



Centralna Baza Wniosków i Decyzji (CBWiD) dla operatorów Świadczeniodawców

© 2020 KAMSOFT S.A.

KAMSOFT S.A.

Spis treści

Rozdział 1	Wstęp	5
Rozdział 2	Uprawnienia dostępu do aplikacji	6
2.1	Portal SZOI	6
2.2	Portal Świadczeniodawcy	7
2.3	Nadawanie uprawnień do systemów centralnych [KAAS-MGR-SYS]	10
Rozdział 3	Podpis elektroniczny	14
Rozdział 4	Rozpoczęcie i zakończenie pracy	16
Rozdział 5	Wyszukiwanie wniosków	18
Rozdział 6	Tworzenie nowego wniosku	22
Rozdział 7	Wycofanie wniosku	30
Rozdział 8	Ponowne rozpatrzenie wniosku	32
Rozdział 9	Elementy wniosków	34
9.1	Dane dotyczące dodatkowej JGP/świadczenia	38
9.2	Dane dotyczące dodatkowych wariantów stosowanych w ramach świadczenia	38
9.3	Dane dotyczące hospitalizacji	39
9.4	Dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie)	39
9.5	Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia przeszczepienia komórek krwiotwórczych	40
9.6	Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 zrealizowanej po wykonaniu świadczenia	40
9.7	Dane dotyczące świadczenia	40
9.8	Dane dotyczące świadczeń nie wymienionych w katalogu 1w/1ws	41
9.9	Dane dotyczące świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów	41
9.10	Dane świadczenia, którego dotyczy wniosek	41
9.11	Dane świadczeniobiorcy	43
9.12	Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	43
9.13	Data poprzedniego świadczenia	47
9.14	Istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych	47
9.15	Kosztorys (załącznik 4a)	48
9.16	Kosztorys (załącznik 5a)	51
9.17	Potwierdzenie formalne wniosku	56

9.18 Przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10	56
9.19 Rodzaj świadczenia	56
9.20 Terminy udzielania świadczeń	57
9.21 Uzasadnienie	57
9.22 Wnioskowanie	58
9.23 Wnioskowany koszt świadczenia	58
9.24 Wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ	58
9.25 Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanej w terminie	58
9.26 Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie	59

1 Wstęp

Aplikacja portalowa CBWiD (Centralna Baza Wniosków i Decyzji) służy świadczeniodawcom do obsługi wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń składanych do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia właściwych dla świadczeniodawcy.

Portal umożliwia Świadczeniodawcom wykonanie następujących operacji związanych z obsługą wniosku:

- Utworzenie i przekazanie do OW nowego wniosku
- Edycja wniosku
- Wyszukiwanie i przegląd wniosków
- Usunięcie wniosku nieprzekazanego do OW NFZ
- Utworzenie i przekazanie pisma o wycofanie wniosku
- Utworzenie i przekazanie pisma o ponowne rozpatrzenie wniosku
- Przegląd pism przekazanych przez OW NFZ dla wniosku (wezwanie do uzupełnienia wniosku, odmowa wycofania wniosku, odmowa ponownego rozpatrzenia wniosku).

Zakres informacyjny wniosków o indywidualne rozliczenie obsługiwanych przez aplikację jest zgodny z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ.

Przekazany przez Świadczeniodawcę wniosek jest podstawą do wydania decyzji przez Fundusz. Pozytywna decyzja Funduszu umożliwia świadczeniodawcy rozliczenie świadczenia przekazywanego komunikatem SWIAD, zgodnie z postanowieniem decyzji.

Aby składany przez Świadczeniodawcę wniosek mógł być rozpatrywany przez Fundusz muszą być spełnione dwa warunki:

- Świadczeniodawca musi przekazać elektroniczną postać wniosku
- Świadczeniodawca musi przekazać wniosek podpisany podpisem tradycyjnym (przekazuje podpisaną papierową postać wniosku) lub przekazuje wniosek podpisany podpisem cyfrowym (przekazanie podpisanego wniosku elektronicznego).

Dopuszczonym podpisem cyfrowym na tym etapie funkcjonowania systemu jest wyłącznie podpis kwalifikowany. Analogiczna zasada dotyczy pism związanych z wnioskiem, kierowanych przez Świadczeniodawcę do Funduszu.

Załączniki do wniosku dotyczące dokumentacji medycznej są przekazywane poza systemem niezależnie od sposobu podpisywania wniosku (w dotychczasowy sposób – dostarczany osobiście, drogą pocztową w postaci papierowej lub na nośniku elektronicznym). Na wniosku jest wymagane oznaczenie, czy do wniosku będą dołączone załączniki.

Kosztorys (załącznik 4a, 5a) jest elementem wniosku - nie jest przez system traktowany jak załącznik.

2 Uprawnienia dostępu do aplikacji

Nadawanie uprawnień do aplikacji **Centralna Baza Wniosków i Decyzji (CBWiD)** jest dwustopniowe:

1. w pierwszej kolejności świadczeniodawca musi przydzielić uprawnienia operatorom - administratorom, którzy następnie będą mieli możliwość przydzielania uprawnień operatorom w aplikacji centralnej. Wskazania administratora systemów centralnych dokonuje się w:
 - **Portalu SZOI** - dla świadczeniodawców z oddziałów wojewódzkich: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, mazowieckiego, podlaskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego - opis w rozdziale [Portal SZOI](#).
 - **Portalu Świadczeniodawcy** - dla świadczeniodawców z oddziałów wojewódzkich: dolnośląskiego, lubuskiego, łódzkiego, małopolskiego, opolskiego, podkarpackiego, pomorskiego, śląskiego - opis w rozdziale [Portal Świadczeniodawcy](#).
2. następnie wskazany administrator loguje się do centralnego menadżera nadawania uprawnień do systemów centralnych KAAS-MGR-SYS dostępnego pod adresem <https://dt.nfz.gov.pl>. System umożliwia nadanie dostępu do aplikacji **Rozliczenia indywidualne** wybranym operatorom świadczeniodawcy - opis w rozdziale [Nadawanie uprawnień do systemów centralnych \[KAAS-MGR-SYS\]](#).

2.1 Portal SZOI

INFORMACJE DLA OW NFZ:

Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Mazowieckiego, Podlaskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-Mazurskiego, Wielkopolskiego, Zachodniopomorskiego

Aby wskazać administratora systemów centralnych w Portalu SZOI, należy:

1. Wybrać menu: **Administrator** → **Zarządzanie systemami centralnymi** → **Systemy centralne**. Czynność spowoduje wyświetlenie poniższego okna:

Dodawanie uprawnień administratora

Administratorzy systemów centralnych

Login ▾ Zawiera ▾ Szukaj Zlicz rekordy



Brak danych

Przykładowe okno Administratorzy systemów centralnych

2. Po kliknięciu przycisku **Dodawanie uprawnień administratora**, wyświetlone zostanie okno **(1) Dodawanie uprawnień administratora systemów centralnych**.


(1) Dodawanie uprawnienia administratora systemów centralnych

Typ operatora:* Operator własny

Operator własny:*  

* pola wymagane

Przykładowe okno Dodawania uprawnienia administratora

3. W polu *Operator własny* należy wskazać osobę, która będzie zarządzać kontami w systemach centralnych. Operatora można wybrać ze słownika operatorów, dostępnego po kliknięciu przycisku  (odpowiada liście operatorów), lub wpisać pierwsze znaki loginu operatora.

U W A G A !

Dla kont administracyjnych (login zaczynający się od cyfry) może zostać wyświetlony komunikat błędu:

Operator własny – operator nie ma podanego imienia i nazwiska.

Aby dodać wskazanego operatora do listy osób uprawnionych należy najpierw uzupełnić jego dane w menu: **Administrator – Operatorzy**; opcja: **edytuj**.

4. Wprowadzoną informację należy zatwierdzić. Czynność spowoduje wyświetlenie komunikatu potwierdzenia oraz zapisanie osoby na liście **Administratorzy systemów centralnych**.

Dodawanie uprawnienia administratora

Administratorzy systemów centralnych

Login Zawiera

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Rodzaj	Login/Kod lekarza ▼	Operacje
1.	Operator własny	GNAZWISKO1	Usuń uprawnienia
2.	Operator własny	KNAZWISKO4	Usuń uprawnienia


Przykładowe okno Administratorzy systemów centralnych

2.2 Portal Świadczeniodawcy

I N F O R M A C J E D L A O W N F Z :








Dolnośląskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Małopolskiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Pomorskiego, Śląskiego

Aby wskazać operatora – administratora, należy skorzystać w Portalu Świadczeniodawcy z obszaru: **Administracja i opcje > Administracja prawami dostępu**.



Kod świadczeniodawcy: [redacted]
Nazwa świadczeniodawcy: [redacted]
Użytkownik: [redacted]

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

 <p>Moja struktura organizacyjna <i>Tu zapoznasz się z podstawowymi informacjami na Twój temat zgromadzonymi w systemie NFZ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Moje podstawowe dane ▶ Moje pełne dane (Portal Potencjału) 	 <p>Nowości <i>Miejsce, w którym możesz zobaczyć nowe, istotne informacje lub komunikaty</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 06.10.17 - Udostępniono nową wersję słow...
 <p>Umowy na realizację świadczeń <i>Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Stan przelewów bankowych ▶ Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń ▶ Moje umowy <p style="text-align: right; font-size: small;">Pokaż więcej..</p>	 <p>Zaopatrzenie ortopedyczne <i>Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne <p style="text-align: right; font-size: small;">Pokaż więcej..</p>
 <p>Apteki <i>Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca zawarcie umowy i przeprowadzanie rozliczeń w zakresie refundacji leków</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Moje umowy ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne ▶ Sprawdzanie poprawności recept ▶ Okresy rozliczeniowe ▶ Przeгляд recept z wynikami weryfikacji wstecznej <p style="text-align: right; font-size: small;">Pokaż więcej..</p>	 <p>Punkt dystrybucji recept <i>Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca obsługę punktu dystrybucji recept</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Obsługa punktu dystrybucji recept
 <p>Administracja i opcje <i>Parametry działania aplikacji</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Zmiana hasła ▶ Administracja prawami dostępu ▶ Przełącz pytanie do operatora ▶ Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ <p style="text-align: right; font-size: small;">Pokaż więcej..</p>	

Przykładowe okno Portalu Świadczeniodawcy

Nastąpi wówczas przejście do okna **Administracja prawami użytkowników**.

Administracja prawami użytkowników

▶ Powrót ▶ Lista użytkowników ▶ Dodawanie użytkownika ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Wydziałka przychodni lekarskiej im. Arny C.L. 2000 Opole**
Użytkownik: **...**

Wyszukiwanie użytkowników

Status:

Identyfikator:

Imię:

Nazwisko:

Imię i nazwisko	Identyfikator	Status	Uprawnienia
...
...

! - użytkownicy, którym odebrano prawo logowania się do Portalu

Okno Portalu Świadczeniodawcy/Administracja prawami użytkowników

Za pomocą odnośnika znajdującego się w kolumnie *Identyfikator*, można przejść do okna Edycji uprawnień użytkownika. Na samym dole listy należy zaznaczyć dla operatora uprawnienie o nazwie **Zarządzanie pozostałymi systemami centralnymi (rejstry Instytutu Kardiologii, ankiety udarowe, CBWiD)**. Po zapisaniu uprawnień, operator – administrator będzie mógł przejść do następnego kroku nadawania uprawnień w aplikacji centralnej – odnośnik Portal do zarządzania uprawnieniami w systemach Centrali NFZ (rejstry Instytutu Kardiologii, CLC_ZS - ankiety udarowe, CBWiD - Centralna Baza Wniosków i Decyzji) przenosi na portal systemu zarządzania uprawnieniami do rejestrów KAAS-ADM-SYS.

Edycja uprawnień użytkownika - dla systemu eWUŚ Zapisz uprawnienia użytkownika

Uprawnienia:

- Dostęp do zarządzania systemem eWUŚ
- Zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ
- Zarządzanie wnioskami systemu eWUŚ

Przywróć

Zapisz uprawnienia użytkownika - dla systemu eWUŚ

Edycja uprawnień użytkownika - dla systemów: DiLO, KOLCE, Zarządzanie modułem PKUŚ, e-potwierzeń, rejestry Instytutu Kardiologii, CLC_ZS - ankiety udarowe

Uprawnienia:

- Uprawnienie DiLO
- Uprawnienie dostępowe do systemu eZWM
- Zarządzanie modułem DiLO
- Zarządzanie modułem kolejek centralnych
- Zarządzanie modułem PKUŚ (procesy koordynowanego udzielania świadczeń; KOS-Zawał, POZ PLUS)
- Zarządzanie pozostałymi systemami centralnymi (rejestry Instytutu Kardiologii, ankiety udarowe, CBWiD)

Portal do zarządzania uprawnieniami w systemach Centrali NFZ (rejestry Instytutu Kardiologii, CLC_ZS - ankiety udarowe, CBWiD – Centralna Baza Wniosków i Decyzji)

Przywróć

Edycja uprawnień do usługi dostępowej dla Świadczeniodawców Zapisz uprawnienia użytkownika

Uprawnienia:

- Praca z usługą dostępową

Przywróć

Zapisz uprawnienia do usługi

Fragment okna edycji uprawnień użytkownika

2.3 Nadawanie uprawnień do systemów centralnych [KAAS-MGR-SYS]

System KAAS-MGR-SYS (menadżer uprawnień świadczeniodawcy) jest modułem centralnym przeznaczonym do zarządzania uprawnieniami operatorów świadczeniodawcy.

Dla aplikacji CBWiD zdefiniowany został obiekt uprawnień:

- CBWiD

Uprawnienie jest wymagane do pracy z systemem.

W celu nadania uprawnień operatorom świadczeniodawcy należy przeglądarce internetowej w polu adres, wprowadzić adres aplikacji: <https://dt.nfz.gov.pl>.



Okno powitalne aplikacji

W celu zalogowania się do systemu należy:

1. z rozwijanego pola wyboru wybrać właściwy Oddział Wojewódzki
2. z rozwijanego pola wyboru wybrać typ kontrahenta (dotyczy tylko świadczeniodawców następujących OW NFZ: Dolnośląskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Małopolskiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Pomorskiego, Śląskiego)
3. w polu *Login* wprowadzić login użytkownika
4. W polu *Hasło* wprowadzić hasło użytkownika. Należy pamiętać, że system podczas weryfikacji hasła rozpoznaje duże i małe litery – błędne wprowadzenie dużej/małej litery spowoduje błąd logowania.
5. Kliknąć przycisk **ZALOGUJ SIĘ**, aby uruchomić proces logowania do aplikacji.

Jeżeli para: login – hasło są poprawne, operator zostanie zalogowany do systemu.

Okno logowania dla świadczeniodawców OW NFZ: Dolnośląskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Małopolskiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Pomorskiego, Śląskiego

Okno logowania dla świadczeniodawców OW NFZ: Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Mazowieckiego, Podlaskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-Mazurskiego, Wielkopolskiego, Zachodniopomorskiego

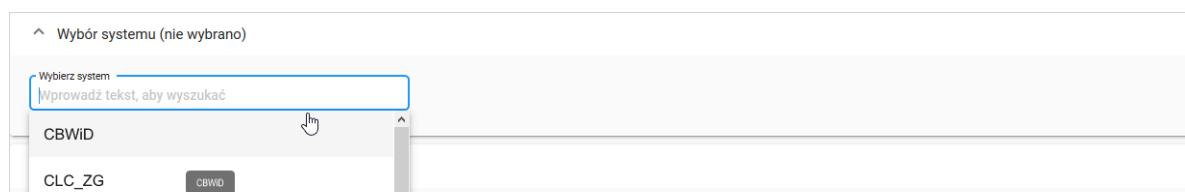
W przypadku podania nieprawidłowych danych do logowania, wyświetlony zostanie komunikat błędu:



Błąd logowania do systemu

W celu nadania uprawnienia dostępu do portalu CBWiD należy:

1. W górnej części okna, w sekcji **Wybór systemu** wybrać CBWiD.



2. W sekcji **Lista operatorów zarejestrowanych u kontrahenta...**, należy:

- a) korzystając z pola wyszukiwania *Wyszukaj operatora po imieniu, nazwisku lub loginie* wprowadzić ciąg znaków odpowiadający wyszukiwanym danym – lista zostanie odświeżona automatycznie po wprowadzeniu minimum 3 znaków;

U W A G A !

Domyślnie na liście wyświetlanych jest 5 pierwszych znalezionych rekordów. Jeśli wyszukiwany operator nie jest widoczny, należy zmienić liczbę rekordów wyświetlanych na stronie lub precyzyjniej wprowadzić dane wyszukiwanego operatora.

- b) zaznaczyć pole wyboru przy loginie operatora , który ma mieć dostęp do systemu. Czynność spowoduje wyświetlenie sekcji **Nadawanie uprawnień** (patrz pkt 3)

Login	Imię	Nazwisko	Aktywność	
<input checked="" type="checkbox"/>	KNOWAK	KLAUDIUSZ	NAZWISKO_6	Aktywny

3. W sekcji **Nadawanie uprawnień** wyświetlona zostanie informacja o operatorze, dla którego rejestrowane jest uprawnienie: **Uprawnienia operatora... w systemie...** Jeśli poprawnie wybrano operatora należy:

- a) Dla obiektu uprawnień *CBWiD* zaznaczyć opcję Tak Nie w kolumnie *Czy operator ma nadane uprawnienie*

- b) Kliknąć przycisk

Obiekt uprawnień	Czy operator ma nadane uprawnienie?
CBWiD	<input checked="" type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie

3 Podpis elektroniczny

Konfiguracja programów do składania podpisów kwalifikowanych. Konfiguracja dotyczy podpisu w wersji bez znakowania czasem.

proCertum SmartSign (Asseco):

The screenshot shows the 'proCertum SmartSign - Ustawienia' window with the 'Podpis' tab selected. The 'Format podpisu' section has 'XAAdES' selected. The 'Typ podpisu' section has 'Podpis wewnętrzny' selected. The 'Funkcja skrótu' section has 'SHA-256' selected. A red box highlights the 'XAAdES' option and the 'Podpis wewnętrzny' option.

Format podpisu

XAAdES
Podpis XAAdES - Podpis elektroniczny w formacie XAAdES jest zgodny z najnowszymi standardami, jest oparty o język XML i zalecany do powszechnego stosowania.

CAAdES/ETSI
Podpis CAAdES/ETSI - Podpis elektroniczny w formacie CAAdES/ETSI jest starszym formatem podpisu elektronicznego.

Typ podpisu

Podpis zewnętrzny
Plik podpisu będzie zawierał tylko informacje o podpisie. Pamiętaj jednak, że w trakcie weryfikacji podpisu trzeba dostarczyć dokument wraz z podpisem.

Podpis wewnętrzny
Plik podpisu będzie również zawierał treść dokumentu.

Funkcja skrótu

Funkcja skrótu: SHA-256

Ustawienia domyślne

The screenshot shows the 'proCertum SmartSign - Ustawienia' window with the 'Podpis' tab selected. The 'Zaawansowane opcje podpisu PDF/PAdES' section is expanded. The 'Zaawansowane opcje podpisu XAAdES' section has 'Twórz podpis dołączony (Enveloped), gdy podpisany jest dokument XML podpisem wewnętrznym XAAdES' checked. A red box highlights this checked option.

Zaawansowane opcje podpisu PDF/PAdES

Ścieżka do pliku polityki podpisu: Przeglądaj

Informacje o polityce podpisu: Usun

Umieszczaj graficzny symbol podpisu w dokumencie PDF

Plik symbolu: C:\template-podpis.jpg Ustaw Usun

Lokalizacja podpisującego: Ustaw Usun

Zaawansowane opcje podpisu XAAdES

Twórz podpis dołączony (Enveloped), gdy podpisany jest dokument XML podpisem wewnętrznym XAAdES

Twórz podpis dołączony (Enveloped) w wersji standardowej

Ustawienia domyślne

Szafir (KIR):

Konfiguracja

Nazwa: Konfiguracja.xml

składanie podpisu weryfikacja znakowanie czasem szyfrowanie komponent techniczny ustawienia sieciowe eArchiwum

Używaj domyślnej konfiguracji

Certyfikat dla podpisu

Dowolny certyfikat Wybierz

Szczegóły

Parametry podpisu Polityka Źródła / wyniki podpisu

Format:

CAaES (PKCS#7)

XAdES

PAdES / dla plików PDF/

ASIC-S

Parametry podpisu

Wariant: Nie dołączaj dodatkowych informacji (XAdES-BES)

Funkcja skrótu: SHA-256

Rodzaj zobowiązania: Brak zobowiązań

Podpis wbudowany (kontrasygnata) Podpis otaczany

Dodaj kolejny podpis do pliku z podpisem

Zapisz podpisywane dane razem z podpisem

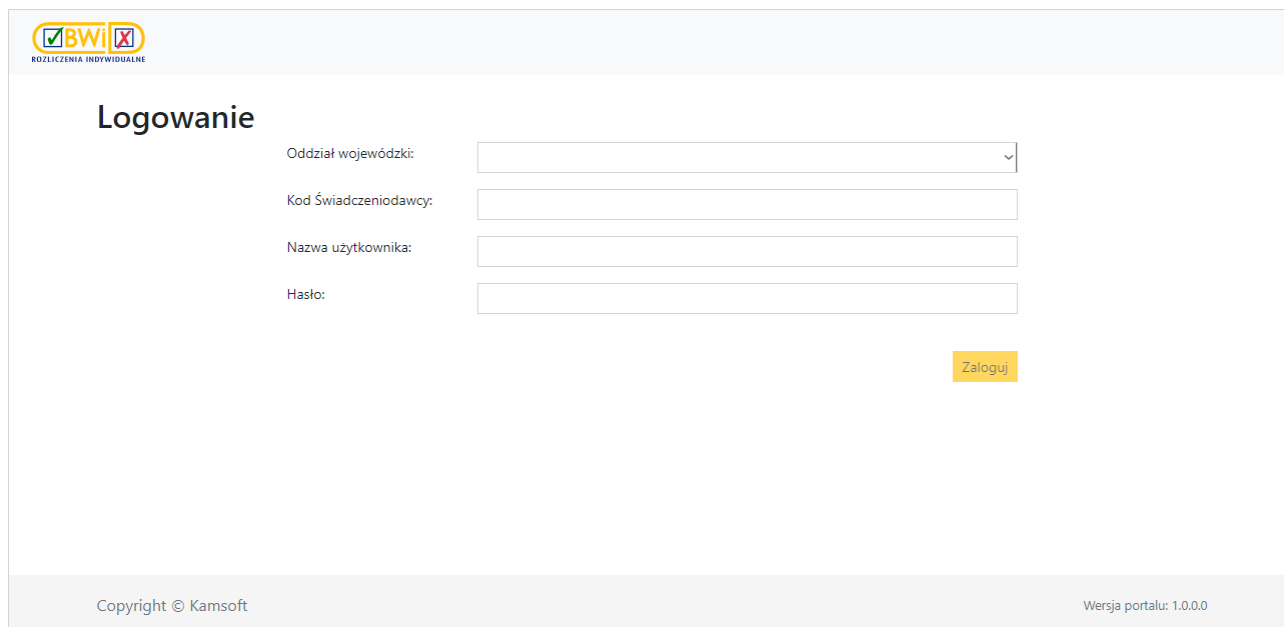
Nie koduj danych XML'owych do Base64

Podpis zgodny z eDeklaracje

Pomoc Przywróć ustawienia fabryczne Zapisz Anuluj

4 Rozpoczęcie i zakończenie pracy

Obsługa wniosków rozliczeń indywidualnych odbywa się na stronie WWW w przeglądarce internetowej. Po przejściu na stronę <https://cbwid.nfz.gov.pl> należy się zalogować. Do tego służy okno:



W oknie logowania należy wybrać OW, wprowadzić kod świadczeniodawcy (nie dotyczy świadczeniodawców OW: Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Mazowieckiego, Podlaskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-Mazurskiego, Wielkopolskiego i Zachodniopomorskiego), nazwę użytkownika (login) oraz hasło. Login oraz hasło są nadawane przez administratora systemu i są indywidualną własnością każdego operatora mającego kontakt z systemem informatycznym. Jest to o tyle istotne, że w systemie przechowywana jest informacja o tym, kto wykonał daną operację (np. wprowadził, aktualizował, czy autoryzował dane).

U W A G A :

Przy podawaniu hasła istotne jest czy wpisano je dużymi czy małymi literami.

Po wprowadzeniu użytkownika i hasła wybieramy przycisk **Zaloguj**. Jeżeli wprowadzone dane są prawidłowe (to znaczy zgodne z systemem użytkownika), następuje przejście do okna głównego:

Lista wniosków

appuser1

Tworzenie nowego wniosku

Rok: 2020 | Typ wniosku: []

Kategoria wniosku: [] | Rodzaj świadczenia: []

Utwórz nowy wniosek

Wyszukiwanie

Wyszukiwanie zaawansowane

Wyczyść zaawansowane | Wyczyść | Znajdź

Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Kategoria	Data utworzenia	Data przyjęcia	Sposób obsługi	Identyfikator pacjenta	Data decyzji
-----	---------------	----------------	-----------	-----------------	----------------	----------------	------------------------	--------------

Copyright © Kamssoft | Wersja portalu: 1.0.0.0

Główne okno aplikacji (**Lista wniosków**) podzielone jest na trzy sekcje (części) i udostępnia następujące możliwości:

- [**Tworzenie nowego wniosku**](#)
- [**Wyszukiwanie**](#)
- [**Wyszukiwanie zaawansowane**](#)

Opis tworzenia nowego wniosku oraz wyszukiwania już zarejestrowanych w systemie znajduje się w następnych rozdziałach niniejszej dokumentacji.

Aby wyjść z systemu należy kliknąć na ikonie  widocznej w prawym górnym narożniku okna.

5 Wyszukiwanie wniosków

Sekcje **Wyszukiwanie/Wyszukiwanie zaawansowane** pozwalają na wyszukiwanie wniosków według określonych w polach filtrujących kryteriów oraz wyświetlenie wniosków spełniających owe kryteria w postaci listy.

Wyszukiwanie

Rok: 2020

Rodzaj świadczenia: [pusty]

Numer umowy: [pusty]

Typ wniosku: [pusty]

Kategoria wniosku: [pusty]

Status wniosku: [pusty]

Numer wniosku: [pusty]

Forma obsługi wniosku: [pusty]

Identyfikator pacjenta: [pusty]

Do podpisu cyfrowego: [pusty]

Wydana decyzja: [pusty]

Przekazanie do OW NFZ: od (rrrr-mm-dd) [ikonka]




Przyjęcie w OW NFZ: od (rrrr-mm-dd) [ikonka]

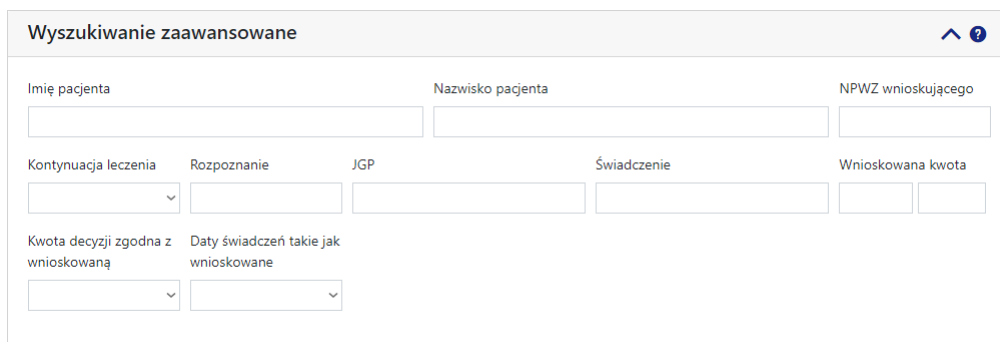
Wydanie decyzji: od (rrrr-mm-dd) [ikonka]

Panel filtrów sekcji wyszukiwania wniosków

Sekcja **Wyszukiwanie** zawiera następujące pola filtrujące pozwalające na precyzowanie warunków wyszukiwania wniosków:

- *Rok* - pole pozwalające na wybór roku wniosku;
- *Rodzaj świadczenia* - pole pozwalające na wybór rodzaju świadczenia, dla których możliwe jest składanie wniosków;
- *Numer umowy* - pole pozwalające na wprowadzenie numeru umowy, dla których złożono wnioski;
- *Typ wniosku* - pole pozwalające na wybór typu wniosku;
- *Kategoria wniosku* - pole pozwalające na wybór kategorii wniosku;
- *Status wniosku* - pole pozwalające na wybór statusu wniosku; możliwe wartości to:
 - wprowadzony
 - przekazany do OW
 - przyjęty
 - do uzupełnienia
 - do wycofania
 - wycofany
 - decyzja pozytywna
 - decyzja negatywna
 - odrzucony ze względów formalnych
 - pozostawiony bez rozpoznania
- *Numer wniosku* - pole pozwalające na wprowadzenie numeru (identyfikatora) wniosku;
- *Forma obsługi wniosku* - pole pozwalające na wybór formy obsługi wniosku; możliwe wartości to:
 - elektroniczny
 - tradycyjny
- *Identyfikator pacjenta* - pole pozwalające na wprowadzenie identyfikatora pacjenta;
- *Do podpisu cyfrowego* - pole pozwalające na określenie czy wniosek jest do podpisu cyfrowego;

- *Wydana decyzja* - pole pozwalające na określenie czy do wniosku została wydana decyzja;
- *Przekazanie do OW NFZ* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przekazania wniosku do OW NFZ (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "przekazany do OW");
- *Przyjęcie w OW NFZ* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przyjęcia wniosku w OW NFZ (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "przyjęty");
- *Wydanie decyzji* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) wydania decyzji do wniosku (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status związany z decyzją – "decyzja pozytywna"/"decyzja negatywna"/"odrzucony ze względów formalnych").



Panel filtrów sekcji zaawansowanego wyszukiwania wniosków

Sekcja **Wyszukiwanie zaawansowane** zawiera dodatkowe, następujące pola filtrujące pozwalające na precyzowanie warunków wyszukiwania wniosków:

- *Imię pacjenta* - pole pozwala na wprowadzenie imienia pacjenta;
- *Nazwisko pacjenta* - pole pozwala na wprowadzenie nazwiska pacjenta;
- *NPWZ wnioskującego* - pole pozwala na wprowadzenie numeru prawa wykonywania zawodu osoby wnioskującej (lekarza lub fizjoterapeuty);
- *Kontynuacja leczenia* - pole pozwala na określenie czy wniosek dotyczy kontynuacji leczenia;
- *Rozpoznanie* - pole pozwala na wprowadzenie rozpoznania;
- *JGP* - pole pozwala na wprowadzenie kodu jednorodnej grupy pacjentów;
- *Świadczenie* - pole pozwala na wprowadzenie kodu świadczenia;
- *Wnioskowana kwota* - pole pozwala na wprowadzenie zakresu wnioskowanej kwoty;
- *Kwota decyzji zgodna z wnioskowaną* - pole pozwalające na określenie czy kwota decyzji jest zgodna z kwotą wnioskowaną;
- *Daty świadczeń takie jak wnioskowane* - pole pozwalające na określenie czy daty świadczeń są takie same jak daty wnioskowane.

W polach tekstowych, umożliwiających wprowadzenie dowolnej wartości, a nie tylko wybór konkretnej wartości z listy, ułatwieniem w wyszukiwaniu jest znak "%". Znakiem "%" możliwie jest zastąpienie dowolnego ciągu znaków. Przykładowo wprowadzenie w polu *Numer wniosku* wartości "%5" spowoduje wyświetlenie wszystkich wniosków z dowolną ilością i kombinacją znaków przed cyfrą "5" w numerze wniosku, np. 01-0000000005, 01-0000003415; itd. Jednakże wprowadzenie "%5" nie spowoduje wyświetlenia

wniosku o numerze 01-0000000051. Wynika to stąd, że znak "%" zastępuje dowolny ciąg znaków przed cyfrą "5", natomiast za nią numer musi się zgadzać z wprowadzonym, a jako że za cyfrą "5" nie ma już żadnego znaku, system nie pozwoli na wyświetlenie numerów zawierających jakiegokolwiek znaki za cyfrą "5". By wyświetlić numery wniosków zawierające znaki za i przed przykładową cyfrą "5" należy wprowadzić dodatkowo znak "%" za cyfrą "5", czyli: "%5%". Spowoduje to wyświetlenie wniosków zawierających w numerze wniosku jakikolwiek ciąg znaków przed i po cyfrze "5".

Przycisk **Wyczyść zaawansowane** pozwala na usunięcie wszystkich informacji wprowadzonych w sekcji **Wyszukiwanie zaawansowane**. Przycisk **Wyczyść** pozwala na usunięcie wszystkich wprowadzonych informacji w obu sekcjach wyszukiwania. Przycisk **Znajdź** pozwala na wyszukanie wniosków spełniających warunki określone w filtrach.

W dolnej części okna prezentowana jest tabela z wyszukаныmi wnioskami.

Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Kategoria	Rodzaj świadczenia	Zakres	Data utworzenia	Data przyjęcia	Sposób obsługi	Identyfikator pacjenta	Data decyzji	Wartość decyzji	Wartość decyzji liczba pkt. PSZ	Pisma
2020	08-0000000131	Decyzja pozytywna	6104	03	03.4010.030.02	2020-10-09	2020-10-09	Tradycyjny		2020-10-09	12032.36	11141.0741	Szczegóły
2020	08-0000000127	Decyzja pozytywna	6107	03	03.4100.030.02	2020-10-08	2020-10-09	Tradycyjny		2020-10-09	49960.58	46259.7963	Szczegóły

Tabela wyszukanych wniosków

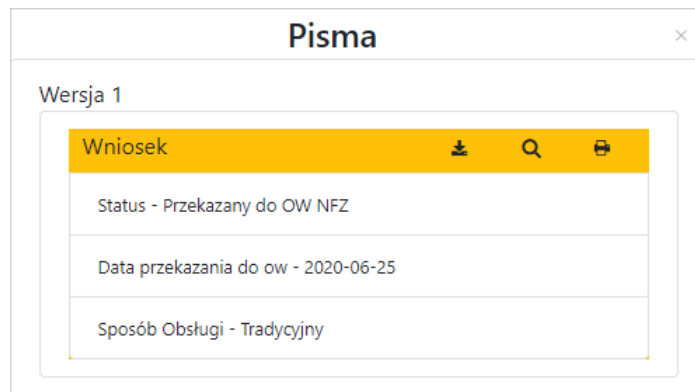
Wnioski w tabeli można sortować według następujących kolumn:

- Rok
- Numer wniosku
- Status wniosku
- Kategoria
- Rodzaj świadczenia
- Zakres
- Data utworzenia
- Data przyjęcia
- Sposób obsługi
- Identyfikator pacjenta
- Data decyzji
- Wartość decyzji
- Wartość decyzji liczba punktów PSZ
- Pisma

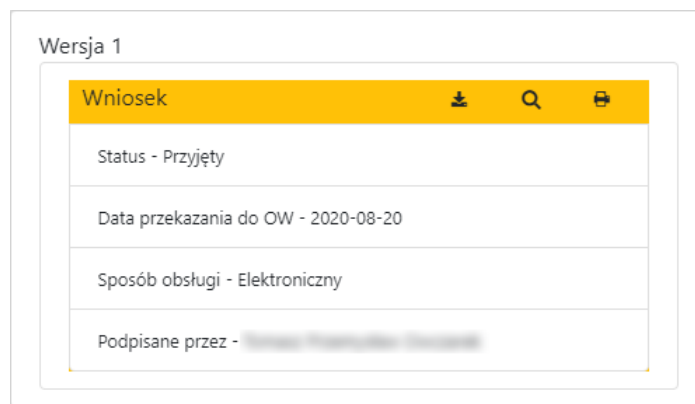
Domyślnie prezentowane dane sortowane są według kolumny *Numer wniosku* w kolejności malejącej. Kolejność sortowania oznaczają ikony ▼/▲ znajdujące się z prawej strony nagłówka kolumny. Zmianę kolejności sortowania dokonuje się klikając na nagłówek kolumny.

Kliknięcie na numerze wniosku w tabeli spowoduje wyświetlenie [szczegółowych danych wniosku](#).

Kliknięcie na odnośniku **Szczegóły** znajdującym się w kolumnie *Pisma* umożliwia podejrzanie wszystkich powiązanych z wnioskiem pism.






Okno w wersji dla obsługi tradycyjnej wniosku.







Okno w wersji dla obsługi elektronicznej wniosku.

W nagłówku wyświetlonych szczegółów pisma znajdują się przyciski umożliwiające:

-  - zapisanie pisma na dysku lokalnym operatora;
-  - podgląd pisma;
-  - wydruk pisma.

Poniżej tabeli z wnioskami znajdują się przyciski pozwalające na przemieszczaniem się pomiędzy stronami tabeli.

- przycisk  umożliwia przejście do pierwszej strony wyników,
- przycisk  umożliwia przejście do poprzedniej strony wyników w stosunku do strony prezentowanej aktualnie,
- przycisk  umożliwia przejście do następnej strony wyników w stosunku do strony prezentowanej aktualnie,
- przycisk  umożliwia przejście do ostatniej strony wyników.

6 Tworzenie nowego wniosku

Tworzenie nowego wniosku rozpoczyna się od określenia w głównym oknie aplikacji jego warunków wstępnych (kontekstu wniosku) - od nich zależy jakie będą dostępne następne sekcje wniosku.

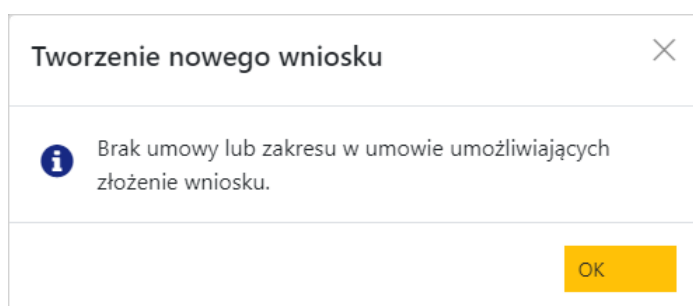





Wymagane jest wypełnienie następujących pól:



- *Rok* - pole uzupełnianie automatycznie na podstawie aktualnego roku;
- *Typ wniosku* - pole pozwala na wybór typu wniosku - wartość wybrana w tym polu determinuje wartości dostępne w polu *Kategoria wniosku*;
- *Kategoria wniosku* - pole pozwala na wybór kategorii wniosku - wartość wybrana w tym polu determinuje wartości dostępne w polu *Rodzaj świadczenia*;
- *Rodzaj świadczenia* - pole pozwala na wybór rodzaju świadczenia.

Po uzupełnieniu wszystkich pól należy kliknąć przycisk **Utwórz nowy wniosek** co spowoduje przejście do właściwego wniosku. System, na podstawie danych kontekstu wyświetla formularz wniosku wraz z nadanym automatycznie numerem wniosku.

W przypadku wyboru kategorii i rodzaj wniosku, dla których nie jest posiadana umowa wymagana w konfiguracji, system wyświetli poniższy komunikat i nie pozwoli na przejście do formularza tworzenia wniosku.



Wniosek jest podzielony na sekcje oznaczane literami A, B, C itd. i odzwierciedlają układ formularzy opublikowanych w obowiązujących zarządzeniach Prezesa NFZ. Z prawej strony nagłówka każdej z części znajdują się przyciski / umożliwiające zwinięcie/rozwinięcie danej sekcji. Nad wnioskiem z prawej strony znajduje się przycisk  umożliwiający wyświetlenie pomocy podręcznej dla danego wniosku.

 Lista wniosków appuser1 

Wniosek nr 08-0000000094

Zapisz Zakończ edycję Usuń

Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą Brak dokumentacji medycznej

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU ^

1. Numer wniosku

08-0000000094

A.2. WNIOSK W SPRAWIE

2. Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA v

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK v

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY v

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA v

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK

F.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10 v

F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH v

F.3. DANE SPRAWOZDAWANEJ LUB ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA v

G. UZASADNIENIE

G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z WIEKIEM ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy”) v

H. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE: v

I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU v

Numer: 08-0000000094

Status: Wprowadzony

- A. Identyfikacja wniosku
- B. Wnioskowanie
- C. Dane świadczeniobiorcy składającego wniosek
- A. Identyfikacja wniosku
- B. Wnioskowanie
- C. Dane świadczeniobiorcy składającego wniosek
- D. Dane świadczeniobiorcy
- E. Rodzaj świadczenia
- F. Rodzaj świadczenia
- G. Uzasadnienie
- H. Wnioskowanie o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wyspospejalistycznego wykonanego w terminie
- I. Potwierdzenie formalne wniosku

Zapisz Zakończ edycję

Copyright © Kamssoft Wersja portalu: 1.0.0.0

Przemieszczanie pomiędzy sekcjami umożliwia panel z nagłówkami sekcji, wyświetlany z prawej strony okna. Znajduje się w nim również status wniosku, a także są powtórzone przyciski funkcyjne znad wniosku.

Numer: 08-000000094

Status: Wprowadzony

A. Identyfikacja wniosku

B. Wnioskowanie

C. Dane świadczeniobiorcy składającego wniosek
A. Identyfikacja wniosku

B. Wnioskowanie

C. Dane świadczeniobiorcy składającego wniosek

D. Dane świadczeniobiorcy

E. Rodzaj świadczenia

F. Rodzaj świadczenia

G. Uzasadnienie

H. Wnioskowanie o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego wykonanego w terminie

I. Potwierdzenie formalne wniosku

Zapisz Zakończ edycję

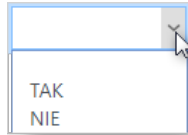
INFORMACJA :

Panel ułatwiający nawigację pomiędzy sekcjami będzie wyświetlony tylko w przypadku gdy w oknie przeglądarki będzie wystarczająco dużo miejsca (będzie miało odpowiednią minimalną szerokość). W innym przypadku panel nie będzie wyświetlany.

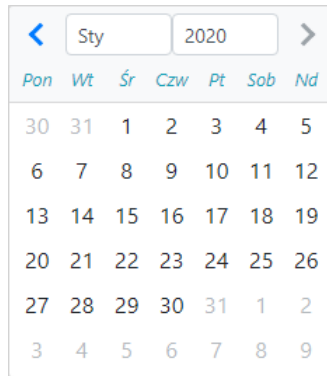
Wygląd pola edycyjnego oraz kolor ramki informuje o jego stanie:


- - pole dostępne do edycji;
- - pole aktywne (znajduje się w nim kursor);
- - pole poprawnie wypełnione;
- - pole niepoprawnie wypełnione;
- - pole niedostępne do edycji.

W rozwijanych polach wyboru odpowiednią wartość wybiera się z rozwijanej listy dostępnej po kliknięciu przycisku ▼ znajdującego się z prawej strony danego pola.

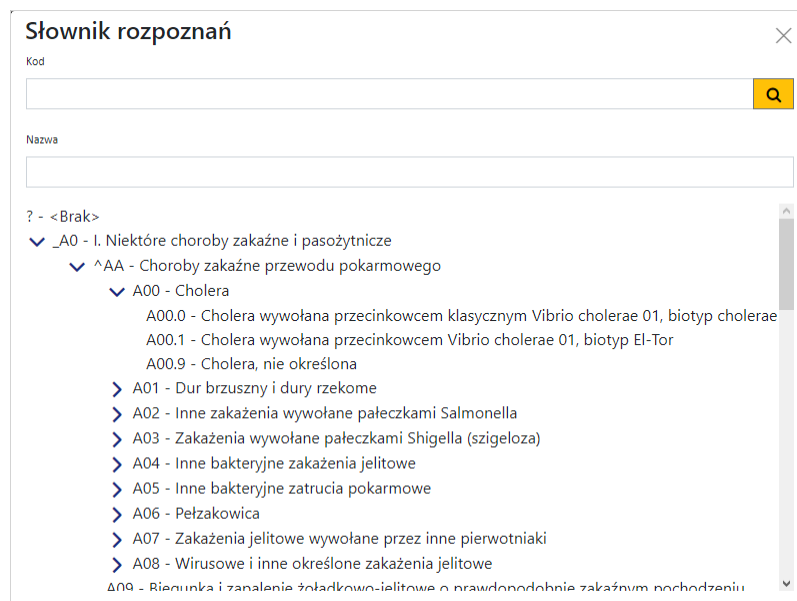


W polach z datami dostępne są przyciski  pozwalające na wybór daty z kalendarza.



Z prawej strony niektórych pól znajduje się przycisk  umożliwiający przejście do słownika w celu wybrania wartości do wstawienia w polu obok którego znajduje się ten przycisk. Słowniki mogą występować w postaci:

- hierarchicznej gdzie pozycje wyświetlane są w sposób hierarchiczny, tj. wpierw prezentowane są ogólne nazwy lub kody z których należy dokonać wyboru pozycji, co spowoduje wyświetlenie pozycji podrzędnych wybranej pozycji, itd. do osiągnięcia wymaganej wartości. Ikona > oznacza, że pozycja zawiera pozycje podrzędne - jej kliknięcie spowoduje ich wyświetlenie, a ikona zmieni się na v, oznaczającą rozwinięcie listy pozycji podrzędnych. Ponowne kliknięcie ikony v spowoduje zwinięcie listy i zmianę ikony na >.



Przykład słownika hierarchicznego

- liniowej gdzie wyświetlane są wszystkie pozycje znajdujące się w słowniku.

Słownik umów i zakresów świadczeń

Kod umowy


Kod zakresu

Nazwa zakresu

Kod umowy	Nazwa zakresu	Kod zakresu	Porządek	Umowa od	Umowa do
01221/03/6	OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH	03.4601.033.02	1	1	12
01221/03/6	OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH	03.4601.033.02	2	1	12
01221/03/6	OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH	03.4601.033.02	3	1	12
01221/03/6	OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ < 18 LAT	03.4602.033.02	1	1	12
01221/03/6	KARDIOLOGICZNE ZABIEGI INTERWENCYJNE < 18 LAT	03.4604.033.02	1	1	12
01221/03/6	PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWKI MITRALNEJ U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA	03.4605.033.02	1	1	12
01221/03/6	PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWKI MITRALNEJ U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA	03.4605.033.02	2	1	12
01221/03/6	PRZESZCZEPIENIE/WSPOMAGANIE SERCA	03.4656.033.02	1	1	12










«<< < 1 > >>>

Przykład słownika liniowego

Wyszukiwanie żądanej wartości w słowniku umożliwiają pola filtrujące znajdujące się w jego górnej części. Wyszukanie pozycji spełniających kryteria określone w filtrach następuje po kliknięciu przycisku . Kliknięcie na wybranej pozycji w słowniku spowoduje zamknięcie słownika i wstawienie wybranej wartości w pole edycyjne wniosku.

Przycisk  znajdujący się obok przycisku  umożliwia wyczyszczenie pola.

Możliwe jest wprowadzenie i przemieszczanie się pomiędzy polami bez użycia myszy - wyłącznie przy użyciu klawiatury:

- przemieszczanie pomiędzy polami edycyjnymi umożliwia klawisz ;
- kombinacja klawiszy  +  umożliwia powrót do poprzedniego pola;
- rozwinięcie rozwijanego pola wyboru lub użycie przycisku na formatce umożliwia klawisz ;
- przemieszczanie pomiędzy wartościami listy lub po kalendarzu umożliwiają klawisze: , , , ;
- wybór wartości z listy umożliwia klawisz ;
- zaznaczenie oraz odznaczenie pól znaczników tzw. checkboxów () umożliwia klawisz

Space

Na wstępie wypełniania wniosku, zaznaczając odpowiedni znacznik, należy wskazać czy dokumentacja medyczna przekazana zostanie za pośrednictwem operatora pocztowego czy też nie ma dokumentacji medycznej do dołączenia do wniosku.

<input type="checkbox"/> Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą	<input type="checkbox"/> Brak dokumentacji medycznej
--	--

Pozostała część wniosku podzielona jest na części oznaczane literami alfabetu. Podczas wypełniania wniosku prezentowane są tylko te części wniosku których wymagane jest manualne uzupełnienie przez świadczeniodawcę. Części uzupełniane całkowicie automatycznie mogą nie być prezentowane podczas wypełniania wniosku, aczkolwiek będą one widoczne na podglądzie przekazanego wniosku czy na jego wydruku.

Występowanie poszczególnych elementów wniosku (sekcji) dla konkretnych wniosków przedstawione jest w tabeli znajdującej się w rozdziale [Elementy wniosków](#). W tym rozdziale opisane są również poszczególne sekcje wniosków oraz kosztorysy (specyfikacje kosztowe wniosków).

Wypełniany przez świadczeniodawcę wniosek w portalu CBWiD ma status „wprowadzony”. Po zakończeniu wprowadzania, jeśli wniosek jest kompletny, świadczeniodawca jawnie wskazuje, że kończy edycję klikając przycisk **Zakończ edycję** – po jego kliknięciu wniosek przyjmie status „zakończono edycję”.

Po zakończeniu edycji dostępne staną się przyciski umożliwiające zadeklarowanie sposobu podpisania wniosku:

The screenshot shows the 'Lista wniosków' (List of applications) page for the 'ROZLICZENIA INDYWIDUALNE' (Individual Settlements) system. The application number '08-000000076' is displayed prominently. Below the number, there are three buttons: 'Przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie' (Electronic document submission), 'Przekazanie dokumentu tradycyjnie' (Traditional document submission), and 'Odblokuj edycję' (Unlock editing). Below these buttons, there are two checkboxes: 'Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą' (Medical documentation by post) and 'Brak dokumentacji medycznej' (No medical documentation). The section 'A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU' (Application Identification) is visible, with the sub-section '1. Numer wniosku' (Application Number).

- **Przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie** - umożliwia przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie i tym samym elektroniczną ścieżkę obsługi wniosku:

This screenshot is similar to the previous one, showing the same application number and checkboxes. However, the buttons 'Pobierz do podpisu' (Download for signature) and 'Wczytaj XML' (Load XML) are now visible, indicating that the document is ready for electronic submission. The rest of the interface, including the checkboxes and section headers, remains the same.

- Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - pobrać za pomocą przycisku **Pobierz do podpisu** dokument wniosku w postaci pliku XML na dysk lokalny;

- podpisać dokument XML poza portalem podpisem kwalifikowanym w aplikacji zewnętrznej świadczeniodawcy;

Logo: BWiD ROZLICZENIA INDYWIDUALNE

Lista wniosków

08-0000000076

← Pobierz do podpisu Wczytaj XML Podgląd Przełącz 08-0000000076.xml do OW NFZ

Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą Brak dokumentacji medycznej

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

- wczytać za pomocą przycisku **Wczytaj XML** podpisany plik XML na portal. Przycisk **Podgląd** umożliwia podgląd wczytanego wniosku podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym;
 - przekazać za pomocą przycisku **Przełączxml do OW NFZ** podpisany wniosek do OW – po jego kliknięciu wniosek przyjmie status „przekazany do OW”.
- **Przekazanie dokumentu tradycyjnie** - umożliwia przekazanie dokumentu ścieżką tradycyjną przez wydruk wniosku, a następnie dostarczenie podpisanego wniosku do OW NFZ:

Logo: BWiD ROZLICZENIA INDYWIDUALNE

Lista wniosków

08-0000000076

← Przełącz do OW NFZ

Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą Brak dokumentacji medycznej

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

○ Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:

- przekazać za pomocą przycisku **Przełącz do OW NFZ** wniosek do OW – dane wniosku są zapisywane jako dane wniosku do przekazania z podpisem tradycyjnym (operacja jest nieodwracalna), a wniosek zmienia status na „przekazany do OW”;

Logo: BWiD ROZLICZENIA INDYWIDUALNE

Lista wniosków


08-0000000076

Drukuj Wycofanie

Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą Brak dokumentacji medycznej


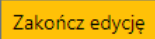

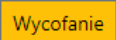
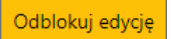
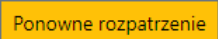

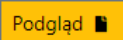

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

- wydrukować za pomocą przycisku  dokument wniosku (jeśli wniosek zawiera kosztorys, to wraz z kosztorysem);
- podpisać wydrukowany dokument i dostarczyć do OW NFZ (wraz z załącznikami dotyczącymi dokumentacji medycznej).

Nie ma możliwości edycji wniosku mającego status „przekazany do OW”.

Oprócz wymienionych w treści powyżej przycisków, nad wnioskiem mogą znajdować się jeszcze następujące przyciski (występowanie przycisków zależne jest od statusu wniosku oraz od jego trybu obsługi):

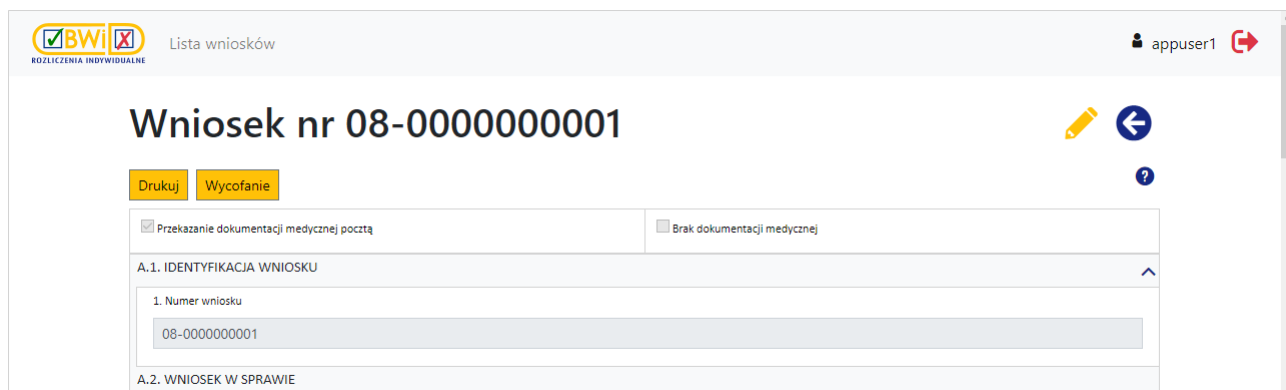
-  - pozwala na zapisanie wniosku i powrót do głównego okna bez wysyłania wniosku do OW NFZ;
-  - pozwala na zakończenie edycji wniosku;
-  - pozwala na usunięcie wniosku. Dopóki wniosek nie ma statusu „przekazany do OW” świadczeniodawca może wniosek usunąć;
-  - pozwala na złożenie pisma o wycofanie wniosku, w sytuacji, kiedy dla wniosku nie została wydana jeszcze decyzja - wycofanie wniosku zostało opisane w rozdziale [Wycofanie wniosku](#);
-  - umożliwia odblokowanie zakończonej wcześniej edycji wniosku;
-  - umożliwia złożenie pisma o ponowne rozpatrzenie wniosku w sytuacji, kiedy dla wniosku została wydana decyzja negatywna lub decyzja pozytywna, ale na kwotę mniejszą od wnioskowanej - skierowanie wniosku do ponownego rozpatrzenia zostało opisane w rozdziale [Ponowne rozpatrzenie wniosku](#);
-  - umożliwia powrót do poprzedniego widoku;
-  - umożliwia podgląd wczytanego wniosku podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym;
-  - pozwala na powrót do poprzedniego okna bez zapisania wniosku.

Jeśli Fundusz zdecyduje o konieczności uzupełnienia wniosku, to taki wniosek uzyska status „do uzupełnienia” i będzie możliwa jego edycja i ponowne przekazanie do OW NFZ. Dodatkowo w portalu będzie dostępne pismo wzywające do uzupełnienia wniosku.

Jeśli Fundusz wyda decyzję dla wniosku, to status wniosku będzie informował o wydanej decyzji: decyzja pozytywna, decyzja negatywna, odrzucony ze względów formalnych. Na portalu będzie również dostępna treść decyzji.

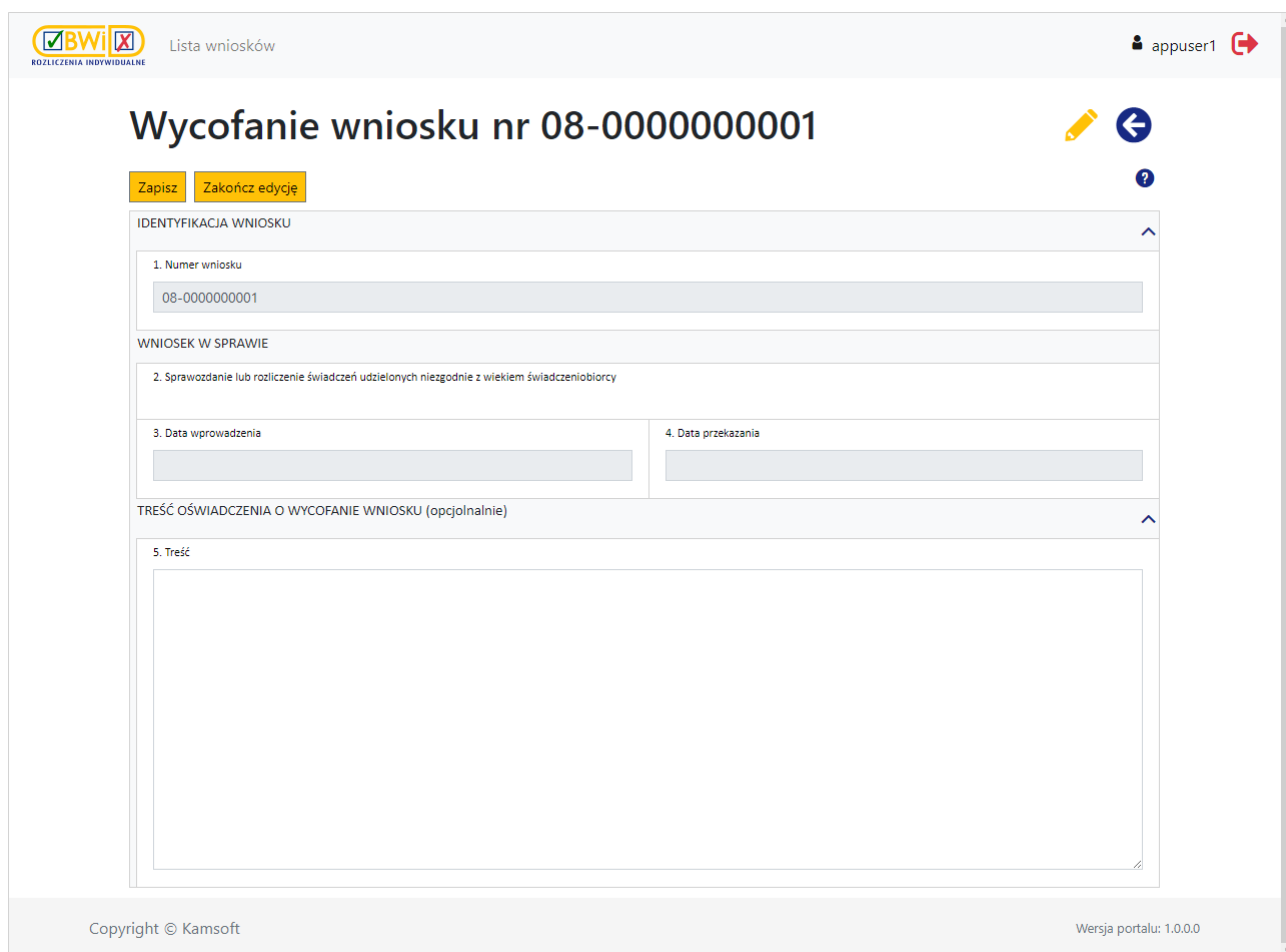
7 Wycofanie wniosku

Jeśli wniosek ma status „przekazany do OW”, „przyjęty” lub „przekazany do uzupełnienia” to nie jest możliwe jego usunięcie, a wymagane jest wycofanie wniosku. Wycofanie wniosku realizowane jest przez złożenie przez portal pisma o wycofanie wniosku. Pismo o wycofanie wniosku może być tak jak wniosek podpisane podpisem elektronicznym (podpis kwalifikowany) lub podpisane tradycyjnie i dostarczone do OW NFZ.



The screenshot shows the 'Lista wniosków' (List of applications) page for application number '08-0000000001'. The page title is 'Wniosek nr 08-0000000001'. There are two buttons: 'Drukuj' (Print) and 'Wycofanie' (Withdrawal). Below the buttons, there are two checkboxes: 'Przekazanie dokumentacji medycznej pocztą' (checked) and 'Brak dokumentacji medycznej' (unchecked). The main content area is divided into sections: 'A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU' and 'A.2. WNIOSK W SPRAWIE'. Under 'A.1.', there is a field '1. Numer wniosku' with the value '08-0000000001'.

Wycofanie wniosku rozpoczyna się od kliknięcia przycisku **Wycofanie** znajdującego się nad wnioskiem.



The screenshot shows the 'Wycofanie wniosku nr 08-0000000001' (Withdrawal of application) page. The page title is 'Wycofanie wniosku nr 08-0000000001'. There are two buttons: 'Zapisz' (Save) and 'Zakończ edycję' (Finish editing). The main content area is divided into sections: 'IDENTYFIKACJA WNIOSKU' and 'WNIOSK W SPRAWIE'. Under 'IDENTYFIKACJA WNIOSKU', there is a field '1. Numer wniosku' with the value '08-0000000001'. Under 'WNIOSK W SPRAWIE', there are two fields: '2. Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy' and '3. Data wprowadzenia'. There is also a field '4. Data przekazania'. Below these, there is a section 'TREŚĆ OŚWIADCZENIA O WYCOFANIE WNIOSKU (opcjonalnie)' with a field '5. Treść' for entering the withdrawal statement. The footer contains 'Copyright © Kamsoft' and 'Wersja portalu: 1.0.0.0'.

Na wyświetlonym formularzu należy wprowadzić uzasadnienie wycofania – pismo ma status „w przygotowaniu”. Po zakończeniu wprowadzania, jeśli pismo jest kompletne, świadczeniodawca jawnie wskazuje, że kończy edycję klikając przycisk **Zakończ edycję** – po jego kliknięciu wniosek przyjmie status „zakończono edycję”.

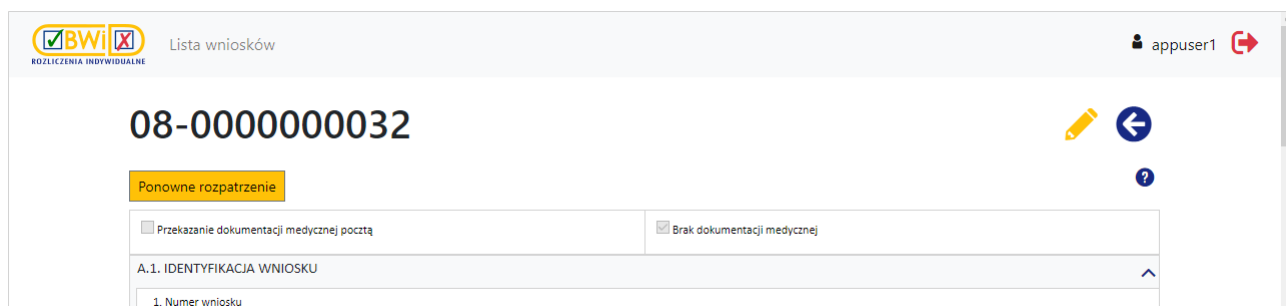
Analogicznie jak podczas tworzenia nowego wniosku, po zakończeniu edycji dostępne staną się przyciski umożliwiające zadeklarowanie sposobu podpisania pisma:

- **Przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie** - umożliwia przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie i tym samym elektroniczną ścieżkę obsługi pisma:
 - Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - pobrać za pomocą przycisku **Pobierz do podpisu** dokument w postaci pliku XML na dysk lokalny;
 - podpisać dokument XML poza portalem podpisem kwalifikowanym w aplikacji zewnętrznej świadczeniodawcy;
 - wczytać za pomocą przycisku **Wczytaj XML** podpisany plik XML na portal. Przycisk **Podgląd** umożliwia podgląd wczytanego pisma podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym;
 - przekazać za pomocą przycisku **Przekażxml do OW NFZ** podpisany dokument do OW – po jego kliknięciu pismo przyjmie status „do wycofania”.
- **Przekazanie dokumentu tradycyjnie** - umożliwia przekazanie dokumentu ścieżką tradycyjną przez wydruk pisma, a następnie dostarczenie podpisanego dokumentu do OW NFZ:
 - Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - przekazać za pomocą przycisku **Przekaż do OW NFZ** dokument do OW – dane pisma są zapisywane jako dane dokumentu do przekazania z podpisem tradycyjnym (operacja jest nieodwracalna), a pismo zmienia status na „do wycofania”;
 - wydrukować za pomocą przycisku **Drukuj** dokument;
 - podpisać wydrukowany dokument i dostarczyć do OW NFZ.

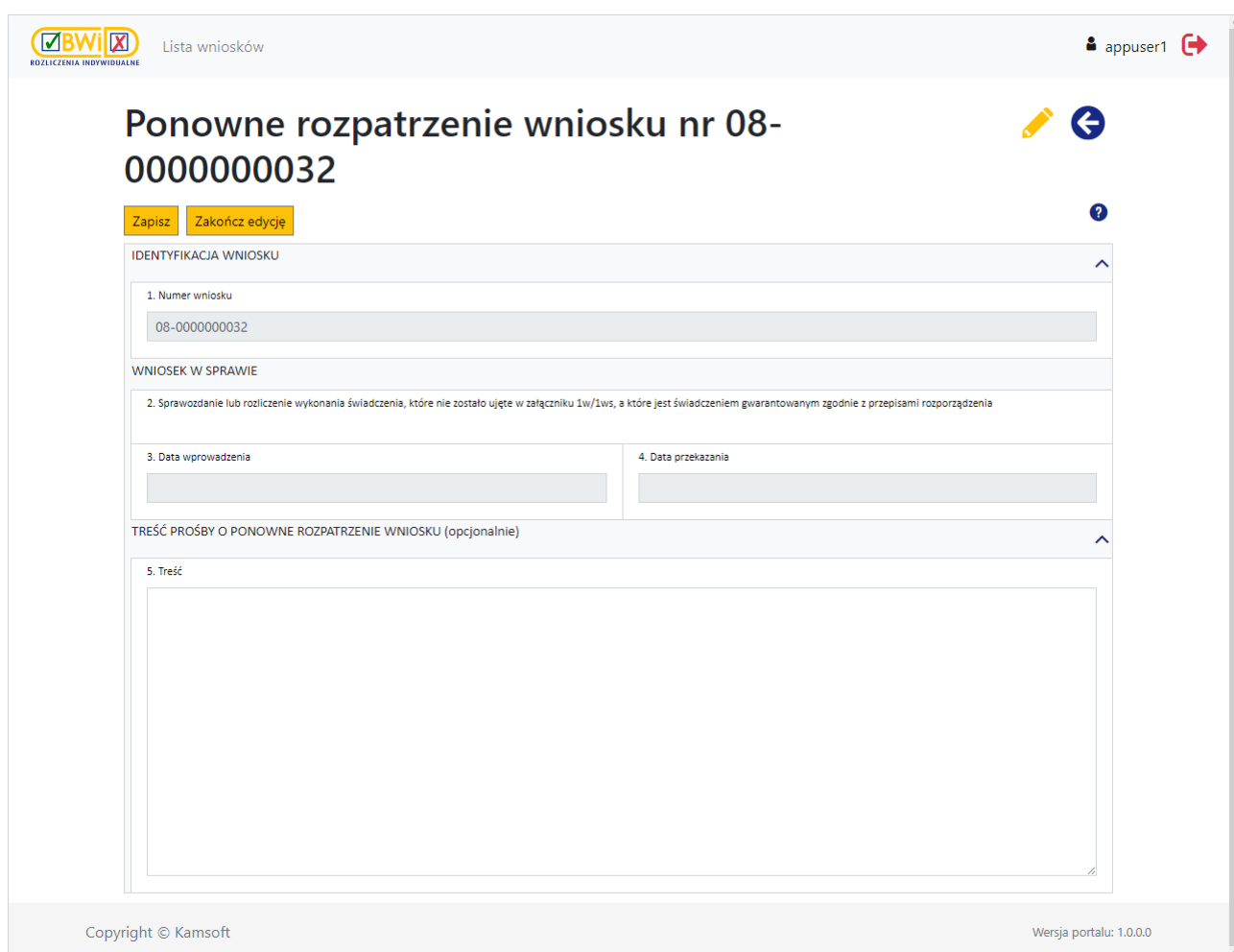
Po pozytywnym rozpatrzeniu pisma przez OW NFZ wniosek zmieni status na wycofany. Jeśli Fundusz rozpatrzy pismo negatywnie, to wniosek powróci do statusu jaki miał przed statusem „do wycofania”, a świadczeniodawca otrzyma pismo informujące o braku możliwości wycofania wniosku.

8 Ponowne rozpatrzenie wniosku

W sytuacji wydania przez Fundusz decyzji negatywnej dla wniosku lub decyzji pozytywnej, ale na kwotę niższą niż wnioskowana, Świadczeniodawca ma możliwość złożenia przez portal pisma o ponowne rozpatrzenie wniosku.



Przekazanie wniosku do ponownego rozpatrzenia rozpoczyna się od kliknięcia przycisku **Ponowne rozpatrzenie** znajdującego się nad wnioskiem.



Na wyświetlonym formularzu należy wprowadzić uzasadnienie ponownego rozpatrzenia wniosku – pismo ma status „w przygotowaniu”. Po zakończeniu wprowadzania, jeśli pismo jest kompletne, świadczeniodawca

jawnie wskazuje, że kończy edycję klikając przycisk **Zakończ edycję** – po jego kliknięciu wniosek przyjmie status „zakończono edycję”.

Analogicznie jak podczas tworzenia nowego wniosku, po zakończeniu edycji dostępne staną się przyciski umożliwiające zadeklarowanie sposobu podpisania pisma:

- **Przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie** - umożliwia przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie i tym samym elektroniczną ścieżką obsługi pisma:
 - Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - pobrać za pomocą przycisku **Pobierz do podpisu** dokument w postaci pliku XML na dysk lokalny;
 - podpisać dokument XML poza portalem podpisem kwalifikowanym w aplikacji zewnętrznej świadczeniodawcy;
 - wczytać za pomocą przycisku **Wczytaj XML** podpisany plik XML na portal. Przycisk **Podgląd** umożliwia podgląd wczytanego pisma podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym;
 - przekazać za pomocą przycisku **Przełączxml do OW NFZ** podpisany dokument do OW – po jego kliknięciu pismo przyjmie status „do ponownego rozpatrzenia”.
- **Przekazanie dokumentu tradycyjnie** - umożliwia przekazanie dokumentu ścieżką tradycyjną przez wydruk pisma, a następnie dostarczenie podpisanego dokumentu do OW NFZ:
 - Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - przekazać za pomocą przycisku **Przełącz do OW NFZ** dokument do OW – dane pisma są zapisywane jako dane dokumentu do przekazania z podpisem tradycyjnym (operacja jest nieodwracalna), a pismo zmienia status na „do ponownego rozpatrzenia”;
 - wydrukować za pomocą przycisku **Drukuj** dokument;
 - podpisać wydrukowany dokument i dostarczyć do OW NFZ.

Po pozytywnym rozpatrzeniu pisma przez OW NFZ wniosek zmieni status na przyjęty. Jeśli Fundusz rozpatrzy pismo negatywnie, to wniosek powróci do statusu jaki miał przed statusem „do ponownego rozpatrzenia”, a świadczeniodawca otrzyma pismo informujące o braku możliwości ponownego rozpatrzenia wniosku.

9 Elementy wniosków

Poniższa tabela prezentuje sekcje wniosku wymagające wypełnienia podczas wprowadzania wniosku. Kliknięcie na nazwie sekcji w tabeli spowoduje przejście do strony z dokładniejszym opisem sekcji.

INFORMACJA

Jako że ta sama sekcja może w różnych wnioskach występować pod różnymi oznaczeniami literowymi sekcji (np. sekcja p.t. "dane świadczeniodawcy składającego wniosek" oznaczona we wniosku 6100 jako **C**, we wniosku 6102 występuje jako **B**) na ilustracjach oraz w opisach sekcji nie występują oznaczenia literowe sekcji za wyjątkiem kosztorysów. Odpowiednie oznaczenia literowe sekcji dla konkretnego wniosku znajdują się w tabeli zamieszczonej poniżej.

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
6100	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy	<ul style="list-style-type: none"> • B. wnioskowanie • C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • D. dane świadczeniobiorcy • E. rodzaj świadczenia • F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • G. uzasadnienie • H. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • I. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 176/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.12.2019 r.
6101	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń udzielonych niezgodnie z pcią świadczeniobiorcy	<ul style="list-style-type: none"> • B. wnioskowanie • C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • D. dane świadczeniobiorcy • E. rodzaj świadczenia • F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • G. uzasadnienie • H. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • I. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 176/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.12.2019 r.
6102	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń wykonanych w odstępie nieprzekraczającym 14 dni	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. rodzaj świadczenia • E. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • F. dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) • G. uzasadnienie • H. data poprzedniego świadczenia • I. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • J. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
6103	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń które zostały wykonane ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania i realizacji umów	<ul style="list-style-type: none"> • B. wnioskowanie • C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • D. dane świadczeniobiorcy • E. rodzaj świadczenia • F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • G. uzasadnienie • H. terminy udzielania świadczeń • I. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
6104	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w obowiązującym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane dotyczące hospitalizacji • G. uzasadnienie • H. wnioskowany koszt świadczenia • I. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie 	TAK (załącznik k 4a)	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
	warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne	<ul style="list-style-type: none"> • J. potwierdzenie formalne wniosku 		
6105	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia które jest dopuszczone do sprawozdania lub rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane dotyczące hospitalizacji • G. uzasadnienie • H. wnioskowany koszt świadczenia • I. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • J. potwierdzenie formalne wniosku 	TAK (załącznik k 4a)	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
6106	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki: <ul style="list-style-type: none"> • w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, • inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala, • jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, • nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem, • nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego, • kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie 	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane dotyczące hospitalizacji • E. dane dotyczące dodatkowej JGP/świadczenia • G. uzasadnienie • H. wnioskowany koszt świadczenia • I. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • J. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
6107	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane dotyczące hospitalizacji • F. dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia przeszczepienia komórek krwiotwórczych • G. uzasadnienie • H. wnioskowany koszt świadczenia • I. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • J. potwierdzenie formalne wniosku 	TAK (załącznik k 4a)	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
6108	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • E. dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) • F. uzasadnienie • G. data poprzedniego świadczenia • H. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • I. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 6 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
6110	sprawozdanie lub rozliczenie przedłużenia czasu trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych	<ul style="list-style-type: none"> • B. wnioskowanie • C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • D. dane świadczeniobiorcy • F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • G. uzasadnienie • H. terminy udzielania świadczeń • I. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 7 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7201	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia, którego koszt	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy 	TAK	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
	przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia albo wartości produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu operacji wad serca i aorty piersiowej	<ul style="list-style-type: none"> • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • K. wnioskowany koszt świadczenia • M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 	(załącznik k 5a)	95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7202	sprawozdania lub rozliczenia wykonania jednocześnie więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • F.1 dane dotyczące dodatkowych wariantów stosowanych w ramach świadczenia • F.2. wskazanie wariantu świadczenia z załącznika 1w/1ws do zarządzenia • F.3. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • K. wnioskowany koszt świadczenia • M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7203	sprawozdania lub rozliczenia wykonania jednocześnie więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • G.1. dane dotyczące świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów • G.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • K. wnioskowany koszt świadczenia • M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7204	sprawozdania lub rozliczenia wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • H. dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 zrealizowanej po wykonaniu świadczenia • J. uzasadnienie • L. wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ • N. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanej w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 	TAK (załącznik k 5a)	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7205	sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczenia, które nie zostało ujęte w załącznikach	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 	TAK (załącznik k 5a)	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
	1w/1ws, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia	<ul style="list-style-type: none"> • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • I.1. dane dotyczące świadczeń nie wymienionych w katalogu 1w/1ws • I.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • K. wnioskowany koszt świadczenia • M. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 		Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7206	sprawozdania lub rozliczenia wykonania podczas jednej hospitalizacji świadczenia oraz świadczenia niebędącego świadczeniem, polegających na przeszczepieniu narządów	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • L. wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ • N. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanej w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 	TAK (załącznik k 5a)	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.
7207	sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci	<ul style="list-style-type: none"> • B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • K. wnioskowany koszt świadczenia • M. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku 	NIE	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 95/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 20.09.2018 r.

9.1 Dane dotyczące dodatkowej JGP/świadczenia

W tej sekcji należy uzupełnić dane świadczenia dodatkowego – dokładnie w ten sam sposób, jak ma to miejsce dla świadczenia podstawowego opisanego w rozdziale [Dane dotyczące hospitalizacji](#).

X. DANE DOTYCZĄCE DODATKOWEJ JGP/ ŚWIADCZENIA (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2 zaznaczył „które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki”)

X.1. CZY WSZYSTKIE WARUNKI NIEZBĘDNE DO SPRAWOZDANIA LUB ROZLICZENIA DODATKOWEJ GRUPY JGP ZOSTAŁY SPEŁNIONE ? (w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala, jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem, nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego, odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie)

28. Spełnia jednocześnie łącznie wszystkie warunki 29. Nie spełnia jednocześnie łącznie wszystkich warunków

X.2. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10

30. Kod rozpoznania zasadniczego

33. Kod rozpoznania współistniejącego

X.3. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

34. Kod procedury medycznej

35. Kod procedury medycznej

42. Kod procedury medycznej

43. Kod procedury medycznej

X.4. DANE DODATKOWEJ GRUPY JGP (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2 zaznaczył „które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki”)

44. Kod JGP

44a. Kod świadczenia

45. Data początku (RRRR-MM-DD)

46. Data końca (RRRR-MM-DD)

9.2 Dane dotyczące dodatkowych wariantów stosowanych w ramach świadczenia

W tej sekcji należy wprowadzić dodatkowe warianty stosowane w ramach świadczenia. Przyciski pozwalające na wybór wariantów dostępne będą po uzupełnieniu sekcji [Dane świadczeniodawcy składającego wniosek](#) oraz dat w polach dodatkowej sekcji [Dane hospitalizacji](#).

X.1. DANE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH WARIANTÓW STOSOWANYCH W RAMACH ŚWIADCZENIA (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2 zaznaczył „wykonano jednoczasowo więcej niż jeden wariant świadczenia w ramach tego samego zakresu”)

X.2. WSKAZANIE WARIANTU ŚWIADCZENIA Z ZAŁĄCZNIKA 1w/1ws DO ZARZĄDZENIA

26. Kod wariantu świadczenia

27. Kod wariantu świadczenia

28. Kod wariantu świadczenia

9.3 Dane dotyczące hospitalizacji

W tej sekcji należy wprowadzić:

- przynajmniej 1 rozpoznanie zasadnicze
- przynajmniej 1 rozpoznania współistniejące
- przynajmniej 4 procedury medyczne
- kod grupy JGP i/lub kodu świadczenia

X. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
X.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	<input type="text"/>
14. Kod rozpoznania współistniejącego	<input type="text"/>
X.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej	<input type="text"/>
16. Kod procedury medycznej	<input type="text"/>
23. Kod procedury medycznej	<input type="text"/>
24. Kod procedury medycznej	<input type="text"/>
X.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP	<input type="text"/>
25a. Kod świadczenia	<input type="text"/>
26. Data początku (RRRR-MM-DD)	<input type="text"/>
27. Data końca (RRRR-MM-DD)	<input type="text"/>

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

9.4 Dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie)

W tej sekcji należy wprowadzić daty poprzedniego świadczenia (od - do) oraz podać czas i wybrać tryb wypisu.

X. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:	
42. Data od (RRRR-MM-DD)	<input type="text"/>
43. Data do (RRRR-MM-DD)	<input type="text"/>
43a. Czas wypisu (HH:MM)	<input type="text"/>
43b. Tryb wypisu	<input type="text"/>

9.5 Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia przeszczepienia komórek krwiotwórczych

W tej sekcji należy podać ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych oraz w jakich terminach. Daty nie mogą na siebie nachodzić.

X. DANE DOTYCZĄCE SPRAWOZDANIA LUB ROZLICZANIA PRZESZCZEPIENIA KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych”)

47. Ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych

48. Data wykonania przeszczepienia komórek krwiotwórczych (RRRR-MM-DD)

9.6 Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 zrealizowanej po wykonaniu świadczenia

W tej sekcji wymagane jest podanie danych dotyczących sprawozdania lub rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 zrealizowanej po wykonaniu świadczenia.

X. DANE DOTYCZĄCE SPRAWOZDANIA LUB ROZLICZENIA DODATKOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ WG ICD-9 ZREALIZOWANEJ PO WYKONANIU ŚWIADCZENIA (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2 zaznaczył „świadczenia w ramach hospitalizacji do świadczenia oraz wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza 10 000 zł”)

51. Kod procedury medycznej wg ICD-9

52. Kod procedury medycznej wg ICD-9

53. Data wykonania dodatkowej procedury medycznej (RRRR-MM-DD)

9.7 Dane dotyczące świadczenia

W części tej wymagane jest podanie danych dotyczących świadczenia oraz dat początku i końca jego udzielania:

X.1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA

14. Kod zakresu świadczenia

15. Kod wariantu świadczenia

16. Data początku (RRRR-MM-DD)

14. Kod podwariantu świadczenia

15. Kod podwariantu świadczenia

16. Kod podwariantu świadczenia

17. Data końca (RRRR-MM-DD)

9.8 Dane dotyczące świadczeń nie wymienionych w katalogu 1w/1ws

W tej sekcji wymagane jest podanie danych dotyczących świadczeń nie wymienionych w katalogu 1w/1ws.

X.1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ NIE WYMIENIONYCH W KATALOGU 1w/1ws (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2 zaznaczył „świadczenia, które nie zostało ujęte w załączniku 1w/1ws, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia”)

54. Kod świadczenia	<input type="text"/>
55. Data początku (RRRR-MM-DD)	<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/>
56. Data końca (RRRR-MM-DD)	<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/>

9.9 Dane dotyczące świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów

W tej sekcji wymagane jest podanie danych dotyczących świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów oraz istotnych procedur medycznych jakie wystąpiły w trakcie udzielania świadczenia.

X.1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ WYKONANYCH W RAMACH RÓŻNYCH ZAKRESÓW (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2 zaznaczył „w czasie tej samej hospitalizacji wykonano jednocześnie więcej niż jedno świadczenie w ramach różnych zakresów”)

37. Kod zakresu świadczenia	<input type="text"/>	39. Kod podwariantu świadczenia	<input type="text"/>
40. Kod wariantu świadczenia	<input type="text"/>	40. Kod podwariantu świadczenia	<input type="text"/>
41. Kod zakresu świadczenia	<input type="text"/>	42. Kod podwariantu świadczenia	<input type="text"/>
42. Kod wariantu świadczenia	<input type="text"/>	42. Kod podwariantu świadczenia	<input type="text"/>

9.10 Dane świadczenia, którego dotyczy wniosek

Dotyczy wniosków: 6100, 6101, 6102, 6103, 6108

W tej sekcji w zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku leczenia zamkniętego wymagane jest podanie:

- przynajmniej 1 rozpoznania zasadniczego
- przynajmniej 1 rozpoznania współistniejącego
- przynajmniej 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

X. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

X.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10

15. Kod rozpoznania zasadniczego

18. Kod rozpoznania współistniejącego

X.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

19. Kod procedury medycznej

20. Kod procedury medycznej

27. Kod procedury medycznej

28. Kod procedury medycznej

X.3. DANE SPRAWOZDAWANEJ LUB ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA

29. Kod JGP

29a. Kod świadczenia

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację/poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Dotyczy wniošków: 6110

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek o zgodę. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych

X. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

X.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10

15. Kod rozpoznania zasadniczego

18. Kod rozpoznania współistniejącego

X.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

19. Kod procedury medycznej


20. Kod procedury medycznej

27. Kod procedury medycznej

28. Kod procedury medycznej

9.11 Dane świadczeniobiorcy

W tej sekcji należy wprowadzić dane pacjenta:


X. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię	10. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia IMZ)		
<input type="text"/>		
12. Identyfikator	12a. Płeć (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy)	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/> 


Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

9.12 Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Dotyczy wniosków: 6100, 6101


W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
- numer PESEL osoby wnioskującej - pole jest wymagane w sytuacji gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza

X. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK
5. Nazwa
<input type="text"/>
6. Nr umowy
<input type="text"/> 
7. Zakres świadczeń
<input type="text"/>
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
<input type="text"/>
<small>*W przypadku, gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza w przedmiotowym zakresie należy wypełnić pole 8a.</small>
8.a PESEL osoby wnioskującej
<input type="text"/>

Dotyczy wniosków: 6102, 6103, 7202, 7203, 7207

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego.

Dotyczy wniosków: 6104, 6105, 6107

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk . Po wskazaniu umowy należy wprowadzić kosztorys w oknie dostępnym po kliknięciu przycisku znajdującego się z prawej strony pola *Nr umowy*. Formularz kosztorysu został opisany w podrozdziale [Kosztorys](#). Przycisk nie będzie widoczny do czasu wprowadzenia dat w pozycjach 52 i 53 sekcji [Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie](#) wniosku. Dla wygody wprowadzania pozycje te zostały zdublowane i dostępne są w dodatkowej sekcji **Wniosek o rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie**, znajdującej się bezpośrednio nad sekcją **Dane świadczeniodawcy składającego wniosek**, a wprowadzone w nich daty pojawią się również w sekcji [Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie](#). Wniosek elektroniczny przekazany do OW jak i jego wydruk będą już pozbawione zdublowanego elementu.

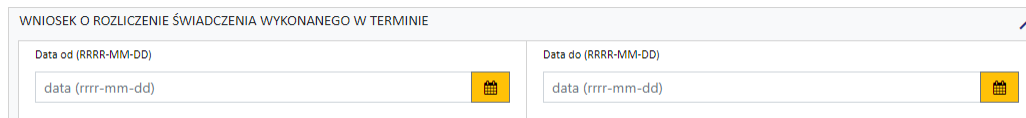
Zdublowane pozycje 52 i 53 wniosku

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

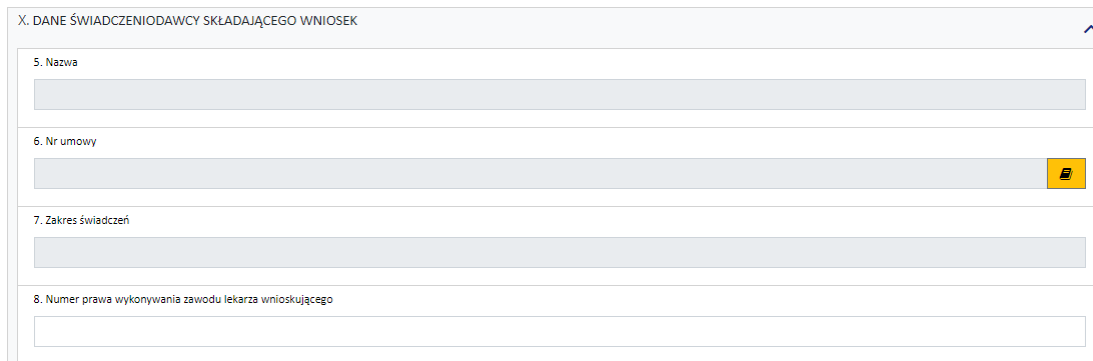
Dotyczy wniosków: 6106

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk . Przycisk nie będzie widoczny do czasu wprowadzenia dat w pozycjach 52 i 53 sekcji [Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie](#) wniosku. Dla wygody wprowadzania pozycje te zostały zdublowane i dostępne są w dodatkowej sekcji **Wniosek o rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie**, znajdującej się bezpośrednio nad sekcją **Dane świadczeniodawcy składającego wniosek**, a wprowadzone w nich daty pojawią się również w sekcji [Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie](#). Wniosek elektroniczny przekazany do OW jak i jego wydruk będą już pozbawione zdublowanego elementu.

**Zdublowane pozycje 52 i 53 wniosku**

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego


**Dotyczy wniosków: 6108**

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego.

**Dotyczy wniosków: 6110**


W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego.

W przypadku gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza należy zaznaczyć pole przy informacji, a następnie wypełnić pole 8a i 8b oraz 8c wpisując w nim numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej). Należy pamiętać, by w tym przypadku do wersji papierowej poniższego wniosku dołączyć ww. decyzję. Przypadku jej braku wniosek może zostać odrzucony.

X. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa
Jutrzeeenka mk test

6. Nr umowy


7. Zakres świadczeń

8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

W przypadku gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza należy wypełnić pole 8a i 8b a w polu 8c wpisać numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej). Do wersji papierowej poniższego wniosku należy dołączyć ww. decyzję pod rygorem odrzucenia wniosku.


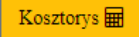
8.a PESEL fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową

8.b Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową

8.c Numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej



Dotyczy wniosków: 7201, 7204, 7205, 7206

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk . Po wskazaniu umowy należy wprowadzić kosztorys w oknie dostępnym po kliknięciu przycisku  znajdującego się z prawej strony pola *Nr umowy*. Formularz kosztorysu został opisany w podrozdziale [Kosztorys](#).
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

X. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa

4. Nr umowy
 

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

9.13 Data poprzedniego świadczenia

Dotyczy wniosków: 6102

W tej sekcji należy wprowadzić daty poprzedniego świadczenia (od - do).

X. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA (w przypadku świadczenia cyklicznego data pierwszego świadczenia z cyklu):

44. Data od (RRRR-MM-DD)	45. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/>	<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/>

Dotyczy wniosków: 6108

W tej sekcji należy wprowadzić daty poprzedniego świadczenia (od - do) oraz podać czas i wybrać tryb wypisu.

X. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:

42. Data od (RRRR-MM-DD)	43. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/>	<input type="text" value="data (rrrr-mm-dd)"/>
43a. Czas wypisu (HH:MM)	43b. Tryb wypisu
<input type="text" value="godzina (HH:MM)"/>	<input type="text"/>

9.14 Istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych

W tej sekcji wymagane jest podanie istotnych procedur medycznych, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych, jakie wystąpiły w trakcie udzielania świadczenia:

X.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE ŚWIADCZENIA, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

18. Kod procedury medycznej	19. Kod procedury medycznej
<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Kod procedury medycznej	21. Kod procedury medycznej
<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. Kod procedury medycznej	23. Kod procedury medycznej
<input type="text"/>	<input type="text"/>
24. Kod procedury medycznej	25. Kod procedury medycznej
<input type="text"/>	<input type="text"/>

9.15 Kosztorys (załącznik 4a)

W przypadku wprowadzania wniosku 6104, 6105 lub 6106, należy również wypełnić kosztorys. Przycisk umożliwiający wypełnienie kosztorysu dostępny z prawej strony pola *Nr umowy* w sekcji **Dane świadczeniodawcy składającego wniosek**.

4. Nr umowy

Kosztorys

INFORMACJA

W kosztorysie możliwe jest wprowadzanie wartości z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

Po otwarciu kosztorysu dostępne są następujące elementy:

- **Sekcja A - Specyfikacja kosztowa wniosku**

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-000000347

Poz. 1 w kosztorysie jest automatycznie przepisana z wniosku

- **Sekcja B - Termin realizacji świadczenia**

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA

2. Zakres świadczeń, w którym sprawozdawane lub rozliczane jest świadczenie

3. Cena za punkt

4. Data od (RRRR-MM-DD)

5. Data do (RRRR-MM-DD)

6. Osobodni

data (rrrr-mm-dd)

data (rrrr-mm-dd)

W sytuacji kiedy dla wybranego na wniosku typu umowy, w okresie wykonywania świadczeń i dla tego samego świadczeniodawcy nie ma innych umów, po przejściu na kosztorys, do **sekcji B** wpisywana jest umowa z wniosku. Zakresy wybierane w ramach **sekcji C** są z tej umowy. W przypadku kiedy dla w/w warunków jest więcej umów to po przejściu na kosztorys, **sekcja B** jest pusta i należy ją wypełnić.

Poz. 1 jest automatycznie przepisana z wcześniej wypełnionego wniosku (poz. 4 we wniosku) jeżeli dla tego samego świadczeniodawcy w okresie wykonywania świadczeń nie ma innych umów. W przypadku kiedy w okresie wykonywania świadczeń jest więcej umów to pole jest puste i należy je wypełnić. Wybór umowy jest ograniczony atrybutami wynikającymi z wniosku:

- umowa w kosztorysie i wniosku musi dotyczyć tego samego świadczeniodawcy
- typ umowy w kosztorysie jest zgodny z typem umowy wybranej we wniosku
- umowa wybrana w kosztorysie obowiązuje w dniu wynikającym z daty końca realizacji świadczenia

Poz. 2 jest automatycznie przepisana z danych o umowie i jej zakresie.

Poz. 3 jest automatycznie przepisana z danych o umowie i jej zakresie.

Poz. 4 i poz. 5

- przepisane z wcześniej wypełnionego wniosku (poz. 52 i poz. 53 wniosku – jeżeli wypełnione),

– poz. 4 przyjmuje automatycznie wartość pola nr 9, natomiast poz. 4 przyjmuje wartość z poz. 10n (n – dla ostatniego świadczenia, np. 10c)

Poz. 6 jest automatycznie wyliczona z różnicy poz. 5 i poz. 4

– przy założeniu, że pierwszy i ostatni dzień liczy się jako jeden

• Sekcja C - Realizacja świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych

Przycisk umożliwia dodanie zakresu świadczeń. Po jego kliknięciu wyświetlony zostanie słownik pozwalający na wybór zakresu świadczeń. Wyboru dokonuje się klikając na wybranej pozycji. Po dokonaniu wyboru słownik jest zamykany, a w oknie kosztorysu zostanie dodana sekcja C1. Liczba sekcji C (np. C1, C2, C3, ..., Cx) jest zmienna i dodawana dynamicznie przez użytkownika.

Data zakończenia realizacji wcześniejszego zakresu świadczeń równa jest dacie początku kolejnego.

Do zakresu świadczeń należy dodać świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania. Dokonuje się tego przez kliknięcie przycisku i wybór świadczenia ze słownika. Po wybraniu świadczenia należy uzupełnić kolumnę *Liczba* w podsekcji Cx.1.

Możliwe jest dodanie wielu świadczeń w ramach zakresu świadczeń. Usunięcie dodanego świadczenia umożliwia przycisk znajdujący się z prawej strony dodanego świadczenia.

Podczas wyboru zakresu świadczeń słownik zakresów świadczeń jest zawężony do umowy pochodzącej z głównego wniosku. Kod ten jest na stałe wpisany do filtra i pole jest zablokowane do edycji.

• Sekcja D - Koszty medyczne świadczenia (poza świadczeniami rozliczonymi w skali TISS)

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZEŃ (innych niż świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania wykazane w sekcji C)

D1. Badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				14. Suma: 0,00

D2. Badania histopatologiczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				15. Suma: 0,00

D3. Diagnostyka nie laboratoryjna				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				16. Suma: 0,00

D4. Środki farmaceutyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				17. Suma: 0,00





D5. Materiały medyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				18. Suma: 0,00

D6. Koszty osobowe personelu medycznego				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia			0,00
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym			0,00
				19. Suma: 0,00


D7. koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				20. Suma: 0,00

D8. Koszty transportu sanitarnego (nie finansowanego odrębnie)				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				21. Suma: 0,00

22. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (tj. poz. 14+15+16+17 +18+19+20+21)				0,00
---	--	--	--	------

W każdej z podsekcji dodatkowych kosztów świadczenia znajduje się przycisk  umożliwiający wprowadzenie nazwy, liczby oraz ceny jednostkowej kosztów. Wprowadzone dodatkowe koszty zatwierdza się przyciskiem  znajdującym się na miejscu przycisku . Przycisk  umożliwia usunięcie wprowadzonej pozycji.

D1. Badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
	Nazwa	Liczba całkowita	Cena jednostkowa	14. Suma: 0,00

Każda z podsekcji części D posiada możliwość importu danych z pliku tekstowego. Wybór pliku umożliwia przycisk . Zakłada się, że plik z danymi do specyfikacji kosztowej będzie spełniał następujące wymagania:

1. Kolumny:
 - a. Nazwa
 - b. Liczba

- c. Cena jednostkowa
2. Końce linii
 - a. Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b. Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii
3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - a. znakiem średnika
 - b. tabulatorem
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 wartość ujmując w cudzysłowy

• Pozostałe sekcje

Poz. 24 – edytowalna i uzupełniana przez świadczeniodawcę

E. KOSZTY MEDYCZNE HOSPITALIZACJI (poz. 12 + poz. 13a + poz.22)	
23. Wartość w zł	
3241,00	
F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz.22).	
24. Wartość w zł	
0,00	
G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz.23 + poz.24)	
25. Wartość w zł	
3241,00	
H. POTWIERDZENIE FORMALNE SPECYFIKACJI KOSZTÓW	
26. Data (RRRR-MM-DD)	27. Podpis i pieczęć Dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o sprawozdanie lub rozliczenie

Kliknięcie znajdującego się na górze kosztorysu przycisku [Powrót do wniosku](#), pozwala na powrót do wniosku, a dane wprowadzone w kosztorysie zostaną zapisane.

9.16 Kosztorys (załącznik 5a)

W przypadku wprowadzania wniosku 7201, 7204, 7205 lub 7206, należy również wypełnić kosztorys. Przycisk umożliwiający wypełnienie kosztorysu dostępny z prawej strony pola *Nr umowy* w sekcji **Dane świadczeniodawcy składającego wniosek**.

4. Nr umowy	<input type="text"/>	Kosztorys
-------------	----------------------	---------------------------

INFORMACJA

W kosztorysie możliwe jest wprowadzanie wartości z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

Po otwarciu kosztorysu dostępne są następujące elementy:

- **Sekcja A - Specyfikacja kosztowa wniosku**

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000062

Poz. 1 w kosztorysie jest automatycznie przepisana z wniosku

- **Sekcja B - Termin realizacji świadczenia** (sekcja dostępna tylko dla wniosków 7201, 7205, 7206)

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA

2. Zakres świadczenia

3. Wartość świadczenia z katalogu 1w/1ws

4. Data od (RRRR-MM-DD)

5. Data do (RRRR-MM-DD)

6. Osobodni

- **Sekcja C - Termin realizacji hospitalizacji do świadczenia** (sekcja dostępna tylko dla wniosku 7204)

C. TERMIN REALIZACJI HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA

7. Kod świadczenia (hospitalizacji do świadczenia)

8. Wartość świadczenia z katalogu 1w/1ws

9. Data od (RRRR-MM-DD)

10. Data do (RRRR-MM-DD)

11. Osobodni

- **Sekcja D - Koszty medyczne świadczenia (dotyczy świadczeń, których koszt przekracza wartość rozliczenia standardowego lub świadczenia, które nie zostało ujęte w katalogu 1w/1ws)** (sekcja dostępna tylko dla wniosków: 7201, 7205, 7206)

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZENIA (dotyczy świadczeń, których koszt przekracza wartość rozliczenia standardowego lub świadczenia, które nie zostało ujęte w katalogu 1w/1ws):

D1. badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				12. Suma: 0,00





D2. diagnostyka nie laboratoryjna				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				13. Suma: 0,00



D3. środki farmaceutyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				14. Suma: 0,00


D4. materiały/wyroby medyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				15. Suma: 0,00

D5. koszty osobowe personelu medycznego				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia			0,00
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym			0,00
				16. Suma: 0,00

D6. koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				17. Suma: 0,00
				18. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (tj. poz. 12+13+14+15+16+17) 0,00

W każdej z podsekcji kosztów świadczenia znajduje się przycisk  umożliwiający wprowadzenie nazwy, liczby oraz ceny jednostkowej kosztów. Wprowadzone dodatkowe koszty zatwierdza się przyciskiem  znajdującym się na miejscu przycisku . Przycisk  umożliwia usunięcie wprowadzonej pozycji.

D1. Badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
	Nazwa	Liczba całkowita	Cena jednostkowa	 
				14. Suma: 0,00

Każda z podsekcji części D posiada możliwość importu danych z pliku tekstowego. Wybór pliku umożliwia przycisk . Zakłada się, że plik z danymi do specyfikacji kosztowej będzie spełniał następujące wymagania:

1. Kolumny:
 - a. Nazwa
 - b. Liczba
 - c. Cena jednostkowa
2. Końce linii
 - a. Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b. Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii

3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - a. znakiem średnika
 - b. tabulatorem
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 wartość ujmując w cudzysłowy

• **Sekcja E - Koszty medyczne świadczeń - środki NFZ (dotyczy wykonania świadczenia o kosztach przekraczających 10000 zł)** (sekcja dostępna tylko dla wniosku 7204)

E. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZEŃ – ŚRODKI NFZ (dotyczy wykonania świadczenia o kosztach przekraczających 10 000 zł):

E1. badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				+ ↓
12. Suma:				0,00

E2. diagnostyka nie laboratoryjna				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				+ ↓
13. Suma:				0,00





E3. środki farmaceutyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				+ ↓
14. Suma:				0,00

E4. materiały/wyroby medyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				+ ↓
15. Suma:				0,00


E5. koszty osobowe personelu medycznego				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia			0,00
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym			0,00
16. Suma:				0,00

E6. koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				+ ↓
17. Suma:				0,00

18. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (tj. poz. 12+13+14+15+16+17) 0,00

W każdej z podsekcji kosztów świadczenia znajduje się przycisk  umożliwiający wprowadzenie nazwy, liczby oraz ceny jednostkowej kosztów. Wprowadzone dodatkowe koszty zatwierdza się przyciskiem  znajdującym się na miejscu przycisku . Przycisk  umożliwia usunięcie wprowadzonej pozycji.

E1. badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				+ ↓
12. Suma:				0,00

Każda z podsekcji części E posiada możliwość importu danych z pliku tekstowego. Wybór pliku umożliwia przycisk . Zakłada się, że plik z danymi do specyfikacji kosztowej będzie spełniał następujące wymagania:

1. Kolumny:
 - a. Nazwa
 - b. Liczba
 - c. Cena jednostkowa
2. Końce linii
 - a. Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b. Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii
3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - a. znakiem średnika
 - b. tabulatorem
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 wartość ujmując w cudzysłowy

• **Sekcja F - Koszty pozamedyczne tj. całkowity koszt świadczenia, pomniejszony o koszty medyczne (poz. 18 lub 25)**

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

26. Wartość w zł

• **Sekcja G - Wnioskowany całkowity koszt świadczeń (poz. 18+26 lub poz. 25+26)**

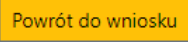
G. WNISKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZEŃ: (poz.18+26 lub 25+26)

27. Wartość w zł

• **Sekcja H - Potwierdzenie formalne specyfikacji kosztów**

H. POTWIERDZENIE FORMALNE SPECYFIKACJI KOSZTÓW

28. Data (RRRR-MM-DD)	29. Podpis i pieczęćka Dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o sprawozdanie lub rozliczenie

Kliknięcie znajdującego się na górze kosztorysu przycisku , pozwala na powrót do wniosku, a dane wprowadzone w kosztorysie zostaną zapisane.

9.17 Potwierdzenie formalne wniosku

W tej sekcji należy wprowadzić datę wystawienia wniosku.

X.POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
38. Data (RRRR-MM-DD)	39. Podpis i pieczęta Dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o sprawozdanie lub rozliczenie

9.18 Przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10

W tej sekcji należy wprowadzić przyczyny hospitalizacji, w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10, której dotyczy wnioski o zgodę. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego

X. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	<input type="text"/>  
12. Kod rozpoznania współistniejącego	<input type="text"/>  
13. Kod rozpoznania współistniejącego	<input type="text"/>  

9.19 Rodzaj świadczenia

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji/jednej wizyty w poradni).

X. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
<input type="checkbox"/> 13. Świadczenie udzielane jednorazowo	<input type="checkbox"/> 14. Świadczenie udzielane cyklicznie

9.20 Terminy udzielania świadczeń

W tej sekcji należy wprowadzić datę początku udzielania świadczenia oraz daty od/do okresu udzielania świadczeń (powyżej limitu), których dotyczy wnioski (propozycja okresu ważności decyzji).

The screenshot shows a form section titled "X. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEN". It contains three input fields for dates in the format "RRRR-MM-DD":
1. "31. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)" with a calendar icon.
2. "X.1. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE PRZEDŁUŻENIA WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA W TERMINIE:"
3. "32. Data od (RRRR-MM-DD)" and "33. Data do (RRRR-MM-DD)", both with calendar icons.

9.21 Uzasadnienie

Dotyczy wniosków: 6100

W tej sekcji należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając **Inne** – wprowadzić swoje uzasadnienie. Dla świadczeń rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY), rehabilitacja lecznicza (REH) i świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (SPO) konieczne jest podanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki.

The screenshot shows a form section titled "X. UZASADNIENIE". It contains the following elements:
1. "X.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z WIEKIEM ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy”)"
2. "(30 - 32). Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia" with a dropdown menu showing "Inne".
3. "Opis (uzupełniany gdy wybrano poz. 32)" with a text area.
4. "33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki (wypełniane w przypadku PSY, REH, SPO)" with a text area.

Dotyczy wniosków: 6101, 6102, 6103, 6108, 7201, 7202, 7203, 7204, 7205, 7206, 7207

W tej sekcji należy uzasadnić wprowadzić uzasadnienie wniosku.

The screenshot shows a form section titled "X. UZASADNIENIE". It contains the following elements:
1. "X.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z PŁCIĄ ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy”)"
2. "34. Opis" with a text area.

Dotyczy wniosków: 6104, 6105, 6106, 6107

W tej sekcji należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając **Inne** – wprowadzić swoje uzasadnienie.

X. UZASADNIENIE

49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do sprawozdania lub rozliczenia

Inne

50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „Inne”)

9.22 Wnioskowanie

W tej sekcji należy wybrać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to kolejny wniosek (**dotyczący tego samego świadczenia?**) o rozliczenie indywidualne.

X. RODZAJ ŚWIADCZENIA

3. Wnioskowanie po raz pierwszy

4. Kolejny wniosek o zgodę

9.23 Wnioskowany koszt świadczenia

W tej sekcji należy wprowadzić wnioskowany koszt świadczenia.

X. WNISKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA

66. Wartość w zł

9.24 Wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ

W tej sekcji należy wprowadzić wnioskowany koszt świadczenia.

X. WNISKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA - ŚRODKI NFZ (w przypadku wypełnienia sekcji H lub J)

67. Wartość w zł

9.25 Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanej w terminie

W tej sekcji należy uzupełnić daty od/do okresu hospitalizacji do świadczenia, którego dotyczy wniosek (proponycja okresu ważności decyzji).

X. WNISKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA WYKONANEJ W TERMINIE:

70. Data od (RRRR-MM-DD)



data (rrrr-mm-dd)

71. Data do (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

Dla wygody wprowadzania pozycje te zostały zdublowane i dostępne są w dodatkowej sekcji **Dane hospitalizacji**, znajdującej się bezpośrednio nad sekcją **Przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej**

klasyfikacji schorzeń ICD10, a wprowadzone w nich daty pojawią się również w sekcji **Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanego w terminie**. Wniosek elektroniczny przekazany do OW jak i jego wydruk będą już pozbawione zdublowanego elementu.



DANE HOSPITALIZACJI (daty oznaczają najszerszy przedział czasu w jakim rozliczana ma być hospitalizacja. Daty będą prezentowane w sekcji N lub M)	
Data początku hospitalizacji data (rrrr-mm-dd) 	Data końca hospitalizacji data (rrrr-mm-dd) 

Zdublowane pozycje 70 i 71 wniosku

9.26 Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie

Dotyczy wniosków: 6100, 6101, 6102

W tej części należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji).

X. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
36. Data od (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd) 	37. Data do (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd) 



Dotyczy wniosków: 6104, 6105, 6106, 6107

W tej części prezentowane są daty w odniesieniu do świadczenia (propozycja terminu ważności decyzji), wprowadzone w zdublowanych polach znajdujących się w części [Dane świadczeniodawcy składającego wniosek](#).

X. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd)	53. Data do (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd)

Dotyczy wniosków: 6108

W tej sekcji należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji), czas i tryb przyjęcia.

X. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
44. Data od (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd) 	45. Data do (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd) 
45a. Czas przyjęcia (HH:MM) godzina (HH:MM)	45b. Tryb przyjęcia <input type="text"/>

