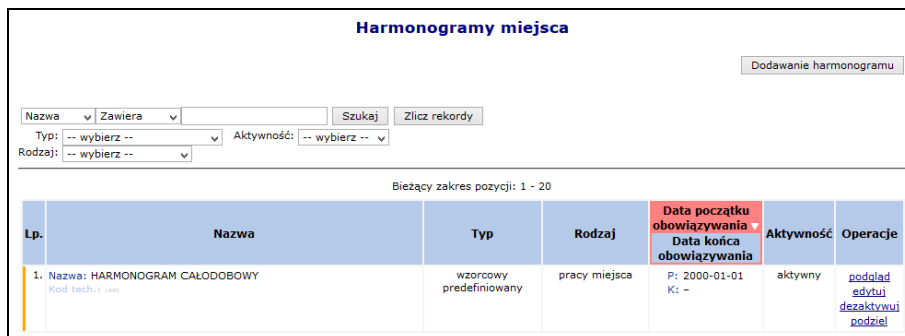
* pola wymagane

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:



Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nazwa	Typ	Rodzaj	Data początku obowiązywania Data końca obowiązywania	Aktywność	Operacje
1.	Nazwa: HARMONOGRAM CAŁODOBOWY <small>Kod techn. use</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:

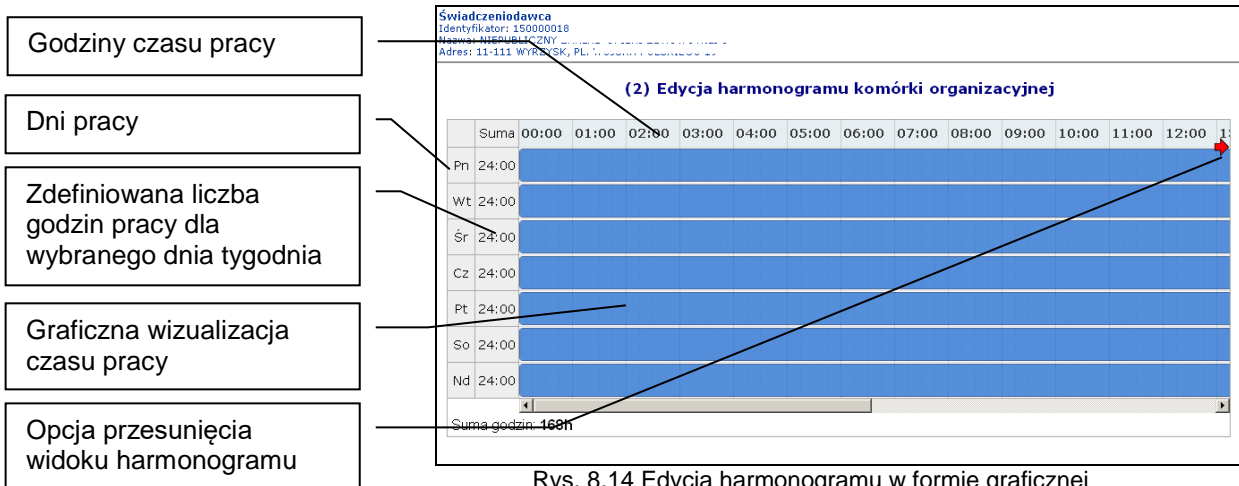
2. Z listy miejsc wybrać opcję **Harmonogramy**.
 3. Wybrać opcję **Dodawanie harmonogramu**.
 4. Uzpełnić podstawowe dane dotyczące harmonogramu:
 - **Datę początku obowiązywania** harmonogramu, która musi mieścić się w zakresie działania jednostki organizacyjnej.
 - **Datę końca obowiązywania** harmonogramu. 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 uzdrowski szpitalny,
 - 6101 - Oddział uzdrowski szpitalny dla dzieci,
 - 6200 - Oddział uzdrowski szpitalny w urządzonym podziemnym wyrobisku górnym,
 - 6300 - Oddział uzdrowski rehabilitacji szpitalnej,
 - 6500 - Oddział uzdrowski sanatoryjny,
 - 6501 - Oddział uzdrowski sanatoryjny dla dzieci,
 - 6600 - Przychodnia uzdrowska/oddział uzdrowski sanatoryjny w urządzonym podziemnym wyrobisku górnym,
 - 6700 - Oddział uzdrowski rehabilitacji sanatoryjnej
- dostępny jest rodzaj **Udzielanie zabiegów**, który umożliwia dodanie szczegółowego harmonogramu wykonywania zabiegów w zakładzie przyrodolecznym. 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 (nie wymienionych 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 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.

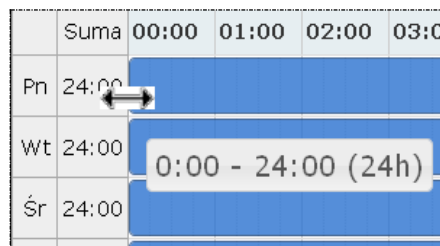
W przypadku definiowania harmonogramu w formie graficznej, operator musi wprowadzić szczegóły na poniższej skali:



Rys. 8.14 Edycja harmonogramu w formie graficznej

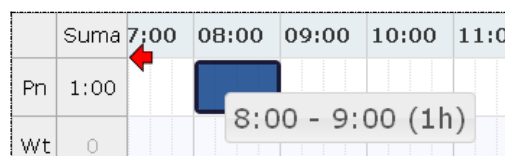
Dostępne opcje edycji:

- **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

Edytuj

Podziel

Usuń

- 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 **przełączyć, 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

Anuluj Dalej →

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. Uzpełnić 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 **Uzupelnij**.

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 przepiąć zasoby pomiędzy miejscem A oraz B, należy:

1. Dla miejsca A wybrać opcję **Przepnij zasoby** z głównego okna miejsc udzielania świadczeń
2. Uzpełnić 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**.

(1) Przepięcie zasobów

Nowe miejsce stacjonowania:*

Data przepięcia*:

Przepisz wszystkie zasoby

Słownik zasobów w miejscu

DODAWANIE **USUWANIE**

* pola wymagane

Rys. 8.16 Przepisanie zasobów

3. Wybrać opcję **Dalej →**, a następnie 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 <input type="text"/>		Zawiera <input type="text"/>		<input type="button" value="Szukaj"/>		<input type="button" value="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	Operacje
1.	PESEL: Kod techn.:	Imię: MALGORZATA Nazwisko: KASZTAJ	PIELĘGNIARKA SPECJALISTA	-	Od: 2011-01-01 Do: 2012-12-01	podgląd
2.	PESEL: Kod techn.:	Imię: ADAM Nazwisko: NOWAK	LEKARZ - KARDIOLOGIA	-	Od: 2012-01-01 Do: -	podgląd
3.	PESEL: Kod techn.:	Imię: EWA Nazwisko: JACOVA	PIELĘGNIARKA SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA	-	Od: 2011-01-01 Do: 2012-12-25	podgląd

Rys. 8.17 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:

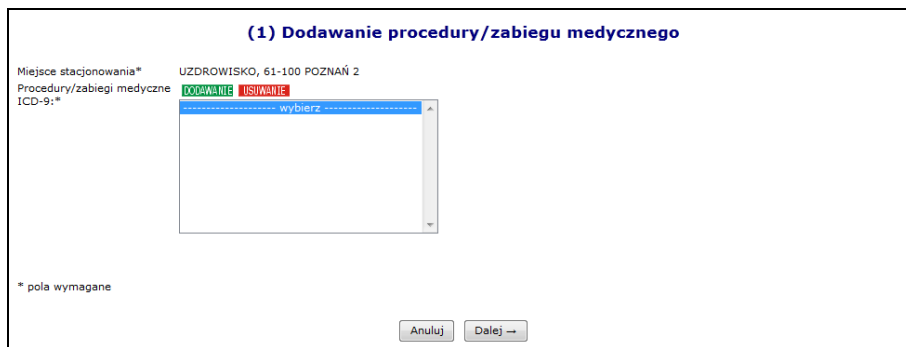
Nazwa specjalności	Kod specjalności	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń
Oddział uzdrowiskowy szpitalny	6100	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych	08.6100.021.05
Oddział uzdrowiskowy szpitalny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym	6200	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych w podziemnym 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 uzdrowskowa/oddział uzdrowskowy sanatoryjny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym	6600	Uzdrowskowe leczenie sanatoryjne dorosłych w podziemnym urządzonym wyrobisku górniczym	08.6600.028.05
Oddział uzdrowskowy rehabilitacji sanatoryjnej	6700	Uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowskowym	08.0000.029.05
Oddział uzdrowskowy sanatoryjny dla dzieci	6501	Uzdrowskowe leczenie sanatoryjne dzieci	08.6501.028.05
Oddział uzdrowskowy sanatoryjny dla dzieci		Uzdrowskowe leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką dorosłych	08.6501.029.05
Dział (pracownia) balneoterapii	1330	Uzdrowskowe 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.

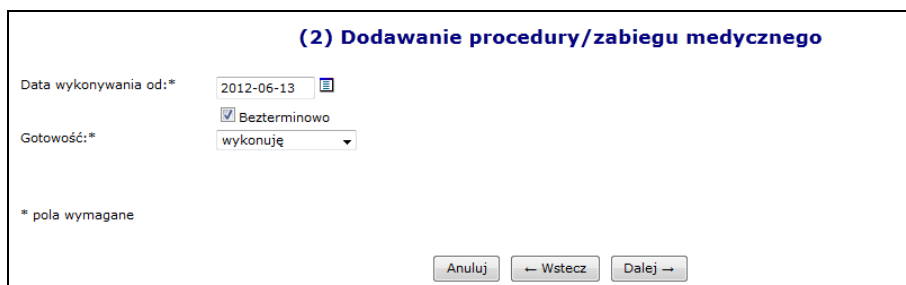
Aby przypisać procedurę/zabieg medyczny do miejsca, należy:

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



Rys. 8.18 Dodawanie procedury/zabiegu – ICD 9

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



Rys. 8.19 Dodawanie procedury/zabiegu – wykonywanie oraz gotowość

- Zatwierdzić podsumowanie.

Aby przypisać profile uzdrowskowe do miejsca wykonywania świadczeń, należy:

- Przejsć na listę miejsc, a następnie z kolumny *Operacje* wybrać opcję **Profile uzdrowskowe**.

Profile lecznicze w zakładzie uzdrowiskowym

Słownik profili uzdrowiskowych: wybierz

Stan na dzień:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod profilu uzdrowiskowego	Nazwa profilu uzdrowiskowego	Operacje
1.	K: 4	N: CHOROBY NARZĄDU RUCHU I REUMATYCZNE	okresy dostępności
2.	K: 7	N: CHOROBY SKÓRY	okresy dostępności
3.	K: 10	N: CHOROBY OKULISTYCZNE	okresy dostępności

Rys. 8.20 Lista profili leczenia w zakładzie uzdrowiskowym

2. Na liście procedur/zabiegów medycznych wybrać opcję .
3. Przy pomocy opcji **DODAWANIE** uzupełnić profile uzdrowiskowe i wybrać opcję .

(1) Dodawanie profilu leczenia uzdrowiskowego

Miejsce stacjonowania:* MIEJSCE 2,

Profile leczenia uzdrowiskowego:*

* pola wymagane

Rys. 8.21 Dodawanie profilu uzdrowiskowych – ICD 9

4. Zdefiniować **Datę wykonywania od/do** i wybrać opcję .

(2) Dodawanie profilu leczenia uzdrowiskowego

Data wykonywania od:*

Bezterminowo

Data wykonywania do:*

* pola wymagane

Rys. 8.22 Dodawanie profilu 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 zatwierzonego 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**.



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. 8.23 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.

8.3 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

Kategoria: -- wszystkie -- Aktywność zasobu: aktywny

Nazwa zasobu:

Miejsce stacjonowania:

Zasób dostępny w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Producent	Model	Data posiadania		Aktywność zasobu	Operacje	
				od	do			
Nazwa		Rok prod.	Nr seryjny	Data posiadania do				
1.	Kod: 0010002 Nazwa: AMPLIFON Kod tech.: ...	Producent: PRODUCENT SPRZETU ABC	Model: ZX/1200	Rok prod.: 2001	Nr ser.: ZX/2001/2	Od: 2005-10-10 Do: -	aktywny	podgląd edytuj okresy dostępności dezaktywuj
2.	Kod: 0010019 Nazwa: APARAT DO ZNIECZULANIA Kod tech.: ...	Producent: PRODUCENT ZAR	Model: DW/2000	Rok prod.: 2001	Nr ser.: DW/2000/Z-1	Od: 2005-10-10 Do: -	aktywny	podgląd edytuj okresy dostępności dezaktywuj

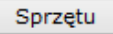
Rys. 8.24 Zasoby medyczne

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**
 - **Nazwę zasobu** – wybieraną ze słownika
 - **Kod UMDNS** (opcjonalnie)



(1) Dodawanie sprzętu

Status:*


Data od kiedy posiadam/będę posiadał:*

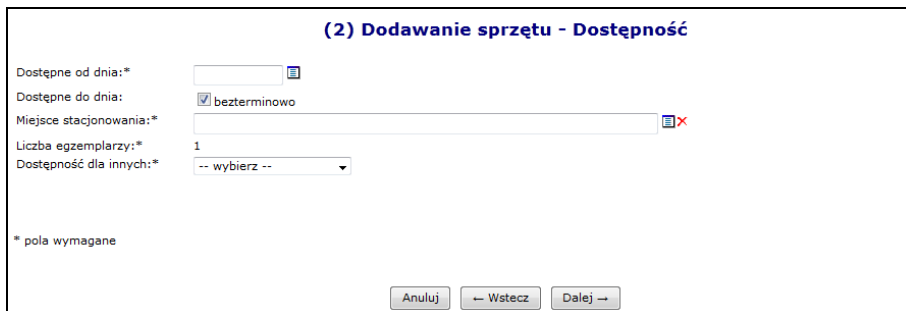
Nazwa zasobu:*

Kod UMDNS:

* pola wymagane

Rys. 8.25 Dodawanie sprzętu

4. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
5. Uzupełnić informacje związane z dostępnością:
 - **Dostępność od dnia**
 - **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 sprzętu - Dostępność

Dostępne od dnia:*

Dostępne do dnia: bezterminowo


Miejsce stacjonowania:*

Liczba egzemplarzy:*

Dostępność dla innych:*

* pola wymagane

Rys. 8.26 Dodawanie sprzętu – Dostępność

6. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
7. Uzupełnić szczegółowe dane:
 - **Producent**
 - **Model** (opcjonalne)
 - **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

Rys. 8.27 Dodawanie sprzętu – Cechy dodatkowe

8. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
9. Wskazać **dotkowne cechy wg słownika NFZ** (wymagane dla niektórych rodzajów sprzętu) oraz **dotkowne cechy nie uwzględnione 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 .
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 .
3. Uzupełnić wszystkie podstawowe dane:
 - **Status**
 - **Data, od kiedy posiadam / będę posiadał**
 - **Nazwę środka** – wybieraną ze słownika
 - **Kod UMDS** (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:*

Nazwa zasobu:*

Kod UMDS:

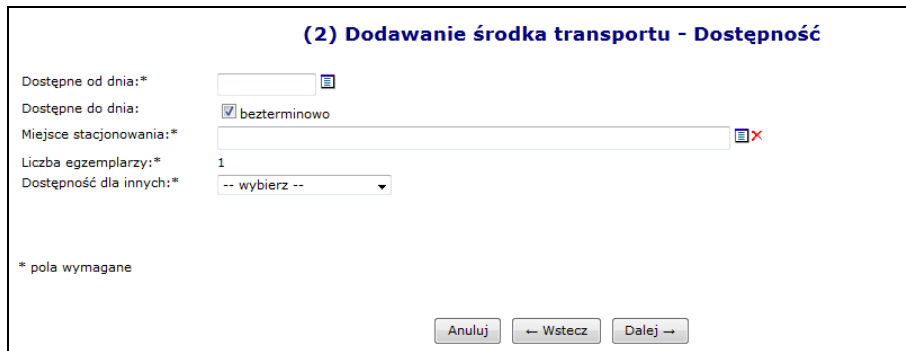
Numer VIN:*

* pola wymagane

Rys. 8.28 Dodawanie środka transportu - Dane podstawowe

4. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji .
5. Uzupełnić informacje związane z dostępnością:
 - **Dostępność od dnia**
 - **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 --

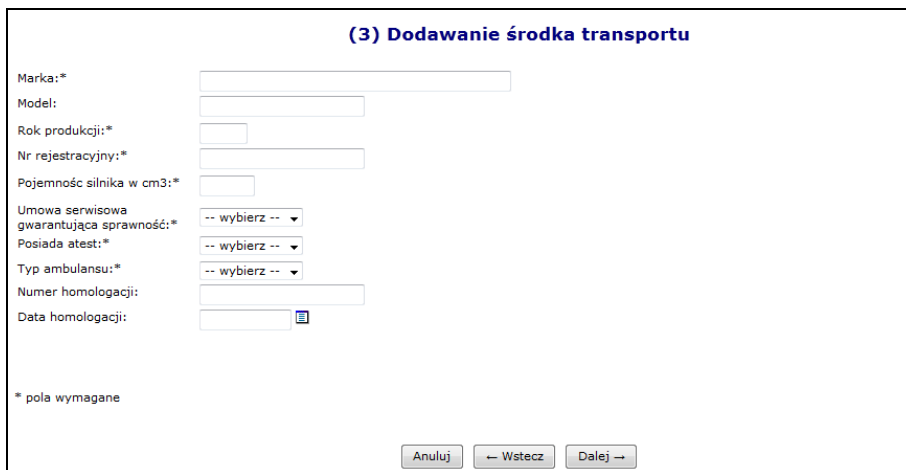
* pola wymagane

Rys. 8.29 Dodawanie środka transportu - Dostępność

6. Przejdź 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. 8.30 Dodawanie środka transportu - Dane szczegółowe

8. Przejdź do kolejnego okna przy pomocy opcji .

9. Uzupełnić dodatkowe cechy środka

10. Wskazać **Dodatkowe cechy zasobu wg słownika NFZ** oraz **Dodatkowe cechy nie uwzględnione w słowniku NFZ**.

11. Przejdź 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 znajdą 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. <small>...</small>	Od: 2012-03-13 Do: -	Kod: 13188 Nazwa: AMBULATORIUM KARDIOLOGICZNE 1	1	całodobowo	aktywny	edytuj usuń

Rys. 8.31 Miejsca stacjonowania zasobów - okresy dostępności

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

- **Dostępność od / do**
- **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*.

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

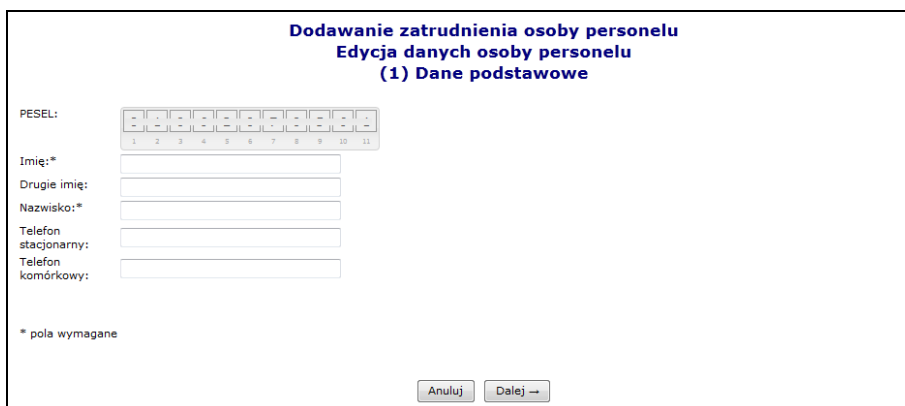
- I. Jeżeli dana osoba znajduje się już w bazie danych, będzie można jedynie wprowadzić informacje dotyczące zatrudnienia. Pominięte zostanie wprowadzanie danych podstawowych
- II. Jeżeli numer PESEL nie znajduje się w bazie NFZ, zostanie on zaznaczony na czerwono oraz pojawi się wykrzyknik informujący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

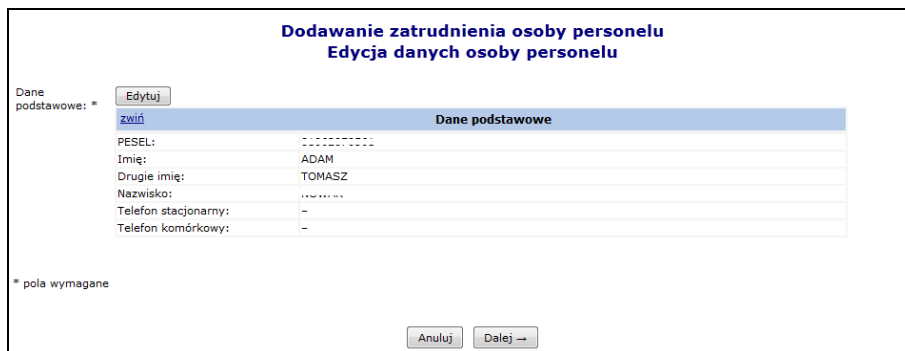
- **Imię**
- **Drugie imię**
- **Nazwisko**
- **Telefon stacjonarny**
- **Telefon komórkowy**

Wszystkie pola oznaczone gwiazdką wymagają uzupełnienia:



Rys. 8.34 Uzupełnianie danych podstawowych

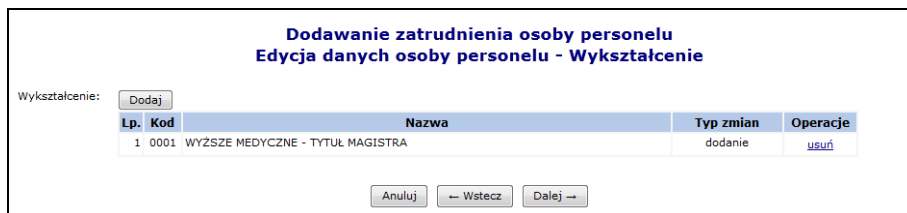
2. Wybrać opcję Dalej →, a następnie Zatwierdź →.
3. Wszystkie wprowadzone dane zostaną wyświetlone w głównym oknie wprowadzania osoby personelu. Użytkownik może dokonać modyfikacji wcześniej dodanych informacji przy pomocy opcji Edytuj.



Rys. 8.35 Dane podstawowe

4. Wybór opcji Dalej → umożliwi przejście do okna, w którym przy pomocy opcji Dodaj należy wprowadzić wykształcenie osoby przy pomocy słownika. Po wybraniu odpowiedniego

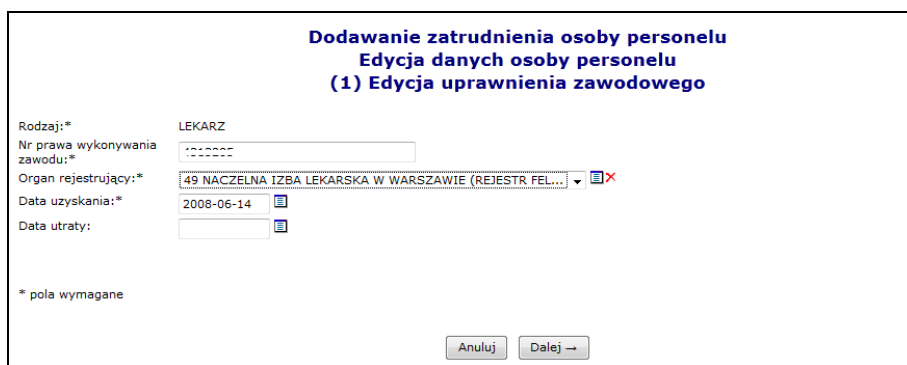
wykształcenia należy wybrać opcję **Zatwierdź →**. Osoba personelu może mieć przypisanych kilka rodzajów wykształcenia (każdą pozycję należy wprowadzać osobno). Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie błędnie wprowadzonej pozycji.



Rys. 8.36 Dodawanie wykształcenia

5. Przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej →**. Uzupelnic informacje związane z uprawnieniami zawodowymi przy pomocy opcji **Dodaj**:

- **Rodzaj uprawnienia**
- **Nr prawa wykonywania zawodu**
- **Organ rejestrujący**
- **Data uzyskania**
- **Data utraty**



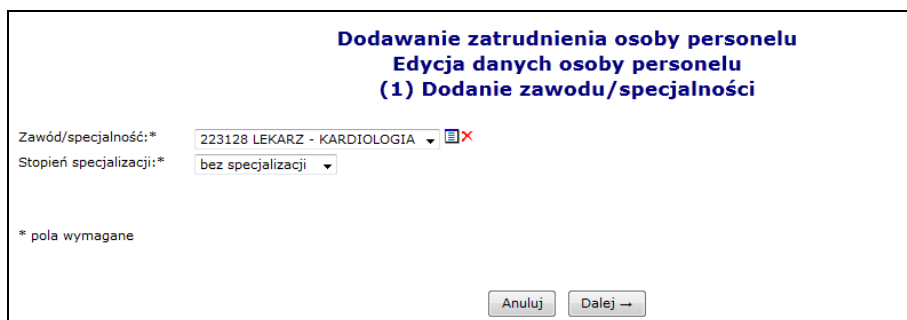
Rys. 8.37 Dodawanie uprawnienia zawodowego

6. Wybrać opcję **Zatwierdź →**.

7. W kolejnym kroku przy pomocy opcji **Dodaj** 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 uzyskania specjalizacji – w zależności od wyboru stopnia

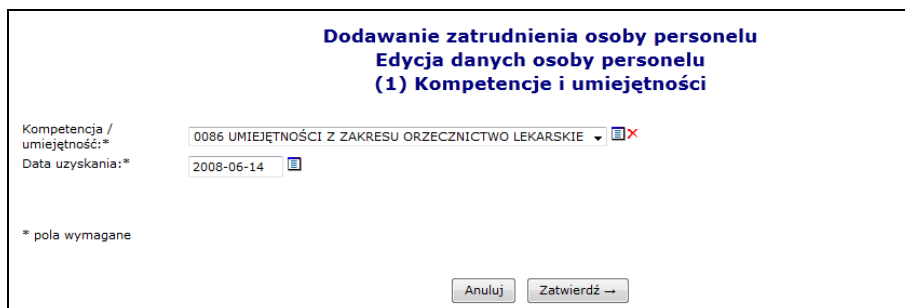
Każda osoba może mieć przypisanych kilka zawodów / specjalności.



Rys. 8.38 Dodawanie zawodu i specjalności

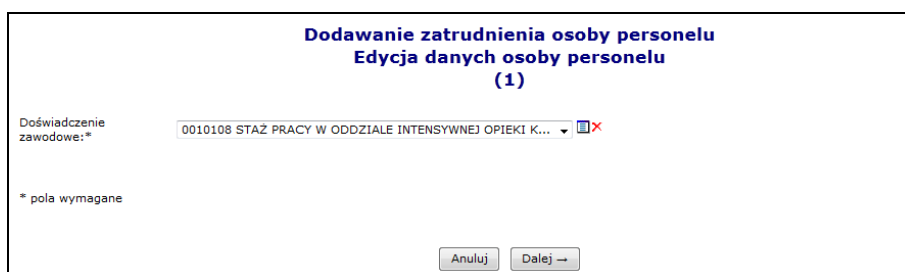
8. Wybrać opcję **Dalej →**, a następnie przejść do kolejnego etapu przy pomocy opcji **Dalej →**.

9. W nowym oknie wybrać opcję **Dodaj**, a następnie uzupełnić informacje związane z kompetencjami i umiejętnościami:
- Kompetencja / umiejętność
 - Data uzyskania



Rys. 8.39 Dodawanie kompetencji i umiejętności

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



Rys. 8.40 Dodawanie doświadczenia zawodowego

12. Dwa razy wybrać opcję **Dalej**, a następnie przy pomocy opcji **Zatwierdź** zaakceptować wszystkie wprowadzone dane wyświetlone w podsumowaniu dodawania osoby personelu medycznego.

8.4.2 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:

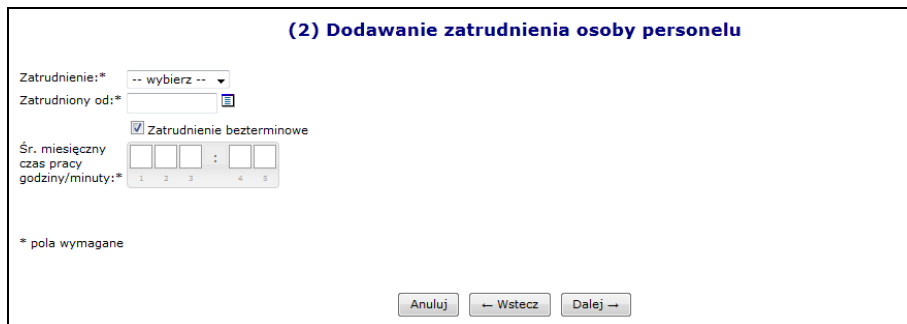
1. Skontaktować się z pracownikiem OW NFZ (poza systemem np. telefonicznie)
2. W czasie rozmowy operator świadczeniodawcy przekazuje pracownikowi OW NFZ dane identyfikujące osobę, która ma być dopisana do systemu.
3. Na tej podstawie pracownik OW NFZ sprawdza w rejestrze osób bez nadanego numeru PESEL, czy osoba o takich danych została już wcześniej do tego rejestru dodana.
4. Jeżeli taka osoba się w nim znajduje, pracownik OW przekazuje świadczeniodawcy identyfikator, który został nadany tej osobie. Posługując się tym identyfikatorem, świadczeniodawca może dopisać osobę do listy osób zatrudnionych (wpisując go w miejsce numeru PESEL)
5. Jeżeli takiej osoby nie ma jeszcze w rejestrze, pracownik OW wykonuje następujące czynności:
 - a. Notuje dane osoby, która ma zostać dodana do rejestru oraz dane kontaktowe osoby, która ma zostać powiadomiona po dopisaniu osoby do rejestru
 - b. Dodaje osobę do rejestru
 - c. Kontaktuje się ze świadczeniodawcą i informuje go o dodaniu wnioskowanej osoby do rejestru. Podczas rozmowy przekazywany jest świadczeniodawcy identyfikator osoby.

6. Świadczeniodawca przy pomocy otrzymanego identyfikatora wprowadza nową osobę do swoich zasobów.
7. Proces dodawania nowej osoby nie posiadającej numeru PESEL przebiega w dalszej części tak samo, jak zatrudnienie „zwykłej osoby” (w miejsce numeru PESEL należy wprowadzić otrzymany z OW NFZ identyfikator)

8.4.3 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** umożliwi 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



Rys. 8.41 Zatrudnianie nowej osoby

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

8.4.4 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**.



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

Rys. 8.42 Informacja o miejscach pracy personelu

3. Uzupełnić szczegóły 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: ----- wybierz -----

Rodzaj zatrudnienia:* ZATRUDNIONY U MNIE

Okres pracy od:*

Bezterminowo

* pola wymagane

Anuluj Dalej →

Rys. 8.43 Dodawanie miejsca zatrudnienia - Dane podstawowe

- 4. Po uzupełnieniu danych wybrać opcję Dalej →.
- 5. Uzupełnić informacje związane z czasem pracy osoby w miejscu. Możliwe do wskazania są dwa typy 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 Dalej → i zatwierdzić podsumowanie.



(2) Dodawanie miejsca zatrudnienia - Informacja o czasie pracy

Czy zdefiniować harmonogram szczegółowy?

Harmonogram średniotygodniowy - tygodniowa liczba godzin pracy:* 0|4|0|0|0|0

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 8.44 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 (Edytuj).



(2) Dodawanie miejsca zatrudnienia - Informacja o czasie pracy

Czy zdefiniować harmonogram szczegółowy?

Harmonogram szczegółowy:* Edytuj

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 8.45 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.



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

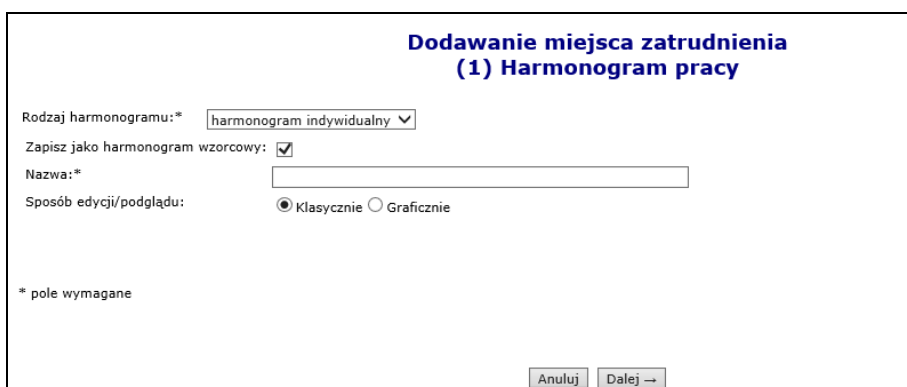
Rodzaj harmonogramu:*

Harmonogram wzorcowy:*

* pole wymagane

Rys. 8.46 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 jak jako wzorcowy.



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

Rodzaj harmonogramu:*

Zapisz jako harmonogram wzorcowy:

Nazwa:*

Sposób edycji/podglądu: Klasycznie Graficznie

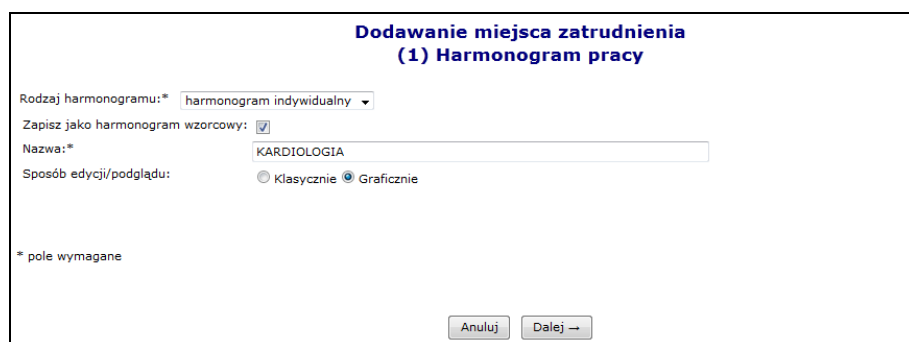
* pole wymagane

Rys. 8.47 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:*

Zapisz jako harmonogram wzorcowy:

Nazwa:*

Sposób edycji/podglądu: Klasycznie Graficznie


* pole wymagane

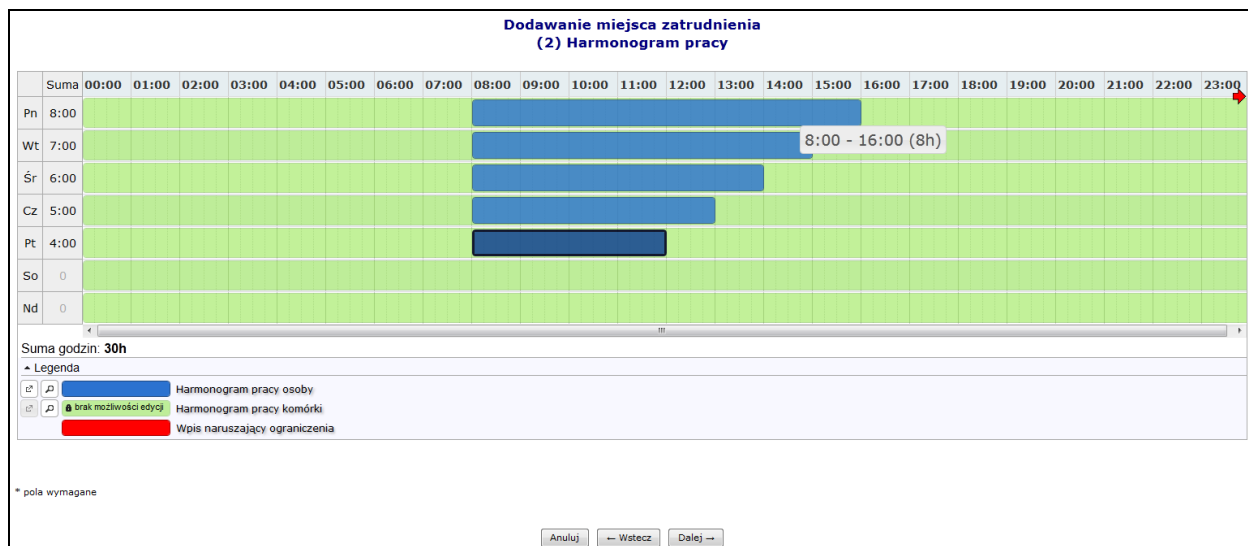
Rys. 8.48 Harmonogram pracy - dane podstawowe

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, umożliwia wyświetlenie wybranego harmonogramu na wierzchu.



Rys. 8.49 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, 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:

Do:

Możesz użyć klawiszy strzałek, by przewijać czas


Anuluj

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. 8.50 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

8.4.5 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).

Zatrudniony personel							
						Zatrudnienie osoby personelu	Pobierz raport
PESEL <input type="text" value="Zawiera"/>		<input type="button" value="Szukaj"/>		<input type="button" value="Zlicz rekordy"/>			
Zatrudnienie: <input type="text" value="zatrudniony"/>		Deklaracja dostępności w dniu: <input type="text" value="2015-02-25"/>		Przekodowany zawód/specjalność: <input type="text" value="-- wszystkie --"/>		Zawód/specjalność: <input type="text"/>	
Stan synchronizacji: <input type="text" value="-- wszystkie --"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	PESEL Dokument tożs.	Imię Nazwisko	Zatrudnienie	Zatrudniony od Zatrudniony do	Telefon Telefon kom.	Stan synchronizacji	Operacje
1.	PESEL: 85** 5 <small>Kod cech...</small>	Imię: MARCIN Nazwisko: NAZWISKO_25647	zatrudniony	Od: 2011-07-27 Do: -	TEL: - T KOM: -	Dane zgodne	podgląd zatrudnienia edytuj osobę edytuj zatrudnienie rozwiąż zatrudnienie usuń zatrudnienie miejsca pracy

Rys. 8.51 Lista zatrudnionego personelu medycznego

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.

8.4.6 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 PESEL /Dok. tożs. Nazwisko Imię	Zgłaszający	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status	Operacje
						Data zmian	
1.	WZ-2008-09-01-00121	PESEL: [REDACTED] Nazwisko: [REDACTED] Imię: [REDACTED]	Inny świadczeniodawca	2008-09-01	2008-09-03	Status: przyjęty Data: 2008-09-03	podgląd protesty
2.	WZ-2008-09-02-00157	PESEL: [REDACTED] Nazwisko: [REDACTED] Imię: [REDACTED]	Inny świadczeniodawca	2008-09-02	2008-09-03	Status: przyjęty Data: 2008-09-03	podgląd protesty
3.	WZ-2008-09-02-00158	PESEL: [REDACTED] Nazwisko: [REDACTED] Imię: [REDACTED]	Inny świadczeniodawca	2008-09-02	2008-09-04	Status: przyjęty Data: 2008-09-04	podgląd protesty

Rys. 8.52 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	podgląd anuluj
2.	2012-06-14	Bieżący świadczeniodawca	Brak zgody na zmianę	zgłoszony	podgląd anuluj

Rys. 8.53 Lista protestów do wniosków o zmianę danych osoby

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

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

Treść protestu:*

* pola wymagane

Rys. 8.54 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. 8.55 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**.

8.4.7 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: :
1 2 3 4 5

* pola wymagane

Rys. 8.56 Edycja danych podstawowych zatrudnienia

8.4.8 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. 8.57 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 wniosek 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.

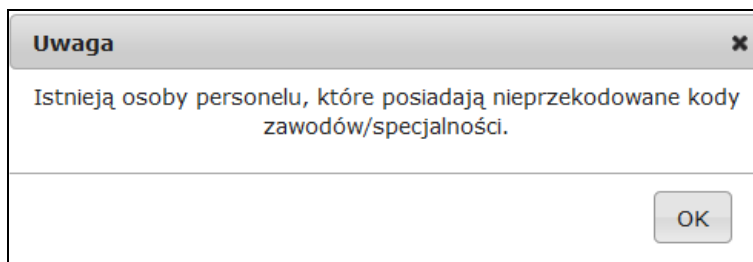
8.4.9 Przekodowanie zawodu / specjalności osoby personelu - NOWOŚĆ

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.



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).

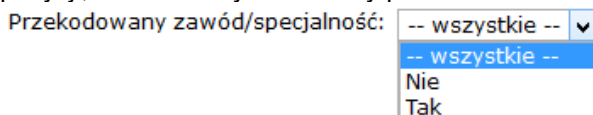
Opcja **Pobierz raport** umożliwia pobranie pliku w postaci pliku xls, którego zawartość będzie zgodna z aktualnie zastosowanymi filtrami na liście zatrudnionego personelu. Zestawienie będzie zawierać następujący zakres informacyjny:

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

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:



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 dentyków, 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.

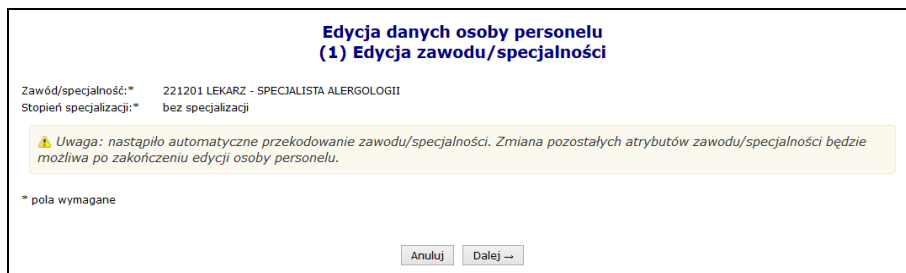
Aby przekodować zawód / specjalność osoby personelu należy:

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**.



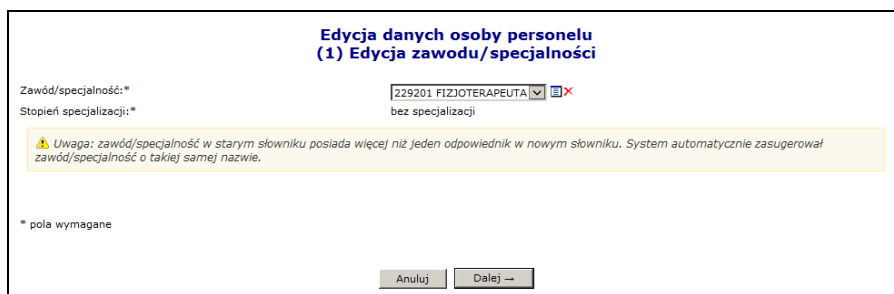
Rys. 8.58 Edycja danych osoby personelu – Zawody / specjalności

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)



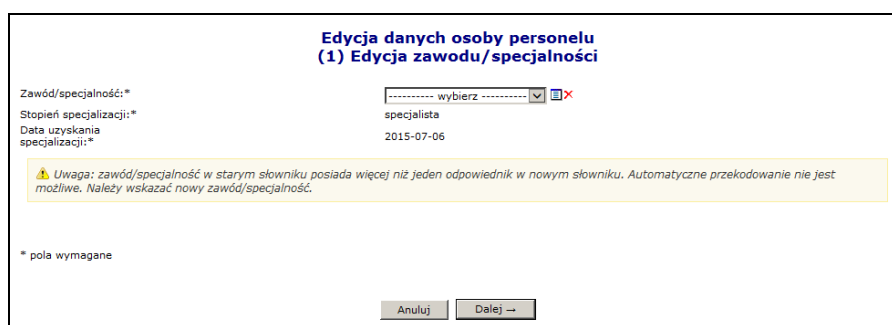
Rys. 8.59 Automatyczne przekodowanie zawodu / specjalności

- 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.



Rys. 8.60 Sugerowane przekodowanie zawodu / specjalności przez system

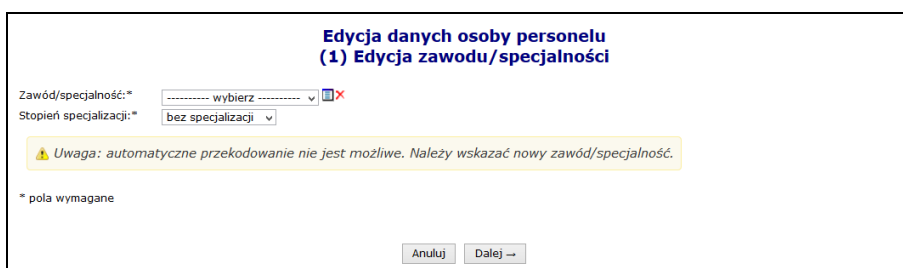
- c. Jeśli dla kodu zawodu/specjalności **istnieje więcej odpowiedników** w nowym słowniku, ale **nazwa kodu nie odpowiada nazwie w nowym słowniku** (*sytuacja: jeden do wielu-niejednoznaczne*)
- lub
- d. Jeśli dla kodu zawodu/specjalności **nie istnieje w nowym słowniku przekodowanie** tj. nazwa starego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



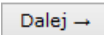
Rys. 8.61 Ręczne przekodowanie zawodu / specjalności przez operatora

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 jednoznaczne*), operator zostanie zobligowany do ręcznego wskazania właściwego przekodowania spośród dostępnej puli.



Rys. 8.62 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 - ALERGOLOGIA	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII
Stopień specjalizacji	bez specjalizacji	bez specjalizacji
Typ zmian	edycja	

Rys. 8.63 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 przywroc
2	221201	LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usuń przywroc

* pola wymagane

Rys. 8.64 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

PESEL Zawiera Szukaj

Zatrudnienie:

Deklaracja dostępności w dniu:

Przekodowany zawód/specjalność:

Zawód/specjalność:

Stan synchronizacji:

Rys. 8.65 Lista zatrudnionego personelu

2. W nowo otwartym oknie wyświetlone i zaznaczone zostaną wszystkie osoby personelu:

- które, wymagają przekodowania i
- 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 techn. zaw.</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 techn. zaw.</small>	Imię: LEKARZ 2 Nazwisko: POZ	Kod: 221303 Nazwa: FIZYK MEDYCZNY	=> Kod: 211104 Nazwa: FIZYK MEDYCZNY

Rys. 8.66 Lista osób, dla których zostanie przeprowadzone automatyczne przekodowanie

3. 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)

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	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. 8.67 Edycji danych osoby personelu - zawody/specjalności wymagające przekodowania

3. 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:*

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)	przywroc
2	321301	TECHNIK FARMACEUTYCZNY	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2009-08-03	Numer: 515 Data: 2009-08-20	edycja	edycja usun przywroc
3	228201	FARMACEUTA - SPECJALISTA ANALITYKI FARMACEUTYCZNEJ	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2003-08-28	brak	edycja	edycja usun przywroc
4	325401	TECHNIK FIZJOTERAPII	SPECJALISTA	Otw: - Uzy: 2011-08-23	brak	edycja	edycja usun przywroc
5	221209	LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII OGÓLNEJ	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usun przywroc
6	228203	FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMACJI APTECZNEJ	W TRAKCIE	Otw: 2013-06-11 Uzy: -	brak	edycja	edycja usun przywroc
7	228208	FARMACEUTA - SPECJALISTA LEKU ROŚLINNEGO	BEZ SPECJALIZACJI	Otw: - Uzy: -	brak	edycja	edycja usun przywroc

4. 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).

8.5 Wydzielone zasoby świadczeniodawcy

Portal umożliwia rejestracjędzielonych zasobów świadczeniodawcy – **Personel RTM**. Pod tym pojęciem należy rozumieć osoby personelu medycznego, które zostały zatrudnione w ramach umów ratownictwa medycznego.

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

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 .

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 leczenie
- 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.

[Dodawanie personelu](#)

Personel RTM

PESEL

Grupa wydzielonych zasobów:

Zawód/specjalność:

Dostępność w dniu:

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	PESEL	Imię		Zawód/specjalność		Praca od		Śr. tygodniowy czas pracy	Operacje
		Nazwisko	Funkcja	Praca do					
1.	Imię: TOMASZ	Z/S: LEKARZ	Nazwisko: ZIELONKA	F: -	Od: 2010-11-05	Do: bezterminowo	60:00	edytuj usuń
2.	Imię: WOJCIECH	Z/S: LEKARZ -	Nazwisko: ZIELONKA	F: -	Od: 2010-11-05	Do: bezterminowo	60:00	edytuj usuń
3.	Imię: JANUSZ	Z/S: LEKARZ	Nazwisko: ZIELONKA	F: -	Od: 2011-02-24	Do: bezterminowo	60:00	edytuj usuń

Rys. 8.68 Lista personelu RTM

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 zatwierdzone przez stroną udostępniającą zasoby.

Umowy / promesy współpracy

[Dodawanie umowy/promesy](#)

Kod strony korzystającej z zasobów: Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Typ umowy współpracy: umowa podwykonawstwa Typ dokumentu: -- wszystkie --
 Strona umowy: -- wszystkie -- Aktywność: aktywna
 Status: -- wszystkie --
 Zakres umowy współpracy: zakres świadczeń świadczenie usługa
 Obowiązuje na dzień: 2012-06-14

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Typ umowy współpracy Typ dokumentu Status	Strona umowy Strona korzystająca z zasobów Strona udostępniająca zasoby	Data obow. pocz./ koń.	Zakres	Aktywność	Operacje
1.	U: umowa podwykonawstwa D: umowa S: zatwierdzona	Strona: strona udostępniająca zasoby Strona korzystająca z zasobów: 150005120 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Strona udostępniająca zasoby: 150005120 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	P: 2001-10-10 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 150005120 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Strona udostępniająca zasoby: 150005120 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	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 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Strona udostępniająca zasoby: 150005120 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	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. 8.69 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 powykonanie 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 Typ dokumentu Status	Strona umowy		Data obow. pocz./ koń.	Zakres	Aktywność	Operacje
		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: 150005120 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Strona udostępniająca zasoby: 150005120 NIEPUBLICZNY 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 Dodawanie umowy / promesy współpracy

Aby dodać nową umowę/promesę współpracy należy:

1. Przejść na listę umów/promes, a następnie wybrać opcję
2. Uzupełnić dane związane z umową/promesą:
 - a. Typ dokumentu
 - Umowę podwykonawstwa
 - Umowę konsorcjum
 - b. Stronę korzystającą z umowy
 - c. Datę początku obowiązywania
 - d. Datę końca obowiązywania
 - e. Zakres umowy podwykonawstwa

[Dodawanie umowy/promesy](#)

- Zakres świadczeń
- Świadczenie
- Usługa

Rys. 8.70 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.

8.6.2 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 .

Ip.	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	podajad usuń zasoby personel

Rys. 8.71 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. 8.72 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:

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. 8.73 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.

8.6.3 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.

8.7 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 <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="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	pozycje kopiuj
2.	ALERGOLOGIA - PROFIL	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-07-14	aktywny	pozycje kopiuj
3.	ALERGOLOGIA V	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2012-06-13	aktywny	pozycje kopiuj
4.	HARM ALERGOLOGIA	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-01-26	aktywny	pozycje kopiuj
5.	HARM KARDIOLOGIA	własny	Stat.: zatwierdzony Data zat.: 2009-01-29	aktywny	pozycje kopiuj

Rys. 8.74 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.

(1) Dodawanie harmonogramu

Nazwa:*

Definiowanie harmonogramu: Klasycznie Graficznie

Czy zatwierdzić harmonogram? TAK

Uwaga: Po zatwierdzeniu harmonogramu nie będzie możliwa jego edycja

* pola wymagane

Rys. 8.75 Dodawanie harmonogramu

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

(2) Dodawanie harmonogramu

poniedziałek	+	[1]		-		×
wtorek	+	[1]		-		×
środa	+	[1]		-		×
czwartek	+	[1]		-		×
piątek	+	[1]		-		×
sobota	+	[1]		-		×
niedziela	+	[1]		-		×

Rys. 8.76 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 objęciem 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 rozważyć sprawdzenie poprawności danych na dzień, na który pobierana będzie wersja profilu świadczeniodawcy. Aby to zrobić należy wybrać , a następnie przy pomocy kalendarza podać dzień na który ma zostać wykonane sprawdzenie.

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

- Czy wszystkie osoby personelu posiadają przekodowane zawody / specjalności
- Czy dla wszystkich podwykonawców istnieje przynajmniej jedno aktywne przedsiębiorstwo
- Czy wszystkie osoby personelu mają przynajmniej jedno miejsce zatrudnienia
- Czy wszystkie komórki posiadają profile działalności
- Czy dla wszystkich jednostek została uzupełniona / potwierdzona poprawność ich opisu z aktualnym rozporządzeniem MZ
- Czy dla wszystkich komórek została uzupełniona / potwierdzona poprawność ich opisu z aktualnym rozporządzeniem MZ
- 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.

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

Weryfikuj poprawność danych na dzień: *

Uwaga: Przed generacją rozważ sprawdzenie poprawności danych na dzień, na który pobierana będzie wersja profilu świadczeniodawcy.

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

- niektóre osoby personelu świadczeniodawcy posiadają nieprzekodowane zawody/specjalności.
- dla następujących podwykonawców nie istnieje żadne aktywne przedsiębiorstwo z wymaganym zakresem danych:

rozwiń	Podwykonawcy
------------------------	--------------

- dla następujących osób personelu brak jest przynajmniej jednego miejsca zatrudnienia:

rozwiń	Osoby personelu
------------------------	-----------------

- w następujących komórkach organizacyjnych brak jest profilu działalności:

rozwiń	Komórki organizacyjne
rozwiń	Komórki organizacyjne podwykonawców

- 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

Nowa wersja profilu została wygenerowana. Operacja rozpoczęła się
 2015-10-28 12:43:29.

Rys. 8.77 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 **Dodanie wersji profilu**.
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 **Sprawdź**.

Rys. 8.78 Weryfikacja poprawności danych na dzień

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

Rys. 8.79 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	Wygenerował	Operacje
1.	2015-10-28 13:13:14	1390	17	Imię: JAN Nazwisko: K...	pobierz plik
2.	2015-10-28 13:12:28	1389	17	Imię: JAN Nazwisko: K...	pobierz plik

Rys. 8.80 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**

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](#).

(2) Dokument przekazania potencjału - rejestracja - Lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania

Czy przenieść personel RTM?

Lista miejsc udzielania świadczeń: *

Lp.	Kod Nazwa	Adres	Komórka organizacyjna	Data rozpoczęcia działalności	Data zakończenia działalności	Operacje
1	Kod: 10183 Nazwa: PORADNIA CHEMIOTERAPII	60-988 POZNAŃ	Kod: 2233 Nazwa: PORADNIA CHEMIOTERAPII Specjalność: 1242 PORADNIA CHEMIOTERAPII	2007-10-01	-	usuń

* pola wymagane

Rys. 8.83 Lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania

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

Poszczególne statusy dokumentu cesji:

I. **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: [redacted]	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 oddziałowym 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: [redacted]	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. 8.84 Aktualizacja dokumentu

Po zakończeniu obsługi dokumentu przez świadczeniodawcę przekazującego (cedenta), jest on udostępniany świadczeniodawcy przejmującemu przy pomocy opcji **Przekaż**. 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. 8.85 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) Potwierdzanie przejęcia potencjału

Data przekształcenia: *

* pole wymagane

Rys. 8.86 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

(2) Potwierdzanie przejęcia potencjału

Lista miejsc udzielania świadczeń do przejęcia								
Lp.	Kod Nazwa	Adres	Komórka organizacyjna	Data rozpoczęcia działalności	Data zakończenia działalności	Decyzja	Miejsce docelowe	Operacje
1	Kod: 10181 Nazwa: AMBULATORIUM CHIRURGICZNE	65-000 WOLSZTYN	Kod: 1232 Nazwa: AMBULATORIUM Specjalność: 3012 AMBULATORIUM CHIRURGICZNE	2009-01-10	-	-	brak	podgląd decyzja

Rys. 8.87 Potwierdzenie przejęcia potencjału – Decyzja

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.

Potwierdzanie przejęcia potencjału
(1) Zgoda/odmowa przejęcia potencjału miejsca

Decyzja o przejęciu potencjału miejsca: *

Miejsce udzielania świadczeń, do którego ma być przeniesiony potencjał: *

* pola wymagane

Rys. 8.88 Potwierdzenie przejęcia potencjału – Zgoda/odmowa

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

5. Po wydaniu decyzji dla przynajmniej jednego miejsca można wybrać opcję , 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 nie powiązanych 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 przejścia* 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.: 1234	Nazwa: - Typ: indywidualny Kod tech.: 1232	Od: 2014-01-01 Do: -	
zwiń			
Profile komórki organizacyjnej			
Komórka organizacyjna	Profil	Okres działalności	
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1234	Funkcja ochrony zdrowia: Kod: HC.4.2.6. Nazwa: ANGIOGRAFIA Dziedzina medyczna: Kod: 36 Nazwa: ALERGOLOGIA Kod tech.: 1234	Od: 2014-01-01 Do: -	
zwiń			
Harmonogramy profilu komórki organizacyjnej			
Komórka organizacyjna	Profil	Harmonogram	Okres obowiązywania
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1234	Funkcja ochrony zdrowia: Kod: HC.4.2.6. Nazwa: ANGIOGRAFIA Dziedzina medyczna: Kod: 36 Nazwa: ALERGOLOGIA Kod tech.: 1234	Nazwa: HARMONOGRAM ZGODNY Z HARMONOGRAMEM KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ Typ: - Kod tech.: 1233	Od: 2014-01-01 Do: -
Kod: 4567 Nazwa: KOM_1 Kod tech.: 1234	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.: 1232	Nazwa: - Typ: indywidualny Kod tech.: 1233	Od: 2014-01-01 Do: -
zwiń			
Miejsca pracy personelu			
Miejsce udzielania świadczeń	Personel	Praca	
Kod: 14537 Nazwa: MIEJ_1	PESEL: 11111111111 Imię: IMIE87 Nazwisko: NAZWISKO02	Od: 2014-01-01 Do: - Kod tech.: 1237	
zwiń			
Okresy dostępności zasobów			
Miejsce udzielania świadczeń	Zasób	Dostępność	
Kod: 14537 Nazwa: MIEJ_1	Kod: 0011049 Nazwa: ABLATOR Producent: PROD Model: MODEL Kod tech.: 1232	Od: 2014-01-01 Do: - Kod tech.: 1232	

Rys. 8.89 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. 8.90 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: 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 UTRUDNIENIE LUB OGRANICZENIE W NABYWANIU JĘZYKA 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: PROTEZA OKA WYKONANA INDYWIDUALNIE DLA DOROSŁYCH - PROTEZA	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 UTRUDNIENIE LUB OGRANICZENIE W NABYWANIU JĘZYKA 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 aktualizację 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**.

Lp.	Data importu	Nazwa pliku	Status importu	Komunikat	Operacje
1.	2010-10-18 11:17:41	150000004 test.csv	ZAIMPORTOWANY	WCZYTANE/POMINIĘTE POZYCJE:0/15	pozycje pominięte
2.	2007-12-06 13:10:22	150000004csv.csv	ZAIMPORTOWANY	-	
3.	2007-12-06 13:09:04	150000004csv.csv	ZAIMPORTOWANY	WCZYTANE/POMINIĘTE POZYCJE:0/2	
4.	2007-12-06 12:54:24	150000004csv.csv	ZAIMPORTOWANY	WCZYTANE/POMINIĘTE POZYCJE:0/5	

Rys. 9.3 Lista importów produktów handlowych

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

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	cena-brutto
20 znaków	16 znaków	200 znaków	200 znaków	200 znaków	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;cena-brutto
1145;9111.01.N;Naprawa - wkładka do buta;1;Zakład;N;99,98
1146;9111.02.N;Naprawa - wkładka do buta sztuczna;1;Zakład;T;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. 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.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Cena aktualna	
1.	P: P/2000/3 M: VB200	tak	Kod: 800 Nazwa: PROTEZA PODUDZIA NOWA	34.50	
2.	P: P/2000/3 M: VB200	tak	Kod: 801 PROTEZA PODUDZIA Nazwa: PROTEZA PODUDZIA	80.88	
3.	P: PRODUCENT PROTEZ M: P/2000/4	nie	Kod: 1200 Nazwa: PROTEZA UDA NOWA	130.00	
4.	P: PRODUCENT PROTEZ M: P/2000/4	nie	Kod: 800 PROTEZA Nazwa: PROTEZA UDA	90.40	
5.	P: ABC M: STY-08	nie	Kod: PROTEZA 01 Nazwa: PROTEZA OKA 01	70.00	
6.	P: PRODUCENT BV M: BV2000	nie	Kod: PROTEZA 02 Nazwa: PROTEZA OKA 02	56.60	
7.	P: ABC M: AZ	nie	Kod: 123/4 Nazwa: PROTEZA	60.00	

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**.

Przykładowy plik produktów wyeksportowanych z SZOI wygląda następująco:

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	id-prod-handl	kod-srodka-nfz	nazwa-handlowa	model	producent	ind-zamow	cena-brutto	
2	66799077	9231.04	APARAT	T65	POLFARMA	T	264	
3	2743853	9254.01	INHALATOR	V65	V2	N	123	
4	5467898	9113.06	Proteza	V2	Siemens	T	482	
5	12345	9221.06.50	Szklka dwuogniskowe	V2	Producent szki	T	114	
6	674332	9140.26	SZYNA	G5	PAL	T	65	
7	65789	9130.20	TYP THOMOSA	C33	EZOP	T	741	
8								

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 **Oznacz historyczne** umożliwia oznaczenie produktów handlowych jako historyczne (już nie wykorzystywane). 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: 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 UTRODNIE NIE LUB OGRANICZENIE W NABYWANIU 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: Zawiera: Zesta

Rok: Aktywność: aktywny Status: -- wszystkie --

Rodzaj zaopatrzenia: ----- wybierz -----

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:* ----- wybierz -----

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** – umożliwi skopiowanie zestawu
- **Produkty** – umożliwi 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).

Zestaw produktów handlowych
Rok: 2012
Rodzaj zaopatrzenia: PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE
Nazwa: ZESTAW PIERWSZY
Status: wprowadzony
Aktywność: aktywny
[Powrót do zestawów produktów handlowych](#)

Produkty handlowe w zestawie

Kod Zawiera

Tylko produkty w zestawie

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Kod środka Nazwa środka	Cena aktualna	W zestawie
1.		<input type="checkbox"/>	Kod: 9150.25 Nazwa: ORTEZA JEDNOSZYNOWA STABILIZUJĄCA STAW KOLANOWY	Kod: 9150.25 Nazwa: ORTEZA JEDNOSZYNOWA STABILIZUJĄCA STAW KOLANOWY	0.00	<input type="checkbox"/> Tak
2.	P: REH4MAT M: JEDNOSZYNOWA ORTEZA STAWU KOLANOWEGO Z SZYNA 2 I DYNAMICZNYM PASEM SPIRALNYM	<input type="checkbox"/>	Kod: AM-OSK-ZJ/2B Nazwa: AM-OSK-ZJ/2B	Kod: 9150.25 Nazwa: ORTEZA JEDNOSZYNOWA STABILIZUJĄCA STAW KOLANOWY	800.00	<input type="checkbox"/> Tak
3.	P: REH4MAT M: JEDNOSZYNOWA ORTEZA STAWU KOLANOWEGO Z SZYNA 2R I DYNAMICZNYM PASEM SPIRALNYM	<input type="checkbox"/>	Kod: AM-OSK-ZJ/2D Nazwa: AM-OSK-ZJ/2D	Kod: 9150.25 Nazwa: ORTEZA JEDNOSZYNOWA STABILIZUJĄCA STAW KOLANOWY	800.00	<input type="checkbox"/> Tak
4.	P: REH4MAT M: JEDNOSZYNOWA ORTEZA STAWU KOLANOWEGO Z SZYNA 2RA I DYNAMICZNYM PASEM SPIRALNYM	<input type="checkbox"/>	Kod: AM-OSK-ZJ/2RAB Nazwa: AM-OSK-ZJ/2RAB	Kod: 9150.25 Nazwa: ORTEZA JEDNOSZYNOWA STABILIZUJĄCA STAW KOLANOWY	800.00	<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 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 poniższym oknie można zapoznać się z kodami świadczeniodawców obcych, którzy będą rozliczani w bieżącym OW NFZ przez załogowanego świadczeniodawcę.

Lp.	Kod OW NFZ	Kod świadczeniodawcy	Stan powiązania	Stan subskrypcji umów	Operacje
1.	4	.....	Aktywne	Nieaktywna	subskrybuj cofnij subskrypcje
2.	3	.....	Aktywne	Nieaktywna	subskrybuj cofnij subskrypcje

Rys. 9.11 Kody świadczeniodawcy w innym OW NFZ

Przy pomocy opcji **Dodawanie kodu świadczeniodawcy** można wprowadzić nowego świadczeniodawcę obcego.

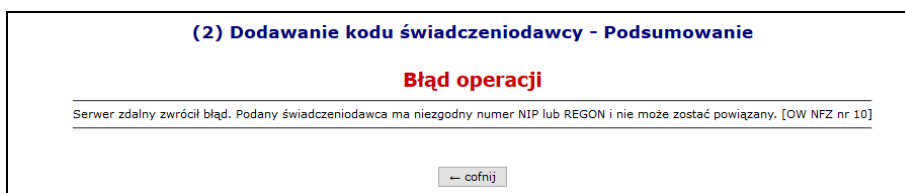
Rys. 9.12 Dodawanie kodu świadczeniodawcy obcego - Wybór

System sprawdza czy w podanym OW NFZ występuje świadczeniodawca o podanym numerze. Jeżeli nie pojawi się poniższy komunikat:



Rys. 9.13 Brak świadczeniodawcy o podanym kodzie w OW NFZ

System sprawdza także zgodność numeru NIP oraz REGON podmiotu zalogowanego świadczeniodawcy oraz wprowadzonego świadczeniodawcy obcego:



Rys. 9.14 Brak świadczeniodawcy o podanym numerze NIP/REGON w OW NFZ

Od momentu włączenia subskrypcji (status *Aktywna*) najnowsze wersje umów ZPO będą przesyłane automatycznie do bieżącego OW NFZ.

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 operacyjnego 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 komórek](#)]:
 - 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 miejsc](#)]
 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.

Rys. 11.1 Lista umów

Informacje charakterystyczne dla umowy, to:

- **numer umowy** – numer przydzielony umowie przez system informatyczny NFZ
- **numer pierwotny** – numer nadany umowie
- **rodzaj świadczeń**, którego dotyczy umowa
- **data podpisania** umowy
- **data od / do** obowiązywania umowy

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
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
Drukuj umowę	Pobranie umowy w formacie *.pdf
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

11.1.1 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
- **miejscach** 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 NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA OBSZARZE ZABEZPIECZENIA DO 100 000 OSÓB - RYCZAŁT MIESIĘCZNY	916,6663	1 000,00 zł	916 666,30 zł	plan miejsca

Rys. 11.2 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 sikh
- 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

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											
Miesiąc: -- dowolny -- -- dowolny -- Szukaj											
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20											
Lp.	Miesiąc	Liczba jedn. rozliczen.	Cena jedn.	Wartość	Faktyczne wykonanie		Szablony rachunków		Rachunki		Operacje
					Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	
1.	STYCZEŃ	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
2.	LUTY	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	33,0000	33,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia umowy powiązane
3.	MARZEC	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	38,0000	38,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia umowy powiązane
4.	KWIECIEŃ	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
5.	MAJ	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
6.	CZERWIEC	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	1,0000	1,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
7.	LIPIEC	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
8.	SIERPIEŃ	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
9.	WRZESIEŃ	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
10.	PAŹDZIERNIK	0,0000	1,00 zł	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia

Rys. 11.3 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 **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 personelu, 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 personelu 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	BIALA 2 00-215 POZNAŃ	brak oceny	Oczekuje	plan

Rys. 11.4 Miejsca udzielania świadczeń

11.1.2 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.

← Powrót do listy umów Pobierz plik

Wykaz rozliczonych pozycji [Wykaz pozycji do rozliczenia](#) [Wykaz pozycji z problemami](#)

Wykaz rozliczonych pozycji

wszystkie warunki dowolny warunek

Id instalacji Zawiera Szukaj

Bieżący zakres pozycji: 1-20

Lp.	Identyfikator instalacji	Id pozycji rozliczeniowej	Nr wersji pozycji rozl.	Liczba uznanych jedn. rozlicz.	Id szablonu	Punkt umowy ▲	Okres spaw.
1.	UGODY_TJ1	14	1	1.0000	4473	1	1
2.	UGODY_TJ1	15	1	1.0000	4473	1	1
3.	UGODY_TJ1	16	1	1.0000	4473	1	1
4.	UGODY_TJ1	2	1	7.0000	4495	1	1
5.	UGODY_TJ1	3	1	7.0000	4496	1	1
6.	UGODY_TJ1	4	1	7.0000	4496	1	1
7.	UGODY_TJ1	5	1	7.0000	4497	1	1
8.	UGODY_TJ1	7	1	1.0000	4498	1	1
9.	UGODY_TJ1	13	1	1.0000	4499	1	1
10.	UGODY_TJ1	12	1	1.0000	4499	1	1

Rys. 11.5 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 pojawią się pozycje z ujemną liczbą jednostek rozliczeniowych, będą one reprezentowały nierozliczone korekty blokujące rozliczenie świadczeń z dodatnią liczbą jednostek rozliczeniowych.

← Powrót do listy umów pobierz plik

Wykaz rozliczonych pozycji [Wykaz pozycji do rozliczenia](#) [Wykaz pozycji z problemami](#)

Wykaz pozycji do rozliczenia

wszystkie warunki dowolny warunek

Id instalacji Zawiera Szukaj

Rodzaj: -- wszystkie -- Świadczenia ratujące życie: -- wybierz -- Świadczenia wykonane na rzecz: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 21-40

Lp.	Identyfikator instalacji	Id pozycji rozliczeniowej	Nr wersji pozycji rozl.	Liczba jedn. do rozlicz.	Punkt umowy ▲	Okres spaw.
21.	UGODY_TJ11	14	1	1.0000	1	1
22.	UGODY_TJ11	15	1	1.0000	1	1
23.	UGODY_TJ11	16	1	1.0000	1	1
24.	UGODY_TJ11	17	1	1.0000	1	1

Rys. 11.6 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.

Wykaz rozliczonych pozycji | Wykaz pozycji do rozliczenia | **Wykaz pozycji z problemami**

Wykaz pozycji z problemami

wszystkie warunki
 dowolny warunek

Id instalacji: Zawiera

Okres sprawozdawczy od: Styczeń do: Grudzień Waga problemu: -- wybierz -- Problemy: -- wybierz --

Stan rozliczenia: -- wybierz --

Bieżący zakres pozycji: 1-20

Lp.	Nazwa pliku z raportem Id instalacji Id pozycji rozliczeniowej Wersja pozycji rozliczeniowej	Kod zakresu świad. Nazwa zakresu świad.	Kod świadczenia Nazwa świadczenia	Rozpoznanie główne ICD10	Typ id pacjenta Id pacjenta	Udzielenie świad. Data od Data do	PeSEL osoby personelu medycznego Nr prawa wykonywania zawodu	Operacje
1.	150000018_461 001-01-993392-00-000263-20081029092745 519 5	02.1010.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII	5.03.00.0000021 WYKRYWANIE RNA/DNA ZA POMOCĄ BADAŃ MOLEKULARNYCH (PCR/PFGE)	A00	PESEL	2013-01-01 2013-01-01	-	Lista błędów
2.	150000018_461 001-01-993392-00-000263-20081029092745 520 5	02.1010.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII	5.05.00.0000066 POSIEW Z ANTYBIOGRAMEM W KIERUNKU MYCOBACTERIUM	A00	PESEL	2013-01-01 2013-01-01	-	Lista błędów
3.	150000018_522 001-01-993392-00-000263-20081029092745 559 5	02.1050.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GASTROENTEROLOGII	5.05.00.0000066 POSIEW Z ANTYBIOGRAMEM W KIERUNKU MYCOBACTERIUM	A00	PESEL	2013-01-08 2013-01-08	-	Lista błędów
4.	150000018_522 001-01-993392-00-000263-20081029092745 560 5	02.1050.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GASTROENTEROLOGII	5.05.00.0000080 KWALIFIKACJA POTENCJALNEGO BIORCY DO ZABIEGU PRZESZCZEPIENIA Z OKREŚLENIEM PILNOŚCI WYKONANIA ZABIEGU	A00	PESEL	2013-01-08 2013-01-08	-	Lista błędów

Rys. 11.7 Wykaz pozycji z problemami

Pliki pobierane w tej części systemu można rozpakować i przeglądać za pomocą dowolnej aplikacji.

Dla pozycji z problemami powiązаныmi 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*.

11.1.3 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 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.

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. 11.8 Lista umów formalno-prawnych PSZ

Opcja **Kwalifikacja zakładu** umożliwia wyświetlenie zakładów jakie zostały zakwalifikowane do sieci.

Lp.	Nazwa zakładu	REGION	Operacje
1.	Nazwa: PSZ █ Kod techn.: █	3 █	poziom sieci PSZ profile

Rys. 11.9 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.

Lp.	Kod poziomu	Nazwa poziomu	Tryb kwalifikacji	Kod podstawy kwalifikacji	Nazwa podstawy kwalifikacji	Data od	Data do
1.	Kod: 30	Nazwa: Szpitale III stopnia	Tryb: Decyzja Dyrektora OW NFZ	Kod podstawy: -	Nazwa podstawy: -	2017-10-01	2021-06-30

Rys. 11.10 Poziom sieci PSZ

Opcja **Profile** umożliwia zapoznanie się z wszystkimi profilami wybranego zakładu, który został zakwalifikowany do poziomu zabezpieczenia świadczeń.

11.3 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 rozbieżnościami 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 plikuxlsx

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)

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

Rys. 11.11 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 operacyjnego
 - TAK – jeżeli wykryto różnice na poziomie rejonu operacyjnego

- 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 operacyjnym**:
 - Brak przynajmniej jednego zespołu RTM w rejonie operacyjnym w roku docelowym lub brak przynajmniej jednego zespołu RTM z miejscem obowiązywania na pierwszy dzień obowiązywania zespołu RTM
 - Rejon operacyjny 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 operacyjnego 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 PRZEDSIĘBIORSTWA, 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 PRZEDSIĘBIORSTWA, 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. 11.12 Lista pozycji umowy wraz z miejscami udzielania świadczeń

11.4 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. 11.13 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)

11.5 Modele rozliczeń

11.5.1 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 2010 (lub wcześniej) i nie został dotychczas rozliczony.

Jeżeli świadczeniodawca dysponuje oprogramowaniem, które umożliwia 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.

11.5.2 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.

11.5.3 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 zmiane 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 zaimportowanych
 oraz
 - o ile raportów częściowych powstało na skutek importu SWX,
 - o jaki jest wynik weryfikacji raportu częściowego.**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**:
- a. w przypadku rozliczania świadczeń w rodzaju świadczeń *zaopatrzenie ortopedyczne* należy skorzystać z opcji **Dodawanie żądania rozliczenia ZPO**,
 - b. w innych rodzajach świadczeń niż w/w należy skorzystać z opcji **Dodanie żądania rozliczenia świadczeń**,
- Do wygenerowania naliczenia operator świadczeniodawcy musi wskazać:
- o rok, którego dotyczy rozliczenie;
 - o 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*),
 - o 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.

Lista umów

Numer umowy: Zawiera Szukaj Zlicz rekordy

Rodzaj świadczeń: wybierz

Okres rozliczeniowy - rok: 2012

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: 15-00-05376-12-02 N: 150005376120002	KSA-3000-2011-391	K: POZ N: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	2012-01-01	2012-01-01	2012-12-31	zakresy świadczeń nr konta bieżące rozliczenie model rozliczeń szablony rachunków
2.	N: 15-00-05376-12-03 N: 150005376120003	KSA-3000-2011-391	K: POZ N: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	2012-01-01	2012-01-01	2012-12-31	zakresy świadczeń nr konta bieżące rozliczenie model rozliczeń szablony rachunków

Rys. 11.14 Lista umów

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:

- o **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”.
- o **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 komunikacji 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. 11.15 Model rozliczeń umowy

11.6 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: Zawiera:

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 żądania/ 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. 11.16 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		Zawiera		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. 11.17 Pozycje szablonu rachunku

Operacja usunięcia szablonu dostępna jest pod warunkiem, że dla umowy nie wybrano modelu naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ.

11.7 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.

11.7.1 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.

Zakresy świadczeń							
Kod		Zawiera		Szukaj			
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nr punktu umowy	Kod zakresu	Nazwa zakresu	Liczba usług	Jedn. cena	Wartość	Operacje
1.	1	12.2970.033.09	ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE	0,0000	0,00 zł	0,00 zł	plan miejsca

Rys. 11.18 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.

Od 2008 roku, pakiety świadczeń dołączane do punktów umowy zostały zastąpione przez zestawy produktów handlowych. Świadczeniodawcy prowadzą swoje rozliczenia w oparciu o zakontraktowane produkty.

W celu przejrzania dokładnej informacji o kontrakcie dla określonego miejsca świadczenia usług należy wybrać opcję **Miejsca** na liście zakresów świadczeń. Czynność ta spowoduje wyświetlenie listy **Miejsca udzielania świadczeń**.

Miejsca udzielania świadczeń

Nazwa Zawiera

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Numer	Nazwa	Komórka organizacyjna	Adres	Ocena ostatniej sesji weryfikacyjnej	Operacje
1.	13226	INDICEE_PODZIAL_HR_TEST	Kod: 4756 Nazwa: PODZIAL_HR_TEST Specjalność: 3112 ZESPÓŁ WYJAZDOWY WYPADKOWY W - PODSTAWOWY	99-999 POZNAŃ 00 00000	nie dotyczy	plan

Rys. 11.19 Miejsca udzielania świadczeń powiązane z umową

Wybierając opcję **Plan** dla wybranego miejsca wyświetlona zostanie informacja o planie miesięcznym z możliwością przeglądania listy produktów umieszczonych w zestawach produktów. Przeglądanie cen produktów handlowych dostępne jest również z poziomu listy umów.

11.7.2 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

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 UZUPEŁNIAJĄCA STOPE PO AMPUTACJI 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 SZTUCZNEGO	P: PSZ_PRODUCENT M: PSZ_MODEL	N	-	ceny w miesiącach

Rys. 11.20 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 w celu dokonania zmian:

- wartości refundacji produktu handlowego
- zestawu produktów handlowych

Czynności te są dostępne po wybraniu opcji **Wnioski** dostępnej na *Liście umów*.

11.7.3 ZPO: Wniosek 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 zapełniana. 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

Aby wprowadzić nagłówek nowego wniosku należy wybrać opcję Dodawanie wniosku. Czynność spowoduje wyświetlenie okna **Dodawania wniosku**, które należy zatwierdzić.

Uwaga!

Jednocześnie na liście może istnieć tylko jeden wniosek o statusie wprowadzony.

Nagłówek wniosku o wskazanym w komunikacie numerze zostanie dodany na **Listę wniosków**. Zostaną również dla niego udostępnione następujące opcje:

- **Przełącz do OW NFZ** –przekazanie do OW NFZ wybranego wniosku w formie elektronicznej
- **Usuń** –usunięcie pozycji z wniosku o statusie wprowadzony
- **Pozycje** –dodawanie pozycji do wniosku
- **Eksport zestawów** –eksport zestawu produktów do pliku xls

Lp.	Nr wniosku	Data wprowadzenia	Data przekazania do OW	Data rozpatrzenia	Status	Operacje
1.	WZ-2011-10-24-00443	2011-10-24 10:24:13	-	-	S: wprowadzony	przełącz do OW usuń pozycje eksport zestawów

Rys. 11.21 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**, a po otwarciu okna pozycji wniosku – **Dodawanie pozycji**.

W trakcie dodawania pozycji należy wskazać odpowiedni zakres świadczeń. Jeżeli wniosek będzie przekazany do 10 dnia danego miesiąca, to zmiany w nim zawarte wejdą w życie od pierwszego dnia kolejnego miesiąca (oczywiście, jeżeli zostanie rozpatrzony pozytywnie przez OW NFZ). Natomiast, jeżeli wniosek zostanie przekazany po 10 dniu danego miesiąca to jego zmiany wejdą za dwa miesiące.

Czyli jeżeli wniosek zostanie przekazany do OW NFZ 8 sierpnia to po jego pozytywnym rozpatrzeniu zmiany wejdą w życie od 1 września. Natomiast, jeżeli zostanie przekazany 17 sierpnia to zmiany zostaną wprowadzone od 1 października.

Dodana pozycja zostanie zapisana na liście pozycji wniosku.

Lp.	Zakres świadczeń	Operacje
1.	K: 12.2970.033.09 N: ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE	usuń cennik zestawy

Rys. 11.22 Pozycje wniosku

Za pomocą dostępnych opcji, operator może:

- **Usuń** – usunąć dodaną pozycję wniosku
- **Cennik** – zmodyfikować ceny za produkt handlowy
- **Zestawy** – zmienić zestaw produktów realizowany w ramach umowy

11.7.4 Modyfikacja cennika

Wybierając opcję **Cennik** wyświetlone zostanie okno **Cennika produktów handlowych**.

Cennik produktów handlowych																
Nazwa		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy										
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20																
Lp.	Kod Nazwa	Okres												Nowa cena	Operacje	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1.	K: PSZ_PRODUKT_2 KŚ: 9111.03 N: PSZ_PRODUKT_2	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	-	zmień
2.	K: PSZ_PRODUKT_1 KŚ: 9111.01 N: PSZ_PRODUKT_1	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	-	zmień

Rys. 11.23 Cennik produktów handlowych

Na liście zostaną wyświetlone wszystkie produkty, ze wszystkich zestawów, dotyczące wybranego zakresu świadczeń.

Operator wybierając opcję **Zmień** może dokonać zmiany ceny produktu. Zmiana zostanie wprowadzona dla wskazanego w pozycji wniosku okresu sprawozdawczego. Wybór opcji **Zmień** spowoduje wyświetlenie okna informacji o produkcie.

Rys. 11.24 Zmiana ceny produktu

W polu **Nowa cena** należy wprowadzić nową cenę dla produktu. Cena nie może być wyższa niż cena limitu dla środka pomocniczego.

Cenę należy wprowadzić korzystając z separatora w postaci kropki.

Wprowadzone zmiany należy zatwierdzić korzystając z opcji .

Zmiana zostanie wpisana na listę produktów. Zmianę ceny wykonuje się dla każdego produktu oddzielnie.

Po zakończeniu wprowadzania cen, 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).

11.7.5 Zmiana zestawu produktów

Wybierając opcję **Zestawy** (dostępną w oknie **Pozycje wniosku**) wyświetlone zostanie okno **Zestawy produktów handlowych dostępne w miejscach udzielania świadczeń**.

- Indywidualnego zamówienia
- Ceny
- Kodu ministerialnego

11.7.7 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 rozpatrzenia**.

11.7.8 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.

11.7.9 Pobieranie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

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 . 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 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 <input type="text" value="Zawiera"/> <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>							
Umowa: <input type="text" value="..... wybierz"/> <input type="button" value="X"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	PESEL	Imię Nazwisko	Nr umowy	Pozycja umowy	Miejsce	Okres blokady	Operacje
1.	872.....	Imię: JAN Nazwisko:	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.	870.....	Imię: JAN Nazwisko:	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.	870.....	Imię: ADAM Nazwisko:	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. 11.27 Blokady osób personelu

W kolumnie *Operacje* znajduje się link **Szczegóły blokady**, który umożliwia zapoznanie się z dokładnymi informacjami związanymi z daną blokadą.

11.9 Zgody na wcześniejsze rozliczenie

W celu umożliwienia wykonania rozliczenia świadczeń rachunkiem refundacyjnym, wystawionym wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca rozliczanego, konieczne jest złożenie przez świadczeniodawcę wniosku o **wcześniejsze rozliczenie**.

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 o zgodę na wcześniejsze rozliczenie**:

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. 11.28 Uprawnienie operatora systemu

Wszystkie operacje związane z wnioskami o zgodę na wcześniejsze rozliczenie można dokonać na poniższej liście:

Lista wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie							
Dodawanie wniosku							
Nr wniosku		Zawiera		Szukaj		Zlicz rekordy	
Status: -- wszystkie --		Okres wnioskowany: od 1		do 12			
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Nr wniosku	Nr umowy Nr pierwotny	Okres obowiązywania umowy Od: Do:	Okres wnioskowany Od: Dd:	Data operacji Utw.: Zatw.: Rozp.:	Status	Operacje
1.	WWR-2010-12-23-00051	Nr: 15-00-05038-11-14 Nr: 2011/IFAZA/1	Od: 2011-01-01 Do: 2011-12-31	Od: 1 Dd: 1	Utw.: 2010-12-23 Zatw.: 2010-12-23 Rozp.: 2010-12-23	rozpatrzony pozytywnie	podgląd
2.	WWR-2011-01-17-00066	Nr: 15-00-05130-11-66 Nr: NUMER UMOWY 2	Od: 2011-01-01 Do: 2011-12-31	Od: 1 Dd: 1	Utw.: 2011-01-17 Zatw.: 2011-01-20 Rozp.: 2011-01-20	rozpatrzony negatywnie	podgląd
3.	WWR-2011-01-18-00069	Nr: 15-00-05120-11-26 Nr: 2011/IFAZA/1	Od: 2011-01-01 Do: 2011-12-31	Od: 1 Dd: 1	Utw.: 2011-01-18 Zatw.: 2011-01-18 Rozp.: -	zatwierdzony	podgląd wzrost anuluj

Rys. 11.29 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
- **Uzasadnienie** – dlaczego świadczeniodawca wnioskuje o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

(1) Dodawanie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Umowa:*

Okres wnioskowany:*
 miesiąc od:
 miesiąc do:

Uzasadnienie:*

* pola wymagane

Rys. 11.30 Dodawanie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

W ostatnim kroku należy zatwierdzić podsumowanie dodawania wniosku.

Nowo wprowadzony wniosek pojawi się na **Liście wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie** ze statusem **wprowadzony**. Dla pozycji o takim statusie w kolumnie *Operacje* dostępne są następujące funkcje:

- **Podgląd** – sprawdzenie szczegółów wniosku
- **Edycja** – modyfikacja wszystkich danych, które zostały wprowadzone podczas dodawania wniosku do systemu
- **Zatwierdź** - zmiana statusu wniosku na zatwierdzony (przekazanie do OW)
- **Anuluj**

Dla wniosków o statusie *Wprowadzony* dostępna jest opcja **Załączniki**. Po jej wybraniu dostępna będzie lista załączników jakie zostały podpięte do danego wniosku.

Opcja umożliwi dołączenie do wniosku załączników w postaci pliku. System dopuszcza następujące formaty plików: JPG, GIF, PNG, PDF.

[Powrót do listy wniosków](#)

Lista załączników do wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

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. 11.31 Lista załączników do wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Jeżeli wszystkie informacje zawarte we wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie się zgadzają, można go **Zatwierdzić**.

Wniosek po zmianie statusu na zatwierdzony zostaje automatycznie przekazany do OW NFZ w formie elektronicznej.

Zatwierdzony wniosek należy wydrukować przy pomocy opcji **Wydruk**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*. Wydrukowany wniosek należy podpisać i przekazać do OW NFZ.

Po przekazaniu wniosku w formie papierowej oraz elektronicznej pracownik OW NFZ dokonuje ich weryfikacji oraz oceny. Wniosek może zostać **rozpatrzony pozytywnie lub też negatywnie**. Informacja o ocenie wniosku pojawi się w kolumnie **Status**:

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	podajad wydruk anuluj
2.	WB-2012-04-24-001104	w ramach obecnej umowy	2012-04-24	2012-04-24	przekazany	podajad wydruk anuluj
3.	WB-2012-04-16-001087	w ramach obecnej umowy	2012-04-16	2012-04-16	wprowadzony	podajad przekaz edytuj anuluj

Rys. 11.32 Lista wniosków w sprawie rachunku bankowego

11.10 Obsługa wniosków 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 nadykonań**, która pozwala na wyświetlenie listy wniosków o sfinansowanie nadwykonań dla wskazanej umowy w układzie:

Umowa
Nr umowy: 15-00-05488-13-21
Nr pierwotny: 87654321
[Powrót do listy umów](#)

Lista wniosków o sfinansowanie nadwykonań

[Dodawanie wniosku](#)

Numer wniosku: Zawiera [Szukaj](#) [Zlicz rekordy](#)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 10

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	040000000000000000000000	podajad

Rys. 11.33 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:

Wniosek 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
Nazwa posiadacza:	POSIADACZ 1
Ulica z nr domu i nr lokalu:	FEWFASF 2
Kod pocztowy:	11-111
Miejscowość:	GOLĄBKI

Rys. 11.34 Wniosek o sfinansowanie nadwykonań

11.10.1 Dodawanie wniosku o sfinansowanie nadwykonań

1. Podczas dodawania wniosku o sfinansowanie nadwykonań należy wybrać opcję **Dodawanie wniosku**. 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.

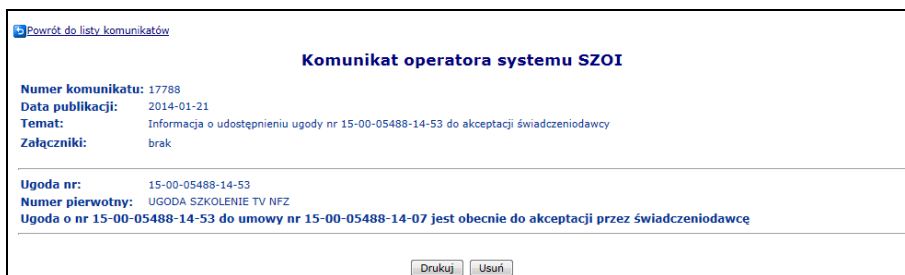
Ograniczenia, których spełnienie jest wymagane by złożenie wniosku przez świadczeniodawcę było możliwe:

- 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 obligatoryjne
- 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.

11.11 Weryfikacja aneksów ugodowych

Informacje o przekazaniu aneksu ugodowego do akceptacji przez Świadczeniodawcę w Portalu SZOI wyświetlane są w postaci komunikatów:



Rys. 11.35 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 zostaje wydrukowana, a Świadczeniodawca zobowiązany jest ją podpisać. Ostatecznym statusem zaakceptowanej umowy jest status Podpisany.

11.12 Przeglądanie aneksów ugodowych 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** operator ma możliwość przeglądania uгод dla wybranej umowy w następującym układzie:

Lista uгод

Numer ugody Zawiera

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. 11.36 Lista uгод dla wybranej umowy

- Numer ugody
- Numer pierwotny ugody
- Typ ugody
- Status
- Okres rozliczeniowy
- Data podpisania

W kolumnie **Operacje** dla każdej ugody możliwy jest podgląd nagłówka ugody oraz przejście do pozycji ugody. System pozwala również na podgląd wybranej pozycji ugody.

Podgląd pozycji umowy	
Dane pozycji umowy	
Nr umowy:	15-00-05488-13-79
Nr pozycji umowy:	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. 11.37 Podgląd pozycji umowy

11.13 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 począwszy 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

l.p.	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 wzrost anuluj
2.	WB-2012-04-24-001104	w ramach obecnej umowy	2012-04-24	2012-04-24	przekazany	podgląd wzrost anuluj
3.	WB-2012-04-16-001087	w ramach obecnej umowy	2012-04-16	2012-04-16	wprowadzony	podgląd przekaz edytuj anuluj

Rys. 11.38 Lista wniosków o zmianę numeru konta bankowego

11.13.1 Dodawanie wniosku

Do wprowadzania nowej pozycji wniosku do systemu służy opcja [Dodawanie wniosku](#). Istnieją trzy rodzaje wniosków związanych z ustalaniem / 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. 11.39 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ

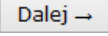
Jeżeli wniosek jest dodawany dla umowy obowiązującej od 1 stycznia 2013 roku, która nie jest umową apteczną dodatkowo należy uzupełnić:

- 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. 11.40 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ – Dane posiadacza konta

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych 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 **Przełącz**. 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. 11.41 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

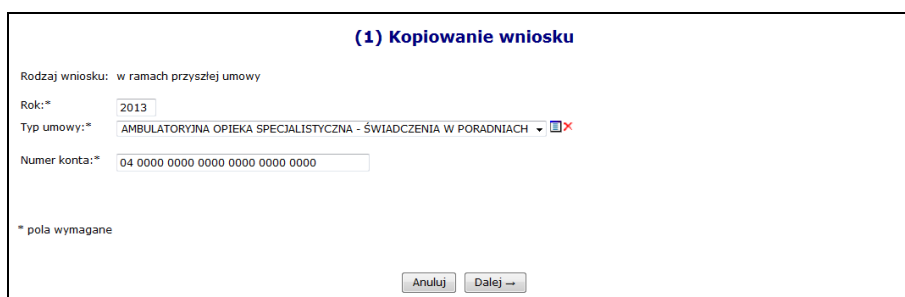
- **Ustalenia / zmiany konta bankowego do prowadzenia rozliczeń w ramach przyszłej umowy** - przyjęcie wniosku skutkuje:
 - Ustaleniem w systemie oddziałowym konta bankowego do prowadzenia rozliczeń w ramach przyszłych umów danego typu i danego okresu rozliczeniowego
Po dokonaniu zmiany w umowie jest 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.

11.13.2 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. 11.42 Kopiowanie wniosku

2. Kopiowanie wniosku – Dane posiadacza konta - strona wyświetlana tylko dla wniosków o konto bankowe do przyszłej umowy, zawieranej na rok 2013.



Rys. 11.43 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**.

- Rodzaj uprawnień – P - pielęgniarka, A - położna
 - NPWZ – numer prawa wykonywania zawodu
 - Wymiar etatu - wartość pomiędzy 0,01 a 4,0
- b) Dla importowanych danych jest sprawdzana unikalność NPWZ w ramach umowy
- c) **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**
5. 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 pielęgniarzek i położnych do OW NFZ

zwień		Stan zatrudnienia pielęgniarzek i położnych
Nr umowy:	15-00-05220-15-29	
Liczba pielęgniarzek:	2	
Liczba etatów pielęgniarzek:	4,50	
Liczba położnych:	2	
Liczba etatów położnych:	4,45	

⚠ UWAGA: po przekazaniu danych do OW NFZ, nie będzie możliwa modyfikacja listy etatów.

Rys. 11.46 Przekazanie stanu zatrudnienia pielęgniarzek i położnych do OW NFZ

6. 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 pielęgniarzek i położnych do OW NFZ

zwień		Stan zatrudnienia pielęgniarzek i położnych	
Nr umowy:	15-00-05220-15-38		
Liczba pielęgniarzek:	2		
Liczba etatów pielęgniarzek:	4,00		
Liczba położnych:	1		
Liczba etatów położnych:	1,50		

zwień				Lista osób dla których został przekroczony wymiar etatu
Państwo	Rodzaj uprawnień	Nr prawa wyk. zaw.	Wymiar etatu	
Polska	Pielęgniarka	11020077	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. 11.47 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: -*





Rys. 11.48 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:

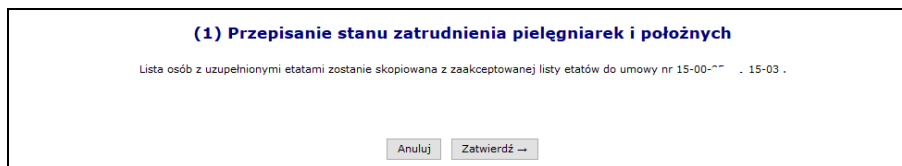
1. Z głównego menu wybrać *Umowy -> Wzrost wynagrodzeń*. Do tego modułu mają dostęp operatorzy posiadający uprawnienie **Umowy**.
2. W nowym oknie zostanie wyświetlona lista umów świadczeniodawcy wraz ze stanem przekazania informacji o stanie zatrudnienia pielęgniarek/położnych. Przepisanie można wykonać 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**.

Lp.	Nr umowy	Status ▲	Data przekazania	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba etatów położnych	Operacje
1.	15-00-0000-0000-42	Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)	2016-07-27	6,77	0,00	uzupełnij etaty importuj z pliku
2.	15-00-0000-0000-03	Do uzupełnienia (przekazane przez OW NFZ)	2016-08-03	3,00	2,00	uzupełnij etaty importuj z pliku przepisz przekaz
3.	15-00-0000-0000-3	Zatwierdzony	2015-11-17	3,50	2,50	lista etatów
4.	15-00-0000-0000-4	Zatwierdzony	2015-09-17	4,01	3,90	lista etatów

Rys. 11.49 Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych

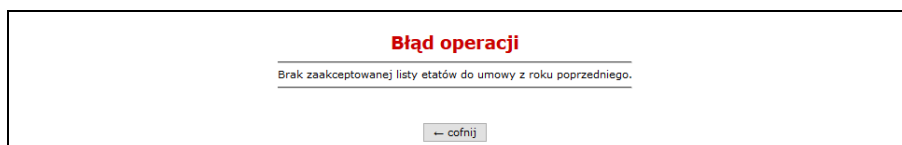
3. Jeżeli istnieje w systemie zaakceptowana lista etatów dla umowy w tym samym rodzaju w roku poprzednim, lista osób z etatami zostanie skopiowana. W takim przypadku system wyświetli komunikat *Lista osób z uzupełnionymi etatami zostanie skopiowana z zaakceptowanej listy etatów do umowy nr*

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. 11.50 Przepisanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych

- 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. 11.51 Przepisanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych – Błąd operacji

11.15 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 2015r. 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, udostępnia 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] 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	

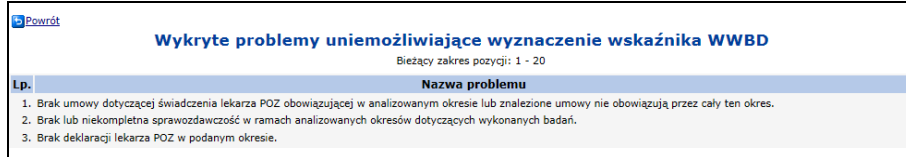
Rys. 11.52 Przykładowa lista wskaźników wykonania badań WWBD

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. 11.53 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

12 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.

12.1.1 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:

- Zostały wydane w okresie 2-14 miesięcy poprzedzających miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany
- Karty wystawione przez lekarzy w kontekście danego świadczeniodawcy, którzy w miesiącu prowadzenia obliczeń nie są już u niego zatrudnieni nadal są brane pod uwagę.
- 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 wyznaczania 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 „wyzerowania stanu” nie biorą udziału w obliczeniach UWRN).

Lista uśrednionych wskaźników rozpoznawania nowotworów

Szukaj Zlicz rekordy

Rok okres: 2013 1 2015 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. 12.1 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 Szukaj Zlicz rekordy

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. 12.2 Karty DiLO przekazane w ramach wskaźnika IWRN

12.1.2 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 UWNR 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		Zlicz rekordy			
Rok okres od: <input type="text"/>		do: <input type="text"/>		Szczegóły: -- wybierz --					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Lekarz	Rok	Okres	Wartość współczynnika	Szczegóły	Liczba kart wydanych	Liczba kart z diagnozą	Liczba kart z diagnozą i stwierdzeniem nowotworu	Operacje
1.	Nr prawa wykonywania zawodu: <input type="text"/> Imię: IMIĘ 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_IMIĘ 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. 12.3 Lista indywidualnych wskaźników rozpoznawania nowotworów przez lekarzy

Indywidualny Wskaźnik Rozpoznawania Nowotworów IWRN jest obliczany dla lekarza w kontekście świadczeniodawcy. Jeden lekarz może mieć wyznaczonych kilka wskaźników IWRN.

13 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](#)

13.1 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. 13.1 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

13.2 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:

1. Wybrać opcję **Dodanie zgłoszenia** . Czynność spowoduje wyświetlenie okna (1) *Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy*.
2. 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.

Słownik umów

Nr umowy: [] Zawiera: [] Szukaj Zlicz rekordy

Rok: 2017 Pokaż tylko umowy o statusie wprowadzona:

Rodzaj świadczeń: [wybierz]

Okres obowiązywania umowy: [] - []

Bieżący zakres pozycji: 1 - 10

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. 13.2 Przykładowe okno Słownika umów

- c. Jeśli umowa nie jest wyświetlana na liście słownika umów sprawdzić ustawienia filtrów słownika.

Słownik umów

Nr umowy: [] Zawiera: [] Szukaj Zlicz rekordy

Rok: 2017 Pokaż tylko umowy o statusie wprowadzona:

Rodzaj świadczeń: [wybierz]

Okres obowiązywania umowy: [] - []

- 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*.

(1) Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy

Umowa: *

* pola wymagane

Rys. 13.3 Przykładowe okno (1) Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy

3. Należy wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie okno (2) *Dodanie zgłoszenia o zmianę do umowy – Podsumowanie*.
4. Należy wybrać opcję **Zatwierdź**, w celu przygotowania zgłoszenia. Zgłoszenie zostanie zapisane na liście *Zgłoszenie zmiany do umowy*.

Lp.	Nr umowy	Nr zgłoszenia	Data utworzenia	Status	Operacje
	Nr pierwotny		Data przekazania do OW			Data anulowania
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. 13.4 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.

13.2.1 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 umożliwia 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>

13.3 Weryfikacja zgłoszenia zmiany do umowy

13.3.1 Pozycje do weryfikacji

System dzięki funkcji weryfikacji umożliwi przejrzanie ograniczonej liczby udostępionych zasobów, które uległy zmianie w rejestrze potencjału świadczeniodawcy w stosunku od 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.	N: [numer] N: [numer]	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.	N: [numer] N: [numer]	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. 13.5 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 **Pozycji 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 I 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. 13.6 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**
- **Zasobów**

- Harmonogramu miejsca
- Procedur/zabiegów medycznych

Dane do weryfikacji uporządkowane są w kolejnych zakładkach.

Lista pozycji do weryfikacji					
Personal medyczny Zasoby Harm. miejsca Procedury/zabiegi medyczne					
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	Typ błędu	Operacje
1.	PESEL: ██████████	Imię: ██████ Nazwisko: ██████████	dodanie	harmonogram do weryfikacji	harmonogramy usuń

Rys. 13.7 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: <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/> 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 Adres: ██████████	F: LECZENIE AMBULATORYJNE SPECJALISTYCZNE D: OKULISTYKA Kod tech. profilu: ...	Od: 2009-01-01 Do: 2009-12-31	bez zmian	pozycje do weryfikacji
2.	2	K: 02.1008.001.02 N: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHOROBY METABOLICZNYCH	K: 9400 N: PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ Adres: ██████████	F: LECZENIE AMBULATORYJNE D: CHIRURGIA OGÓLNA Kod tech. profilu: ...	Od: 2009-01-01 Do: 2009-12-31	bez zmian	pozycje do weryfikacji

Rys. 13.8 Pozycje zgłoszenia do weryfikacji

3. Wyświetlone zostanie okno *Listy pozycji do weryfikacji*, w którym należy przejrzeć zakładki danych: Personal medyczny, Zasoby, Harmonogram miejsca, Procedury / zabiegi medyczne.

Zakładka: Personal medyczny

Proces weryfikacji jest konsekwencją przeprowadzenia walidacji sprawdzającej, czy personel ma odpowiedni rodzaj harmonogramu.

Aby przeprowadzić weryfikację harmonogramu personelu medycznego, należy:

1. Wybrać zakładkę *Personal medyczny*, a następnie wybrać opcję **Harmonogramy**.

Lista pozycji do weryfikacji					
Personal medyczny Zasoby Harm. miejsca Procedury/zabiegi medyczne					
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	Typ błędu	Operacje
1.	PESEL: ██████████	Imię: ██████ Nazwisko: ██████████	dodanie	harmonogram do weryfikacji	harmonogramy usuń

Rys. 13.9 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, zasady zostały opisane w poniższej tabeli
- **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

Lista harmonogramów pracy osoby							
							Dodawanie harmonogramu
Deklaracja dostępności w dniu: <input type="text"/> <input type="button" value="Szukaj"/> <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>							
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20							
Lp.	Zawód/specjalność Funkcja	Typ dostępności	Data ważności od Data ważności do	Liczba godzin w tygodniu	Typ harmonogramu	Status	Operacje
1.	Zawód/specjalność: LEKARZ - ALERGLOGIA Funkcja: -	praca	Od: 2009-06-01 Do: 2009-09-30	45:00	szczegółowy	usunięcie	podgląd pokaż potencjał
2.	Zawód/specjalność: LEKARZ - ALERGLOGIA Funkcja: -	praca	Od: 2009-01-01 Do: 2009-05-05	45:00	szczegółowy	dodanie	weryfikacja podgląd pokaż potencjał usuń

Rys. 13.10 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
<input type="button" value="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

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**.

Rys. 13.11 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. 13.12 Powód usunięcia harmonogramu miejsca

Przykłady wykonania weryfikacji pozycji omawiające różne problemy umieszczono w rozdziale: [Przykłady problemów w trakcie wprowadzania zgłoszenia zmian do umowy](#).

13.3.2 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.

13.4 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: <input type="text"/>								
Osoba personelu: PESEL | Zawiera <input type="text"/>								
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20								
Lp.	Nr pozycji umowy	Zakres świadczeń	Kod Nazwa Adres	Profil medyczny lub Zespół RTM	Udział. świad od Udział. świad do	Status	Ocena NFZ	Operacje
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. 13.13 Lista pozycji zgłoszenia zmian do umowy

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)

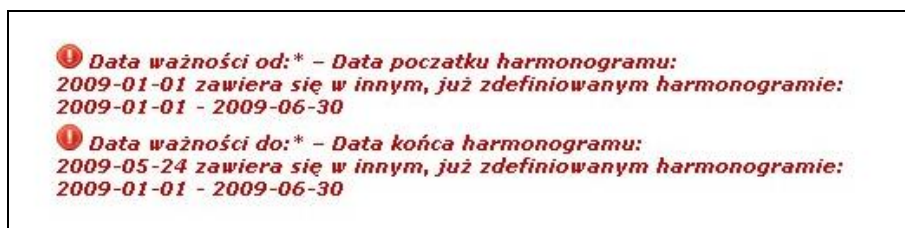
13.4.1 Harmonogram miejsca

Opcja **Harm. miejsca** umożliwia przejście do harmonogramów czasu pracy miejsca:

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: 2017-01-01 Do: 2017-02-28	90:00	edytowanie	podgląd harmonogramu pokaż potencjał edytuj podziel usuń
2.	praca	Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31	168:00	usunięcie	podgląd harmonogramu pokaż potencjał przywróć

Rys. 13.14 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 **Dodawanie harmonogramu**. 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. 13.15 Daty ważności harmonogramu miejsca

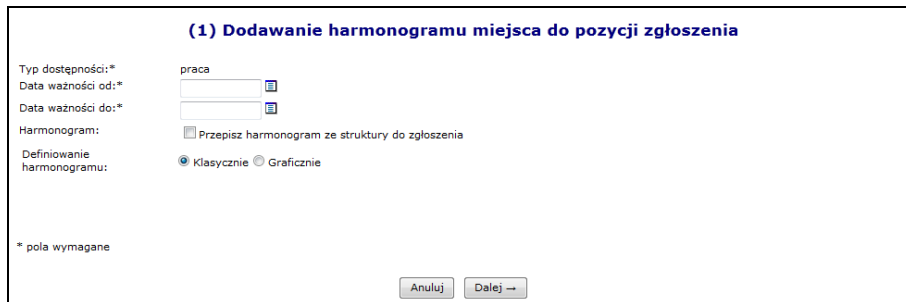
Opcje dostępne na liście harmonogramów

- **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.

13.4.1.1 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. 13.16 Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji

13.4.1.2 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.

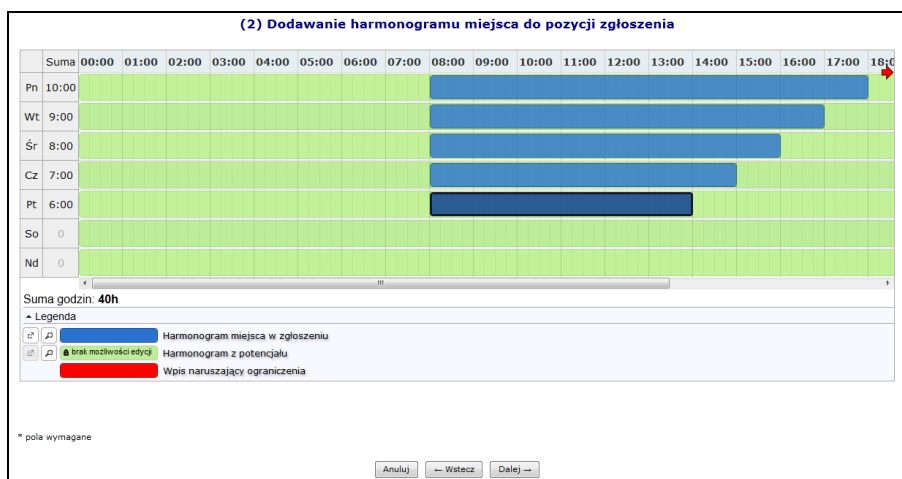
W ostatnim etapie wprowadzania harmonogramu miejsca do pozycji zawarte jest **Podsumowanie**, które należy zatwierdzić.

13.4.1.3 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. 13.17 Graficzne dodawanie harmonogram 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:

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**.

13.4.2 Personel medyczny

Kolejną opcją dostępną w kolumnie *Operacji* jest **Personel**, która umożliwi przejście do listy udostępionych osób personelu w kontekście bieżącego miejsca udzielania świadczeń i bieżącej pozycji umowy wynikających z danej pozycji zgłoszenia:

Lista udostępionych 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: <input type="text"/> <small>Kod tech: 1 0000</small>	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	bez zmian	harmonogramy dane osoby usuń

Rys. 13.18 Lista udostępionych 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 powiązane 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.

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](#).

Lista harmonogramów pracy osoby

[Dodawanie harmonogramu](#)

Deklaracja dostępności w dniu: [Szukaj](#) [Zlicz rekordy](#)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Zawód/specjalność Funkcja	Typ dostępności	Data ważności od Data ważności do	Liczba godzin w tygodniu	Typ harmonogramu	Status	Operacje
1.	Zawód/specjalność: LEKARZ - ALERGOLOGIA Funkcja: -	praca	Od: 2011-01-01 Do: 2011-01-31	22:00	szczegółowy	dodanie	podgląd pokaż potencjał edytuj usuń

Rys. 13.19 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.

Operacja dodawanie nowego harmonogramu dla osoby personelu medycznego przebiega identycznie jak proces dodawania osoby personelu medycznego w potencjale. Jedyną różnicą jest to, że nie pojawia się pierwsze okno wybierania osoby ze słownika.

Opcja **Edytuj** umożliwia modyfikację harmonogramu pracy osoby.

13.4.3 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

[Dodawanie zasobu](#)

Nazwa Zawiera [Szukaj](#) [Zlicz rekordy](#)

Deklaracja dostępności w dniu: [Szukaj](#)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Nazwa	Producent	Status	Operacje
			Model		
1.	Kod: 0010019 Nazwa: APARAT DO ZNIECZULANIA Kod tech.: 115	Producent: PRODUCENT ZAR Model: DW/2000 Rok prod.: 2001 Nr ser.: DW/2000/Z-1	dodanie	dostępności usuń	
2.	Kod: 0010098 Nazwa: KOMPUTER Kod tech.: 115	Producent: HP Model: DNS5	dodanie	dostępności usuń	

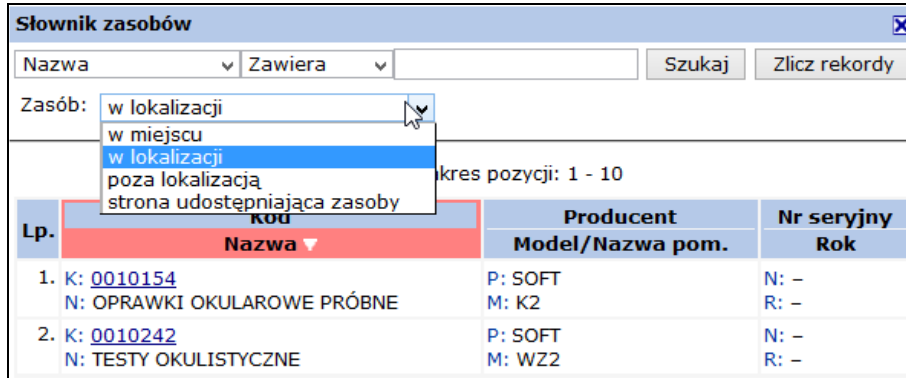
Rys. 13.20 Lista zasobów

W nowo otwartym oknie znajdują 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:

- Wybrać opcję **Dodawanie zasobu**. Przed przystąpieniem do wprowadzania nowej pozycji należy najpierw dodać dany zasób w module *Potencjał -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zasoby -> Okresy dostępności*.
- 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



Lp.	Nazwa	Producent	Nr seryjny
1.	K: 0010154 N: OPRAWKI OKULAROWE PRÓBNE	P: SOFT M: K2	N: - R: -
2.	K: 0010242 N: TESTY OKULISTYCZNE	P: SOFT M: WZ2	N: - R: -

Rys. 13.21 Słownik zasobów

- Wybrać opcję **Dalej →**.
- Podać okres dostępności zasobu:
 - Data dostępności od
 - Data dostępności do
 - Liczba egzemplarzy
 Wybór opcji **!** spowoduje wyświetlenie okresu dostępności zasobu w potencjale
 Należy pamiętać o następujących zależnościach:
 - Daty dostępności od/do powinny zawierać się w okresie obowiązywania umowy
 - Daty początku oraz końca dostępności powinny zawierać się w łącznych okresach dla danego miejsca
 - Data dostępności od nie może być wcześniejsza niż data początku okresu udostępnienia w miejscu
 - Data dostępności do musi być wcześniejsza lub równa dacie końca okresu udostępnienia w miejscu
 - Ostatnim krokiem dostępnym podczas przypisywania zasobu do zgłoszenia jest **Podsumowanie**, które należy zatwierdzić.

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.

13.5 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 MIEJSCA 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;

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

Legenda:

-  - harmonogramy miejsc i osób personelu
-  - zasoby

- po oznaczeniu zakresu należy wybrać opcję , aby kontynuować lub **Anuluj**, aby przerwać wykonywanie 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).

13.6 Aktualizacja informacji w zgłoszeniu na podstawie rzeczywistego potencjału

Opcja **Aktualizuj** znajdująca się w głównym oknie *Listy zgłoszeń zmian do umowy* umożliwia 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**:

(1) Aktualizowanie wersji struktury potencjału

Informacja

Uwaga: nastąpi aktualizacja zgłoszenia na podstawie aktualnych danych w potencjale świadczeniodawcy. Miejsca udzielania świadczeń, osoby personelu oraz harmonogramy dezaktywowane/usunięte w potencjale zostaną we wniosku oznaczone jako pozycje do usunięcia. Pozostałe różnice zostaną oznaczone jako pozycje do sprawdzenia i będą wymagały weryfikacji użytkownika.

Rys. 13.22 Aktualizowanie wersji struktury potencjału

13.7 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.

13.8 Anulowanie zgłoszenia

Opcja **Anuluj** umożliwia unieważnienie (anulowanie) zgłaszanej zmiany w zakresie potencjału. Po unieważnieniu zgłaszana zmiana otrzymuje status **Anulowane**.

13.9 Blokady 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 blokad 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. 13.23 Szczegóły blokady

13.10 Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu RTM

Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu ratownictwa RTM wyróżniają:

- Rejony operacyjne do weryfikacji
- Rejony operacyjne
- Personel medyczny dostępny jest w rejonach operacyjnych, a nie w pozycjach umowy

13.10.1 Rejony operacyjne 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 operacyjnych. 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: -- dowolny --

Rodzaj świadczeń: RTM RATOWNICTWO MEDYCZNE

Typ umowy: ----- wybierz -----

Zakres świadczeń: [X]

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 ▲	Status	Operacje
			Data przekazania do OW Data anulowania		
1.	N: 15-00-05220-17-01 N: -	WAP-2017-03-27-04449	Data utw.: 2017-03-27 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycje rejonow operacyjne anuluj aktualizuj zatwierdz pobierz zmiany
2.	N: 15-00-05220-15-07 N: -	WAP-2016-06-07-03799	Data utw.: 2016-06-07 Data prz.: - Data anu.: -	wprowadzone	pozycje do weryfikacji rejonow do weryfikacji pozycje rejonow operacyjne anuluj aktualizuj zatwierdz pobierz zmiany

Rys. 13.24 Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu RTM

W nowo otwartym oknie pojawia się rejony operacyjne, których części składowe (personel medyczny) wymaga weryfikacji. Aby tego dokonać należy wybrać opcję **Personel**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*.

Zgłoszenie o zmianę do umowy
 Nr zgłoszenia: WAP-2014-09-16-02826
 Nr umowy: 15-00-05488-14-01
 Status: wprowadzone
 Powrót do listy zgłoszeń

Rejony operacyjne do weryfikacji

Kod Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Nazwa	Data od	Operacje
			Data do	
1.	30/03	Rejon 2014	Od: 2014-01-01 Do: 2014-12-31	personel

Rys. 13.25 Rejony operacyjne do weryfikacji

Po wybraniu powyższej opcji może się pojawić jedno z następujących okien:

- I. Lista personelu medycznego do weryfikacji – po wyświetleniu poniższego okna 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 zostanie wyświetlono poniższe okno oznacza to, że pozycja została oznaczona, jako do usunięcia przy weryfikacji. Po dokonaniu Weryfikacji osoba zostanie oznaczona na kolor czerwony (usunięta z umowy). Sytuacja taka może mieć miejsce w przypadku, jeżeli osoba znajduje się w umowie jednak nie widnieje już w wydzielonych zasobach świadczeniodawcy.

13.10.2 Rejony operacyjne

Wojewódzki Roczny Plan Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych (Plan Wojewody) zakłada podział województwa na Rejony Operacyjne, w których realizacja świadczeń ratownictwa medycznego ma być zabezpieczona przez ustaloną grupę zespołów RTM, odpowiednich typów, stacjonujących we wskazanych miejscach wyczekiwania.

Narodowy Fundusz Zdrowia ustalił, że w danym Rejonie Operacyjnym świadczeń w rodzaju RTM będzie udzielał zawsze wyłącznie jeden świadczeniodawca.

Dotychczas świadczeniodawca posiadający kilka zespołów Ratownictwa Medycznego przypisywał osoby personelu do każdego z nich. Podany wymóg, jak się okazało, nie odpowiada sytuacji rzeczywistej, gdzie często przypisanie osoby personelu do zespołu RTM (ambulance, pogotowie wodne) następuje dopiero w chwili wyjazdu zespołu do pacjenta.

W związku z powyższym podjęto decyzję o zmianie modelu przypisywania osób personelu w RTM i ustalono, że docelowym modelem będzie przypisywanie osób personelu do Rejonu Operacyjnego w ramach danej umowy. Aby zapoznać się z personelem, jaki został przypisany do wybranego rejonu operacyjnego należy wybrać opcję **Personel**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*:

Lista rejonów operacyjnych					
Kod		Zawiera		Szukaj	Zlicz rekordy
Osoba personelu: PESEL		Zawiera			
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Kod	Nazwa	Data od Data do	Ocena NFZ	Operacje
1.	30/32		Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31	brak	personel pobierz zmiany
2.	30/33		Od: 2017-01-01 Do: 2017-12-31	brak	personel pobierz zmiany

Rys. 13.26 Lista rejonów operacyjnych

Aby zapoznać się z personelem, jaki został przypisany do wybranego rejonu operacyjnego należy wybrać opcję **Personel**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*.

Operacja dodawania osoby oraz harmonogramu czasu pracy osoby przebiega identycznie jak dodawanie osoby oraz harmonogramu do zgłoszeń zmian do umowy dla pozostałych zakresów świadczeń.

13.11 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:

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 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](#)

Wykonanie operacji **zatwierdzenia** spowoduje zmianę statusu zgłoszenia z wprowadzony na zatwierdzony.

Zgłoszenie zmiany do umowy

Dodanie zgłoszenia

Nr zgłoszenia: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Status:

Rok obowiązywania umowy:

Rodzaj świadczeń:

Typ umowy:

Zakres świadczeń:

Status umowy:

Osoba personelu: Zawiera:

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 N: -	WAP-2017-04-13-04464	Data utw.: 2017-04-13 Data prz.: 2017-04-13 Data anu.: -	zatwierdzone	pozycje pobierz zmiany

Rys. 13.27 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 najechaniu, 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 ostatniego 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

13.12 Przeglądanie zestawienia elementów potencjału blokujących zatwierdzenie zgłoszenia o zmianę do umowy

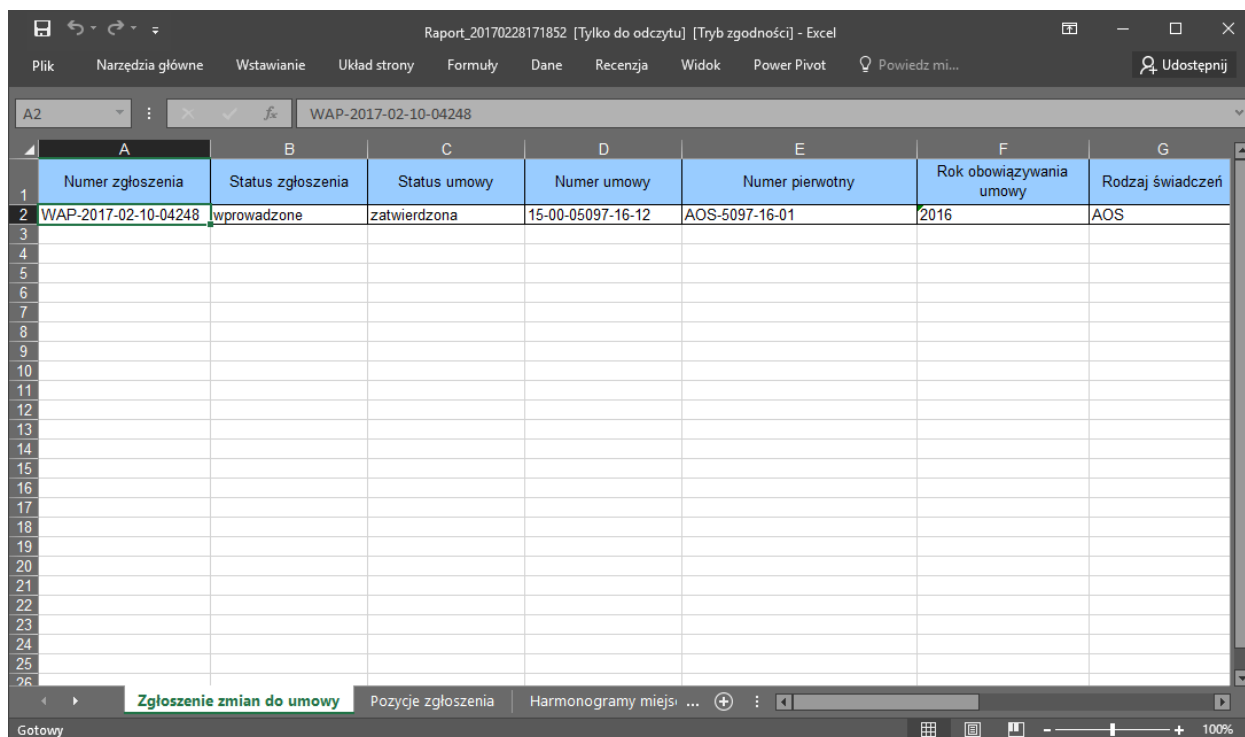
W czasie zatwierdzania zgłoszenia o zmianę do umowy może zostać wyświetlony komunikat:

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 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
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:

- 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]
- Personel medyczny RTM – zakładka dostępna gdy umowa jest w rodzaju RTM [zmiany prowadzone po wybraniu opcji: rejon operacyjny > 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]
- 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](#).

13.13 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](#)].

13.13.1.1 Przykłady problemów w trakcie wprowadzania zgłoszenia zmian do umowy

13.13.1.2 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. 13.28 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. 13.29 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. 13.30 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

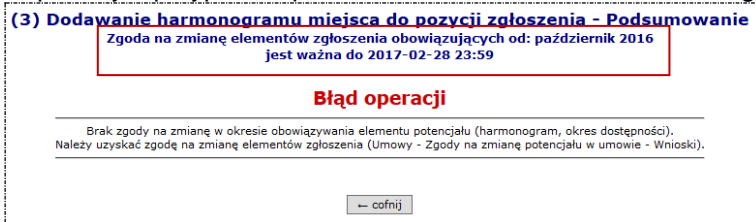
Data ważności od: 2016-01-01
 Data ważności do: 2016-12-31

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

Anuluj | ← Wstecz | Zatwierdź →

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).

← cofnij

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:
- Wybrać opcję **Cofnij**. Wyświetlone zostanie okno (3) *Dodawanie harmonogramu miejsca..*
 - Wybrać opcję **Wstecz**
 - W oknie (1) *Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji zgłoszenia* poprawić okres ważności na zgodny z dostępną zmianą.
 - 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](#)].

13.13.1.3 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 lutego 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.

1. Korzystając z opcji pozycje do weryfikacji należy przejść do listy pozycji zawierających miejsce udzielania świadczeń,
2. Dla punktu umowy, ponownie należy wybrać opcję pozycje do weryfikacji.
3. 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.
4. Ponieważ drugi ze zweryfikowanych harmonogramów jest niepełny, należy wybrać opcję edytuj i uzupełnić brakujące informacje ze struktury (lub usunąć wynikowy 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).

13.14 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.

Lp.	Numer wniosku	Nr umowy Nr pierwotny	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status Data zmian	Operacje
1.	WO-2017-02-17-00103	N: 15-00-05097-16-08 N: POZ-5097-16-01	2017-02-17	2017-02-17	Status: Odrzucony Data zm.: 2017-02-17	podgląd
2.	WO-2017-02-16-00100	N: 15-00-05097-16-08 N: POZ-5097-16-01	2017-02-16	2017-02-17	Status: Zatwierdzony Data zm.: 2017-02-17	podgląd

Rys. 13.31 Przykładowe okno wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie

13.14.1 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.

Rys. 13.32 Przykładowe okno wniosków o zgodę na zmianę potencjału w umowie

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:

Numer wniosku	Zawiera	<input type="text"/>	Szukaj	Zlicz rekordy
---------------	---------	----------------------	--------	---------------

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:	-- wybierz --
Data przekazania od:	<input type="text"/> do: <input type="text"/>
Data rozpatrzenia od:	<input type="text"/> do: <input type="text"/>

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.

<u>przekaż</u>	Operacja umożliwia przekazanie wniosku do OW NFZ. Wniosek przekazuje się do Oddziału tylko w wersji elektronicznej.
<u>usuń</u>	Operacja umożliwia usunięcie wniosku, który posiada status <i>Wprowadzony</i> .
<u>anuluj</u>	Operacja umożliwia anulowanie wniosku, który posiada status <i>Przekazany do OW</i> . Tym samym wniosek zostaje wycofany z OW.

13.14.2 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. 13.33 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	Rodzaj świadczeń	Typ	Status	Data podpisania	Od/Do
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. 13.34 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:
- 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.
 - Wstecz** – wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna (1) *Dodawanie wniosku*, a więc umożliwi wprowadzenie zmian w danych wniosku.
 - Anuluj** – czynność spowoduje zamknięcie okna *Dodawania wniosku* bez zapisu.

Następny etap: [Przekazanie wniosku do OW NFZ](#).

13.14.3 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:
- 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.
 - Wstecz** – wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna (1) *Edycja wniosku*, a więc umożliwi ponowne wprowadzenie zmian w danych wniosku.
 - Anuluj** – czynność spowoduje zamknięcie okna *Edycji wniosku* bez zapisu.

Następny etap: [Przekazanie wniosku do OW NFZ](#).

13.14.4 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 Nr pierwotny	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status Data zmian	Operacje
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 **przełącz** dostępną w kolumnie: *Operacje*. Czynność spowoduje otwarcie okna (1) *Przekazanie wniosku do OW*

Rys. 13.35 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

13.14.5 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 Nr pierwotny	Data przekazania	Data rozpatrzenia	Status Data zmian	Operacje
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*.

13.14.6 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:

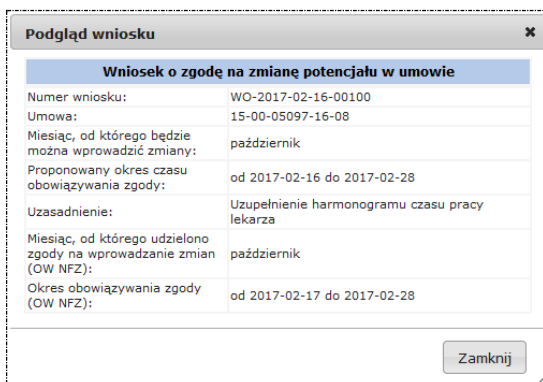
- Na liście *Komunikatów operatora* [menu: *Komunikaty - Bieżące*] w postaci komunikatów o kategorii:
 - Zmiana konfiguracji na poziomie umowy
 - Odrzucenie wniosku o zmianę konfiguracji na poziomie umowy
- Na liście *Zgód na zmianę potencjału w umowie* [menu: *Umowa - Zgody na zmianę potencjału w umowie - 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. 13.36 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**.

13.15 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.

Lp.	Nr umowy Nr pierwotny	Miesiąc, od którego można wprowadzić zmiany	Okres obowiązywania	Sposób wprowadzenia	Wniosek
1.	N: 15-00-05220-16-13 Ni -	lutym	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 Ni -	lutym	Od: 2017-02-28 13:51 Do: 2017-03-01 23:59	Wniosek	WO-2017-02-28-00136

Rys. 13.37 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:

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:  pokaż usunięte:

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**.

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 tzw. 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 tzw. 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 umożliwia 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.

14.2.1 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

14.2.2 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 MIESIĄC 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 **nirozpatrzoney**

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.: 0000000000 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.: 0000000000 Imię: JAN Nazwisko: KOWALSKI	wprow.: 2010-02-23 wystaw.: 2010-03-01 wpływ.: 2010-03-05 przyj.: 2010-06-28 wyd. dec.: 2010-06-28	wydanie zgody	podgląd kopiuj

Rys. 14.2 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
kopiuj	Pozwala na skopiowanie wniosku

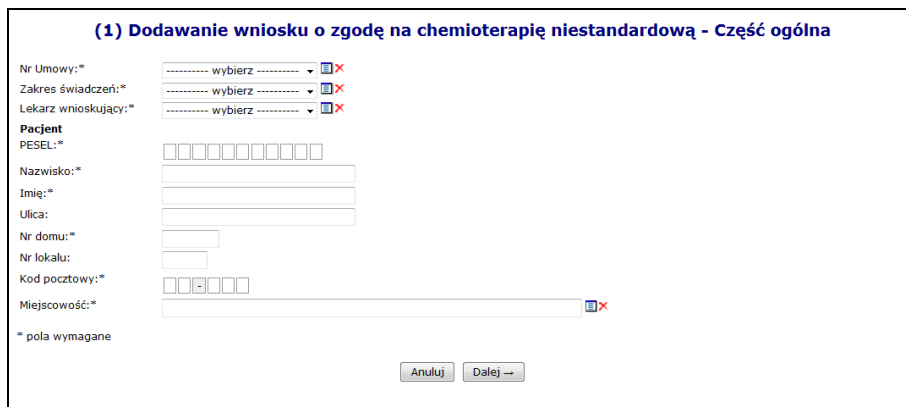
14.2.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

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. 14.3 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
- Informacje 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
- Informacje 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 dziedzina (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: Nie
Czy kontynuacja terapii: -- wybierz --

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 14.4 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - Część dziedzina 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).

Cyklelem 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 umożliwi 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 dziedzina (II)

Lista produktów handlowych wraz z dawkowaniem

Długość cyklu:*

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 14.5 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – Część dziedzina II

Opcja umożliwi wprowadzenie szczegółowych informacji na temat listy definicji. Po użyciu tej opcji operator przechodzi do kolejnego etapu definiowania wniosku, w którym należy uzupełnić:

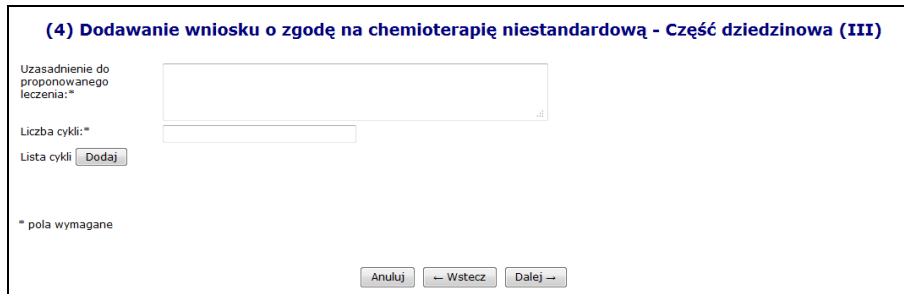
- Produkt handlowy
- Definicja dawki w jednym podaniu
- Sposób obliczania dawki
- Przewidywana dawka należna pacjentowi
- Ilość podań w cyklu
- Numery dni podań (oddzielone średnikiem)
- Wartość leku brutto w zł

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 **Dodaj**.



Rys. 14.6 (4) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – Część dziedzinowa 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.**

14.2.4 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?*

14.2.5 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!

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 nierozpatrzony.

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.

14.2.6 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.

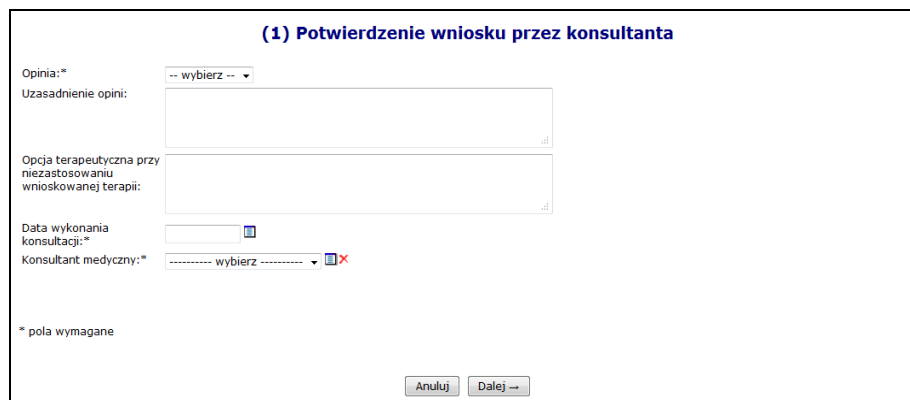


Uwaga!

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.



Rys. 14.7 Potwierdzenie wniosku przez konsultanta -krok 1

Opcja **Dalej →** umożliwia przejście do kolejnego etapu potwierdzania wniosku.

W drugim etapie potwierdzania wniosku przez konsultanta wyświetlane jest *Podsumowanie* informacji o wystawionej opinii. Opcja **Zatwierdź →** 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.

14.2.7 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.

14.2.8 Lista zgód na chemioterapię niestandardową

Po wybraniu menu *Pacjent -> Chemioterapia niestandardowa -> Lista zgód* możliwa jest kompleksowa obsługa udzielonych przez NFZ zgód na chemioterapię niestandardową.

Rys. 14.8 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

14.2.9 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.

Rys. 14.9 Lista wniosków o aneks do zgody

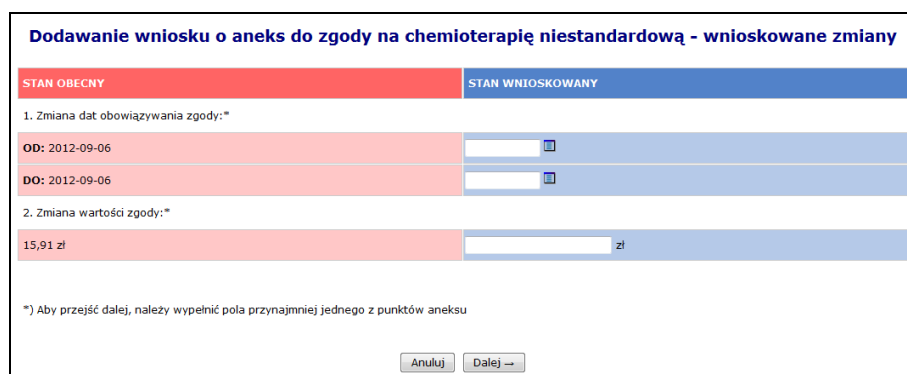
W kolumnie *Operacje* znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

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. 14.10 Dodawanie wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową – Wnioskowane zmiany

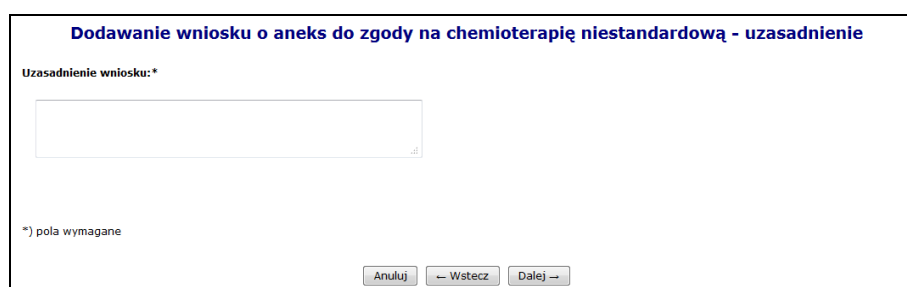
Podczas definiowania okresu nowego obowiązywania należy mieć na uwadze następujące zależności dat:

- 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).

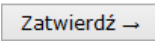
Podczas definiowania nowej wartości zgody należy mieć na uwadze, że:

- 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. 14.11 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 umożliwia 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.

14.2.10 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).

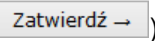
Rezygnacja z rozliczania świadczeń w ramach uzyskanej zgody indywidualnej na chemioterapię niestandardową

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. 14.12 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 ŚWIADCZENIA
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
1	Status zgody	rezygnacja

Rys. 14.13 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.***

14.3 Wnioski na indywidualne rozliczane świadczeń

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 jednoczesnym 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 rozliczenie 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 rozliczenie świadczeń z typami umów przedstawiono w poniższej tabeli.

ZGODA		TYP UMOWY
TYP	KOD	NAZWA
100	02/1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - ŚWIADCZENIA W PORADNIACH
100	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
100	03/2	PROGRAMY TERAPEUTYCZNE dla następujących zakresów:
100	03/3	LECZENIE SZPITALNE - CHEMIOTERAPIA
100	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
100	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA
100	14/1	ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE dla następujących zakresów:
100	15/1	OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA
101	02/1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - ŚWIADCZENIA W PORADNIACH
101	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
102	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
102	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
103	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA
104	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
105	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
106	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
107	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
108	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
109	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
110	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.

Informacja na temat katalogu, z jakiego może być wybrane świadczenie w ramach danego typu zgody przedstawia poniższa tabela.

KATEGORIA ZGODY	RODZAJ UMOWY						
	03/1	03/2	03/3	02/1	04	05	15/1
6100	JGP lub 1b (z umowy dla zakresu)	kod świadczenia (z umowy dla zakresu)	1e (z umowy dla zakresu)	kod świadczenia (z umowy dla zakresu)	kod świadczenia (z umowy dla zakresu)	dla zakresu z 'A': kod świadczenia dla zakresu z 'S': JGP lub kod świadczenia (z umowy dla zakresu)	kod świadczenia (z umowy dla zakresu)
6101	JGP lub 1b (z umowy dla zakresu)			kod świadczenia (z umowy dla zakresu)			
6102	JGP lub 1b (z umowy dla zakresu)				kod świadczenia (z umowy dla zakresu) - tylko „S”		
6103						dla zakresu z 'A': kod świadczenia (z umowy dla zakresu) dla zakresu z 'S': JGP lub kod świadczenia (z umowy dla zakresu)	
6104	JGP lub 1b (z całego katalogu)						
6105	tylko JGP (z całego katalogu)						
6106	tylko JGP (z całego katalogu)						
6107	tylko JGP (z całego katalogu)						
6108	JGP lub 1b (z umowy dla zakresu)						
6109					kod świadczenia (z umowy dla zakresu)		
6110							(z umowy dla zakresu)

14.3.1 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.

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.

14.3.2 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

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 rozliczenie świadczeń

[Dodawanie wniosku](#)

Nr wniosku: Zawiera: Szukaj

Typ wniosku: Status: Data operacji:

Rodzaj świadczeń: Zakres świadczeń: Rodzaj dokumentu: Status dokumentu:

Pokaż na liście wnioski o statusie **anulowany**
 Pokaż na liście tylko wnioski posiadające **wezwanie do uzupełnienia**
 Wnioski o terminie uzupełnienia **krótszym niż 3 dni** (lub po terminie)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	6-15-11-0000373-5	15-00-05038-11-39	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.: 2015-01-29 do uzup.: 2015-04-21 dost. wezw.: 2015-04-23	do uzupełnienia	104	podgląd podgląd wersji historia zmian wezwanie do uzup. uzupełnij uzupełnij kosztorys
2.	6-15-11-0000372-2	15-00-05038-11-39	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: Identyfikator NW Ident.: <input type="text"/>	wprow.: 2015-01-05	wprowadzony	102	podgląd historia zmian edytuj anuluj zatwierdź

Rys. 14.14 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

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
anuluj	Pozwala na anulowanie 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

14.3.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Rejestracja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwa po wybraniu opcji [Dodawanie wniosku](#) na liście wniosków.

Na wstępie należy wybrać typ wniosku spośród następujących:

- 100 Rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy;
- 101 Rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy;
- 102 Rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż 14 dni;
- 103 Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ;
- 104 Rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza 15000 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
- 105 Rozliczenie świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym;
- 106 Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki;
- 107 Rozliczenie świadczenia, obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji;

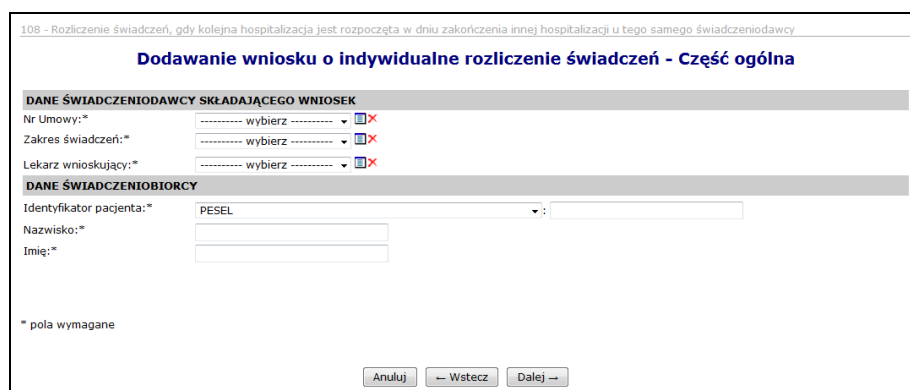
- 108 Rozliczenie świadczeń, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy;
- 109 Rozliczenie świadczeń udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia w zakresie świadczenia psychogeriatryczne;
- 110 Przedłużenie czasu trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych.

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. 14.15 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna (typ wniosku 108)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

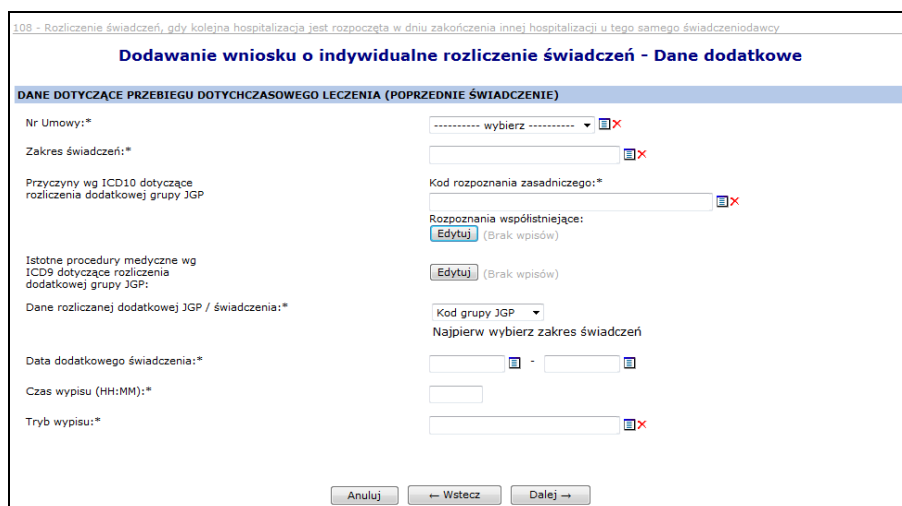
- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące
- Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg międzynarodowej kwalifikacji procedur medycznych ICD 9 (min. 1)
- Dane rozliczanej grupy JGP (jeżeli świadczenie pochodzi z katalogu 1a) /świadczenia
- Termin wykonania świadczenia
- Czas przyjęcia (HH:MM)
- Tryb przyjęcia



Rys. 14.16 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe

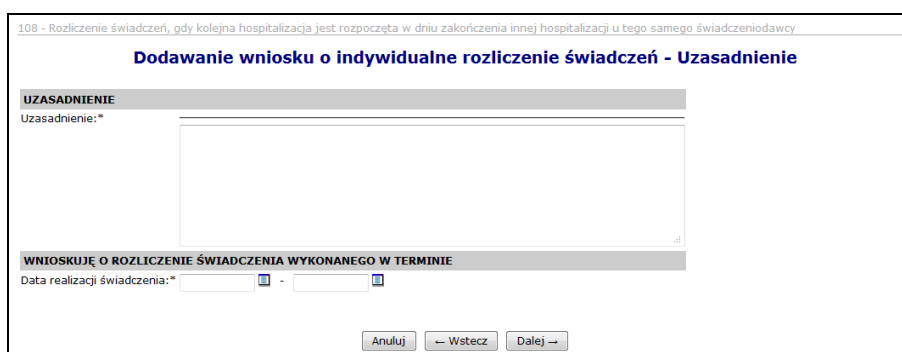
Następnie należy wprowadzić szczegółowe dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie):

- Numer umowy – pole umożliwi 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 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. 14.17 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane dodatkowe

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienie wniosku oraz podanie daty realizacji wnioskowanego świadczenia.



Rys. 14.18 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie

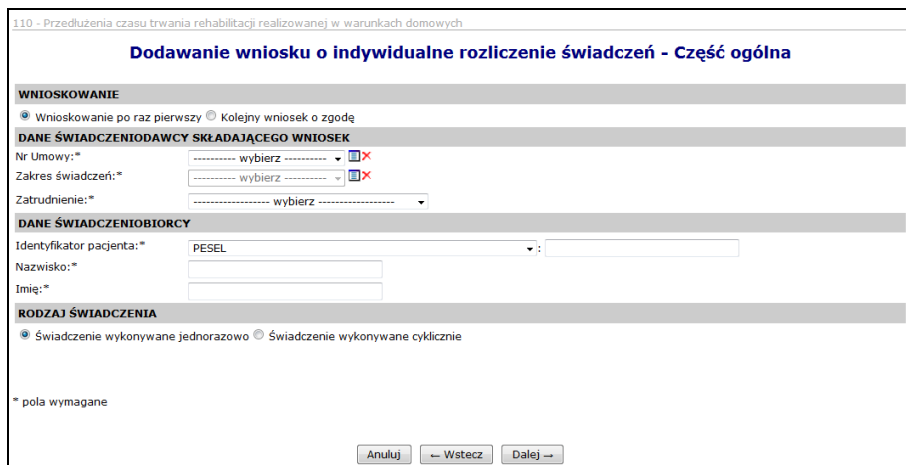
Ostatnim etapem jest karta podsumowania wszystkich wprowadzonych przez operatora danych, które należy zatwierdzić.

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:

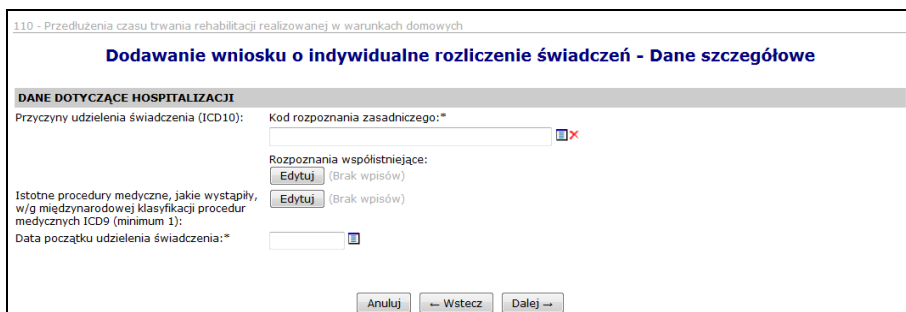
- Wnioskowanie (po raz pierwszy czy kolejny)
- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek: nr umowy, zakres świadczeń, zatrudnienie (informacja o tym czy świadczeniodawca zatrudnia lekarza, czy też nie), w przypadku zatrudniania lekarza, należy podać imię i nazwisko lekarza wnioskującego oraz NPWZ (numer prawa wykonywania zawodu)
- Dane świadczeniobiorcy: identyfikator pacjenta (typ, numer), nazwisko, imię
- Rodzaj świadczenia (świadczenie wykonywane jednorazowo bądź cyklicznie)



Rys. 14.19 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna (typ wniosku 110)

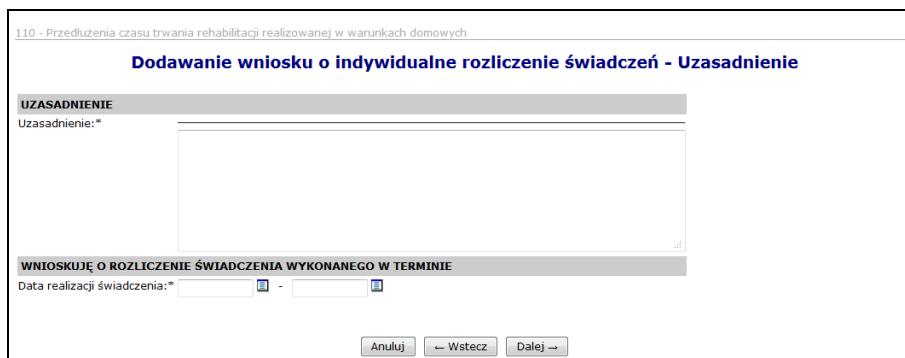
W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- 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. 14.20 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Dane szczegółowe (typ wniosku 110)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia wniosku oraz podanie daty realizacji wnioskowanego świadczenia.



Rys. 14.21 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Uzasadnienie (typ wniosku 110)

Ostatnim etapem jest zatwierdzenie karty podsumowania wszystkich wprowadzonych przez operatora danych.

Dodawania wniosku o typie 102

Wniosek typu 102 dotyczy wyłącznie 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 psechogeriatrycznego.

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:

100 - 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:* 15-00-00018-11-22

Zakres świadczeń:* 02.1501.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII DZIECIĘCEJ

Zatrudnienie:* świadczeniodawca zatrudnia lekarza

Lekarz wnioskujący:* ----- wybierz -----

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Identyfikator pacjenta:* PESEL

Nazwisko:*

Imię:*

RODZAJ ŚWIADCZENIA

Świadczenie wykonywane jednorazowo Świadczenie wykonywane cyklicznie

Rys. 14.22 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 - 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:* 15-00-00018-11-22

Zakres świadczeń:* 02.1501.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII DZIECIĘCEJ

Zatrudnienie:* świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza

PESEL innej osoby podejmującej decyzję:*

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Identyfikator pacjenta:* PESEL

Nazwisko:*

Imię:*

RODZAJ ŚWIADCZENIA

Świadczenie wykonywane jednorazowo Świadczenie wykonywane cyklicznie

Rys. 14.23 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

14.3.4 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.

14.3.5 Uzupełnianie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

Uzupełnianie 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.

Po wykonaniu powyższych czynności wyświetlone zostaje okno podsumowania uzupełnienia, gdzie wyszczególnione zostają te pozycje, które uległy zmianie w porównaniu z wcześniej złożonym wnioskiem.

Uzupełnienie - Podsumowanie		
Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń		
Nazwa kolumny	Wniosek przed zmianą	Wniosek po zmianie
Typ wniosku:	100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci	100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci
Nr wniosku:	6-15-13-0000026-6	6-15-13-0000026-6
Status:	do uzupełnienia	do uzupełnienia
Krotność wnioskowania:	Wnioskowanie po raz pierwszy	Wnioskowanie po raz pierwszy
Data potwierdzenia:	2013-04-23	2013-04-23
Data wystawienia:	2013-04-23	2013-04-23
Data wpływu do OW NFZ:	2013-04-23	2013-04-23
Data przyjęcia:	2013-04-23	2013-04-23
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek		
Nazwa:	IMPESSA	IMPESSA
Numer umowy:	15-00-05427-13-01	15-00-05427-13-01
Zakres świadczeń:	04.2730.001.02	04.2730.001.02
Lekarz wnioskujący:		
Dane świadczeniobiorcy		
Imię:	-	-
Nazwisko:	-	-
Identyfikator:		
Dane świadczenia		
Rodzaj świadczenia:	Świadczenie wykonywane jednorazowo	Świadczenie wykonywane jednorazowo
Przyczyny świadczenia wg międzynarodowej klasyfikacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A01.01 ZAKAŻENIA WYWOLANE PAŁECZKĄ SALMONELLA TYP HI Rozpoznanie współistniejące: • A00.01 CHOLERA KLASYCZNA • A01.01 ZAKAŻENIA WYWOLANE PAŁECZKĄ SALMONELLA TYP HI	Rozpoznanie zasadnicze: A01.01 ZAKAŻENIA WYWOLANE PAŁECZKĄ SALMONELLA TYP HI Rozpoznanie współistniejące: • A00.11 CHOLERA ELTOR • A01.01 ZAKAŻENIA WYWOLANE PAŁECZKĄ SALMONELLA TYP HI
Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg. międzynarodowej	• A07 BIAŁKO W MOCZU • A13 ERYTROCYTY/ HEMOGLOBINA W MOCZU • A ANALITYKA • A05 BADANIE PŁYNU Z JAMY CIAŁA (OPLUCNEJ, OTRZEWNEJ)	• A07 BIAŁKO W MOCZU • A13 ERYTROCYTY/ HEMOGLOBINA W MOCZU • A ANALITYKA • A05 BADANIE PŁYNU Z JAMY CIAŁA (OPLUCNEJ, OTRZEWNEJ)

Rys. 14.24 Podsumowanie uzupełnienia wniosku

Uzupełnianie wniosku zostanie zakończone zatwierdzeniem uzupełnionego wniosku, analogicznie jak w przypadku zatwierdzenia wniosku pierwotnego.

14.3.6 Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania)

Świadczeniodawca ma prawo do ubiegania się o ponowne rozpatrzenie wniosku tylko w przypadku, gdy w sprawie pierwotnego wniosku podjęto decyzję **brak zgody**. Prawo to nie przysługuje 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).

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**.

14.3.7 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.



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. 14.25 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**.

14.3.8 Zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ

Świadczeniodawca ma prawo do złożenia zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ. Możliwość rejestracji dokumentu zażaleniowego dotyczy wszystkich wniosków dla których podjęta została decyzja (pozytywna, negatywna lub odrzucenie ze względów formalnych) i wykonywane jest przez Operatora OW NFZ.

Informacja o decyzji podjętej w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku będącego przedmiotem zażalenia jest widoczna na liście odwołań i zażaleń.

14.3.9 Wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ (powtórne zażalenie)

Świadczeniodawca ma prawo do złożenia powtórnego zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ. Proces składania i rejestracji powtórnego zażalenia, sposób prezentacji dokumentów oraz wyników przebiega analogicznie jak w przypadku zażalenia.

14.3.10 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.

Historia wniosku na indywidualne rozliczenie świadczeń		
Porównaj wnioski: Uzupełnienie nr 1 dla wniosku Uzupełnienie nr 2 dla wniosku Porównaj		
Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń		
Nazwa kolumny	Uzupełnienie nr 1 dla wniosku	Uzupełnienie nr 2 dla wniosku
Typ wniosku:	106 - Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki	106 - Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki
Nr wniosku:	6-15-13-0000065-1	6-15-13-0000065-1
Status:	zatwierdzony	zatwierdzony
Krotność wnioskowania:	Wnioskowanie po raz pierwszy	Wnioskowanie po raz pierwszy
Data potwierdzenia:	2013-04-30	2013-04-30
Data wystawienia:	2013-04-30	2013-04-30
Data odesłania do uzupełnienia:	2013-04-30	2013-04-30
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek		
Nazwa:	IMPESSA	IMPESSA
Numer umowy:	15-00-05427-13-16	15-00-05427-13-16
Zakres świadczeń:	03.4100.031.02	03.4100.031.02
Lekarz wnioskujący:	MARCIN NAZWISKO (NPWZ: 6111114)	MARCIN NAZWISKO (NPWZ: 6111114)
Dane świadczeniobiorcy		
Imię:	IMIĘ	IMIĘ
Nazwisko:	NAZWISKO	NAZWISKO
Identyfikator:	PESEL 67010148827	PESEL 67010148827
Dane świadczenia		
Wnioskowany koszt:	600,00 zł	600,00 zł
Przyczyny hospitalizacji wg międzynarodowej klasyfikacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A01.01 ZAKAŻENIA WYWOŁANE PAŁECZKĄ SALMONELLA TYP HI Rozpoznanie współistniejące: brak	Rozpoznanie zasadnicze: A01.01 ZAKAŻENIA WYWOŁANE PAŁECZKĄ SALMONELLA TYP HI Rozpoznanie współistniejące: • A00.01 CHOLEBA KLASYCZNA

Rys. 14.26 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: Uzupełnienie nr 1 dla wniosku Uzupełnienie nr 2 dla wniosku Porównaj

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.

14.3.11 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**.

Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

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 o terminie uzupełnienia **krótszym niż 3 dni** (lub po terminie)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	6-15-11-0000373-5	15-00-05038-11-39	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: <input type="text"/> Ident.: <input type="text"/> Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	wprow.: 2015-01-29 do uzup.: 2015-04-21 dost. wezw.: 2015-04-23	do uzupełnienia	104	podgląd podgląd wersji historia zmian wezwanie do usup. uzupełnij uzupełnij koszty
2.	6-15-11-0000372-2	15-00-05038-11-39	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: <input type="text"/> Ident.: <input type="text"/> Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	wprow.: 2015-01-05	wprowadzony	102	podgląd historia zmian sfdzud anuluj zatwierdź

Rys. 14.27 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie 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.

Jeśli wskazywano w polu punkt 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.

Na liście świadczeń rozliczanych według skali TISS-28 operator ustala produkty jednostkowe, które zostały wykonane podczas realizacji świadczeń na oddziale intensywnej terapii. Liczba świadczeń wymaganych w tym oknie odpowiada liczbie osobodni ustalonej na poziomie realizacji świadczenia (jedno świadczenie na jeden osobodzień).

Przy pomocy opcji **Dodaj**, operator może dodać produkty. Opcja ta jest 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: 2011-11-20

Data realizacji świadczenia do: 2011-11-21

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 TTSS.

* pola wymagane

Rys. 14.28 Dodawanie świadczenia

Nowo wprowadzoną pozycję można edytować lub usunąć z listy. Operator systemowy musi wprowadzić przynajmniej jedną realizację świadczeń 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 (nie finansowanego 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 usuń [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	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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. 14.29 Dodawanie świadczenia

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:

1. Kolumny:
 - a) nazwa (reprezentowana, jako tekst od 1 do 250 znaków),
 - b) liczba (reprezentowana, jako liczba bez części dziesiętnej),
 - c) cena jednostkowa (reprezentowana, jako liczba dziesiętna z dwoma miejscami po przecinku).

2. Końce linii:
 - a) poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b) 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).
3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - a) znakiem średnika,
 - b) tabulatorem.
 Separator jest stały dla całego importowanego pliku (każda linia zawiera taki sam separator).
4. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy:
 - a) wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy,
 - b) 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:

- a) etap wczytywania pliku w ramach ustalonej przez użytkownika sekcji D1-D5 lub D7
- b) etap importu pliku do danej sekcji, ustalonej na etapie wczytywania pliku,
- c) 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:

- a) wczytania jednego pliku dla danej sekcji D1 – D5 lub D7
- b) 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. 14.30 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:

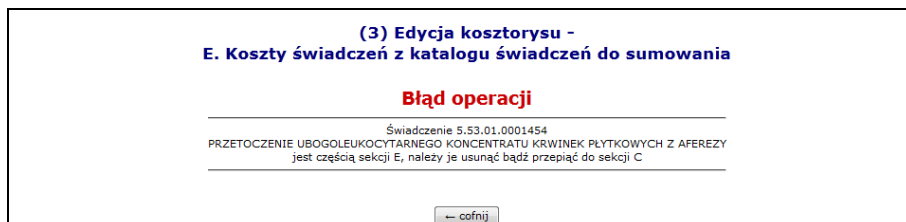
- **Edytuj kosztorys** – modyfikacja kosztorysu
- **Usuń kosztorys** – usunięcie kosztorysu

Dla wniosków o statusie **Wprowadzony (kosztorys wymaga edycji)** wymagane jest zmodyfikować kosztorys.

6-15-11-0000194-6	15-00-05038-11-14	Imię: ADAM Nazwisko: " " " " " " NPWZ:	Typ ident.: PESEL Ident: 0000000000 Imię: JÓZEF Nazwisko: " " " " " "	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 *przeprnij* lub usunąć dane świadczenia.

Jeżeli świadczenie nie zostanie przepięte lub usunięte po wybraniu opcji **Dalej →** pojawi się komunikat błędu:



Rys. 14.31 Edycja kosztorysu – sekcja E

Nie można zatwierdzić kosztorysu do czasu przepięcia/usunięcia świadczeń.

14.3.12 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 **Zatwierdź →** 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.

14.3.13 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 **Zatwierdź →**. Wniosek zyskuje status anulowany.

Anulowanie wniosku

Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń	
Typ wniosku:	106 - Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki
Nr wniosku:	6-15-13-0000066-4
Status:	wprowadzony
Krotność wnioskowania:	Wnioskowanie po raz pierwszy
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	
Nazwa:	IMPESA
Numer umowy:	15-00-05427-13-16
Zakres świadczeń:	03.4100.031.02 KARDIOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA
Lekarz wnioskujący:	MARCIN NAZWISKO (NPWZ: 6111114)
Dane świadczeniobiorcy	
Imię:	IMIĘ
Nazwisko:	NAZWISKO
Identyfikator:	PESEL 67010148827

Anulowanie wniosku jest nieodwracalne!

Rys. 14.32 Anulowanie wniosku

Operacja anulowania wniosku dostępna jest również dla wniosków o innych statusach niż wprowadzony. 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.

14.3.14 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 rozliczenie świadczeń zostały wykonane na podstawie załączników do Zarządzenia Nr 19/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2012 r. w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych.

14.3.15 Tworzenie kopii wniosku

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.

14.4 Wnioski na indywidualne rozliczane świadczeń wysokospecjalistycznych

14.4.1 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.

14.4.2 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

Po wybraniu menu [Pacjent > Świadczenia wysokosp. rozliczane indywidualne > Lista wniosków](#) możliwa jest kompleksowa obsługa wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych.

Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych

[Dodawanie wniosku wysokospecjalistycznego](#)

Nr wniosku: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Typ wniosku: Status: Data operacji:

-- wybierz -- -- wybierz -- -- wybierz --
 Rodzaj świadczeń: Zakres świadczeń: Rodzaj dokumentu: Status dokumentu:

Pokaż na liście wnioski o statusie **anulowany**
 Pokaż na liście tylko wnioski posiadające **wezwanie do uzupełnienia**
 Wnioski o terminie uzupełnienia **krótszym niż 3 dni** (lub po terminie)

Rys. 14.33 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych

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 uzupełnienia
uzupełnij wniosek	Pozwala na uzupełnianie wniosku
uzupełnij kosztorys	Pozwala na uzupełnianie kosztorysu

przyjęcie	Pozwala na przyjęcie wniosku
kopiuj	Pozwala na kopiowanie wniosku

14.4.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych

Rejestracja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych jest możliwa po wybraniu opcji Dodawanie wniosku wysokospecjalistycznego na liście wniosków. Na wstępie należy wybrać typ wniosku spośród następujących:

Kategoria wniosku BRI	Wniosek w sprawie rozliczenia
7201	świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia
7202	wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego w ramach tego samego zakresu
7203	wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego świadczenia wysokospecjalistycznego w ramach różnych zakresów
7204	wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł.
7205	wykonania świadczenia wysokospecjalistycznego, które nie zostało ujęte w załączniku 1w, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia wysokospecjalistycznego
7207	wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci

We wnioskach konieczne jest wskazywanie kodów wariantów i podwariantów świadczeń. Będą one wybierane ze zbioru umieszczonego w załączniku 1w do zarządzenia.

Lista wariantów świadczenia wysokospecjalistycznego:

Kod wariantu	Nazwa świadczenia dla wariantu
5.54.01.0000001	wariant 1 - przeszczepienie wątroby < 18 r.ż. ze zwłok
5.54.01.0000002	wariant 2 - przeszczepienie wątroby < 18 r.ż. od żywego dawcy
5.54.01.0000003	wariant 3 - przeszczepienie wątroby > 17 r.ż. ze zwłok
5.54.01.0000004	wariant 4 - przeszczepienie wątroby > 17 r.ż. od żywego dawcy
5.54.01.0000006	wariant 1 - przeszczepienie serca
5.54.01.0000007	wariant 2 - zabieg wszczepienia jednej sztucznej komory i wspomaganie lewej lub prawej komory serca przez okres 30 dni
5.54.01.0000008	wariant 3 - zabieg wszczepienia dwóch sztucznych komór i wspomaganie obu komór serca przez okres 30 dni
5.54.01.0000009	wariant 4 - mechaniczne wspomaganie krążenia przez okres 30 dni
5.54.01.0000010	wariant 5 - mechaniczne wspomaganie krążenia przez okres 30 dni połączone z wymianą 1 sztucznej komory
5.54.01.0000011	wariant 6 - mechaniczne wspomaganie krążenia przez okres 30 dni połączone z wymianą 2 sztucznych komór
5.54.01.0000012	wariant 7 - zabieg wszczepienia jednej sztucznej komory i wspomaganie lewej lub prawej komory serca u chorych o wadze do 40 kilogramów przez okres 30 dni

5.54.01.0000013	wariant 8 - zabieg wszczepienia dwóch sztucznych komór i wspomaganie obu komór serca u chorych o wadze do 40 kilogramów przez okres 30 dni
5.54.01.0000014	wariant 9 - mechaniczne wspomaganie krążenia u chorych o wadze do 40 kilogramów przez okres 30 dni połączone z wymianą 1 sztucznej komory
5.54.01.0000015	wariant 10 - mechaniczne wspomaganie krążenia u chorych o wadze do 40 kilogramów przez okres 30 dni połączone z wymianą 2 sztucznych komór
5.54.01.0000016	wariant 11 - mechaniczne wspomaganie krążenia u chorych o wadze do 40 kilogramów przez okres 30 dni
5.54.01.0000017	wariant 1 - przeszczepienie jednego płuca
5.54.01.0000018	wariant 2 - przeszczepienie obu płuc
5.54.01.0000019	wariant 3 - przeszczepienie obu płuc u pacjenta z mukowiscydozą
5.54.01.0000020	wariant 4 - przeszczepienie jednego płuca u chorych z pierwotnym nadciśnieniem płucnym
5.54.01.0000021	wariant 5 - przeszczepienie obu płuc u chorych z pierwotnym nadciśnieniem płucnym
5.54.01.0000023	wariant 1 - przeszczepienie serca i jednego płuca
5.54.01.0000024	wariant 2 - przeszczepienie serca i obu płuc
5.54.01.0000027	wariant 1 - przeszczepienie komórek wysp trzustkowych
5.54.01.0000028	wariant 1 - przeszczepienie komórek przytarczyc
5.54.01.0000029	wariant 1 - wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków
5.54.01.0000031	wariant 1 - zabieg bez użycia krążenia pozaustrojowego
5.54.01.0000032	wariant 2 - zabieg w krążeniu pozaustrojowym bez użycia leczniczego środka technicznego lub z użyciem zastawki mechanicznej lub z użyciem leczniczego środka technicznego o wartości mniejszej od wartości zastawki mechanicznej
5.54.01.0000033	wariant 3 - zabieg w krążeniu pozaustrojowym z użyciem leczniczego środka technicznego o wartości większej od wartości zastawki mechanicznej lub użyciem wszczepu biologicznego (homograft, conduit naczyniowy, ksenograft) lub syntetycznego
5.54.01.0000034	wariant 4 - operacje typu „Norwood”
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
5.54.01.0000043	wariant 2 - zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki mechanicznej lub innych wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki mechanicznej
5.54.01.0000044	wariant 3 - zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki biologicznej lub innych wszczepialnych środków porównywalnej z ceną zastawki biologicznej
5.54.01.0000045	wariant 4 - zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem wszczepialnych środków technicznych lub biologicznych o łącznej wartości porównywalnej do wartości dwóch zastawek mechanicznych lub reoperacja serca i dużych naczyń (oprócz ASDII) lub trombendarterektomia płucna
5.54.01.0000046	wariant 5 - zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem dwóch zastawek biologicznych lub innych wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości porównywalnej do uśrednionej wartości dwóch zastawek biologicznych
5.54.01.0000047	wariant 6 - zabieg na sercu lub aorcie - tętniaki aorty z zastosowaniem protez naczyniowych, syntetycznych lub biologicznych (homograftów, ksenograftów)
5.54.01.0000057	wariant 1 -przeznaczyniowe (TF,TS) wszczepienie zastawki aortalnej
5.54.01.0000058	wariant 2 - przezkoniuszkowe (TA,TAA) wszczepienie zastawki aortalnej

5.54.01.0000059	wariant 3 - przeznaczeniowe wszczepienie zastawki t. płucnej
5.54.01.0000062	wariant 1 - przezskórny zabieg naprawczy o charakterze leczenia ostatecznego lub paliatywnego oraz ocena bezpośrednia ich efektu hemodynamicznego i anatomicznego
5.54.01.0000063	wariant 2 - zabieg zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wybranych ubytków międzykomorowych, dużych pozasercowych połączeń naczyniowych u pacjentów z wadami wrodzonymi serca przy użyciu zestawów zamykających

Lista podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego:

5.54.01.0000022	podwariant A - zastosowanie technik videoskopowych
5.54.01.0000026	podwariant B - zabieg u chorego z mukowiscydozą
5.54.01.0000029	wariant 1 - Wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków
5.54.01.0000035	podwariant A - zabieg z zastosowaniem biopompy
5.54.01.0000036	podwariant B - zabieg z zastosowaniem ECMO
5.54.01.0000037	podwariant C - zabieg z zastosowaniem leczenia nerkozastępczego
5.54.01.0000038	podwariant D - zabieg z zastosowaniem ablacji
5.54.01.0000039	podwariant E - zabieg z wszczepieniem stałego stymulatora serca wraz z wszczepieniem elektrody
5.54.01.0000040	podwariant F - zabieg z równoczesnym zastosowaniem technik kardiologii inwazyjnej
5.54.01.0000048	podwariant G - zabieg z zastosowaniem balonu do kontrpulsacji wewnątrzaoortalnej
5.54.01.0000049	podwariant H - zabieg u chorych operowanych z tętniakiem aorty wymagającym zastosowania leczenia hybrydowego (stentgraft aortalny)
5.54.01.0000050	podwariant I - zabieg z równoczesnym wykonaniem pomostowania tętnic wieńcowych

Dodawanie wniosku o typie 201 oraz 207

Wniosek 201: Rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia

Wniosek 207: Rozliczenie 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.

201 - Rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - 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 najszerszy przedział czasu w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 201.
 Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N.

Od:* Do:*

* pola wymagane

Rys. 14.34 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – 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)

201 - Rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Dane szczegółowe

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHOROZEŃ ICD10

Przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10): Kod rozpoznania zasadniczego:*

Rozpoznania współistniejące:

(Brak wpisów)

Rys. 14.35 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – dane szczegółowe (typ wniosku 201/207)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia wysokospecjalistycznego:

- 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 wysokospecjalistycznego (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia wysokospecjalistycznego.

201 - Rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Świadczenie wysokospecjalistyczne E

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Kod zakresu świadczenia wysokospecjalistycznego
03.4603.133.02 WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 10

Kod wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego

Kody podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego - maksimum 8

Data realizacji świadczenia wysokospecjalistycznego
Data początku
Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH
 (Brak wpisów)

E3. PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

5.54.01.0000066 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI NFZ

Rys. 14.36 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – świadczenie wysokospecjalistyczne (typ wniosku 201/207)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia. Dla wniosku 207 dodatkowo wymagane jest uzupełnienie pola K - wartość wnioskowanego kosztu świadczenia wysokospecjalistycznego (dla wniosku 201 kwota ta przypisywana jest automatycznie przy wprowadzaniu załącznika kosztowego)

Daty w sekcji M - *Wnioskuje o rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

M. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE

Data początku	2016-01-02
Data końca	2016-01-20

Rys. 14.37 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – Uzasadnienie (typ wniosku 201)

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

K. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Wnioskowany koszt świadczenia wysokospecjalistycznego (budżet):* PLN

M. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE

Data początku: 2015-01-05
 Data końca: 2015-01-21

Rys. 14.38 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – 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.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Podsumowanie

WNIOSEK O ZGODĘ NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH

Typ wniosku: 201 - Rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia

DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nazwa: IMPESSA
 Numer umowy: 15-00-05427-15-24
 Zakres świadczeń: 03.4654.033.02 PRZESZCZEPNIENIE WĄTROBY
 Lekarz wnioskujący: [REDAKOWANE]

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Imię: [REDAKOWANE]
 Nazwisko: [REDAKOWANE]
 Identyfikator: [REDAKOWANE]

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10

Przyczyny hospitalizacji ICD10: Rozpoznanie zasadnicze: **A00.1 CHOLERA WYWOŁANA PRZECINKOWCEM VIBRIO CHOLERAЕ 01, BIOTYP EL-TOR**
 Rozpoznanie współistniejące: brak

DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Kod zakresu: 03.4654.033.02 PRZESZCZEPNIENIE WĄTROBY
 Kod wariantu: 5.54.01.0000003 WARIANT 3 - PRZESZCZEPNIENIE WĄTROBY > 17 R.Ż. ZE ZWŁOK
 Kody podwariantów: -
 Lista ICD9:

- A01 BADANIE OGÓLNE MOCZU (PROFIL)

 Data realizacji świadczenia: 2015-01-05 - 2015-01-20
 Produkt rozliczeniowy: 5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE

UZASADNIENIE

Uzasadnienie: [REDAKOWANE]

WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Wnioskowany koszt (budżet): 2 000,00 zł

WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE

Daty rozliczenia: 2015-01-05 - 2015-01-21

Rys. 14.39 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych –Podsumowanie (typ wniosku 201)

Dodawanie wniosku o typie 202

Wniosek 202: Rozliczenie wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego 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 najszerszy 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 - Rozliczenie wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego w ramach tego samego zakresu

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Część ogólna


DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK

Nr Umowy:*  

Zakres świadczeń:*  

Lekarz wnioskujący:*  

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY



Identyfikator pacjenta:* 

Nazwisko:*

Imię:*

DATY REALIZACJI ŚWIADCZENIA OD/DO

Daty oznaczają najszerszy przedział czasu w jakim rozliczone ma być świadczenie/hospitalizacja we wniosku typu 202. Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N.

Od:*  Do:* 

* pola wymagane

Anuluj ← Wstecz Dalej →



Rys. 14.40 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – część ogólna (typ wniosku 202)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Dane szczegółowe

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10

Przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10): Kod rozpoznania zasadniczego:*  

Rozpoznania współistniejące:
 (Brak wpisów)

Anuluj ← Wstecz Dalej →

Rys. 14.41 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – dane szczegółowe (typ wniosku 202)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia wysokospecjalistycznego:

- 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 wysokospecjalistycznego (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia wysokospecjalistycznego.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Świadczenie wysokospecjalistyczne E

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Kod zakresu świadczenia wysokospecjalistycznego
03.4603.133.02 WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 10

Kod wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego

Kody podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego - maksimum 8

Data realizacji świadczenia wysokospecjalistycznego
Data początku
Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH
 (Brak wpisów)

E3. PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

5.54.01.0000066 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI NFZ

Rys. 14.42 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – świadczenie wysokospecjalistyczne (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 wybiera wskazuje istotne procedury medyczne ICD9, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia wysokospecjalistycznego (od 1 do 8 pozycji wybieranych ze słownika)

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Dodatkowe świadczenie wysokospecjalistyczne F

202 - Rozliczenie wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego w ramach tego samego zakresu

F1. DANE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH WARIANTÓW STOSOWANYCH W RAMACH ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

F2. WSKAZANIE WARIANTU ŚWIADCZENIA Z ZAŁĄCZNIKA NR 1W DO ZARZĄDZENIA - MAKSIMUM 3

F3. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE ICD9 JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO :
 (Brak wpisów)

Rys. 14.43 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – dodatkowe świadczenie wysokospecjalistyczne F (typ wniosku 202)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia oraz wnioskowanego kosztu świadczenia wysokospecjalistycznego (budżet) – te pola nie mogą być puste.

Daty w sekcji M - *Wnioskuje o rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

K. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Wnioskowany koszt świadczenia wysokospecjalistycznego (budżet):* PLN

M. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE

Data początku	2015-01-05
Data końca	2015-01-21

Rys. 14.44 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – 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 ← Wstecz do poprzednich formularzy w celu zmiany wprowadzonych danych.

Edycja - Podsumowanie

WNIOSEK O ZGODĘ NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH	
Typ wniosku:	202 - Rozliczenie wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego w ramach tego samego zakresu
Nr wniosku:	00000000000000000000
Status:	wprowadzony
DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
Nazwa:	00000000000000000000
Numer umowy:	00000000000000000000
Zakres świadczeń:	00000000000000000000
Lekarz wnioskujący:	00000000000000000000
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY	
Imię:	00000000000000000000
Nazwisko:	00000000000000000000
Identyfikator:	00000000000000000000
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10	
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A04.2 ZAKAŻENIE ESCHERICHIA COLI ENTEROINWAZYJNA Rozpoznania współistniejące: <ul style="list-style-type: none"> • A01.0 DUR BRZUSZNY
DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO	
Kod zakresu:	03.4654.033.02 PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY
Kod wariantu:	5.54.01.0000002 WARIANT 2 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 R.Ż. OD ŻYWEGO DAWCY
Kody podwariantów:	<ul style="list-style-type: none"> • 5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE
Lista ICD9:	<ul style="list-style-type: none"> • A09 BILIRUBINA W MOCZU
Data realizacji świadczenia:	2015-01-01 - 2015-01-30
Produkt rozliczeniowy:	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE
WSKAZANIE WARIANTU ŚWIADCZENIA Z ZAŁĄCZNIKA NR 1w DO ZARZĄDZENIA	
Kody podwariantów:	<ul style="list-style-type: none"> • 5.54.01.0000003 WARIANT 3 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY > 17 R.Ż. ZE ZWŁOK
ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO	
Lista ICD9:	<ul style="list-style-type: none"> • AA BADANIA LABORATORYJNE I INNE
UZASADNIENIE	
Uzasadnienie:	00000000000000000000
WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO	
Wnioskowany koszt (budżet):	3 000,00 zł
WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE	
Daty rozliczenia:	2015-01-01 - 2015-01-30

Anuluj
← Wstecz
Zatwierdź →

Rys. 14.45 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Podsumowanie – Podsumowanie (typ wniosku 202)

Dodawanie wniosku o typie 203



Wniosek 203: **Wniosek w sprawie rozliczenia wykonania podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego świadczenia wysokospecjalistycznego 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.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Część ogólna


DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK

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/hospitalizacja we wniosku typu 202.
Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N.

Od:*  Do:* 

* pola wymagane



Rys. 14.46 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – część ogólna (typ wniosku 203)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Dane szczegółowe

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10

Przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10): Kod rozpoznania zasadniczego:*  

Rozpoznania współistniejące:
 (Brak wpisów)

Rys. 14.47 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – dane szczegółowe (typ wniosku 203)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia wysokospecjalistycznego:

- 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 wysokospecjalistycznego (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia wysokospecjalistycznego.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Świadczenie wysokospecjalistyczne E

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Kod zakresu świadczenia wysokospecjalistycznego
 03.4603.133.02 WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 10

Kod wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego

Kody podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego - maksimum 8

Data realizacji świadczenia wysokospecjalistycznego
 Data początku
 Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH
 (Brak wpisów)

E3. PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

5.54.01.0000066 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI NFZ

Rys. 14.48 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – świadczenie wysokospecjalistyczne (typ wniosku 203)

Kolejnym etapem jest wprowadzenie **danych dotyczących świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych w ramach różnych zakresów**. (Możliwe jest wprowadzenie od 1 do 3 zakresów, wymagane jest podanie co najmniej 1)

G1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH WYKONANYCH W RAMACH RÓŻNYCH ZAKRESÓW

Liczba zakresów

1. ZAKRES nr 1

Rys. 14.49 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – Świadczenie wysokospecjalistyczne dla wielu zakresach G (typ wniosku 203)



Dla każdego z zakresów, które zostały wybrane w poprzednim kroku świadczeniodawca uzupełnia:

- Kod wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego
- Kody podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego

Oraz istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły w trakcie świadczenia wysokospecjalistycznego.

G1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH WYKONANYCH W RAMACH RÓŻNYCH ZAKRESÓW

Kod zakresu świadczenia wyskospecjalistycznego)
03.4603.233.02 WSZCZĘPIANIE ZASTAWEK SERCA-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 10 Z POWIKLANIAMI I CHOROBYMI WSPÓLISTNIEJĄCYMI

Kod wariantu świadczenia wyskospecjalistycznego
  

Kody podwariantów świadczenia wyskospecjalistycznego

G2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

(Brak wpisów)

Rys. 14.50 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wyskospecjalistycznych – Świadczenie H (zakresy) (typ wniosku 203)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia oraz wnioskowanego kosztu świadczenia wyskospecjalistycznego (budżet) – te pola nie mogą być puste.

Daty w sekcji M - *Wnioskuję o rozliczenie świadczenia wyskospecjalistycznego wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wyskospecjalistycznych - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

K. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Wnioskowany koszt świadczenia wyskospecjalistycznego (budżet):* PLN

M. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE

Data początku	2015-01-05
Data końca	2015-01-21

Rys. 14.51 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wyskospecjalistycznych – Uzasadnienie (typ wniosku 203)

Dodawanie wniosku o typie 204



Wniosek 204: **Wniosek w sprawie rozliczenia wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego 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.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Część ogólna

DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK

Nr Umowy:*  

Zakres świadczeń:*  

Lekarz wnioskujący:*  

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY



Identyfikator pacjenta:* PESEL

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.

Od:*  Do:* 

* pola wymagane



Rys. 14.53 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – część ogólna (typ wniosku 204)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Dane szczegółowe

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10

Przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10): Kod rozpoznania zasadniczego:*  

Rozpoznania współistniejące:
 (Brak wpisów)

Rys. 14.54 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – dane szczegółowe (typ wniosku 204)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia wysokospecjalistycznego:

- 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 wysokospecjalistycznego (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia wysokospecjalistycznego.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Świadczenie wysokospecjalistyczne E

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Kod zakresu hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego
 03.4654.033.02 PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY

Kod zakresu świadczenia wysokospecjalistycznego
 03.4654.033.02 PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY

Kod wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego

Kody podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego - maksimum 8

Data realizacji świadczenia wysokospecjalistycznego
 Data początku
 Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH
 (Brak wpisów)

E3. PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

5.54.01.0000005 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE

Rys. 14.55 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – Świadczenie wysokospecjalistyczne E (typ wniosku 204)

Świadczeniodawca uzupełnia **dane dotyczące rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD 9 zrealizowanej, po wykonaniu świadczenia wysokospecjalistycznego** (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 wysokospecjalistycznego (sekcja E1), jednocześnie musi mieścić się w przedziale dat rozliczenia hospitalizacji (sekcja O).

Lista świadczeń hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego 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 wysokospecjalistycznego uzupełniane są jako kod świadczenia wybierany z listy.

Informacja nie będzie drukowana w szablonie wniosku, ale zostanie przepisana do kosztorysu.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - H. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZENIA DODATKOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ WG ICD-9 ZREALIZOWANEJ PO WYKONANIU ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

H. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZENIA DODATKOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ WG ICD-9 ZREALIZOWANEJ PO WYKONANIU ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

(Brak wpisów)

Data wykonania dodatkowej procedury medycznej:

DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Rys. 14.56 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – H. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZENIA DODATKOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ WG ICD-9 ZREALIZOWANEJ PO WYKONANIU ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO (typ wniosku 204)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia. Daty z pola *Wnioskuje o rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

N. WNIOSKUJE O ROZLICZENIE HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEJ W TERMINIE

Data początku: 2015-01-05
Data końca: 2015-01-20

Rys. 14.57 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – Uzasadnienie (typ wniosku 204)

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.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Podsumowanie	
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
DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
Nazwa:	
Numer umowy:	
Zakres świadczeń:	
Lekarz wnioskujący:	
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY	
Imię:	
Nazwisko:	
Identyfikator:	
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10	
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: Rozpoznania współistniejące: brak
DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO	
Kod zakresu hospitalizacji:	03.4604.133.02 KARDIOLOGICZNE ZABIEGI INTERWENCYJNE< 18 R.Ż.- HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 11
Kod zakresu świadczenia:	03.4604.033.02 KARDIOLOGICZNE ZABIEGI INTERWENCYJNE< 18 R.Ż.
Kod wariantu:	5.54.01.0000063 WARIANT 2 - ZABIEG ZAMKNIĘCIA W RODZONYCH UBYTEKÓW PRZEGRÓDY MIĘDZYPRZEDSIONKOWEJ, WYBRANYCH UBYTEKÓW MIĘDZYKOMOROWYCH, DUŻYCH POZASERCOWYCH POŁĄCZEŃ NACZYNIOWYCH U PACJENTÓW WADAMI WRODZONYMI SERCA PRZY UŻYCIU ZESTAWÓW ZAMYKAJĄCYCH
Kody podwariantów:	-
Lista ICD9:	<ul style="list-style-type: none"> • A07 BIAŁKO W MOCZU
Data realizacji świadczenia:	2015-01-05 - 2015-01-15
Produkt rozliczeniowy:	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA- ŚRODKI BUDŻETOWE
DANE DOTYCZĄCE ROZLICZENIA DODATKOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ WG ICD-9 ZREALIZOWANEJ PO WYKONANIU ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO	
Data wykonania:	2015-01-19
Lista ICD9:	<ul style="list-style-type: none"> • AA BADANIA LABORATORYJNE I INNE
Świadczenie hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego:	5.54.01.0000064 HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO 11
UZASADNIENIE	
Uzasadnienie:	
WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA - ŚRODKI NFZ	
Wnioskowany koszt (NFZ):	nie ustalono (nie uzupełniono załącznika kosztowego)
WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEJ W TERMINIE	
Daty rozliczenia:	2015-01-05 - 2015-01-20
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="← Wstecz"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>	

Rys. 14.58 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Podsumowanie – Podsumowanie (typ wniosku 204)

Kwota wnioskowanego kosztu świadczenia zostanie przypisana automatycznie przy wprowadzeniu załącznika kosztowego.

Dodawanie wniosku o typie 205

Wniosek 205: Wniosek w sprawie rozliczenia wykonania świadczenia wysokospecjalistycznego, które nie zostało ujęte w załączniku 1w, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia wysokospecjalistycznego

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.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - 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/hospitalizacja we wniosku typu 202.
Daty będą prezentowane w wydruku w sekcji M lub N.

Od:* Do:*

* pola wymagane

Rys. 14.59 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – część ogólna (typ wniosku 205)

W kolejnym kroku należy podać dane szczegółowe wniosku:

- Przyczyny udzielania świadczenia (ICD 10): kod rozpoznania zasadniczego, rozpoznanie współistniejące

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Dane szczegółowe

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHOROZEŃ ICD10

Przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10):

Rozpoznania współistniejące:
 (Brak wpisów)

Rys. 14.60 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – dane szczegółowe (typ wniosku 205)

Następnie należy wprowadzić dane dotyczące świadczenia wysokospecjalistycznego:

- 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 wysokospecjalistycznego (maksymalnie 8) oraz wskazanie produktu rozliczeniowego do świadczenia wysokospecjalistycznego.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Świadczenie wysokospecjalistyczne E

E1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

Kod zakresu hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego
 03.4654.033.02 PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY

Kod zakresu świadczenia wysokospecjalistycznego
 03.4654.033.02 PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY

Kod wariantu świadczenia wysokospecjalistycznego

Kody podwariantów świadczenia wysokospecjalistycznego - maksimum 8

Data realizacji świadczenia wysokospecjalistycznego
 Data początku
 Data końca

E2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH
 (Brak wpisów)

E3. PRODUKT ROZLICZENIOWY DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO

5.54.01.0000005 - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE

Rys. 14.61 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – Świadczenie wysokospecjalistyczne E (typ wniosku 205)

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie uzasadnienia, natomiast daty z pola *Wnioskuje o rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego wykonanego w terminie* - uzupełniane są automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w sekcji C.

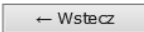
Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Uzasadnienie

UZASADNIENIE

M. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE

Data początku	2015-01-05
Data końca	2015-01-16

Rys. 14.62 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych – 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.

Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Podsumowanie	
WNIOSEK O ZGODĘ NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH	
Typ wniosku:	205 - Rozliczenie wykonania świadczenia wysokospecjalistycznego, które nie zostało ujęte w załączniku 1w, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia wysokospecjalistycznego
DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
Nazwa:	...
Numer umowy:	...
Zakres świadczeń:	...
Lekarz wnioskujący:	...
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY	
Imię:	...
Nazwisko:	...
Identyfikator:	...
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10	
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: ... Rozpoznanie współistniejące: brak
DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO/GWARANTOWANEGO	
Kod zakresu:	03.4654.033.02 PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY
Kod wariantu:	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE
Kody podwariantów:	-
Lista ICD9:	<ul style="list-style-type: none"> A05 BADANIE PŁYNU Z JAMY CIAŁA (OPŁUCNEJ, OTRZEWNEJ)
Data realizacji świadczenia:	2015-01-05 - 2015-01-16
Produkt rozliczeniowy:	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE
DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH NIE WYMNIENIONYCH W KATALOGU 1w (ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH)	
Świadczenie gwarantowane niewymienione w katalogu 1w:	5.54.01.0000005 ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA-ŚRODKI BUDŻETOWE
Termin wykonania świadczenia:	2015-01-05 - 2015-01-16
Lista ICD9:	<ul style="list-style-type: none"> A05 BADANIE PŁYNU Z JAMY CIAŁA (OPŁUCNEJ, OTRZEWNEJ)
UZASADNIENIE	
Uzasadnienie:	...
WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO	
Wnioskowany koszt (budżet):	nie ustalono (zostanie uzupełniony po wprowadzeniu załącznika kosztowego)
WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO WYKONANEGO W TERMINIE	
Daty rozliczenia:	2015-01-05 - 2015-01-16
<input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="← Wstecz"/> <input type="button" value="Zatwierdź →"/>	

Rys. 14.63 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych - Podsumowanie – Podsumowanie (typ wniosku 205)

Kwota wnioskowanego kosztu świadczenia zostanie przypisana automatycznie przy wprowadzeniu załącznika kosztowego.

14.4.4 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).

14.4.5 Uzupełnianie 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 **Uzupełnij wniosek** 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.

Uzupełnianie wniosku zostanie zakończone zatwierdzeniem uzupełnionego wniosku, analogicznie jak w przypadku zatwierdzenia wniosku pierwotnego.

14.4.6 Wnioski o ponowne rozpatrzenie wniosku (odwołania)

Świadczeniodawca ma prawo do ubiegania się o ponowne rozpatrzenie wniosku tylko w przypadku, gdy w sprawie pierwotnego wniosku podjęto decyzję **brak zgody**. Prawo to nie przysługuje 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).

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**.

14.4.7 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.



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. 14.64 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**.

14.4.8 Zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ

Świadczeniodawca ma prawo do złożenia zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ. Możliwość rejestracji dokumentu zażaleniowego dotyczy wszystkich wniosków, dla których podjęta została decyzja (pozytywna, negatywna lub odrzucenie ze względów formalnych) i wykonywane jest przez Operatora OW NFZ.

Informacja o decyzji podjętej w sprawie ponownego rozpatrzenia wniosku będącego przedmiotem zażalenia jest widoczna na liście odwołań i zażaleń.

14.4.9 Wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ (powtórne zażalenie)

Świadczeniodawca ma prawo do złożenia powtórnego zażalenia na decyzję Dyrektora OW NFZ. Proces składania i rejestracji powtórnego zażalenia, sposób prezentacji dokumentów oraz wyników przebiega analogicznie jak w przypadku zażalenia.

14.4.10 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 rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych

Dodawanie wniosku - wysokospecjalistycznego

Nr wniosku: Zawiera: Szukaj Zlicz rekordy

Typ wniosku: Status: Data operacji:

Rodzaj świadczeń: Zakres świadczeń: Rodzaj dokumentu: Status dokumentu:

Pokaż na liście wnioski o statusie **anulowany**

Pokaż na liście tylko wnioski posiadające **wezwania do uzupełnienia**

Wnioski o terminie uzupełnienia **krótszym niż 3 dni** (lub po terminie)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr wniosku	Nr umowy	Lekarz wnioskujący	Pacjent	Data operacji	Status	Typ wniosku	Operacje
1.	7-15-15-0000110-6	15-00-05427-15-24	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: <input type="text"/> Ident.: <input type="text"/> Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	wprow.: 2016-01-05	wprowadzony	204	podgląd edytuj wniosek dodaj kosztorys anuluj
2.	7-15-15-0000109-1	15-00-05427-15-24	Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> NPWZ: <input type="text"/>	Typ ident.: <input type="text"/> Ident.: <input type="text"/> Imię: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/>	wprow.: 2016-01-05 zatw.: 2016-01-05	zatwierdzony	204	podgląd wydruk wniosku wydruk kosztorysu

Rys. 14.65 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie 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

B. TERMIN REALIZACJI WIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO:

2. Zakres świadczenia wysokospecjalistycznego: 03.4654.033.02

3. Wartość świadczenia z katalogu 1w: 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)

Brak kosztów medycznych świadczeń

F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz. 18 lub 25)

26. Wartość w zł:

G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz. 23 + poz. 24)

27. Wartość w zł: 0,00

Rys. 14.66 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:			
1. Numer wniosku			zwiń
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): 03.4663.033.02		8. Wartość świadczenia z katalogu 1w:	
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):			
		<input type="button" value="Dodaj import"/> <input type="button" value="Dodaj koszt"/>	

Rys. 14.67 Dodawanie kosztorysu do wniosku typu 204

Do jednego kosztorysu, może być przypisanych kilka pozycji kosztów.

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.

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU:

1. Numer wniosku [zwiń](#)

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO:

2. Zakres świadczeń, w którym rozliczane jest świadczenie [zwiń](#)

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](#)

Pliki importu typu D1

Lp.	Plik	Pozycje wczytane	Pozycje niezatwierdzone	Pozycje zatwierdzone	Pozycje usunięte	Status
1.	import_kosztorys_wys3.csv	1	1	0	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](#)

Lista kosztów medycznych świadczeń typu D2

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. 14.68 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:

(1) Dodawanie -
Załącznik kosztowy

Uwaga !!!

Wnioskowany koszt świadczenia (5000,00 zł) jest mniejszy od całkowitego kosztu świadczenia zawartego w kosztorysie (354235345,00 zł).

Czy chcesz kontynuować?

← Wstecz Dalej →

Rys. 14.69 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 wysokospecjalistycznych. Dla wniosku, który ma już przypisany kosztorys, w kolumnie *Operacje* dostępne są dwie dodatkowe opcje:

- **Edytuj kosztorys** – modyfikacja kosztorysu
- **Usuń kosztorys** – usunięcie kosztorysu

14.4.11 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 **Zatwierdź →**. 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 SCHOROZEŃ ICD10	
Przyczyny hospitalizacji ICD10:	Rozpoznanie zasadnicze: A00.9 CHOLERA, NIE OKREŚLONA Rozpoznania współistniejące: brak

Anulowanie wniosku jest nieodwracalne!

Rys. 14.70 Anulowanie wniosku

Operacja anulowania wniosku dostępna jest również dla wniosków o innych statusach niż wprowadzony. 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.

14.4.12 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.

14.6.1 Dodawanie nowego udaru

Aby dodać nową informację o udarze należy:

5. Wybrać opcję **Dodawanie udaru**.
6. Uzupełnić informacje związane z udarem:
 - a) Numer księgi głównej
 - 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



Rys. 14.74 Dodawanie informacji o udarze

7. Wybrać opcję **Dalej ->**.
8. Uzupełnić rozpoznanie wg ICD 10:



Rys. 14.75 Rozpoznanie wg ICD-10

9. Uzupełnić etiologie udaru:

Etiologia udaru

..... wybierz

- Miażdżyca dużych naczyń zewnątrzczaszkowych
- Miażdżyca dużych naczyń wewnątrzczaszkowych
- Choroby małych naczyń
- Sercowo-zatorowa
- Inna określona (waskulopatia, hemoglobinopatia, migrena, rozwarstwienie t. szycznej, inne)
- Nieokreślona (niezidentyfikowana etiologia, wiele możliwych czynników etiologicznych)
- Krwotok śródmózgowy
- Krwotok podpajęczynówkowy

UWAGI:
 * pola wymagane

Rys. 14.76 Etiologia udaru

10. Uzupełnić 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
 Osłabienie jednej strony ciała: * Wybierz Tak Nie
 Zaburzenia mowy: * Wybierz Tak Nie
 Zaburzenia czucia połowicze: * 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 udrażniającej 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. 14.77 Dane kliniczne 1/2

11. 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:* wybierz

UWAGI:
 * pola wymagane

Rys. 14.78 Dane kliniczne 2/2

12. Wybrać opcję , a następnie zatwierdzić podsumowanie.

14.6.2 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.

14.6.3 Odtwierdzenie 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.

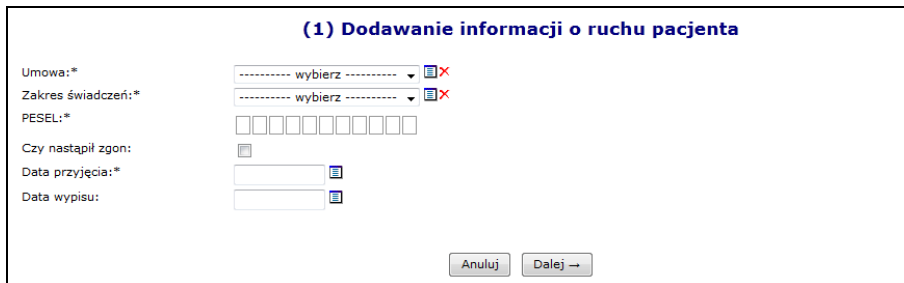
14.7 Ruch pacjentów

14.7.1 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 'beztęminowo'



Rys. 14.79 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 . Po zatwierdzeniu dodawania informacji o ruchu pacjenta, nowa pozycja pojawi się w poniższym oknie.

Informacja o ruchu pacjentów

[Dodawanie ruchu pacjenta](#)

[Przeniesienie do innej umowy](#)

Nr umowy Zawiera [Szukaj](#) [Zlicz rekordy](#)

Status : aktywny Zakres świadczeń : wybierz

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. 14.80 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 '-'

14.7.2 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.

14.8 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 posiadającą aktywne upoważnienie. System może wyświetlić następujące odpowiedzi:

LP.	Identyfikator operacji	Data wykonania operacji	Stan uprawnienia
1.	L1513M0010000..	2013-01-30	uprawniony
2.	L1513M0010000..	2013-01-30	uprawniony

Rys. 14.81 Uprawniony

LP.	Identyfikator operacji	Data wykonania operacji	Stan uprawnienia
1.	L1513M0010000..	2013-01-30	nieuprawniony (brak osoby w CWU)

Rys. 14.82 Nieuprawniony (brak osoby w CWU)

LP.	Identyfikator operacji	Data wykonania operacji	Stan uprawnienia
1.	L1513M0010000..	2013-01-31	nieuprawniony

Rys. 14.83 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'

14.9 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:

4. Wybrać menu: Pacjent – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Wyświetlone zostanie okno *Potwierdzenie KOC*.



Rys. 14.1 Przykładowe okno Potwierdzenia KOC

- d. Jeśli **typ identyfikatora** to **PESEL**, wyświetlone zostanie pole PESEL. Należy wprowadzić identyfikator PESEL pacjentki, a następnie wybrać opcję **Szukaj**.



Rys. 14.2 Przykładowe okno Potwierdzenia KOC

- e. Jeśli **typ identyfikatora** to **Brak PESEL**, to wyświetlony zostanie formularz danych pacjentki.



Rys. 14.3 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. 14.4 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 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**.

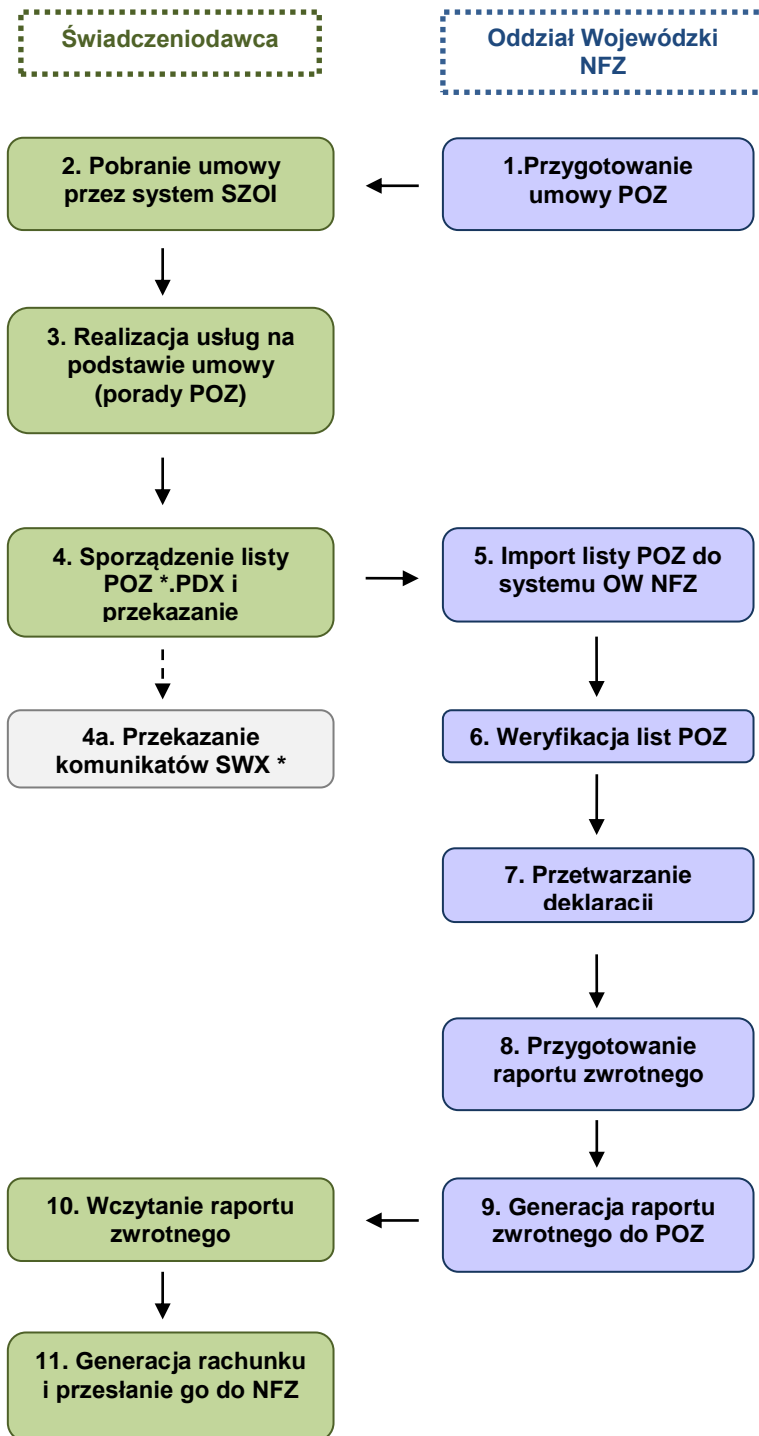
W obszarze pracy **kolejki oczekujących** można wczytać tylko i wyłącznie pliki raportów o kolejkach wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie ***.ASC (obowiązujące do lutego 2007 roku)**. **Od marca 2007 roku obowiązuje format *.KLX**.

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**.

15.1 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 zwrótnego dla świadczeniodawców.

Świadczeniodawca wczytuje raport zwrotny 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 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	dekl1_5451_S_06_	POZ Id spr: 2 Wersja: 1	2014-3	S	3	udostępnienie raportów	pokaż		-
5.	2014-03-26 09:33:34	SIKCH	dekl1_5451_S_06_	POZ Id spr: 2 Wersja: 1	2014-4	S	3	udostępnienie raportów	pokaż		-
6.	2014-03-26 09:29:29	SIKCH	dekl1_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	dekl1_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. 15.1 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 *Liczbę zaimportowanych deklaracji* umożliwia zapoznanie się z błędami jakie występują w danym pliku deklaracji.

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 przycisk](#)

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. 15.2 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.

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 przycisk](#)

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. 15.3 Raporty zwrotne do deklaracji POZ

Opcja **Lista blokad** umożliwia przeglądanie blokad, jakie zostały założone w systemie, na import komunikatu DEKL oraz blokad dotyczących rozliczania 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. 15.4 Lista blokad importu deklaracji

15.2 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 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. 15.5 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**

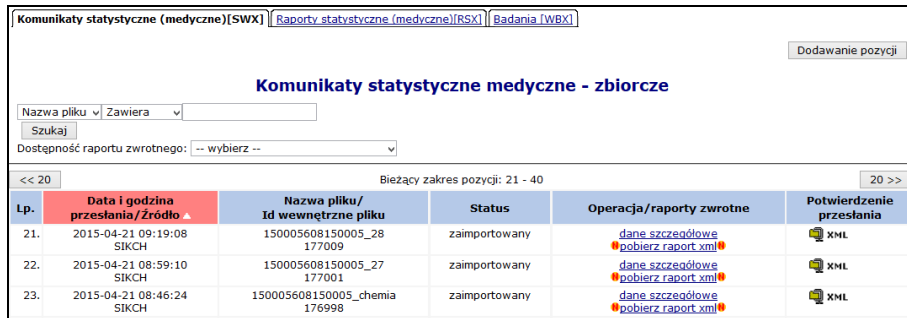
W kolumnie *Status* wyświetlona jest informacja o aktywności/nieaktywności pozycji. Wszystkie raporty nieaktywne wyświetlane są kursywą oraz kolorem szarym.

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

15.3 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/Źródło	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	XML
22.	2015-04-21 08:59:10 SIKCH	150005608150005_27 177001	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	XML
23.	2015-04-21 08:46:24 SIKCH	150005608150005_chemia 176998	zaimportowany	dane szczegółowe pobierz raport xml	XML

Rys. 15.6 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. 15.7 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_S_SWX
 Data wczytania: 2013-03-26 15:47:01
 Status komunikatu: zaimportowany
 Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU

Kod błędu: Zawiera

Pokaż błędy do: -- wybierz --

Nie pokazuj błędów:

- 3700011 - "Niezgodne dane świadczenia"
- 3700012 - "Niezgodne 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	S1690007	Nie przekazano kodu umiejscowienia wykonania świadczenia

Rys. 15.8 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** - Niezgodne dane świadczenia
- **3700012** - Niezgodne 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.SWX 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. 15.9 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. zw. = Udostępniony** dostępna jest opcja **Odśwież**, która umożliwi zaktualizowanie stanu weryfikacji raportów cząstkowych.

15.3.1 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 **Przeglądaj...**

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.

15.3.2 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:



Lp.	Data generacji	Operacje
1.	2010-12-16	pobierz raport xml szablony

Rys. 15.10 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 umożliwi 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.

15.4 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 zwrotne, potwierdzenie przesłania.

The screenshot shows the 'Badanie WBX' interface with a search bar and a table of imported files. The table has the following data:

Lp.	Data i godzina przesłania/Źródło ▲	Nazwa pliku/ Id wewnętrzne pliku	Status	Operacje/raporty zwrotne	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. 15.11 Badanie WBX

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.

Po skorzystaniu z opcji **Dane szczegółowe** dostępne w kolumnie *Operacje*, użytkownik ma dostęp do liczby importowanych, zaimportowanych i niezaimportowanych plików.

The screenshot shows the 'Dane szczegółowe komunikatu WBX' interface. It includes a summary of the file and a table of import statistics. The table of import statistics is as follows:

Przebieg importu				Lista błędów importu
Liczba zestawów badań przekazanych w pliku				
Importowanych	Zaimportowanych	Niezaimportowanych		
Z: 2	Z: 2	Z: 0		-

Below this is a table of contracts:

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. 15.12 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. 15.13 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					
Liczba zestawów badań przekazanych w pliku					Lista błędów importu
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. 15.14 Dane szczegółowe - Lista raportów cząstkowych

15.5 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**”

15.6 Kolejki oczekujących

15.6.1 Komunikaty KLX

Opcja **Dodawanie pozycji** umożliwia przekazanie nowego komunikatu XML.

Lp.	Data przesłania	Źródło	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. 15.15 Komunikaty kolejek oczekujących

W kolumnie *Operacje* dostępna jest opcja **raport zwrotny**, która umożliwia pobranie raportu zwrótnego 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. 15.16 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 zwrótnych 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.

15.6.2 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

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”.

15.6.3 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

Zestawienie to działa w oparciu o wyniki procesu oceniającego.

Raport będzie generowany na wskazany przez operatora tydzień poprzez wskazanie daty zawierającej się w sprawozdawanym 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.

15.7 Żądanie rozliczenia

15.7.1 Żądanie rozliczenia świadczeń i zaopatrzenia

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

Opcja *Dodanie żądania rozliczenia świadczeń* umożliwi dodanie nowego żądania rozliczenia. W pierwszej kolejności operator systemu musi podać:

- **Rok**
- **Umowę**

(1) Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

Rok:*

Umowa:*

* pola wymagane

Rys. 15.17 Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

W drugim etapie użytkownik musi podać:

- 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.
- 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. 15.18 Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

(2) Dodawanie rozliczenia zaopatrzenia

Okres sprawozdawczy Od:* Do:*

Tryb generowania szablonów rachunków dotyczący świadczeń finansowanych z tytułu UE:

* pola wymagane

Rys. 15.19 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 14 do przedostatniego dnia bieżącego miesiąca, na karcie z wyborem miesiąca naliczania kreatora "Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych", 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, w okresie od 14 do przedostatniego dnia tego miesiąca, 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, w okresie od 14 do przedostatniego dnia tego miesiąca, przy obecności

zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie wyświetlony następujący komunikat informacyjny dla świadczeniodawcy o braku możliwości rozliczenia więcej niż połowy limitu z bieżącego miesiąca:

UWAGI:
 * **brak możliwości rozliczenia więcej niż połowy limitu z bieżącego miesiąca**

Ostatnim etapem jest zatwierdzenie *Podsumowania*.

Żądanie rozliczenia									
<input type="button" value="Dodawanie żądania rozliczenia zaopatrzenia"/>									
<input type="button" value="Dodawanie żądania rozliczenia świadczeń"/>									
Numer umowy: <input type="text"/> Zawiera: <input type="text"/> Szukaj: <input type="button"/> Zlicz rekordy: <input type="button"/>									
Typ żądania: -- wszystkie -- Rodzaj żądania: -- wszystkie --									
Data dodania żądania: <input type="text"/> - <input type="text"/>									
Okres sprawozdawczy: Miesiąc: 1 - 12 Rok: 2012									
Status: -- wszystkie -- Dostępność raportu zwrotnego: -- wybierz --									
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Id żądania	Data dodania żądania	Typ żądania	Rodzaj żądania	Szablony	Typ umowy Nr umowy Nr pierwotny umowy	Rok Okres od Okres do	Status	Operacje
1.	66419	2012-06-28 09:43:06	SWIAD	ŚWIADCZENIODAWCA	Nie	T: Umowa z bieżącym OW N: 15-00-00018-12-04 N: PB RFX 2012	Rok: 2012 Od: 1 Do: 2	zakończono przetwarzanie informacja	pozycje nieuznane
2.	66248	2012-06-20 10:43:17	SWIAD	ŚWIADCZENIODAWCA	Nie	T: Umowa z bieżącym OW N: 15-00-00018-12-16 N: PB 2012-116 12	Rok: 2012 Od: 4 Do: 5	zakończono przetwarzanie informacja	pozycje nieuznane
3.	66242	2012-06-20 10:33:13	SWIAD	ŚWIADCZENIODAWCA	Tak	T: Umowa z bieżącym OW N: 15-00-00018-12-16 N: PB 2012-116 12	Rok: 2012 Od: 4 Do: 5	zakończono przetwarzanie informacja	raporty zwrotne pozycje nieuznane

Rys. 15.20 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.

W chwili dodawania żądania rozliczenia z miesiącem naliczania zgodnym z bieżącym miesiącem, wynikającym z aktualnej daty, w okresie od 14 do przedostatniego dnia tego miesiąca oraz przy obecności zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie dokonane sprawdzenie czy do bazy danych została zaimportowana i poprawnie zweryfikowana (nie została oznaczona błędem podczas weryfikacji I fazy) przynajmniej jedna pozycja rozliczeniowa należąca do raportu statystycznego za okres odpowiadający miesiącowi naliczenia

W przypadku braku zgody na wcześniejsze rozliczenie a także, gdy dodawanie żądania rozliczenia, w okresie od 14 do przedostatniego dnia bieżącego miesiąca, zostanie wyświetlony komunikat informacyjny dla świadczeniodawcy o braku zgody na wcześniejsze rozliczenie bieżącego miesiąca.

Natomiast w momencie dodawania żądania rozliczenia z miesiącem naliczania zgodnym z bieżącym miesiącem, wynikającym z aktualnej daty, w okresie od 14 do przedostatniego dnia tego miesiąca, przy obecności zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie wyświetlony komunikat informacyjny dla świadczeniodawcy o braku możliwości rozliczenia więcej niż połowy limitu z bieżącego miesiąca.

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 o 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. 15.21 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					
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20					
Lp.	Typ dokumentu do wystawienia	Podtyp dokumentu do wystawienia	Rok Typ okresu Okres	Numer szablonu	Operacje
1.	Rachunek	ZBIORCZY-UPRAWNIENI	R: 2015 T: Miesiąc O: 11	5487	pozycje rachunku

Rys. 15.22 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.



Rys. 15.23 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 zafakturowania**.

Lp.	Id. instalacji	Id. produktu	Nr wersji produktu	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Świadczenie jednostkowe	Liczba jedn. rozlicz.	Waga	Cena	PESEL	Data wykonania świadczenia	Przyczyna odrzucenia
1.	001-01-993392-00-000263-20120214112444	136	1	03.4050.031.02	1	5.51.01.0006062	1,0000	1,0000	1,00 zł	97060313713	Od: 2012-03-01 Do: 2012-03-01	Kod: 2 Opis:
2.	001-01-993392-00-000263-20120214112444	46	1	03.4050.031.02	1	5.51.01.0006063	1,0000	1,0000	1,00 zł	51040309662	Od: 2012-01-01 Do: 2012-01-01	Kod: 2 Opis:
3.	001-01-993392-00-000263-20120214112444	47	1	03.4050.031.02	1	5.52.01.0000029	12,0000	12,0000	1,00 zł	51040309662	Od: 2012-01-01 Do: 2012-01-01	Kod: 2 Opis:

Rys. 15.24 Pozycje rozliczeniowe nieuznane do zafakturowania

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 nieuznania – 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 zatwierdzonego rachunku pierwotnego

Aby zapoznać się z powodem nieuznanej 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
---	--	--

15.7.2 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 szablony 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 deklaracje jest różne od ID Świadczeniodawcy, którego dotyczy rozliczenie:

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	5.01.00.0000041
2.	150005427	2	L	*****	2013-01-01	1	01.0010.148.01	5.01.00.0000041
3.	150005427	3	L	*****	2013-04-01	1	01.0010.148.01	5.01.00.0000041

Rys. 15.25 Pozycje rozliczeniowe zablokowane

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** możliwe jest:

1. Pobranie pliku raportu zwrotnego poprzez opcję **Pobierz**.

Lp.	Data generacji	Operacje
1.	2014-01-23	pobierz szablon

Rys. 15.26 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**.

Lp.	Typ dokumentu do wystawienia	Podtyp dokumentu do wystawienia	Rok Typ okresu Okres	Numer szablonu	Operacje
1.	Korekta do rachunku	ZBIORCZY-UPRAWNIENI	R: 2016 T: Miesiąc O: 1	5658	pobierz wzrostu fin. świad.

Rys. 15.27 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/łożnej/medycyny szkolnej w ramach danego szablonu.

Od 2014 roku rachunki dla deklaracji POZ oraz KAOS oraz transportu sanitarnego wystawiane są na podstawie szablonu.

15.8 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:

- **Datę 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. 15.28 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.

Szczegóły błędu weryfikacji

Opis operatora:
 Niezgodność pozycji raportu rozliczeniowego z raportem statystycznym

[Powrót](#)

Rys. 15.29 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 istotnych błędów, raport stanowi podstawę do wykonania zmian w wykazanych pozycjach.

15.9 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 faktury		Szukaj		Zlicz rekordy					
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 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 efakturę
2.	2014-01-23 15:05:04 / - / 2014-01-23	SIKCH	N: faktura_Pap_popr.efx 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 usuń
3.	2014-01-23 14:33:41 / - / 2014-01-23	SIKCH	N: faktura_Pap_popr_korefx N: 15-00-05427-14-08-005 N: 23/01/14_P		do zatwierdzenia	R: 2014 O: 1	korekta rachunek korygowany (nr wg Świad.) 23/01/14_POPRAWNY papierowy	N: 15-00-05427-14-08 N: NR PIERWOTNY		0 zł	potwierdzenie PDF usuń

Rys. 15.30 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. 15.31 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

Rys. 15.32 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.

(1) Dodawanie rachunku medycznego - Plik raportu

Plik:

(E)R023 - W ramach podanej umowy stwierdzono wystąpienie w bazie danych OW NFZ szablonów korygujących, do których nie przesłano jeszcze elektronicznych wersji korekt. Prosimy o ich uprzednie przesłanie przed przesłaniem nowych rachunków.

Identyfikatory szablonów korekt do których winny zostać przesłane elektroniczne faktury korygujące: 3580.

Rys. 15.33 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.

Rachunek refundacyjny (medyczny)

Nazwa pliku: PB 2012-101 E.RFX
 Nr według SIKCH: -
 Nr według świadczeniodawcy: -
 Data przesłania: 2012-05-15
 Źródło: SIKCH
 Rok: 2011
 Okres: 1
 Typ: -
 Nr umowy: 15-00-00018-11-51
 Nr pierwotny umowy: PB 2012-101

[Powrót](#)

Szczegółowy opis błędu

Błąd systemowy:
 Do umowy 150000018110051 nie można wprowadzać rachunków do czasu wprowadzenia 1 brakujących korekt na podstawie szablonów.

Rys. 15.34 Szczegółowy opis błędu importu

15.10 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.

Dotychczasowy format RFX nie zawiera niezbędnych danych do przekazania eDokumentu. 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. Pozostawiona została możliwość korzystania z formatu RFX do przekazywania danych elektronicznych do dokumentu przekazywanego tradycyjnie w formie papierowej.

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
- 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)												
Pokaż nieprzesłane załączniki: <input type="checkbox"/> Szukaj												
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20												
Lp.	Rodzaj	Numer	Od	Do	Typ ID	Numer ID	Imię	Nazwisko	Sprawozdany	Status	Wymagany	Operacje
1.	Decyzja	12/06/14	2014-06-12	2014-06-30	PESEL	.....	-	-	Elektr.	Do weryfikacji	Tak	historia przekazania usuń
2.	Decyzja	01/06/14	2014-06-01	2014-06-11	PESEL	.....	-	-	Brak	-	Tak	historia przekazania dodaj

Rys. 15.35 Dokumenty uprawniające (załączniki) do rachunków refundacyjnych (medycznych)

3. W kolejnym kroku przy pomocy opcji należy wskazać plik, który ma zostać dodany do systemu. **Można dodawać tylko pliki nie przekraczające 10MB w formacie PNG, JPG oraz PDF.**

4. Po wybraniu opcji **Dalej** → wyświetlony zostanie podgląd wgrzanego 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.

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. 15.36 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)							
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 WRÓDZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI	ZAŁĄCZNIK DODANY PRZEZ OPERATORA SZOI	-	Transmisja	Aktywny	podgląd

Rys. 15.37 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)										
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20										
Lp.	Data przesłania/ Data wpływu eDokumentu	Źródło	Nazwa pliku		Status	Rok	Typ	Nr umowy	Wartość rachunku	Operacje
			Nr według SIKCH	Nr według świadczeniodawcy						
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 (nr wp. 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. 15.38 Rachunki refundacyjne (medyczne)

2. Wybrać , opcję pobierz plik, a następnie .

(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. 15.39 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: GROJECKA 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 - PKWU 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		VAT(%)	Cena jedn. brutto		Dopłata Pacjenta
					Wart. netto	Wart.		Wart. brutto	Wart. brutto	
1	07.0000.213.02-3	ŚWIADCZENIA ORTODONCJI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	pk	5	3,00	zw	0,00	3,00	15,00	25 678,09
2	07.0000.214.02-2	ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ	pk	7	3,00	zw	0,00	3,00	21,00	0,00
3	07.0001.001.14-5	ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNEJ POMOCY DORAŻNEJ - UE	pk	1	3,00	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. 15.40 podgląd faktury VAT

4. Aby powrócić do rachunków refundacyjnych, należy w oknie pobrania widoku e-faktury wybrać

15.10.1 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)									
<input type="button" value="Dodawanie rachunku"/>									
Nr według św-dawcy Zawiera <input type="text"/> Szukaj <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>									
Rok: -- dowolny -- Okres: -- dowolny -- Status: -- dowolny -- Typ: -- dowolny -- Rodzaj: elektroniczny									
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20									
Lp.	Data przesłania / Data wpływu dokumentu	Źródło	Nazwa pliku Nr według ŚIKCH Nr według świadczeniodawcy	Status	Rok Okres	Typ Rodzaj	Nr umowy Nr pierwotny umowy	Wartość rachunku	Operacje
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	588 zł	potwierdzenie PDF usuń lista załączników

Rys. 15.41 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									
<input type="button" value="Szukaj"/>									
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	ZAŁĄCZNIK POBRANY Z SERWERA FTP.	2014-04-25 15:09:37	Operator NFZ	Negatywny	negatyw	<input type="button" value="Pobierz"/>

Rys. 15.42 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.

15.11 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											
Numer Zawiera <input type="text"/> Szukaj <input type="button" value="Zlicz rekordy"/>											
Rok: [2017] Okres: -- dowolny -- Status: -- dowolny -- Sprawozdany: -- dowolny -- Wymagany: -- dowolny --											
Pokaż nieprzekazane dokumenty: <input type="checkbox"/>											
Bieżący zakres pozycji: 1 - 20											
Lp.	Rok Okres	Rodzaj	Numer	Okres ważności	Identyfikator	Imię	Nazwisko	Sprawozdany	Status	Wymagany	Operacje
1.	R: 2017 O: 10	EKUZ	8305048590600001111	Od: - Do: 2020-04-12	Typ: Pin UE Nr: ██████████	ANNA	██████████	Brak	-	Tak	historia przekazania dodaj
2.	R: 2017 O: 10	Poświadczenie	15/121/17/00102	Od: 2017-07-01 Do: 2017-10-01	Typ: Pin UE Nr: ██████████	EMILIE	██████████	Papierowo	Poprawny	Tak	historia przekazania
3.	R: 2017 O: 10	Poświadczenie	15/121/17/00100	Od: 2017-09-01 Do: -	Typ: Pin UE Nr: ██████████	JOHANEK	██████████	Papierowo	Poprawny	Tak	historia przekazania
4.	R: 2017 O: 10	Poświadczenie	15/106/17/00100	Od: 2016-11-10 Do: -	Typ: Pin UE Nr: ██████████	WERONIKA	██████████	Elektronicznie	Poprawny	Nie	historia przekazania

Rys. 15.43 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)

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)
- Pokaż nieprzekazane dokumenty – po zaznaczeniu

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.

16 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	KLOBZIO	XXXXXXXXXXXX	T	uprawnienia
2.	edytuj usuń	KNOWAK	XXXXXXXXXXXX	T	uprawnienia
3.	edytuj usuń	150000004	XXXXXXXXXXXX	T	uprawnienia

Rys. 16.1 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

16.1 Uprawnienia e-WUŚ

16.1.1 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

¹ <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=9&dzialnr=4&artnr=5112>

4. OW NFZ przyjmuje wniosek
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*.

Lp.	Numer wniosku / upoważnienia	PESEL	Status	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 16.1 Wnioski o upoważnienie do sprawdzania prawa do świadczeń

Podczas dodawania nowego wniosku, operator musi zapoznać się z regulaminem, a następnie go zaakceptować:

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 16.2 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** umożliwia pobranie oświadczenia.

Opcja **Zasady korzystania z eWUŚ** umożliwia podgląd oraz wygenerowanie *Zasad korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców - usługa 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

Wniosek nadrzędny świadczeniodawcy	
Nr wniosku:	15-ES-2013-01-07-000264
Dane świadczeniodawcy:	Kod: 1500..... Nazwa: SAMORZĄD NIP: 000 000 00 00 REGON: 14201194 Adres: DŁUGA 101 12 64-200 POZNAŃ
Status:	przyjęty
Operator:*	<input type="text"/>
PESEL:*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* pola wymagane

Rys 16.3 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.

16.1.2 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](#).

Upoważnieni operatorzy

PESEL Zawiera

Okres obowiązywania upoważnienia od: do:

Operatorzy zablokowani przez OW: Operatorzy bez aktywnego upoważnienia:

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 16.4 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 16.5 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 16.6 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: Szukaj

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 16.7 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

16.2 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.

16.2.1 Dodawanie upoważnienia operatora

W celu dodania upoważnienia należy:

9. Na liście *Upoważnieni operatorzy* wybrać opcję **Dodawanie upoważnienia operatora**. Wyświetlone zostanie okno (1) *Dodawanie upoważnienia operatora*.

(1) Dodawanie upoważnienia operatora

Rodzaj upoważnienia: zwykłe

Operator:*

PESEL:*

Okres obowiązywania:

Data od:*

* pola wymagane

Anuluj Dalej ->

Rys. 16.1 Przykładowe okno (1) Dodawanie operatora

10. W polu *Operator* należy wybrać opcję i wskazać ze słownika uprawnioną osobę.
11. W polu *PESEL* należy wprowadzić numer PESEL wybranej osoby.
12. W polu **Okres obowiązywania – data do** należy wskazać datę, od której obowiązuje upoważnienie (data nie może być późniejsza niż data bieżąca).
13. Wybrać opcję **Dalej**. Wyświetlone zostanie podsumowanie danych (2) *Dodawanie operatora*.
14. 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.

16.2.2 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. 16.2 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.

16.3 Operatorzy

16.3.1 Dodawanie operatora systemu

Lp.	Obsługa	Login	Nazwisko	Aktw.	Upraw.
1.	edytuj usuń	ANU	NC	T	uprawnienia
2.	edytuj usuń	KLH	NA	T	uprawnienia
3.	edytuj usuń	KNL	NC	T	uprawnienia
4.	edytuj usuń	KPJ	PII	T	uprawnienia
5.	edytuj usuń	MZI	ZCI	T	uprawnienia
6.	edytuj usuń	WCI	FRI	T	uprawnienia
7.	edytuj usuń	150	KC	T	uprawnienia

Rys 16.8 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. Wprowadzając 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.

16.3.2 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.

Edytuj dane

Zmiana danych osobowych (imienia lub nazwiska) spowoduje zablokowanie upoważnienia **15-EO-2013-07-11-000529** w systemie eWUŚ.
Czy na pewno chcesz zablokować upoważnienie operatora ██████████ do korzystania z systemu eWUŚ?

Rys 16.9 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:

Komunikat

Uwaga!

Zablokowano upoważnienie **15-EO-2013-07-11-000529** operatora ██████████ w systemie eWUŚ.
W celu umożliwienia pracy tego operatora w systemie należy dodać nowe upoważnienie.

Rys 16.10 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 **ANNA NOWAK** do korzystania z systemu eWUŚ?

Rys 16.11 Edycja danych operatora – Informacja

16.3.3 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*).

16.3.4 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
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 ->Zatrudniony personel	X	X	Rejestracja struktury organizacyjnej
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 o zgodę na wcześniejsze rozliczenie
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)

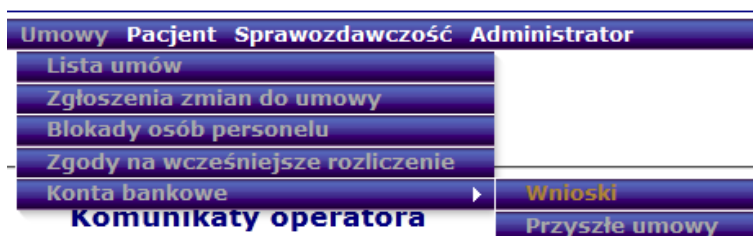
Raporty kolejek oczekujących	Sprawozdawczość-> Kolejki oczekujących	X	-	Kolejki oczekujących
Raporty z fakturami zakupowymi leków	Sprawozdawczość->Raporty z fakturami zakupowymi leków	X	-	Raport z fakturami zakupowymi leków
Przypadki udarów	Pacjent -> Przypadki udarów	X	-	Rejestracja przypadków udarów
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 **Administracja kontrahentem** uprawnia 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.



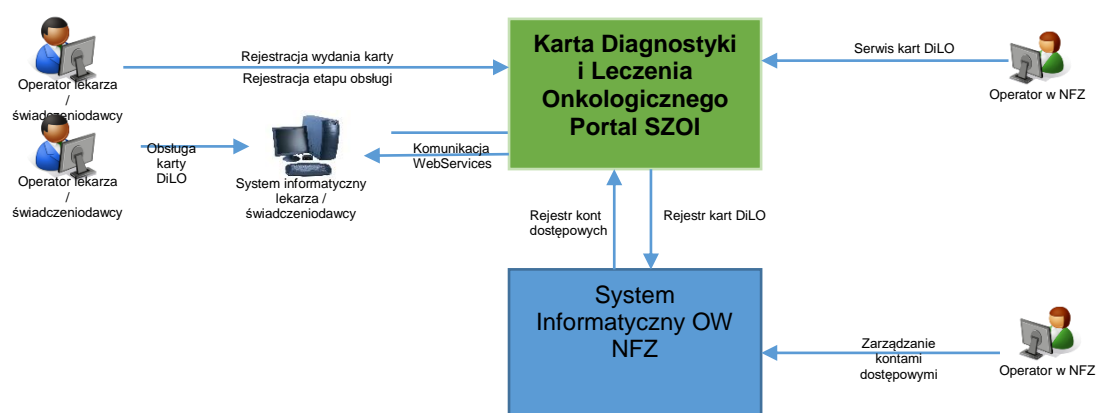
Jeżeli operator nie ma nadanych uprawnień do wybranego menu to jest ono podświetlone kolorem szarym. Po wybraniu menu, do którego operator nie ma dostępu, system zgłosi błąd:

!!! Uwaga !!!
*Podany operator nie posiada uprawnień do wybranej opcji.
Uprawnienia dla danego operatora można nadać w menu Administrator - Operatorzy - uprawnienia.*

16.4 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 uprawnienia 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: 10: : : :	Usuń uprawnienia
3.	Operator zewnętrzny	Kod lekarza: 11: : : :	Usuń uprawnienia
4.	Operator własny	ANOWA	Usuń uprawnienia
5.	Operator własny	KNOWAK	Usuń uprawnienia

Rys 16.12 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 obowiązującej umowie podpisanej z NFZ lub w przekazanym zgłoszeniu zmian do umowy.
3. Wybrać opcję **Zatwierdź**. Dane operatora zostaną dopisane do listy.

Konto dostępowe 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.

16.5 Dostęp do zarządzania systemem DiLO

Operator aplikacji AP-DiLO ma możliwość wnioskowania o założenie konta testowego, które umożliwia 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*.

Lp.	Rodzaj	Login/Kod lekarza	Operacje
1.	Operator własny	DILOTEST	Usuń uprawnienia

Rys 16.13 Dostęp do zarządzania systemem DiLO

Aby nadać powyższe uprawnienie należy skorzystać z opcji **Dodawanie uprawnień administratora**, przy pomocy słownika uzupełnić odpowiedniego operatora, a następnie wybrać opcję **Zatwierdź →**.

Rys 16.14 Dodawanie uprawnień administratora DiLO

Opcja **Usuń uprawnienia** umożliwia odebranie dostępu operatora do wniosków o dostęp do środowiska testowego.

16.6 Dostęp do zarządzania modułem kolejek centralnych

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.

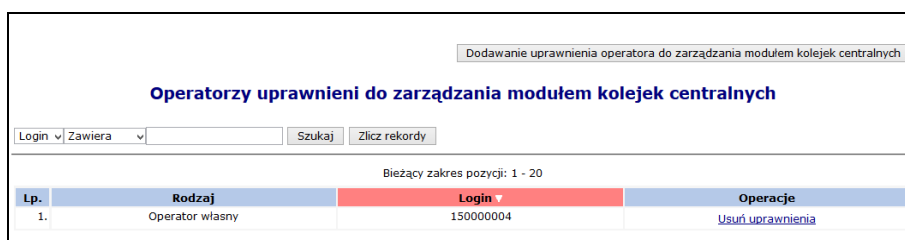
Aplikacja ta realizuje zapisy ustawowe mówiące o udostępnionej przez Prezesa Funduszu aplikacji do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń gwarantowanych, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona.

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](#).

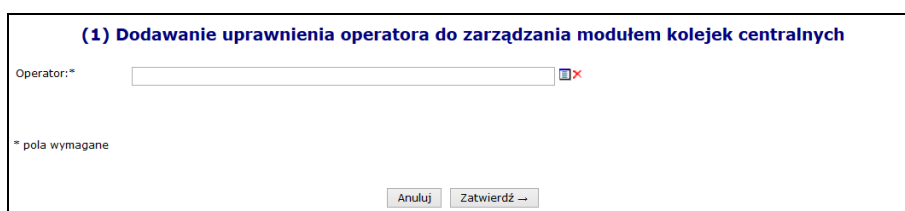


Lp.	Rodzaj	Login	Operacje
1.	Operator własny	150000004	Usun uprawnienia

Rys 16.15 Operatorzy uprawnieni zarządzania modułem kolejek centralnych

Aby dodać uprawnienie operatora - administratora, należy skorzystać z opcji [Dodawanie uprawnień operatora do zarządzania modułem kolejek centralnych](#).

Po wskazaniu ze słownika operatora – administratora i zatwierdzeniu tej operacji, zostanie wyświetlone okno informujące o pomyślnym zakończeniu operacji.



Rys 16.16 Dodawanie uprawnień operatora do zarządzania modułem kolejek centralnych

Po dodaniu uprawnień, operator – administrator, będzie mógł przejść do drugiego kroku nadawania uprawnień w aplikacji AP-KOLCE.

16.7 Dostęp do zarządzania operatorami systemu PKUŚ

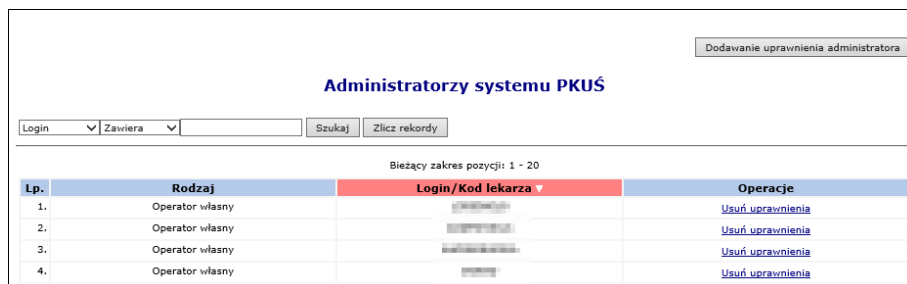
Moduł obsługi koordynowanych procesów udzielania świadczeń to aplikacja internetowa będąca częścią Portalu SZOI. AP-PKUŚ będzie umożliwiał świadczeniodawcom rejestrację leczenia pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego.

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*.



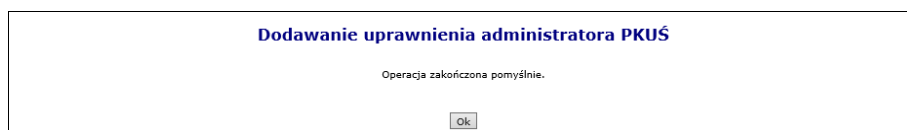
Rys. 16.2 Przykładowe okno administratorów systemu PKUŚ

Aby dodać uprawnienie operatora - administratora, należy skorzystać z opcji *Dodawanie uprawnień administratora*. Wyświetlone wówczas zostanie właściwe okno do wykonania takiej operacji.



Rys. 16.3 Przykładowe okno dodawania uprawnień administratora PKUŚ

Po wskazaniu ze słownika operatora – administratora i zatwierdzeniu tej operacji, zostanie wyświetlone okno informujące o pomyślnym zakończeniu operacji.



Rys. 16.4 Przykładowe okno potwierdzania dodania uprawnień administratorowi PKUŚ

Po dodaniu uprawnień, operator – administrator będzie mógł przejść do drugiego kroku nadawania uprawnień w aplikacji AP-PKUŚ.

16.8 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 wysłał 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 <input type="text"/> Zawiera <input type="text"/>		Szukaj		
Bieżący zakres pozycji: 1-20				
Lp.	Nazwa	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 16.17 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"

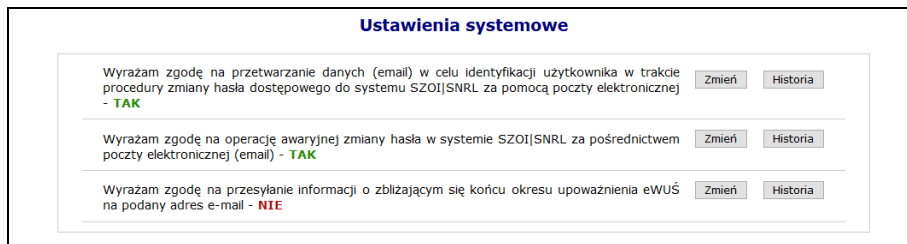
16.9 Słowniki

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

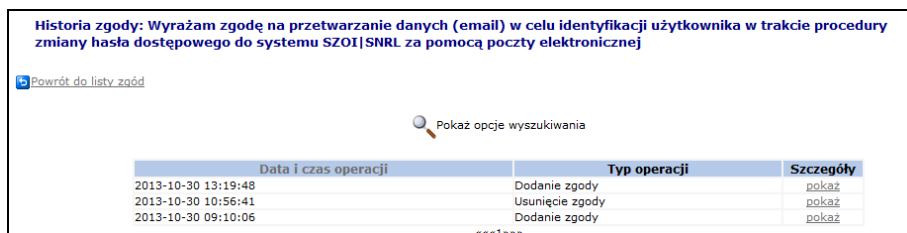
17 SYSTEM – UDZIELONE ZGODY

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).



Rys 17.1 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.



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

Rys 17.2 Ustawienia systemowe

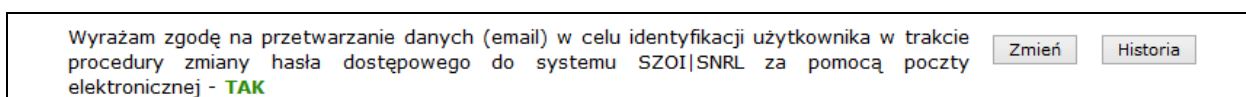
17.1 Wyrażenie zgody na przetwarzanie adresu email

Wyrażenie zgody związane jest z koniecznością wprowadzenia poprawnego adresu email wraz z przeprowadzeniem procedury jego weryfikacji. Po wstępnym wprowadzeniu adresu email system wysła 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 **ZMIEN**. Wycofanie zgody na przetwarzanie adresu email jest jednoznaczne z usunięciem tego adresu z systemu.

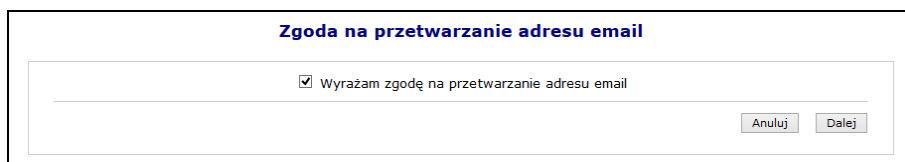
Wyrażenie zgody na przetwarzanie adresu email jest wymagane podczas wyrażania zgody na inne czynności systemowe związane z przetwarzaniem tego adresu (awaryjna zmiana hasła oraz otrzymywanie dodatkowych informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej).

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



3. Zaznaczyć opcję *Wyrażam zgodę na przetwarzanie adresu email*, a następnie wybrać opcję **Dalej**.



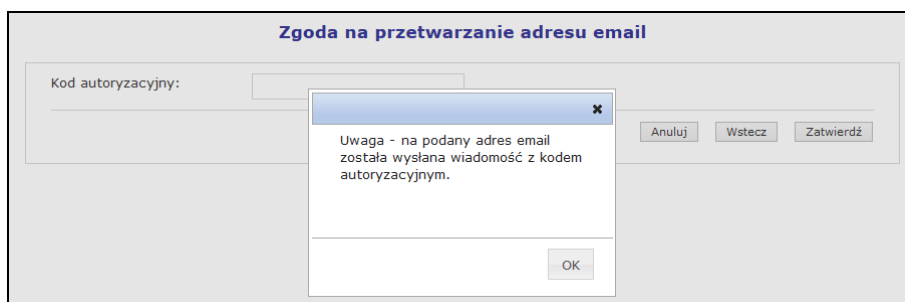
Rys 17.3 Zgoda na przetworzenie adresu email

4. Przy pomocy opcji **Uzpełnij** wprowadzić dane związane z adresem email (adres oraz jego potwierdzenie).



Rys 17.4 Zgoda na przetworzenie adresu email

5. Po wybraniu opcji **Dalej**, system automatycznie wyśle kod autoryzacyjny na podany wcześniej adres email.



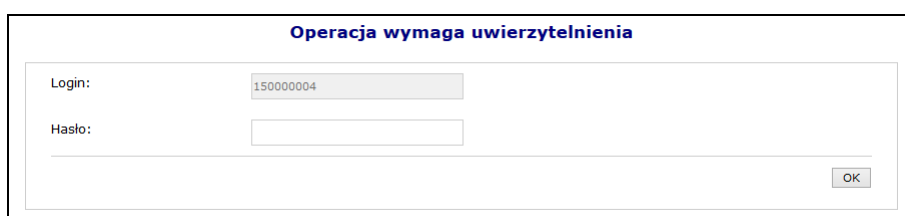
Rys 17.5 Zgoda na przetworzenie adresu email – informacja o kodzie autoryzacyjnym

6. W kolejnym kroku operator musi wybrać opcję **OK**, a następnie wprowadzić kod przesłany na adres email.



Rys 17.6 Zgoda na przetworzenie adresu email – Kod autoryzacyjny

7. Wybrać opcję **Zatwierdź**.
8. W ostatnim etapie należy podać hasło operatora do systemu.



Rys 17.7 Uwierzytelnienie operacji

9. Po podaniu poprawnego hasła i wybraniu opcji **OK**, operacja dodania adresu email zostanie zakończona pozytywnie.



Rys 17.8 Zgoda na przetworzenie adresu email – Zakończenie operacji

17.2 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 **Zmień**

Wyrażam zgodę na operację awaryjnej zmiany hasła w systemie SZOI|SNRL za **Zmień** **Historia**
pośrednictwem poczty elektronicznej (email) - **NIE**

3. Zaznaczyć opcję *Wyrażam zgodę na przetwarzanie adresu email*, a następnie wybrać opcję **Dalej**.
4. W kolejnym etapie przy pomocy opcji **Uzupełnij**, należy podać *Pytanie i odpowiedź* dla obydwu pozycji.



Rys 17.9 Zgoda na awaryjną zmianę hasła za pośrednictwem poczty elektronicznej

5. Po uzupełnieniu powyższych danych należy wybrać opcję **Zatwierdź**, a następnie podać hasło operatora do systemu.

Operacja wymaga uwierzytelnienia

Login:

Hasło:

Rys 17.10 Uwierzytelnienie operacji

6. Po pozytywnym wprowadzeniu hasła i wybraniu opcji , operacja wyrażenia zgody na awaryjną zmianę hasła za pośrednictwem poczty elektronicznej zostanie zakończona.

17.3 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:

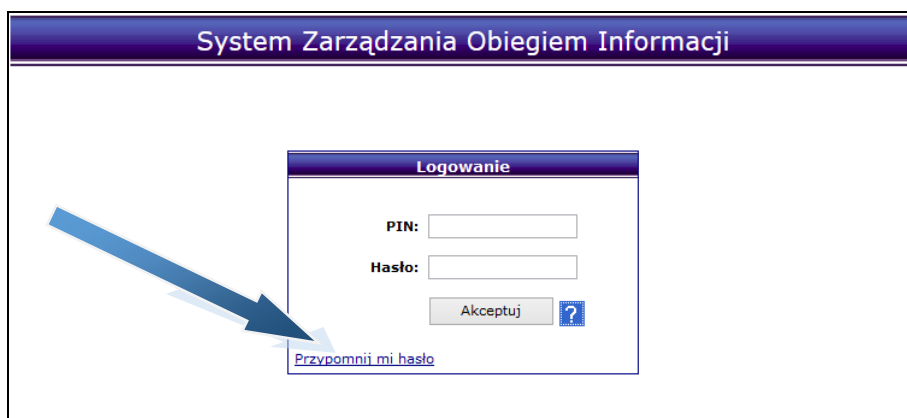
Temat: Informacja w sprawie dalszej możliwości korzystania z usługi eWUŚ.

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.

17.4 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 17.11 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 17.12 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.**

```

Drogi Użytkowniku,

W systemie SZOI - System Zarządzania Obiegiem Informacji wypełniono formularz odzyskiwania hasła.

Kliknij poniższy link, aby przejść do formularza zmiany hasła
[ formularz zmiany hasła ]

Link do formularza ważny jest przez 15 minut od momentu wygenerowania.

Jeśli nie zakładałeś konta w systemie SZOI lub nie dokonywałeś zmian w jego ustawieniach - zignoruj tę wiadomość.
Operacja została wykonana z adresu IP 10.10.10.10 w dniu 2013-12-02 07:53:57.

-----
Ta wiadomość została wygenerowana automatycznie - nie odpowiadaj na nią.
    
```

Rys 17.13 Przypomnienie hasła – Wiadomość email

Kliknięcie w link w wiadomości spowoduje wyświetlenie okna wprowadzenia **Loginu** operatora, dla którego wykonywana jest zmiana hasła.



Rys 17.14 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 17.15 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.

18 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.

19 DANE TECHNICZNE

Przed przystąpieniem do pracy w systemie SZOI należy sprawdzić konfigurację stanowiska pracy względem zalecanych (minimalnych) wymagań do pracy w systemie.

Lista zalecanych przeglądarek internetowych:

- Internet Explorer w wersji 8.0.x, 9.0.x lub 10.0.x (zalecana wersja 9.0.x lub 10.0.x)
- Mozilla Firefox w wersji 23.x
- Google Chrome w wersji 29.x
- Opera w wersji 16.x

Zalecane ustawienia przeglądarek, na przykładzie IE:

- za pomocą menu *Narzędzia / Opcje internetowe... / Prywatność / Zaawansowane... /* należy włączyć obsługę mechanizmu cookies
 - zastąp automatyczną obsługę plików cookie
 - pliki cookie tej samej firmy / Zaakceptuj
 - pliki cookie innych firm / Zaakceptuj
 - zezwalaj na pliki cookie dotyczące sesji
- za pomocą menu *Narzędzia / Opcje internetowe... / Ogólne / Tymczasowe pliki internetowe [Ustawienia...]/* należy ustawić sposób wyświetlania danych przy edycji
 - „Sprawdź, czy są nowsze wersje przechowywanych stron” / „Przy każdej wizycie na tej stronie”

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”.