System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI)

Moduł Świadczeniodawcy

Katowice, październik 2011

SPIS TREŚCI

1 WPROWADZENIE ... 5
2 LOGOWANIE DO SYSTEMU ... 7
3 OBSZARY PRACY W SYSTEMIE SZOI ... 9
4 KOMUNIKATY ... 10
5 ŚWIADCZENIODAWCA ... 13
5.1 Uzupełnianie potencjału świadczeniodawcy – Struktura organizacyjna ... 17
5.1.1 Jednostki organizacyjne ... 17
5.1.2 Komórki organizacyjne ... 21
5.1.3 Zmiana specjalności komórki organizacyjnej ... 26
5.1.4 Harmonogram pracy ... 29
5.1.5 Profil działalności ... 33
5.2 Uzupełnianie potencjału świadczeniodawcy – Struktura wykonawcza ... 34
5.2.1 Lokalizacje ... 35
5.2.2 Miejsca udzielania świadczeń ... 37
5.2.3 Przeglądanie osób personelu medycznego pracujących w miejscu udzielania świadczeń ... 42
5.2.4 Procedury / zabiegi medyczne / Profile uzdrowikowe ... 42
5.3 Zasoby ... 46
5.3.1 Sprzęt medyczny ... 47
5.3.2 Środki transportu ... 49
5.3.3 Pomieszczenia ... 51
5.3.4 Okresy dostępności zasobów ... 51
5.4 Zatrudniony personel medyczny ... 52
5.4.1 Wprowadzanie nowej osoby personelu medycznego do Bazy NFZ ... 53
5.4.2 Zatrudnianie personelu medycznego ... 57
5.4.3 Przypisywanie osoby do danego miejsca ... 58
5.4.4 Edycja osoby personelu medycznego ... 65
5.4.5 Edycja zatrudnienia ... 69
5.4.6 Rozwiązywanie / usunięcie zatrudnienia osoby personelu medycznego ... 70
5.4.7 Wnioski personelu medycznego ... 71
5.4.8 Blokady osób personelu medycznego ... 73
5.5 Wydzielone zasoby świadczeniodawcy ... 74
5.6 Umowy / promesy współpracy ... 76
5.6.1 Dodawanie umowy / promesy współpracy ... 76
5.6.2 Udostępnienie miejsc w ramach umowy / promesy współpracy oraz zatwierdzanie ... 78
5.6.3 Kopiowanie umowy współpracy ... 81
5.7 Harmonogramy wzorcowe ... 81
5.8 Wersja profilu świadczeniodawcy ... 84
5.9 Zaopatrzenie – tylko dla oferentów w rodzaju ZPO ... 86
5.9.1 Dodanie produktu ... 86
5.9.2 Import produktów handlowych z pliku CSV ... 89
5.9.3 Eksport produktów handlowych do pliku CSV ... 92
5.10 Zestawy produktów handlowych ... 92
5.11 Dokumenty przekazania potencjału - Cesje ... 97
5.11.1 Cedent ... 97
5.11.2 Cesjonariusz ... 106
6 KONTRAKTOWANIE RTM 2010 ... 113
7 UMOWY ... 115
7.1 Lista umów ... 115
7.2 Przeglądanie specyfikacji pozycji umowy ... 116
7.3 Przeglądanie bieżącego rozliczenia ... 119
7.4 Pobieranie pliku umowy ... 121
7.5 MODEL ROZLICZEŃ *NOWOŚĆ* ... 121
7.5.1 Korekta świadczeń z lat ubiegłych (przed 2011) ... 121
7.5.2 Model rozliczenia świadczeń za grudzień 2010 ... 122
7.5.3 MODEL ROZLICZANIA ŚWIADCZEŃ DLA UMÓW OD 2011 ... 123

7.6 Szablony rachunków 125
7.7 Przeglądanie umów w rodzaju ZPO 127
7.7.1 ZPO: Przeglądanie zakresów świadczeń 128
7.7.2 ZPO: Przeglądanie cennika produktów 129
7.7.3 ZPO: Wniosek o zmianę wartości refundacji produktu handlowego lub zmianę zestawu 131
7.7.4 Modyfikacja cennika 132
7.7.5 Zmiana zestawu produktów 134
7.7.6 Eksport zestawów do pliku xls. 135
7.7.7 Przekazanie wniosku do OW NFZ 136
7.7.8 Wycofanie wniosku 137
7.7.9 Pobieranie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych 137
7.8 Zgody na wcześniejsze rozliczenie *NOWOŚĆ* 137
7.9 Ruch pacjentów 141
7.9.1 Informacje o ruchu pacjentów 141
7.9.2 Raporty o ruchu pacjentów 143
7.10 ZGŁOSZENIE ZMIANY DO UMOWY 144
7.10.1 Lista zgłoszeń zmiany do umowy 146
7.10.2 Dodanie nowego zgłoszenia zmiany do umowy w zakresie potencjału 147
7.10.3 Weryfikacja zgłoszenia zmiany do umowy 148
7.10.4 Struktura wygenerowanego zgłoszenia zmiany do umowy po weryfikacji 159
7.10.5 Uzupełnienie personelu medycznego oraz harmonogramów miejsca z potencjału świadczeniodawcy *nowość!* 172
7.10.6 Aktualizacja informacji w zgłoszeniu na podstawie rzeczywistego potencjału 174
7.10.7 Wpisanie uwag dotyczących przekazywanego zgłoszenia do OW NFZ 174
7.10.8 Anulowanie zgłoszenia 175
7.10.9 Blokady personelu 176
7.10.10 Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu RTM 177
7.10.11 Zatwierdzanie zgłoszenia zmian do umowy 180
7.11 Oświadczenia 183
7.12 Oświadczenie o wzroście wynagrodzeń za rok 2007 184
8 WNIOSKI NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ 187
8.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków 187
8.2 Lista wniosków na chemioterapię niestandardową 189
8.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 190
8.3.1 Edycja produktu handlowego 199
8.3.2 Usunięcie produktu handlowego 200
8.3.3 Usunięcie cyklu podawania leku 202
8.4 Podgląd wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 204
8.5 Modyfikacja wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 205
8.6 Zatwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 205
8.7 Anulowanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 206
8.8 Próbny wydruk wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 207
8.9 Wydruk wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 209
8.10 Potwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową 212
8.11 Tworzenie kopii wniosku 213
ZGODY NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ 215
8.12 Lista zgód na chemioterapię niestandardową 215
8.13 Podgląd zgody na chemioterapię niestandardową 217
8.14 Wnioski o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową 218
8.14.1 Dodawanie wniosku o aneks do zgody 219
8.14.2 Podgląd wniosku o aneks 220
8.14.3 Edycja wniosku o aneks 221
8.14.4 Zatwierdzanie wniosku o aneks 221
8.14.5 Anulowanie wniosku o aneks 222
8.15 Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody 222
9 WNIOSKI NA INDYWIDUALNE ROZLICZANE ŚWIADCZEŃ *(NOWOŚĆ)* 225
9.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków 226
9.2 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń 228
9.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń 229

9.4 Podgląd wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń ... 233
9.5 Modyfikacja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń ... 234
9.6 Potwierdzenie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń ... 235
9.7 Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń ... 236
9.8 Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń ... 237
9.9 Tworzenie kopii wniosku ... 238
10 ZGODY NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ *(NOWOŚĆ)* ... 240
10.1 Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń ... 240
10.2 Podgląd zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń ... 242
10.3 Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody ... 242
11 SPRAWOZDAWCZOŚĆ ... 244
11.1 Sprawozdawczość – obszary pracy ... 244
11.2 Deklaracje POZ ... 246
11.3 Komunikaty statystyczne medyczne ... 249
11.4 Raporty rozliczeniowe ... 254
11.5 Dodawanie plików dokumentów rozliczeniowych na listę ... 255
11.6 Przeglądanie raportów zwrotnych ... 255
11.7 Rachunki refundacyjne (medyczne) ... 256
11.8 Żądanie rozliczenia *NOWOŚĆ* ... 260
11.9 Raporty statystyczne ZPX ... 266
12 PRZYPADKI UDARÓW ... 267
12.1 Dodawanie nowego udaru ... 267
12.2 Przeglądanie informacji o udarze ... 271
12.3 Zatwierdzanie informacji o udarze ... 272
12.4 Odtwierdzanie informacji o udarze ... 272
12.5 Konta bankowe - Wnioski ... 273
13 ADMINISTRATOR ... 277
13.1 Dodawanie (edycja) operatora systemu ... 277
13.2 Usuwanie operatora systemu ... 278
13.3 Nadawanie uprawnień operatorowi systemu ... 279
13.4 Alerty ... 280
14 ZAKOŃCZENIE PRACY W SZOI ... 282
15 DANE TECHNICZNE ... 283

1 WPROWADZENIE

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

W pierwotnej wersji, system znany pod nazwą SDSIKCH, umożliwiał świadczeniodawcom przesyłanie plików raportów statystycznych i rachunków refundacyjnych na serwer dostępowy Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przeglądanie listy przesłanych dokumentów.

Doświadczenia wynikające z pracy w aplikacji wykazały, że system znacznie uprościł sposób przekazywania danych, a także spowodował znaczne zaoszczędzenie czasu, który teraz świadczeniodawcy mogą wykorzystać na wykonanie i analizę realizacji usług dla OW NFZ.

Korzyści z wprowadzenia SZOI są obustronne.

Dotychczas, dokumenty przekazywane w postaci wydruku, były porównywane z danymi przekazanymi w postaci elektronicznej na dyskach magnetooptycznych. Dyskietki, często ulegały uszkodzeniu, a pliki były niemożliwe do odczytania. Świadczeniodawca był zobowiązany do ponownego dostarczenia plików dokumentów rozliczeniowych.

W dobie powszechnie stosowanej poczty elektronicznej, wielu świadczeniodawców przesyłało pliki drogą e-mail. Sposób ten skrócił czas dostarczania plików do Oddziału, jednak świadczeniodawca nadal nie miał pewności, że dane doszły do właściwego odbiorcy. Poczta elektroniczna jest narzędziem komunikacji internetowej, jednak zasada jej działania opiera się na komunikacji asynchronicznej. Co to oznacza?

Komunikację asynchroniczną najłatwiej jest przedstawić na przykładzie zwykłej korespondencji pocztowej.
Pisząc list w określonym miejscu i danej chwili, nie zastanawiamy się nad tym, jaką drogę musi przebyć nasza zaadresowana koperta, aby dotrzeć do adresata. Nie wiemy też, czy ta koperta z listem nie zostanie po drodze zniszczona lub zgubiona. Nie zastanawiamy się nad tym, czy w czasie, który upłynie od momentu wysłania naszego listu do chwili jego odbioru, list nie zostanie przeczytany przez osoby nieupoważnione.

Podobnie jest z wiadomościami elektronicznymi.
Wysłana wiadomość elektroniczna natrafić może na różne przeszkody. W tym wypadku, gdy przesyłane są wiadomości z załączonymi plikami rozliczeniowymi, firewall chroniący sieć komputerową NFZ przed wirusami i niepożądanymi wiadomościami, może skutecznie blokować wczytanie plików załączników na serwer.
Wiadomość e-mail dotrze wówczas do odbiorcy, ale bez załączonych dokumentów.

Wadą poczty elektronicznej jest także możliwość skanowania plików załączonych do wiadomości przez osoby niepowołane, a przecież pliki rozliczeniowe często zawierają dane osób, dla których wykonano usługę lub sprzedano lek.

Wprowadzenie systemu zarządzania obiegiem informacji wyklucza powyższe problemy.
System został zbudowany w oparciu o technologię WEB przy uwzględnieniu wszelkich sposobów zabezpieczania dostępu do tego systemu (szyfrowanie komunikacji – SSL z kluczem 128-bitowym).
Oznacza to, że dostęp do przesyłanych danych mają tylko uprawnione osoby po stronie Oddziału NFZ oraz kontrahenci: świadczeniodawcy i apteki, które zostały zarejestrowane w systemie i uzyskały konta dostępowe do aplikacji.

W celu dodatkowego zabezpieczenia aplikacji i zawartych w niej danych, system jest monitorowany.
Każde logowanie użytkownika do systemu jest odnotowywane na serwerze wraz z operacjami, które wykonuje oraz numerem IP komputera, z którego korzysta w trakcie wykonywania zadań.

Z powyższego opisu łatwo się domyślić, że namierzenie każdego z niepowołanych użytkowników, nie jest trudne.

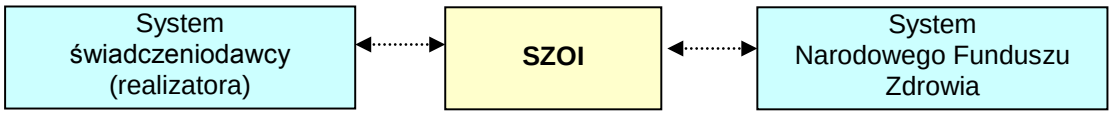
Poprzez wprowadzenie systemu zarządzania obiegiem informacji, każda z komórek organizacyjnych świadczeniodawcy może samodzielnie przesyłać pliki komunikatów statystycznych, rozliczeniowych i rachunków refundacyjnych. Czynność tą wykonuje się za pomocą kilku kliknięć.

Samodzielne wczytanie plików na serwer powoduje, że operator ma świadomość terminowego dostarczenia plików do OW NFZ, a także nie musi już wykonywać dodatkowych połączeń telefonicznych w celu potwierdzenia przesłania plików.
Pliki przesłane na serwer dostępowy importowane są do systemu informatycznego OW NFZ. Poprawność struktury pliku powoduje, że plik jest gotowy do przyjęcia i w przypadku dokumentów statystycznych – do weryfikacji.
Wczytanie pliku do systemu informatycznego NFZ, operator SZOI może zaobserwować w systemie, w części Rozliczenia. Zaimportowane pozycje listy uzyskują, bowiem nadany przez system informatyczny NFZ - kod SIKCH. Kod ten jest informacją, że format przesłanego pliku jest poprawny, a plik został wczytany i przesłany do działu rozliczeń.

Następny etap obiegu informacji stanowi przyjęcie i weryfikacja plików dokumentów statystycznych.
Uprawnieni pracownicy systemu informatycznego OW NFZ weryfikują wykazane pozycje raportów statystycznych i określają czy przekazany dokument jest poprawny pod kontem merytorycznym, np.: czy dla danego produktu podane są wszystkie wymagane informacje.

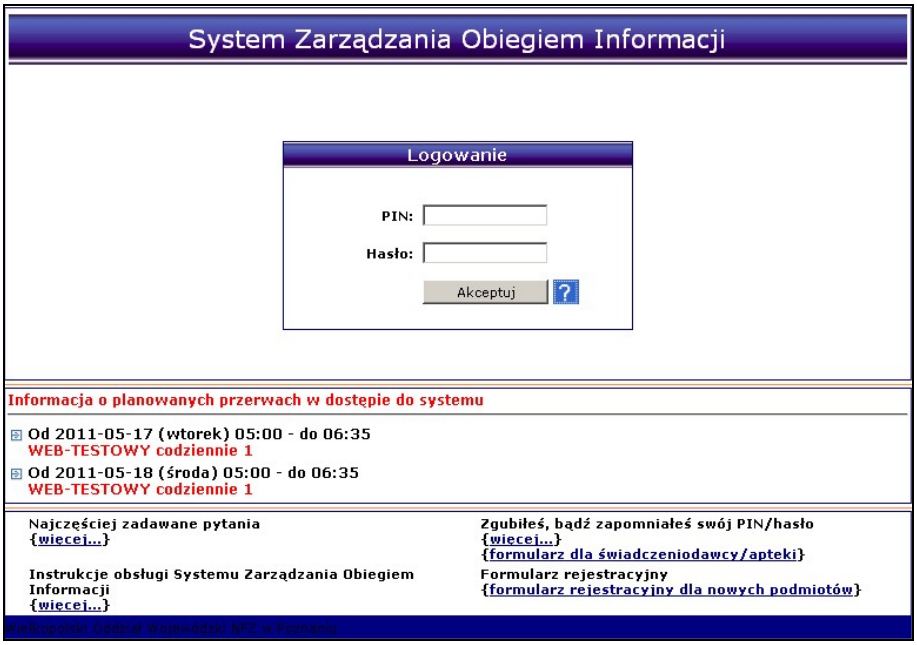
Jeżeli w wyniku weryfikacji, wykryte zostaną problemy, operator NFZ może udostępnić świadczeniodawcy plik raportu zwrotnego zawierający informację o błędnych pozycjach w sprawozdaniu.
Udostępnione raporty zwrotne świadczeniodawca może pobrać z systemu SZOI i na ich podstawie wprowadzić korektę raportu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

Jak wynika z powyższego opisu, system SZOI jest aplikacją opartą na interakcjach z innymi systemami.
W ogólnym zarysie System Zarządzania Obiegiem Informacji jest przewodnikiem pomiędzy aplikacjami świadczeniodawcy np.: KS-PPS, a systemem informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia.



2 LOGOWANIE DO SYSTEMU

Rozpoczęcie pracy z systemem SZOI następuje przez zalogowanie się do aplikacji. Okno logowania do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji przedstawia poniższa ilustracja.



Rys. 2.1 Logowanie do systemu

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

- **PIN** - ciąg znaków stanowiący unikalny kod identyfikacyjny, nadany przez operatora OW NFZ.
- **Hasło** - hasło uprawniające do pracy w systemie, odpowiednie dla podanego PINu. Hasło może się składać z następujących elementów - **23456789AaBbCcDdEeFfGgHhJjKkMmNnPpRrSsTtUuVvWwXxYyZz,** brak w nim m.in. znaków, które mogą wprowadzić w błąd: małe L, duże L, cyfra jeden, cyfra zero, małe O, duże O.

PIN i hasło operatora nadane przez administratora systemu SZOI w OW NFZ uprawniają operatora do wykonywania wszystkich operacji dostępnych w systemie SZOI.

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

Praca w systemie jest monitorowana.

Wszystkie operacje wykonywane przez operatora świadczeniodawcy są rejestrowane w systemie.

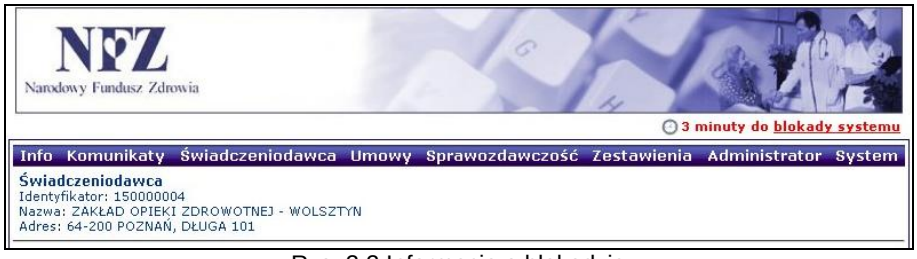
Zalecane jest, aby po wykonaniu pierwszego logowania do systemu, operator skorzystał z operacji dostępnych w obszarze Administrator, w celu dodania nowych operatorów systemu. Każdy operator systemu może mieć zdefiniowane uprawnienia, zależne od powierzonych mu zadań.

Więcej informacji na temat Dodawania operatorów oraz Uprawnień znajduje się w części instrukcji p.t. Administracja.

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

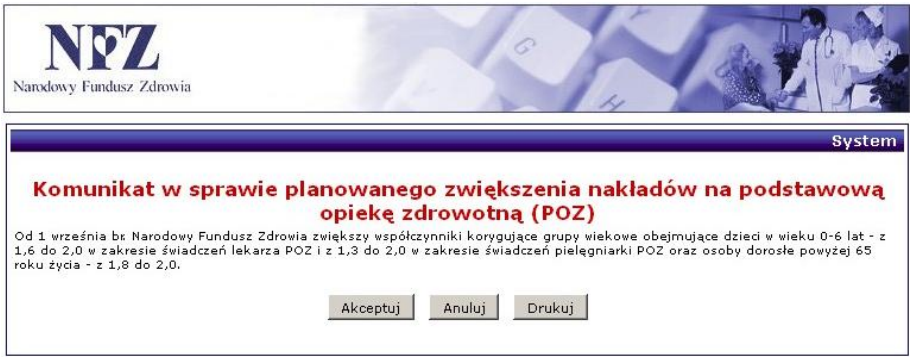
Do systemu wprowadzono automatyczny mechanizm powiadamiania o zbliżających się okresach niedostępności na poziomie formatek logowania do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji.

Dodatkowo po zalogowaniu się do systemu dynamicznie wyświetlany będzie czas pozostały do uruchomienia blokady:



Rys. 2.2 Informacja o blokadzie

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



Rys. 2.3 Komunikat świadczeniodawcy

3 OBSZARY PRACY W SYSTEMIE SZOI

Poprawne zalogowanie się do systemu spowoduje wyświetlenie okna aplikacji. Domyślnie, system SZOI zostanie ustawiony w obszarze **Komunikaty operatora**.

Niezależnie od obszaru pracy w systemie SZOI wyświetlana jest informacja na temat wersji i nazwy aplikacji oraz dane zalogowanego operatora. Informacje te wyświetlane są w lewym górnym rogu okna. W przypadku, gdy system odnotował błędne logowanie, w górnej części wyświetlany będzie odpowiedni komunikat wraz z datą ostatniego błędnego logowania. Informacja ta umożliwia kontrolę dostępu do systemu przez nieuprawnionych użytkowników.

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

INFO	Obszar zawiera podstawowe informacje na temat Portalu SZOI, w tym **Regulamin** korzystania z systemu.
KOMUNIKATY	Obszar zawiera listę komunikatów NFZ przeznaczonych dla operatora.
ŚWIADCZENIODAWCA	Obszar zawiera informacje na temat świadczeniodawcy – min. struktury organizacyjnej, wykonawczej oraz zasobów. Za pomocą dostępnych funkcji oferent wprowadza swój potencjał umożliwiający realizację kontraktów z NFZ.
UMOWY	Obszar zawiera listę umów zawartych z NFZ na świadczenie usług medycznych. W miejscu tym można także znaleźć zgody na wcześniejsze rozliczenie, zgłoszenia zmian do umowy, chemioterapię niestandardową czy też świadczenia rozliczane indywidualnie.
SPRAWOZDAWCZOŚĆ	Obszar zawiera listę przesłanych do OW NFZ plików rozliczeniowych oraz raportów (min. list POZ, raportów statystycznych, raportów rozliczeniowych i rachunków refundacyjnych, żądań rozliczenia).
ZESTAWIENIA	Obszar umożliwia zweryfikowanie czy dana osoba jest ubezpieczona oraz czy miała wykonane wybrane świadczenie.
ADMINISTRATOR	Obszar zawiera operacje umożliwiające dodawanie, edycję oraz usuwanie operatorów systemu SZOI, definiowanie uprawnień operatora oraz alerty.
SYSTEM	Obszar zawiera opcje umożliwiające prawidłowe zakończenie pracy z aplikacją SZOI oraz zmianą hasła.

4 KOMUNIKATY

Obszar **Komunikaty** umożliwia operatorom odczyt komunikatów przesyłanych przez NFZ.
Wszystkie komunikaty, których adresatem jest grupa operatorów świadczeniodawców lub wybrany świadczeniodawca dostępne będą do podglądu w tej części systemu.

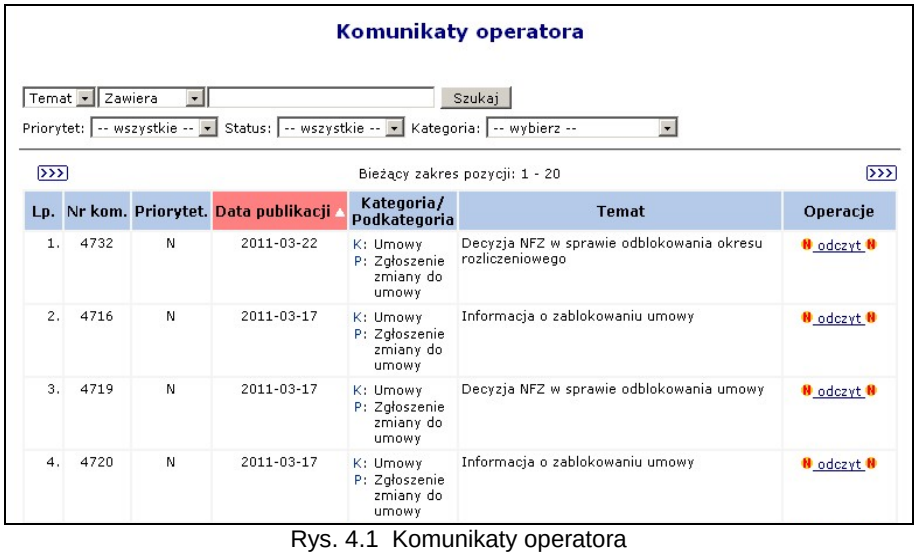
W górnej części głównego okna komunikatów zawarte są filtry, umożliwiające sortowanie listy według:

- **Tematu**
- **Priorytetu** – standardowy oraz niski
- **Statusu** – nowe lub odczytane
- **Kategorii**
- **Podkategorii** – dostępna opcjonalnie

Po wybraniu kategorii – **Personel medyczny** pojawi się nowy filtr umożliwiający wybór odpowiedniej podkategorii takiej jak:

- **Zmiany online NFZ**
- **Zmiany online SWD**
- **Dodanie wniosku**
- **Zatwierdzenie wniosku**
- **Odrzucenie wniosku**
- **Zawód usunięcie NFZ**
- **Zawód usunięcie świadczeniodawca**

Wszystkie komunikaty administracyjne, jakie otrzyma świadczeniodawca, będą posiadały priorytet "**STANDARD**", a komunikaty systemowe priorytet "**NISKI**". Dzięki takiemu podziałowi, operator systemu może sortować komunikaty po priorytecie, co spowoduje automatyczne umieszczenie komunikatów administracyjnych na początku listy.
Domyślnie komunikaty operatora są ustawione tak, aby były widoczne tylko te, które nie zostały przeczytane. Dzięki temu operator może natychmiast przeglądać wiadomości jeszcze nieodczytane. Aby zapoznać się z wszystkimi komunikatami, jakie otrzymał świadczeniodawca, należy w filtrze *Status* wybrać **Wszystkie**.

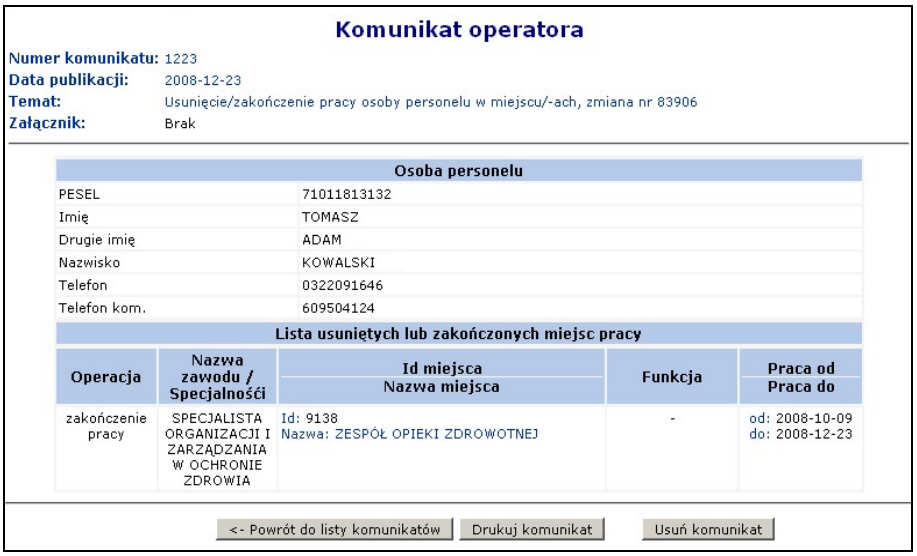


Rys. 4.1 Komunikaty operatora

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

odczyt	odczyt
nieodczytany	odczytany

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



Rys. 4.2 Komunikat operatora

W przypadku, gdy komunikat zawiera plik załącznika przy polu **Załącznik** wyświetlona jest ikona pobierania pliku wraz z nazwą pliku. Kliknięcie w ikonę (lub nazwę) spowoduje rozpoczęcie procesu pobierania pliku. W przypadku, gdy komunikat nie zawiera załącznika, pole **Załącznik** będzie puste.
Do systemu wprowadzono funkcjonalność automatycznie generującą komunikaty podczas:

1. Zakładania blokady na umowie:

Rys. 4.3 Informacja o zablokowaniu umowy

2. Zakładania blokady na okresach rozliczeniowych:

Rys. 4.4 Informacja o zablokowaniu okresów rozliczeniowych umowy

3. Zdejmowania blokady na umowie:

Rys. 4.5 Decyzja w sprawie odblokowania umowy

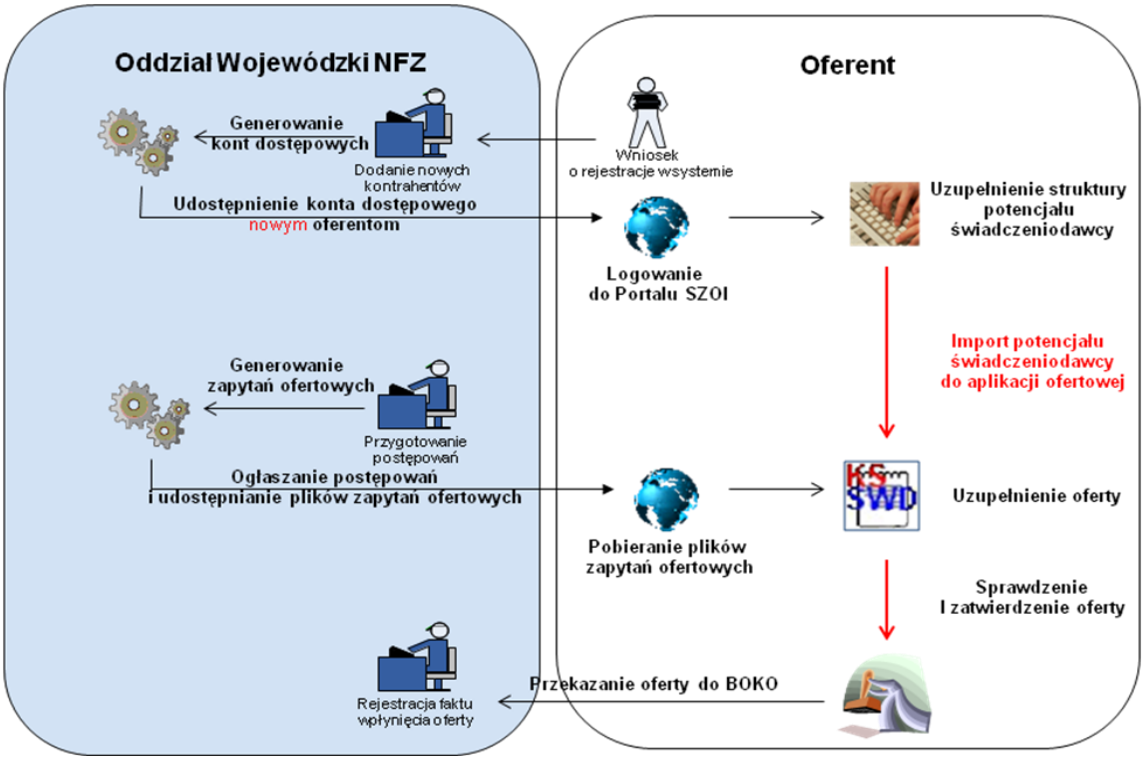
4. Zdejmowania blokady na okresach rozliczeniowych:

Rys. 4.6 Decyzja w sprawie odblokowania okresu rozliczeniowego

5 ŚWIADCZENIODAWCA

W obszarze **Świadczeniodawca** dostępne są funkcje przeglądania i edycji danych struktury świadczeniodawcy. Funkcje zostały wprowadzone na skutek wdrożenia zmian w procesie kontraktowania świadczeń od 2008 rok i pozwalają na:
- wprowadzenie/aktualizację struktury organizacyjnej świadczeniodawcy;
- wprowadzenie/aktualizację struktury wykonawczej świadczeniodawcy;
- wprowadzenie/aktualizację zasobów;
- wprowadzenie/aktualizację harmonogramu pracy;
- wprowadzenie/aktualizację zatrudnionego personelu medycznego
- przeglądanie zawartych umów na podwykonawstwo i zarejestrowanie umowy zawartej ze świadczeniodawcom.

Wszystkie wymienione elementy pozwalają na wygenerowanie pliku profilu świadczeniodawcy, który po zaczytaniu do systemu ofertowego, pozwala na przygotowanie oferty.

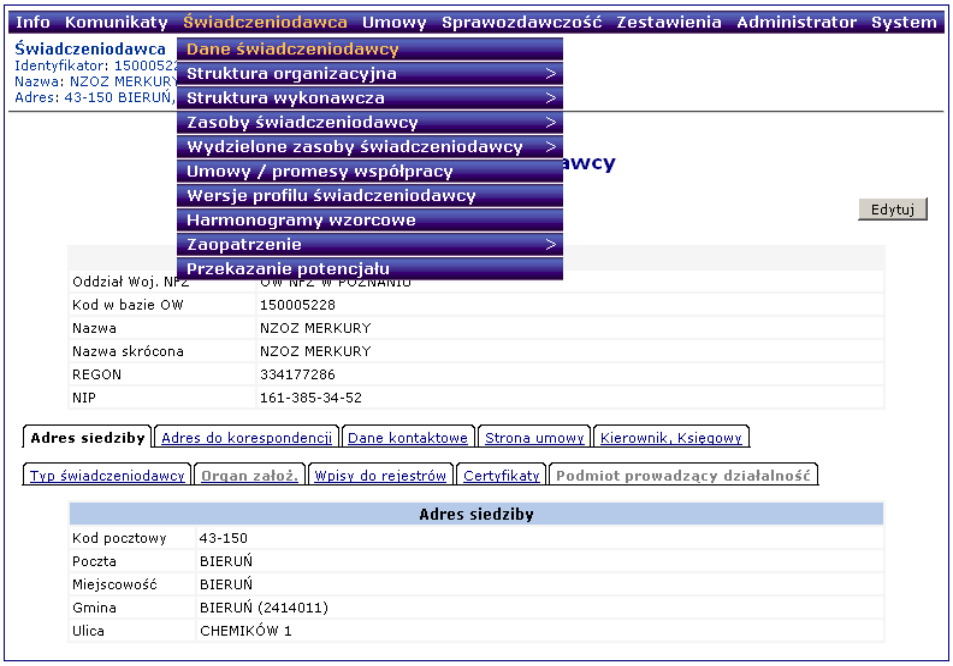


Rys. 5.1 Obieg dokumentów w procesie przygotowania ofert

W obiegu dokumentów do przygotowania ofert uwzględnia się następujące kroki:
1. Złożenie wniosku o rejestrację oferenta / podwykonawcy w systemie (**dotyczy tylko świadczeniodawców, którzy nie posiadają konta dostępowego do systemu SZOI**);
2. Logowanie do Portalu SZOI i uzupełnienie struktury potencjału świadczeniodawcy;
3. Instalację systemu do przygotowania oferty;
4. Import zapytania ofertowego do systemu ofertowego;
5. Import pliku profilu świadczeniodawcy do systemu ofertowego;
6. Import
7. Przygotowanie oferty;
8. Przekazanie oferty wraz z wymaganymi dokumentami formalnymi do OW NFZ.

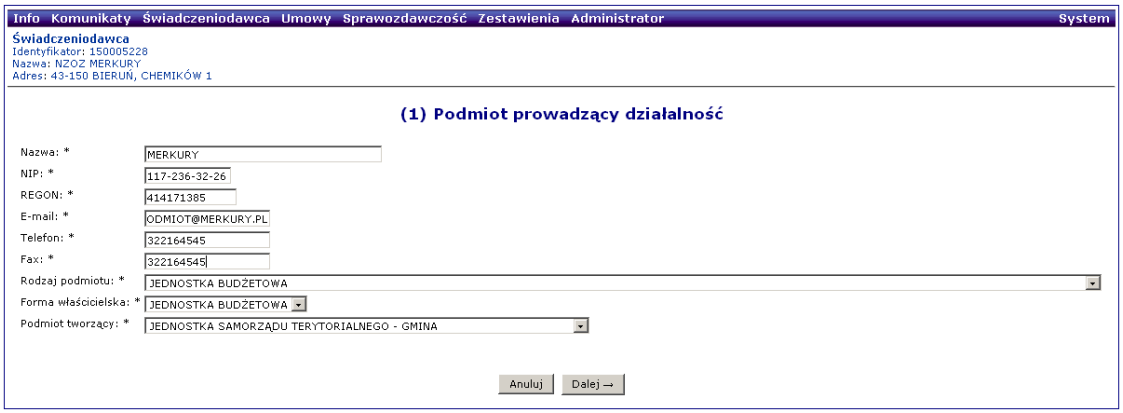
Lista danych niezbędnych do uzupełnienia profilu świadczeniodawcy została umieszczona w załączniku do dokumentacji użytkownika.

W obszarze **Dane świadczeniodawcy** można uzyskać wszystkie informacje na temat oferenta, które zostały podane podczas podpisywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bądź w trakcie rejestracji kontrahenta w systemie oddziałowym. Informacje przedstawione są w zakładkach, których nazwy odpowiadają zebranym w nich danym, np.: adres siedziby, adres do korespondencji, dane kontaktowe, strona umowy, dane na temat kierownika placówki, podmiot prowadzący działalność itd.



Rys. 5.2 Dane świadczeniodawcy

Informacje w tej części systemu **<u>są edytowane tylko do momentu wprowadzenia przez świadczeniodawcę danych podmiotu prowadzącego działalność</u>**. W tym celu operator powinien skorzystać z opcji Edytuj - zostanie wówczas wyświetlone poniższe okno:



Rys. 5.3 Podmiot prowadzący działalność – dodawanie (1)

W pierwszym kroku należy wprowadzić następujące dane:

- Nazwa
- NIP
- REGON
- E-mail
- Telefon
- Fax
- Rodzaj podmiotu
- Forma właścicielska
- Podmiot tworzący

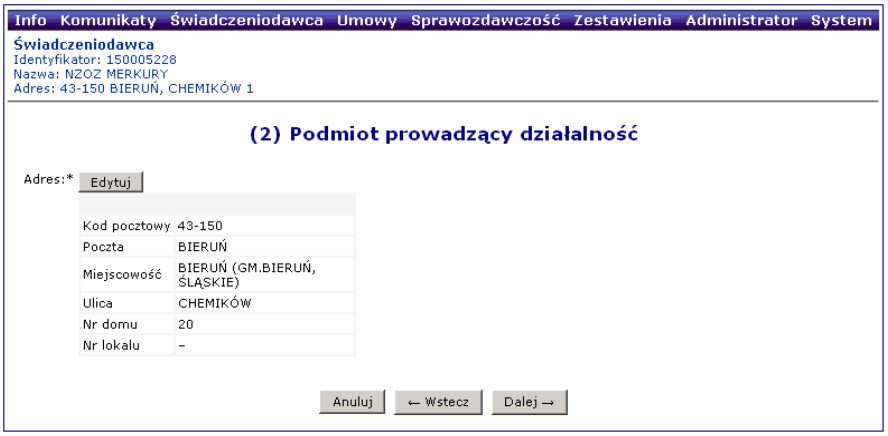
Po uzupełnieniu wszystkich niezbędnych danych (oznaczonych gwiazdką) operator przechodzi do kolejnego etapu dodawania korzystając z opcji **Dalej**.

Rys. 5.4 Podmiot prowadzący działalność – (1) Adres

W kolejnym kroku należy uzupełnić dane adresowe podmiotu prowadzącego działalność:

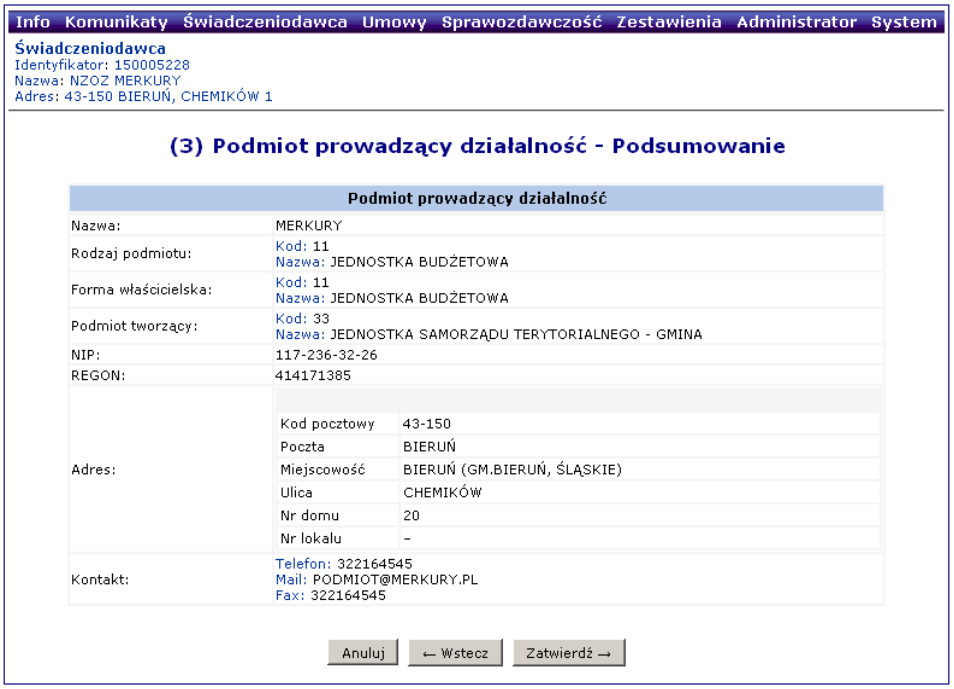
- Kod pocztowy
- Poczta
- Miejscowość
- Ulica
- Nr domu
- Nr lokalu

Po uzupełnieniu wszystkich niezbędnych danych (oznaczonych gwiazdką) operator zatwierdza je korzystając z opcji **Zatwierdź**.



Rys. 5.5 Podmiot prowadzący działalność (2)

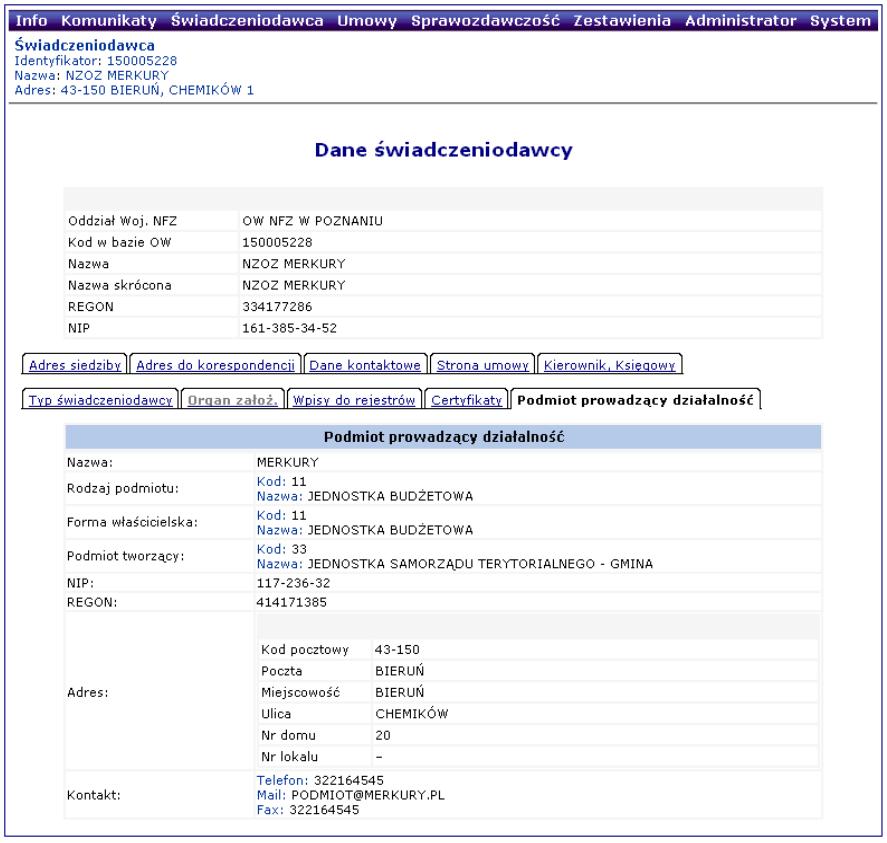
W kolejnym kroku istnieje możliwość weryfikacji wprowadzonych danych adresowych. Po potwierdzeniu ich poprawności należy skorzystać z opcji **Dalej**.



Rys. 5.6 Podmiot prowadzący działalność – Podsumowanie (3)

W kolejnym kroku wyświetlone jest okno podsumowujące, po jego sprawdzeniu należy potwierdzić dane przy pomocy opcji **Zatwierdź**.

Po uzupełnieniu przez operatora danych dotyczących podmiotu prowadzącego działalność funkcja **Edytuj jest niedostępna**. Dlatego w przypadku zaobserwowania nieprawidłowości, rozbieżności należy je wyjaśnić z uprawnionym pracownikiem OW NFZ.



Rys. 5.7 Dane świadczeniodawcy – Podmiot prowadzący działalność

5.1 Uzupełnianie potencjału świadczeniodawcy – Struktura organizacyjna

Informacje o strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy, uzupełnia się przez wprowadzenie informacji o jednostkach organizacyjnych oraz komórkach organizacyjnych.

Czynności te wykonuje się odpowiednio po wybraniu menu:

1. **Struktura organizacyjna** -> **Jednostki organizacyjne** umożliwia **dodanie/edycję** jednostki organizacyjnej;
2. **Struktura organizacyjna** -> **Komórki organizacyjne** umożliwia **dodanie / edycję** komórek organizacyjnych prowadzonych w ramach jednostki organizacyjnej.

Uwaga!
Ze względu na sposób wprowadzanie informacji, przed przystąpieniem do uzupełnienia informacji o komórkach organizacyjnych prosimy o wprowadzenie informacji o **harmonogramach [Świadczeniodawca – Harmonogramy wzorcowe]**.

5.1.1 Jednostki organizacyjne

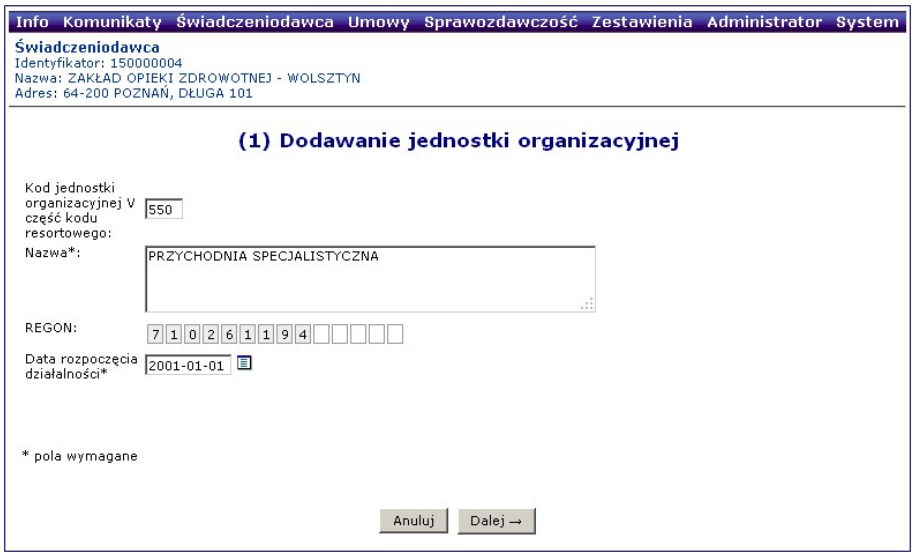
Rys. 5.8 Jednostki organizacyjne

W celu wprowadzenia jednostki organizacyjnej należy na liście **Jednostek organizacyjnych** wybrać opcję **Dodawanie jednostki**. Czynność spowoduje wywołanie pierwszego kroku wprowadzania informacji o jednostce.

W oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej*** należy wprowadzić następujące informacje:

- Kod jednostki organizacyjnej, stanowiący V część kodu resortowego:
  - W przypadku danych z RZOZ: jest to kod dwucyfrowy obejmujący wartości z zakresu 01-99
  - W przypadku braku kodu w RZOZ: jest to kod trzycyfrowy obejmujący wartości z zakresu: 100-999 (definiowany samodzielnie przez świadczeniodawcę)
- Nazwę jednostki organizacyjnej
- Datę rozpoczęcia działalności, zgodnie -z odpowiednim dla jednostki- wpisem do rejestru

Pierwsze 9 cyfr numeru REGON uzupełniane jest przez system z danych, które świadczeniodawca podał podczas rejestracji w systemie, natomiast dodatkowe 5 cyfr uzupełniane jest przez operatora opcjonalnie.



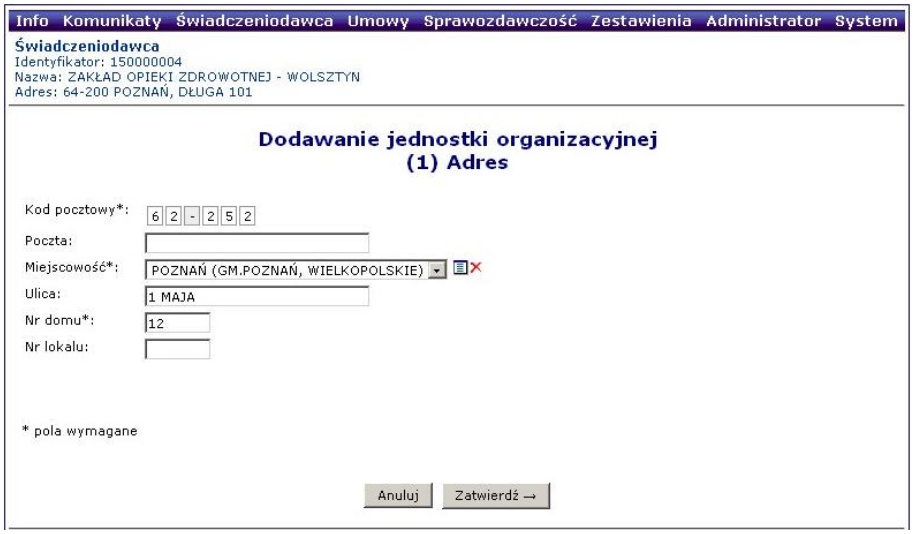
Rys. 5.9 Dodawanie jednostki organizacyjnej

Kontynuację wprowadzania danych uzyskamy wybierając opcję **Dalej**. Opcja spowoduje przejście do drugiego kroku: Wprowadzania danych adresowych jednostki organizacyjnej.
Opcja **Anuluj** spowoduje zamknięcie okna dodawania bez zapisu wprowadzonych zmian.

W oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej – Adres*** należy uzupełnić informacje dotyczące adresu komórki organizacyjnej. Aby wprowadzić żądaną informację związaną z adresem należy wybrać opcję **Uzupełnij**.
Czynność ta wywoła okno edycji danych adresowych. Pola wymagane do uzupełnienia to:

- **Kod pocztowy**, uzupełniany w formacie xx-xxx
- **Miejscowość**, wybierana ze słownika miejscowości za pomocą funkcji wyboru
- **Numer domu**

Pola: **Poczta** oraz **Ulica** są danymi niewymagalnymi, jednak należy je uzupełnić w przypadku, gdy adres jednostki zawiera te informacje. Brak niezbędnych danych uniemożliwi prawidłowe wypełnienie oferty.



Rys. 5.10 Dodawanie jednostki organizacyjnej - Adres

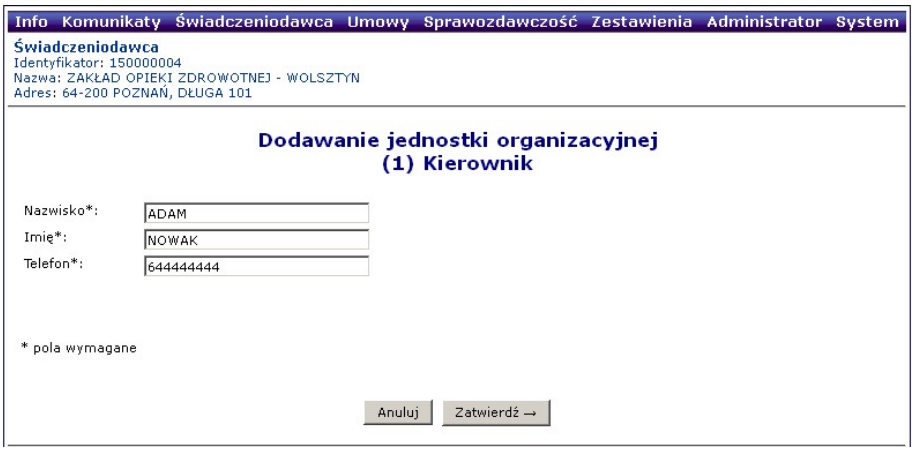
Po wprowadzeniu danych adresowych, należy je **Zatwierdzić**. Informacja zostanie wyświetlona w oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej – Adres***. Opcja **Edytuj** umożliwi poprawę wprowadzonego adresu.
Opcja **Anuluj** spowoduje zamknięcie okna dodawania jednostki organizacyjnej bez zapisu wprowadzonych zmian.

Opcja **Wstecz** umożliwi wrócić do pierwszego kroku wprowadzanie jednostki organizacyjnej w oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej.***

W trzecim kroku operator zobligowany jest do wprowadzenia informacji o kierowniku jednostki organizacyjnej. W tym celu w oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej – kierownik*** należy wybrać opcję **Uzupełnij**.

Uzupełnienie informacji o kierowniku jednostki organizacyjnej wymaga podania danych personalnych:

- **Nazwisko**
- **Imię**
- **Telefon**

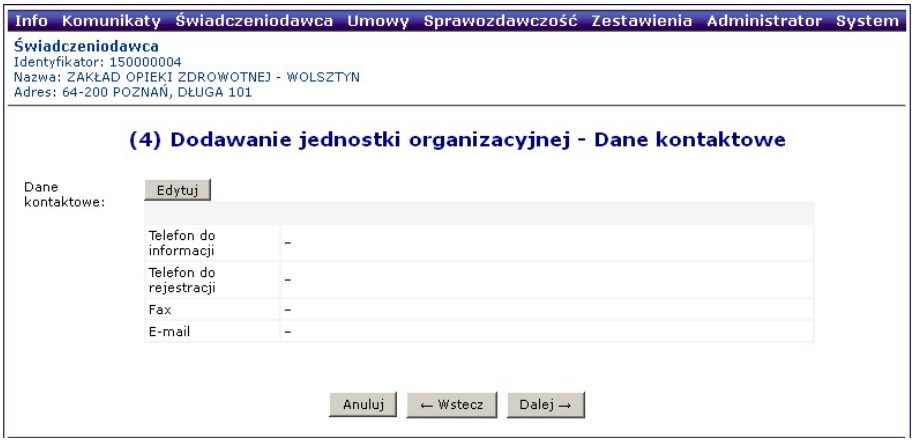


Rys. 5.11 Dodawanie jednostki organizacyjnej - Kierownik

Po wprowadzeniu danych, należy je zatwierdzić (za pomocą opcji **Zatwierdź**). Informacja zostanie wyświetlona w oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej – Kierownik***. Aby kontynuować wprowadzanie jednostki należy kliknąć **Dalej**.

Kolejny – czwarty – krok to wprowadzenie **Danych kontaktowych** jednostki organizacyjnej. Są to dane opcjonalne nie wymagane przez system. Opcja **Edytuj** umożliwia wprowadzenie:

- **Telefonu do informacji**
- **Telefonu do rejestracji**
- **Faxu**
- **Adresu e-mail**



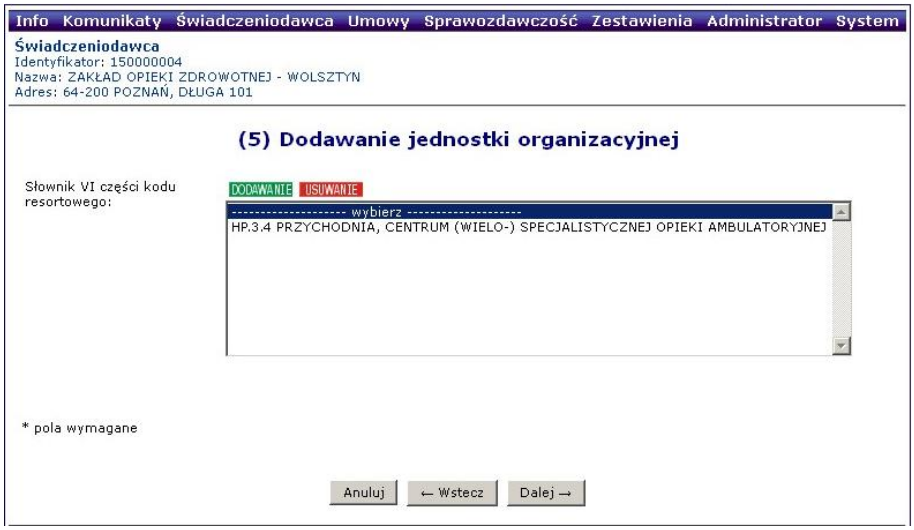
Rys. 5.12 Dodawanie jednostki organizacyjnej – Dane kontaktowe

Podobnie jak w poprzednich krokach, wprowadzone informacje należy zatwierdzić. Zapisane, zostaną wyświetlone w oknie ***Dane jednostki organizacyjnej – Dane kontaktowe***.

Krok piąty to dodanie listy rodzajów jednostki organizacyjnej pełnionych w jednostce. Informacje te uzupełnia się przez wybór odpowiednich danych ze słownika rodzajów jednostek.
Rodzaj jednostki uzupełnia się na podstawie **VI części kodu resortowego,** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 roku.
Portal SZOI umożliwia dodanie wielu wpisów dla jednej jednostki organizacyjnej. Wymagane jest podanie przynajmniej jednego rodzaju jednostki.

Aby wprowadzić odpowiedni dla jednostki kod resortowy należy nacisnąć na zielony przycisk **Dodawanie.** Czynność ta spowoduje rozwinięcie słownika rodzajów jednostek organizacyjnych.

Dane na liście słownikowej można wyszukiwać wg kodu lub nazwy. Dodanie kodu resortowego do jednostki organizacyjnej następuje po naciśnięciu na numer kodu. By wprowadzić więcej jednostek należy powtórzyć czynność wyboru opcji **Dodawanie** i wskazać kolejny rodzaj jednostki.



Rys. 5.13 Dodawanie jednostki organizacyjnej – VI część kodu resortowego

Uzupełnioną listę jednostek organizacyjnych należy zatwierdzić wybierając opcję **Dalej**.

Opcja **Usuwanie** umożliwia usunięcie błędnie przypisanego rodzaju jednostki organizacyjnej.

Przed ostatecznym dodaniem jednostki organizacyjnej do danych świadczeniodawcy system wyświetli wszystkie wprowadzone informacje w oknie ***Dodawanie jednostki organizacyjnej – podsumowanie***:

Jeśli wszystkie wyświetlone informacje są poprawne należy je zatwierdzić korzystając z opcji **Zatwierdź**.
W przypadku stwierdzenia błędu we wprowadzonych informacjach, należy skorzystać z opcji **Wstecz** w celu cofnięcia się do odpowiedniego kroku i naniesienia odpowiednich poprawek.
Wybór opcji **Anuluj** spowoduje utratę wszystkich wprowadzonych danych o jednostce organizacyjnej.

Poprawnie zapisane dane, zostaną potwierdzone odpowiednim komunikatem, natomiast jednostka zostanie zapisana na liście jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy.

Rys. 5.14 Jednostki organizacyjne

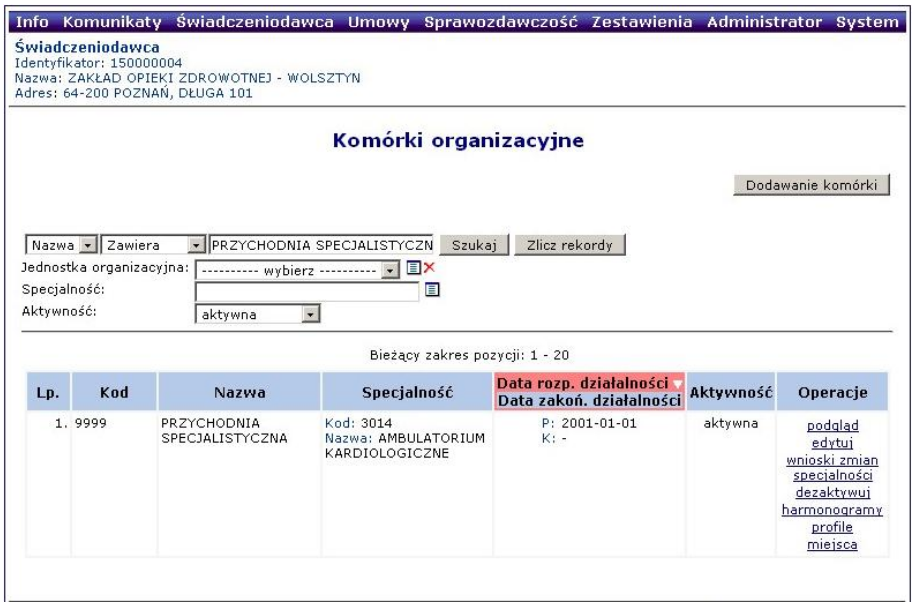
Dla każdej z wprowadzonych jednostek na liście udostępniane są opcje:

- **Podgląd** –przeglądanie wprowadzonych informacji bez możliwości wprowadzania zmian;
- **Edytuj** –przeglądanie wprowadzonych informacji z możliwością naniesienia poprawek;
- **Dezaktywuj** –wykonanie dezaktywacji informacji o wprowadzonej jednostce organizacyjnej. Można dezaktywować tylko te jednostki, które nie mają powiązań z innymi częściami systemu.
- **Komórki** –przeglądanie listy komórek organizacyjnych skojarzonych z jednostką organizacyjną (pod warunkiem, że komórki zostały zdefiniowane).

Uwaga!!!
Dezaktywacja jednostki może nastąpić tylko, gdy wszystkie komórki podległe tej jednostce zostały również dezaktywowane. Proces dezaktywacji jednej jednostki organizacyjnej jest jednorazowy i nieodwracalny.

5.1.2 Komórki organizacyjne

Lista komórek organizacyjnych zawiera informację o wszystkich wprowadzonych komórkach.



Rys. 5.15 Komórki organizacyjne

W celu wprowadzenia komórek organizacyjnych należy na liście **Komórek organizacyjnych** [**Świadczeniodawca -> Struktura organizacyjna -> Komórki organizacyjne**] wybrać opcję **Dodawanie komórki**.

Pierwszy krok podczas dodawania komórki organizacyjnej to uzupełnienie:

- **Kodu**, zgodnie z VII częścią kodu resortowego:
  - W przypadku danych z RZOZ: jest to kod trzycyfrowy obejmujący wartości z zakresu: 001-999
  - W przypadku braku kodu w RZOZ: jest to kod czterocyfrowy obejmujący wartości z zakresu: 1000-9999 (definiowany samodzielnie przez świadczeniodawcę)
- **Nazwy zgodniej ze statutem**;
- **Jednostki organizacyjnej** w ramach, której funkcjonuje komórka;
- **Specjalności** komórki organizacyjnej na podstawie słownika komórek;
- **Miejsce działania**, czyli miejsce udzielania świadczeń (stałe, np.: szpital, poradnia; mobilne; dom pacjenta; szkoła)

W przypadku, gdy informacja o komórce organizacyjnej jest uzupełniana z poziomu listy jednostek organizacyjnych informacja o jednostce uzupełniana jest automatycznie.

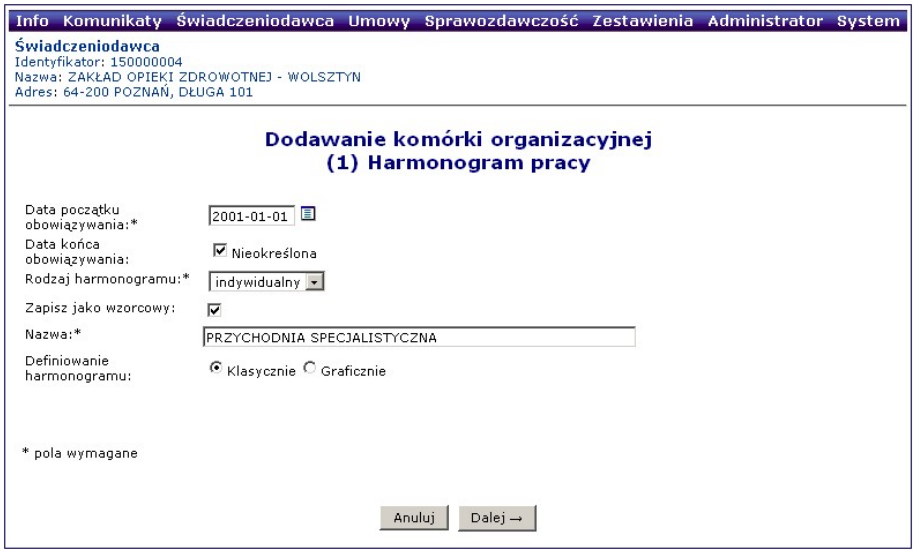
Rys. 5.16 Dodawanie komórki organizacyjnej – Dane podstawowe

Aby przejść do następnego kroku należy wybrać opcję **Dalej**.
Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Dodawanie komórki organizacyjnej – Data rozpoczęcia i zakończenia działalności,* w którym należy podać **Datę rozpoczęcia działalności** (opcjonalnie **Datę zakończenia działalności***)*

Rys. 5.17 Dodawanie komórki organizacyjnej – Data rozpoczęcia i zakończenia działalności

Wybór opcji **Dalej** spowoduje przejście do kolejnego kroku edycji informacji o komórce organizacyjnej: *Dodawanie komórki organizacyjnej – Harmonogram pracy*.

Opcja **Edytuj** pozwala na uzupełnienie właściwej informacji o harmonogramie czasu pracy komórki.



Rys. 5.18 Dodawanie komórki organizacyjnej - Harmonogram pracy

W powyższym oknie należy podać:

- **Datę początku obowiązywania** harmonogramu, która nie może się pokrywać z okresem obowiązywania już istniejących harmonogramów komórki
- **Datę końca obowiązywania** harmonogramu. Oznaczenie opcji **nieokreślona** wskazuje, że data końca obowiązywania harmonogramu jest nieznana. Natomiast jej odznaczenie umożliwi wprowadzenie rzeczywistej daty końca obowiązywania harmonogramu, np.: dla harmonogramów definiowanych ściśle do umowy na wskazany rok;
- **Rodzaj harmonogramu** należy wskazać:
  - czy definiowany harmonogram będzie pobierany z wcześniej przygotowanego wzorca - **wzorcowy** (menu **Świadczeniodawcy -> Harmonogramy wzorcowe -> Dodawanie harmonogramu***)*
  - czy zostanie zdefiniowany w trakcie dodawania komórki - **indywidualny**

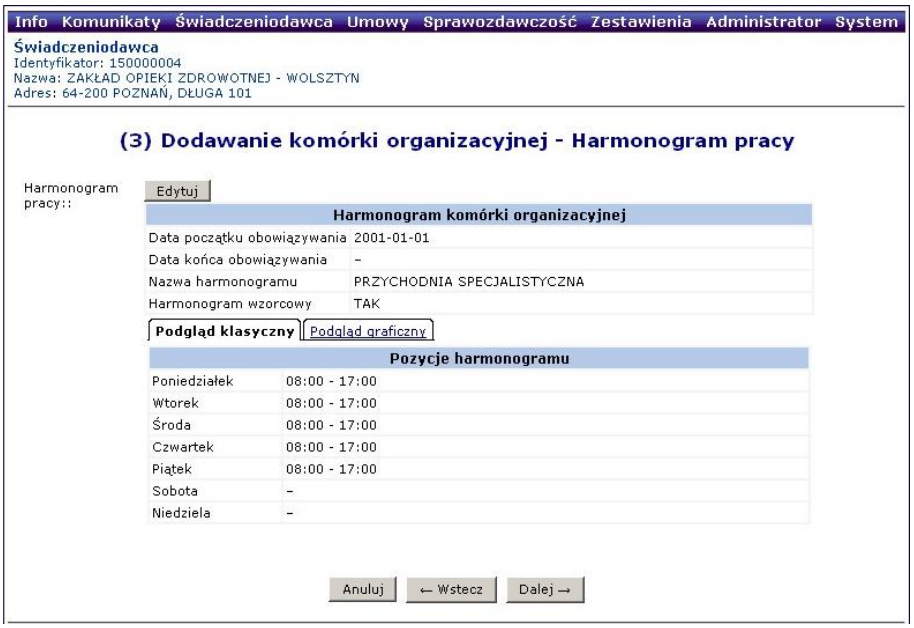
W przypadku definiowania harmonogramu indywidualnego należy uzupełnić dodatkowe opcje:

- **Zapisz jako wzorcowy** – zaznaczenie opcji spowoduje zapisanie definiowanego harmonogramu na liście harmonogramów wzorcowych;
- **Definiowanie harmonogramu**:
  - **klasyczne –** wymaga wskazania godzin pracy komórki z klawiatury;
  - **graficzne** – umożliwia zdefiniowanie czasu pracy komórki na siatce czasu pracy, poprzez przesuwanie pasków wizualizujących czas pracy komórki w wybranym dniu. *Sposób definiowania harmonogramu graficznego został przedstawiony w punkcie* ***Harmonogramy pracy***.

Kolejne okno, które zostanie wyświetlone po wybraniu opcji **Dalej,** zależne jest od wyżej powyżej wybranych parametrów. Po wprowadzeniu definicji harmonogramu wyświetlone zostanie okno *Podsumowania*.

Jeśli wybrany harmonogram jest niezgodny z rzeczywistym należy wybrać opcję **Wstecz** i powtórnie wprowadzić definicję harmonogramu. Jeśli dane są poprawne harmonogram należy **Zatwierdzić**.
Opcja **Anuluj** spowoduje zamknięcie okna dodawania harmonogramu komórki bez zapisu wprowadzonych zmian.

Zatwierdzenie danych spowoduje wywołanie okna *Dodawanie komórki organizacyjnej – Harmonogram pracy*. Jeśli harmonogram wymaga jeszcze modyfikacji należy skorzystać z opcji **Edytuj**.



Rys. 5.19 Dodawanie komórki organizacyjnej - Harmonogram pracy

W kolejnym kroku dodawania komórki organizacyjnej należy uzupełnić dane kontaktowe. Opcja **Uzupełnij** pozwoli wprowadzić żądane informacje:

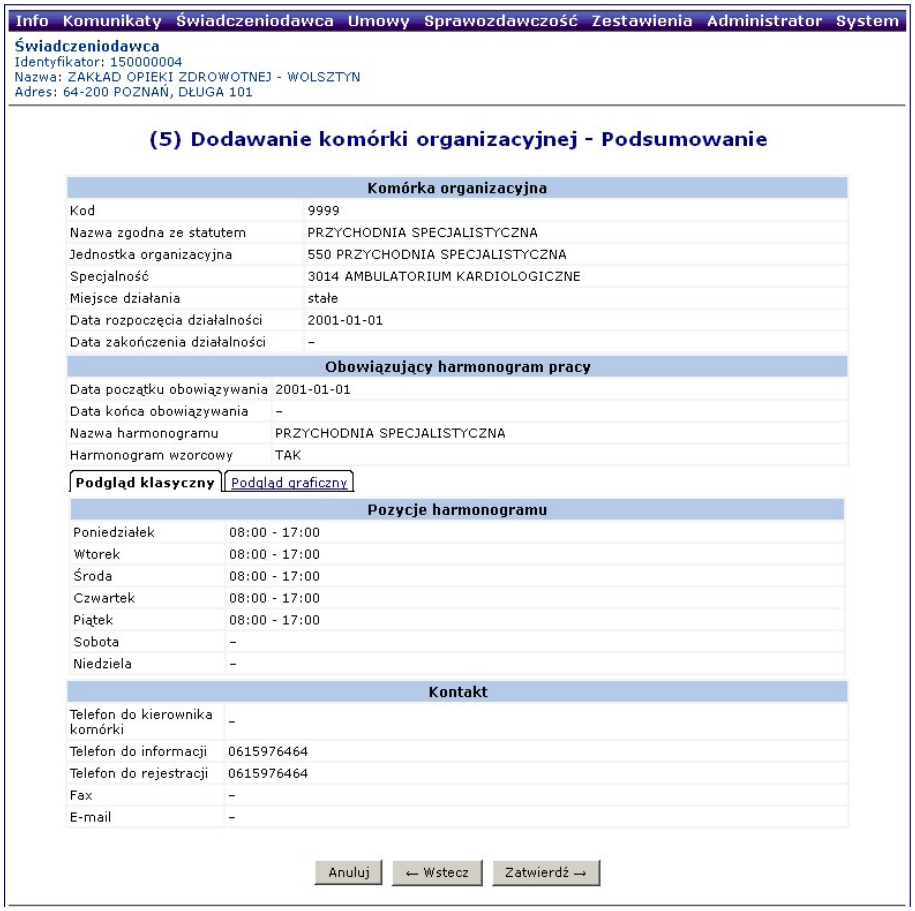
- Telefon do kierownika komórki organizacyjnej
- Telefon do informacji
- Telefon do rejestracji
- Fax
- E-mail

Po uzupełnieniu danych należy wybrać opcję **Zatwierdź**.

Rys. 5.20 Dodawanie komórki organizacyjnej – Dane kontaktowe

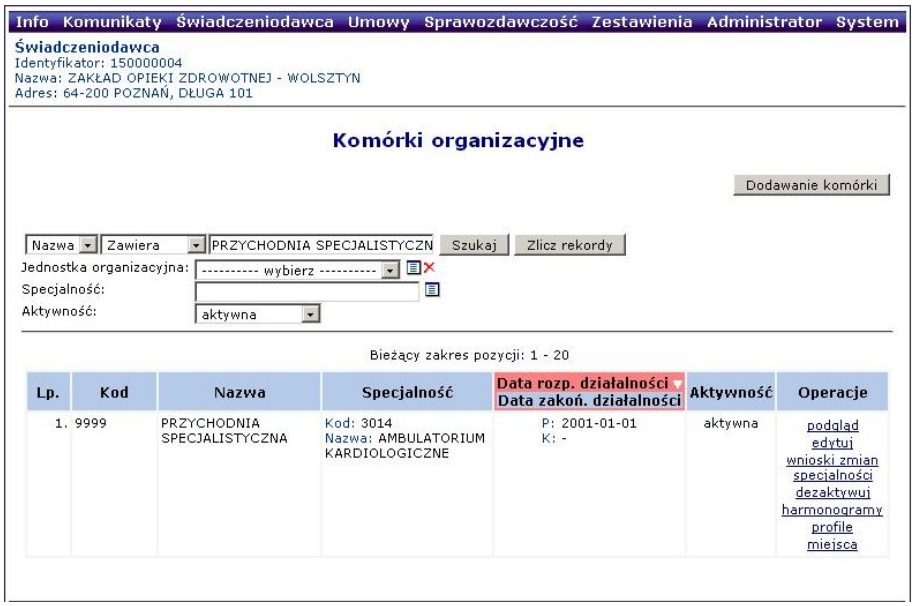
Dane kontaktowe stanowią przedostatni krok uzupełniania informacji o komórce. Wybór opcji **Dalej** pozwoli przejść do okna *Podsumowania* wprowadzonych danych.

W oknie ***Dodawanie komórki organizacyjnej – Podsumowanie*** system wyświetla wszystkie wcześniej wprowadzone informacje. Dane należy sprawdzić, a w przypadku stwierdzenia poprawności **Zatwierdzić**.



Rys. 5.21 Dodawanie komórki organizacyjnej - Podsumowanie

Nowa pozycja zostanie wyświetlona na liście komórek organizacyjnych.



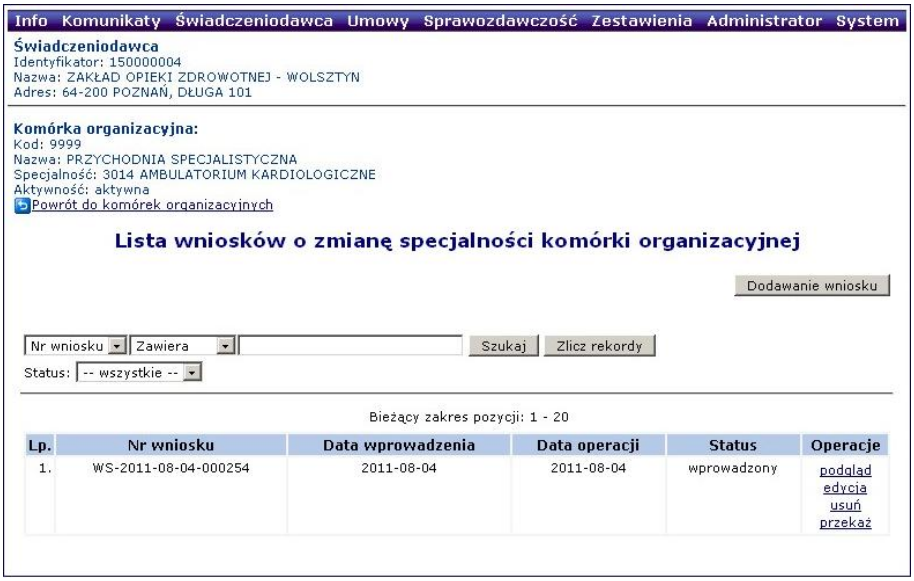
Rys. 5.22 Komórki organizacyjne

Do każdej dodanej komórki przyporządkowane są następujące funkcje umożliwiające:

- **Podgląd** - przeglądanie danych bez możliwości edycji;
- **Edytuj** – modyfikacja wprowadzonych danych. Zmiana danych następuje w analogiczny sposób jak dodawanie nowej komórki organizacyjnej. Jedyną funkcją, która podczas edycji nie podlega zmianie jest kod komórki oraz specjalności. Operator systemu może zmienić także jednostkę organizacyjną, do której przypisana została dana komórka.
- **Wnioski zmian specjalności** – dokonanie zmiany VIII części kodu resortowego. Funkcja ta dostępna jest jedynie dla komórek organizacyjnych, do których podpięte są miejsca wykonywania świadczeń. Zmiana specjalności na i z komórki o kodzie 9154 jest niemożliwa.
- **Zmiany specjalności** – dostępna po przyjęciu wniosku o zmianę specjalności przez Oddział Wojewódzki NFZ
- **Dezaktywuj** – dezaktywację wybranej komórki. W kolumnie „Status” pojawia się wartość „nieaktywna”. Można dezaktywować tylko te komórki, z którymi nie są powiązane miejsca wykonywania świadczeń.
- **Harmonogram** - wyświetlenie harmonogramu, jaki został przypisany do komórki;
- **Profile** – służy do wprowadzenia profili działalności, czyli IX, X części kodu resortowego oraz edycję profili.
  Uwaga! Dla komórki organizacyjnej musi być wprowadzony przynajmniej jeden profil leczenia.
- **Miejsca –** przeglądanie miejsc wykonywania świadczeń przez komórkę organizacyjną

5.1.3 Zmiana specjalności komórki organizacyjnej

Opcja **Wnioski zmian specjalności** umożliwia wprowadzanie i przeglądanie zmian specjalności. Przy jej pomocy operator systemu może przejść do następującej *Listy wniosków o zmianę specjalności komórki organizacyjnej*, na której pojawią się wszystkie wnioski, jakie zostały wprowadzone do systemu. Opcja ta jest dostępna tylko i wyłącznie dla aktywnych komórek organizacyjnych.



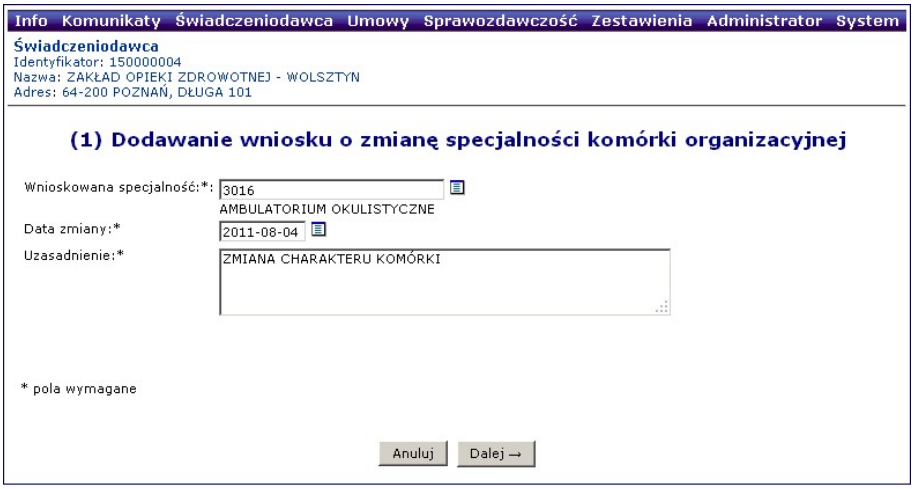
Rys. 5.23 Lista wniosków o zmianę specjalności komórki organizacyjnej

Lista wniosków zmian specjalności składa się z pięciu następujących kolumn, w których zawarte są podstawowe informacje związane z daną pozycją:

- **Numer wniosku**
- **Data wprowadzenia**
- **Data operacji**
- **Status**
- **Operacje**

Opcja **Dodawanie wniosku** umożliwia wprowadzenie nowej pozycji do systemu.
W pierwszym etapie należy podać:

- **Wnioskowaną specjalność**
- **Datę zmiany**
- **Uzasadnienie**



Rys. 5.24 Dodawanie wniosku o zmianę specjalności komórki organizacyjnej

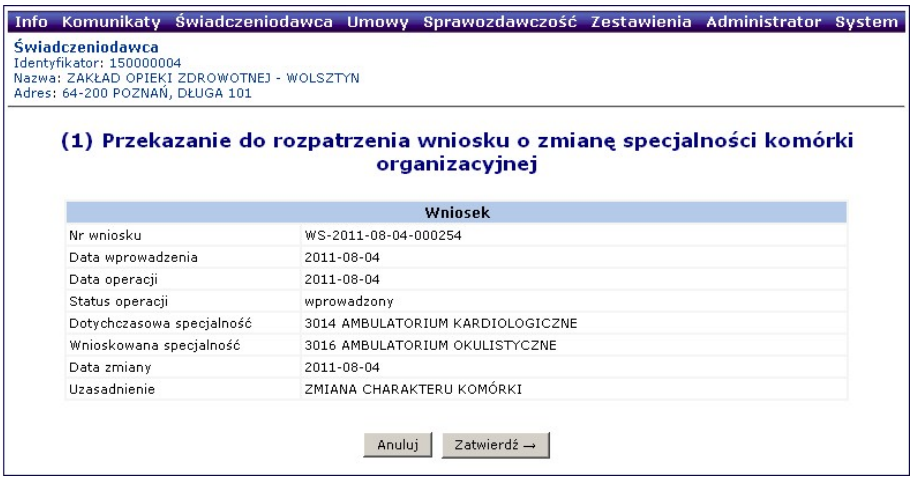
Przy pomocy funkcji **Dalej** można przejść do *Podsumowania* wprowadzania wniosku, które należy **Zatwierdzić**.

Każdy nowo wprowadzony wniosek o zmianę specjalności zostanie wyświetlony na głównej *Liście wniosków o zmianę specjalności komórki organizacyjnej*. Przy pomocy funkcji dostępnych w kolumnie *Operacje*, możliwe jest dokonywanie następujących operacji:

- **Podglądu**

- **Edycji**
- **Usunięcia**
- **Przekazania**

Jeżeli wszystkie informacje we wniosku są poprawne należ go przesłać do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowie przy pomocy opcji **Przekaż**:



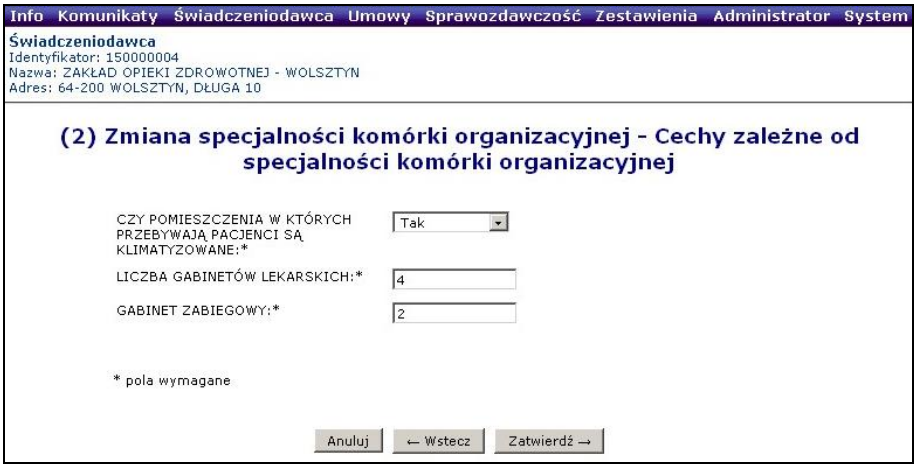
Rys. 5.25 Przekazanie do rozpatrzenia wniosku o zmianę specjalności

Po przekazaniu wniosku do Oddziału Wojewódzkiego automatycznie zmienia on status z wprowadzonego na przekazany. Wniosek o takim statusie można tylko **Podglądać** lub **Anulować**.

Rys. 5.26 Lista wniosków o zmianę specjalności komórki organizacyjnej

Każdy wniosek przekazany do Oddziału Wojewódzkiego musi zostać rozpatrzony przez odpowiednią osobę. Jeżeli wniosek zostaje odrzucony, zmiany w nim zawarte nie wejdą w życie.
Przyjęcie wniosku przez OW NFZ aktywuje nową funkcję **Zmiany specjalności**, która pojawia się na *Liście komórek organizacyjnych*. Po jej wybraniu wyświetlone zostanie okno, zawierające wcześniej wnioskowane zmiany.

Przy pomocy funkcji **Dalej** można przejść do ostatniego etapu zmiany specjalności, w którym należy podać **Cechy zależne od specjalności komórki organizacyjnej**:

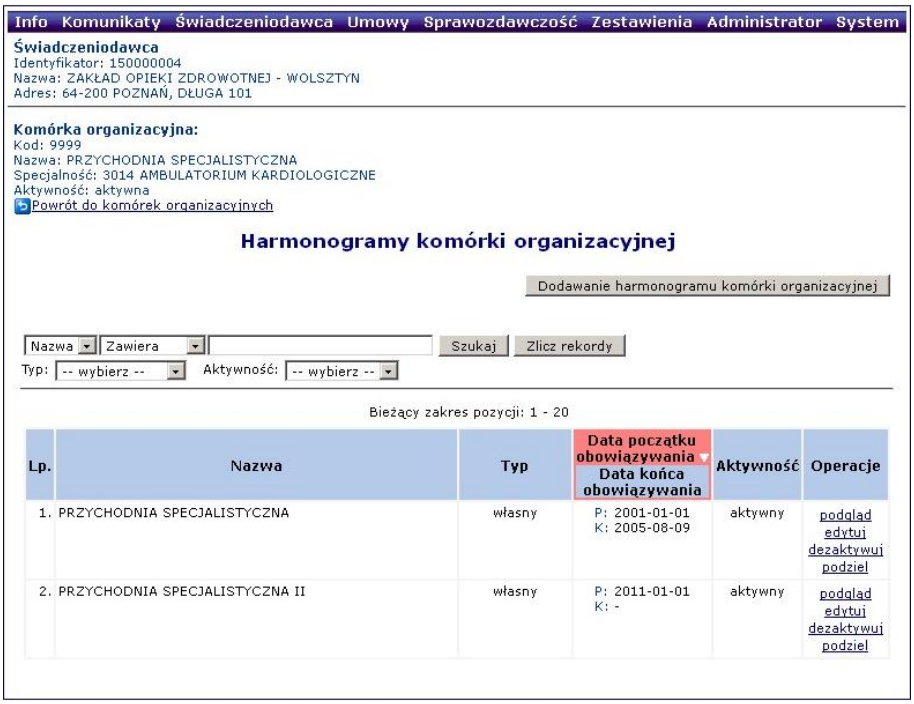


Rys. 5.27 Cechy zależne od specjalności komórki organizacyjnej

Po ich **Zatwierdzeniu** wszystkie wnioskowane zmiany wchodzą w życie i zostaną przypisane do danej komórki.
Opisane powyżej operacje nie będą miały wpływu na personel medyczny pracujący w miejscu wykonywania świadczeń oraz dostępne w danym miejscu zasoby – pozostają one bez zmian.

5.1.4 Harmonogram pracy

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



Rys. 5.28 Harmonogramy komórki organizacyjnej

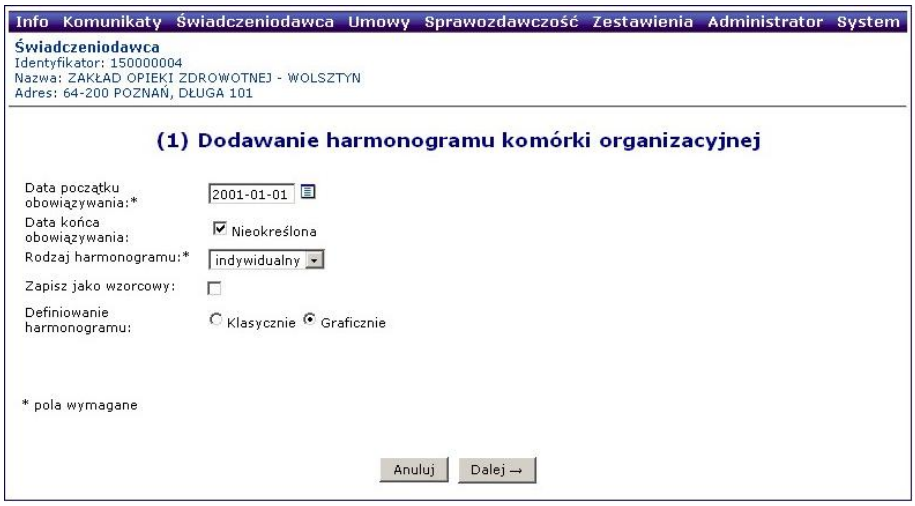
Należy pamiętać, że system pilnuje wskazanych dat w pozostałych pozycjach. Dlatego też w jednym czasie komórka może posiadać tylko jeden harmonogram aktywny.
W celu wprowadzenia do portalu nowej pozycji harmonogramu należy posłużyć się opcją **Dodawanie harmonogramu komórki organizacyjnej**.
W nowo otwartym oknie operator systemu musi zdefiniować wymagany harmonogram. Funkcjonalność ta

przebiega identycznie jak wprowadzanie harmonogramu podczas dodawania komórki.

Od wersji 2010.04.2.368 wprowadzono dodatkową funkcjonalność pozwalającą na graficzną edycję indywidualnego harmonogramu czasu pracy komórki organizacyjnej.

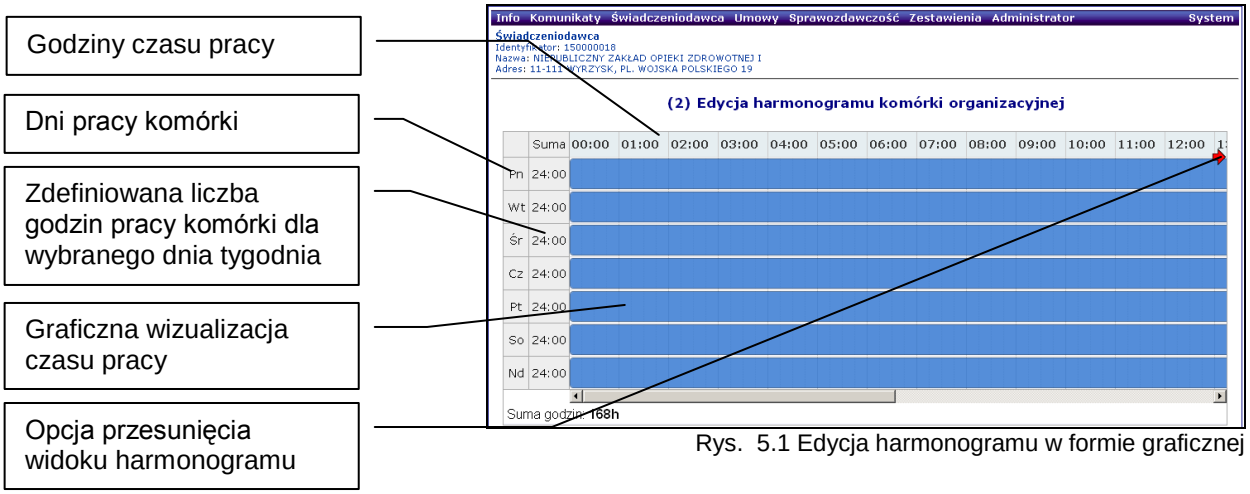
W celu skorzystania z nowej funkcjonalności w oknie *Edycji harmonogramu komórki organizacyjnej* należy zaznaczyć opcję:

- rodzaj harmonogramu: **indywidualny**;
- definiowanie harmonogramu: **graficznie**



Rys. 5.29 Edycja harmonogramu komórki organizacyjnej

Zaznaczenie opcji **Zapisz jako wzorcowy** zapisze wprowadzany harmonogram na liście harmonogramów wzorcowych, w celu późniejszego wykorzystania – również w innych miejscach systemu.
Po wprowadzeniu odpowiednich parametrów, definicji harmonogramu, należy skorzystać z opcji **Dalej**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Edycji harmonogramu komórki organizacyjnej* w wersji graficznej.

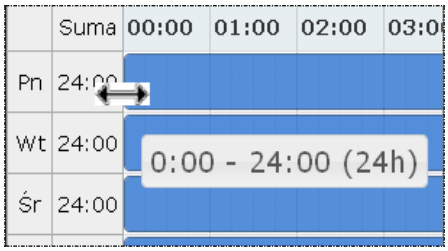


Rys. 5.1 Edycja harmonogramu w formie graficznej

Dostępne opcje edycji:

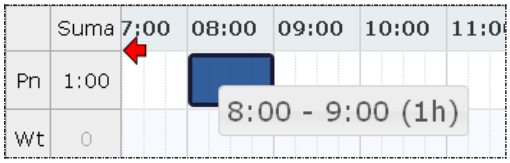
- **modyfikacja graficzna** poprzez ustawienie za pomocą myszki pasków oznaczających czas pracy komórki w danym dniu:
  - **kursorem myszki** należy najechać na początek niebieskiego paska wizualizacji czasu pracy – wyświetlony zostanie kursor dwukierunkowej strzałki;

- następnie należy wcisnąć i przytrzymać lewy przycisk myszki jednocześnie przesuwając początek paska czasu pracy na pole odpowiadające odpowiedniej godzinie czasu pracy:

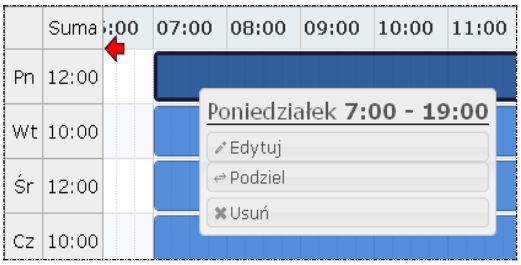


Edytowany czas pracy będzie oznaczony ciemniejszym kolorem paska.
Przesuwanie paska będzie powodowało zmniejszenie / zwiększenie liczby godzin pracy w ciągu dnia wyświetlanej w kolumnie **suma** oraz zmianę informacji o czasie pracy komórki wyświetlanym dodatkowo na pasku czasu pracy.

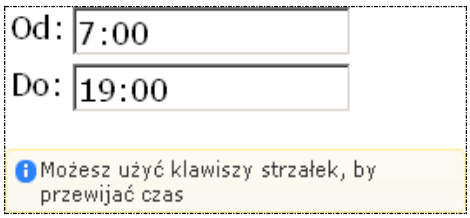
- **dodawanie czasu pracy komórki** przez kliknięcie w puste pole siatki, powoduje dodanie paska czasu pracy odpowiadającego 1 godzinie. Rozpoczęcie czasu pracy będzie odpowiadało początkowi bloku, w który zostanie wykonane kliknięcie.



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



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



Zapisanie zmian spowoduje modyfikację paska czasu pracy na siatce pracy.

- opcja **podziel** umożliwia podział paska czasu pracy na dwie części, a następnie modyfikację czasu pracy komórki w rozdzielnych interwałach.
Zastosowanie: dla komórek organizacyjnych, które mają przerwę w dostępie do świadczeń medycznych np.: czas pracy komórki od godziny 08:00 do 12:00 i od 14:00 do 18:00;

- opcja **usuń** umożliwia usunięcie paska czasu pracy komórki dla wybranego dnia. Zastosowanie: dla komórek organizacyjnych, które nie funkcjonują w wybrane dni tygodnia;
- opcja **połącz** umożliwia połączenie pasków czasu pracy zdefiniowanych dla jednego dnia, które łączą się ze sobą.

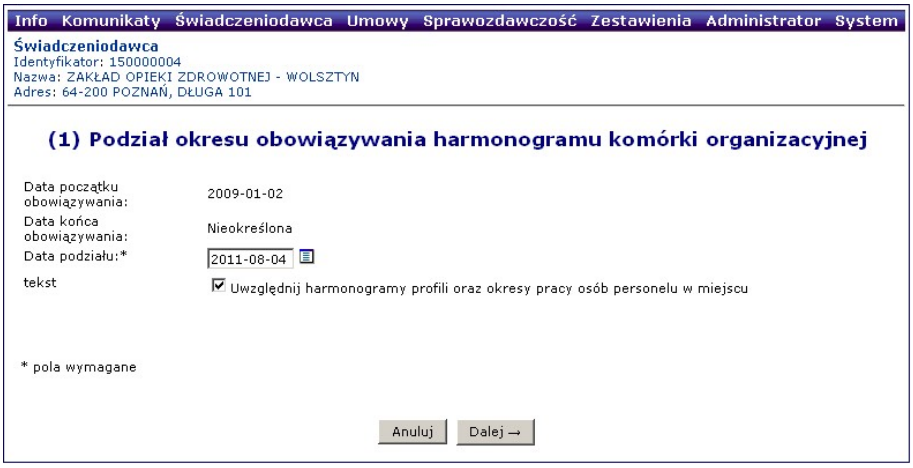
Zdefiniowany graficznie harmonogram należy zapisać wybierając opcję **Dalej**.
Harmonogram wprowadzony graficznie może być edytowany w standardowy sposób.

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

Podczas edycji harmonogramu komórki organizacyjnej mogą się pojawić następujące błędy

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

Od sierpnia 2011 roku wprowadzono możliwość podziału wybranego harmonogramu komórki przy pomocy opcji **Podziel**. Podczas tej operacji użytkownik musi podać **Datę podziału**, która musi zawierać się w okresie obowiązywania harmonogramu. Zaznaczenie opcji **Uwzględnij harmonogramy profili oraz okresy pracy osób personelu w miejscu** umożliwia podzielenie wszystkich pozostałych harmonogramów podpiętych pod dany harmonogram komórki.
Funkcjonalność ta może być wykorzystywana w przypadku, gdy wystąpi konieczność zmiany harmonogramu komórki od jakiegoś okresu. Nie trzeba już odłączać lub też ograniczać powiązanych harmonogramów np. osób personelu medycznego.
Data podziału będzie końcem pierwszego okresu, drugi okres rozpocznie się z datą podziału + 1 dzień.



Rys 5.1 Podział okresy obowiązywania harmonogramu komórki organizacyjnej

Wybranie opcji **Dalej** umożliwia przejście do okna *Podsumowania*, w którym znajdą się informacje o *Podział harmonogramów komórki*, *Okres obowiązywania harmonogramów profili* oraz *Okres pracy osób personelu w miejscu*. Dwie ostatnie informacje będą wyświetlane w przypadku zaznaczenia w powyższym oknie opcji uwzględnienia podrzędnych elementów.

5.1.5 Profil działalności

Profil działalności szczególnie istotny do wprowadzenia w lecznictwie uzdrowiskowym uzupełnia się z poziomu listy komórek organizacyjnych. Wskazując komórkę organizacyjną i wybierając dla niej opcję **Profile**, użytkownik systemu uzyskuje dostęp do opcji dodawania profilu działalności komórki organizacyjnej.

W oknie *Profile działalności komórki organizacyjnej* należy wybrać **Dodawanie profilu**.
Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Dodawania profilu*, w którym należy wskazać:

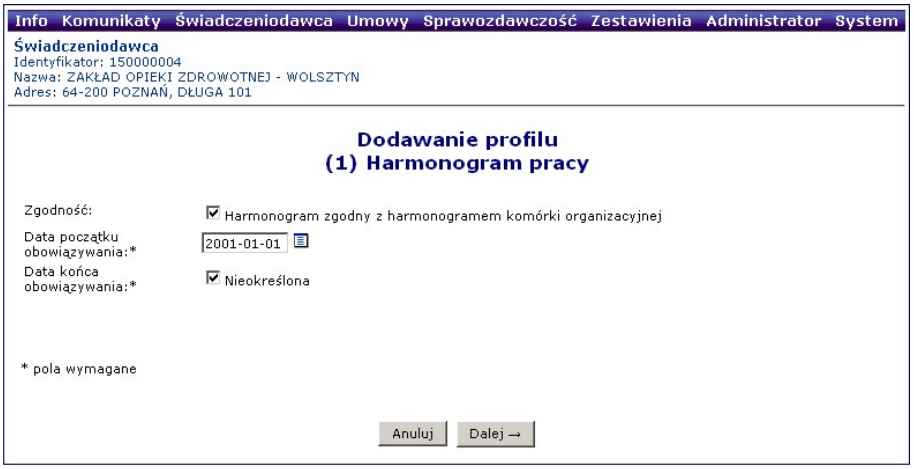
- **Funkcję ochrony zdrowia**
- **Dziedzinę medyczną**
- **Datę rozpoczęcia działalności**
- **Zakończenia działalności** (opcjonalnie)

Dwa pierwsze pola są polami obligatoryjnymi, gdzie odpowiedź jest zależna od listy słownikowej, natomiast trzecie pole pozwala na uzupełnienie informacji, od kiedy profil jest realizowany przez oferenta. Datę zakończenia działalności profilu komórki należy podać w przypadku, jeżeli pozycja nie jest bezterminowa.

Przejście do kolejnego kroku uzupełniania danych umożliwia opcja **Dalej**.

Drugi krok uzupełniania profilu to wskazanie harmonogramu czasu pracy dla profilu.
System pozwala na zachowanie harmonogramu czasu pracy względem komórki organizacyjnej (zaznaczenie opcji: **Harmonogram zgodny z harmonogramem komórki**) lub wybór nowego harmonogramu za pomocą dostępnego słownika. Należy także podać datę początku oraz końca (wymagane w przypadku odznaczenia opcji bezterminowości) obowiązywania danego harmonogramu.

W przypadku harmonogramów indywidualnych od wersji 2010.04.2.368 udostępniono funkcjonalność graficznego definiowania harmonogramów. Proces wprowadzania harmonogramu jest identyczny jak w przypadku harmonogramu komórki organizacyjnej.



Rys. 5.2 Dodawanie profilu – Harmonogram pracy

Po zdefiniowaniu harmonogramu profilu należy wybrać opcję **Dalej**

Informacja o profilu i harmonogramie czasu realizacji profilu w komórce stanowi pełną definicję profilu leczenia w portalu. Dlatego też wprowadzenie tych danych spowoduje wyświetlenie okna **Podsumowania**. Jeśli dane są poprawne należy je **Zatwierdzić**.

Podczas dodawania profilu mogą wystąpić poniższe błędy:

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

Przy pomocy opcji **Harmonogramy** operator może przejść do okna, w którym można definiować harmonogramy profilu przy pomocy opcji **Dodawanie harmonogramu komórki organizacyjnej**. Opcja przebiega identycznie jak wprowadzanie harmonogramu podczas dodawania profilu.

Podczas edycji już istniejącej pozycji może wystąpić następujący błąd, który informuje, że edytowany harmonogram nie zawiera się w harmonogramie komórki organizacyjnej:
Wykryto konflikt pomiędzy harmonogramem profilu komórki organizacyjnej, a harmonogramem komórki organizacyjnej - w okresie od 2008-08-27 do 2009-03-10 harmonogram profilu komórki organizacyjnej jest niezgodny z harmonogramem komórki organizacyjnej

Funkcjonalność **Podziału** jest także dostępna dla harmonogramów profili medycznych. Data podziału będzie końcem pierwszego okresu, drugi okres rozpocznie się z datą podziału + 1 dzień. .

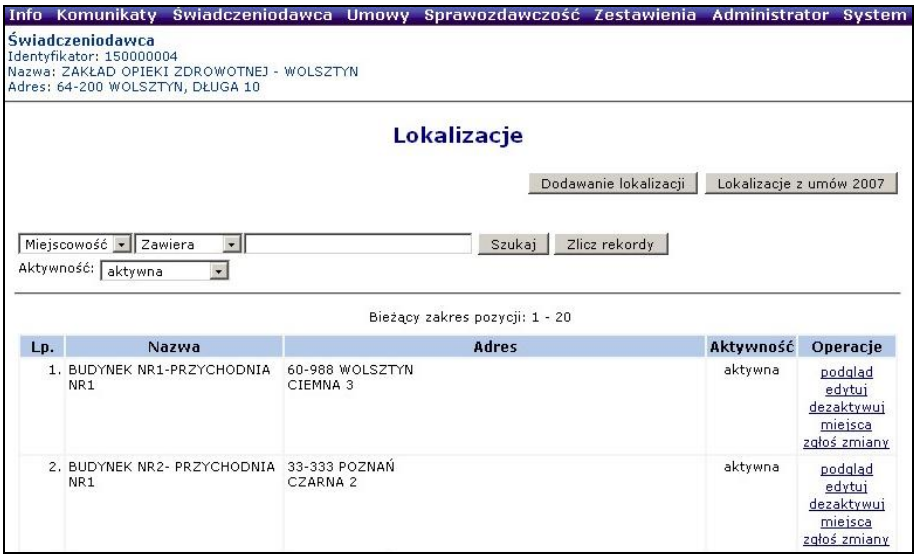
5.2 Uzupełnianie potencjału świadczeniodawcy – Struktura wykonawcza

Informacje o strukturze wykonawczej świadczeniodawcy uzupełnia się przez wprowadzenie informacji o lokalizacjach oraz miejscach udzielania świadczeń.
Czynności te wykonuje się odpowiednio po wybraniu menu:

1. **Struktura wykonawcza** -> **Lokalizacje** umożliwia **dodanie/edycję** lokalizacji jednostki organizacyjnej;
2. **Struktura wykonawcza** -> **Miejsca udzielania świadczeń** umożliwia **dodanie / edycję** miejsc udzielania świadczeń.

5.2.1 Lokalizacje

Funkcje dostępne w oknie ***Lokalizacji*** pozwalają na dodawanie, edytowanie, dezaktywowanie nowych lokalizacji.



Rys. 5.30 Przykładowe okno listy lokalizacji

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

1. Dodawania adresu lokalizacji: m.in. **Kod pocztowy, Pocztę** oraz **Miejscowość**.
2. Wprowadzania **Nazwy** lokalizacji, jednoznacznie określającej budynek świadczenia usług.
3. Uzupełnienia **Cech dodatkowych lokalizacji**.
4. Sprawdzenia i zatwierdzenia wprowadzonych i wyświetlonych w *Podsumowaniu* informacji

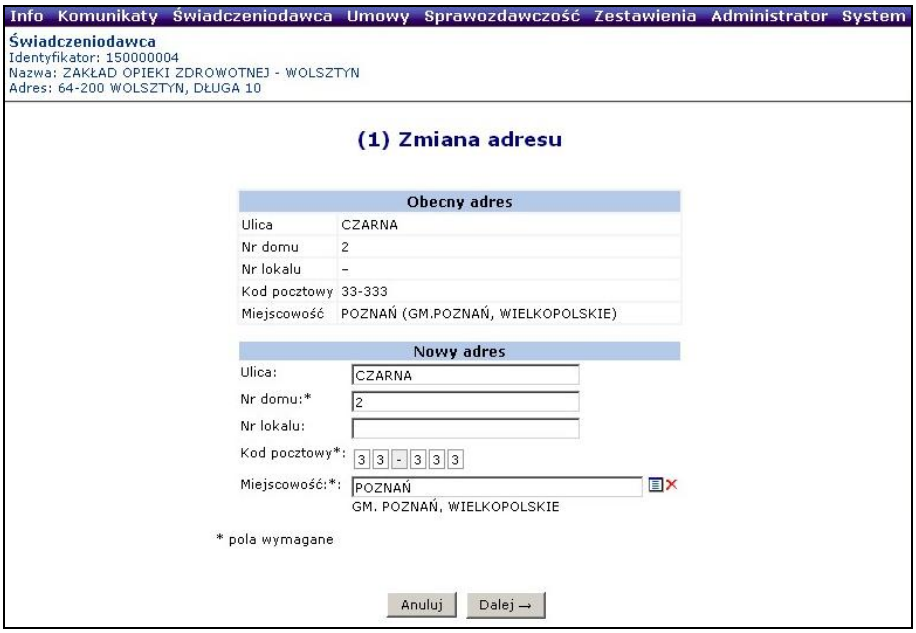
Po kliknięciu w oknie lokalizacji na link **Edytuj** - możemy przeprowadzić edycję lokalizacji. Jeżeli lokalizacja posiada przynajmniej jedno miejsce (niezależnie od tego, czy jest ono aktywne czy nie), pól dotyczących edycji adresu (poziom 2) nie można edytować. Nazwę oraz cechy dodatkowe mogą być zmieniane w każdym przypadku.
Wybierając link **Podgląd** otworzy się okno, w którym zostaną wyświetlone wszystkie dane lokalizacji.

Wybierając opcję **Dezaktywuj** wypisane zostaną wszystkie dane lokalizacji, która chcemy dezaktywować. Jeżeli jesteśmy pewni swojej decyzji wciskamy **Zatwierdź.** Dezaktywować można tylko te pozycje, które nie są powiązane z miejscami wykonywania świadczeń.
Operator może także przejść do **Miejsc** wykonywania świadczeń, które są powiązane z daną lokalizacją.

Dzięki funkcjonalności zawartej w poniższym oknie operator systemu może dokonać modyfikacji adresu wybranej lokalizacji. W pierwszej kolejności należy skorzystać z opcji **Dodaj wniosek**. W nowo otwartym oknie użytkownik może dokonać modyfikacji związanych z:

- **Ulicą**
- **Numerem domu**
- **Numerem lokalu**
- **Kodem pocztowym**

- **Miejscowością**



Rys. 5.31 Zmiana adresu lokalizacji

Po wprowadzeniu zmian należy dodatkowo wprowadzić odpowiednie **Uzasadnienie** modyfikacji, a następnie **Zatwierdzić** operację. Każdy nowo wprowadzony wniosek o zmianę danych adresowych znajdzie się na *Liście zmian administracyjnych*. W pierwszej kolejności wniosek otrzyma status *wprowadzony*. Dla pozycji o takim statusie w kolumnie *Operacji* dostępne będą następujące opcje:

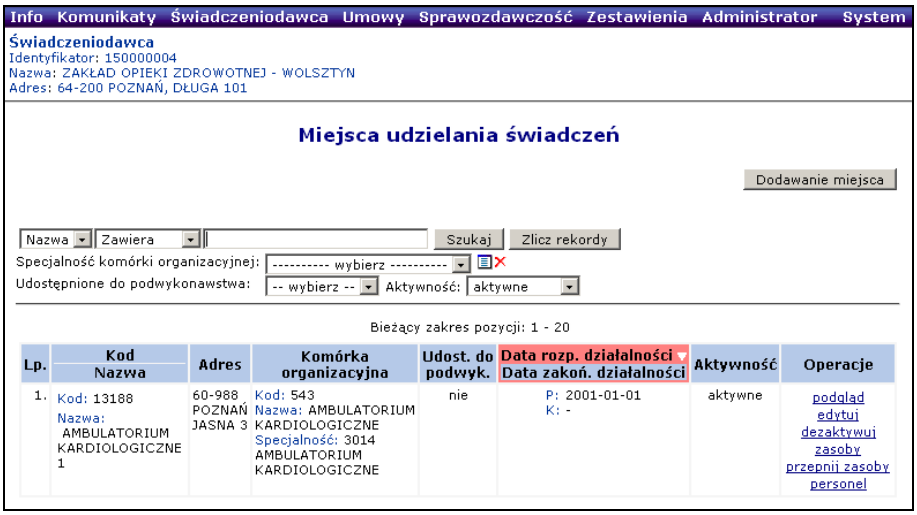
- **Podgląd**
- **Zatwierdź**
- **Edytuj**
- **Anuluj**

W chwili **Zatwierdzenia** pozycji, wniosek jest automatycznie przesyłany do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie odpowiedzialna osoba musi go **Przyjąć** lub **Odrzucić**. W zależności od podjętej przez pracownika OW NFZ decyzji w kolumnie ***Status operacji*** pojawi się status przyjęty lub odrzucony.

Rys. 5.32 Lista zmian administracyjnych

5.2.2 Miejsca udzielania świadczeń

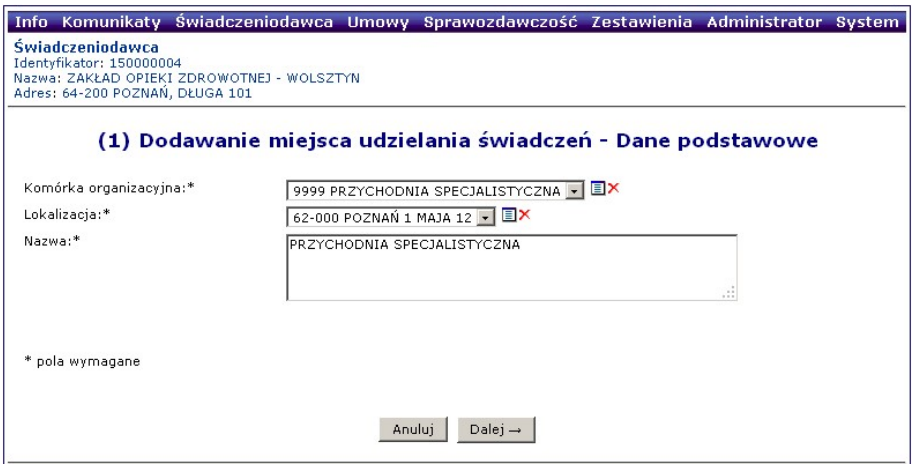
Następny etap uzupełniania potencjału świadczeniodawcy to wprowadzenie informacji o miejscach udzielania świadczeń. Dane te wprowadza się z poziomu okna ***Miejsc udzielania świadczeń***.



Rys. 5.33 Przykładowe okno listy miejsc udzielania świadczeń

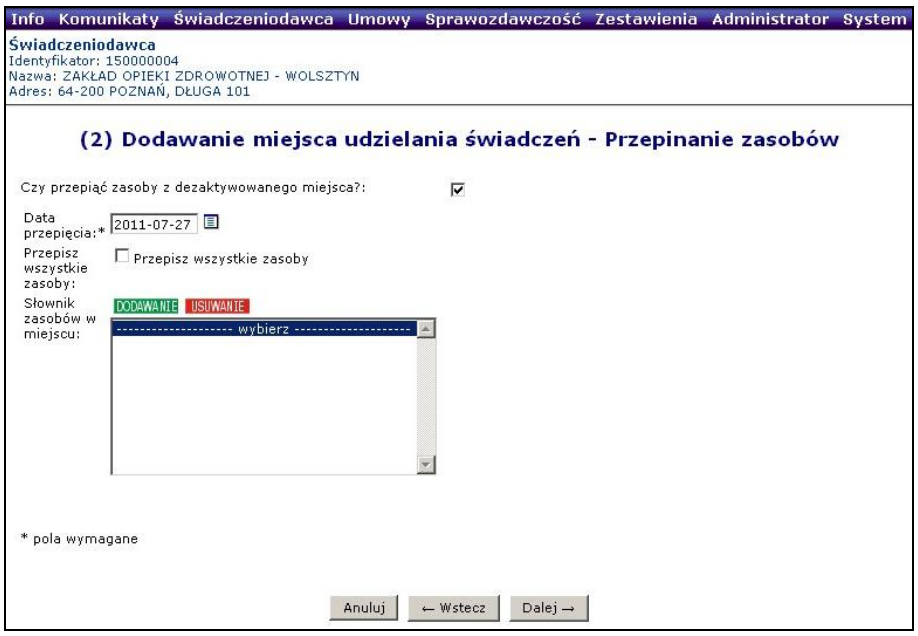
Czynność dodawania miejsca wykonywania świadczeń należy rozpocząć od wybrania opcji **Dodawanie miejsca.** Wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna ***Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – dane podstawowe.*** W części tej definiuje się powiązanie pomiędzy komórką organizacyjną, a lokalizacją stanowiące miejsce udzielania świadczeń. W tym celu konieczne jest uzupełnienie pól:

- **Komórka organizacyjna** (na podstawie uzupełnionej wcześniej listy komórek organizacyjnych)
- **Lokalizacja** (na podstawie uzupełnionej wcześniej listy lokalizacji)
- **Nazwa** miejsca udzielania świadczeń



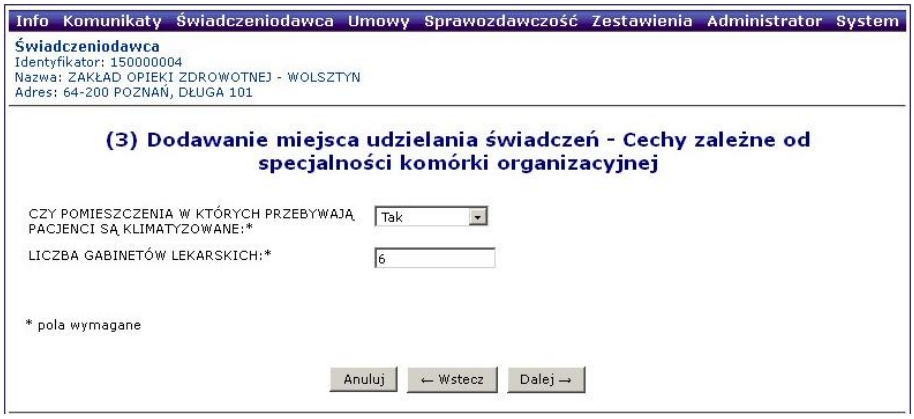
Rys. 5.34 Przykładowe okno dodawania miejsca – dane podstawowe

W przypadku dodawania nowego miejsca do komórki, która już posiada nieaktywne miejsce wykonywania świadczeń zawierające zasoby, którego okresy dostępności w miejscu zostały dezaktywowane w wyniku dezaktywacji miejsca, operator będzie mógł przepiąć te zasoby do nowego miejsca zaznaczając checkbox-a przy pytaniu **Czy przepiąć zasoby z dezaktywowanego miejsca?**. Po zaznaczeniu tej opcji należy podać datę przepięcia oraz zadecydować czy wszystkie zasoby mają zostać przepięte czy pojedyncze egzemplarze (wybierane ze słownika):



Rys. 5.35 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Przepinanie zasobów

W kolejnym oknie ***Dodawanie miejsca udzielania świadczeń – Cechy zależne od specjalności komórki organizacyjnej*** wybieramy cechy zależne miejsca. Jeżeli takowych nie ma należy przejść do kolejnego okna klikając **Dalej:**



Rys. 5.36 Okno dodawania miejsca – cechy zależne

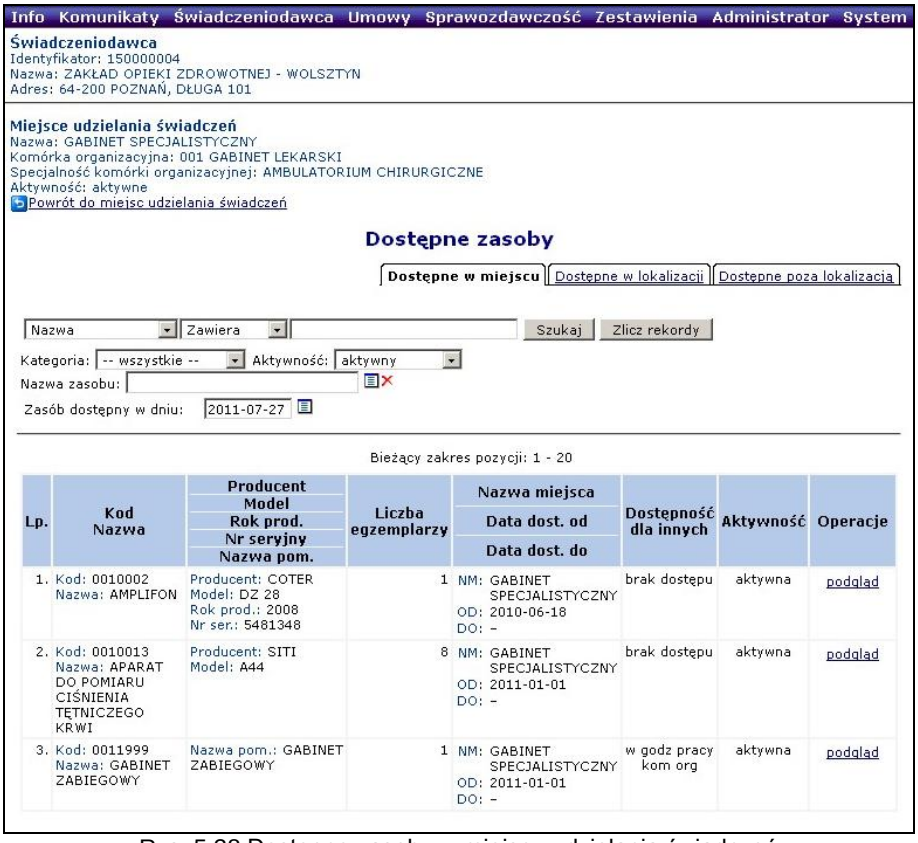
W ostatnim oknie podsumowującym musimy **Zatwierdzić** wprowadzone wcześniej dane:

Rys. 5.37 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń - Podsumowanie

Podobnie jak w przypadku komórek organizacyjnych, w kolumnie *Operacji* znajdują się następujące odnośniki:

- **Podgląd**
- **Edycja** – modyfikacja nazwy oraz cech zależnych
- **Dezaktywuj –** jeżeli miejsce zostanie usunięte, wszystkie okresy dostępności zasobów pod to miejsce zostaną automatycznie usunięte
- **Zasoby** – przeglądanie zasobów przypisanych do danego miejsca
- **Przepnij zasoby** – przepięcie zasobów do innego miejsca
- **Personel** – przeglądanie personelu zatrudnionego w danym miejscu
- **Procedury/zabiegi** – przeglądanie i dodawanie listy procedur/zabiegów medycznych (dostępna opcjonalnie w zależności od specjalności komórki)

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



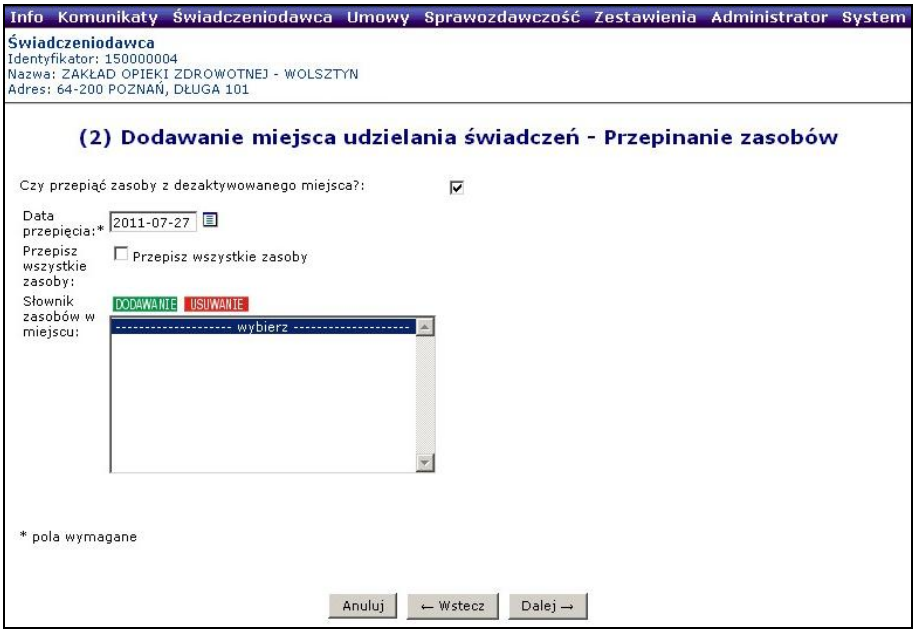
Rys. 5.38 Dostępne zasoby w miejscu udzielania świadczeń

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

- **Dostępne w miejscu** – zasoby znajdujące się w miejscu udzielania świadczeń;
- **Dostępne w lokalizacji** – zasoby znajduje się w tej samej lokalizacji, co wybrane miejsce i został udostępniony dla innych;
- **Dostępne poza lokalizacją** – dostępne poza lokalizacją

Aby uzyskać więcej informacji na temat danego zasobu należy skorzystać z opcji **Podgląd**.

Funkcja **Przepnij zasoby**, która znajduje się w głównym oknie miejsc wykonywania świadczeń, pozwala przenieść zasoby pojedynczo lub w całości z miejsca A do miejsca B.
Wybranie powyższej opcji spowoduje otwarcie następującego okna:



Rys. 5.39 Przepisanie zasobów

W pierwszej kolejności świadczeniodawca musi podać odpowiednie miejsce wykonywania świadczeń, w którym zasób ma stacjonować oraz datę przepięcia, która musi się zawierać się w okresie działalności docelowego miejsca udzielania świadczeń. Przed przejściem do kolejnego kroku trzeba jeszcze zaznaczyć, jakie zasoby mają zostać przepięte (całość czy też poszczególne pozycje wybierane ze słownika).
Operację wyboru docelowego miejsca przeprowadzamy przy użyciu słownika miejsc udzielania świadczeń, w którym znajdują się tylko miejsca zalogowanego świadczeniodawcy o statusie aktywne. Po wybraniu odpowiedniego miejsca możemy przejść do *Podsumowania* przy pomocy opcji **Dalej**. Znajdą się tutaj informacje dotycząca miejsca źródłowego, miejsca docelowego oraz o przepinanych zasobach.

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

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

Informacje o dostępności w nowym miejscu będą następujące:

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

Natomiast stare rekordy w nieaktywnym miejscu pozostają bez zmian.

Podczas przepinania zasobu między odpowiednimi miejscami mogą pojawić się następujące błędy:
- **'Miejsce, z którego ma być przeniesiony zasób oraz miejsce, do którego ma być przeniesiony, muszą należeć do tego samego świadczeniodawcy'**
- **'Miejsce udzielania świadczeń, do którego ma być przeniesiony zasób, musi być aktywne'**

5.2.3 Przeglądanie osób personelu medycznego pracujących w miejscu udzielania świadczeń

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

Rys. 5.40 Osoby personelu pracujące w miejscu udzielania świadczeń

Aby ułatwić użytkownikowi pracę z tą częścią systemu, w górnej części okna osób pracujących w miejscu, zostały wprowadzone filtry umożliwiające wyszukiwanie odpowiednich pozycji według następujących parametrów:

- **Nr. PESEL**
- **Imienia i nazwiska**
- **Zawodu / specjalności**
- **Funkcji**
- **Deklaracji dostępności w dniu**

Wszystkie informacje dotyczące osób personelu pracujących w miejscu udzielania świadczeń, zostały zapisane w tabeli, która składa się z następujących kolumn:

- **Numer PESEL**
- **Imię i nazwisko**
- **Zawód/specjalność**
- **Funkcja**
- **Praca od** oraz **do**
- **Operacje**

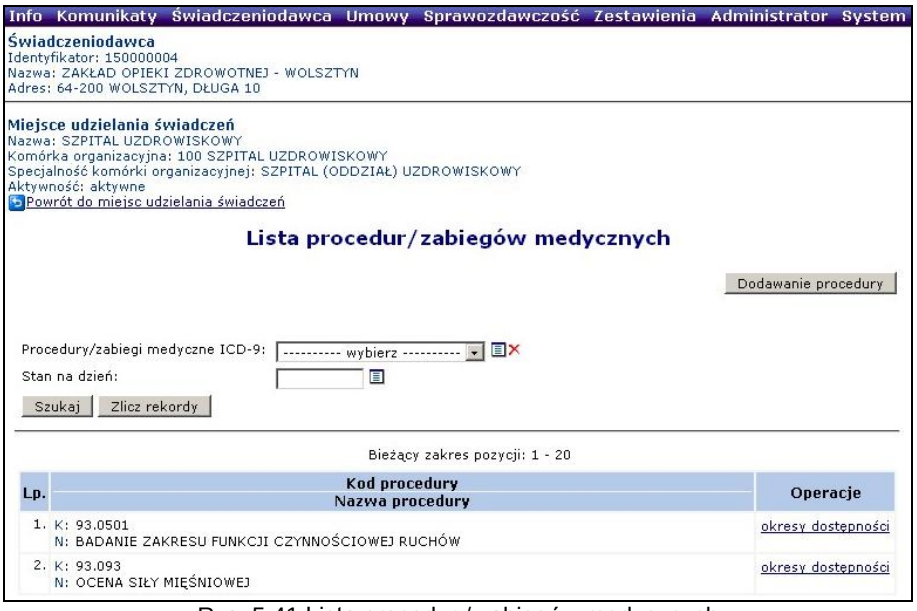
W kolumnie **Operacje** znajduje się funkcja **Podgląd** umożliwiająca przeglądania harmonogramu czasu pracy osoby personelu medycznego w danym miejscu.

5.2.4 Procedury / zabiegi medyczne / Profile uzdrowikowe

Poniżej opisane opcje **procedury/zabiegi** oraz **profile uzdrowiskowe** dostępne są tylko dla tych miejsc udzielania świadczeń, które są powiązane z komórkami organizacyjnymi o następujących specjalnościach:

- 6100 SZPITAL (ODDZIAŁ) UZDROWISKOWY,
- 6010 SZPITAL (ODDZIAŁ) UZDROWISKOWY DLA DZIECI,
- 6500 SANATORIUM (ODDZIAŁ) UZDROWISKOWE,
- 6501 SANATORIUM (ODDZIAŁ) UZDROWISKOWE DLA DZIECI).

Wybranie powyższej opcji spowoduje otwarcie następującego okna:



Rys. 5.41 Lista procedur / zabiegów medycznych

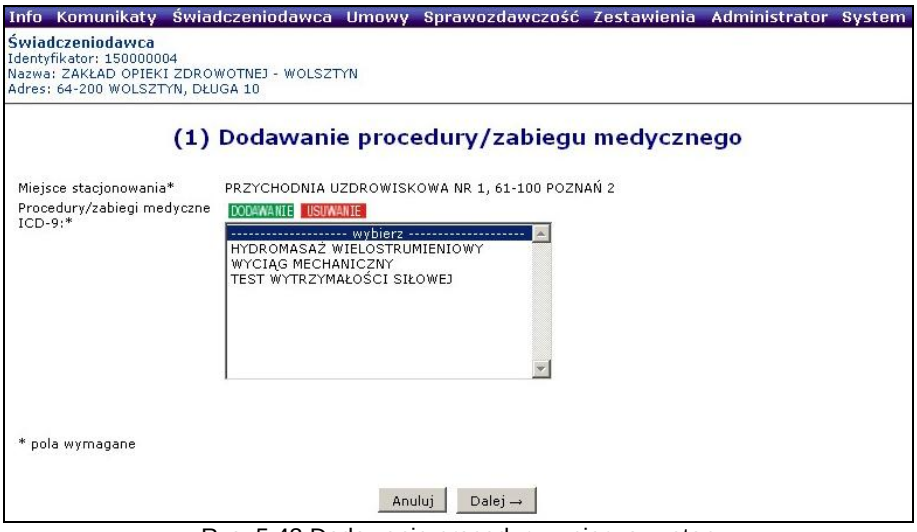
W pierwszej kolejności świadczeniodawca musi wybrać z listy procedurę/zabieg medyczny ICD 9, a następnie uzupełnić pole stan na dzień, by móc użyć opcji **Szukaj** lub **Zlicz rekordy**.
W kolumnie **Operacje** znajduje się opcja **Okresy dostępności**, po jej naciśnięciu zostanie wyświetlone następujące okno:

Rys. 5.42 Okresy dostępności procedur

Wszystkie informacje dotyczące okresów dostępności procedur, zostały zapisane w tabeli, która składa się z następujących kolumn:

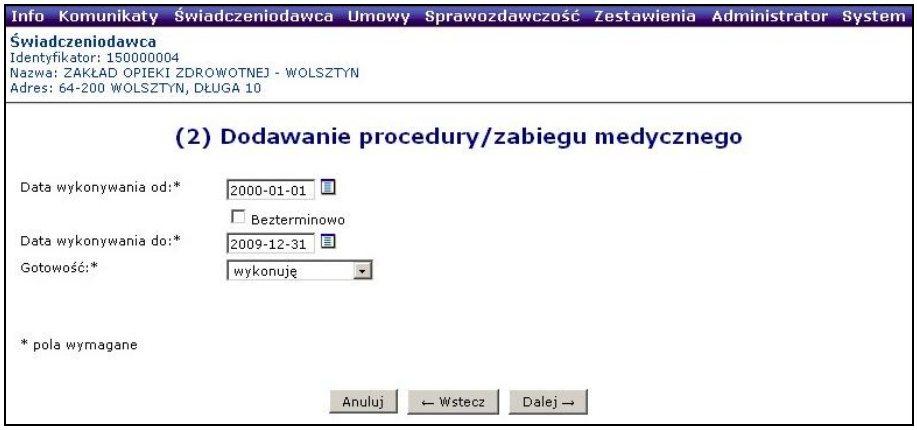
- **kod procedury,**
- **nazwa procedury,**
- **data dostępności od,**
- **data dostępności do,**
- **gotowość,**
- **aktywność,**
- **operacje.**

W celu dodania procedury w oknie **Lista procedur/zabiegów medycznych** należy skorzystać z funkcji **Dodawanie procedury**, uruchomi się wówczas następujące okno:



Rys. 5.43 Dodawanie procedury – pierwszy etap

Po wybraniu z listy procedury medycznej ICD 9, należy wybrać opcję **Dalej**. Czynność ta spowoduje wyświetlenie karty informacji szczegółowych.



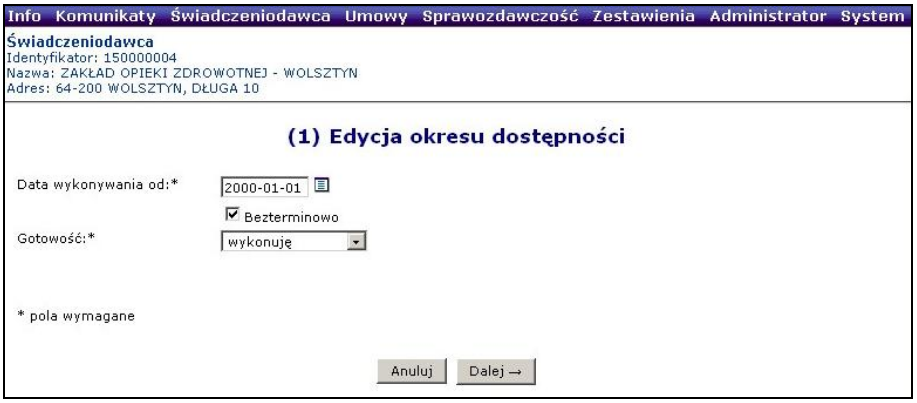
Rys. 5.44 Dodawanie procedury – drugi etap

W powyższym oknie należy uzupełnić następujące dane:

- **data wykonywania od**,
- **data wykonywania do** (istnieje możliwość zaznaczenia opcji **Bezterminowo**),
- **gotowość**.

Aby powrócić do poprzedniego okna trzeba użyć funkcji **Wstecz**, natomiast w celu zaniechania operacji należy skorzystać z opcji **Anuluj**. Po uzupełnieniu wymaganych danych w celu kontynuowania dodawania procedury należy użyć funkcji **Dalej**, która spowoduje wyświetlenie *Podsumowania*.
Po zakończeniu dodania nowa procedura pojawi się na głównej ***Liście procedur / zabiegów medycznych***.

W kolumnie *Operacje* dostępne są opcje **Edytuj** oraz **Usuń**. Po użyciu pierwszej opcji wyświetli się następujące okno:



Rys. 5.45 Edycja okresów dostępności (1)

W powyższym oknie należy uzupełnić następujące dane:

- **data wykonywania od,**
- **data wykonywania do,**
- **gotowość.**

W ostatnim oknie podsumowującym należy **Zatwierdzić** wprowadzone wcześniej dane.

Opcja **Profili uzdrowiskowych** dostępna w kolumnie *Operacji* na *Liście miejsc wykonywania świadczeń* umożliwia wyspecyfikowanie profili leczniczych, które charakteryzują dane miejsce udzielania świadczeń. W górnej części nowo otwartego okna znajdują się filtry umożliwiające przeszukiwanie listy według następujących kryteriów:

- **Rodzaju profilu uzdrowiskowego** - wybieranego ze słownika
- **Stanu na dzień**

Lista profili leczniczych w zakładzie uzdrowiskowym składa się z następujących kolumn:

- **Kodu profilu uzdrowiskowego**
- **Nazwy profilu uzdrowiskowego**
- **Operacji**

Rys. 5.46 Lista profili leczenia w zakładzie uzdrowiskowym

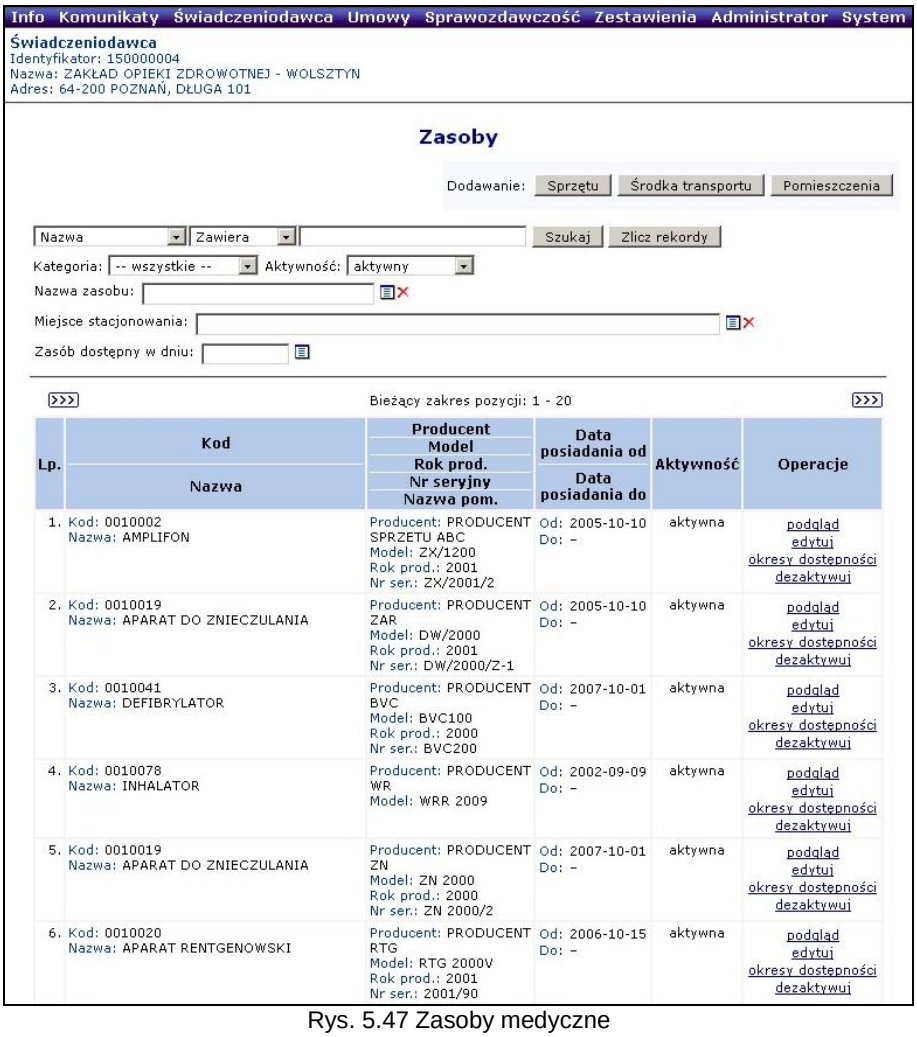
Aby wprowadzić nową pozycję do systemu należy skorzystać z opcji **Dodawanie profilu uzdrowiskowego**. Operacja ta przebiega w trzech następujących krokach:

1. W pierwszej kolejności operator systemu musi przy pomocy słownika profili uzdrowiskowych wybrać odpowiednia pozycję i dodać ją do listy. Jednocześnie można wprowadzić kilka profili leczenia dla jednego miejsca wykonywania świadczeń.
2. W drugim etapie użytkownik musi podać **Daty wykonywania od** oraz **do**. W niektórych przypadkach można także zaznaczyć opcję **Bezterminowo**.
3. Ostatnim trzecim krokiem jest **Zatwierdzenie** *Podsumowania* wcześniej wprowadzonych informacji.

5.3 Zasoby

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

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



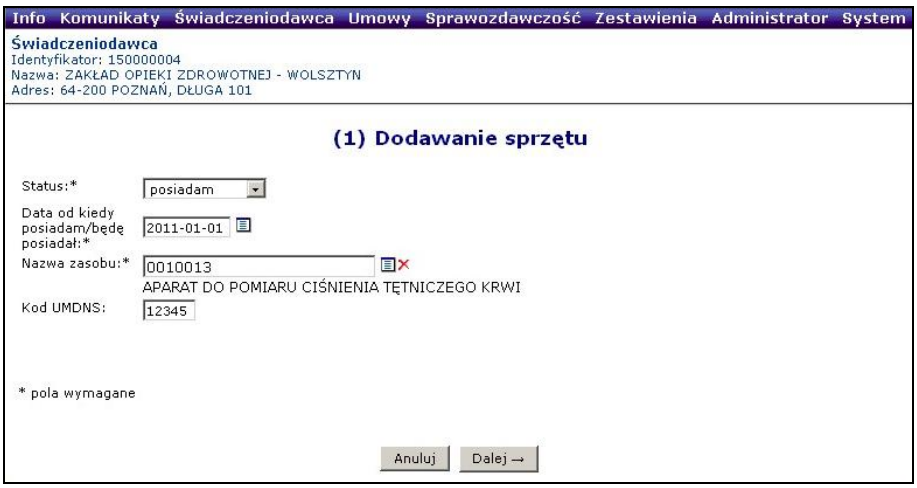
Rys. 5.47 Zasoby medyczne

Wszystkie pozycje podświetlone na **kolor czerwony oraz przekreślone czarna linią** znajdują się w potencjale świadczeniodawcy i mogą być wybierane podczas tworzenia oferty. Jednak pozycje te nie znajdują się w aktualnie obowiązującym słowniku zasobów medycznych opublikowanym przez Centralę NFZ. Dlatego też po jego usunięciu nie będzie można dodać go kolejny raz.
Środki transportu podświetlone na **kolor szary** wymagają edycji, gdyż nie posiadają wprowadzonej informacji związanej z **Typem ambulansu, Numerem homologacji, Datą homologacji** oraz **Numerem VIN**.

5.3.1 Sprzęt medyczny

Podczas dodawania **Sprzętu** należy podać:

- **Status -** czy oferent posiada sprzęt, czy będzie go posiadał?
- **Daty, od kiedy sprzęt będzie w posiadaniu**
- **Nazwie zasobu** - wybieranej ze słownika
- **Kod UMDNS** (opcjonalnie)



Rys. 5.48 Dodawanie sprzętu

W drugim etapie dodawania sprzętu operator musi podać wszystkie informacje związane z jego dostępnością:

- **Dostępność od dnia**
- **Dostępność do dnia** (opcjonalnie)
- **Miejsce stacjonowania**
- **Liczba egzemplarzy** – pole to uzależnione jest od rodzaju wybranego zasobu. Pole to jest automatycznie ustawione na 1 (bez możliwości edycji) lub też należy je uzupełnić
- **Dostępność dla innych**

Rys. 5.49 Dodawanie sprzętu – Dostępność

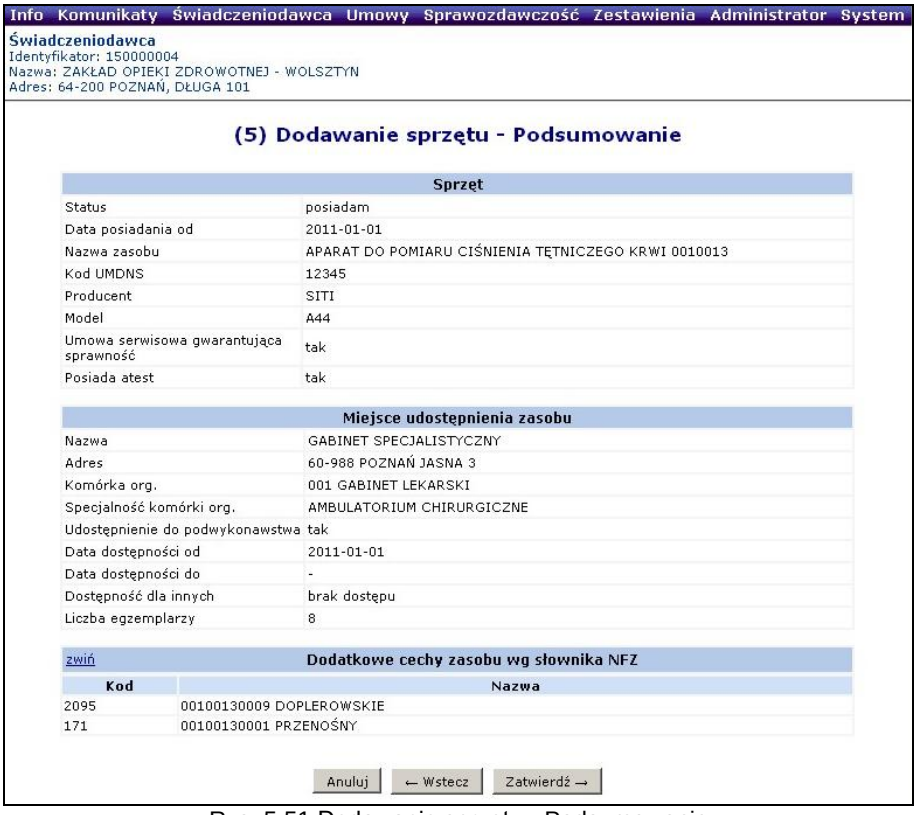
Dla zasobów zadeklarowanych w trzecim kroku wymagane jest podanie:

- **Producenta**
- **Modelu** (opcjonalne)
- Czy oferent posiada **Umowę serwisową gwarantującą sprawność**?

- Czy sprzęt **Posiada atest**?

Rys. 5.50 Dodawanie sprzętu – Cechy dodatkowe

Natomiast w przypadku zasobów, które świadczeniodawca będzie posiadał w przyszłości wymagane jest podanie tylko **Producenta** oraz **Modelu**.
W czwartym etapie dodawania należy wskazać **dodatkowe cechy wg słownika NFZ** oraz **cechy nieuwzględnione w słowniku NFZ**.
Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych wyświetlone zostanie okno *Podsumowania*. Opcja **Zatwierdź** spowoduje zapis danych na listę zasobów:



Rys. 5.51 Dodawanie sprzętu - Podsumowanie

Jeżeli jakiś zasób zostanie dezaktywowany istnieje możliwość jego przywrócenia. Aby to uczynić trzeba przejść na listę zasobów nieaktywnych przy pomocy filtru *Aktywności*. Opcja **Przywróć,** która znajduje w kolumnie *Operacji* umożliwia aktywację zasobu.

5.3.2 Środki transportu

Aby wprowadzić nową pozycję środka transportu do systemu należy skorzystać z opcji **Środek transportu**, która znajduje się w części *Dodawanie*.
W pierwszym kroku należy uzupełnić:

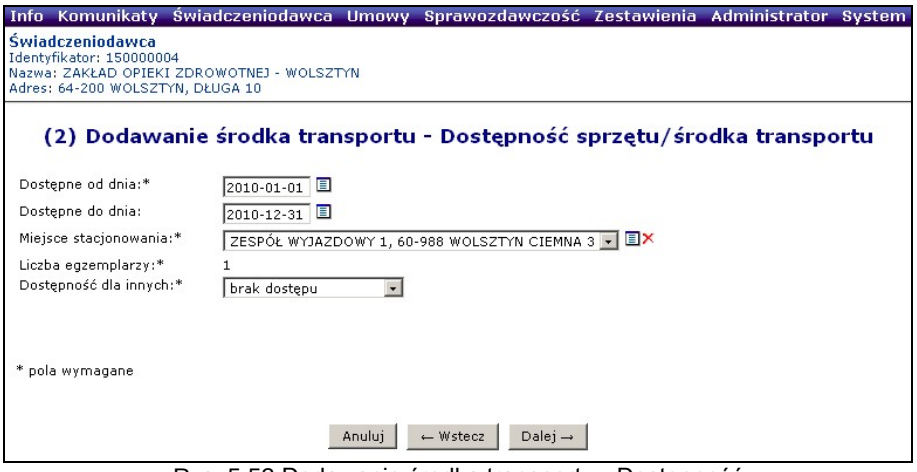
- **Status**
- **Datę od kiedy posiadam / będę posiadał**
- **Nazwę środka** – wybieraną ze słownika
- **Kod UMDS** (opcjonalnie)
- **Numer VIN**

Jeżeli ambulans wodny nie posiada numeru VIN należy wprowadzić same zera.

Rys. 5.52 Dodawanie środka transportu - Dane podstawowe

Po wprowadzeniu wszystkich danych można przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej**, w którym należy podać informacje związane z dostępnością środka transportu:

- **Dostępność od**
- **Dostępność do** (opcjonalnie)
- **Miejsce stacjonowania**
- **Liczbę egzemplarzy** (opcjonalnie)
- **Dostępność dla innych**

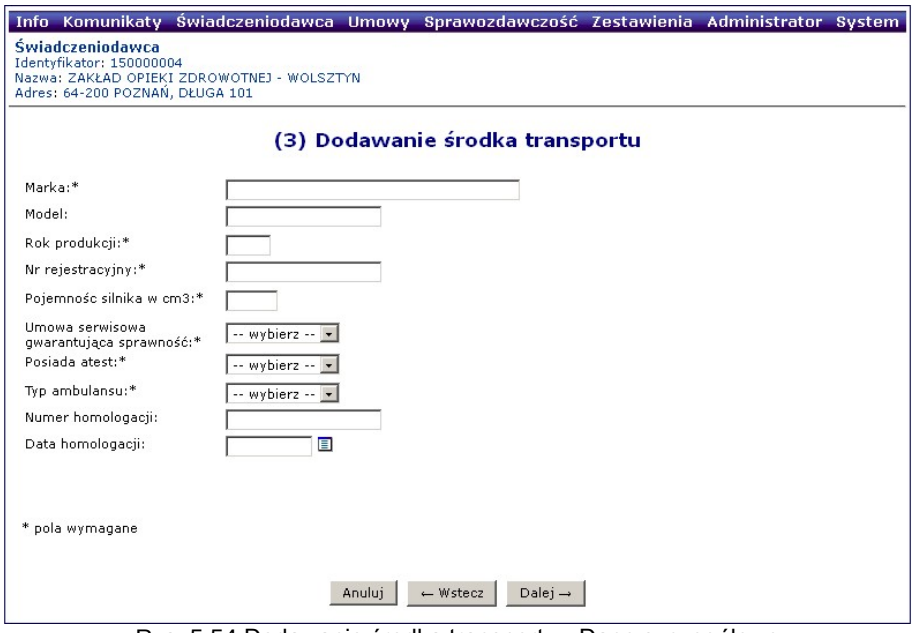


Rys. 5.53 Dodawanie środka transportu - Dostępność

Trzeci etap poświęcony został cechom szczegółowym środków transportu, takim jak:

- **Marka**

- **Model**
- **Rok produkcji**
- **Nr rejestracyjny**
- **Pojemność silnika**
- **Umowa serwisowa gwarantująca sprawność**
- **Atest**
- **Typ ambulansu**
- **Numer homologacji**
- **Data homologacji**



Rys. 5.54 Dodawanie środka transportu - Dane szczegółowe

Przedostatni etap wymaga wprowadzenia **Dodatkowych cech zasobu wg słownika NFZ**:

Rys. 5.55 Dodawanie środka transportu - Cechy dodatkowe

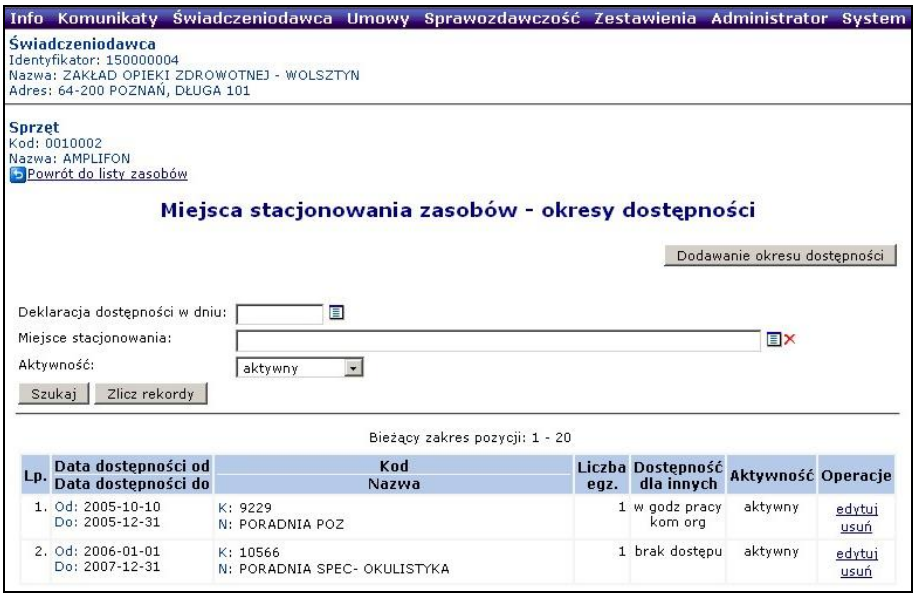
W ostatnim etapie dodawania środka transportu wyświetlone zostanie *Podsumowanie* wszystkich wcześniej wprowadzonych danych. Jeżeli wszystko się zgadza można je **Zatwierdzić**, natomiast, jeżeli coś zostało wprowadzone błędnie można powrócić do poprzednich etapów przy pomocy opcji **Wstecz** i wszystko poprawić.

5.3.3 Pomieszczenia

Lista zasobów została powiększona o nową kategorię Pomieszczenia, jednocześnie zmieniono sposób ewidencjonowania gabinetów.
Z czasem zbieranie informacji o liczbie gabinetów zabiegowych jako cechach miejsca zostanie zablokowane. Informacja ta przestanie być także aktywna dla już wprowadzonych danych.
Dlatego też należy dla każdego miejsca wprowadzić odpowiednie pomieszczenia. Należy pamiętać, że każdy gabinet zabiegowy musi być wprowadzony do systemu oddzielnie!!!.
Po wskazaniu zasobu z kategorii *Pomieszczenie* użytkownik jest zobligowany do podania **Nazwy zasobu** przy pomocy słownika oraz **Nazwy pomieszczenia** (opis tekstowy do 200 znaków). Pozostały zakres funkcjonalny obsługi zasobów z nowej kategorii *Pomieszczenia* jest identyczny jak w przypadku pozostałych kategorii: sprzętu i środków transportu.

5.3.4 Okresy dostępności zasobów

Każdy zasób jest udostępniany w danym miejscu w określonym czasie. Dzięki tej funkcjonalności świadczeniodawca może zarządzać dostępnością swoich zasobów w różnych okresach czasu. Wszystkie pozycje, które zostały wprowadzone do systemu przed udostępnieniem tej funkcjonalności, posiadają jeden okres dostępności, który rozpoczyna się w chwili, gdy był wprowadzony do systemu, natomiast data końca obowiązywania jest bezterminowa. Należy także pamięta, że dla jednej pozycji w danym czasie może być wprowadzony tylko jeden okres dostępności.
Aby wprowadzić nowy okres dostępności należy wybrać opcję o tej samej nazwie, dostępnej w głównym oknie *Zasobów*. W nowo otwartym oknie znajdą się wszystkie okresy, jakie zostały przypisane do danego zasobu:



Rys. 5.56 Miejsce stacjonowania zasobów - okresy dostępności

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

- **Dostępność od / do**
- **Miejsce stacjonowania**
- **Liczbę egzemplarzy (opcjonalnie)**
- **Dostępność dla innych**

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

5.4 Zatrudniony personel medyczny

Dane dotyczące wszystkich osób personelu medycznego, które zostały zatrudnione przez danego świadczeniodawcę można przeglądać w oknie *Zatrudnionego personelu medycznego*. W tym celu należy przejść do głównego menu i wybrać następujące elementy **Świadczeniodawcę -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zatrudniony personel medyczny**.
Nowo otwarte okno zbudowane jest na podstawie tabeli, która składa się z następujących kolumn:

- **PESEL**
- **Imię / Nazwisko**
- **Zatrudnienie** – informacja o tym czy dana osoba jest zatrudniona
- **Zatrudnienie od / Zatrudnienie do**
- **Telefon / Telefon komórkowy**
- **Operacje**

Rys. 5.57 Lista zatrudnionego personelu medycznego

Filtry znajdujące się w środkowej części okna umożliwiają wyszukiwanie danej pozycji. Operator systemu może filtrować listę personelu według:

- *numeru PESEL*
- *nazwiska*
- *imienia*
- *charakteru zatrudnienia*
- *deklaracji dostępności w dniu*
- *zawodu specjalności*

W poszczególnych kolumnach zawarte są wszystkie informacje, które są wymagane podczas zatrudniania nowej osoby. Dzięki takiej budowie możliwe jest zapoznanie się z podstawowymi informacjami dotyczącymi danej pozycji, bez konieczności wyszukiwania w innych miejscach systemu. W zakładce **Operacje** znajdują się podstawowe funkcje, dzięki którym użytkownik może pracować na danej pozycji:

- **podgląd zatrudnienia**
- **edytuj osobę** – poprawa wszystkich informacji, jakie zostały wcześniej podane. Jedyną pozycją, która nie podlega zmianie jest numer PESEL
- **edytuj zatrudnienie** – modyfikacja informacji dotyczących zatrudnienia

- **rozwiąż zatrudnienie** – rozwiązanie zatrudnienia z daną osobą. Podczas tej operacji należy podać datę rozwiązania umowy.
- **usuń zatrudnienie**
- **miejsca pracy** – informacja o miejscach pracy personelu medycznego

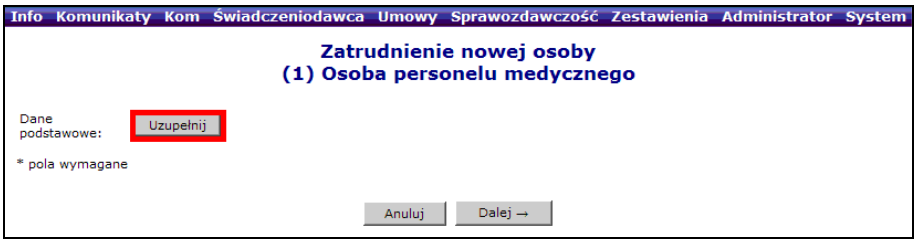
5.4.1 Wprowadzanie nowej osoby personelu medycznego do Bazy NFZ

W celu wprowadzenia nowej osoby personelu medycznego do portalu należy skorzystać z opcji ***Zatrudnienie osoby personelu medycznego***, która znajduje się w głównym oknie.

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

1. Jeżeli dana osoba znajduje się już w bazie danych, będzie można jedynie wprowadzić informacje dotyczące zatrudnienia. Pominięte zostanie wprowadzanie danych podstawowych
2. Jeżeli numer PESEL nie znajduje się w bazie NFZ, zostanie on zaznaczony na czerwono oraz pojawi się wykrzyknik informujący użytkownika, że
   W bazie nie ma zarejestrowanej osoby z wprowadzonym nr PESEL. Obok tego komunikatu pojawi się przycisk **Dodaj**, który umożliwia wprowadzanie danej osoby do bazy NFZ.
3. Ostatnim przypadkiem jest ***Błędny numer PESEL.***

Pierwszym etapem wprowadzania nowej osoby jest uzupełnienie danych podstawowych. Aby to uczynić należy skorzystać z opcji **Uzupełnij**:

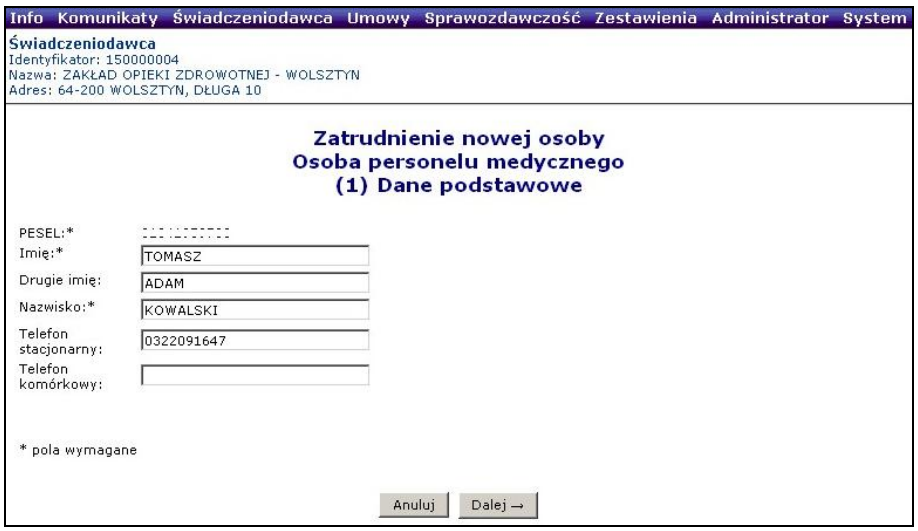


Rys. 5.58 Dane podstawowe

W kolejnym oknie wprowadzania *Danych podstawowych* użytkownik musi podać:

- **Imię**
- **Drugie imię**
- **Nazwisko**
- **Numer telefonu stacjonarnego**
- **Numer telefonu komórkowego**

Wszystkie pola oznaczone gwiazdką wymagają uzupełnienia:



Rys. 5.59 Uzupełnianie danych podstawowych

Jeżeli wszystkie informacje zostały wprowadzone można przejść do kolejnego etapu przy pomocy opcji **Dalej**. W kolejnym oknie znajduje się podsumowanie danych podstawowych. Gdy wszystko się zgadza można **Zatwierdzić** wprowadzanie. Przy pomocy opcji **Wstecz** można powrócić do poprzedniego okna, natomiast **Anuluj** przerywa operację wprowadzania danych podstawowych.
Wszystkie wprowadzone dane zostaną wyświetlone w głównym oknie wprowadzania osoby personelu. Użytkownik może dokonać modyfikacji wcześniej dodanych informacji przy pomocy opcji **Edytuj**.

Rys. 5.60 Dane podstawowe

Kolejnym etapem wprowadzania nowej pozycji jest uzupełnienie **Wykształcenia**. Aby wprowadzić wszystkie informacje dotyczące wykształcenia należy skorzystać z opcji **Dodaj**:

Przy pomocy słownika wykształcenia operator musi wybrać jedną spośród siedmiu następujących pozycji:

- **wyższe medyczne - tytuł magistra**
- **wyższe medyczne - tytułu licencjata**
- **średnie medyczne**
- **wyższe**
- **średnie**
- **wyższe – tytuł magistra**
- **wyższe - tytułu licencjata**

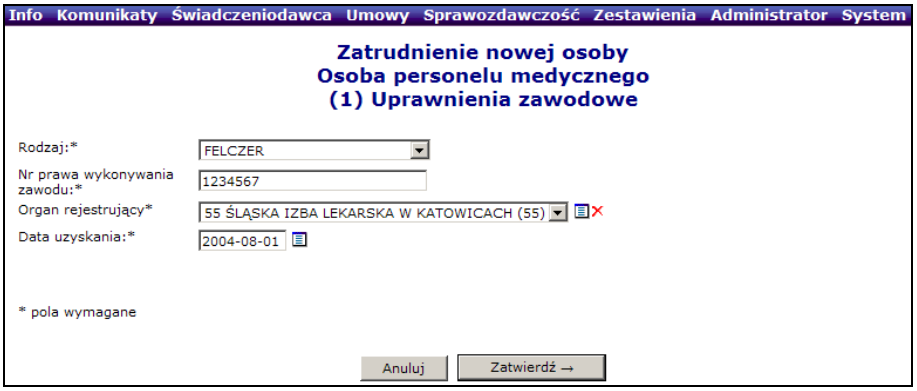
Dzięki opcji **Zatwierdź** można zapisać zmiany i przejść do głównego okna dodawania wykształcenia. Dla każdej osoby personelu istnieje możliwość wprowadzenia kilku rodzajów wykształcenia. Funkcja **Usuń** znajdująca się w kolumnie *Operacji* umożliwia usunięcie błędnie wprowadzonej pozycji:

Rys. 5.61 Dodawanie wykształcenia

Jeżeli wszystkie pozycje wykształcenia zostały wprowadzone, można przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej**.
W trzecim etapie dodawania, operator systemu może wprowadzić odpowiednie **Uprawnienia**. Podobnie jak we wszystkich poprzednich przypadkach, aby wprowadzić nową pozycję należy skorzystać z opcji **Dodaj**. Wprowadzenie uprawnienia nie jest obowiązkowe, jednak warto je podać.
Kolejne okno wymaga od użytkownika podania następujących informacji:

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

Wszystkie powyższe pola należy obowiązkowo uzupełnić.



Rys. 5.62 Dodawanie uprawnienia zawodowego

Podobnie jak w przypadku wykształcenia, można wprowadzić kilka rodzajów uprawnień. Każde nowo wprowadzone *Uprawnienie zawodowe* można **Edytować** lub **Usunąć,** dzięki kolumnie *Operacji*.

Rys. 5.63 Uprawnienia zawodowe

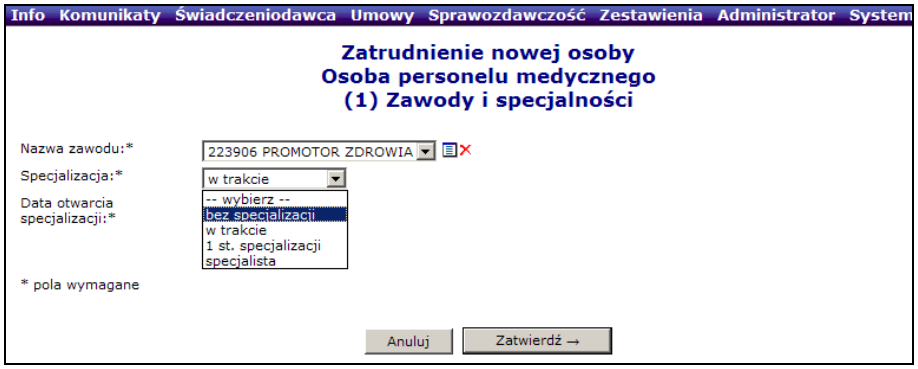
W kolejnym oknie operator musi podać przynajmniej jeden **Zawód i specjalność**. Można tego dokonać przy pomocy opcji **Dodaj**.
Następnie przy pomocy słownika należy wybrać odpowiednią pozycję. W słowniku tym widoczne są wszystkie zawody/specjalności niewymagające odpowiednich uprawnień oraz te, które są powiązane z

danymi wcześniej uprawnieniami. Jeżeli dany zawód/specjalność jest niewidoczny znaczy to, że należy najpierw wprowadzić odpowiednie uprawnienie powiązane z danym zawodem.
Istnieje możliwość wprowadzenia kilku rodzajów zawodów / specjalizacji dla jednej osoby. Dodatkowo należy podać odpowiedni stopień specjalizacji:

- **bez specjalizacji**
- **w trakcie**
- **1st. specjalizacji**
- **specjalista**

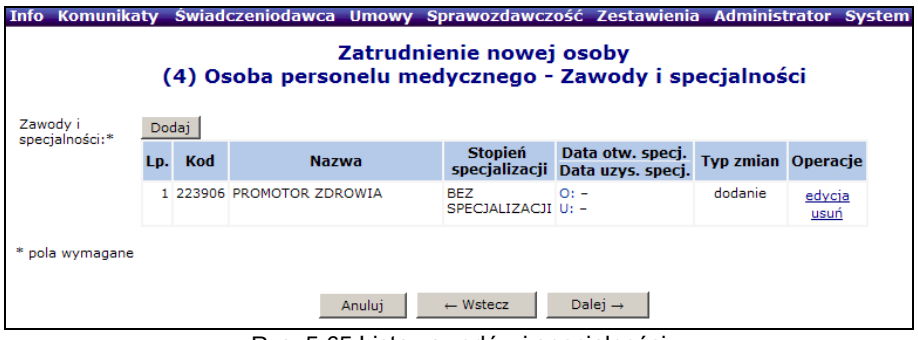
W zależności od wybranej opcji, pojawić się może także pole:

- **daty otwarcia specjalizacji**
- **daty uzyskania specjalizacji**



Rys. 5.64 Dodawanie zawodu i specjalności

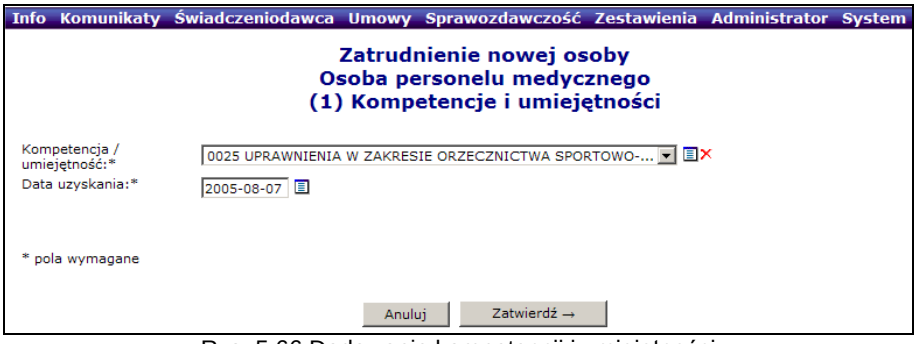
Funkcja **Anuluj** przerywa wprowadzanie zawodu / specjalności, natomiast **Zatwierdź** zapisuje wprowadzone dane.
Każdą wprowadzoną pozycję można **edytować** lub **usunąć** przy pomocy tych funkcji, które znajdują się w kolumnie *Operacji* w głównym oknie dodawania:



Rys. 5.65 Lista zawodów i specjalności

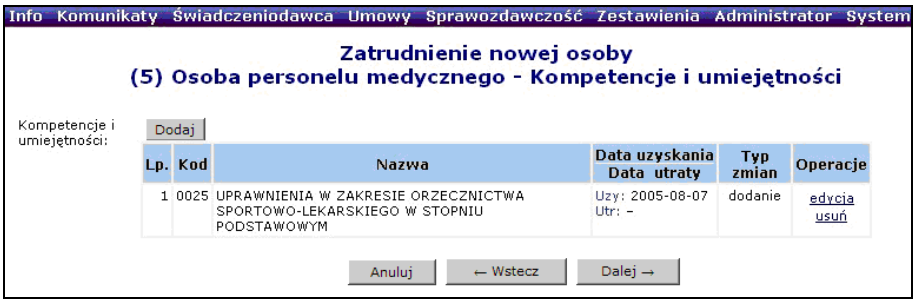
Opcja **Dalej** przeznaczona jest do przejścia do kolejnego etapu natomiast, aby powrócić do poprzedniego okna należy skorzystać z opcji **Wstecz**. Funkcja **Anuluj** przerywa proces dodawania danej osoby.

Kolejnym etapem jest podanie *Kompetencji i umiejętności*. Umożliwia to funkcja **Dodaj**.
W nowo otwartym oknie operator systemu musi przy pomocy słownika wybrać odpowiednią **kompetencję / umiejętność** oraz podać **datę jej uzyskania**.



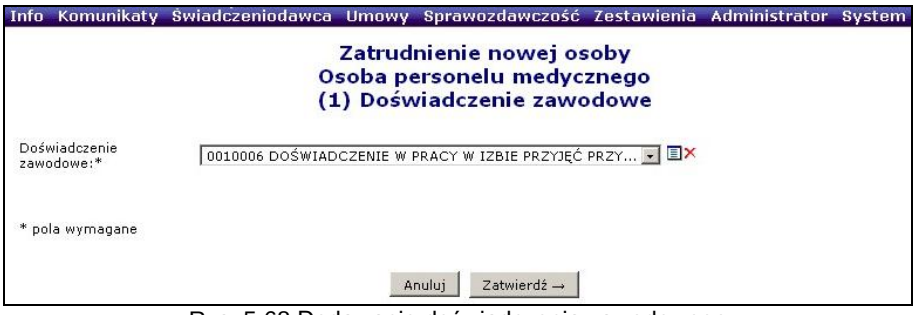
Rys. 5.66 Dodawanie kompetencji i umiejętności

Po powrocie do głównego okna *Kompetencji i umiejętności* dodawania personelu można zapoznać się z wcześniej wprowadzonymi informacjami. Każdą pozycję można **Edytować** lub **Usunąć** przy pomocy opcji znajdujących się w kolumnie *Operacji*.



Rys. 5.67 Lista kompetencji i umiejętności

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie *Doświadczenia zawodowego* przy pomocy opcji **Dodaj**. Nastpnie zostanie otworzony nowy słownik doświadczenia zawodowego, przy pomocy którego operator systemu może wybrać odpowiednią pozycję:



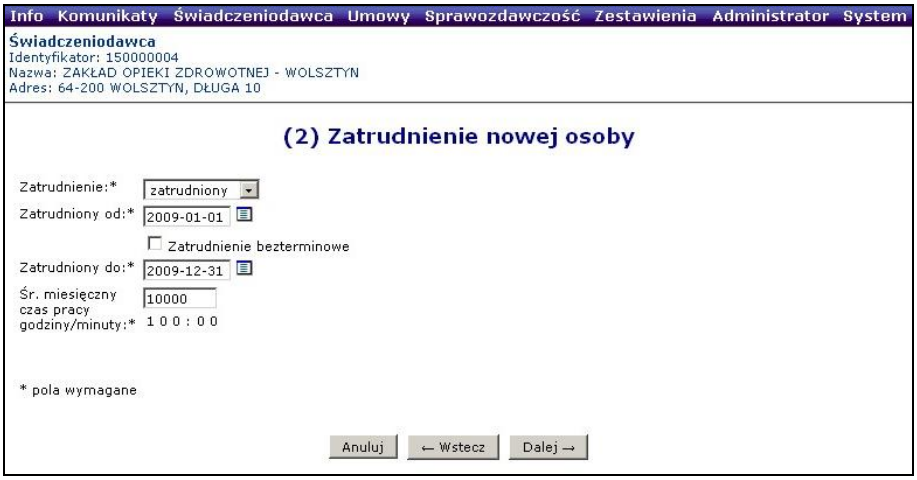
Rys. 5.68 Dodawanie doświadczenia zawodowego

Ostatnim krokiem zatrudniania nowej osoby personelu jest *Podsumowanie,* które należy zatwierdzić.

5.4.2 Zatrudnianie personelu medycznego

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

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



Rys. 5.69 Zatrudnianie nowej osoby

Jeżeli wszystkie informacje zostały wprowadzone można przejść do następnego etapu przy pomocy opcji **Dalej**.
W kolejnym oknie znajduje się *Podsumowanie* zatrudnionego personelu medycznego. Gdy wszystko się zgadza można **Zatwierdzić** wprowadzone dane. Przy pomocy opcji **Wstecz** można powrócić do poprzedniego okna, natomiast **Anuluj** przerywa operację wprowadzania danych.

Rys. 5.70 Podsumowanie zatrudnienia nowej osoby

5.4.3 Przypisywanie osoby do danego miejsca

W celu wprowadzenia informacji na temat miejsca pracy osoby personelu należy posłużyć się opcją **Miejsca pracy**, która znajduje się w głównym oknie zatrudniania personelu w kolumnie *Operacji*. Po wybraniu powyższej opcji, operator przeniesiony zostanie do listy miejsc pracy personelu, gdzie ma również możliwość dodania nowego miejsca pracy:

Rys. 5.71 Lista miejsc pracy personelu medycznego

Powyższa ilustracja przedstawia główne okno informacji o miejscach pracy personelu medycznego. Ma ono charakter tabeli, która składa się z następujących kolumn:

- **Miejsca udzielania świadczeń** (kod oraz nazwa)
- **Komórki organizacyjnej** – podstawowe informacje
- **Zawodu / specjalności / Funkcji**
- **Pracy od / do**
- **Operacji**

W ostatniej kolumnie *Operacji* znajdują się następujące funkcje:

- **Podglądu** – przeglądanie szczegółowych informacji dotyczących danej pozycji
- **Edycji** – przebiega identycznie jak operacja dodawania za wyjątkiem zmiany miejsca oraz zawodu / specjalności
- **Usunięcia** – miejsca pracy osoby personelu
- **Harmonogramu** – podgląd pozycji harmonogramu
- **Podziel** – podział harmonogramu według wprowadzonej daty. Funkcjonalność ta została opisana w części *Komórki organizacyjne*.
- **Konflikty** – potencjalne konflikty z innymi miejscami pracy

Aby wprowadzić nowe miejsce zatrudnienia należy skorzystać z opcji **Dodawania miejsca pracy**. W nowo otwartym oknie operator musi podać podstawowe informacje dotyczące danego miejsca:

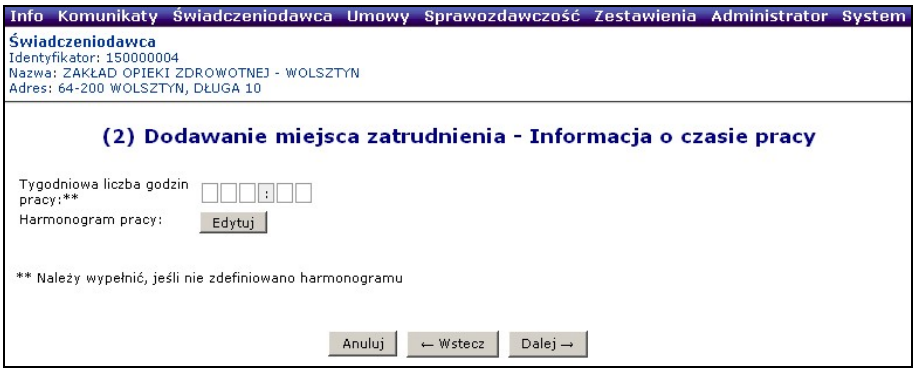
- **Miejsce udzielania świadczeń** – wybierane ze słownika (od wersji 2010.04.2.368 nazwę miejsca udzielania świadczeń można wprowadzać w polu tekstowym – system domyślnie będzie podpowiadał nazwy miejsc zaczynające się od wprowadzonych znaków)
- **Zawodu / Specjalności**, jaka będzie wykonywany w danym miejscu (nazwę zawodu/specjalności można wprowadzać w polu tekstowym – system domyślnie będzie wyświetlał pozycje ze słownika zaczynające się od wprowadzonych znaków)
- **Funkcję** osoby personelu
- **Okres pracy od**
- **Okres pracy do**

Wszystkie powyższe pozycje są powiązane z wcześniej wprowadzonymi informacjami. Jeżeli przykładowo dany lekarz ma zdefiniowane 2 zawody/specjalności, to w słowniku tylko one będą widoczne. Podobnie jest z miejscami – w słowniku wyświetlone zostaną tylko miejsca danego świadczeniodawcy.

Rys. 5.72 Dodawanie miejsca zatrudnienia - Dane podstawowe

Przed przejściem do kolejnego etapu system sprawdza czy wprowadzony okres pracy w miejscy od – do zawiera się w okresie zatrudnienia osoby personelu u danego świadczeniodawcy:
Okres pracy od:* – Data początku pracy w miejscu (2007-06-01) nie może być wcześniejsza niż data rozpoczęcia pracy u świadczeniodawcy (2009-01-01)
Jeżeli wszystko się zgadza można przejść do kolejnego etapu przy pomocy opcji **Dalej**.
W kolejnym etapie użytkownik ma do wyboru dwie możliwości:

- wypełnienie pola dotyczącego **Tygodniowej liczby godzin pracy (wartość różna od zera)**
- zdefiniowanie **Indywidualnego** lub **Wzorcowego harmonogramu** pracy, dostępnego poprzez opcję **Edytuj** (pole nazwy harmonogramu wzorcowego można uzupełnić wprowadzając w polu tekstowym początek nazwy harmonogramu – system domyślnie będzie wyświetlał pozycje ze słownika zaczynające się od wprowadzonych znaków)

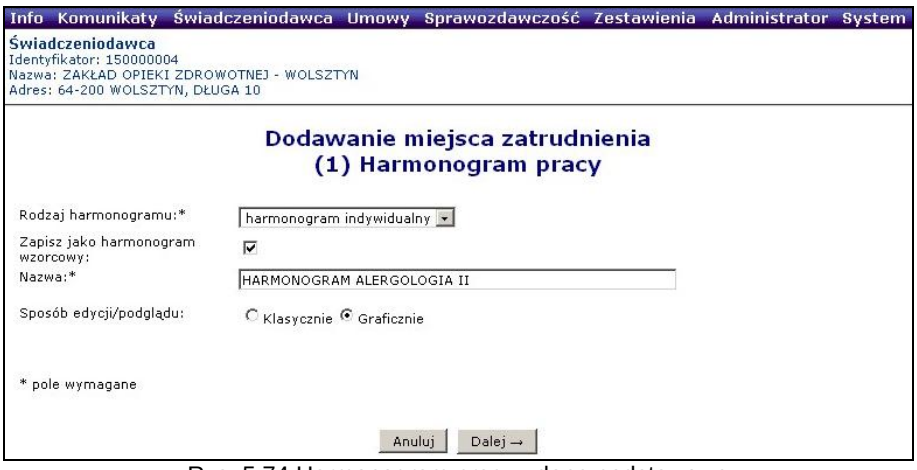


Rys. 5.73 Dodawanie miejsca zatrudnienia - Harmonogram pracy

Opcja **Edytuj** przeznaczona jest do definiowania nowego harmonogramu pracy osoby personelu. W nowo otwartym oknie operator systemowy musi wybrać harmonogram wzorcowy lub zdefiniować harmonogram indywidualny, który również może zostać z tego poziomu zapisany, jako harmonogram wzorcowy, co pozwoli w przyszłości wykorzystać ja przy innych operacjach w systemie. Przy wyborze pierwszej możliwości użytkownik ma do wyboru wcześniej zdefiniowane harmonogramy wzorcowe, wybierane przy pomocy słownika.
W kolejnym kroku decyduje, w jakiej postaci jest mu wygodniej wprowadzać dane na temat czasu pracy osoby personelu w miejscu:

- **Formie klasycznej**
- **Formie graficznej**

5.4.3.1 Harmonogram graficzny

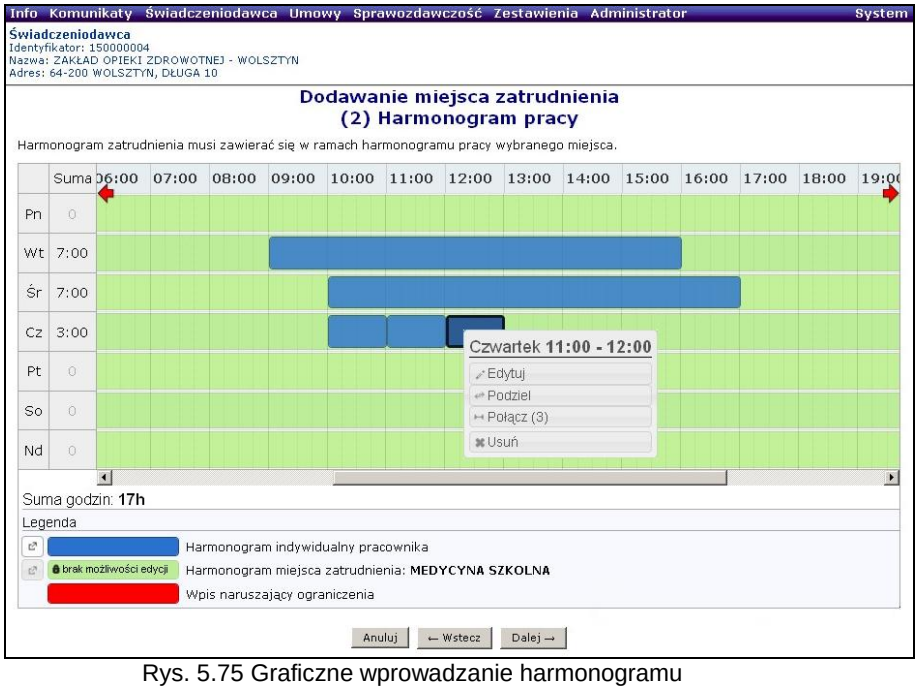


Rys. 5.74 Harmonogram pracy - dane podstawowe

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

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

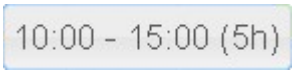
Opcja dostępna w legendzie, umożliwia wyświetlenie wybranego harmonogramu na wierzchu.



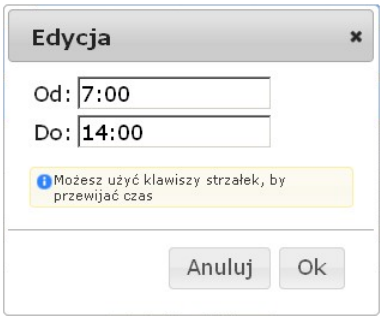
Rys. 5.75 Graficzne wprowadzanie harmonogramu

Aby wprowadzić nowy zakres godzinowy należy kliknąć w odpowiednim miejscu harmonogramu i trzymając kursor przeciągnąć go w prawo lub lewo. Wprowadzony zakres godzinowy można modyfikować, przesuwając boczne krawędzie pozycji harmonogramu. Dzięki temu można zmienić jego rozmiar - zakres czasowy. Można także przeciągnąć pozycję, by zmienić jej położenie lub połączyć ją z

innym zakresem godzinowym. Po nakierowaniu kursora na pozycję harmonogramu pojawi się szczegółowa informacja na temat pozycji:



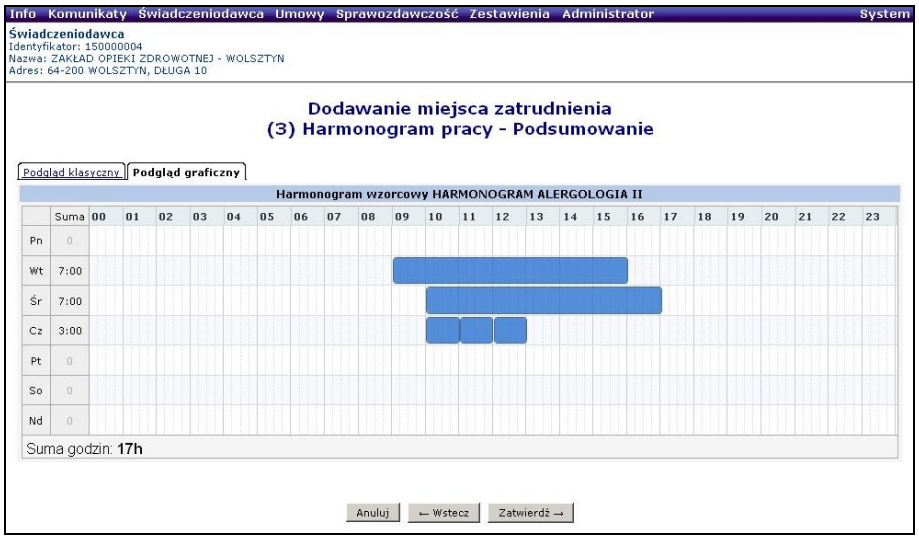
Dwukrotne kliknięcie kursorem na pozycji, otwiera szczegółowe okno edycji:



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

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

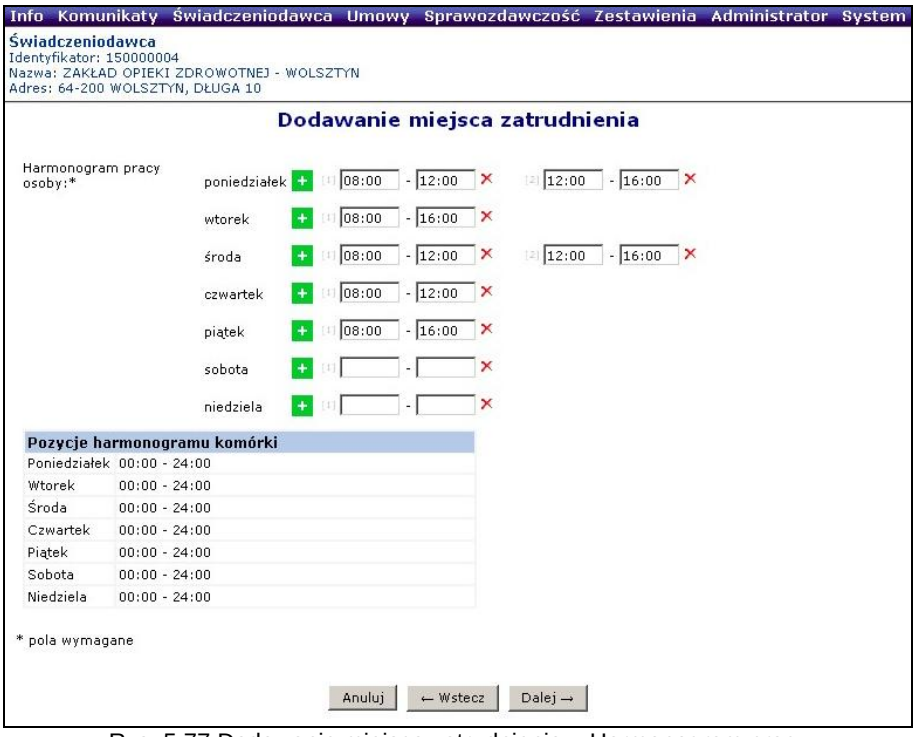
By usunąć zaznaczony wpis, należy wybrać z klawiatury **Delete** lub wybrać opcję **Usuń**.
Jeżeli wszystkie godziny zostały wprowadzone, można przejść do kolejnego etapu przy pomocy opcji **Dalej**. W kolejnym etapie pojawi się ekran podsumowujący:



Rys. 5.76 Harmonogram pracy - Podsumowanie

5.4.3.2 Harmonogram klasyczny

Podczas wyboru indywidualnego harmonogramu klasycznego, należy przy pomocy opcji **Dodaj** wprowadzić odpowiednie dni tygodnia oraz godziny początku i końca pracy. Jeżeli dana pozycja została błędnie wprowadzona, można ją usunąć przy pomocy opcji **Usuń**, która znajduje się w kolumnie *Operacji*:

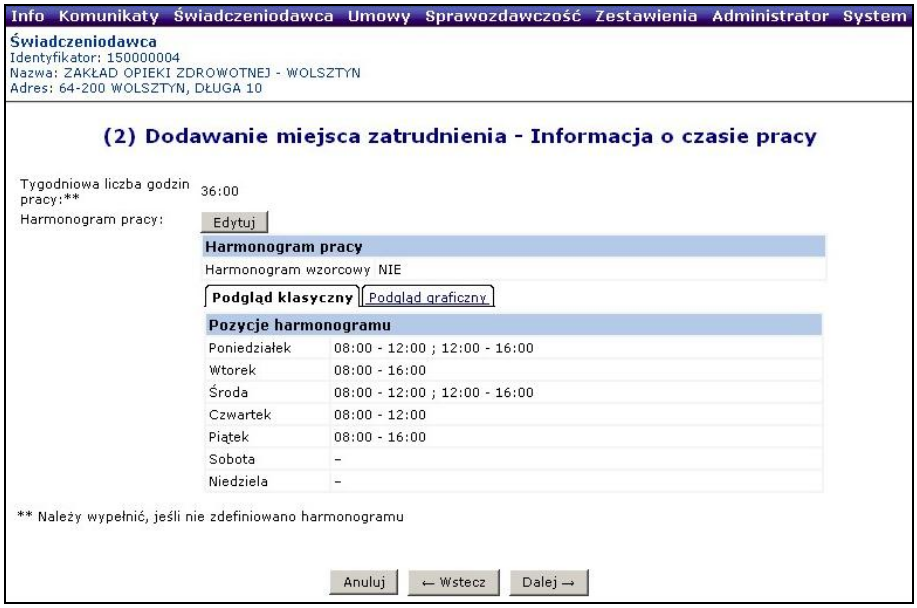


Rys. 5.77 Dodawanie miejsca zatrudnienia – Harmonogram pracy

W ostatnim etapie dodawania harmonogramu należy **Zatwierdzić** *Podsumowanie*. Jeżeli pewne pozycje zostały błędnie wprowadzone można przy pomocy opcji **Wstecz** powrócić do wcześniejszych okien i poprawić poszczególne parametry:

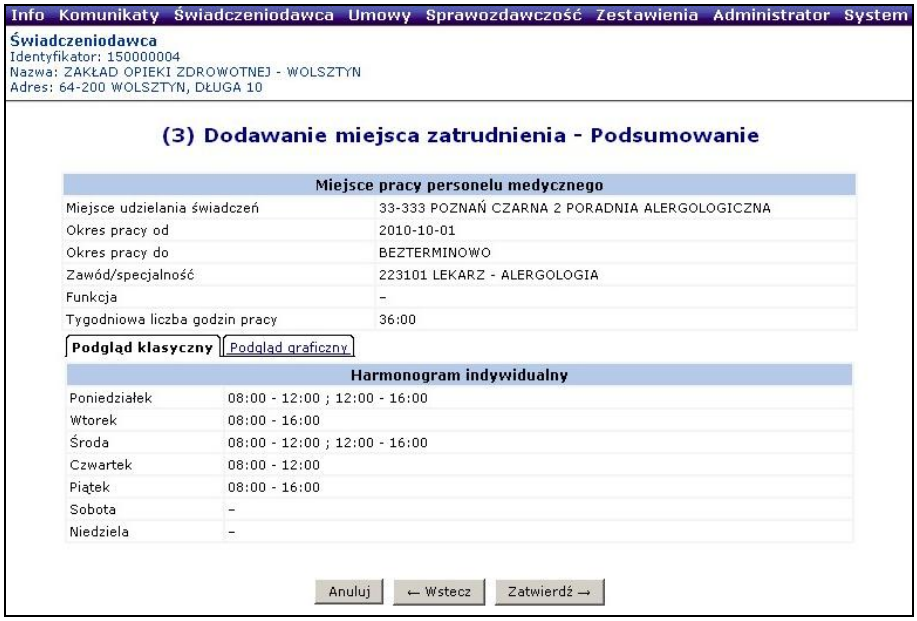
Rys. 5.78 Podsumowanie dodawania harmonogramu pracy

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



Rys. 5.79 Dodawanie miejsca zatrudnienia – Informacja o czasie pracy

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



Rys. 5.80 Dodawanie miejsca zatrudnienia – Podsumowanie

Każde nowo wprowadzone miejsce zatrudnienia, będzie widoczne w oknie *Informacji o miejscach pracy personelu medycznego*:

Rys. 5.81 Informacja o miejscach pracy personelu medycznego

Przy pomocy opcji **Edytuj** operator systemu może modyfikować dane związane z miejscem pracy. Operacja ta przebiega identycznie jak dodawanie nowego miejsca. Jeżeli podczas tej modyfikacji naruszone zostaną powiązania z komórką organizacyjną, do której jest przypisane miejsce pracy, może wystąpić jeden z poniższych błędów:

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

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

- Wykryto konflikt pomiędzy harmonogramem miejsca zatrudnienia personelu medycznego, a harmonogramem komórki organizacyjnej - w okresie od 2009-01-01 do 2009-07-01 nie zdefiniowano harmonogramów komórki organizacyjnej

5.4.4 Edycja osoby personelu medycznego

Podczas wprowadzania do systemu nowego pracownika medycznego zawsze mogą zdarzyć się pomyłki. W takim przypadku operator z odpowiednimi uprawnieniami, może poprawić błędnie wprowadzone dane. Świadczeniodawca będzie musiał przy pomocy opcji edycji dodać lub poprawić pewne dane.

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

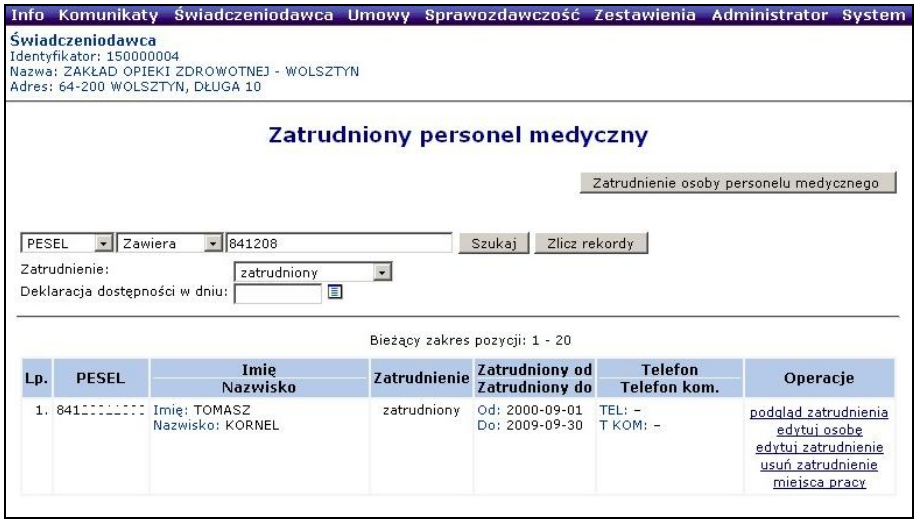
- **Usunięcie – kolor żółty**
- **Edycja – kolor pomarańczowy**
- **Zmiany pozycji będą dodatkowo zaznaczone kolorem zielonym**

Po zakończeniu edycji generowany jest wniosek. Będzie on widoczny w systemie obsługi Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz u odpowiednich świadczeniodawców, u których dana osoba jest zatrudniona lub ma zatrudnienie deklarowane.
Inny pracodawcy zatrudniający daną personelu mogą zgłaszać protesty dotyczące wprowadzonych zmian.

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

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

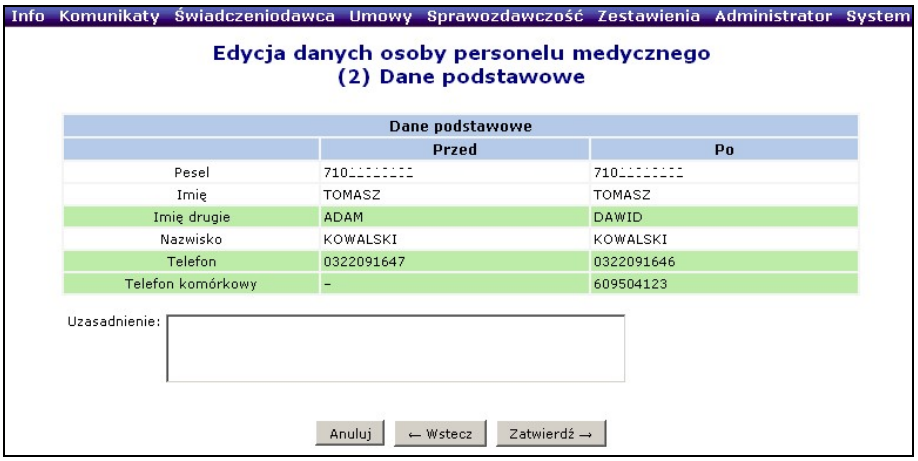
Aby zmodyfikować już istniejące dane związane z osobą personelu, należy skorzystać z opcji **Edytuj osobę**, która znajduje się w kolumnie *Operacji*.



Rys. 5.82 Lista zatrudnionego personelu medycznego

W pierwszym oknie, jakie pojawi się podczas edycji danych osoby, widoczne są podstawowe dane. Aby wprowadzić modyfikacje należy skorzystać z opcji **Edytuj**. W nowo otwartym oknie użytkownik może dokonać zmian wszystkich pozycji prócz numeru PESEL:

Kolor zielony widoczny na poniższym zrzucie informuje użytkownika o modyfikacji podświetlonych danych. Dodatkowo w miejscu tym można wpisać odpowiednie **Uzasadnienie** zmiany:



Rys. 5.83 Uzasadnienie edycji danych podstawowych personelu

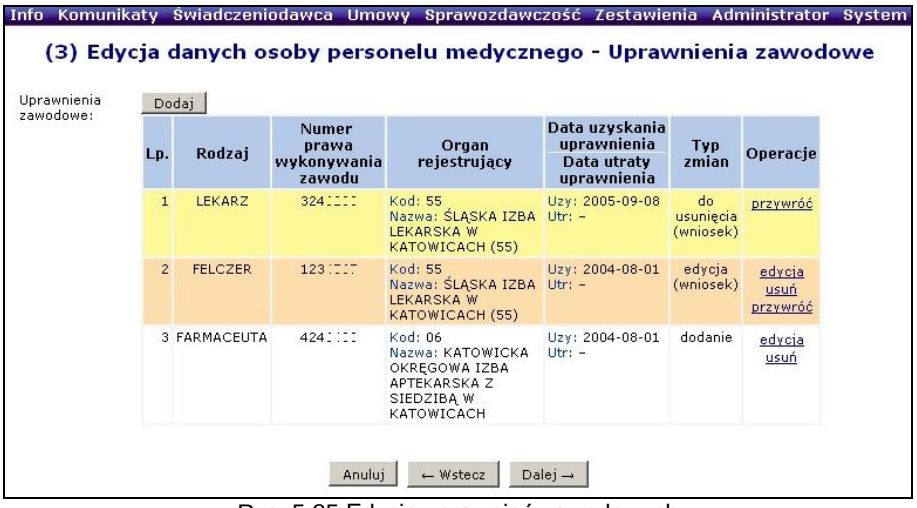
Po zatwierdzeniu *Podsumowania,* dane zostaną zapisane a operator powróci do pierwszego okna danych podstawowych. Po kolejnym skorzystaniu z opcji **Dalej**, pojawi się część dotycząca wykształcenia.
W drugim oknie można wprowadzić nowe lub dodatkowe *Wykształcenie* przy pomocy opcji **Dodaj**. Operacja przebiega identycznie jak ta opisana podczas dodawania. W ostatniej kolumnie znajduje się także opcja **Usuń**, która umożliwia dezaktywację odpowiedniej pozycji. Jeżeli jakaś pozycja jest usuwana należy podać odpowiednie uzasadnienie tej operacji. W przypadku pomyłki, operację usunięcia można jeszcze wycofać, za pomocą opcji **przywróć**.
Każde nowo wprowadzone lub usunięte wykształcenie otrzyma status **dodanie** lub **do usunięcia** w kolumnie *Typów zmian*:

Rys. 5.84 Edycja wykształcenia

Jeśli proponowane zmiany spowodują wygenerowanie wniosku zmian, zostanie to zaznaczone w kolumnie *Typ zmian (wniosek).*

W kolejnym oknie *Edycji danych osoby personelu medycznego – Uprawnienia zawodowe* operator może:

- Wprowadzić nową pozycję przy pomocy opcji **Dodaj**.
- **Edytować** już istniejące uprawnienie – można wprowadź zmiany wszystkich pozycji z wyjątkiem rodzaju uprawnienia. Przy podsumowaniu tej operacji należy podać uzasadnienie wprowadzenia zmiany. Operacja modyfikacji zostanie odnotowana w systemie przy pomocy koloru pomarańczowego. Jeżeli operator systemu dojdzie do wniosku, że jednak wprowadzono nieprawidłowe dane może zawsze **Przywrócić** wcześniejsze ustawienia, ale tylko do momentu zatwierdzenia w ostatnim etapie edycji osoby personelu wszystkich wprowadzonych zmian (wygenerowania wniosku). Później będzie to niemożliwe.
- **Usunąć** daną pozycję. Dezaktywowane pozycje zostaną w systemie zaznaczone żółtym kolorem. Raz usunięte uprawnienie można **Przywrócić**, ale tylko do momentu wygenerowania wniosku. Później będzie to niemożliwe.



Rys. 5.85 Edycja uprawnień zawodowych

Powyżej opisana sytuacja dotycząca *Uprawnień zawodowych* występuje także w przypadku *Zawodów i specjalności* oraz *Kompetencji i umiejętności*. Można je identycznie:

- **Dodawać / Edytować**
- **Usuwać**
- **Przywracać**

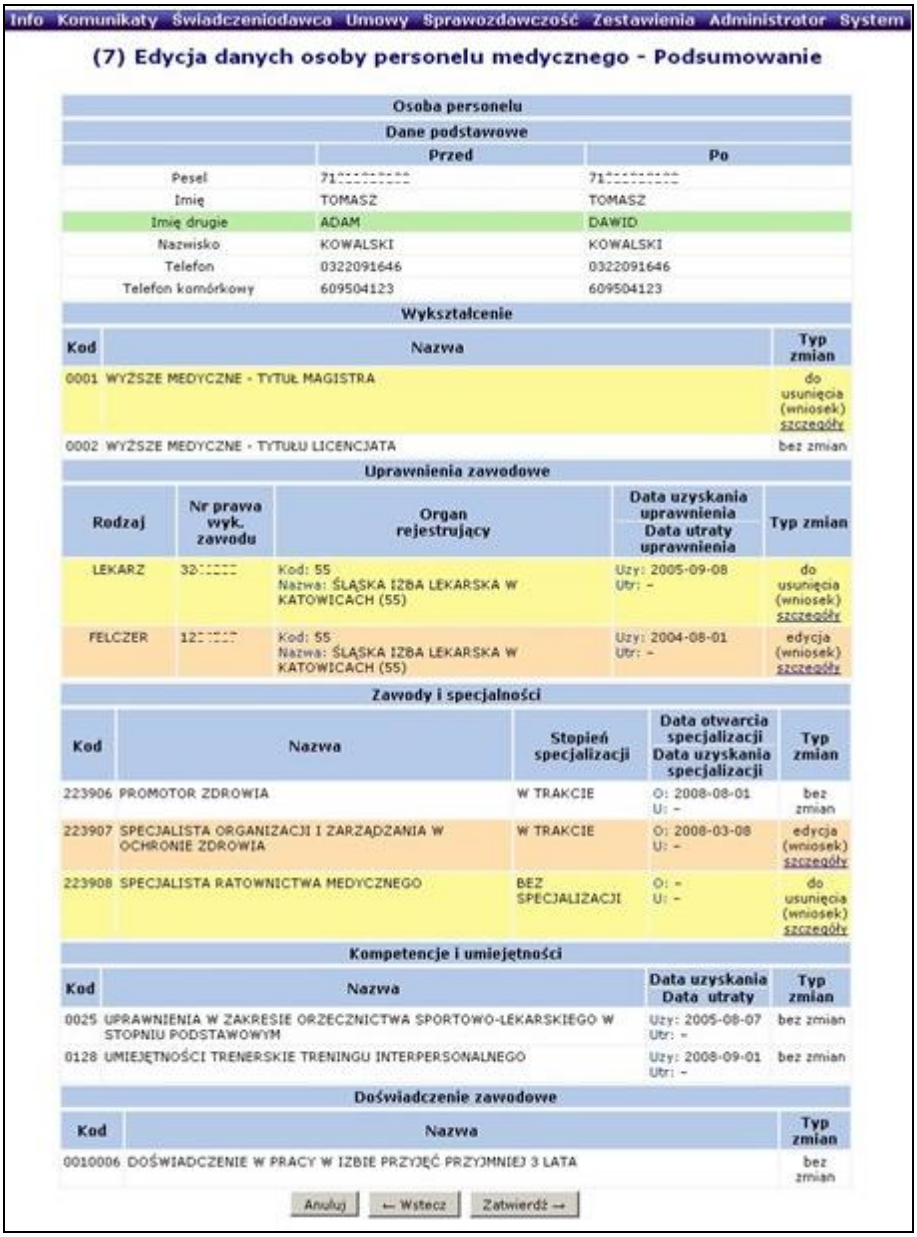
Rys. 5.86 Edycja zawodów i specjalności

W ostatnim etapie edycji – *Doświadczeń zawodowych* operator systemu może pozycję:

- **Dodawać / Edytować**
- **Usuwać**
- **Przywracać**

Rys. 5.87 Edycja doświadczenia zawodowego

Po przejściu przez wszystkie okna, w których można dokonać pewnych poprawek zostanie otworzone okno *Podsumowania*. W miejscu tym znajdą się wszystkie zmiany, wprowadzone do systemu przez użytkownika:



Rys. 5.88 Podsumowanie edycji danych osoby personelu

Jeśli zostały wprowadzone zmiany wymagające akceptacji pracownika OW, po kliknięciu przycisku **Zatwierdź** zostanie automatycznie wygenerowany wniosek zmian osoby personelu i przekazany do rozpatrzenia. Dodatkowo, wszyscy świadczeniodawcy zatrudniający tą osobę, zostaną powiadomieni poprzez komunikat w SZOI o tym fakcie.

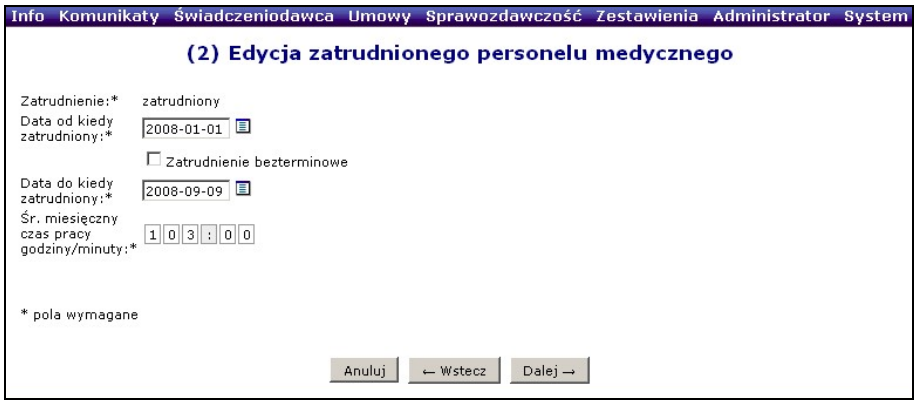
5.4.5 Edycja zatrudnienia

Opcja **Edytuj zatrudnienie** znajdująca się w głównym oknie *Zatrudnionego personelu medycznego* w kolumnie *Operacji* przeznaczona jest do wprowadzania zmian związanych z ogólnymi informacjami o zatrudnieniu. Operacja ta przebiega identycznie jak proces dodawania nowego pracownika. W pierwszym etapie wyświetlone zostaną podstawowe informacje takie jak:

- **PESEL**
- **Imię**
- **Nazwisko**

Dzięki nim operator systemu może sprawdzić czy dokonuje zmian dotyczących odpowiedniej osoby.
Drugi etap przeznaczony jest do edycji ogólnych informacji dotyczących zatrudnienia. Użytkownik może zmodyfikować:

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



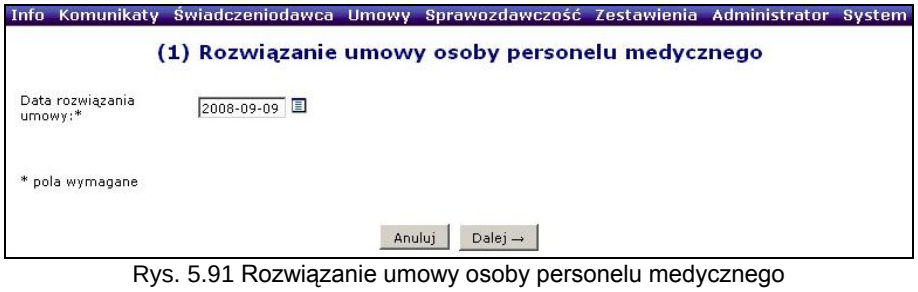
Rys. 5.89 Edycja danych podstawowych zatrudnienia

Podobnie jak w przypadku wszystkich ważniejszych operacji w Portalu SZOI tak i opisana powyżej operacja zakończona jest *Podsumowaniem*. I tak w poniższym oknie operator systemu może ostatni raz zapoznać się z wszystkimi dokonywanymi zmianami przed ich zaakceptowaniem. Jeżeli jest pewny modyfikacji, może **Zatwierdzić** operację.

Rys. 5.90 Podsumowanie edycji zatrudnienia

5.4.6 Rozwiązywanie / usunięcie zatrudnienia osoby personelu medycznego

personelu medycznego przeznaczona została do rozwiązywania umowy z daną osobą personelu medycznego. Jest ona dostępna tylko w przypadku personelu aktualnie zatrudnionego.
Jeżeli operator systemu z niej skorzysta, w pierwszej kolejności będzie musiał podać **Datę rozwiązania umowy**:



Rys. 5.91 Rozwiązanie umowy osoby personelu medycznego

W kolejnym etapie *Podsumowania* można **Zatwierdzić** rozwiązanie, powrócić do poprzedniego okna przy pomocy funkcji **Wstecz** lub **Anulować** proces:

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

Jeżeli pracownik OW NFZ podczas edycji danych osoby personelu medycznego usunie zawód/specjalność powiązany z miejscem wykonywania świadczeń lub przyjmie wniosek z takimi zmianami, to dla tej osoby nastąpi usunięcie / zakończenie pracy w miejscu. Świadczeniodawca zostanie poinformowany o tym fakcie następującym komunikatem:
„Usunięcie/zakończenie pracy osoby personelu w miejscu/-ach, zmiana nr 83940”
lub
„Usunięcie/zakończenie pracy osoby personelu w miejscu/-ach udzielania świadczeń – przyjęcie wniosku nr 32532 ”,

Operator systemu może odczytać powyższą wiadomość w części poświęconej komunikatom, przy pomocy opcji **Odczyt**. Po wybraniu tej funkcji pojawi się następujące okno podglądu komunikatu operatora:

Rys. 5.92 Komunikaty operatora

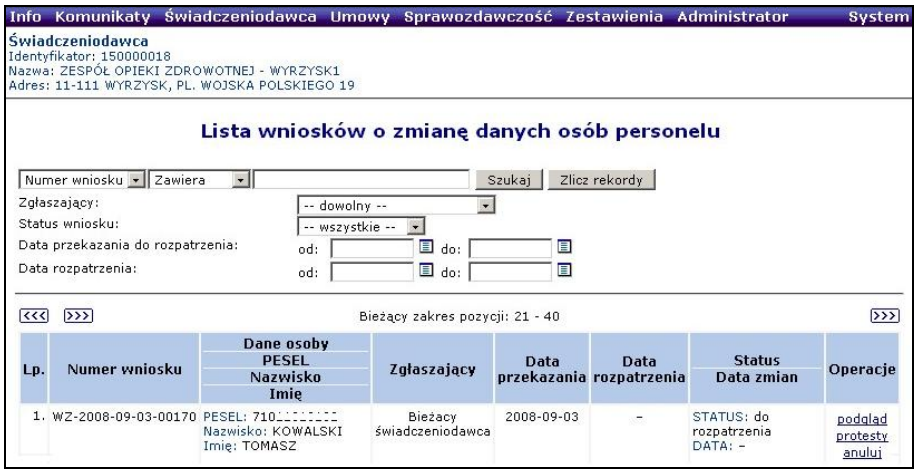
Uwaga!!!
Usunięcie zatrudnienia osoby personelu medycznego powoduje usunięcie danej osoby z systemu oraz całej historii z nią związanej. Dlatego można korzystać z tej opcji tylko w przypadku, gdy personel został przypadkowo zatrudniony.

5.4.7 Wnioski personelu medycznego

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

W górnej części okna umiejscowione zostały filtry, dzięki którym możliwe jest wyszukiwanie poszczególnych pozycji. Użytkownik ma możliwość sortowania według następujących warunków:

- **podstawowych informacji dotyczących zatrudnionej osoby** (imienia, nazwiska, numeru PESEL)
- **numeru wniosku**
- **osoby zgłaszającej**
- **statusu wniosku**
- **daty przekazania do rozpatrzenia**
- **daty rozpatrzenia**



Rys. 5.93 Lista wniosków o zmianę danych osób personelu

Powyższe okno zostało zbudowane na zasadzie tabeli, która składa się z następujących kolumn:

- **Numeru wniosku** – w systemie NFZ
- **Danych osoby** – której dotyczy dany wniosek
- **Zgłaszającego** – informacja, czy wniosek został utworzony przez zalogowanego świadczeniodawcę, czy przez inny podmiot, który zatrudnia tą osobę
- **Daty przekazania** – do OW (a tym samym daty utworzenia wniosku)
- **Daty rozstrzygnięcia**
- **Statusu / daty zmian**
- **Operacji**

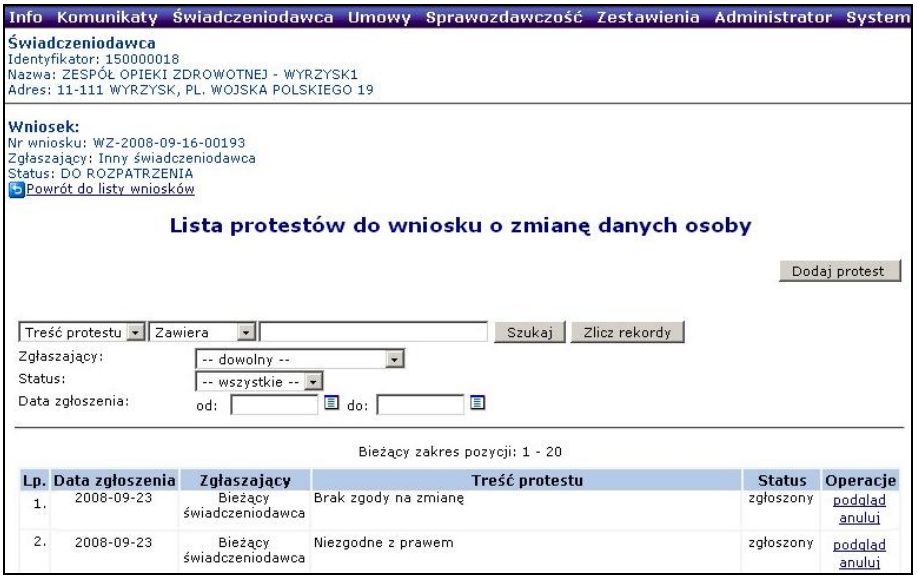
Każdy wniosek może posiadać jeden z następujących statusów:

- ***Do rozpatrzenia***
- ***Przyjęty***
- ***Odrzucony***
- ***Anulowany***

Jeżeli operator systemu stwierdzi, że dany wniosek, który powstał na skutek zmian wprowadzonych przez innego świadczeniodawcę jest np.:

- niezgodny z prawem
- brakuje w nim odpowiednich informacji
- świadczeniodawca nie zgadza się z wnioskiem

może wnieść protest. Jedynie dla wniosku, który posiada status **do rozpatrzenia** można zgłaszać zastrzeżenia. Aby tego dokonać należy z kolumny *Operacji*, wybrać opcję **protesty**.



Rys. 5.94 Lista protestów do wniosków o zmianę danych osoby

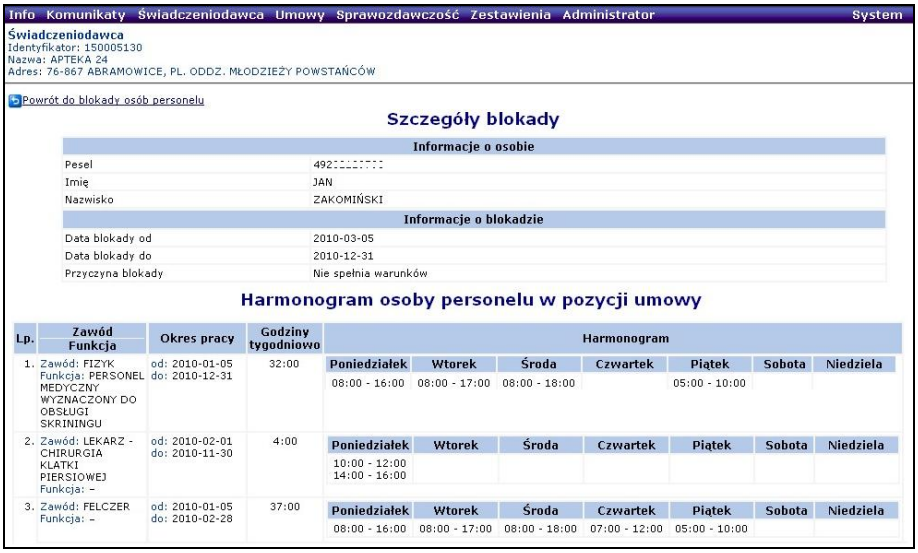
Aby wprowadzić nową pozycję należy skorzystać z opcji **Dodaj protest**, która znajduje się z prawej strony głównego okna listy. Dzięki temu zostanie otworzone nowe okno *Wniesienia protestu do wniosku o zmianę danych osoby personelu*, w którym należy wprowadzić **Treść protestu**. W kolejnym oknie operator musi zatwierdzić *Podsumowanie.*
Protest można przeglądać przy pomocy opcji **Podgląd**, znajdującej się w kolumnie *Operacji* w głównym oknie listy protestów. Dodatkowo operator, który raz wprowadził jakiś protest może go **Anulować**.

5.4.8 Blokady osób personelu medycznego

W Portalu została dodana funkcjonalność **Blokad osób personelu** dostępna z menu ***Świadczeniodawca => Zasoby świadczeniodawcy => Blokady osób personelu***. W miejscu tym znajdują się tylko aktywne blokady osób personelu, które są utworzone dla umów dla danego świadczeniodawcy.

Rys. 5.95 Blokady osób personelu

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



Rys. 5.96 Szczegóły blokady osób personelu

5.5 Wydzielone zasoby świadczeniodawcy

Portal umożliwia rejestrację wydzielonych zasobów świadczeniodawcy – **Personel RTM**. Pod tym pojęciem należy rozumieć osoby personelu medycznego, które zostały zatrudnione w ramach umów ratownictwa medycznego.
Przed rozpoczęciem dodawania personelu dostępnego dla umów RTM należy go najpierw zatrudnić w części **Zasoby świadczeniodawcy**. Procedura zatrudniania nowej osoby została opisana w części Zatrudniony personel medyczny.

Rys. 5.97 Lista personelu RTM

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

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

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

W pierwszej kolejności operator systemowy musi podać:

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

Rys. 5.98 Dodawanie personelu RTM

W drugim etapie należy podać:

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

Rys. 5.99 Dodawanie personelu RTM - Okres pracy

Dla personelu RTM nie ma możliwości rejestrowania harmonogramu szczegółowego. Przedziały czasu, z jakimi może pracować dana osoba z danym zawodem / specjalnością muszą być rozłączne.
Ostatnim krokiem przypisywania osoby do personelu RTM jest **Zatwierdzenie** *Podsumowania*:

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

Opcja **Edytuj** umożliwia modyfikację wszystkich informacji związanych z osobą prócz numeru PESEL oraz zawodu/specjalności.
Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie zatrudnienia RTM dla wybranej osoby.

Rys. 5.100 Lista personelu RTM

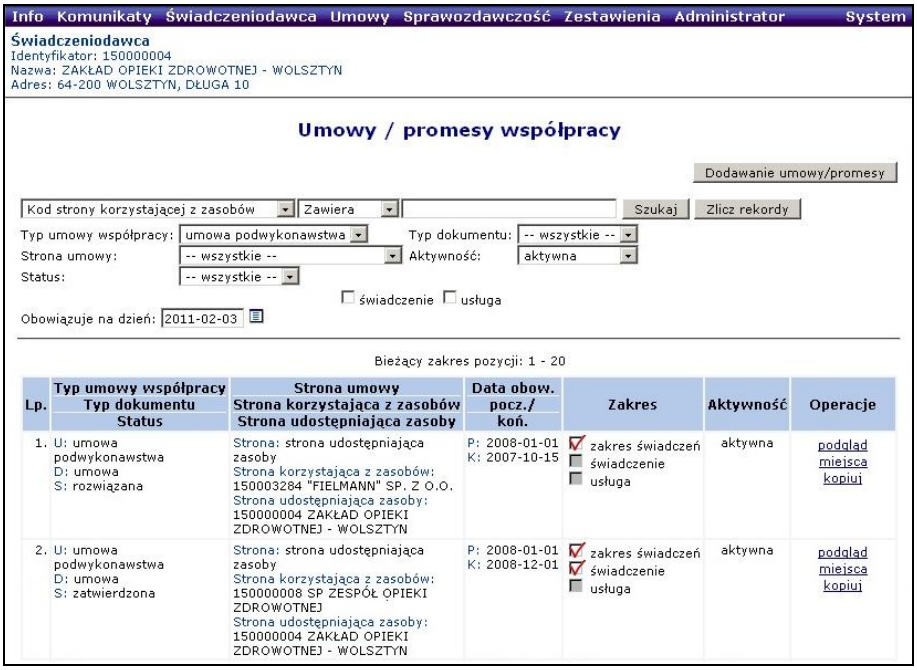
5.6 Umowy / promesy współpracy

5.6.1 Dodawanie umowy / promesy współpracy

Uwaga!!!
Informacje o umowach / promesach współpracy uzupełnia tylko i wyłączenie kontrahent będący stroną udostępniającą zasoby.

Zakładka **Umowy / promesy współpracy** służy do:
- *w przypadku strony korzystającej z zasobów* – przeglądania zawartych umów / promes, jakie zostały podpisane z stroną udostępniającą zasoby,
- *w przypadku strony udostępniającej zasoby* – dodawania podpisanych umów / promes współpracy do systemu.

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



Rys. 5.101 Umowy / promesy współpracy

Strona korzystająca z zasobów to świadczeniodawca, który wykonuje świadczenia bądź usługi dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest jednostką, która składa ofertę wykonywania świadczeń dla NFZ.

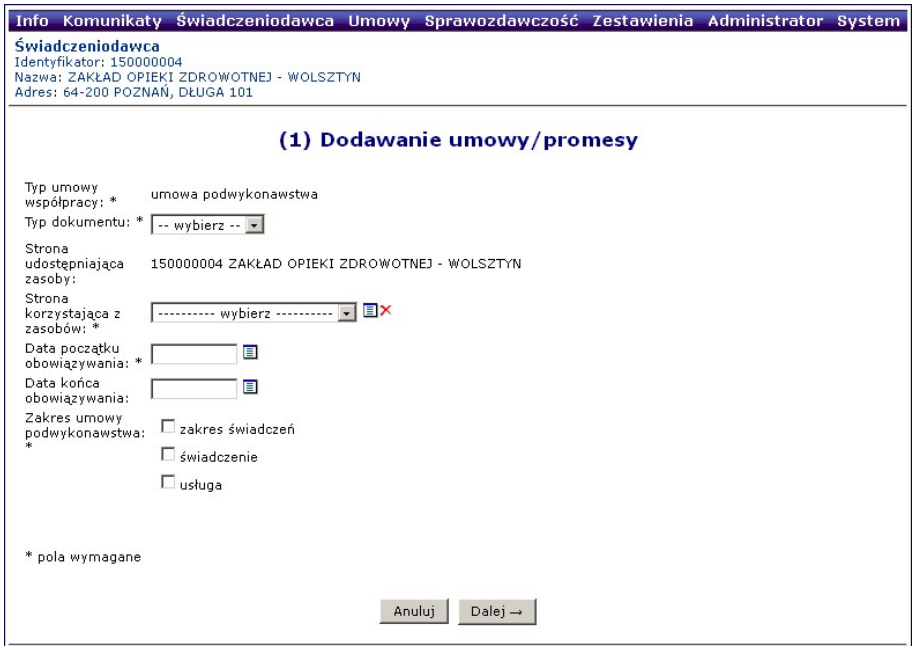
Strona udostępniająca zasoby jest podmiotem, który ma podpisaną umowę/promesę współpracy ze stroną korzystającą z zasobów na wykonywanie pełnego zakresu świadczeń, pojedynczych świadczeń bądź usług. Jest jednostką, która ma podpisaną umowę z stroną korzystającą z zasobów o powykonywanie zakresu świadczeń,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

Na liście dostępny jest filtr **Obowiązuje na dzień**, który jest domyślnie ustawiany na dzień bieżący. Operator systemowy ma możliwość zmiany daty na dowolną inną. Po zastosowaniu powyższego kryterium filtrowania, na liście wyświetlone zostaną umowy/promesy spełniające to kryterium bez względu na aktywność i status (osobne filtry).

W celu dodania nowej umowy/promesy współpracy trzeba wybrać opcję **Dodawanie umowy / promesy.** Czynność ta spowoduje wyświetlenie okna *Dodawania umowy / promesy*, w którym należy uzupełnić:

- **Typ umowy współpracy**
- **Typ dokumentu**:
  - **umowa podwykonawstwa**
  - **umowa konsorcjum**
- **Stronę korzystającą z zasobów**
- **Datę początku obowiązywania**
- **Datę końca obowiązywania**

oraz zaznaczyć **zakres umowy podwykonawstwa**. Może on dotyczyć zakresu świadczeń, świadczenia bądź wykonywania usług. Należy pamiętać, aby każdy z elementów powinien zostać dodatkowo scharakteryzowany.



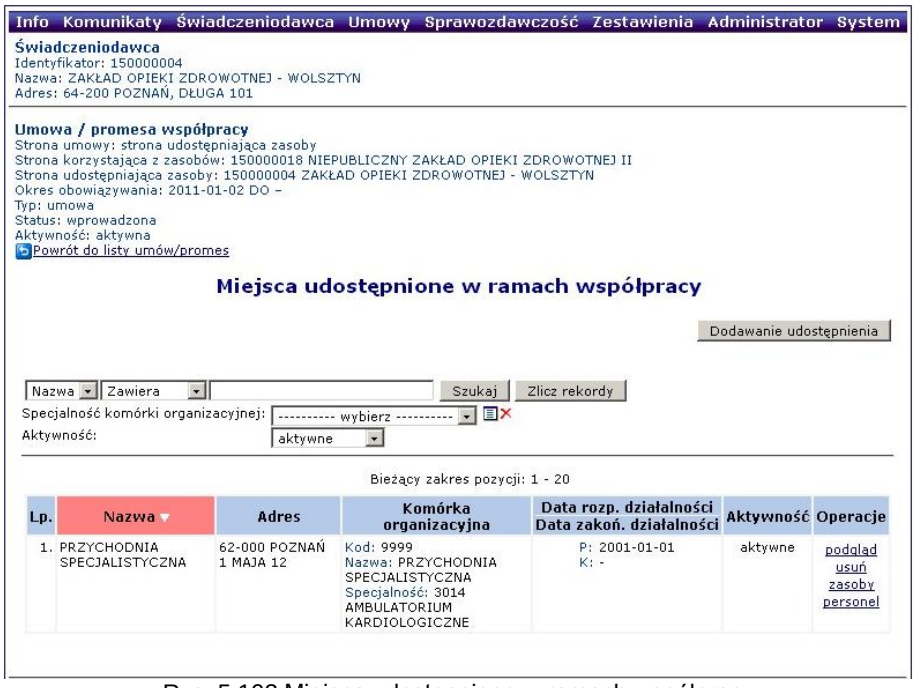
Rys. 5.102 Dodawanie umowy / promesy

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do *Podsumowania*, które należy zatwierdzić, jeżeli wszystkie dane zostały prawidłowo wprowadzone.

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

5.6.2 Udostępnienie miejsc w ramach umowy / promesy współpracy oraz zatwierdzanie

W kolejnym kroku uzupełniania informacji o umowie / promesie współpracy należy dodać miejsca, w których będą wykonywane świadczenia bądź usługi. Miejsca wprowadza się przy pomocy opcji **Miejsca** umieszczonej z prawej strony informacji o umowie/promesie współpracy:



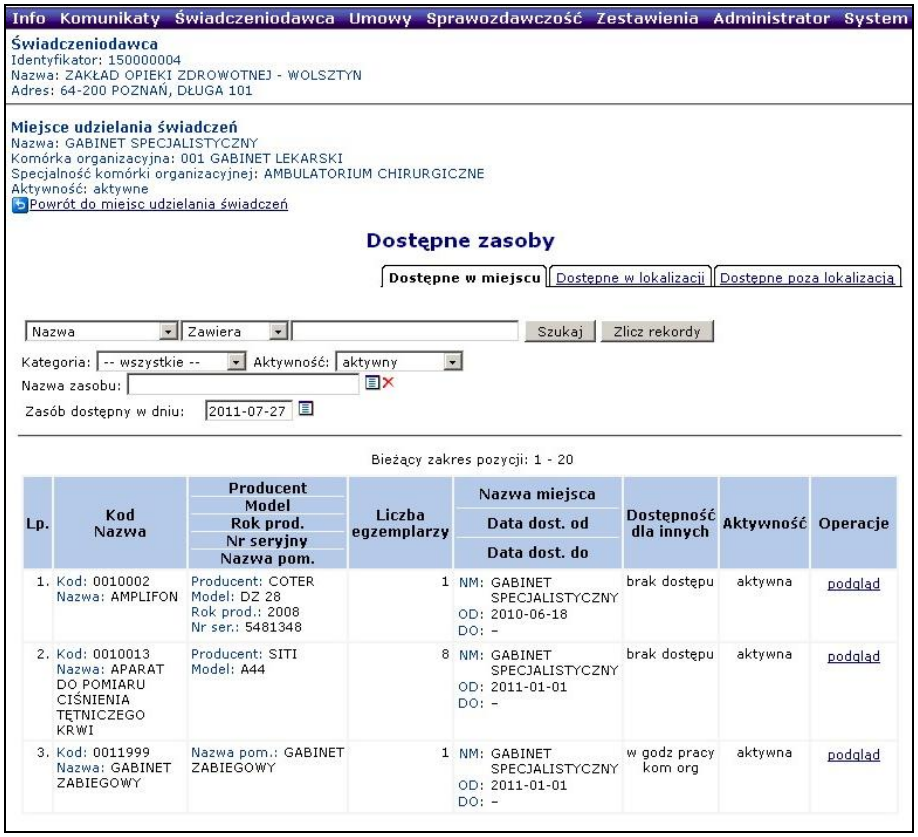
Rys. 5.103 Miejsca udostępnione w ramach współpracy

W celu wprowadzenia nowego miejsca udzielania świadczeń udostępnionego w ramach umowy, należy wybrać opcję **Dodawanie udostępnienia**:

Rys. 5.104 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń

Za pomocą dostępnego słownika należy wskazać udostępnione miejsca udzielania świadczeń. Słownik miejsc pobierany jest z części: **Świadczeniodawca** > **Struktura wykonawcza > Miejsca udzielania świadczeń**.

Po zapisaniu wprowadzonych danych dla każdego udostępnionego miejsca można sprawdzić, jakie zasoby zostaną udostępnione przy pomocy opcji **Zasoby**.



Rys. 5.105 Dostępne zasoby w miejscu

W poszczególnych zakładkach dostępne się następujące informacje:

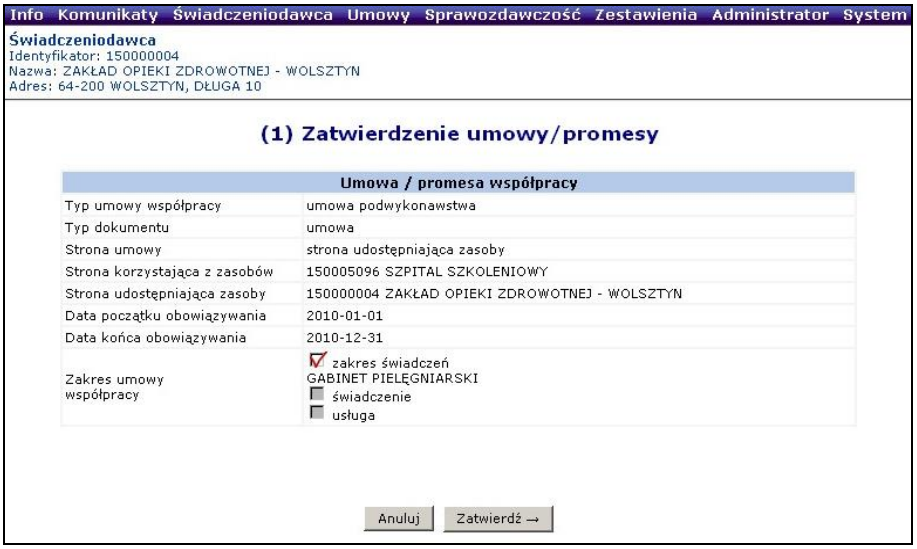
- **Dostępne w miejscu** – zasoby jakie znajdują się w danym miejscu udostępnionym w ramach współpracy
- **Dostępne w lokalizacji** – zasoby jakie znajdują się we wszystkich miejscach wykonywania świadczeń, powiązanych z lokalizacją, do której przypisane jest dane miejsce udostępnienia
- **Dostępne poza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

W celu sprawdzenia m.in. **statusu, producenta, modelu** lub **liczby dostępnych egzemplarzy** należy użyć opcji **Podgląd**.

Po powrocie do okna **Miejsc udostępnionych do podwykonawstwa** przy pomocy opcji **Personel**, operator systemu może zapoznać się z osobami personelu medycznego pracującymi w miejscu udzielania świadczeń. Funkcjonalność ta została opisana w punkcie poświęconym miejscom wykonywania świadczeń.

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

Czynność tą wykonuje się wybierając link **Zatwierdź**. W wyniku tego działania pojawi się okno, w którym należy dokonać ostatecznego zatwierdzenia umowy:



Rys. 5.106 Przykładowe okno zatwierdzania umowy / promesy współpracy

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

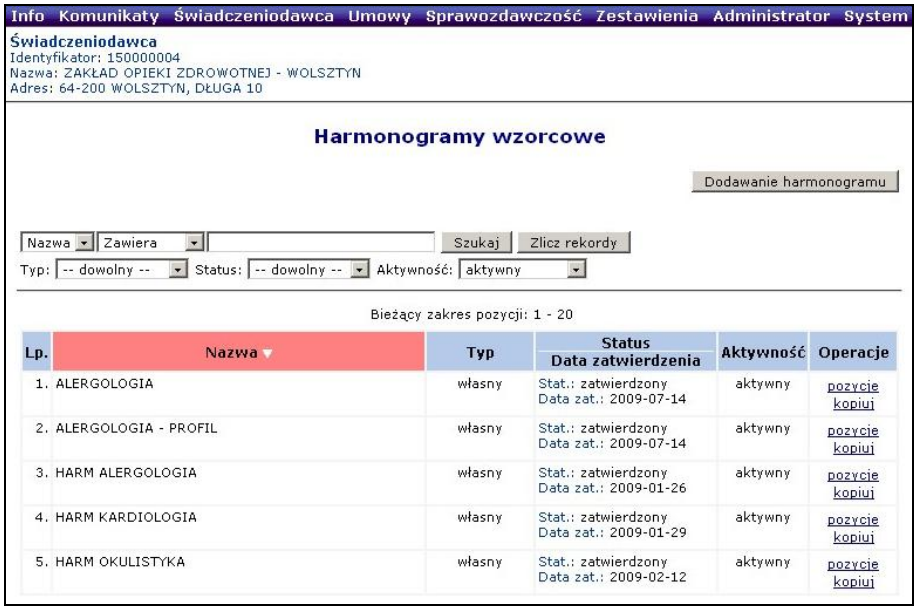
WSZYSTKIE INFORMACJE O UMOWIE / PROMESIE WSPÓŁPRACY MUSZĄ BYĆ WPROWADZONE I ZATWIERDZONE PRZEZ STRONĘ UDOSTĘPNIAJĄCĄ ZASOBY PRZED POBRANIEM PRZEZ STRONĘ KORZYSTAJĄCĄ Z ZASOBÓW PLIKU WERSJI POTWNCJAŁU ŚWIADCZENIODAWCY.

5.6.3 Kopiowanie umowy współpracy

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

5.7 Harmonogramy wzorcowe

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

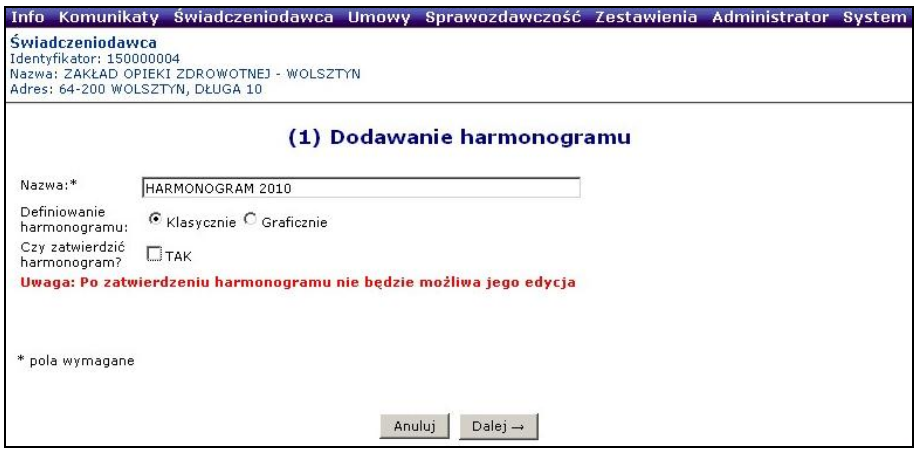


Rys. 5.107 Harmonogramy wzorcowe

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

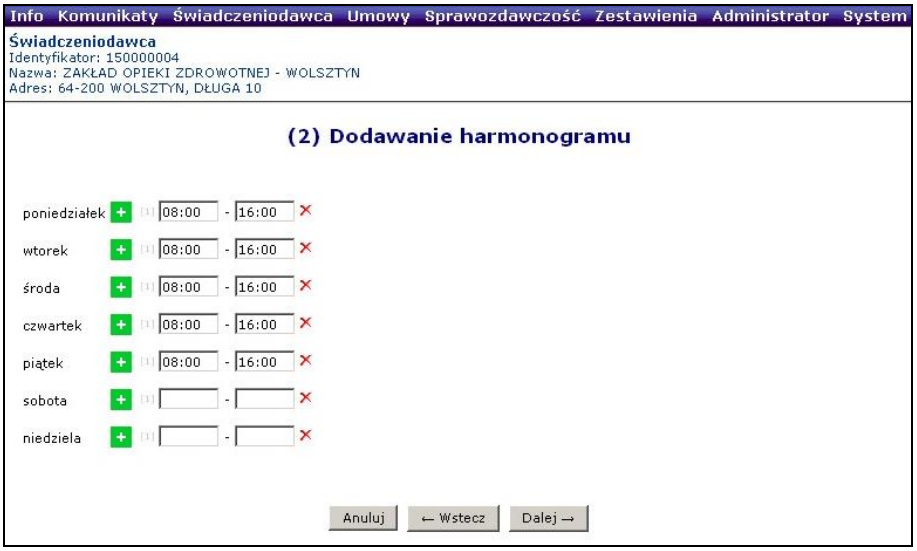
I. Pierwszym etapem jest wprowadzenie:
- **Nazwy harmonogramu**
- **Rodzaju definiowanego harmonogramu**
  - **Klasycznie**
  - **Graficznie**

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



Rys. 5.108 Dodawanie harmonogramu

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



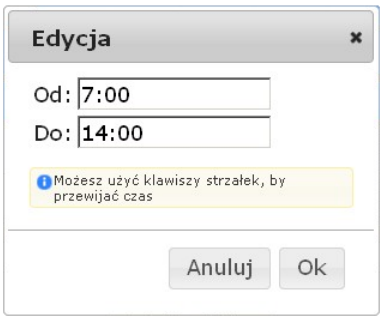
Rys. 5.109 Klasyczne dodawanie harmonogramu - Pozycje

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

Po najechaniu kursorem na zakres godzinowy i kliknięciu prawym przyciskiem myszy wyświetlone zostanie menu, w którym operator systemowy może:

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

Dwukrotne kliknięcie kursorem na pozycji, otwiera szczegółowe okno edycji:



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

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

Po wprowadzeniu harmonogram do systemu pojawi się on na *Liście harmonogramów wzorcowych*. Dla harmonogramów automatycznie zatwierdzonych podczas wprowadzania do systemu w kolumnie *Operacje* dostępna jest tylko opcja **Pozycje** (umożliwiająca podgląd pozycji) oraz **Kopiuj** (umożliwiająca kopiowanie harmonogramu do statusu wprowadzonego).
Natomiast dla harmonogramów wprowadzonych dostępne są opcje:

- **Edytuj** – modyfikacja wszystkich parametrów wybranego harmonogramu
- **Zatwierdź** – zatwierdzenie wybranego harmonogramu
- **Dezaktywuj** – zmiana statusu z aktywnego na nieaktywny

- **Pozycje** – przeglądanie szczegółowych informacji związanych z wybranym harmonogramem
- **Kopiuj** – kopiowanie już istniejącego harmonogramu do pozycji o nowej nazwie. Opcja ta może zostać wykorzystana w chwili gdy należy dodać jakiś harmonogram różniący się tylko jedną pozycją. Dzięki temu nie trzeba będzie dodawać wszystkiego od początku, tylko skopiować już istniejący harmonogram z nową nazwą i zmienić wybrany zakres godzinowy.

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

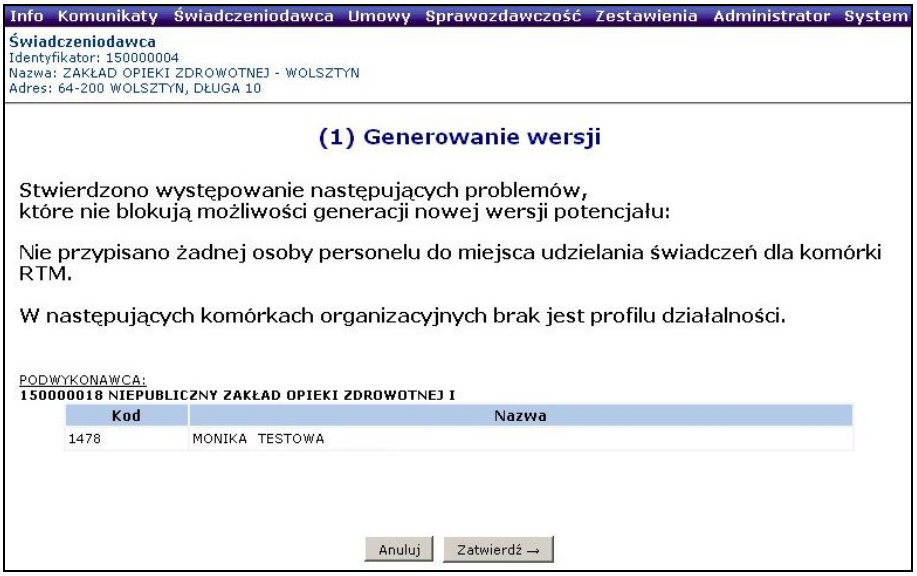
5.8 Wersja profilu świadczeniodawcy

Uwaga!!!
Czynności związane z wygenerowaniem wersji profilu świadczeniodawcy wykonuje się po uzupełnieniu i sprawdzeniu wszystkich danych dotyczących struktury potencjału.
Wprowadzone informacje, generowane są do odpowiednio przygotowanego pliku, który zgodnie z obiegiem dokumentów importowany jest do aplikacji ofertowej (NFZ-KO).

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

Tworzenie i pobieranie wersji profilów wykonuje się przez wybór menu: ***Świadczeniodawca –> Wersja profilu świadczeniodawcy***.
Opcja **Dodawanie nowej wersji profilu – dla aplikacji ofertowej NFZ – KO w wersji 2011.x** umożliwia wygenerowanie nowego profilu do aplikacji konkursowej.

Przed wygenerowaniem nowej wersji profilu system automatycznie sprawdza następujące rzeczy:
- czy we wszystkich miejscach wykonywania świadczeń znajduje się personel
- czy każdy personel medyczny posiada przypisane miejsce i harmonogram (zarówno świadczeniodawca jak i podwykonawca)
Jeżeli wystąpi jakiś błąd, zostanie wyświetlony następujący komunikat:

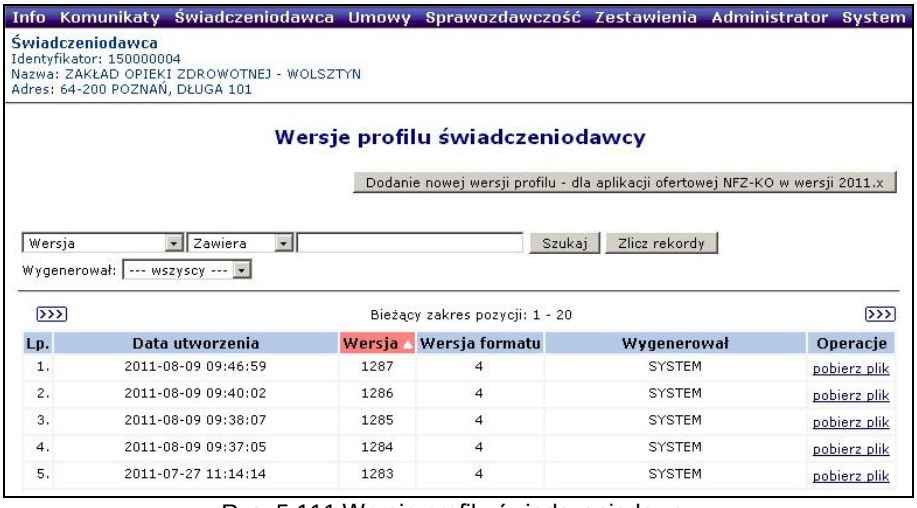


Rys. 5.110 Generacja wersji profilu świadczeniodawcy

Jeżeli operator systemowy chce wyeliminować zgłoszony problem, musi wybrać opcję **Anuluj**, a następnie postąpić zgodnie z komunikatem systemowym.
Natomiast po wybraniu opcji **Zatwierdź** zostanie wygenerowana nowa wersja profilu razem z zgłoszonymi problemami. Dzięki tej funkcjonalności operator systemowy zostanie natychmiast poinformowany przykładowo o brakach profili, jeszcze przed zaimportowaniem go do aplikacji konkursowej.
Lista wersji profilów świadczeniodawcy składa się z następujących kolumn:

- **Data utworzenia**
- **Wersja**
- **Wersja formatu**
- **Wygenerował**
- **Operacje**

Aby zapisać profil na twardym dysku należy skorzystać z opcji **pobierz plik**, dostępnej w kolumnie ***Operacji***:



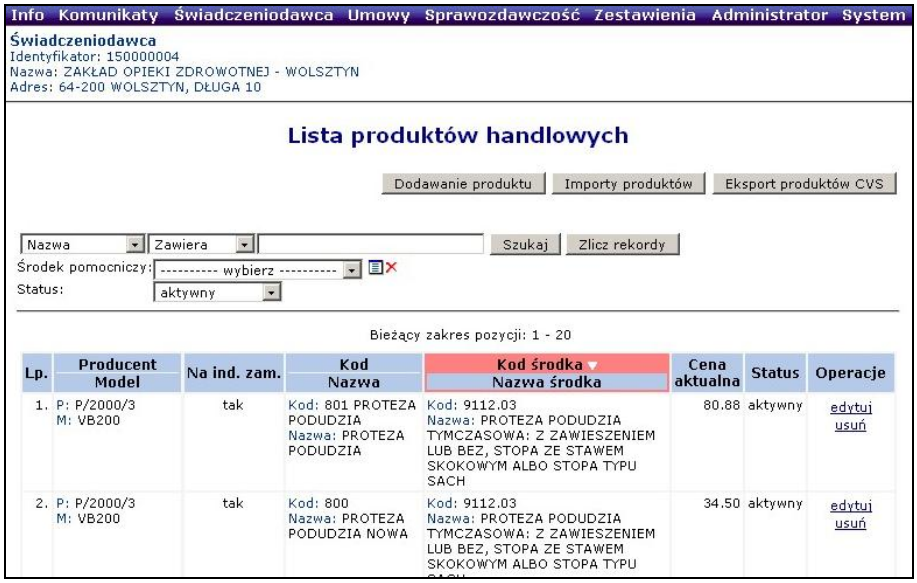
Rys. 5.111 Wersje profilu świadczeniodawcy

5.9 Zaopatrzenie – tylko dla oferentów w rodzaju ZPO

Dla oferentów chcących kontraktować zakresy świadczeń w rodzaju Zaopatrzenie sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne dodatkowo udostępnione zostały funkcje uzupełniania informacji o produktach handlowych oferowanych w ramach kontraktu oraz zestawach produktów wykorzystywanych w ofercie.
W większości wypadków, świadczeniodawcy mają uzupełnione w Portalu SZOI informacje o produktach handlowych, gdyż funkcjonalność ta była dostępna w poprzednich wersjach systemu, w celu dokonania aktualizacji danych w OW NFZ.

Jeśli wprowadzają Państwo nowy produkt handlowy, konieczne jest dodanie produktu do listy.

Czynność tą wykonuje się po wybraniu opcji menu: **Świadczeniodawca – Zaopatrzenie – Produkty handlowe**. Po wybraniu menu otwarte zostanie okno ***Listy produktów handlowych*** pozwalające na dodawanie, edycję oraz przeglądanie wszystkich wprowadzonych produktów.



Rys. 5.112 Lista produktów handlowych

5.9.1 Dodanie produktu

W celu dodania nowego produktu do listy, należy skorzystać z przycisku Dodawanie produktu, który znajduje się w prawym górnym rogu okna ***Listy produktów handlowych***.

Następnie w oknie ***Dodaj produkt*** należy wprowadzić następujące informacje:

- Środek pomocniczy - wybierany ze słownika produktów za pomocą funkcji wyboru
- Kod handlowy,
- Nazwę handlową,
- Producenta,
- Model,
- Cenę aktualną,
- Oznaczenie, czy produkt został przygotowany na zamówienie indywidualne,

Rys 5.2 Dodawanie produktu

Podczas wybierania środka pomocniczego / przedmiotu ortopedycznego należy posłużyć się słownikiem, który od 2008 roku jest jednolity dla całego kraju.

Rys. 5.113 Centralny słownik środków / przedmiotów

Wybranie odpowiedniego przedmiotu / środka następuje po kliknięciu na jego **Kod**.

W górnej części okna ***Centralny słownik środków pomocniczych*** znajdują się filtry umożliwiające wyszukanie danego produktu wg kodu lub nazwy. Aby to zrobić należy wybrać z rozwijalnego menu kryteria. Jeżeli wybrane filtry są zgodne, z choć jednym istniejącym produktem/środkiem to zostanie on wyświetlony na liście.

Pole **Kod handlowy produktu** oraz **Nazwa handlowa produktu** (w oknie ***Dodaj produkt***) to kod i nazwa przypisana produktowi **przez oferenta**. Ważne jest, by w każdym miejscu wykonywania świadczeń (punkcie realizacji) ten sam produkt miał dokładnie ten sam kod i nazwę. Realizator powinien zapewnić, aby pod daną parą pól: kod i nazwa, w każdym z województw był dokładnie taki sam środek. System został wyposażony w funkcję eksportu słownika do pliku CSV oraz funkcję importu nowych pozycji z pliku CSV do słownika w bazie OW NFZ poprzez SZOI (operacja wymiany danych wykonywana jest w oparciu o kod handlowy i nazwę handlową produktu), co pozwoli na proste i szybkie aktualizowanie

bazy produktów handlowych we wszystkich punktach. Dlatego też istotne jest, aby kod handlowy i nazwa handlowa były unikalne w ramach świadczeniodawcy.
Pole **sugerowana cena** nie jest polem obligatoryjnym. Oferent może w tym miejscu uzupełnić informację o cenie handlowej produktu. **W przypadku środków sprzedawanych na sztuki jest to cena za sztukę produktu/środka (nie całe opakowanie).**
Opcję **na ind. zamówienie** należy zaznaczyć tylko w przypadku produktów, które są realizowane na indywidualne zamówienie klienta.

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych w oknie ***Dodawania produktu*** należy przejść **Dalej** a następnie **Zatwierdzić** *Podsumowanie*:

Rys. 5.114 Dodawanie produktu - Podsumowanie

Dodany produkt zostanie zapisany na liście produktów handlowych. Do momentu jego włączenia do zestawu, produkt można modyfikować lub usunąć z listy:

Rys. 5.115 Lista produktów handlowych

W aplikacji znajduje się funkcjonalność, która automatycznie aktualizacje cen produktów handlowych na podstawie wniosku o aneks do umowy w zakresie asortymentu ZPO w momencie przekazania wniosku do rozpatrzenia. Dzięki takiemu rozwiązaniu do dyspozycji kontrahenta będzie zawsze ostatnia cena produktu zgłoszona do umowy.

Do każdego dodanego produktu przyporządkowane są następujące funkcje:

- **Edytuj** - umożliwia poprawienie wprowadzonych danych produktu. Zmiana informacji następuje w analogiczny sposób jak dodawanie nowego produktu. Pola, które podczas edycji nie podlegają zmianie to kod i nazwa produktu;
- **Usuń** – umożliwia usunięcie produktu. Kliknięcie na przycisk **Zatwierdź** w oknie ***Usuń produkt*** spowoduje usunięcie danych. **Proces usunięcia jest procesem jednorazowym i nieodwracalnym;**

Uwaga!
Usunąć można jedynie produkty, które nie znajdują się w zatwierdzonych zestawach. W przypadku, gdy użytkownik próbuje usunąć produkt znajdujący się już w zatwierdzonym zestawie wyświetlony zostanie odpowiedni komunikat:

Rys. 5.116 Komunikat - próba usunięcia produktu z zatwierdzonego zestawu

5.9.2 Import produktów handlowych z pliku CSV

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

Rys. 5.117 Lista importów produktów handlowych

Po użyciu przycisku Import pliku CSV należy w oknie **Import pliku CSV** wskazać miejsce skąd ma być zaczytany plik CSV – umożliwia to przycisk Przeglądaj....

Rys. 5.118 Wybór pliku do importu słownika produktów

Uwaga!

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

Struktura importowanego pliku csv musi zawierać następujące dane (pola):

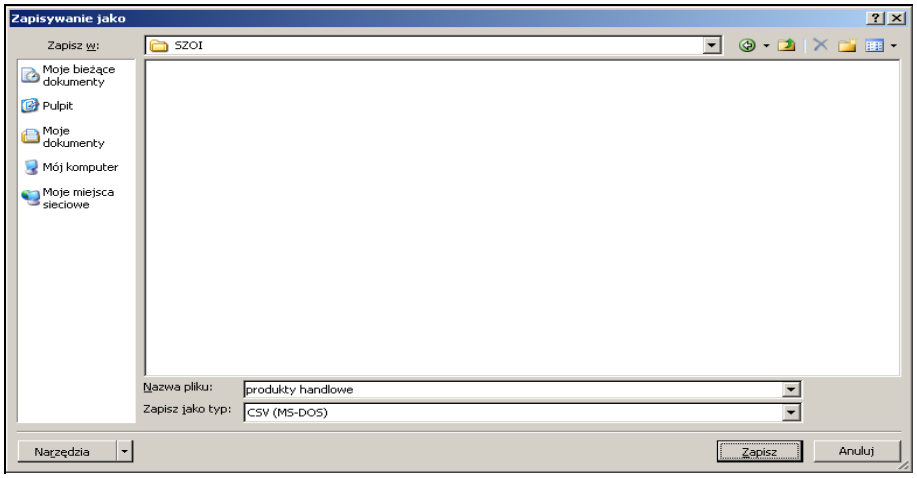
- **id-prod-handl –** unikalny w zakresie świadczeniodawcy kod środka, nadawany przez świadczeniodawcę, w celu jednoznacznej identyfikacji środka pomiędzy różnymi OW NFZ.
- **kod-srodka-nfz –** kod środka wg. NFZ – konieczny do prawidłowego powiązania, w celu określenia limitów cen i okresów ważności.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

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

Maksymalne długości pól wynoszą odpowiednio:

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

Pliki CSV zapisywane w arkuszu MS Excel powinny być zapisywane w jako plik: **CSV(MS-DOS) -** nie CSV (rozdzielany przecinkami)



Rys. 5.119 Zapis produktów handlowych do pliku csv w arkuszu Excel

Przykładowy plik csv importu produktów wygląda następująco.:

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

Importowany słownik produktów znajdzie się na liście importów.

Na liście importów produktów widoczne są informacje:

- Lp (liczba porządkowa),
- Data importu,
- Nazwa pliku,
- Status importu,
- Komunikat,
- Operacje

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

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

Przykładowe komunikaty mogą wyglądać następująco:

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

Jeżeli w pliku csv wartości w polach: **id-prod-handl i nazwa-handlowa** nie będą unikalne (w pliku znajdą się, co najmniej dwa środki posiadające ten sam kod handlowy i nazwę handlową) wówczas pozycje te zostaną pominięte podczas importu. W takim przypadku w kolumnie **Operacje**, dostępna jest opcja ***Pozycje pominięte.*** Umożliwia ona podgląd szczegółowych informacji o pozycjach, które nie zostały zaczytane do Portalu SZOI w oknie ***Lista produktów pominiętych podczas importu.***

Lp.	Producent Model	Na ind. zam.	Kod Nazwa	Cena aktualna
1.	P: P/2000/3 M: VB200	tak	Kod: 800 Nazwa: PROTEZA PODUDZIA NOWA	34.50
2.	P: P/2000/3 M: VB200	tak	Kod: 801 PROTEZA PODUDZIA Nazwa: PROTEZA PODUDZIA	80.88
3.	P: PRODUCENT PROTEZ ZZZ M: P/2000/4	nie	Kod: 1200 Nazwa: PROTEZA UDA NOWA	130.00
4.	P: PRODUCENT PROTEZ ZZZ M: P/2000/4	nie	Kod: 800 PROTEZA Nazwa: PROTEZA UDA	90.40
5.	P: ABC M: STY-08	nie	Kod: PROTEZA 01 Nazwa: PROTEZA OKA 01	70.00
6.	P: PRODUCENT BV M: BV2000	nie	Kod: PROTEZA 02 Nazwa: PROTEZA OKA 02	56.60
7.	P: ABC M: AZ	nie	Kod: 123/4 Nazwa: PROTEZA	60.00
8.	P: NNN M: 123/N	tak	Kod: 9225 Nazwa: PROTEZA OKA	0.00
9.	P: PRODUCENT ABC M: ZX/2000	tak	Kod: 9231 APARAT Nazwa: APARAT SŁUCHOWY	120.00
10.	P: PRODUCENT BBB M: CV/2003/9	tak	Kod: 9200 APARAT Nazwa: WKŁADKA USZNA	45.68
11.	P: PRODUCENT CBV M: CBV 2999	nie	Kod: 801-2 Nazwa: SYSTEMY WSPOMAGAJĄCE SŁYSZENIE	45.70
12.	P: PROD TTT M: WR-2005	nie	Kod: CEWNIK 01 Nazwa: CEWNIK/ZEWN 01	60.70
13.	P: COTER M: ZT53	nie	Kod: 3723 Nazwa: CEWNIK	43.00
14.	P: PROD BN M: BN 200/1	nie	Kod: WORKI 01 Nazwa: WORKI SAMOPRZ 01	34.00
15.	P: PROD WWW M: WWW2000	tak	Kod: PAS PRZEP 01 Nazwa: PAS PRZEPUKL 01	70.00

Rys. 5.120 Lista produktów pominiętych podczas importu

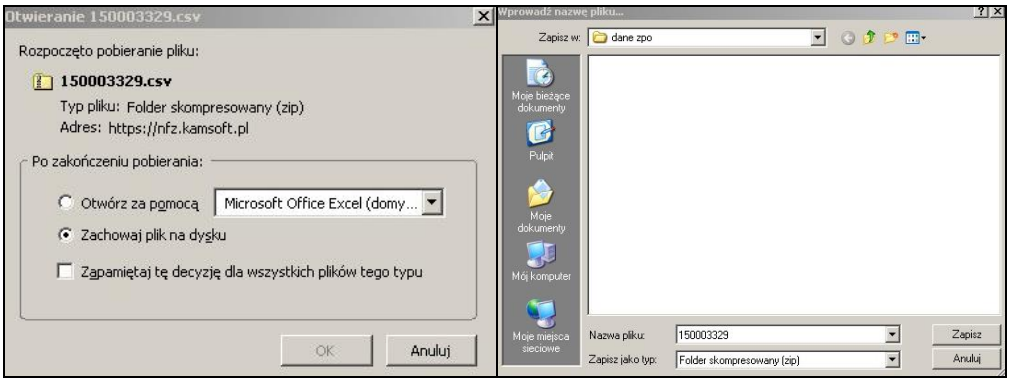
W górnej części okna produktów pominiętych znajduje się filtr umożliwiający wyszukanie danego produktu wg jednego z kryteriów:

- Kod
- Nazwa
- Producent
- Model

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

5.9.3 Eksport produktów handlowych do pliku CSV

Jeśli operator uzupełnił listę produktów handlowych i chciałby wprowadzone dane wykorzystać w innym punkcie realizacji (np.: do celów uzupełnienia oferty składanej do innego Oddziału Wojewódzkiego) może skorzystać z opcji Eksport produktów CVS. Opcja ta umożliwi zapisanie wszystkich wprowadzonych produktów do pliku i późniejszy import tych danych do SZOI.



Rys. 5.121 Import słownika

Przykładowy plik produktów wyeksportowanych z SZOI wygląda następująco:

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

Rys. 5.122 Plik wyeksportowanych produktów do csv

5.10 Zestawy produktów handlowych

Po wprowadzeniu produktów handlowych należy przystąpić do przygotowania zestawów handlowych grupujących wybrane produkty, które należy samemu zdefiniować. Pogrupowanie produktów w zestawy znacząco ułatwia i przyspiesza m.in. tworzenie oferty do NFZ.
Aby utworzyć zestaw należy wybrać zakładkę: **Świadczeniodawca -> Zaopatrzenie -> Zestawy produktów**.

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

Funkcja Dodawanie zestawu przeznaczona jest do dodawania nowego zestawu produktów do systemu. W oknie ***Dodawanie zestawu produktów*** należy w sposób jednoznaczny określić poniższe dane:

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

Rys. 5.123 Dodawanie zestawu produktów handlowych

Jeżeli wszystkie dane się zgadzają należy wybrać opcję **Dalej** by zapisać zestaw.
Następnie w oknie ***Dodawanie zestawu produktów handlowych - Podsumowanie*** potwierdzamy zapisanie zestawu przyciskiem **Zatwierdź**.

Po zatwierdzeniu zestaw będzie widoczny w oknie **Zestawy produktów handlowych:**

Rys. 5.124 Zestawy produktów handlowych

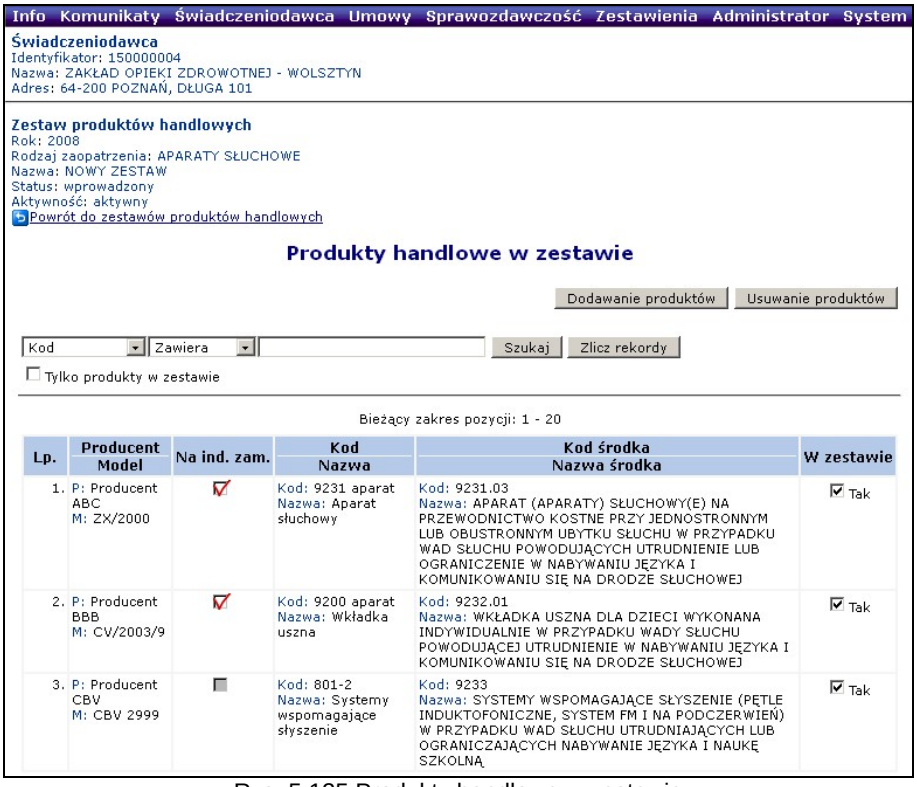
Dla każdego ***wprowadzonego*** zestawu na liście udostępniane są operacje umożliwiające:

- **Edytuj** – zmiana nazwy zestawu;
- **Dezaktywuj** – dezaktywacja informacji o wprowadzonym zestawie – dezaktywowany zestaw nie może być przywrócony;
- **Zatwierdź** - zatwierdzenie zestawu;
- **Kopiuj** –skopiowanie zestawu produktów;
- **Produkty** –przeglądanie produktów skojarzonych z zestawem (pod warunkiem, że produkty zostały zdefiniowane).

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

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

Dodany zestaw zostanie zapisany na liście ze statusem **wprowadzony**. Kolejną czynnością po dodaniu zestawu jest przyporządkowanie do niego produktów wydawanych w określonym punkcie realizacji.
Opcja **Produkty** umożliwia przypisanie do wybranej pozycji produktów , które będą wchodzić w jego skład. Zadaniem operatora jest oznaczenie tych produktów, które mają znaleźć się w definiowanym zestawie. Czynność tą wykonuje się klikając w kwadrat w kolumnie **W zestawie** dla właściwego produktu. Istnieje możliwość dodania wszystkich produktów do zestawu naraz. W tym celu należy skorzystać z opcji ***Dodawanie wszystkich produktów***. Po jej zatwierdzeniu wszystkie produkty, jakie znajdują się na liście zostaną podpięte do danego zestawu.



Rys. 5.125 Produkty handlowe w zestawie

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

Zaznaczenie opcji **Tylko produkty w zestawie** umożliwi wyświetlenie listy produktów przypisanych do wybranego zestawu.

W górnej części okna produktów z danego zestawu znajdują się filtry umożliwiające wyszukanie danego produktu wg jednego z następujących kryteriów:

- **Kod,**
- **Nazwa,**
- **Kod środka,**

- **Nazwa środka,**
- **Producent,**
- **Model.**

Po wybraniu odpowiednich warunków i wpisaniu szukanego ciągu znaków w polu, należy użyć przycisku **Szukaj.** Jeżeli wybrane filtry są zgodne, z choć jednym istniejącym produktem/środkiem to zostanie on wyszukany w zestawie.

Po zakończeniu prac przypisywania produktów do zestawu należy wybrać opcję **Powrót do zestawów produktów handlowych**. Oznaczone pozycje zostaną ostatecznie powiązane z zestawem.
Zapisany w ten sposób zestaw produktów nadal może być edytowany. W celu modyfikacji danych o zestawie należy użyć opcji **Edytuj** z poziomu okna ***Zestawy produktów handlowych***.

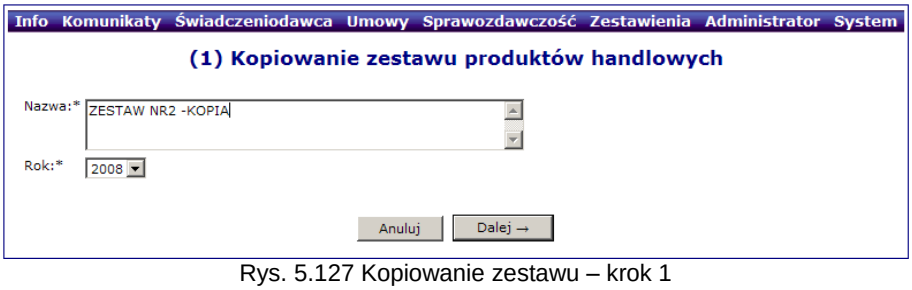
Po wprowadzeniu produktów do zestawu należy go zatwierdzić wybierając operację **Zatwierdź**. (Zatwierdzenie jest ostatnim elementem definicji zestawu).
Należy pamiętać, że zatwierdzić można tylko zestaw, który posiada zdefiniowane produkty. W przypadku próby zatwierdzenia zestawu, który nie zawiera żadnego produktu wyświetlany zostanie komunikat:

Rys. 5.126 Komunikat-próba zatwierdzenia zestawu bez przypisanych produktów

W takim wypadku należy wybrać **Cofnij** i uzupełnić produkty w zestawie.

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

Opcja **Kopiuj** pozwala na skopiowanie wybranego zestawu produktów. Funkcja ta może być wykorzystana w przypadku, gdy istnieje konieczność modyfikacji danych w zatwierdzonym zestawie, (ponieważ zatwierdzonego zestawu nie można już edytować).
Po użyciu funkcji **Kopiuj** wyświetlone zostanie okno, w którym należy podać **Nazwę** oraz **Rok** obowiązywania dla kopiowanego zestawu.



Rys. 5.127 Kopiowanie zestawu – krok 1

Po wprowadzeniu danych należy w kolejnym oknie ***Kopiowanie zestawu produktów handlowych – Podsumowanie*** potwierdzić operację kopiowania poprzez przycisk **Zatwierdź.**

Rys. 5.128 Kopiowanie zestawu-krok 2

Skopiowany zestaw będzie posiadał status **Wprowadzony** i będzie zawierał wszystkie produkty z zestawu źródłowego. Na takim zestawie można wykonywać modyfikacje.

W oknie ***Zestawy produktów handlowych*** dostępna jest także opcja **Eksport pliku do NFZKO.** Pozwala ona na wyeksportowanie do aplikacji konkursowej służącej do przygotowania wniosku w rodzaju zaopatrzenie wszystkich aktywnych zestawów. Po użyciu przycisku **Eksport pliku do NFZKO** należy wskazać miejsce zapisu pliku z danymi o zaopatrzeniu. Jest to plik z rozszerzeniem ***.OFZ** (plik ten może być importowany tylko i wyłącznie do aplikacji ofertowej)

Uwaga!
Plik nie może być przenoszony pomiędzy Portalami różnych Oddziałów NFZ.

5.11 Dokumenty przekazania potencjału - Cesje

Aby ułatwić świadczeniodawcom pracę, w Portalu SZOI wprowadzono możliwość przekazywania zasobów potencjału pomiędzy świadczeniodawcami w ramach obsługi procesu cesji.

Pod pojęciem cesji rozumie się przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcy będącego cedentem na cesjonariusza. Umożliwia to kontynuację realizowania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy podmiot będący stroną umowy z Funduszem zmienia swój status prawny i ulega przekształceniu w inny podmiot lub też jest przejmowany przez inny podmiot. Celem dokumentu przekazania potencjału jest formalne wskazanie przez cedenta jaki potencjał ma zostać przekazany cesjonariuszowi.

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

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

Natomiast świadczeniodawcę ubiegającego się o przeniesienie na siebie praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia nazywamy **Cesjonariuszem** (***świadczeniodawca przyjmujący elementy opisujące potencjał***).

System Zarządzania Obiegiem Informacji umożliwia wprowadzenie następujących dokumentów przekazania potencjału:

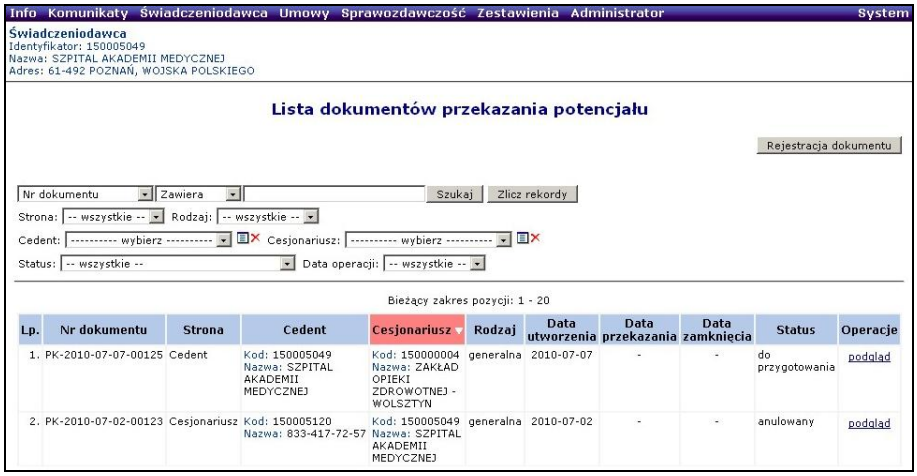
- **Cesja generalna** (całkowita) – przeniesienie całości praw i obowiązków jakie aktualnie znajdują się w systemie oraz są aktywne w dniu tworzenia dokumentu przekazania potencjału.
- **Cesja syngularna** (częściowa) – przeniesienie części praw i obowiązków – cedent może wybrać miejsca wykonywania świadczeń,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

5.11.1 Cedent

Wszystkie informacje związane przekazywaniem potencjału w ramach cesji można przeglądać w menu **Świadczeniodawca** -> **Przekazanie potencjału**.
W nowo otwartej *Liście dokumentów przekazania potencjału* operator może zapoznać się z dokumentami przekazania potencjału dotyczącymi wybranego świadczeniodawcy. Okno to można podzielić na:

1. Część umożliwiającą wyszukiwanie pozycji, według następujących kryteriów:
    - **Numeru dokumentu, kodu oraz nazwy cedenta, kodu oraz nazwy cesjonariusza**
    - **Strony**
    - **Rodzaju cesji**
    - **Cedenta**
    - **Cesjonariusza**
    - **Statusu**
    - **Daty utworzenia/przekazania/zamknięcia**
2. Listę pozycji spełniających wybrane kryteria, która składa się z:
    - **Numeru dokumentu**

- **Strony**
- **Cedenta**
- **Cesjonariusza**
- **Rodzaju**
- **Daty utworzenia**
- **Daty przekazania**
- **Daty zamknięcia**
- **Statusu**
- **Operacji**



5.129 Lista dokumentów przekazania potencjału

W celu wprowadzenia nowego dokumentu przekazania do systemu należy skorzystać z opcji **Rejestracja dokumentu**.

Uwaga !!!
Świadczeniodawca przekazujący potencjał w ramach cesji musi uzyskać zgodę swojego OW NFZ na ten proces. Jeśli taka zgoda nie zostanie wydana przez Oddział Wojewódzki, świadczeniodawca nie będzie miał możliwości rejestracji nowego dokumentu przekazania potencjału w Portalu SZOI.

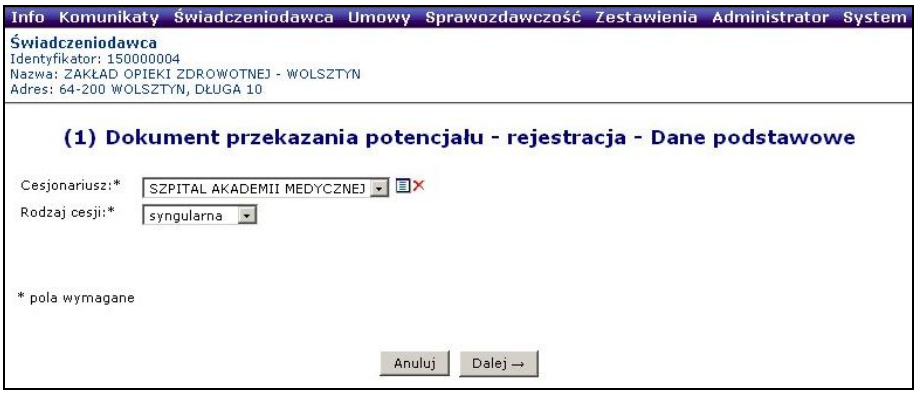
Podmiot przekazujący (cedent) wprowadza w systemie dokument opisujący przekształcenie własnościowe, wskazując w nim:

- **Cesjonariusza** (musi on posiadać konto w Portalu)
- **Rodzaj cesji:**
  - **Cesja generalna**
  - **Cesja syngularna**

Rys. 5.130 Dodawanie dokumentu przekazania - Cesja generalna - Dane podstawowe

W przypadku cesji generalnej (całkowitej) następuje automatyczne wskazanie potencjału podpiętego pod

wszystkie aktywne miejsca wykonywania świadczeń, jakie aktualnie znajdują się w systemie.
W przypadku jeżeli świadczeniodawca nie chce przekazywać cesjonariuszowi całego potencjału może zamiast przekazania potencjału odnoszącego się do cesji generalnej wybrać dokument przekazania potencjału cesji syngularnej:

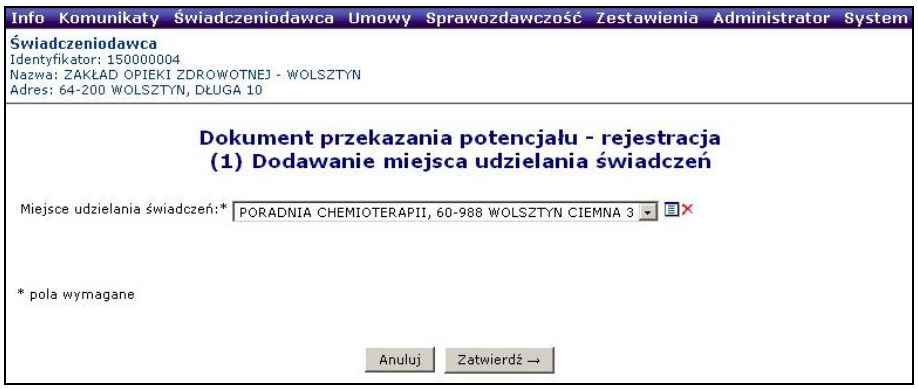


Rys. 5.131 Dodawanie dokumentu przekazania - Cesja syngularna - Dane podstawowe

Wybierając cesję syngularną (częściową) cedent jawnie wskazuje, z których miejsc wykonywania świadczeń potencjał ma zostać skopiowany. Aby wprowadzić nowe miejsce do cesji należy skorzystać z opcji **Dodaj**:

Rys. 5.132 Lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania

Zaznaczenie **checkboxa** obok pytania **Czy przenieść personel RTM?** umożliwi przepisanie personelu do cesji.
Należy pamiętać, że aktywne miejsce wykonywania świadczeń wraz z potencjałem może zostać przekazane tylko jeden raz, chyba że dokument przekazania został anulowany lub cesjonariusz odmówił przejęcia zasobów miejsca.

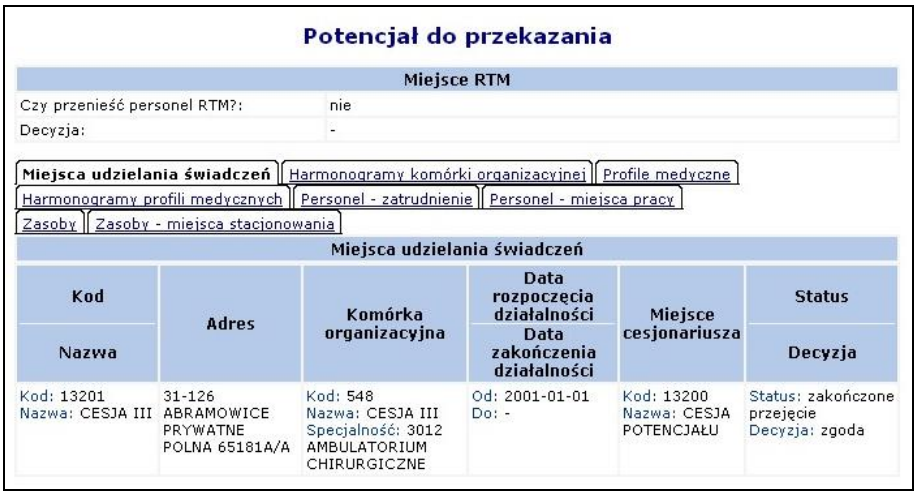


Rys. 5.133 Dodawanie miejsca udzielania świadczeń

Ostatnim etapem dodawania dokumentu przekazania potencjału cesji do systemu jest *Podsumowanie*.

W jego dolnej części użytkownik może przeglądać potencjał, który zostanie przekazany w wybranej cesji:

1. Miejsca udzielania świadczeń

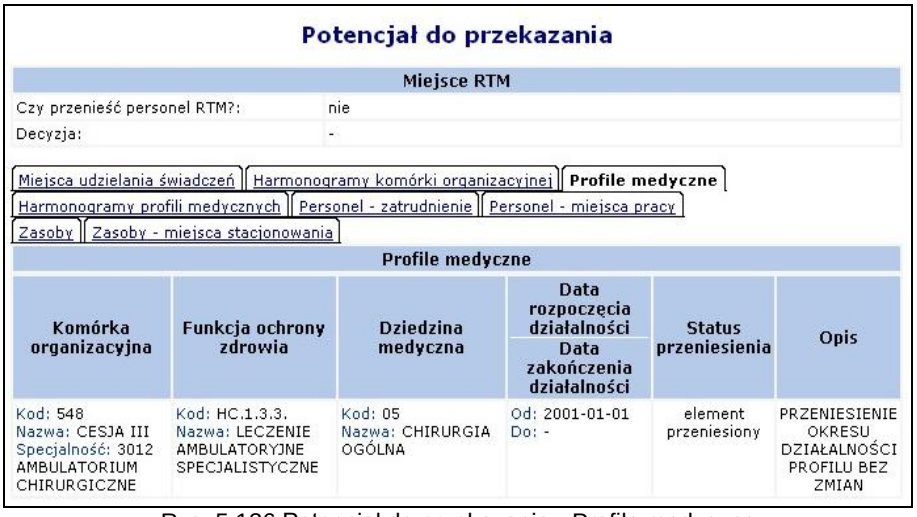


Rys. 5.134 Potencjał do przekazania - Miejsca udzielania świadczeń

2. Harmonogram komórki organizacyjnej:

Rys. 5.135 Potencjał do przekazania - Harmonogramy komórki organizacyjnych

3. Profile medyczne



Potencjał do przekazania

Miejsce RTM	
Czy przenieść personel RTM?:	nie
Decyzja:	-

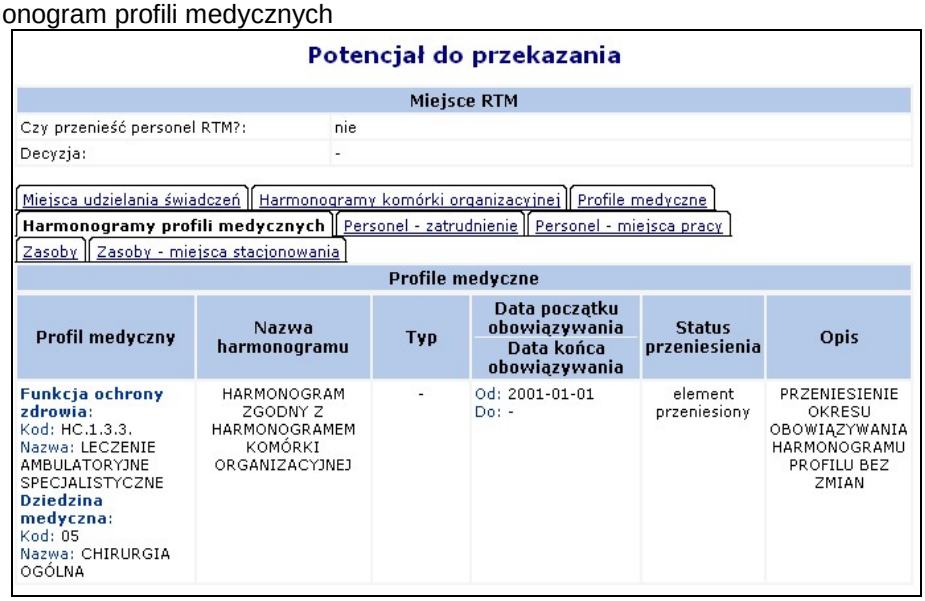
Miejsca udzielania świadczeń | Harmonogramy komórki organizacyjnej | **Profile medyczne** | Harmonogramy profili medycznych | Personel - zatrudnienie | Personel - miejsca pracy | Zasoby | Zasoby - miejsca stacjonowania

Profile medyczne

Komórka organizacyjna	Funkcja ochrony zdrowia	Dziedzina medyczna	Data rozpoczęcia działalności / Data zakończenia działalności	Status przeniesienia	Opis
Kod: 548 Nazwa: CESJA III Specjalność: 3012 AMBULATORIUM CHIRURGICZNE	Kod: HC.1.3.3. Nazwa: LECZENIE AMBULATORYJNE SPECJALISTYCZNE	Kod: 05 Nazwa: CHIRURGIA OGÓLNA	Od: 2001-01-01 Do: -	element przeniesiony	PRZENIESIENIE OKRESU DZIAŁALNOŚCI PROFILU BEZ ZMIAN

Rys. 5.136 Potencjał do przekazania - Profile medyczne

4. Harmonogram profili medycznych



Potencjał do przekazania

Miejsce RTM	
Czy przenieść personel RTM?:	nie
Decyzja:	-

Miejsca udzielania świadczeń | Harmonogramy komórki organizacyjnej | Profile medyczne | **Harmonogramy profili medycznych** | Personel - zatrudnienie | Personel - miejsca pracy | Zasoby | Zasoby - miejsca stacjonowania

Profile medyczne

Profil medyczny	Nazwa harmonogramu	Typ	Data początku obowiązywania / Data końca obowiązywania	Status przeniesienia	Opis
Funkcja ochrony zdrowia: Kod: HC.1.3.3. Nazwa: LECZENIE AMBULATORYJNE SPECJALISTYCZNE **Dziedzina medyczna**: Kod: 05 Nazwa: CHIRURGIA OGÓLNA	HARMONOGRAM ZGODNY Z HARMONOGRAMEM KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	-	Od: 2001-01-01 Do: -	element przeniesiony	PRZENIESIENIE OKRESU OBOWIĄZYWANIA HARMONOGRAMU PROFILU BEZ ZMIAN

Rys. 5.137 Potencjał do przekazania - Harmonogramy profilu medycznego

5. Zatrudniony personel medyczny

Potencjał do przekazania

Miejsce RTM	
Czy przenieść personel RTM?:	nie
Decyzja:	-

Miejsca udzielania świadczeń | Harmonogramy komórki organizacyjnej | Profile medyczne | Harmonogramy profili medycznych | **Personel - zatrudnienie** | Personel - miejsca pracy | Zasoby | Zasoby - miejsca stacjonowania

Personel - zatrudnienie

PESEL	Imię / Nazwisko	Zatrudnienie	Zatrudniony od / Zatrudniony do	Status przeniesienia	Opis
[illegible]	Imię: IMIE Nazwisko: NAZWISKO2	zatrudniony	Od: 2010-05-25 Do: -	element przeniesiony	SKRÓCENIE ZATRUDNIENIA OSOBY PERSONELU ZGODNIE Z DATĄ PRZEKSZTAŁCENIA
[illegible]	Imię: MARCIN Nazwisko: NAZWISKO_25647	zatrudniony	Od: 2010-01-02 Do: -	element przeniesiony	SKRÓCENIE ZATRUDNIENIA OSOBY PERSONELU ZGODNIE Z DATĄ PRZEKSZTAŁCENIA

Rys. 5.138 Potencjał do przekazania - Personel - zatrudnienie

6. Miejsca pracy personelu medycznego

Potencjał do przekazania

Miejsce RTM	
Czy przenieść personel RTM?:	nie
Decyzja:	-

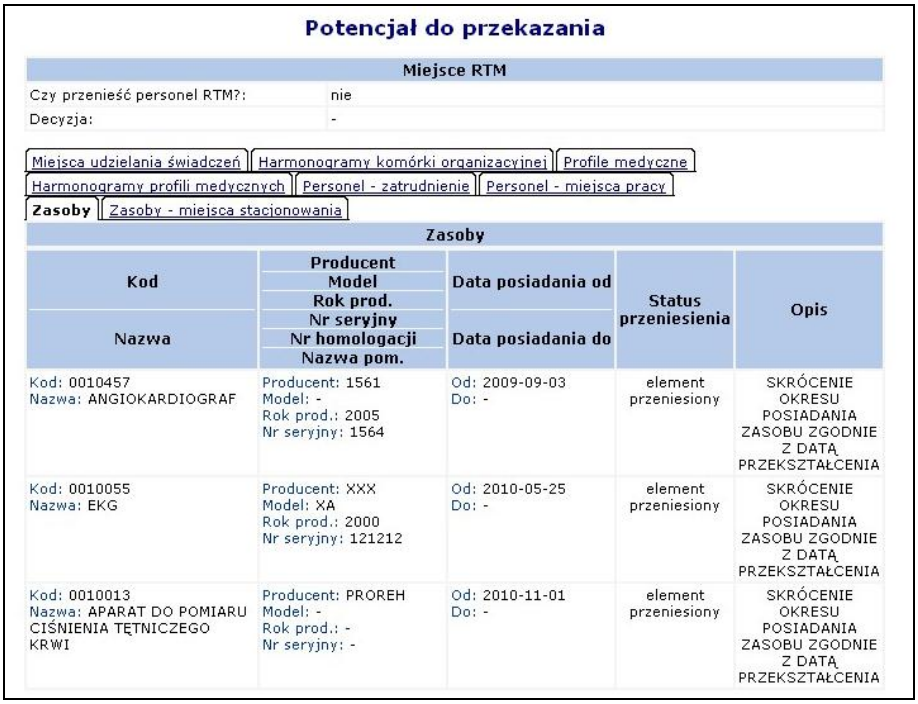
Miejsca udzielania świadczeń | Harmonogramy komórki organizacyjnej | Profile medyczne | Harmonogramy profili medycznych | Personel - zatrudnienie | **Personel - miejsca pracy** | Zasoby | Zasoby - miejsca stacjonowania

Personel - miejsca pracy

Miejsce udzielania świadczeń	PESEL	Imię / Nazwisko	Zawód/specjalność / Funkcja	Praca od / Praca do	Tygodniowa liczba godzin pracy	Status przeniesienia	Opis
Kod: 13201 Nazwa: CESJA III	[illegible]	Imię: IMIE Nazwisko: NAZWISKO2	Zawód/specjalność: DIETETYK Funkcja: -	Od: 2011-01-01 Do: -	25:00	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU PRACY OSOBY W MIEJSCU
Kod: 13201 Nazwa: CESJA III	[illegible]	Imię: MARCIN Nazwisko: NAZWISKO_25647	Zawód/specjalność: LEKARZ - CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ Funkcja: -	Od: 2011-01-01 Do: -	20:00	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU PRACY OSOBY W MIEJSCU

Rys. 5.139 Potencjał do przekazania - miejsca pracy

7. Zasoby



Potencjał do przekazania

Miejsce RTM	
Czy przenieść personel RTM?:	nie
Decyzja:	-

Miejsca udzielania świadczeń | Harmonogramy komórki organizacyjnej | Profile medyczne | Harmonogramy profili medycznych | Personel - zatrudnienie | Personel - miejsca pracy | **Zasoby** | Zasoby - miejsca stacjonowania

Zasoby

Kod / Nazwa	Producent / Model / Rok prod. / Nr seryjny / Nr homologacji / Nazwa pom.	Data posiadania od / Data posiadania do	Status przeniesienia	Opis
Kod: 0010457 Nazwa: ANGIOKARDIOGRAF	Producent: 1561 Model: - Rok prod.: 2005 Nr seryjny: 1564	Od: 2009-09-03 Do: -	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU POSIADANIA ZASOBU ZGODNIE Z DATĄ PRZEKSZTAŁCENIA
Kod: 0010055 Nazwa: EKG	Producent: XXX Model: XA Rok prod.: 2000 Nr seryjny: 121212	Od: 2010-05-25 Do: -	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU POSIADANIA ZASOBU ZGODNIE Z DATĄ PRZEKSZTAŁCENIA
Kod: 0010013 Nazwa: APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	Producent: PROREH Model: - Rok prod.: - Nr seryjny: -	Od: 2010-11-01 Do: -	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU POSIADANIA ZASOBU ZGODNIE Z DATĄ PRZEKSZTAŁCENIA

Rys. 5.140 Potencjał do przekazania - zasoby

8. Zasoby - miejsca stacjonowania

Potencjał do przekazania

Miejsce RTM	
Czy przenieść personel RTM?:	nie
Decyzja:	-

Miejsca udzielania świadczeń | Harmonogramy komórki organizacyjnej | Profile medyczne | Harmonogramy profili medycznych | Personel - zatrudnienie | Personel - miejsca pracy | Zasoby | **Zasoby - miejsca stacjonowania**

Zasoby - miejsca stacjonowania

Miejsce udzielania świadczeń	Zasoby	Producent / Model / Rok prod. / Nr seryjny / Nr homologacji / Nazwa pom.	Data dostępności od / Data dostępności do	Ilość	Dostępność dla innych	Status przeniesienia	Opis
Kod: 13201 Nazwa: CESJA III	Kod: 0010457 Nazwa: ANGIOKARDIOGRAF	Producent: 1561 Model: - Rok prod.: 2005 Nr seryjny: 1564	Od: 2011-01-01 Do: -	1	brak dostępu	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU DOSTĘPNOŚCI ZASOBU W MIEJSCU
Kod: 13201 Nazwa: CESJA III	Kod: 0010055 Nazwa: EKG	Producent: XXX Model: XA Rok prod.: 2000 Nr seryjny: 121212	Od: 2011-01-01 Do: -	1	brak dostępu	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU DOSTĘPNOŚCI ZASOBU W MIEJSCU
Kod: 13201 Nazwa: CESJA III	Kod: 0010013 Nazwa: APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	Producent: PROREH Model: - Rok prod.: - Nr seryjny: -	Od: 2011-01-01 Do: -	8	brak dostępu	element przeniesiony	SKRÓCENIE OKRESU DOSTĘPNOŚCI ZASOBU W MIEJSCU

Rys. 5.141 Zasoby – miejsca stacjonowania

Po zatwierdzeniu dodawania, pozycja pojawi się na *Liście dokumentów przekazania potencjału* o statusie **„do przygotowania”**. Dla takiej pozycji operator świadczeniodawcy może ją tylko przeglądać przy pomocy opcji **Podgląd**:

Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
PK-2010-06-21-00061	Cedent	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL AKADEMII MEDYCZNEJ	syngularna	2010-06-21	-	-	do przygotowania	podgląd

Rys. 5.142 Dokument o statusie do przygotowania

Następnie pozycja taka jest automatycznie przetwarzana przez System Informatyczny Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Podczas przetwarzania pozycja otrzyma status „**w przygotowaniu”**. Dla dokumentu przekazania o takim statusie, operator świadczeniodawcy nie może wykonywać żadnych operacji:

Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2010-06-21-00061	Cedent	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL AKADEMII MEDYCZNEJ	syngularna	2010-06-21	-	-	w przygotowaniu	

Rys. 5.143 Dokument o statusie w przygotowaniu

Po zakończeniu przetwarzania dokument przekazania, będzie on widoczny w systemie jako pozycja o statusie „**propozycja przekazania**”. Wszystkie parametry dokumentu przekazania potencjału o takim statusie mogą być modyfikowane przez użytkownika przy pomocy opcji **Edytuj**:

Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
PK-2010-06-21-00061	Cedent	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL AKADEMII MEDYCZNEJ	syngularna	2010-06-21	-	-	propozycja przekazania	podgląd edytuj przekaż anuluj aktualizuj

Rys. 5.144 Dokument o statusie propozycja przekazania

Opcja **Anuluj** umożliwia dezaktywację wybranego dokumentu przekazania potencjału:

Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
PK-2010-06-15-00052	Cedent	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN	Kod: 150005051 Nazwa: SZPITAL	generalna	2010-06-15	-	-	anulowany	podgląd

Rys. 5.145 Dokument o statusie pozycja anulowana

Jeżeli podczas przetwarzania danych w systemie oddziałowym wystąpi jakiś błąd, pozycja będzie podświetlona na czerwono:

PK-2010-07-01-00112	Cedent	Kod: 150000018 Nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ I	Kod: 15000666 Nazwa: SZPITAL KOLEJOWY	generalna	2010-07-01	-	-	do aktualizacji	podgląd anuluj pokaż błędy uruchom ponownie

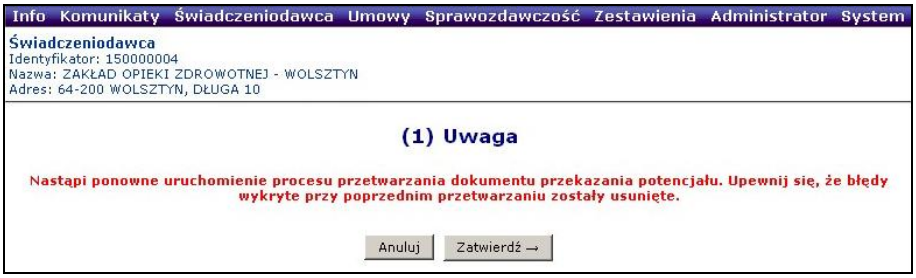
Rys. 5.146 Dokument o statusie błąd

Dla takiej pozycji w kolumnie *Operacje* będą dostępne są trzy dodatkowe opcje:

1. **Pokaż błędy** jakie wystąpiły podczas przetwarzania

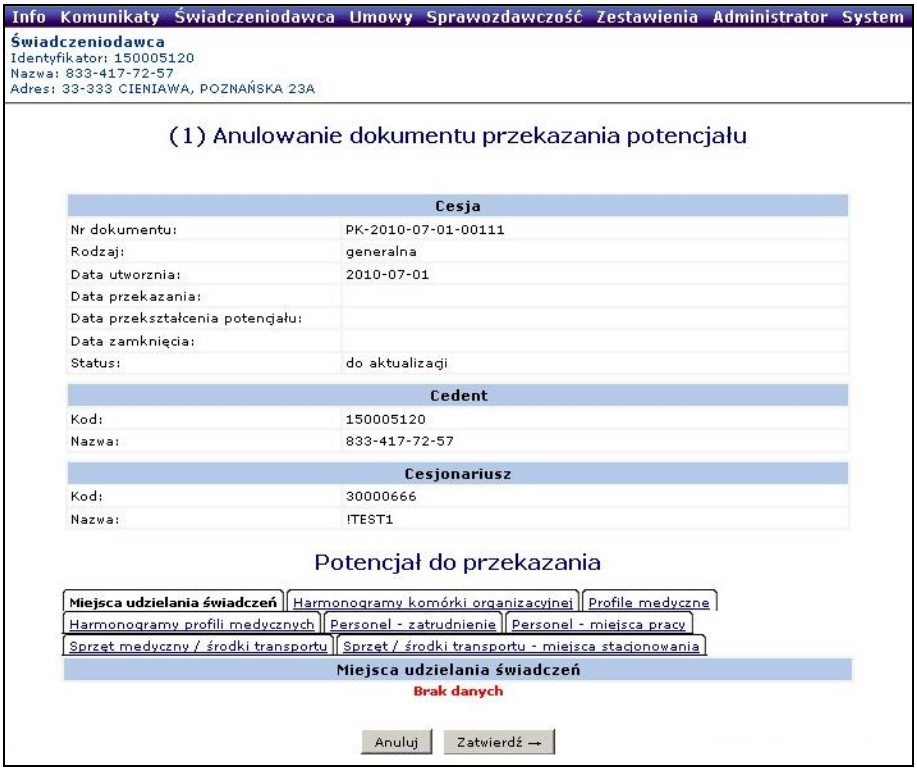
Rys. 5.147 Lista błędów przetwarzania

2. **Uruchom ponownie** proces przetwarzania:



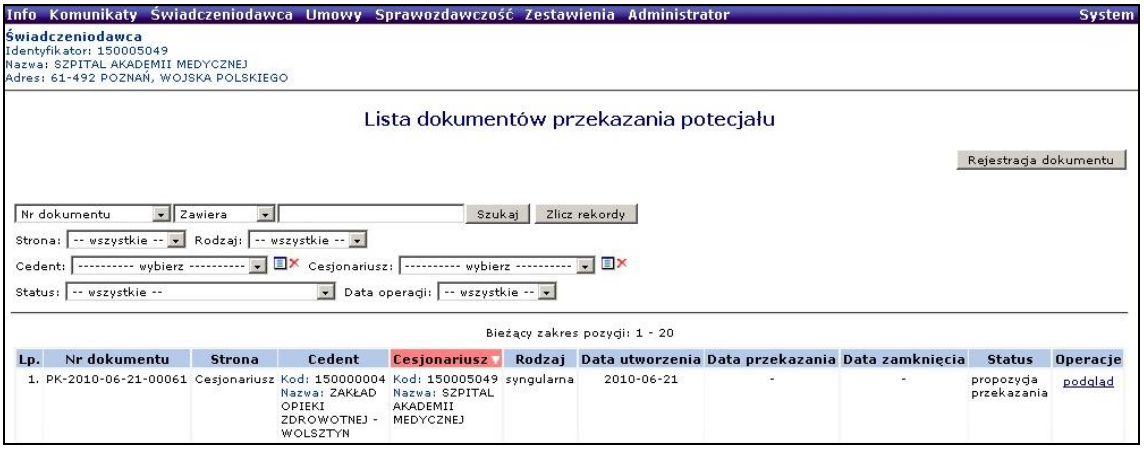
Rys. 5.148 Ponowne uruchomienie przetwarzania

3. **Anuluj** umożliwia anulowanie pozycji dla której wystąpiły błędy



Rys. 5.149 Anulowanie dokumentu przekazania potencjału

Od momentu, gdy dokument przekazania otrzyma status **„do przygotowania”**, będzie on już widoczny po stronie cesjonariusza. Do czasu, aż pozycja nie zostanie przekazana przez cedenta, cesjonariusz może ją tylko **Przeglądać**.



Rys. 5.150 Lista dokumentów przekazania potencjału

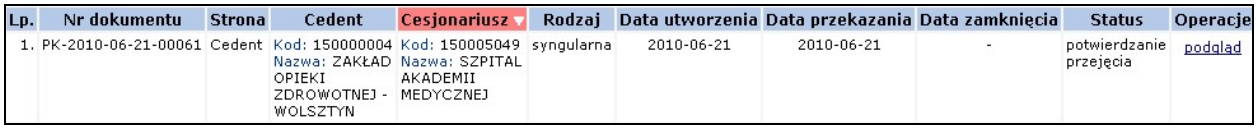
Przy pomocy opcji **Aktualizuj**, operator świadczeniodawcy może zaktualizować wybrany dokument przekazania pod względem zawartego w nim potencjału. Operacja ta dokonywana jest przez system automatycznie. Po jej wykonaniu nastąpi aktualizacja dokumentu przekazania potencjału na podstawie aktualnych danych w potencjale świadczeniodawcy. Wszystkie miejsca udzielania świadczeń wskazane w dokumencie oraz zasoby z tych miejsc, które zostały usunięte w potencjale, zostaną usunięte również z dokumentu przekazania. W przypadku dokumentu przekazania potencjału odnoszącego się do cesji generalnej, *Lista miejsc udzielania świadczeń do przekazania* zostanie uzupełniona o miejsca aktywne w potencjale, które nie zostały wcześniej wskazane do przekazania:

Rys. 5.151 Aktualizacja dokumentu

Po zakończeniu obsługi dokumentu przez świadczeniodawcę przekazującego (cedenta), jest on udostępniany świadczeniodawcy przejmującemu potencjał przy pomocy opcji **Przekaż**:

Rys. 5.152 Przekazanie dokumentu cesjonariuszowi

Po przekazaniu przez cedenta dokumentu do cesjonariusza pozycja otrzyma status „**Potwierdzenia przejęcia**”. Pozycję o takim statusie można tylko przeglądać, a wszystkie operacje dokonywane są już przez cesjonariusza.



Lp.	Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
1.	PK-2010-06-21-00061	Cedent	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL AKADEMII MEDYCZNEJ	syngularna	2010-06-21	2010-06-21	-	potwierdzanie przejęcia	podgląd

Rys. 5.153 Potwierdzenia przejęcia

5.11.2 Cesjonariusz

Świadczeniodawca przejmujący zasoby (cesjonariusz) musi w pierwszej kolejności uzupełnić swoją strukturę potencjału o jednostki organizacyjne, lokalizacje, komórki organizacyjne, miejsca udzielania świadczeń oraz cechy dodatkowe miejsc udzielania świadczeń. Dzięki tej operacji potencjał zawarty w przekazywanym dokumencie będzie mógł zostać przepisany do nowych miejsc wykonywania świadczeń.

Rys. 5.154 Lista dokumentów przekazania potencjału

Po wprowadzeniu do Portalu SZOI potencjału, do którego mają zostać przepisane pozycje z dokumentu, cesjonariusz musi potwierdzić przejęcie potencjału oraz dla każdego z przekazywanych miejsc udzielania świadczeń wskazać utworzone przez siebie miejsce, do którego mają zostać skopiowane zasoby. Wskazane miejsce może posiadać dowolną lokalizację oraz VII i VIII część kodu resortowego wynikającą z komórki organizacyjnej do której przynależy, pod warunkiem, że jest to nowa komórka organizacyjna, która nie posiada zdefiniowanych harmonogramów pracy oraz profili działalności. Należy pamiętać, że cesjonariusz nie może wskazać dwa razy tego samego miejsca do przejęcia zasobów. Opcja **Potwierdź**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje* umożliwia potwierdzenie lub odrzucenie przejęcia potencjału przekazanego w dokumencie.
Jednak przed podjęciem decyzji należy najpierw wprowadzić **Datę przekształcenia**:

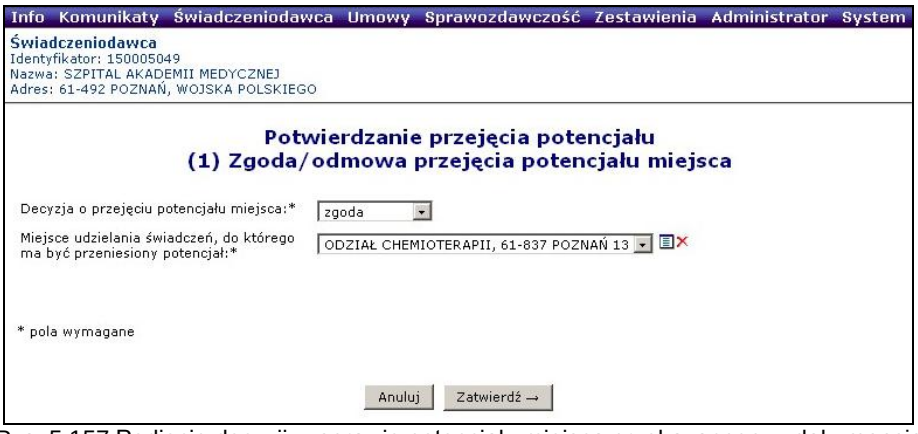
Rys. 5.155 Potwierdzenie przejęcia potencjału – Data przekształcenia

Do momentu wywołania **'uzupełnienia struktury'**, operator może zmieniać zarówno datę przekształcenia oraz wybraną decyzję dla miejsc.
Po przejściu do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej**, operator może zapoznać się z *Listą miejsc udzielania świadczeń do przejęcia*. W przypadku cesji generalnej na liście widoczne będą wszystkie aktywne miejsca wykonywania świadczeń, jakie cedent posiadał w chwili przekazywania potencjału. Natomiast cesja syngularna będzie zawierać tylko te miejsca, które zostały ręcznie wybrane przez cedenta.

Rys. 5.156 Potwierdzenie przejęcia potencjału – Decyzja

W drugim kroku cesjonariusz może zapoznać się z potencjałem przekazanym w każdym miejscu wykonywania świadczeń przy pomocy opcji **Podgląd**. W nowo otwartym oknie widoczny będzie cały potencjał podpięty do danego miejsca.

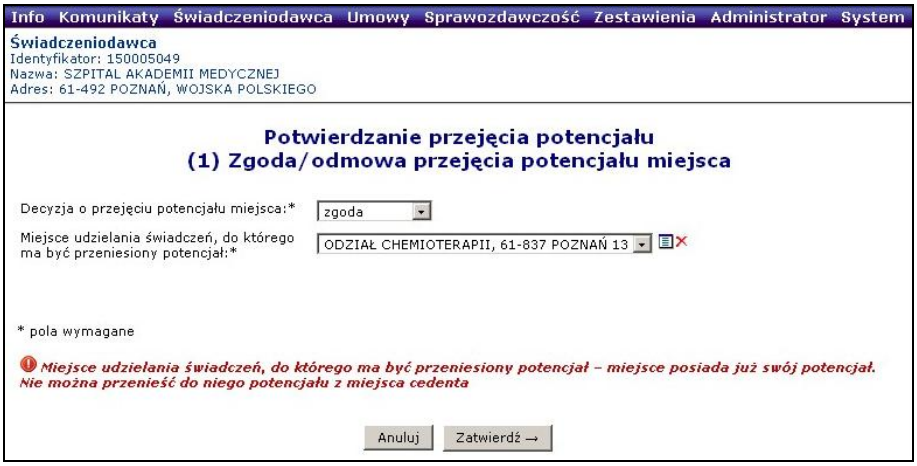
Po zapoznaniu się z potencjałem przekazanym wraz z danym miejscem wykonywania świadczeń, cesjonariusz musi podjąć decyzję w jego sprawie przy pomocy opcji **Decyzja**:



Rys. 5.157 Podjęcie decyzji w sprawie potencjału miejsca przekazanego w dokumencie

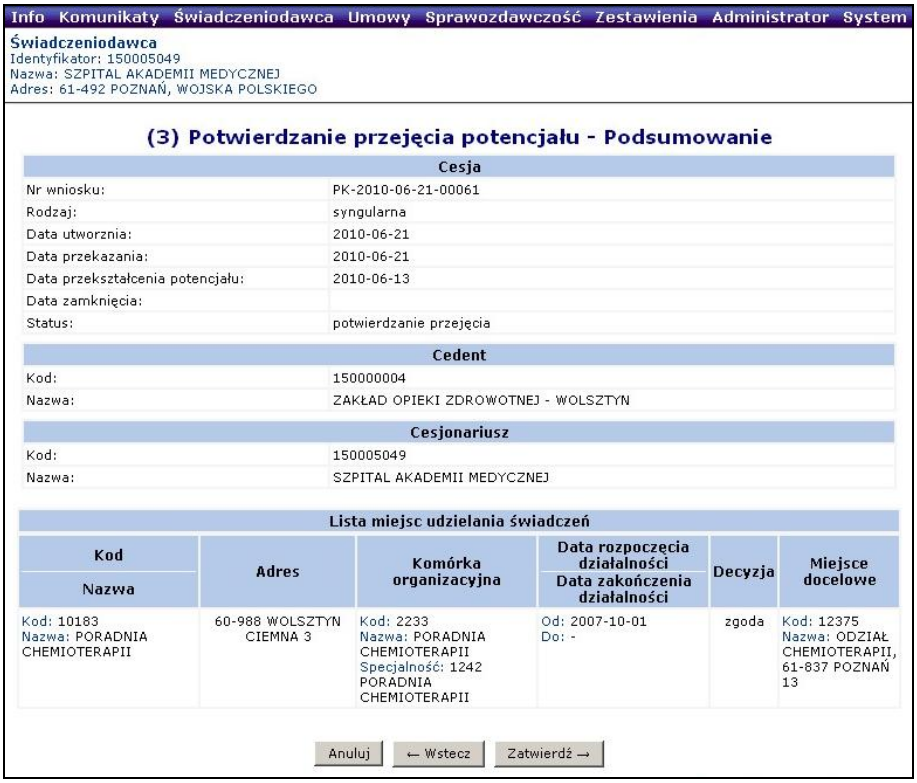
Wyrażenie **zgody** na przejęcie potencjału przekazanego w dokumencie oznacza, że do potencjału cesjonariusza zostanie skopiowany potencjał z miejsca, dla którego podejmowana jest decyzja. W takim przypadku operator systemowy musi jeszcze wskazać miejsce, do którego zasoby mają zostać przepisane.
Cesjonariusz ma także możliwość **odmowy** przejęcia miejsca udzielania świadczeń, co jest równoznaczne z odmową przejęcia zasobów powiązanych z danym miejscem.
Należy pamiętać, że cesjonariusz musi wyrazić zgodę lub odmowę przynajmniej dla jednej pozycji:

Nie ma możliwości kopiowania zasobów do miejsca cesjonariusza, które już funkcjonuje (ma określony harmonogram pracy, zdefiniowane profile działalności oraz zasoby).
Jeżeli tak się stanie zgłosi następujący błąd:



Rys. 5.158 Podjęcie decyzji w sprawie potencjału miejsca

Ostatnim krokiem potwierdzenia przejęcia jest zatwierdzenie *Podsumowania*:



Rys. 5.159 Potwierdzenie przejęcia potencjału - Podsumowanie

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

Rys. 5.160 Uzupełnienie struktury na podstawie dokumentu przekazania potencjału

Podczas uzupełniania struktury do komórki organizacyjnej połączonej z miejscem, które zostało wskazane podczas potwierdzenia przejęcia potencjału przez cesjonariusza, skopiowane zostaną harmonogramy, profile medyczne oraz harmonogramy pracy tych profili.
W przypadku, gdy okresy obowiązywania któregoś z powyżej wymienionych elementów wykracza poza okres działalności komórki cesjonariusza, wówczas daty ich obowiązywania zostaną automatycznie skrócone lub w przypadku gdy zakresy dat nie posiadają w ogóle części wspólnej, elementy te nie zostają skopiowane.
Proces kopiowania zasobów z potencjału przekazanego przez cedenta do zasobów cesjonariusza odbywa się w następujący sposób:

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

2. Zasoby:
   - w przypadku zasobów, dla których wymagane jest podanie numeru seryjnego, sprawdzane jest czy zasób o danej nazwie i numerze seryjnym znajduje się już w posiadaniu świadczeniodawcy przejmującego – jeśli tak, wówczas sprawdzane jest czy okres posiadania zdefiniowany u cedenta zawiera się w okresie posiadania zdefiniowanym u cesjonariusza. W przypadku, gdy okres posiadania się nie zawiera wówczas następuje pominięcie pozycji. W przypadku, gdy okres posiadania zawiera się w okresie posiadania zdefiniowanym u cesjonariusza wówczas następuje przejście do weryfikacji kolejnej pozycji.
   - dla zasobów o danym numerze seryjnym, który nie znajduje się w posiadaniu cesjonariusza, sprawdzane jest, czy okres posiadania u cedenta rozpoczyna się po określonej dacie przekształcenia. Jeśli tak, u cesjonariusz dodany zostaje okres

posiadania z datą początku i końca okresu posiadania takim samym jak u cedenta. Jeśli nie, następuje utworzenie okresu posiadania z datą początku równą dacie przeniesienia oraz datą końca okresu posiadania taką, jaka została zdefiniowana u cedenta.

- w przypadku zasobów dla których numer seryjny nie jest wprowadzany – sprawdzane jest, czy zasób o danej nazwie znajduje się już w posiadaniu świadczeniodawcy przejmującego (cesjonariusza) – jeśli tak, wówczas sprawdzane jest czy okres posiadania u cedenta zawiera się w okresie posiadania u cesjonariusza - wówczas następuje przejście do weryfikacji kolejnej pozycji. Jeśli nie - pozycja zostaje. W przypadku, gdy zasób o danej nazwie nie znajduje się w posiadaniu cesjonariusza, wówczas następuje sprawdzenie, czy data początku okresu posiadania u cedenta jest późniejsza niż data przeniesienia. Jeśli tak, u cesjonariusza zdefiniowany zostaje okres posiadania z datą początku i końca równą datom wprowadzonym przez cedenta. W przypadku gdy początek okresu posiadania jest wcześniejszy niż data przekształcenia, wówczas data początku okresu posiadania u cesjonariusza jest równa dacie przeniesienia, a data końca pozostaje taka sama jak u cedenta.
- informacja o posiadanych zasobach u cedenta pozostaje bez zmian

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

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

Świadczeniodawca przejmujący potencjał może wywołać proces kopiowania zasobów wielokrotnie, za każdym razem zostaną w nim uwzględnione te elementy, które nie zostały jeszcze skopiowane (bo nie wydano jeszcze zgody na przejecie zasobów danego miejsca) lub zostały pominięte przy poprzednim przejęciu. Przykładowo, świadczeniodawca przejmujący widzi w podglądzie informację o pominięciu pewnych zasobów (kolumny ‘status przeniesienia’ i ‘opis’). Może wtedy zaktualizować informacje w swojej strukturze (np. zmienić okres zatrudnienia) i ponownie wywołać proces, dzięki czemu pominięte wcześniej elementy zostaną prawidłowo skopiowane.

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

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

Rys. 5.161 Dokument - Uzupełnianie struktury

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

Nr dokumentu	Strona	Cedent	Cesjonariusz	Rodzaj	Data utworzenia	Data przekazania	Data zamknięcia	Status	Operacje
PK-2010-06-21-00061	Cesjonariusz	Kod: 150000004 Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN	Kod: 150005049 Nazwa: SZPITAL AKADEMII MEDYCZNEJ	syngularna	2010-06-21	2010-06-21	-	w trakcie wykonywania przekształcenia	podgląd potwierdź uzupełnienie struktury zamknięcie dokumentu

Rys. 5.162 Dokument - W trakcie wykonywania przekształcenia

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

Rys. 5.163 Zamknięcie dokumentu przekazania potencjału

6 KONTRAKTOWANIE RTM 2010

Charakterystyka modelu kontraktowania RTM w 2010r.
Kontraktowanie RTM w 2010 roku opiera się o model rejonu operacyjnego i ma na celu zapewnienie realizacji świadczeń w obrębie wyznaczonych rejonów przez stacjonujące w nich grupy zespołów ratowniczych oferenta. Oferent jest zobowiązany do zabezpieczenia całego rejonu operacyjnego z Planu Wojewody, co oznacza, że musi dysponować wszystkim typami zespołów RTM określonych w Planie Wojewody (np. Podstawowy zespół RTM i Specjalistyczny zespół RTM).

W poprzednich latach personel medyczny był ściśle związany z jednym zespołem ratowniczym oraz konkretnym miejscem wyczekiwania, co powodowało sztuczne dopisywanie wszystkich osób personelu medycznego do wszystkich komórek organizacyjnych. Sytuacja taka prowadziła do wewnętrznych konfliktów czasu pracy personelu.
W bieżącym modelu personel ma zostać powiązany z grupą zespołów ratowniczych (na poziomie zakresu świadczeń). W tym celu **konieczne jest zdefiniowanie specyficznej komórki organizacyjnej o specjalności 9154 Zespoły Ratownictwa Medycznego**. Jedynym zadaniem komórki jest grupowanie personelu medycznego realizującego usługi RTM.

Skrócona instrukcja uzupełnienia informacji w systemie SZOI dla RTM 2010:

I. W przypadku świadczeniodawców posiadających profil świadczeniodawcy w systemie SZOI:
   1. Zdefiniować nową „sztuczną" komórkę organizacyjną, do której będzie przyporządkowany personel medyczny [*Świadczeniodawca - Struktura organizacyjna – Komórki organizacyjne >> Dodawanie komórki*]:
      - kod – proszę wprowadzić kod **9154**
      - nazwa – nazwa identyfikująca komórkę
      - specjalność – wprowadzić kod **9154**
      - data rozpoczęcia działalności – bieżąca
   2. Zdefiniować profil komórki organizacyjnej [*Świadczeniodawca - Struktura organizacyjna – Komórki organizacyjne >> Profil*]
   3. Zdefiniować miejsce wykonywania świadczeń dla komórki 9154, np.: RTM 2010 – 9154 [*Świadczeniodawca - Struktura wykonawcza – Miejsca udzielania świadczeń >> Dodawanie miejsca*]
   4. Dla wszystkich osób personelu medycznego zatrudnionych do realizacji świadczeń [*Świadczeniodawca – Zasoby świadczeniodawcy – Zatrudniony personel medyczny >>miejsca pracy*] wykonać:
      - *[opcja: edytuj]* zakończyć okres zatrudnienia osób personelu medycznego w bieżących miejscach wykonywania świadczeń na dzień 2009-12-31;
      - *[opcja: dodawanie miejsca pracy]* dodać miejsce przypisane do komórki, 9154 jako miejsce zatrudnienia osoby personelu medycznego od dnia 01-01-2010;
   5. Uzupełnić brakujące informacje, jeśli profil wymaga aktualizacji wg zasady:
      - nowy personel medyczny powinien być wykazywany, jako zatrudniony w miejscu przypisanym do komórki organizacyjnej o specjalności 9154 [*Świadczeniodawca – Zasoby świadczeniodawcy – Zatrudniony personel medyczny >>miejsca pracy*];
      - zasoby powinny być przypisane do komórek organizacyjnych wprowadzonych zgodnie z RZOZ [*Świadczeniodawca – Zasoby świadczeniodawcy – Zasoby >> Dodawanie sprzętu/środka transportu/pomieszczenia*];
   6. Wygenerować nowy profil świadczeniodawcy [*Świadczeniodawca – Wersje profilu świadczeniodawcy*].

II. W przypadku nowych świadczeniodawców [dokładny *sposób postępowania opisano w instrukcji użytkownika dla systemu SZOI*]:
   1. Zdefiniować jednostkę organizacyjną zgodnie z RZOZ;
   2. Zdefiniować komórki org. zgodnie z RZOZ oraz dodatkową komórkę o specjalności 9154;
   3. Zdefiniować profil komórki organizacyjnej;
   4. Zdefiniować lokalizację;
   5. Zdefiniować miejsca wyczekiwania dla wszystkich wprowadzonych komórek organizacyjnych;

6. Dla miejsca przypisanego do komórki o spec. 9154 zdefiniować listę personelu medycznego;
7. Dla miejsc przypisanych do komórek organizacyjnych zgodnych z RZOZ zdefiniować listę zasobów;
8. Wygenerować profil świadczeniodawcy.

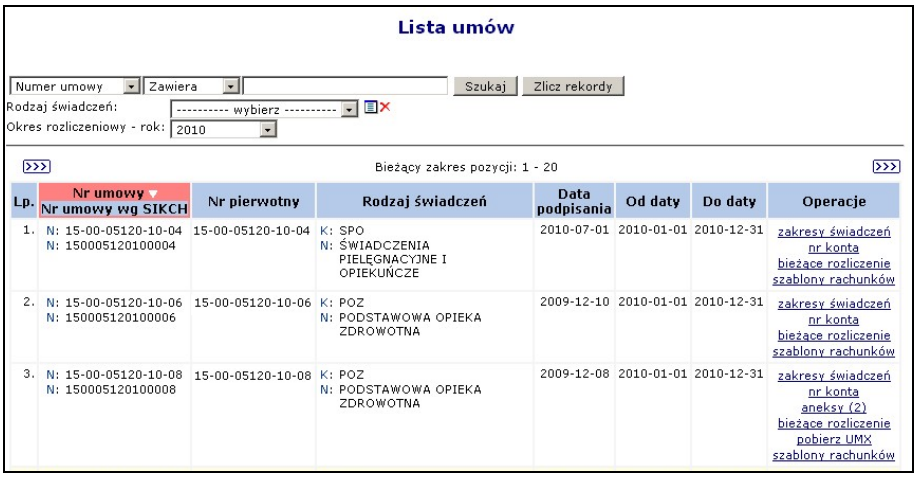
7 UMOWY

7.1 Lista umów

Obszar **Umowy** zawiera listę umów na świadczenie usług medycznych podpisanych z Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Dostępne w tej części opcje umożliwiają przeglądanie pozycji umowy, pozycji aneksów dołączonych do umowy oraz pobieranie plików umów do lokalnych systemów rozliczeniowych świadczeniodawcy.

Plik umowy powinien być zaimportowany do systemu świadczeniodawcy. Na koniec miesiąca wszystkie wykonane usługi sprawozdaje się w komunikacie statystycznym do umowy, a wygenerowany plik, zgodny z formatem zapisu plików ustalonym przez NFZ. Pliki przekazuje się do OW NFZ za pośrednictwem portalu SZOI w części **Rozliczenia**.

Klikając w menu **Umowy** operator uzyskuje dostęp do okna *Listy umów*.



Rys. 7.1 Lista umów

Domyślnie na *liście umów* wyświetlane są umowy zawarte na bieżący rok kontraktowy. Lista sortowana jest wg numeru umowy.

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

Zestawienie umów w systemie SZOI, umożliwia operatorowi przeglądanie zakontraktowanych świadczeń, pakietów, limitów oraz faktycznego ich wykonania.

W przypadkach, gdy realizacja umowy wykonywana jest w kilku miejscach wykonywania świadczeń, w tej części systemu dostępna będzie również informacja o placówkach świadczeniodawcy oraz przydzielonych limitach wykonania, dla wszystkich miejsc wymienionych w umowie. Wyjątkiem od tej reguły są takie warunki umowy, w których mimo określenia wielu miejsc wykonywania świadczeń, nie określono limitów wykonania dla poszczególnych punktów. Wówczas dla wybranych miejsc limit wykonania nie będzie wyświetlany.

zakresy świadczeń	- opcja umożliwia przeglądanie specyfikacji umowy, w podziale na poszczególne punkty umowy.
nr konta	- przy pomocy tej opcji operator systemu może zapoznać się z numerem konta dla bieżącej umowy
aneksy	- opcja umożliwia przeglądanie informacji o zmianach wprowadzonych w aneksach do umowy.
bieżące rozliczenie	- opcja umożliwia przeglądanie informacji o produktach przekazanych do OW NFZ oraz stanie ich rozliczenia.
model rozliczeń	- opcja pozwala na stosowanie protokołu korygowania danych w komunikacie SWIAD zgodnego z komunikatem w wersji niższej niż 2.0 oraz wskazywanie świadczeń do rozliczenia przez świadczeniodawcę
pobierz UMX	- opcja umożliwia pobranie elektronicznej wersji umowy. Plik importuje się do systemu rozliczającego świadczeniodawcy.
cennik produktów	- opcja umożliwia przeglądanie informacji o ustalonej cenie produktu handlowego (tylko dla umów w rodzaju ZPO).
wnioski	- opcja umożliwia przygotowanie i przesłanie do OW NFZ, wniosku o zmianę ceny produktu handlowego lub zmianę zestawu produktów realizowanych w ramach zakresu świadczeń (tylko dla umów w rodzaju ZPO).

7.2 Przeglądanie specyfikacji pozycji umowy

W przypadku:
- Zakładania blokady na umowę
- Zakładania blokady na okresach rozliczeniowych
- Zdejmowania blokady umowy
- Zdejmowania blokady na okresach rozliczeniowych

zostanie wygenerowana i udostępniona odpowiednia informacja w części *Komunikaty*..

W trakcie przeglądania umów można uzyskać informacje o zakontraktowanych **zakresach świadczeń**, w tym:
- **pozycjach** umowy wraz z planem rzeczowo-finansowym
- **miejscach** wykonywania świadczeń
- **pakiecie świadczeń** realizowanym w ramach pozycji umowy

Jeden zakres świadczeń może być wykonywany w różnych miejscach wykonywania świadczeń, przez co może stanowić kilka punktów umowy.
Opcja **Zakresy świadczeń** umożliwia przeglądanie produktów zakontraktowanych w umowie.

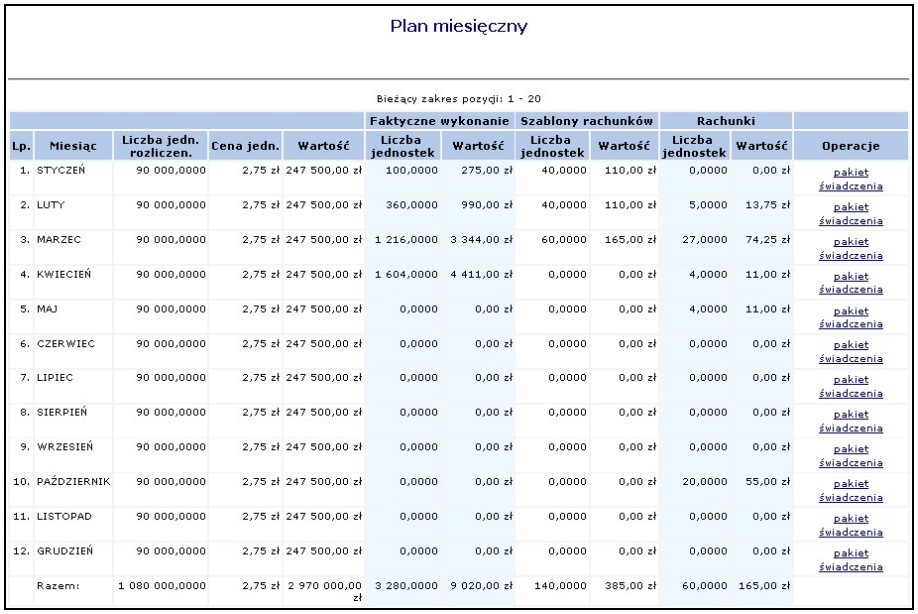
Rys. 7.2 Przykładowe okno zakresów świadczeń w umowie

Informacje opisujące poszczególne pozycje listy, to:
- **numer punktu umowy**
- **kod usługi** (wg Bazy Usług Medycznych - BUM)
- **nazwa zakresu świadczeń**
- **liczba usług** (zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych)
- **jednostkowa cena**
- **wartość** zakontraktowanej usługi

Opcja **plan** pozwala na podgląd planu rzeczowo-finansowego utworzonego dla wybranej pozycji umowy. Wybór operacji spowoduje wyświetlenie okna *Planu miesięcznego* w podziale na miesięczne okresy rozliczeniowe wraz z możliwością przeglądania faktycznej realizacji. W części faktyczne wykonanie, w kolumnach *Liczba jednostek* oraz *Wartość* wyświetlane są dane na podstawie zweryfikowanych raportów statystycznych, **do których wygenerowano raport zwrotny** (dane te są odświeżane po każdorazowej generacji raportu zwrotnego, a nie np. po wykonaniu kolejnej weryfikacji, gdy nie utworzono raportu SWZ).
W dolnej części tabeli planu miesięcznego znajduje się podsumowanie wszystkich kolumn.
Algorytm obliczający sumę wartości umowy dla poszczególnych miesięcy dla danego zakresu świadczeń działa w sposób następujący: sumuje wartości w poszczególnych miesiącach z dokładnością do 6 miejsc po przecinku, następnie otrzymana suma jest zaokrąglana do 2 miejsc po przecinku.
Wartości umowy w poszczególnych miesiącach są wizualizowane z dokładnością do 2 miejsc po przecinku oraz suma tych wartości obliczana jest zgodnie z wyżej opisanym algorytmem, co powoduje, że przy dużych kwotach mogą pojawić się niewielkie rozbieżności

Kolumna **Szablony rachunków - Liczba jednostek/Wartość** zawiera informację o licznie i wartości jednostek rozliczeniowych wynikających z aktywnych szablonów rachunków niezależnie od tego czy na ich podstawie zostały już wystawione rachunki czy też nie. W przypadku punktów umów rozliczanych kapitacją (w tym punktów umów dotyczących opieki całodobowej i transportu w POZ) kolumny będą zawierały liczbę i wartość wynikającą z liczby i wartości uznanych po weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, a kolumny z faktycznym wykonaniem, będą puste.

Kolumna **Rachunki - Liczba jednostek/Wartość** – zawiera informacje o liczbie i wartości jednostek rozliczeniowych, wynikających z rachunków posiadających jeden ze statusów: wprowadzony, zatwierdzony, zaksięgowany (pomijane będą rachunki usunięte/odrzucone)



Plan miesięczny

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

					Faktyczne wykonanie		Szablony rachunków		Rachunki		
Lp.	Miesiąc	Liczba jedn. rozliczen.	Cena jedn.	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Liczba jednostek	Wartość	Operacje
1.	STYCZEŃ	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	100,0000	275,00 zł	40,0000	110,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
2.	LUTY	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	360,0000	990,00 zł	40,0000	110,00 zł	5,0000	13,75 zł	pakiet świadczenia
3.	MARZEC	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	1 216,0000	3 344,00 zł	60,0000	165,00 zł	27,0000	74,25 zł	pakiet świadczenia
4.	KWIECIEŃ	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	1 604,0000	4 411,00 zł	0,0000	0,00 zł	4,0000	11,00 zł	pakiet świadczenia
5.	MAJ	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	4,0000	11,00 zł	pakiet świadczenia
6.	CZERWIEC	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
7.	LIPIEC	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
8.	SIERPIEŃ	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
9.	WRZESIEŃ	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
10.	PAŹDZIERNIK	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	20,0000	55,00 zł	pakiet świadczenia
11.	LISTOPAD	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
12.	GRUDZIEŃ	90 000,0000	2,75 zł	247 500,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	0,0000	0,00 zł	pakiet świadczenia
	Razem:	1 080 000,0000	2,75 zł	2 970 000,00 zł	3 280,0000	9 020,00 zł	140,0000	385,00 zł	60,0000	165,00 zł	

Rys. 7.3 Plan miesięczny

Opcja **Pakiet** pozwala na podgląd wszystkich świadczeń, które świadczeniodawca - realizator może wykazać w ramach wykonywania punktu umowy.
Wybór operacji spowoduje wyświetlenie okna *Świadczeń w pakiecie.*

Opcja **Świadczenia** umożliwia przejście na listę zawierającą informacje o faktycznym wykonaniu (liczbie wykonanych świadczeń) w podziale na świadczenia w pakiecie:

Umowa
Nr umowy: 15-00-05120-10-12
Nr SIKCH: 150005120100012
Powrót do listy umów

Zakres świadczeń
Kod: 07.0000.214.02
Nazwa: ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
Powrót do listy zakresów świadczeń

Plan dla miesiąca
miesiąc: LUTY
Powrót do listy planu miesięcznego

Wykonane świadczenia

Kod | Zawiera | Szukaj | Zlicz rekordy

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Kod	Nazwa	Liczba świadczeń
1.	5.13.00.2303010	ZDJĘCIE ZĘBOWE WEWNĄTRZUSTNE	9
2.	5.13.00.2331120	ODTWORZENIE FUNKCJI ŻUCIA PRZEZ NAPRAWĘ PROTEZ RUCHOMYCH W WIĘKSZYM ZAKRESIE Z WYCISKIEM	3

Rys. 7.4 Wykonane świadczenia

Opcja **Miejsca** dostępna w oknie *Zakresów świadczeń* pozwala na podgląd wszystkich miejsc wykonywania zakontraktowanego punktu umowy oraz - w zależności od budowy umowy – podgląd limitów wykonania usługi w wybranym miejscu wykonywania świadczeń. Algorytm obliczający sumę limitów jest analogiczny jak w przypadku planu miesięcznego.
Tylko w rodzaju świadczeń POZ i ZPO może wystąpić sytuacja, gdzie dla jednego punktu umowy zostanie przyporządkowane więcej niż jedno miejsce wykonywania świadczeń. Wybór operacji spowoduje wyświetlenie okna *Listy miejsc udzielania świadczeń.*

Na poziomie listy miejsc udzielania świadczeń dla zakresu świadczeń znajduje się informacja o wyniku ostatniej sesji weryfikacyjnej:

- „**brak oceny**” – sesja otwarta,
- „**ocena pozytywna**” – sesja zamknięta ocena pozytywna,
- „**ocena negatywna**” – sesja zamknięta ocena negatywna.

Rys. 7.5 Miejsca udzielania świadczeń

W każdym z wymienionych „pod okien" dotyczących umowy znajduje się opcja umożliwiająca powrót do poprzedniego okna przeglądania danych. Opcja umieszczona jest w górnej części okna, a jej nazwa zaczyna się od **Powrót do...**

W ten sposób z każdej podstrony operator ma dostęp do wyższych poziomów przeglądania danych, np.: do listy umów (opcja: **Powrót do listy umów**), do przeglądania punktów umowy (opcja: **Powrót do listy zakresów świadczeń**) etc.

7.3 Przeglądanie bieżącego rozliczenia

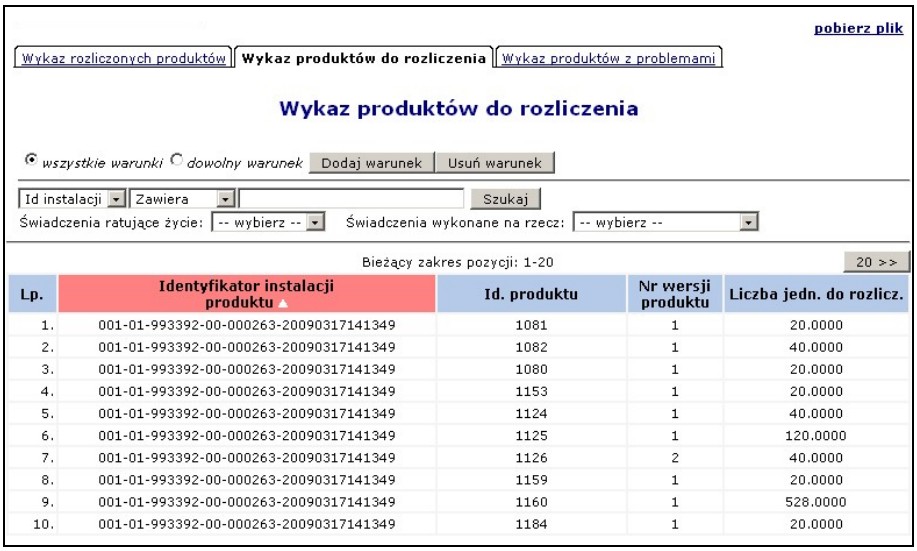
Jak już wspomniano, we wcześniejszym podpunkcie instrukcji, w trakcie przeglądania informacji o zakontraktowanych świadczeniach operator ma również dostęp do przeglądania realizacji kontraktu. Różnica pomiędzy dostępną w przeglądaniu realizacją faktyczną, a funkcjami dostępnymi w części **bieżące rozliczenie** polega na tym, że w pierwszej części udostępniony został monitoring realizacji (zestawienie ilości i wartości sprawozdanych świadczeń), natomiast w drugiej informacja o przekazanych w komunikatach statystycznych produktach.

Wybierając na liście umów opcję **bieżące rozliczenie** operator uzyska dostęp do przeglądania:

- **wykazu rozliczonych produktów** – listy wszystkich produktów przesłanych w komunikatach statystycznych i potwierdzonych do zafakturowania w komunikatach zwrotnych do komunikatów rozliczeniowych. Informację o rozliczonych produktach wraz z danymi o id instalacji, id produktu, wersji produktu oraz liczbie uznanych świadczeń można pobrać w postaci pliku **WPR** za pomocą opcji **pobierz plik**;

Rys. 7.6 Przykładowe okno przeglądania bieżącego rozliczenia

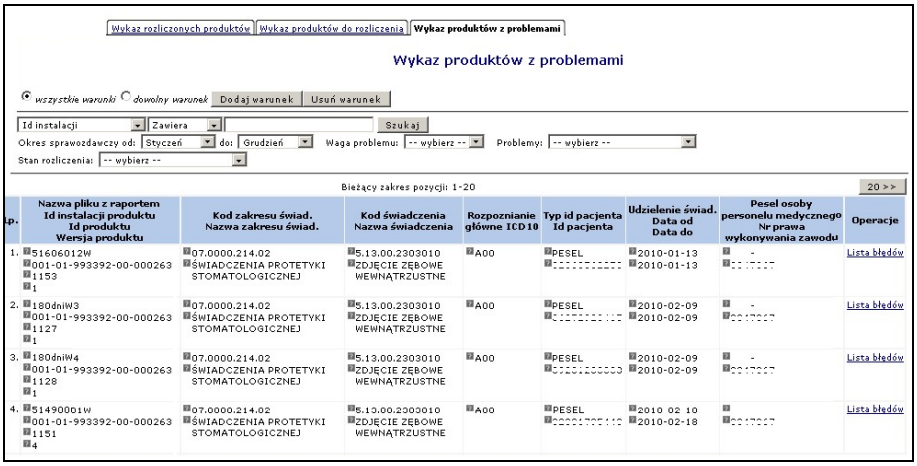
- **wykazu produktów do rozliczenia** – listy wszystkich produktów przekazanych w komunikatach statystycznych, które nie zostały jeszcze oznaczone do zafakturowania w II fazie rozliczeń. Informację o nierozliczonych produktach wraz z danymi o id instalacji, id produktu, wersji produktu oraz liczbie jednostek do rozliczenia można pobrać w postaci pliku **WDR** za pomocą opcji **pobierz plik**. Jeżeli w tej części systemu pojawią się pozycje z ujemną liczbą jednostek rozliczeniowych, będą one reprezentowały nierozliczone korekty blokujące rozliczenie świadczeń z dodatnią liczbą jednostek rozliczeniowych.



Lp.	Identyfikator instalacji produktu	Id. produktu	Nr wersji produktu	Liczba jedn. do rozlicz.
1.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1081	1	20.0000
2.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1082	1	40.0000
3.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1080	1	20.0000
4.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1153	1	20.0000
5.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1124	1	40.0000
6.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1125	1	120.0000
7.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1126	2	40.0000
8.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1159	1	20.0000
9.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1160	1	528.0000
10.	001-01-993392-00-000263-20090317141349	1184	1	20.0000

Rys. 7.7 Przykładowe okno przeglądania wykazu produktów do rozliczenia

- **wykazu produktów z problemami –** listy produktów przekazanych w komunikatach statystycznych, dla których w czasie weryfikacji komunikatu w systemie OW NFZ wykryto problemy walidacji. W zakładce tej dostępna jest opcja przeglądania listy błędów wykrytych dla produktów. Błędy należy poprawić w aplikacji świadczeniodawcy, a następnie przygotować kolejny komunikat statystyczny w celu dokonania rozliczenia świadczeń.
  Informację o produktach zweryfikowanych z błędem wraz z danymi o świadczeniu można pobrać w postaci pliku **WPP** za pomocą opcji **pobierz plik.** W zakładce tej dostępna jest opcja przeglądania listy błędów wykrytych dla produktów. Filtr *Stan rozliczenia* umożliwia operatorowi świadczeniodawcy wyszukiwanie na liście pozycji rozliczonych oraz nie wskazanych do rozliczenia:



Lp.	Nazwa pliku z raportem Id instalacji produktu Id produktu Wersja produktu	Kod zakresu świad. Nazwa zakresu świad.	Kod świadczenia Nazwa świadczenia	Rozpoznanie główne ICD10	Typ id pacjenta Id pacjenta	Udzielenie świad. Data od Data do	Pesel osoby personelu medycznego Nr prawa wykonywania zawodu	Operacje
1.	51606012W 001-01-993392-00-000263 1153 1	07.0000.214.02 ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ	5.13.00.2303010 ZDJĘCIE ZĘBOWE WEWNĄTRZUSTNE	A00	PESEL	2010-01-13 2010-01-13	-	Lista błędów
2.	180dniW3 001-01-993392-00-000263 1127 1	07.0000.214.02 ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ	5.13.00.2303010 ZDJĘCIE ZĘBOWE WEWNĄTRZUSTNE	A00	PESEL	2010-02-09 2010-02-09	-	Lista błędów
3.	180dniW4 001-01-993392-00-000263 1128 1	07.0000.214.02 ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ	5.13.00.2303010 ZDJĘCIE ZĘBOWE WEWNĄTRZUSTNE	A00	PESEL	2010-02-09 2010-02-09	-	Lista błędów
4.	51490001W 001-01-993392-00-000263 1151 4	07.0000.214.02 ŚWIADCZENIA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ	5.13.00.2303010 ZDJĘCIE ZĘBOWE WEWNĄTRZUSTNE	A00	PESEL	2010 02 10 2010-02-18	-	Lista błędów

Rys. 7.8 Przykładowe okno przeglądania wykazu produktów z problemami

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

7.4 Pobieranie pliku umowy

Oprócz opcji umożliwiającej przeglądanie umowy, w obszarze **Umowy** dostępna jest operacja pobierania pliku umów.

Ze względu na zmianę formatu wymiany danych na stronie znajdują się opcje pobierania umów w:
- formacie ***.umw** obowiązującym do końca 2005 roku (funkcja dostępna do roku 2007);
- formacie ***.umx** – otwartym formacie wymiany danych.

Pliki zawierają wszystkie informacje o umowie i są jej elektroniczną wersją. Plik należy pobrać i zaimportować do systemu rozliczeń.

W celu pobrania pliku **UMW** umowy na dysk komputera, należy wybrać opcję **pobierz**.
W celu pobrania pliku **UMX** umowy na dysk komputera, należy wybrać opcję **pobierz XML**.

Zapis pliku na dysk komputera uzyskuje się wybierając opcję **Zapisz**. W efekcie wyboru, system spowoduje otwarcie okna *Zapisz w*.. ,w którym należy wybrać miejsce zapisu pliku. Ustawioną lokalizację należy potwierdzić.
Rozpocznie się pobieranie pliku do wybranej lokalizacji.

Uwaga!!!
Pliki umów pobrane w 'starym' formacie wymiany danych (UMW) można wczytać do aplikacji KS-SWD w wersji 2006.00.1.1 lub wcześniejszej.
Pliki umów pobrane w otwartym formacie wymiany danych (UMX) można wczytać do aplikacji KS-SWD_XML w wersji od 2006.02.0.4 lub nowszej.

7.5 MODEL ROZLICZEŃ *NOWOŚĆ*

7.5.1 Korekta świadczeń z lat ubiegłych (przed 2011)

UWAGA!
Za korektę danych do załączników rzeczowo-finansowych uważa się również wszelkie zmiany w epizodach, w których przynajmniej jeden produkt rozliczeniowy został wykonany w ramach umowy zawartej na rok 2010 (lub wcześniejszy) i nie został dotychczas rozliczony.

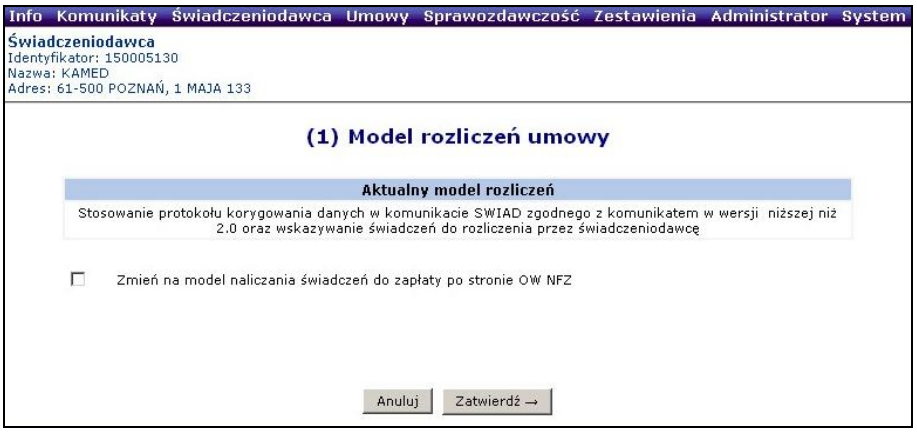
Jeżeli świadczeniodawca dysponuje oprogramowaniem, które umożliwia generację komunikatów statystycznych dla umów zawartych przed 2011 w formacie odpowiadającym formatowi obowiązującemu dla tych umów, korekta danych może zostać wykonana w modelu naliczania świadczeń do rozliczenia przez świadczeniodawcę (dotychczasowy model).

W powyższym przypadku, świadczeniodawca:
- **nie zmienia** modelu naliczania świadczeń do umowy dla załącznika rzeczowo-finansowego, którego dotyczy korekta;
- sprawozdaje dane statystyczne komunikatem **SWIAD w wersji niższej niż 2.0**;
- dla pozycji statystycznych zweryfikowanych pozytywnie i potwierdzonych w komunikacie zwrotnym do I fazy, świadczeniodawca przygotowuje komunikat II fazy (raport rozliczeniowy) zawierający pozycje do rozliczenia i skorygowania;
- na podstawie komunikatu zwrotnego do II fazy, zawierającego szablon(y) rachunku refundacyjnego – świadczeniodawca przygotowuje rachunek refundacyjny.

Jeżeli świadczeniodawca nie posiada możliwości przekazania korekty danych statystycznych dla świadczeń wykazanych w ramach załączników rzeczowo-finansowych sprzed roku 2011 w komunikacie SWIAD o wersji niższej niż 2.0 musi dokonywać korekty danych według modelu naliczania świadczeń przez OW NFZ.

W powyższym przypadku, świadczeniodawca:

- **musi zmienić model naliczania świadczeń** dla załącznika rzeczowo-finansowego, którego dotyczy korekta świadczeń na model **naliczania świadczeń do rozliczenia przez OW NFZ**:
  - zmianę wykonuje się na *Liście umów* [menu: Umowy – Lista umów]
  - na *Liście umów* należy wyszukać żądany załącznik rzeczowo-finansowy (umowę)
  - należy wybrać opcję **model rozliczeń** – czynność spowoduje wyświetlenie okna *Model rozliczeń umowy*



Rys. 7.9 Model rozliczeń - Zmiana model naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ

Uwaga!
Zmiana modelu naliczania świadczeń jest jednokierunkowa.
PO WYKONANIU OPERACJI NIE BĘDZIE MOŻLIWE:

- **PRZESYŁANIE DO UMOWY KOMUNIKATÓW STATYSTYCZNYCH WYGENEROWANYCH W WERSJI NIŻSZEJ NIŻ 2.0**
- **PRZESYŁANIE DO UMOWY RAPORTÓW ROZLICZENIOWYCH**

Świadczeniodawca nie będzie mógł przywrócić dotychczasowego modelu rozliczania danych.

  - jeśli zmiana modelu rozliczeń umowy jest konieczna świadczeniodawca musi **zaznaczyć opcję *Zmień model naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ***, a następnie wybrać opcję **zatwierdź**.
- musi wybrać sposób generacji szablonu rachunku dla załącznika rzeczowo-finansowego *(Portal SZOI)*;
- przygotować i przekazać do OW NFZ komunikat statystyczny SWIAD zawierający korektę danych w wersji 2.0 lub wyższej [atrybut: komunikat@wersja] *(aplikacja rozliczeniowa świadczeniodawcy, przesłanie za pośrednictwem Portalu SZOI)*;
- dla pozycji statystycznych zweryfikowanych pozytywnie i potwierdzonych w komunikacie zwrotnym do komunikatu statystycznego, świadczeniodawca może wykonać żądanie naliczenia świadczeń do rozliczenia *(Portal SZOI)*;
- na podstawie komunikatu zwrotnego do żądania naliczenia, zawierającego szablon(y) rachunku refundacyjnego – świadczeniodawca przygotowuje rachunek refundacyjny.

7.5.2 Model rozliczenia świadczeń za grudzień 2010

Dane statystyczne za okres sprawozdawczy 12-2010 mogą być sprawozdawane w dotychczasowym formacie wymiany danych (wersja niższa niż 2.0)

Dane rozliczeniowe za okres rozliczeniowy 2010 mogą być przekazane w dotychczasowym formacie wymiany danych (**pod warunkiem, że świadczeniodawca jawnie nie zmienił sposobu naliczania danych do rozliczania**).

Funkcjonalność Portalu SZOI umożliwi zaimportowanie i przekazanie do OW NFZ raportu rozliczeniowego wg modelu naliczania świadczeń przez świadczeniodawcę.

7.5.3 MODEL ROZLICZANIA ŚWIADCZEŃ DLA UMÓW OD 2011

Niezależnie od rodzaju świadczeń, wszystkie załączniki rzeczowo-finansowe utworzone w systemie na rok 2011 będą rozliczane wg nowego modelu naliczania świadczeń do rozliczenia.
Zasada ta obowiązuje bezwarunkowo. Świadczeniodawca w Portalu SZOI nie musi wykonywać żadnych czynności, aby sprawozdawać dane w nowym modelu.

Zmiany dla świadczeniodawcy:

I. Przed pierwszym przekazaniem danych statystycznych do NFZ świadczeniodawca musi wskazać sposób generowania naliczenia świadczeń do szablonu.
W Portalu SZOI (w części Umowy – Lista umów lub przed wykonaniem importu pierwszego SWX do umowy) udostępnione zostaną dwie opcje do wyboru sposobu generacji naliczenia:
   - **generowanie szablonu w ramach całej umowy**
   - **generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy**
   - świadczeniodawca może zmieniać sposób generowania szablonu rachunku do umowy. **Zmiana będzie obowiązywać od kolejnego naliczania świadczeń.**

II. Od 1 stycznia 2011 zmianie ulega format wymiany danych statystycznych (raportów statystycznych) przekazywanych do NFZ, a w związku z powyższym:
   a. świadczeniodawca sprawozdając świadczenia za miesiąc styczeń 2011 musi przekazywać je w wersji 2.0 komunikatu statystycznego
   b. w Portalu SZOI od dnia 01.01.2011 wprowadzona została blokada przesyłania raportów statystycznych za okres od 01-2011 w dotychczasowym formacie wymiany danych. **Próba importu zostanie zakończona błędem parsowania danych.**

III. Po zaimportowaniu komunikatu SWX (raportu statystycznego) przez świadczeniodawcę do systemu NFZ, w Portalu SZOI udostępniony zostanie raport zwrotny zawierający informacje o:
   a. niezaimportowanych zestawach świadczeń wraz z komunikatem błędu walidacji;
   b. pozycjach zaimportowanych oczekujących na weryfikację danych statystycznych;

IV. Komunikat zwrotny do raportu statystycznego dostępny jest do pobrania w Portalu SZOI. W części *dane szczegółowe* Portalu SZOI świadczeniodawca ma dostęp do informacji:
   a. ile zestawów świadczeń było przeznaczonych do importu,
   b. ile zestawów świadczeń zostało zaimportowanych
   c. ile zestawów świadczeń nie zostało zaimportowanych

   oraz
   - ile raportów cząstkowych powstało na skutek importu SWX,
   - jaki jest wynik weryfikacji raportu cząstkowego.

   Informacja o wyniku weryfikacji może być traktowana jako podstawa do wykonania naliczenia świadczeń do rozliczenia.

V. Po zakończeniu weryfikacji świadczeń medycznych OW NFZ udostępni kolejny raport zwrotny do raportu statystycznego zawierający informację o wynikach weryfikacji. Raport zwrotny należy pobrać i zaimportować do systemu świadczeniodawcy w celu ewentualnej korekty danych zweryfikowanych z wynikiem negatywnym.

VI. Za okres 01-2011 świadczeniodawca nie może przekazać do NFZ raportu rozliczeniowego. Funkcja importu zostanie zablokowana.

VII. Weryfikacja świadczeń medycznych z wynikiem pozytywnym jest podstawą do przesłania przez świadczeniodawcę żądania rozliczenia świadczeń medycznych. Czynność tą wykonuje się w Portalu SZOI po wybraniu opcji menu: **Sprawozdawczość – Żądanie rozliczenia**:
   a. w przypadku rozliczania świadczeń w rodzaju świadczeń *zaopatrzenie ortopedyczne* należy skorzystać z opcji **Dodawanie żądania rozliczenia ZPO**,
   b. w innych rodzajach świadczeń niż w/w należy skorzystać z opcji **Dodanie żądania rozliczenia świadczeń**,

   Do wygenerowania naliczenia operator świadczeniodawcy musi wskazać:
   - rok, którego dotyczy rozliczenie;
   - numer umowy (załącznika rzeczowo-finansowego) dla którego zostanie wygenerowane naliczenie (*w podglądzie udostępnione zostaną tylko te numery umów, które mogą być rozliczane wg nowego modelu naliczania świadczeń do rozliczenia*),
   - miesiąc naliczania – miesiąc rozliczeniowy (nie może być wcześniejszy niż ostatnio wskazany do naliczenia), wg którego będzie naliczany limit efektywny.

VIII. Po zakończonej procedurze naliczania świadczeń do rozliczenia, w Portalu SZOI udostępniony zostanie komunikat zwrotny zawierający szablon(y) rachunku refundacyjnego;

IX. Na podstawie szablonów rachunków świadczeniodawca wystawia w swoim systemie informatycznym rachunek refundacyjny – wersja elektroniczna rachunku przekazywana jest za pośrednictwem Portalu SZOI.

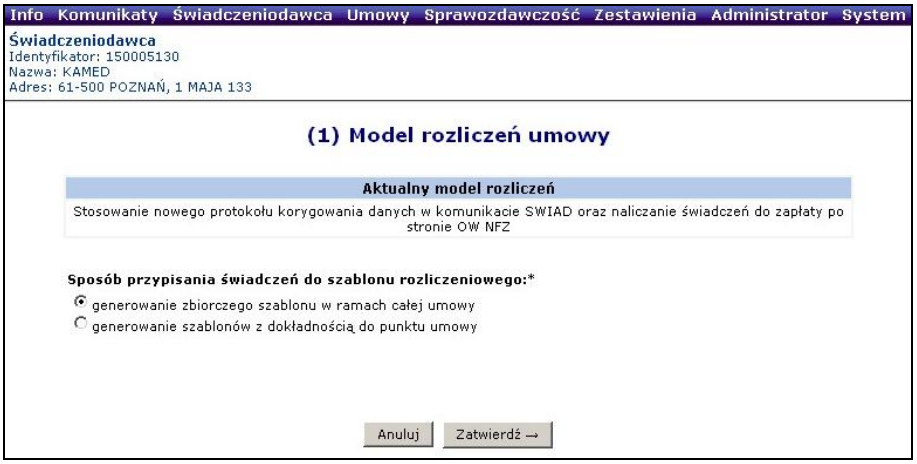
Rys. 7.10 Lista umów

Aby zmienić sposób przepisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego należy na *Liście umów* z kolumny Operacje wybrać funkcję **Model rozliczeń**.
W nowo otwartym oknie operator systemowy musi zdecydować się na jeden z poniższych sposobów przepisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego:

- **generowanie szablonu w ramach całej umowy** (z wyłączeniem świadczeń, które domyślnie powinny być wskazane do rozliczenia osobnym szablonem, np.: pacjenci UE) – wygenerowany szablon rachunku będzie zawierał informacje o rozliczeniu pozycji z wszystkich punktów umowy, dla których przekazano pozytywnie zweryfikowane dane statystyczne przed wskazaniem świadczeń do naliczenia.
  Sposób: „jedna umowa – jeden rachunek”.

- **generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy** – dla każdego punktu umowy i okresu rozliczeniowego generowany będzie oddzielny szablon rachunku.

Po zaznaczeniu odpowiedniej pozycji można **Zatwierdzić** zmianę modelu rozliczeń.

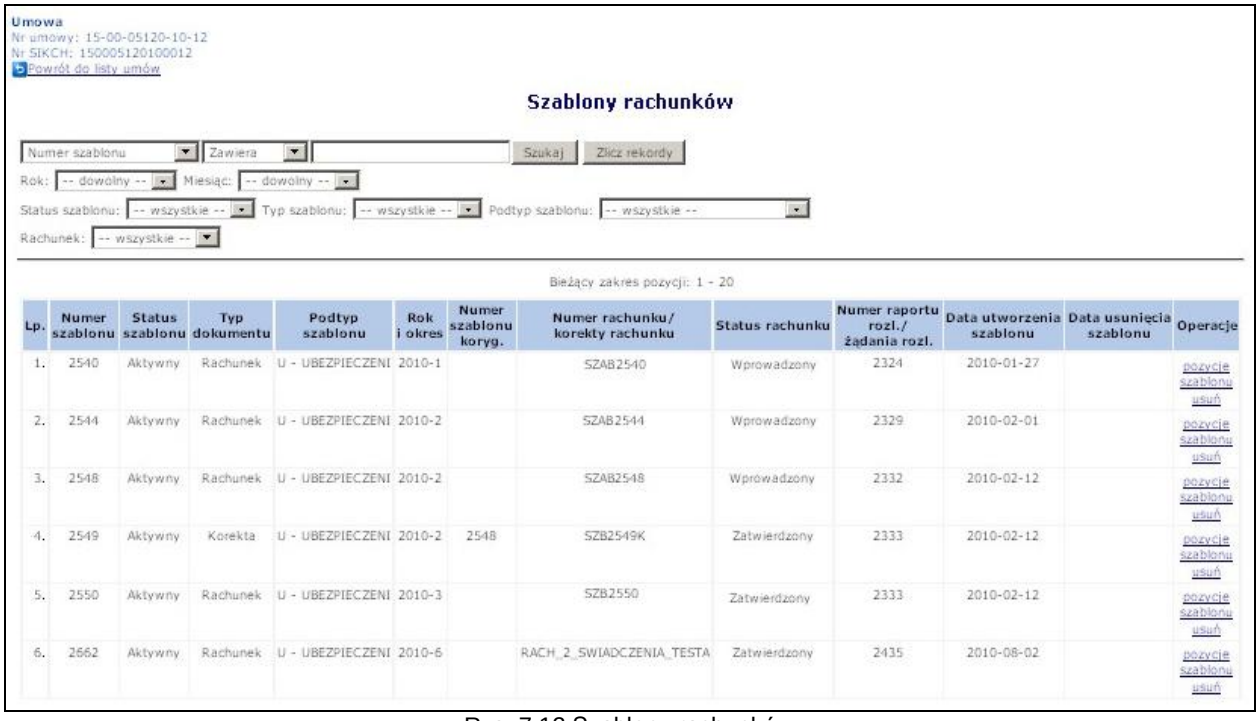


Rys. 7.11 Model rozliczeń umowy - Sposób przepisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowe

7.6 Szablony rachunków

Na *Liście umów* dodano operację **Szablony rachunków,** która pozwala na wyświetlenie listy szablonów rachunków dla wskazanej umowy w układzie:

- Numer szablonu
- Status szablonu (aktywny / usunięty przez świadczeniodawcę / usunięty przez operatora KS-SIKCH)
- Typ dokumentu (rachunek/korekta)
- Podtyp szablonu (ubezpieczeni, …)
- Rok i okres
- Numer szablonu korygowanego (w przypadku szablonu korekty)
- Numer rachunku/korekty rachunku według świadczeniodawcy – o ile istnieje
- Status rachunku (wprowadzony, sprawdzony oczekuje na korektę, zatwierdzony, zaksięgowany)
- Numer raportu rozliczeniowego/żądania rozliczenia
- Data i czas utworzenia szablonu
- Data i czas usunięcia szablonu
- Operacje



Rys. 7.12 Szablony rachunków

Do wyszukiwania konkretnego szablonu służą następujące filtry:

- **Rok**
- **Miesiąc**
- **Status szablonu**
- **Typ szablonu**
- **Podtyp szablonu**
- **Rachunek/korekta rachunku**:
  a) wszystkie – opcja domyślna
  b) szablony dla których przekazano dokument księgowy
  c) szablony dla których nie przekazano dokumentu księgowego

W kolumnie *Operacje* dostępne są następujące opcje:

- **Pozycje szablonu**
- **Usuń**

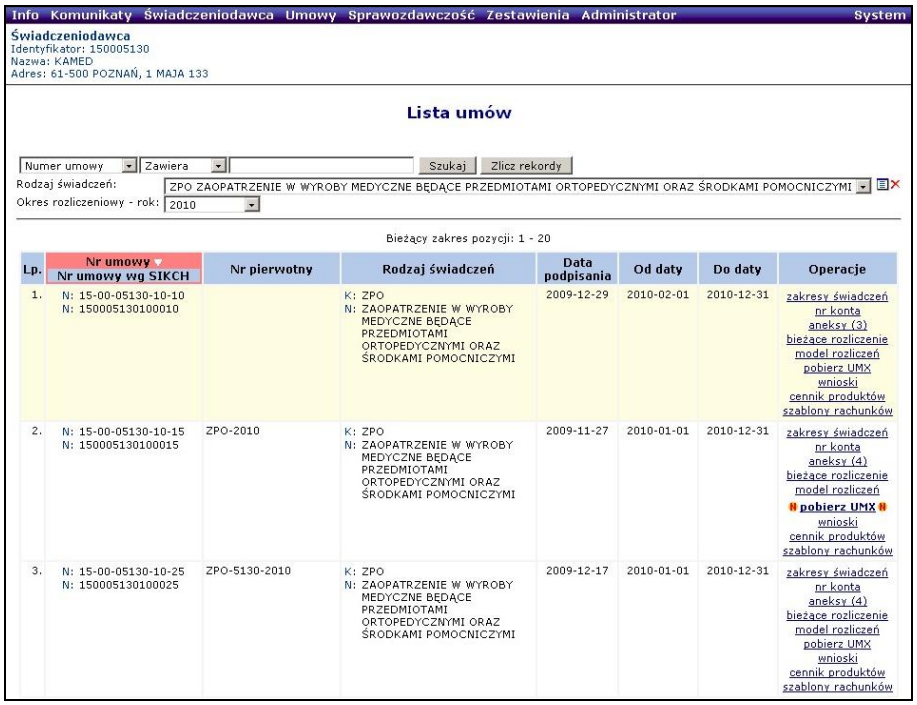
Rys. 7.13 Pozycje szablonu rachunku

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

Rys. 7.14 Usuwanie szablony rachunku

7.7 Przeglądanie umów w rodzaju ZPO

Uwaga!!!
Funkcjonalność dostępna jest tylko i wyłącznie dla świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju Zaopatrzenie sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (ZPO).



Rys. 7.15 Lista umów ZPO

Ze względu na specyfikę rodzaju świadczeń ZPO wprowadzono odrębną wizualizację elektronicznych wersji umów dla tego rodzaju, a także dodatkowe opcje, które umożliwiają przeglądanie cennika produktów handlowych oraz składanie wniosków o aktualizację cen produktów lub zmianę zestawu produktów realizowanych w ramach umowy.

7.7.1 ZPO: Przeglądanie zakresów świadczeń

Podobnie jak w innych rodzajach świadczeń w ZPO dostępna jest opcja: **zakresy świadczeń**. Za jej pomocą operator systemu ma możliwość przeglądania punktów wybranej umowy.

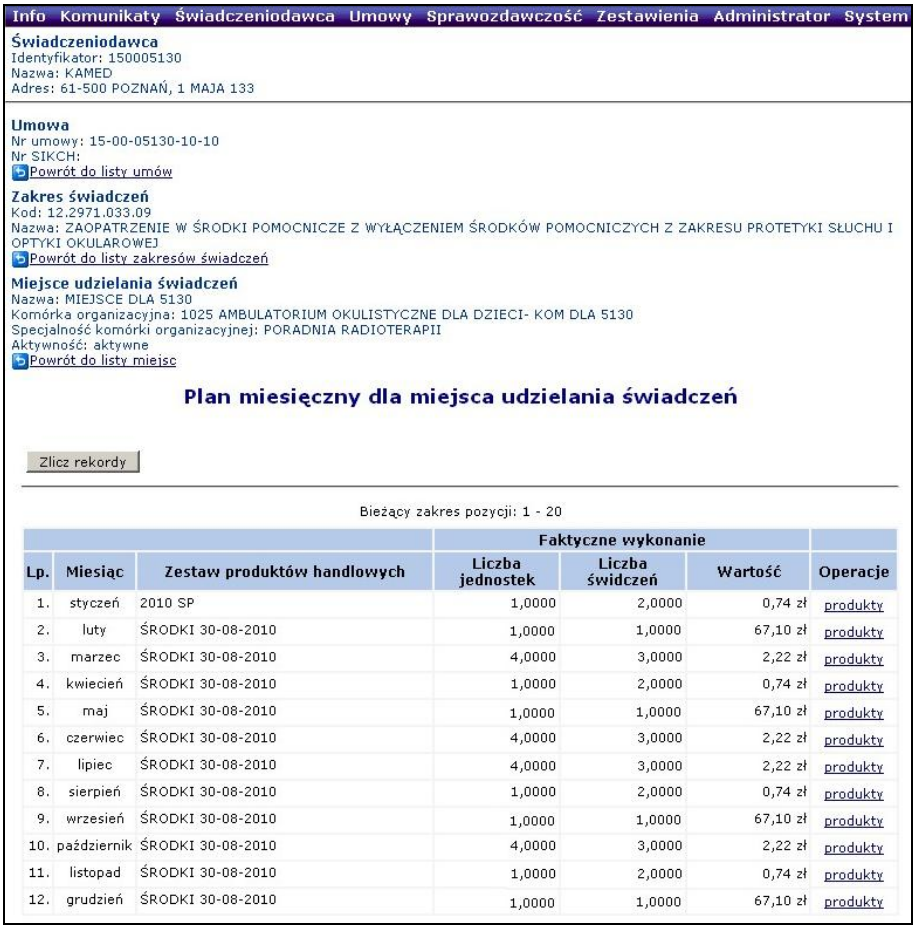
Rys. 7.16 Zakresy świadczeń w umowie

Z uwagi na fakt, że zakresy świadczeń w ZPO są zakresami nielimitowanymi, w podglądzie zakresów świadczeń informacje o zakontraktowanej liczbie usług i ich cenie będą zawierały wartość/ilość równą zero. Plan finansowy w podziale na poszczególne miesiące sprawozdawcze również będzie zerowy.

Od 2008 roku, pakiety świadczeń dołączane do punktów umowy zostały zastąpione przez zestawy produktów handlowych. Świadczeniodawcy prowadzą swoje rozliczenia w oparciu o zakontraktowane produkty.
W celu przejrzenia dokładnej informacji o kontrakcie dla określonego miejsca świadczenia usług należy wybrać opcję **Miejsca** na liście zakresów świadczeń**.** Czynność ta spowoduje wyświetlenie listy *Miejsc udzielania świadczeń.*

Rys. 7.17 Miejsca udzielania świadczeń powiązane z umową

Wybierając opcję **Plan** dla wybranego miejsca wyświetlona zostanie informacja o planie miesięcznym z możliwością przeglądania listy produktów umieszczonych w zestawach produktów.



Rys. 7.18 Plan miesięczny dla miejsca udzielania świadczeń

Wybór opcji **Produkty** umożliwia weryfikację produktów handlowych dostępnych do realizacji w miejscu udzielania świadczeń w ramach kontraktu oraz wartości refundacji za produkt:

Przeglądanie cen produktów handlowych dostępne jest również z poziomu listy umów.

7.7.2 ZPO: Przeglądanie cennika produktów

Wybierając na *Liście umów* opcję **Cennik produktów** operator uzyska dostęp do przeglądania kwot refundacji poszczególnych produktów handlowych, które zostały ustalone z OW NFZ.

Rys. 7.19 Cennik produktów handlowych

Wartość refundacji dostępna jest po wybraniu opcji **Ceny w miesiącach**.

Rys. 7.20 Ceny produktów w rozbiciu na miesiące

Wyświetlane ceny są wartościami obowiązującymi przy rozliczaniu z OW NFZ.

W przypadku, gdy występuje konieczność zmodyfikowania ceny produktów w kolejnych miesiącach sprawozdawczych, w systemie SZOI udostępniono funkcjonalność, pozwalającą na złożenie wniosku do OW NFZ w celu dokonania zmian:

- wartości refundacji produktu handlowego;
- zestawu produktów handlowych.

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

7.7.3 ZPO: Wniosek o zmianę wartości refundacji produktu handlowego lub zmianę zestawu

Wnioski o zmiany w ZPO mogą dotyczyć:

- wartości refundacji produktu handlowego;
- zestawu produktów handlowych.

W obu wypadkach, wniosek o zmianę wprowadzany jest z poziomu listy umów po wybraniu opcji **Wnioski**.

Przy pierwszym uruchomieniu, lista wniosków będzie pusta. W trakcie przekazywania kolejnych wniosków lista będzie sukcesywnie zapełniana.
Operator może wprowadzić dowolną ilość wniosków. Przekazanie wniosku do OW NFZ nie może wystąpić częściej niż 2 razy w miesiącu.

Wprowadzanie wniosku składa się z kilku kroków:

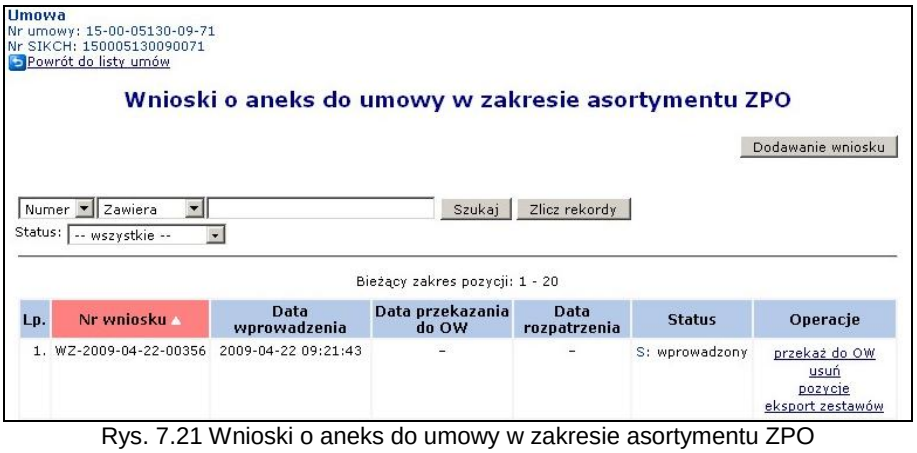
1. wprowadzenie nagłówka wniosku;
2. wprowadzenie od 1 do ‘n’ pozycji wniosku (każda pozycja stanowi inny zakres świadczeń)
3. zmodyfikowanie cennika produktów i/lub zestawu produktów

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

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

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

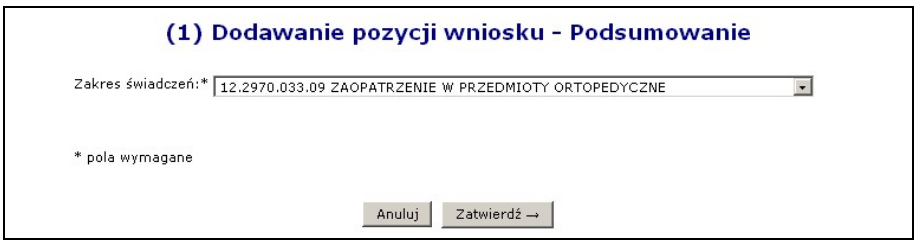
- **Przekaż do OW NFZ** –przekazanie do OW NFZ wybranego wniosku w formie elektronicznej.
- **Usuń** –usunięcie pozycji z wniosku o statusie wprowadzony.
- **Pozycje** –dodawanie pozycji do wniosku.
- **Eksport zestawów** –eksport zestawu produktów do pliku xls.



Rys. 7.21 Wnioski o aneks do umowy w zakresie asortymentu ZPO

Po wprowadzeniu nagłówka wniosku operator powinien przystąpić do dodawania pozycji wniosku. W tym celu należy wybrać opcję **Pozycje**, a po otwarciu okna pozycji wniosku – **Dodawanie pozycji**.

W trakcie dodawania pozycji należy wskazać odpowiedni zakres świadczeń:



Rys. 7.22 Przykładowe okno dodawania pozycji wniosku

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

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

Dodana pozycja zostanie zapisana na liście pozycji wniosku.

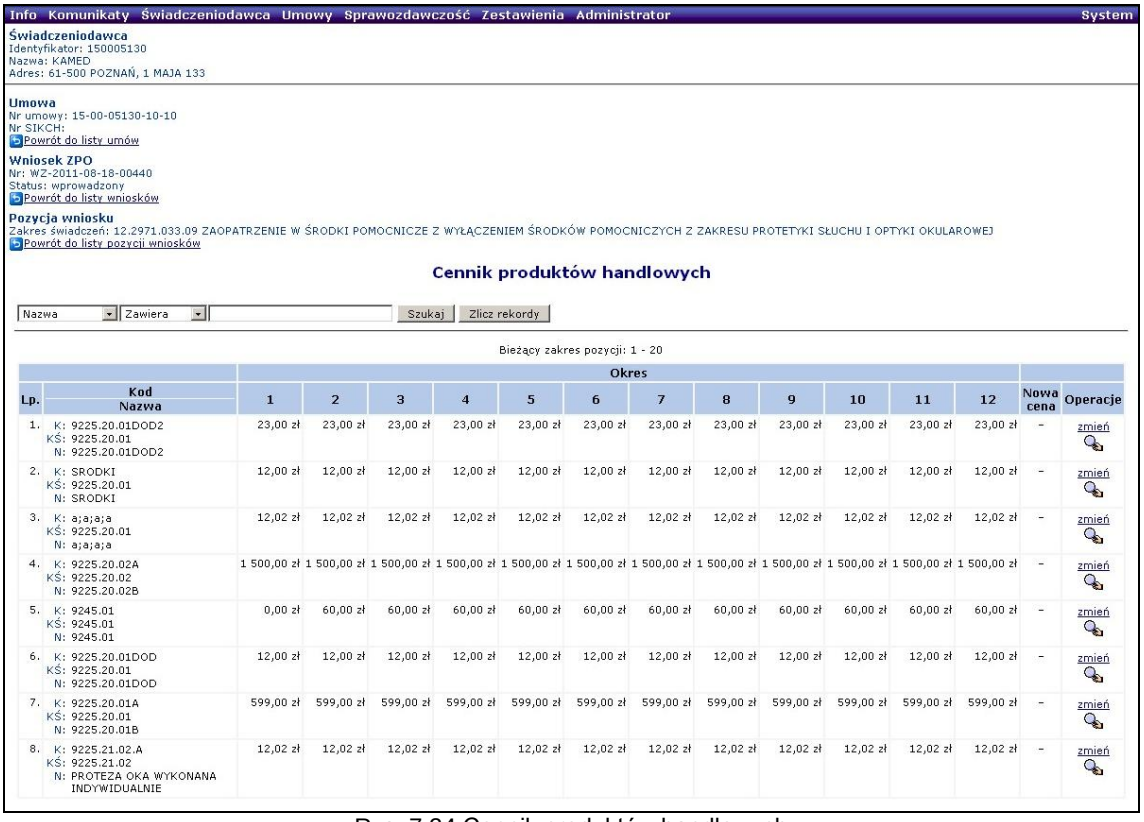
Rys. 7.23 Przykładowe okno pozycji wniosku

Za pomocą dostępnych opcji, operator może:

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

7.7.4 Modyfikacja cennika

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



Rys. 7.24 Cennik produktów handlowych

Na liście zostaną wyświetlone wszystkie produkty, ze wszystkich zestawów, dotyczące wybranego zakresu świadczeń.
Operator wybierając opcję **Zmień** może dokonać zmiany ceny produktu. Zmiana zostanie wprowadzona dla wskazanego w pozycji wniosku okresu sprawozdawczego. Wybór opcji **Zmień** spowoduje wyświetlenie okna informacji o produkcie.

Rys. 7.25 Zmiana ceny produktu

W polu **Nowa cena** należy wprowadzić nową cenę dla produktu. Cena nie może być wyższa niż cena limitu dla środka pomocniczego.
Cenę należy wprowadzić korzystając z separatora w postaci **kropki**.

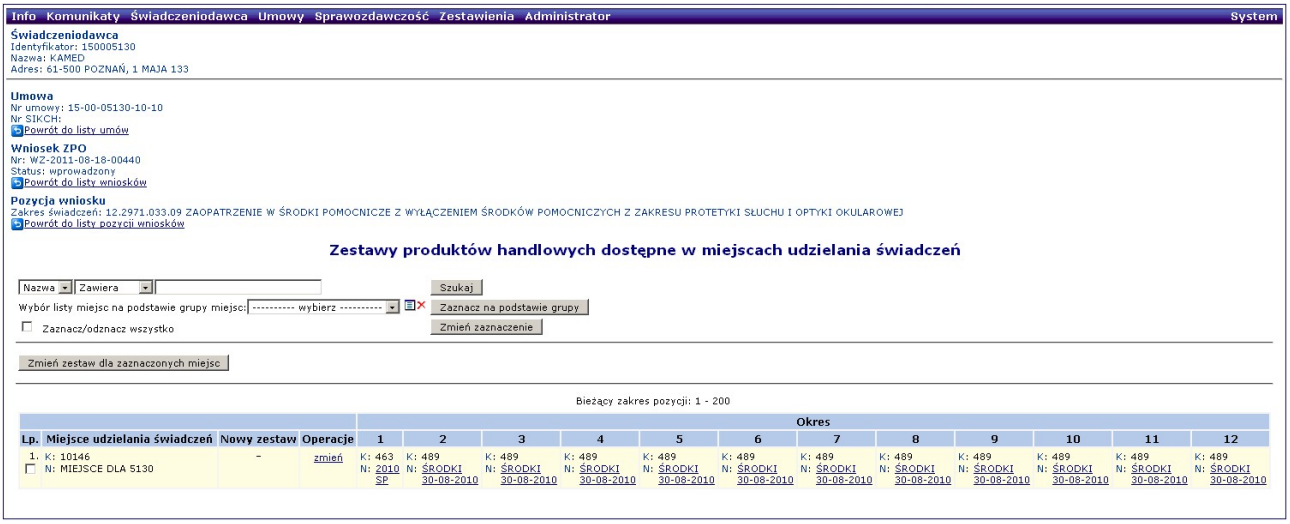
Wprowadzone zmiany należy zatwierdzić korzystając z opcji **Zatwierdź**.

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

Po zakończeniu wprowadzania cen, należy wybrać opcję **Powrót do listy pozycji wniosków** (by wprowadzić zmiany dla kolejnej pozycji) lub **Powrót do listy wniosków** (by przekazać wniosek do OW NFZ).

7.7.5 Zmiana zestawu produktów

Wybierając opcję **Zestawy** wyświetlone zostanie okno *Zestawy produktów handlowych dostępne w miejscach udzielania świadczeń*.



Rys. 7.26 Zestawy produktów handlowych dostępne w miejscach udzielania świadczeń

Operator wybierając opcję **Zmień** może dokonać zamiany zestawu produktów na inny zestaw zdefiniowany wcześniej w obszarze **Świadczeniodawca – Zestawy produktów**. Wybór opcji **Zmień** spowoduje wyświetlenie okna informacji o zestawie.

Rys. 7.27 Zmiana zestawu produktów handlowych

W przypadku, gdy zestaw ma zostać usunięty z umowy należy zaznaczyć opcję **Brak zestawu**.
Natomiast, gdy zestaw ma być zamieniony na inny, należy skorzystać z opcji **Nowy zestaw**.

Wprowadzone zmiany należy zatwierdzić korzystając z opcji **Zatwierdź**.

Zmianę zestawu wykonuje się dla każdego zestawu oddzielnie.

Po zakończeniu wprowadzania zmian zestawów, należy wybrać opcję **Powrót do listy pozycji wniosków** (by wprowadzić zmiany dla kolejnej pozycji) lub **Powrót do listy wniosków** (by przekazać wniosek do OW NFZ).

7.7.6 Eksport zestawów do pliku xls.

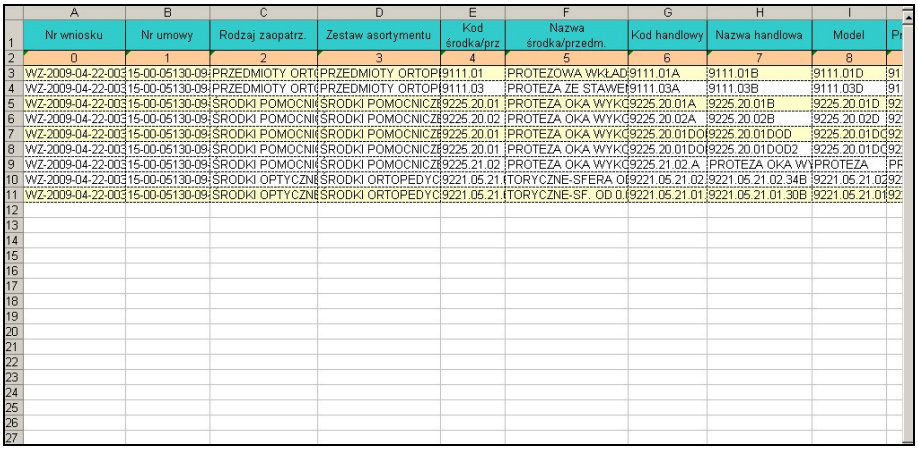
Przy pomocy opcji **Eksport zestawów** operator systemu może wyeksportować wszystkie produkty handlowe dla wszystkich zestawów do pliku *.xls.

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu, natomiast przy pomocy funkcji **Anuluj** można anulować eksport. Generacja pliku rozpocznie się po wciśnięciu przycisku **Dalej**. Jeżeli generacja zostanie zakończona można **Pobrać plik** oraz **Zakończyć** operację:

Rys. 7.28 Pobieranie zestawów asortymentu występujących w ramach dowolnego wniosku

Poniżej przedstawiono przykładowy plik w formacie *.xls. Zestawienie to składa się z następujących kolumn:

- Numeru wniosku
- Numeru umowy
- Rodzaju zaopatrzenia
- Zestawu asortymentu
- Kodu środka / przedmiotu
- Nazwy środka / przedmiotu
- Kodu handlowego
- Nazwy handlowej
- Modelu
- Producenta
- Indywidualnego zamówienia
- Ceny
- Kodu ministerialnego



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1	Nr wniosku	Nr umowy	Rodzaj zaopatrz.	Zestaw asortymentu	Kod środka/prz	Nazwa środka/przedm.	Kod handlowy	Nazwa handlowa	Model	Pr
2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
3	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	PRZEDMIOTY ORTO	PRZEDMIOTY ORTOP	9111.01	PROTEZOWA WKŁAD	9111.01A	9111.01B	9111.01D	91
4	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	PRZEDMIOTY ORTO	PRZEDMIOTY ORTOP	9111.03	PROTEZA ZE STAWEM	9111.03A	9111.03B	9111.03D	91
5	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI POMOCNIC	ŚRODKI POMOCNICZ	9225.20.01	PROTEZA OKA WYKO	9225.20.01A	9225.20.01B	9225.20.01D	92
6	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI POMOCNIC	ŚRODKI POMOCNICZ	9225.20.02	PROTEZA OKA WYKO	9225.20.02A	9225.20.02B	9225.20.02D	92
7	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI POMOCNIC	ŚRODKI POMOCNICZ	9225.20.01	PROTEZA OKA WYKO	9225.20.01DOD	9225.20.01DOD	9225.20.01DOD	92
8	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI POMOCNIC	ŚRODKI POMOCNICZ	9225.20.01	PROTEZA OKA WYKO	9225.20.01DOD	9225.20.01DOD2	9225.20.01DOD2	92
9	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI POMOCNIC	ŚRODKI POMOCNICZ	9225.21.02	PROTEZA OKA WYKO	9225.21.02.A	PROTEZA OKA WY	PROTEZA	PR
10	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI OPTYCZNE	ŚRODKI ORTOPEDYC	9221.05.21.(	TORYCZNE-SFERA OI	9221.05.21.02	9221.05.21.02.34B	9221.05.21.02	92
11	WZ-2009-04-22-003	15-00-05130-09	ŚRODKI OPTYCZNE	ŚRODKI ORTOPEDYC	9221.05.21.(	TORYCZNE-SF. OD 0.(	9221.05.21.01	9221.05.21.01.30B	9221.05.21.01	92
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										

Rys. 7.29 Zestaw asortymentu występujący w ramach dowolnego wniosku

7.7.7 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Jeśli cały wniosek został poprawnie przygotowany należy go przekazać do OW NFZ. W tym celu należy skorzystać z opcji **Przekaż do OW NFZ**. Przekazany wniosek nie będzie mógł być modyfikowany.

Rys. 7.30 Przykładowe okno zatwierdzania przekazania wniosku do realizacji

Wybór opcji **Zatwierdź** spowoduje przekazanie wersji elektronicznej wniosku do OW NFZ.

Rys. 7.31 Przykładowe okno listy wniosków

„Zatwierdzony” wniosek uzyska status **Przekazany do rozpatrzenia**.

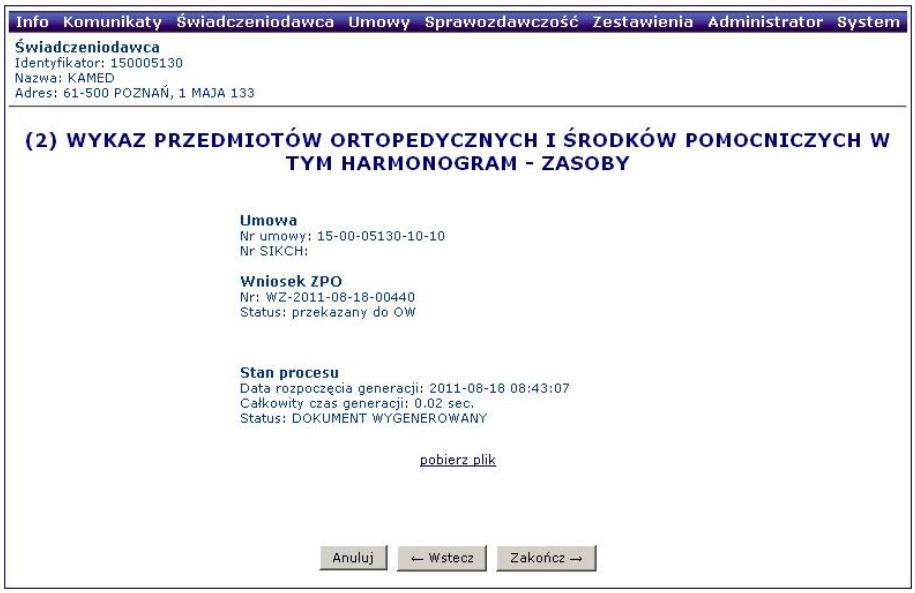
7.7.8 Wycofanie wniosku

Do momentu rozpatrzenia wniosku przez OW NFZ operator świadczeniodawcy ma możliwość wycofania złożonego wniosku. Czynność tą wykonuje się korzystając z opcji **Wycofaj**. Po zatwierdzeniu operacji wycofania wniosek uzyska status wycofany.

7.7.9 Pobieranie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Uwaga!!!
Ze względu na różną parametryzację systemu w poszczególnych OW NFZ funkcjonalność pobierania wykazu przedmiotów może być dostępna tylko w niektórych OW NFZ.

Aby pobrać wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych należy z kolumny operacji wybrać opcję **Pobierz plik**. W nowo otwartym oknie należy wcisnąć przycisk **Dalej**. Gdy plik zostanie wygenerowany można go pobrać za pomocą **Pobierz plik***:*



Rys. 7.32 Wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Pobrany plik jest skompresowany. Aby rozpocząć na nim pracę w pierwszej kolejności należy go rozpakować.

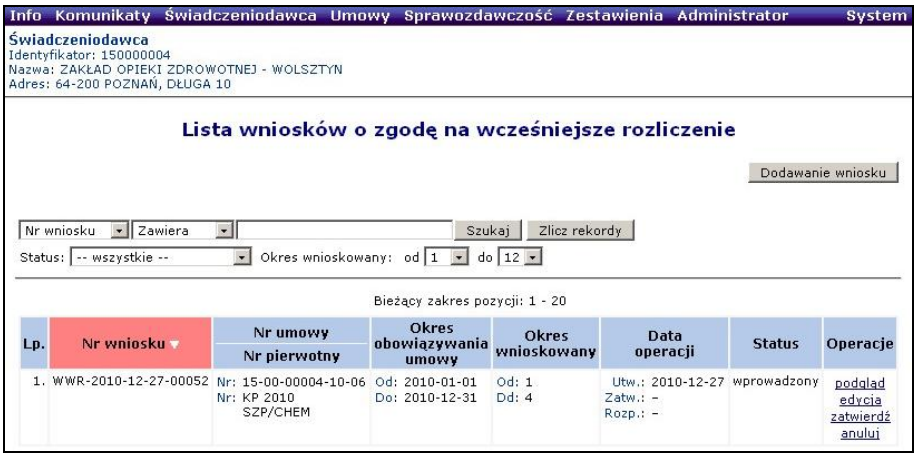
7.8 Zgody na wcześniejsze rozliczenie *NOWOŚĆ*

W celu umożliwienia wykonania rozliczenia świadczeń rachunkiem refundacyjnym, wystawionym wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca rozliczanego, konieczne jest złożenie przez świadczeniodawcę **Wniosku o wcześniejsze rozliczenie.**
Przed rozpoczęciem pracy z wnioskami należy dodać operatorowi systemu odpowiednie uprawnienie. Aby tego dokonać należy przejść do listy uprawnień, która jest dostępna w części ***Administrator ->***

Operatorzy -> Uprawnienia. W nowo otwartym oknie należy zaznaczyć haczykiem uprawnienie numer **12 Obsługa wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie:**

Rys. 7.33 Uprawnienie operatora systemu do pracy na wnioskach o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

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



Rys. 7.34 Lista wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

W górnej części powyższej listy dostępne są filtry które umożliwiają przeszukiwanie listy według następujących kryteriów:

- **Numeru wniosku**
- **Numeru umowy**
- **Numeru pierwotnego**
- **Statusu**
  - ***Wprowadzony***
  - ***Zatwierdzony***
  - ***Rozpatrzony pozytywnie***
  - ***Rozpatrzony negatywnie***
  - ***Anulowany***
- **Okresu wnioskowanego od/do**

Aby wprowadzić nowy wniosek do systemu należy skorzystać z opcji **Dodawanie wniosku**. W nowo otwartym oknie operator systemowy musi wprowadzić następujące informacje:

- **Umowę** – przy pomocy *Słownika umów* należy wybrać odpowiednią umowę
- **Okres wnioskowany**
  - ***Miesiąc od*** musi mieścić się w okresie obowiązywania umowy
  - ***Miesiąc do*** musi mieścić się w okresie obowiązywania umowy
- **Uzasadnienie** – dlaczego świadczeniodawca wnioskuje o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

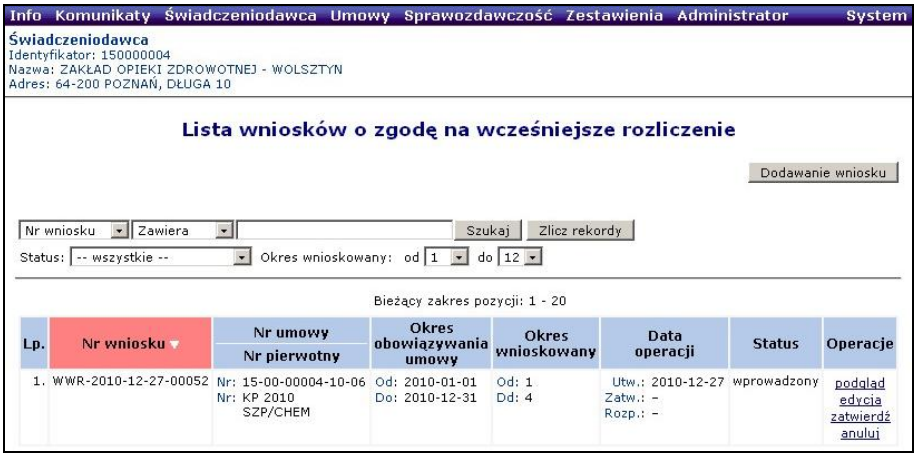
Rys. 7.35 Dodawanie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Po wprowadzeniu wszystkich powyższych informacji można przejść do *Podsumowania* przy pomocy opcji **Dalej**. Jeżeli wszystkie dane przedstawione w *Podsumowaniu* się zgadzają, można **Zatwierdzić** dodawanie wniosku.

Rys. 7.36 Dodawanie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie - Podsumowanie

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

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



Rys. 7.37 Lista wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

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

Rys. 7.38 Zatwierdzenie wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Wniosek po zmianie status na zatwierdzony zostaje automatycznie przekazany do OW NFZ w formie elektronicznej.
Zatwierdzony wniosek należy wydrukować przy pomocy opcji **Wydruk**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*. Wydrukowany wniosek należy podpisać i przekazać do OW NFZ.

Rys. 7.39 Lista wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie – status zatwierdzony

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

Rys. 7.40 Lista wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie – status rozliczony pozytywnie

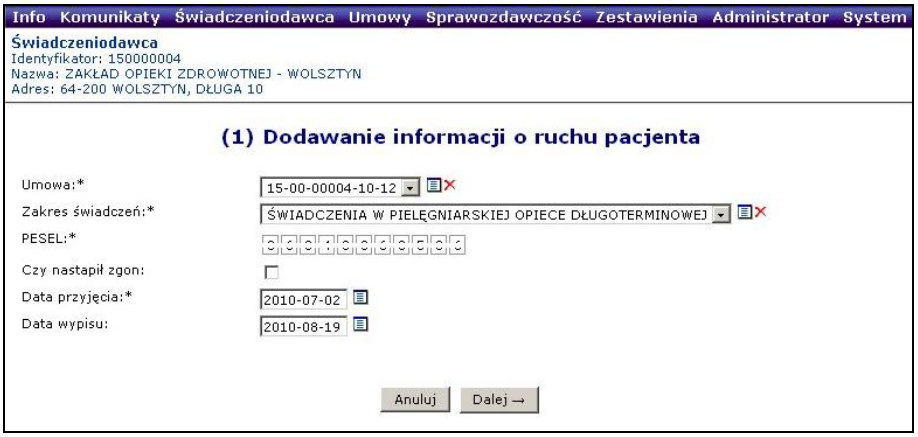
7.9 Ruch pacjentów

7.9.1 Informacje o ruchu pacjentów

Powyższa funkcjonalność dostępna jest dla świadczeniodawców posiadających aktualnie obowiązujące umowy (załącznik rzeczowo-finansowy obowiązujący w danym roku) w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. W przypadku umowy, której okres obowiązywania się zakończył, system udostępni możliwość wprowadzenia danych w terminie do 45 dni od daty wygaśnięcia umowy.

Opcja **Dodawanie ruchu pacjenta** umożliwia wprowadzenie nowej pozycji do systemu. Podczas tej operacji należy podać następujące informacje związane z objęciem pacjenta opieką:

- **Umowa** w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna
- **Zakres świadczeń** w ramach umowy
- **Pesel** pacjenta
- **Zgon** checkbox domyślnie odznaczony
- **Data przyjęcia**
- **Data wypisu** wymagana jeśli zaznaczono checkbox czy nastąpił zgon, pozostawiona pusta oznacza ‘bezterminowo’

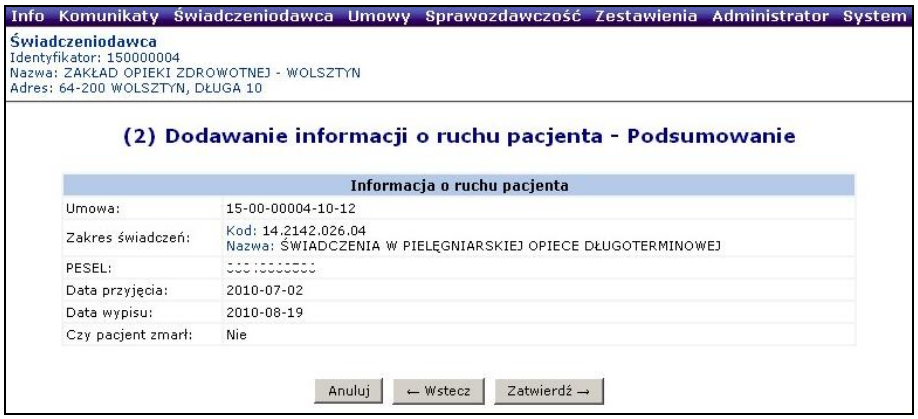


Rys. 7.41 Dodawanie informacji o ruchu pacjenta

Podczas wprowadzania danych do systemu operator musi pamiętać o następujących zależnościach:

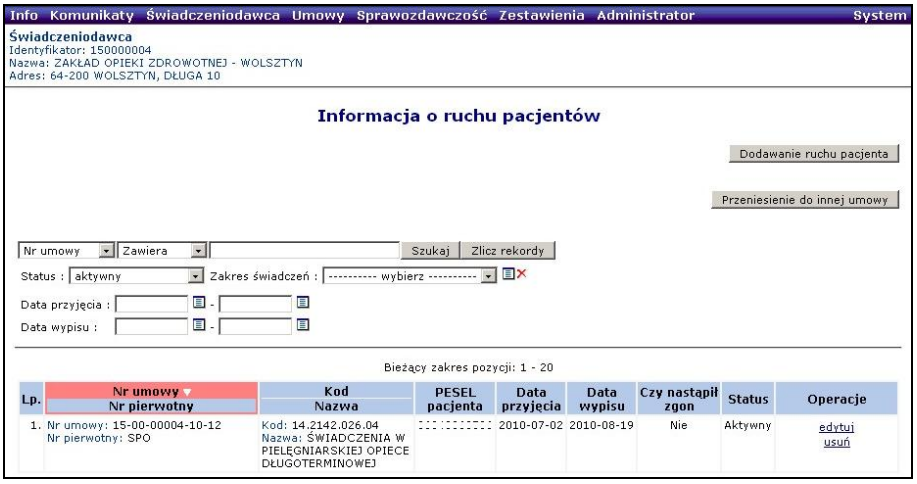
- Data przyjęcia i wypisu musi zawierać się w okresie obowiązywania wskazanej umowy
- Data wypisu musi być późniejsza lub równa dacie przyjęcia, jednakże nie może być późniejsza niż data bieżąca, w przypadku informacji należących do tego samego świadczeniodawcy co zalogowany
- W tym samym czasie pacjent może być objęty opieką tylko w jednej umowie i w jednym zakresie. W przypadku istnienia w systemie informacji (nieusuniętej) o objęciu opieką tego samego pacjenta w zachodzącym na siebie okresie czasu (u obecnie zalogowanego lub innego świadczeniodawcy), operacja dodawania/edycji danych nie będzie możliwa, o czym operator zostanie poinformowany – system wyświetli właściwy komunikat. Dopuszczalną jest sytuacja kiedy Data wypisu = Dacie wpisu innej informacji o ruchu pacjenta lub Data wpisu = Dacie wypisu innej informacji o ruchu pacjenta tylko w przypadku gdy wpisy te należą do różnych świadczeniodawców
- W przypadku wprowadzenia informacji o zgonie pacjenta, system uniemożliwi wprowadzenie kolejnej informacji o opiece z datą przyjęcia późniejszą niż data zgonu w przypadku gdy informacja o opiece, w której zaznaczono zgon nie została usunięta. Operator ma również możliwość wprowadzenia lub edycji informacji o ruchu pacjenta, dla której data wpisu i data wypisu jest wcześniejsza od daty zgonu i nie nakłada się na ten okres.

Po wprowadzeniu wszystkich powyższych informacji można przejść do *Podsumowania* przy pomocy opcji **Dalej**:



Rys. 7.42 Dodawanie informacji o pacjencie - Podsumowanie

Po zatwierdzeniu dodawania informacji o ruchu pacjenta, nowa pozycja pojawi się na liście:



Rys. 7.43 Informacje o ruchu pacjentów

Z uwagi mogącej się pojawić pomyłki, została udostępniona możliwość poprawy i usunięcia wprowadzonych danych. Opcja **Edytuj** dostępna w kolumnie *Operacje* umożliwia modyfikację danych w następującym zakresie:

- Data przyjęcia
- Data wypisu
- Znacznik zgonu

Błędnie wprowadzony rekord może zostać usunięty przy pomocy opcji **Usuń** – jest to operacja nieodwracalna (w takiej sytuacji wymagane jest ponowne wprowadzenie informacji o ruchu pacjenta).

Aby usprawnić operację wprowadzania danych dla nowej umowy, która jest kontynuacją kończącej się właśnie umowy, została dodana funkcja **Przeniesienie do innej umowy**. Funkcja ta dostępna jest dla wybranego pacjenta lub wszystkich pacjentów z wybranej umowy, którzy nie mają jeszcze wprowadzonej daty wypisu. Podczas wykonywania tej operacji operator będzie zobligowany do wybrania umowy, do której mają zostać przeniesieni pacjent / pacjenci (musi być to umowa zatwierdzona, w tym samym rodzaju świadczeń i posiadająca taki sam zakres świadczeń jak ten, w którym jest zapisany przenoszony pacjent, rozpoczynająca się nie później niż jeden dzień po zakończeniu umowy, z której pacjenci są przenoszeni). Data zakończenia objęcia opieką pacjentów przeniesionych zostanie ustawiona jako ostatni dzień obowiązywania umowy źródłowej, a data objęcia opieką tych pacjentów w umowie docelowej zostanie ustawiona jako pierwszy dzień obowiązywania umowy docelowej, a data wypisu zostanie ustawiona na bezterminowo ‘-‘.

7.9.2 Raporty o ruchu pacjentów

Lista raportów o ruchu pacjentów zawiera informacje o wszystkich raportach dotyczących ruchu pacjentów wygenerowanych przez danego świadczeniodawcę. Lista ta składa się z następujących kolumn:

- **Daty generacji (data i godzina)**
- **Kto wygenerował (imię i nazwisko operatora)**
- **Operacji**

Na mocy umowy podpisanej z NFZ, świadczeniodawcy są zobligowani do przesyłania raportów o ruchach pacjentów do Oddziału Wojewódzkiego. Aby ułatwić im pracę została wprowadzona możliwość generacji wersji elektronicznej takiego raportu.
Opcja **Generacja raportu** umożliwia dodanie do listy raportów nowej pozycji. Po kliknięciu na przycisk operator przeniesiony zostanie do wizarda generacji raportu.
W przypadku pierwszej generacji raportu wszystkie pozycje na liście będą miały status dodany (poza informacjami o ruchu pacjentów, które zostały do systemu dodane, jednakże później - do momentu uruchomienia generacji z jakiejkolwiek przyczyny zostały usunięte - wówczas w raporcie nie zostają one uwzględnione).

W przypadku kolejnej generacji raportu, gdy informacja o ruchu pacjentów w stosunku do poprzedniego raportu została zmieniona na raporcie ma ona status edytowana, jeśli została usunięta ma status usunięta, jeśli pozycja jest nowa (nie została uwzględniona w poprzednim raporcie) ma status dodana.
System umożliwia wielokrotne pobieranie danego, wygenerowanego wcześniej raportu. Jeżeli od momentu ostatniej generacji w systemie nie została dodana/edytowana/usunięta żadna pozycja, proces generacji raportu nie zostanie uruchomiony, a na wizardzie pojawi się następujący komunikat: *Od czasu generacji poprzedniego raportu nie wprowadzono żadnych zmian. Generacja nie zostanie uruchomiona.*

Opcja **Pobierz** dostępna w kolumnie *Operacja* umożliwia pobranie pliku PDF z wygenerowanym raportem.

Rys. 7.44 Lista raportów o ruchu pacjentów

7.10 ZGŁOSZENIE ZMIANY DO UMOWY

Każdy świadczeniodawca jest zobowiązany realizować umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w przepisach prawnych Ministra Zdrowia, ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu. Na podstawie powyższych przepisów świadczenia muszą być udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.
Zmiany wprowadzone w potencjale świadczeniodawcy, należy zgłosić Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie lub w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Zmiany te nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny określonych w przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców zdefiniowanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli zmiany dokonane przez świadczeniodawcę w potencjale naruszają wymagania zawarte w umowie, OW NFZ może wezwać go do weryfikacji i poprawy zmian. Jeżeli świadczeniodawca nie dostosuje się do tych wskazówek, umowa może zostać rozwiązana.

Dotychczas, gdy świadczeniodawca chciał dokonać modyfikacji w potencjale zdefiniowanym w umowie, musiał przygotować dokumentację aktualizacyjną przy pomocy Aplikacji Konkursowej. Zawarte w niej były wszystkie zmiany w zasobach świadczeniodawcy m.in. w personelu medycznym, zasobach czy harmonogramach pracy. Plik dokumentacji był przekazywany do Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie pracownicy Oddziału Wojewódzkiego weryfikowali zmiany pod kątem umowy. Jeżeli weryfikacja przebiegła pomyślnie (zmiany zostały zaakceptowane przez OW NFZ) tworzony był aneks do umowy, zawierającej zmiany zasobów. Jeżeli natomiast w wyniku weryfikacji stwierdzono nieprawidłowości zmiany wnioskowane w dokumentacji aktualizacyjnej były odrzucane.

Obecnie przy pomocy Portalu SZOI świadczeniodawca może dokonywać zmian dotyczących zatrudnionego personelu medycznego, harmonogramów pracy komórki organizacyjnej, personelu w miejscach wykonywania świadczeń, a także dostępności zasobów. Modyfikacje te nie wymagają generacji dokumentacji aktualizującej. Dzięki tej funkcjonalności zostanie znacznie skrócony czas oczekiwania na decyzję w sprawie zmian w umowie oraz czas utworzenia aneksu.

Projekt obsługi **zgłoszeń zmian potencjału** poprzez aplikację webową Portalu SZOI ma na celu usprawnienie aneksowania potencjału świadczeniodawcy. Funkcjonalność ta jest przeznaczona dla świadczeniodawców, którzy chcą dokonać zmian w posiadanych zasobach (personelu medycznego, harmonogramach pracy komórki organizacyjnej oraz zasobów) deklarowanych do realizacji umowy. Przy pomocy zgłoszeń o zmianę potencjału możliwe jest także dodawanie osób personelu medycznego czy też zasobów do wybranej umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia.
W poniższej tabeli zawarto przykładowe możliwości zmian dokonanych przez świadczeniodawcę, które nie naruszają warunków umowy. Taki modyfikacje dokonane w potencjale muszą zostać zgłoszone przez świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu:

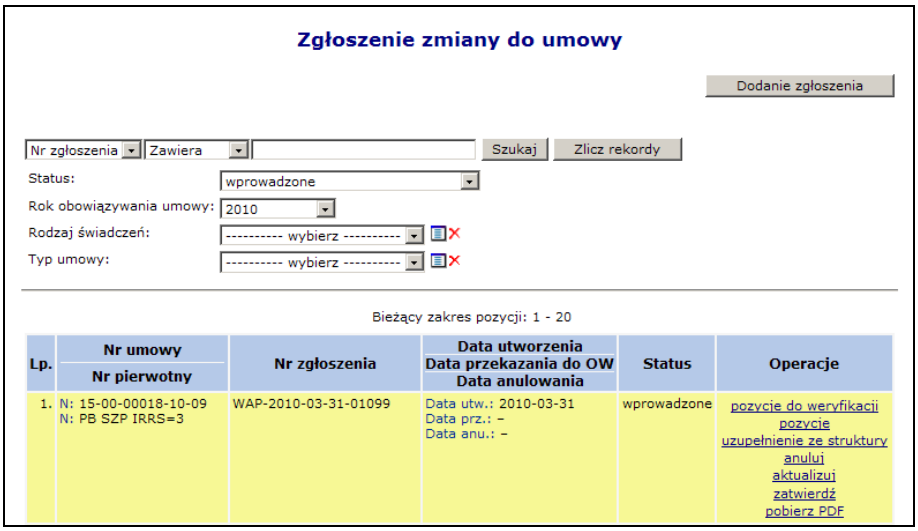
Potencjał pierwotny - z umowy	**Potencjał aktualny – po zmianach**
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Nowak – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację
Czas pracy komórki organizacyjnej w godzinach 9.00 – 17.00	Czas pracy komórki organizacyjnej w godzinach 8.00 – 17.00 lub 9.00 – 18.00
Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 9.00 – 17.00	Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 8.00 – 17.00 lub 8.00 – 18.00
-	Dodanie kolejnego harmonogramu dla osoby personelu medycznego
-	Dodanie nowej osoby personelu medycznego do miejsca wykonywania świadczeń

Poniżej przedstawiono kilka przykładów, po których Oddział Wojewódzki może wezwać świadczeniodawcę do poprawy błędów, gdyż naruszają one podpisaną umowę.
Jeżeli świadczeniodawca w określonym czasie nie poprawi błędnych pozycji, Oddział Wojewódzki może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

Potencjał pierwotny - z umowy	**Potencjał aktualny – po zmianach**
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Usunięcie Kowalskiego bez dodawania nowej osoby
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Nowak– lekarz kardiolog posiadający I specjalizację
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Nowak – lekarz okulista
Kowalski – lekarz kardiolog posiadający II specjalizację	Kowalski – lekarz kardiolog posiadający I specjalizację – utrata prawa wykonywania zawodu
Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 8.00 – 17.00	Czas pracy osoby personelu medycznego w godzinach 9.00 – 14.00
Czas pracy osoby personelu medycznego od poniedziałku do piątku	Czas pracy osoby personelu medycznego tylko w poniedziałki i wtorki
Czas pracy komórki organizacyjnej w godzinach 8.00 – 16.00	Czas pracy komórki organizacyjnej w godzinach 8.00 – 14.00

7.10.1 Lista zgłoszeń zmiany do umowy

Lista zgłoszeń zmian do umowy zawiera podstawowe informacje dotyczące każdego ze zgłoszeń, czyli nr danego zgłoszenia, nr umowy, do której odnosi się dana pozycja, bieżący status zgłoszenia oraz informacje o dacie jego utworzenia oraz dacie przekazania do OW NFZ.
Obsługa zgłoszeń zmian do umowy w zakresie potencjału jest dostępna z poziomu menu ***Umowy/Zgłoszenie zmiany do umowy:***



Rys. 7.45 Zgłoszenia zmiany do umowy

Filtry znajdujące się w górnej części okna umożliwiają wyszukiwanie pozycji według następujących kryteriów:

- **Numeru umowy/pierwotny**
- **Numeru zgłoszenia**
- **Data utworzenia/przekazania do OW**
- **Status**
- **Roku obowiązywania umowy**
- **Rodzaju świadczeń**
- **Typu umowy**

Aby przyspieszyć pracę portalu wprowadzono funkcjonalność, dzięki której wszystkie zadania związane z zgłoszeniami zmian do umowy (np.: dodawanie, aktualizacja, zatwierdzanie) są kolejkowane. Poniższa tabela opisuje kolejne etapy, jakie może otrzymać zgłoszenie zmian do umowy:

Status	Opis
Do przygotowania	Zgłoszenie o tym statusie oczekuje w kolejce na wygenerowanie na serwerze oddziałowym. Jeżeli postępowanie posiada taki status operator systemu może je anulować przy pomocy odpowiedniej opcji znajdującej się w kolumnie ***Operacje***
W trakcie przygotowania	Zgłoszenie to jest aktualnie generowane. Jednocześnie podczas przetwarzania zgłoszenia zmian do umowy na serwerze oddziałowym, generowana jest automatycznie wersja profilu świadczeniodawcy. Dzięki temu czas poświęcony na powstanie postępowania jest maksymalnie wykorzystany.
Wprowadzone	Jedynie na postępowaniach o statusie **Wprowadzonym** operator systemu może dokonywać operacji takich jak np. weryfikacja, aktualizacja czy też podgląd pozycji.

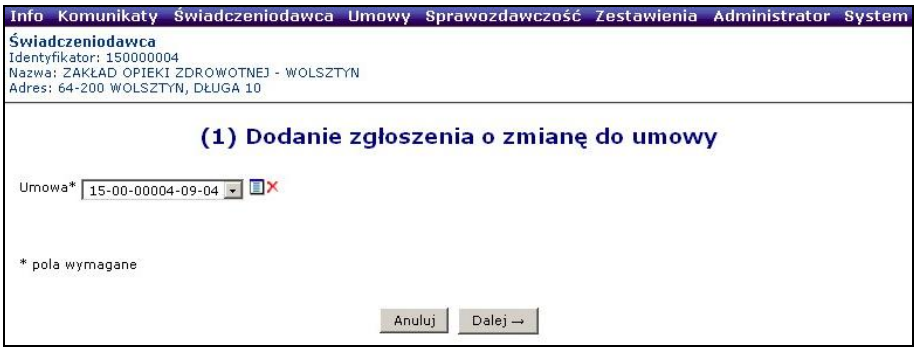
Do aktualizacji	Zgłoszenie oczekuje w kolejce na aktualizację
W trakcie aktualizacji	Zgłoszenie jest aktualizowane. Po zakończeniu aktualizacji zgłoszenie otrzymuje powtórnie status zgłoszenia wprowadzonego. Podczas dokonywania aktualizacji automatycznie generowana jest także wersja profilu świadczeniodawcy.
Do zatwierdzenia	Zgłoszenie o tym statusie aktualnie oczekuje w kolejce na zatwierdzenie na serwerze oddziałowym
W trakcie zatwierdzania	Zgłoszenie jest zatwierdzane. W tym czasie pozycja jest przesyłana do Oddziału Wojewódzkiego.
Zatwierdzone	Pozycja została zatwierdzona oraz przekazana do Oddziału Wojewódzkiego gdzie zostanie odpowiednio rozpatrzone przez odpowiednią osobę
Anulowane	Operator anulował zgłoszenie zmian do umowy, które posiadało status **Do przygotowania** lub **Wprowadzone**
W trakcie uzupełniania ze struktury	Zgłoszenie jest aktualizowane ze struktury potencjału. Po zakończeniu aktualizacji zgłoszenie otrzymuje powtórnie status zgłoszenia wprowadzonego.
Do uzupełnienia ze struktury	Zgłoszenie oczekuje w kolejce na uzupełnienie ze struktury potencjału

Opcje dostępne w kolumnie **Operacje** pozwalają na:

- **Weryfikowanie** zmian dla pozycji, w których nastąpiły zmiany w stosunku do poprzedniego zgłoszenia
- **Przeglądanie** oraz **Wykonywanie** operacji w ramach poszczególnych pozycji zgłoszenia
- **Uzupełnienie ze struktury** informacji o personelu medycznym i jego harmonogramach czasu pracy
- **Anulowanie** zgłoszenia
- **Aktualizację** zgłoszenia danymi z rzeczywistego potencjału
- **Zatwierdzenie zgłoszenia** skutkujące przekazaniem go do OW NFZ
- **Pobierz PDF –** dzięki tej opcji można wygenerować plik PDF zawierający ***Listę harmonogramów miejsca***, ***Listę osób personelu medycznego*** oraz ***Listę udostępnionego personelu medycznego***

7.10.2 Dodanie nowego zgłoszenia zmiany do umowy w zakresie potencjału

W celu wprowadzenia nowego zgłoszenie do systemu, należy skorzystać z opcji **Dodanie zgłoszenia**, która znajduje się po prawej stronie okna *Listy zgłoszeń zmian do umowy*. Po wybraniu tej funkcji operator systemu przejdzie do pierwszego etapu wprowadzania zgłoszenia, w którym należy przy pomocy słownika wybrać odpowiednią umowę, której ma dotyczyć zgłoszenie:



Rys. 7.46 Dodawanie nowego zgłoszenia

Po wybraniu odpowiedniej pozycji można przejść do kolejnego etapu przy pomocy opcji **Dalej** lub **Anulować** wprowadzanie.
W ostatnim oknie, jakim jest *Podsumowanie* procesu dodawania nowego zgłoszenia, zawarte są podstawowe informacje wcześniej wybranej umowy:

Rys. 7.47 Dodawania nowego zgłoszenia o zmianę potencjału - Podsumowanie

Operator systemu może **Zatwierdzić** *Podsumowanie*, powrócić do poprzedniego okna przy pomocy opcji **Wstecz,** lub **Anulować** proces dodawania.

7.10.3 Weryfikacja zgłoszenia zmiany do umowy

7.10.3.1 Pozycje do weryfikacji

Uwzględnienie skutku zmian w potencjale rzeczywistym świadczeniodawcy na poszczególne pozycje umowy w przypadku „dużego" świadczeniodawcy może być kłopotliwe (konieczność odszukania wśród wielu zasobów tych, dla których konsekwentnie za zmianą w potencjale rzeczywistym trzeba zmienić dostępność na rzecz danej pozycji umowy). Dlatego w Portalu SZOI wprowadzono funkcję weryfikacji zmian.
System dzięki funkcji weryfikacji umożliwi przejrzenie ograniczonej liczby udostępnionych zasobów, które uległy zmianie w rejestrze potencjału świadczeniodawcy w stosunku od czasu przekazania ostatniego zgłoszenia zmian.
Każdy nowo dodane zgłoszenie zmian do umowy w Portalu SZOI będzie podświetlone na kolor żółty, jeżeli wcześniej nie wygenerowano wniosku do wybranej umowy. Kolor ten informuje operatora, że dane zgłoszenie wymaga weryfikacji pozycji:

Rys. 7.48 Zgłoszenie zmian do umowy

Opcja **Pozycje do weryfikacji** umożliwia wykonanie przez użytkownika sprawdzenia (weryfikacji) danych znajdujących się w zgłaszanej zmianie do umowy. Po jej wybraniu operator systemu przejdzie do okna *Pozycji zgłoszeń do weryfikacji*:

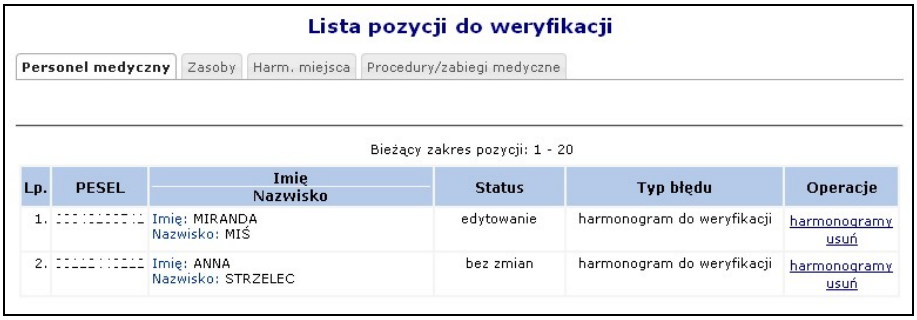
Rys. 7.49 Pozycje zgłoszeń do weryfikacji

W miejscu tym znajdą się wszystkie pozycje, jakich dotyczy dane zgłoszenie zmian do umowy. Dzięki temu operator systemu w łatwy i szybki sposób może zidentyfikować interesujące go pozycje, definiowane przez następujące informacje:

- **Numer pozycji umowy**
- **Zakres świadczeń**
- **Kod / Nazwę / Adres**
- **Profil medyczny**
- **Termin udzielenia świadczenia**
- **Status / Typ zmian**

Opcja **Pozycje do weryfikacji** umożliwia weryfikację poprawności danych znajdujących się w zmianie do umowy, w ramach danej pozycji zgłoszenia w zakresie:

- **Personelu medycznego –** zatrudnionego w miejscu wykonywania świadczeń przypisanym do pozycji umowy
- **Zasobów -** przypisanych do danego miejsca wykonywania świadczeń zawartego w wybranej pozycji umowy
- **Harmonogramu miejsca**
- **Procedur/zabiegów medycznych**



Rys. 7.50 Lista pozycji do weryfikacji – Harmonogram miejsca

Personel medyczny

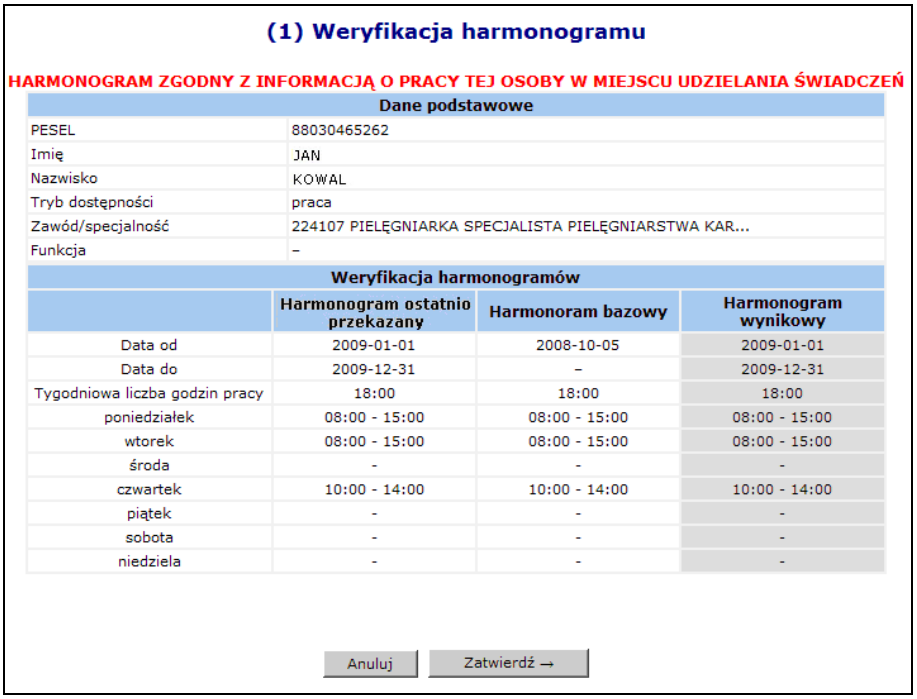
Opcja **Harmonogramy** umożliwia weryfikację informacji o harmonogramach osoby personelu medycznego.

Przy pomocy opcji **Usuń** świadczeniodawca może usunąć daną pozycję (osobę personelu medycznego) z umowy. Należy jednak pamiętać, iż zatwierdzenie zgłoszenia, w którym usunięto w ten sposób personel spowoduje nieodwracalne usunięcie osoby personelu medycznego z obowiązującej umowy. Operacja usuwania powinna być wykonywana tylko i wyłącznie w przypadku nieprawidłowego zdefiniowania osoby w umowie – w sytuacji, gdy osoba personelu w ogóle nie powinna znaleźć się w umowie. Po usunięciu pozycja zostanie podświetlona na kolor czerwony i nie będzie można dokonywać na niej żadnych operacji. Jednak, jeżeli usunięcie osoby było błędem można anulować usunięcie przy pomocy opcji **Przywróć**.

Opcja **Weryfikacja** umożliwia walidację wybranego harmonogramu pracy danej osoby – bez wykonania tej operacji, nie jest możliwa edycja harmonogramu. Operacja ta jest dostępna jedynie dla harmonogramu dotychczas niezweryfikowanego.

Poniżej przedstawiono cztery przypadki, które mogą wystąpić podczas weryfikacji harmonogramu pracy osoby personelu medycznego.

1. Jeżeli harmonogram bazowy (zdefiniowany w miejscu pracy osoby w Portalu SZOI) jest zgodny z harmonogramem ostatnio przekazanym (zdefiniowany w umowie / w zgłoszeniu zmiany) w zakresie: dane harmonogramu ostatnio przekazanego zawierają się w zakresie danych harmonogramu bazowego:



(1) Weryfikacja harmonogramu

HARMONOGRAM ZGODNY Z INFORMACJĄ O PRACY TEJ OSOBY W MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Dane podstawowe	
PESEL	88030465262
Imię	JAN
Nazwisko	KOWAL
Tryb dostępności	praca
Zawód/specjalność	224107 PIELĘGNIARKA SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA KAR...
Funkcja	-

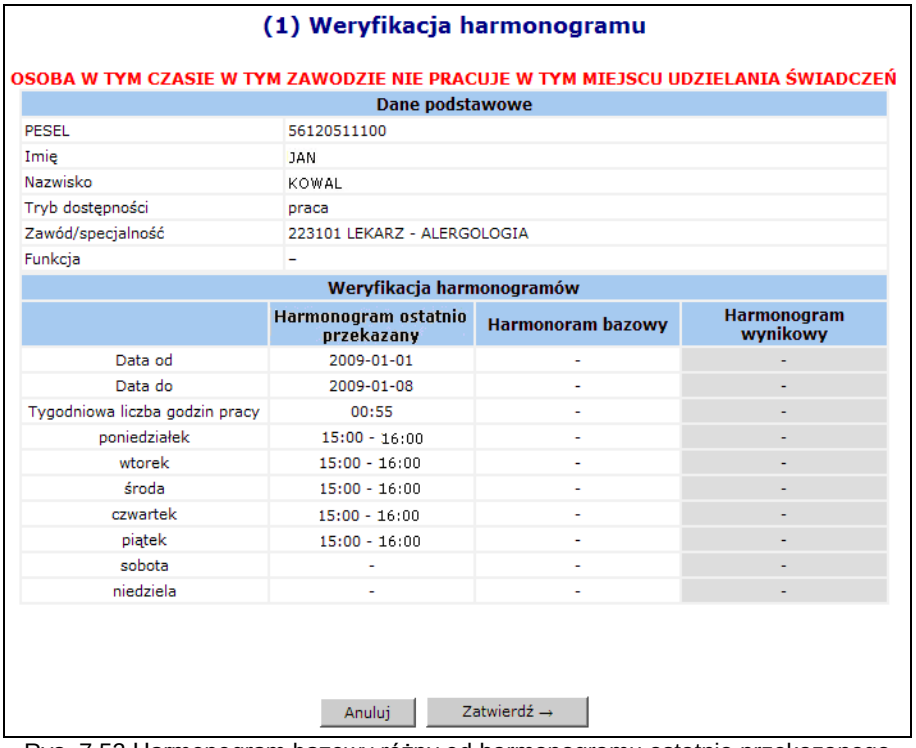
Weryfikacja harmonogramów

	Harmonogram ostatnio przekazany	Harmonoram bazowy	Harmonogram wynikowy
Data od	2009-01-01	2008-10-05	2009-01-01
Data do	2009-12-31	-	2009-12-31
Tygodniowa liczba godzin pracy	18:00	18:00	18:00
poniedziałek	08:00 - 15:00	08:00 - 15:00	08:00 - 15:00
wtorek	08:00 - 15:00	08:00 - 15:00	08:00 - 15:00
środa	-	-	-
czwartek	10:00 - 14:00	10:00 - 14:00	10:00 - 14:00
piątek	-	-	-
sobota	-	-	-
niedziela	-	-	-

Anuluj | Zatwierdź →

Rys. 7.51 Harmonogram bazowy zgodny z harmonogramem ostatnio przekazanym

2. Jeżeli harmonogram bazowy (zdefiniowany w miejscu pracy osoby w Portalu SZOI) jest różny od harmonogramu ostatnio przekazanego (zdefiniowany w umowie / w zgłoszeniu zmiany) w zakresie: dane harmonogramu ostatnio przekazanego nie zawierają się w zakresie danych harmonogramu bazowego:



(1) Weryfikacja harmonogramu

OSOBA W TYM CZASIE W TYM ZAWODZIE NIE PRACUJE W TYM MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Dane podstawowe	
PESEL	56120511100
Imię	JAN
Nazwisko	KOWAL
Tryb dostępności	praca
Zawód/specjalność	223101 LEKARZ - ALERGOLOGIA
Funkcja	-

Weryfikacja harmonogramów

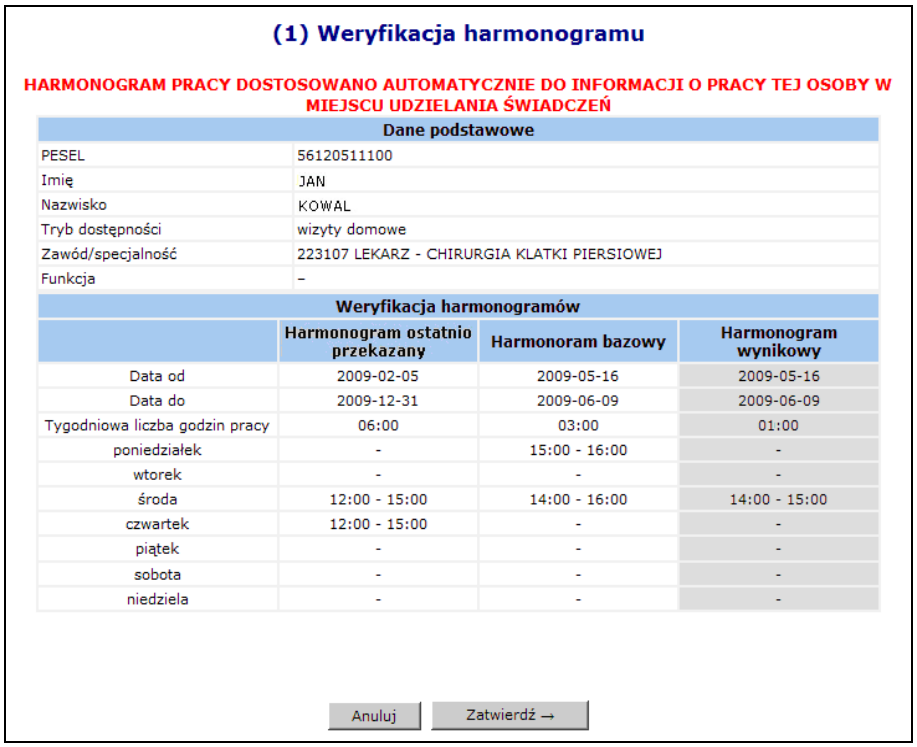
	Harmonogram ostatnio przekazany	Harmonoram bazowy	Harmonogram wynikowy
Data od	2009-01-01	-	-
Data do	2009-01-08	-	-
Tygodniowa liczba godzin pracy	00:55	-	-
poniedziałek	15:00 - 16:00	-	-
wtorek	15:00 - 16:00	-	-
środa	15:00 - 16:00	-	-
czwartek	15:00 - 16:00	-	-
piątek	15:00 - 16:00	-	-
sobota	-	-	-
niedziela	-	-	-

Anuluj | Zatwierdź →

Rys. 7.52 Harmonogram bazowy różny od harmonogramu ostatnio przekazanego

3. Jeżeli harmonogram bazowy (zdefiniowany w miejscu pracy osoby w Portalu SZOI) jest różny od harmonogramu ostatnio przekazanego (zdefiniowany w umowie / w zgłoszeniu zmiany) w zakresie: tygodniowa liczba godzin harmonogramu bazowego jest mniejsza od tygodniowej

liczby godzin harmonogramu ostatnio przekazanego, lub harmonogram bazowy oraz harmonogram ostatnio przekazany zawierają różne pozycje szczegółowe:



(1) Weryfikacja harmonogramu

HARMONOGRAM PRACY DOSTOSOWANO AUTOMATYCZNIE DO INFORMACJI O PRACY TEJ OSOBY W MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Dane podstawowe	
PESEL	56120511100
Imię	JAN
Nazwisko	KOWAL
Tryb dostępności	wizyty domowe
Zawód/specjalność	223107 LEKARZ - CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ
Funkcja	–

Weryfikacja harmonogramów	Harmonogram ostatnio przekazany	Harmonoram bazowy	Harmonogram wynikowy
Data od	2009-02-05	2009-05-16	2009-05-16
Data do	2009-12-31	2009-06-09	2009-06-09
Tygodniowa liczba godzin pracy	06:00	03:00	01:00
poniedziałek	-	15:00 - 16:00	-
wtorek	-	-	-
środa	12:00 - 15:00	14:00 - 16:00	14:00 - 15:00
czwartek	12:00 - 15:00	-	-
piątek	-	-	-
sobota	-	-	-
niedziela	-	-	-

Anuluj | Zatwierdź →

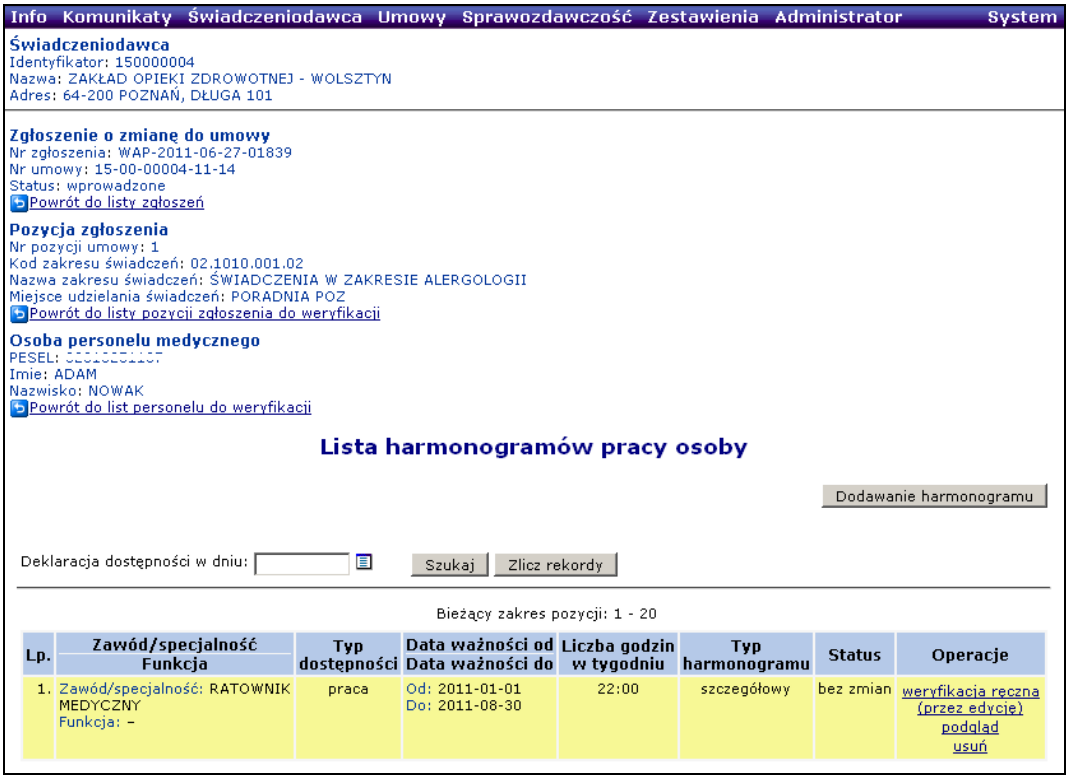
Rys. 7.53 3. Harmonogram bazowy pokrywa się w niewielkim stopniu z harmonogramem ostatnio przekazanym

4. Jeżeli harmonogram bazowy (zdefiniowany w miejscu pracy osoby w Portalu SZOI) jest różny od harmonogramu ostatnio przekazanego (zdefiniowany w umowie / w zgłoszeniu zmiany) w zakresie: tygodniowa liczba godzin harmonogramu bazowego jest mniejsza od tygodniowej liczby godzin harmonogramu ostatnio przekazanego, oraz harmonogram bazowy nie zawiera pozycji szczegółowych natomiast harmonogram ostatnio przekazany zawiera pozycje szczegółowe:

	Harmonogram ostatnio przekazany	Harmonoram bazowy	Harmonogram wynikowy
Data od	2009-02-05	2009-05-16	2009-05-16
Data do	2009-12-31	2009-06-09	2009-06-09
Tygodniowa liczba godzin pracy	06:00	01:55	-
poniedziałek	12:00 - 15:00	-	-
wtorek	12:00 - 15:00	-	-
środa	-	-	-
czwartek	-	-	-
piątek	-	-	-
sobota	-	-	-
niedziela	-	-	-

Rys. 7.54 Harmonogram bazowy jest różny od harmonogramu ostatnio przekazanego

W powyższym przypadku podczas weryfikacji dostępna jest opcja Weryfikacja ręczna (przez edycję). Operator systemu musi dokonać edycji, ponieważ dla miejsca wykonywania świadczeń dla osoby personelu została podana tylko tygodniowa liczba godzin pracy i jest ona mniejsza od ilości godzin ostatnio przekazanych (w zgłoszeniu lub w umowie).



Rys. 7.55 Lista harmonogramów pracy osoby

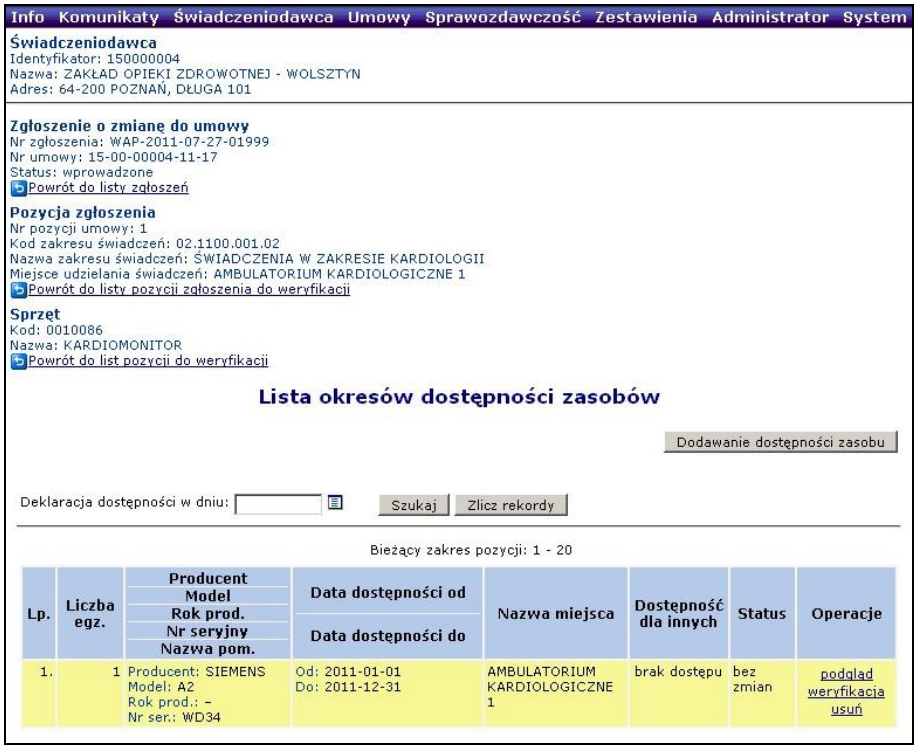
Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie harmonogramu pracy osoby.
Przy pomocy opcji **Powrotu do listy zgłoszeń** operator systemu może powrócić do głównego okna Zgłoszeń.

Zasoby

Kolejnym elementem, który może wymagać weryfikacji w zgłoszeniu jest **Zasoby**. Będą one wymagały weryfikacji w chwili, gdy:

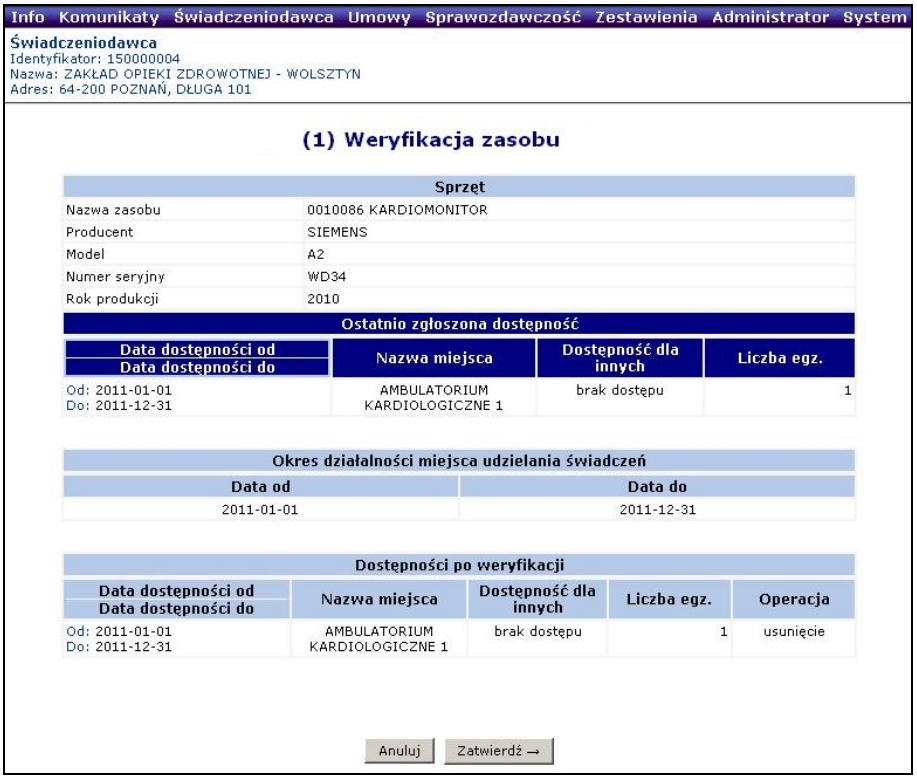
- Zostanie zmieniona ilość w strukturze świadczeniodawcy w portalu
- Zmieniona zostanie dostępność (np. z braku dostępu na całodobowy dostęp)
- Skróci się czas od oraz do w potencjale lub też miejsca w umowie

Aby dokonać weryfikacji poszczególnych pozycji należy w pierwszej kolejności skorzystać z opcji **Okresy dostępności**, która umożliwia przejście do okna *Listy dostępności zasobów*:



Rys. 7.56 Lista okresów dostępności zasobów

W powyżej przedstawionej części systemu użytkownik może dokonać **Weryfikacji** odpowiednich udostępnień wyróżnionych kolorem żółtym. Ma ona zakomunikować świadczeniodawcy fakt, że coś się zmieniło i ułatwić mu poprawę odpowiednich pozycji tak, aby wprowadzone zostały poprawne dane do umowy.
Należy pamiętać, aby dany zasób posiadał odpowiednie udostępnienie w danym okresie z określoną dostępnością oraz w miejscu powiązanych z pozycją umowy. System sprawdza także czy miejsce zawarte w umowie w danym okresie posiada harmonogram.
Jeżeli powyższe warunki nie zostaną spełnione w górnej części głównego okna weryfikacji pojawi się następujący błąd: BRAK UDOSTĘPNIENIA ZASOBU W DANYM OKRESIE Z OKREŚLONĄ DOSTĘPNOŚCIĄ I W OKREŚLONYM MIEJSCU LUB BRAK HARMONOGRAMU MIEJSCA W UMOWIE W DANYM OKRESIE.



Rys. 7.57 Weryfikacja zasobu

Jeżeli pozycja udostępnień zostanie podświetlona na **kolor czerwony**, znaczy to, że zostanie ona usunięta z umowy. Dla pozycji o statusie usunięcia przez użytkownika w kolumnie *Operacje* dostępna będzie opcja **Przywrócenia**, dzięki której można przywrócić zasób do umowy. Natomiast dla pozycji o statusie usunięcia przez system opcja Przywrócenia nie jest dostępna. W takim przypadku należy w części poświęconej potencjałowi (*Zasoby świadczeniodawcy*) przywrócić daną pozycję a następnie zaktualizować zgłoszenie zmian – dzięki temu dany zasób nie zostanie usunięty z umowy.

Rys. 7.58 Lista okresów dostępności zasobów

Harmonogram miejsca

Kolejną zakładką dostępną na **Liście pozycji do weryfikacji** jest **Harm. miejsca**. W miejscu tym znajdują się informacje związane z harmonogramem miejsca wykonywania świadczeń. Aby przejść do *Listy harmonogramów miejsca* należy skorzystać z opcji **Harm. miejsca**.

Rys. 7.59 Lista pozycji do weryfikacji – Harmonogram miejsca

W nowo otwartym oknie znajdą się podstawowe informacje związane z weryfikacją harmonogramu miejsca wykonywania świadczeń.

Rys. 7.60 Lista harmonogramów miejsca

W pierwszej kolejności należy zapoznać się z odpowiednim harmonogramem przy pomoc opcji **Podgląd harmonogramu**, dzięki temu operator systemu zapozna się z harmonogramem miejsca jeszcze przed dokonaniem weryfikacji. Jeżeli stwierdzi on, że występują jakieś błędy to może je poprawić w odpowiednim miejscu w części poświęconej **Świadczeniodawcy**.
Jeżeli harmonogram jest poprawny użytkownik może przejść do **Weryfikacji**. Umożliwi to zestawienie pomiędzy harmonogramem ostatnio przekazanym a znajdującym się aktualnie w zgłoszeniu.
Okno ***Weryfikacji harmonogramu pozycji umowy*** składa się z następujących części:

1. **Harmonogram pozycji umowy** – w części tej zawarta jest informacja o okresie ważności wybranego harmonogramu w pozycji umowy oraz o pozycjach harmonogramu.

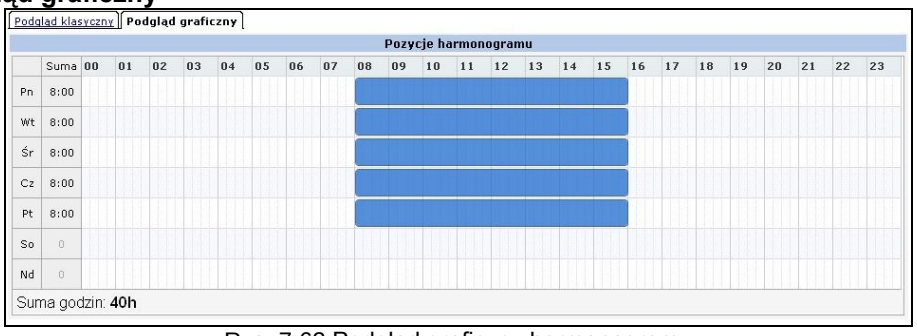
2. **Okres działalności miejsca udzielania świadczeń**
3. **Harmonogram profilu** – część wyświetlana w przypadku, gdy w zasobach świadczeniodawcy do wybranej komórki przypisany został profil (profile) medyczny wraz z harmonogramem.
4. **Harmonogram komórki organizacyjnej**
5. **Harmonogram po weryfikacji** – zostanie przepisany do pozycji umowy.

Dla każdego harmonogramu dostępne są dwie opcje:

- **Podgląd klasyczny**

Rys. 7.61 Podgląd klasyczny harmonogramu

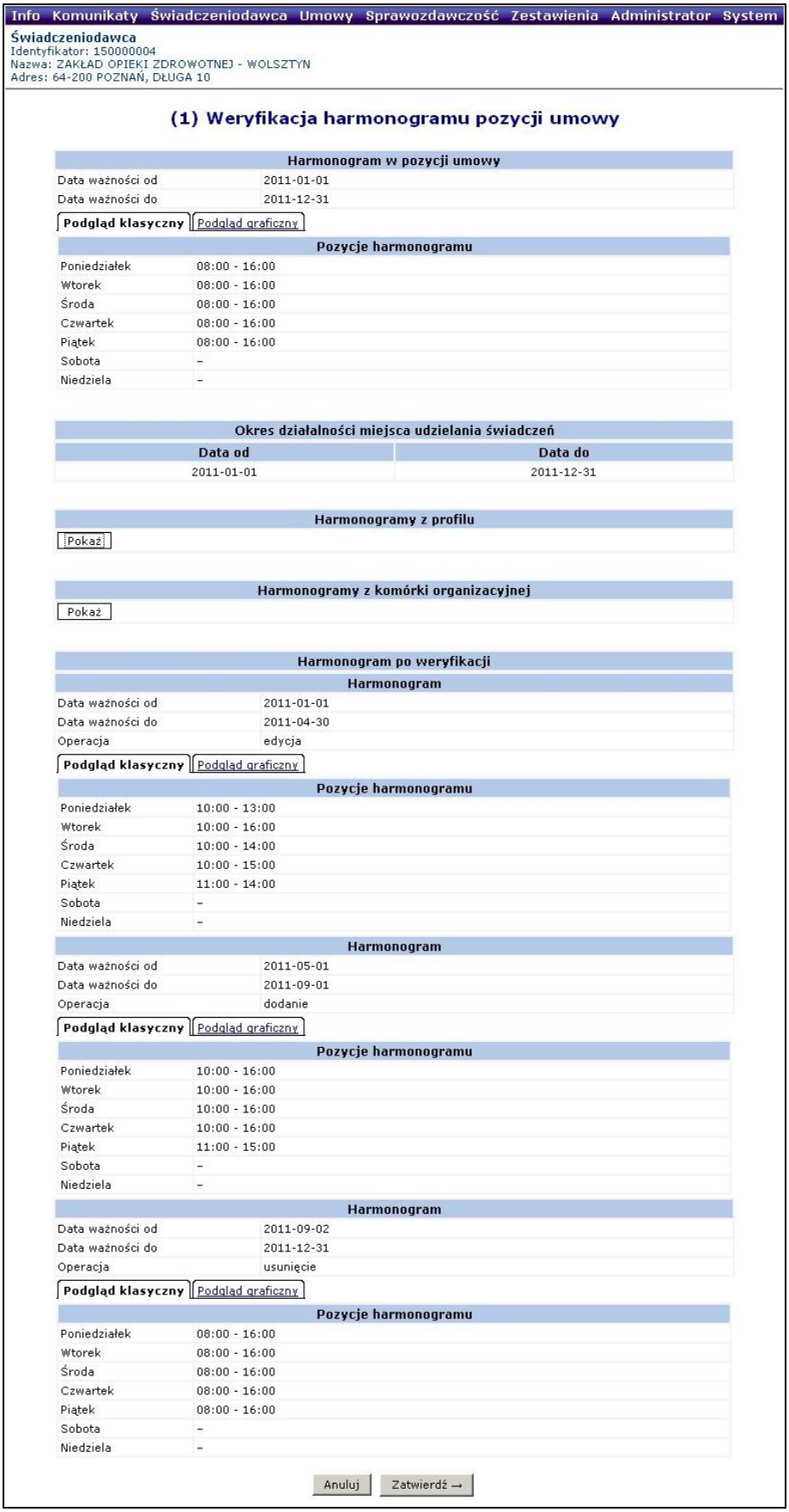
- **Podgląd graficzny**



Rys. 7.62 Podgląd graficzny harmonogramu

Dla pozycji harmonogramu z profilu oraz harmonogramu z komórki organizacyjnej dostępna jest opcja **Pokaż**. Po jej wybraniu pojawi się dokładna informacja o powyższych harmonogramach (daty ważności, podgląd klasyczny oraz graficzny).

UWAGA!!!
Jeżeli po dokonaniu weryfikacji jakaś pozycja harmonogramu miejsca zostanie oznaczona na czerwono, znaczy to, że miejsce wykonywania świadczeń powiązane z daną pozycją jest nieaktywne.
W takim przypadku należy jeszcze raz dodać nowe miejsce do umowy przy pomocy dokumentacji aktualizacyjnej i jeszcze raz utworzyć zgłoszenie zmian do umowy. Można także aktywować dane miejsce w Portalu SZOI.
Dodatkowo, jeżeli ktoś usunie profil medyczny komórki organizacyjnej na SZOI, a w umowie dla tej pozycji, był ten profil przypisany, to dana pozycja zgłoszenia będzie także podświetlona na czerwono.



Rys. 7.63 Weryfikacja harmonogramu miejsca

Po wybraniu opcji **Zatwierdź**, harmonogram zostanie przepisany do zgłoszenia a proces weryfikacji zostanie zakończony, a użytkownik może przejść do pracy z *Listą harmonogramów miejsca* – zostało to opisane w dalszej części instrukcji.

Podczas weryfikacji harmonogram miejsca może zostać oznaczony na czerwono, a w konsekwencji usunięty z umowy. Sytuacja taka może mieć miejsce, gdy miejsce miało przypisany typ dostępności wizyty domowe. Wybierając opcję Powód usunięcia operator może dowiedzieć się, dlaczego harmonogram został usunięty.

Rys. 7.64 Powód usunięcia harmonogramu miejsca

W takim przypadku należy wprowadzić nową pozycję harmonogramu pracy miejsca.

Podobna sytuacja może wystąpić, gdy zgłoszenie będzie aktualizowane – wizyty domowe zostaną oznaczone na czerwono.

7.10.3.2 Automatyczna weryfikacja

Wykonanie automatycznej weryfikacji spowoduje wykonanie przez system analizy wpływu dokonanych zmian w potencjale miejsca udzielania świadczeń na potencjał udostępniony do realizacji danej pozycji umowy w tym miejscu udzielania świadczeń. Wynikiem analizy będzie pozostawienie do weryfikacji ręcznej wyłącznie tych pozycji zgłoszenia, w których w skutek zmiany dostępności w potencjale miejsca system po zatwierdzeniu zgłoszenia będzie musiał zachowując zgodność z informacjami o potencjale miejsca zmniejszyć dostępność w potencjale miejsca udostępnionego do realizacji pozycji umowy.

7.10.4 Struktura wygenerowanego zgłoszenia zmiany do umowy po weryfikacji

Każda umowa może posiadać tylko jedno zgłoszenie o statusie wprowadzonym. Nowo dodane zgłoszenie zostanie wyświetlone na *Liście zgłoszeń zmiany do umowy*:

Rys. 7.65 Zgłoszenie zmiany do umowy

W kolumnie **Operacje** znajdują się następujące rodzaje funkcji, dzięki którym użytkownik może dokonywać różnego rodzaju operacji na wybranym wniosku:

- **Pozycje**
- **Uzupełnienie ze struktury**
- **Anuluj**
- **Aktualizuj**
- **Zatwierdź**
- **Pobierz PDF**

Opcja **Pozycje** umożliwia przeglądanie utworzonych pozycji zgłoszenia. Każda pozycja zgłoszenia odnosi się do pojedynczego miejsca udzielania świadczeń realizującego daną pozycję umowy:

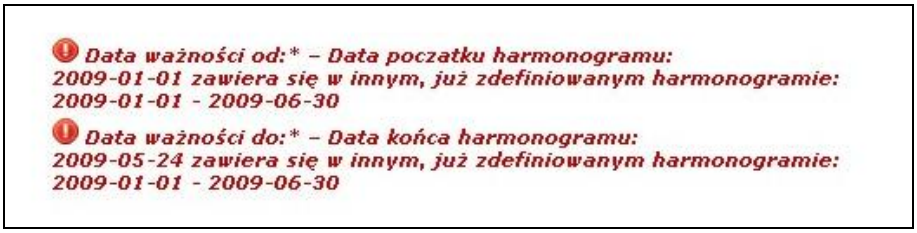
Rys. 7.66 Lista pozycji zgłoszenia zmian do umowy

7.10.4.1 Harmonogram miejsca

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

Rys. 7.67 Lista harmonogramów miejsca

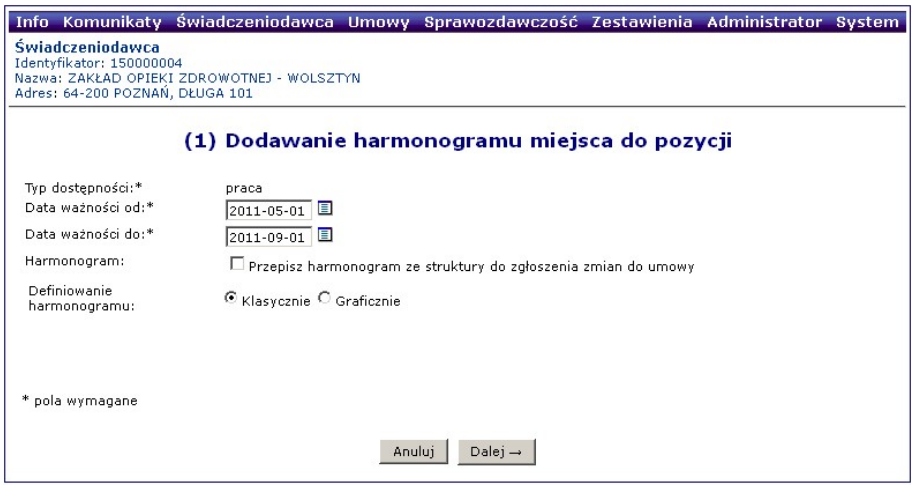
Każde miejsce wykonywania świadczeń, które znajduje się w umowie powinno mieć przypisany, co najmniej jeden harmonogram pracy. Do jego wprowadzenia służy opcja **Dodawanie harmonogramu**. Operator systemu powinien jednak pamiętać, że harmonogramy miejsca nie mogą nachodzić na siebie. Dlatego też podczas wprowadzania nowej pozycji do systemu **Daty ważności od oraz do** poszczególnych harmonogramów powinny być rozłączne. Jeżeli się tak nie stanie system wyświetli następujący komunikat:



Rys. 7.68 Daty ważności harmonogramu miejsca

Dzięki możliwości przypisywania kilku harmonogramów obowiązujących w różnym czasie do jednego miejsca, można dokładnie modyfikować harmonogramy miejsc tak, aby były odzwierciedleniem rzeczywistości.

W pierwszym etapie wprowadzania nowego harmonogramu miejsca operator systemu musi podać **typ dostępności**, **datę ważności od oraz do**.
Zaznaczając opcję **Przepisz harmonogram ze struktury do zgłoszenia zmian do umowy** system automatycznie przepisze harmonogram z zasobów świadczeniodawcy do zgłoszenia zmian do umowy. Jeżeli opcja ta nie jest zaznaczona operator systemowy musi wybrać rodzaj wprowadzania harmonogramu – klasyczny lub też graficzny.



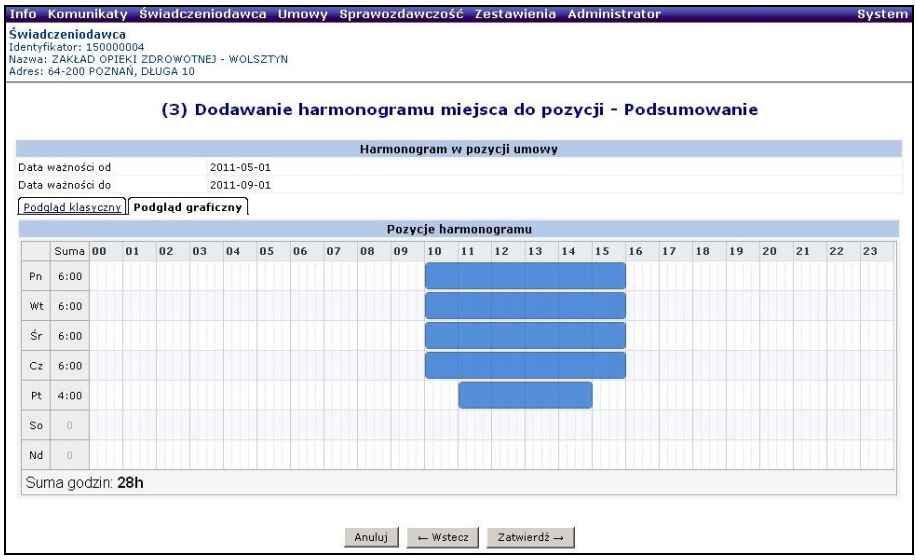
Rys. 7.69 Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji – okresy

Przepisanie harmonogramu ze struktury

W drugim kroku wprowadzania nowego harmonogramu do systemu wyświetlony zostanie harmonogram zdefiniowany w zasobach świadczeniodawcy w wybranym wcześniej okresie oraz harmonogram uśredniony – może zostać on obliczony na kilka następujących sposobów:

1. Jeżeli do komórki organizacyjnej, w której funkcjonuje dane miejsce przypisany został profil medyczny z harmonogramem zawierającym się w całości wcześniej wprowadzonych okresów obowiązywania to harmonogram uśredniony jest jemu równy.
2. Jeżeli harmonogram profilu komórki organizacyjnej posiada „luki" pomiędzy okresami obowiązywania harmonogramu miejsca to są one wypełniane harmonogramem komórki.
3. W przypadku, gdy komórka nie posiada profilu lub jest on taki sam jak harmonogram komórki to harmonogram uśredniony przepisywany jest w całości z harmonogramu komórki.

W ostatnim etapie wprowadzania harmonogramu miejsca do pozycji zawarte jest **Podsumowanie**, zawierające harmonogram wynikowy.
Po **Zatwierdzeniu** podsumowania nowa pozycja harmonogramu miejsca pojawi się na *Liście harmonogramów miejsca*.



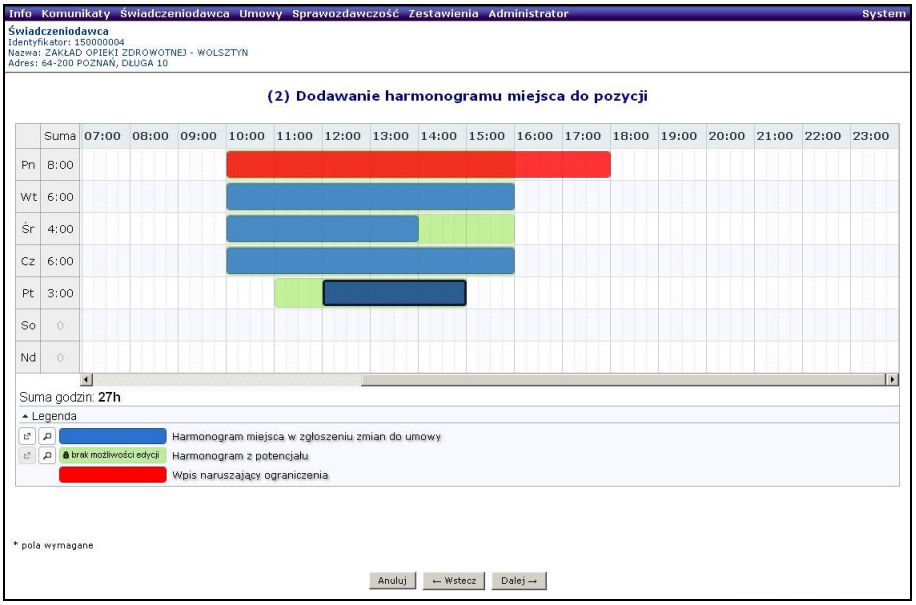
Rys. 7.70 Dodawanie harmonogramu miejsca do pozycji - Podsumowanie

Graficzne dodawanie nowego harmonogramu.

Jeżeli operator systemowy nie zdecydował się na przepisanie go ze struktury i zaznaczył opcję **Graficznie** w drugim etapie zostanie wyświetlony wykres, na którego na jednej osi zawarte będą dni tygodnia a na drugiej godziny. Aby ułatwić użytkownikowi prace związane z harmonogramem w formie graficznej wprowadzono następujące oznaczenia kolorystyczne:

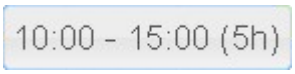
- Kolorem zielonym zaznaczono harmonogram miejsca zatrudnienia – godziny pracy personelu muszą zawierać się w tym godzinach pracy miejsca wykonywania świadczeń
- Kolorem niebieskim zaznaczono harmonogram czasu pracy osoby personelu w miejscu do momentu, w którym jest on zgodny (zawiera się) w harmonogramie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

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

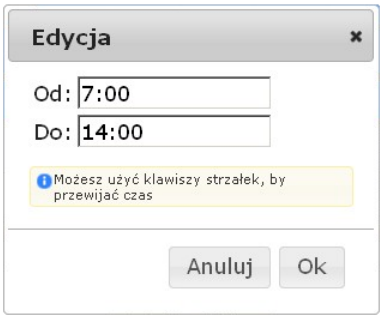


Rys. 7.71 Graficzne dodawanie harmonogram miejsca do pozycji

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



Dwukrotne kliknięcie kursorem na pozycji, otwiera szczegółowe okno edycji:



Po najechaniu kursorem na zaznaczony zakres godzinowy i wybraniu prawego przycisku myszy wyświetli się nowe okno przy pomocy, którego operator systemowy może:

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

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

Lista harmonogramów miejsca

Opcja **Podgląd harmonogramu** dostępna na *Liście harmonogramów miejsca* umożliwia wyświetlenie harmonogramu miejsca udzielania świadczeń, dzięki temu operator systemu może zapoznać się ze szczegółowymi informacjami wybranego harmonogramu miejsca w umowie:

Rys. 7.72 Okno pozycji harmonogramu

Do poprawy harmonogramu miejsca służy opcja **Edycji**. Dzięki niej operator systemu może modyfikować wszystkie informacje związane z danym harmonogramem w zgłoszeniu zmian do umowy.
Przy pomocy opcji **Usuń** użytkownik może dezaktywować dany harmonogram w zgłoszeniu.

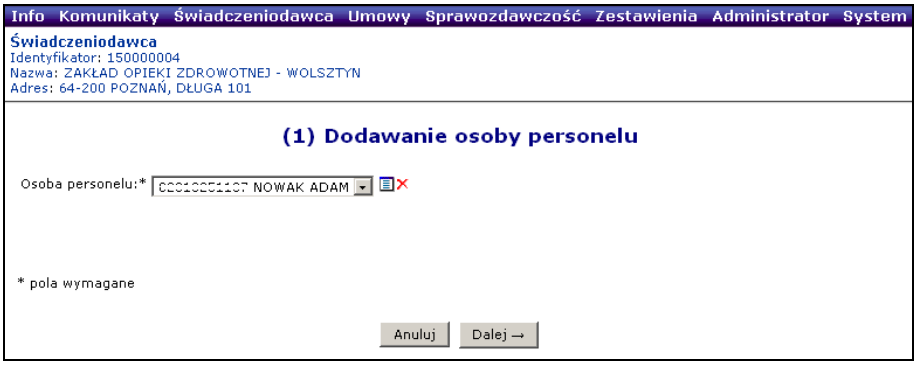
Aby powrócić do głównej Listy pozycji zgłoszenia zmian do umowy należy skorzystać z opcji **Powrót do pozycji zgłoszenia**.

7.10.4.2 Personel medyczny

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

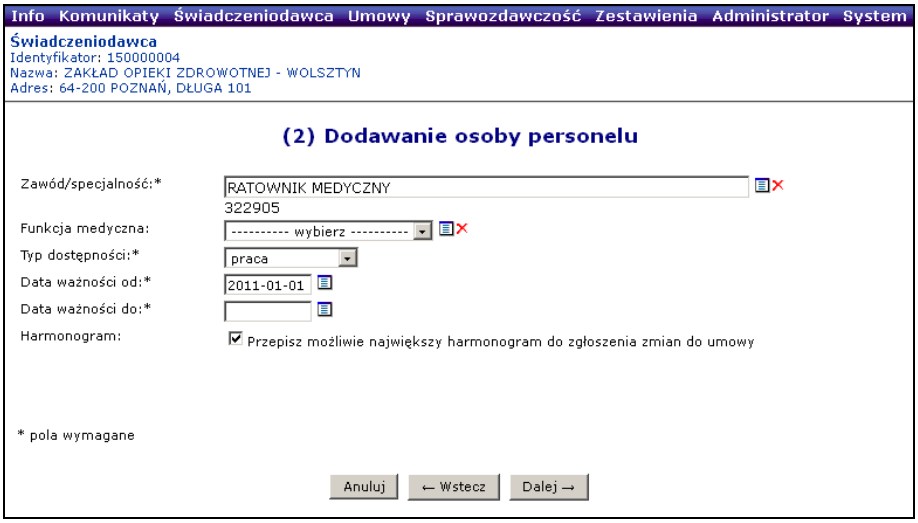
Rys. 7.73 Lista udostępnionych osób personelu medycznego

W części systemu przedstawionej na powyższym rysunku powinny znajdować się wszystkie osoby personelu medycznego, jakie świadczeniodawca chce, aby zawarte zostały w umowie podpisanej z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Dlatego też do udostępnienia nowego zasobu w ramach danej pozycji umowy, który wcześniej został zarejestrowany w ramach rzeczywistego potencjału w części poświęconej zatrudnionemu personelowi medycznemu należy skorzystać z opcji **Dodawanie osoby personelu**.



Rys. 7.74 Dodawanie osoby personelu do zgłoszenia

W pierwszym kroku dodawania personelu należy wybrać osobę z listy zasobów personalnych udostępnionych w danym miejscu wykonywania świadczeń. Należy pamiętać, że osoba będzie widoczna w słowniku jedynie w chwili, gdy zostało jej w odpowiednim okresie przypisane dane miejsce wykonywania świadczeń, które jest powiązane z pozycją umowy.
Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu wprowadzania danych do zgłoszenia:

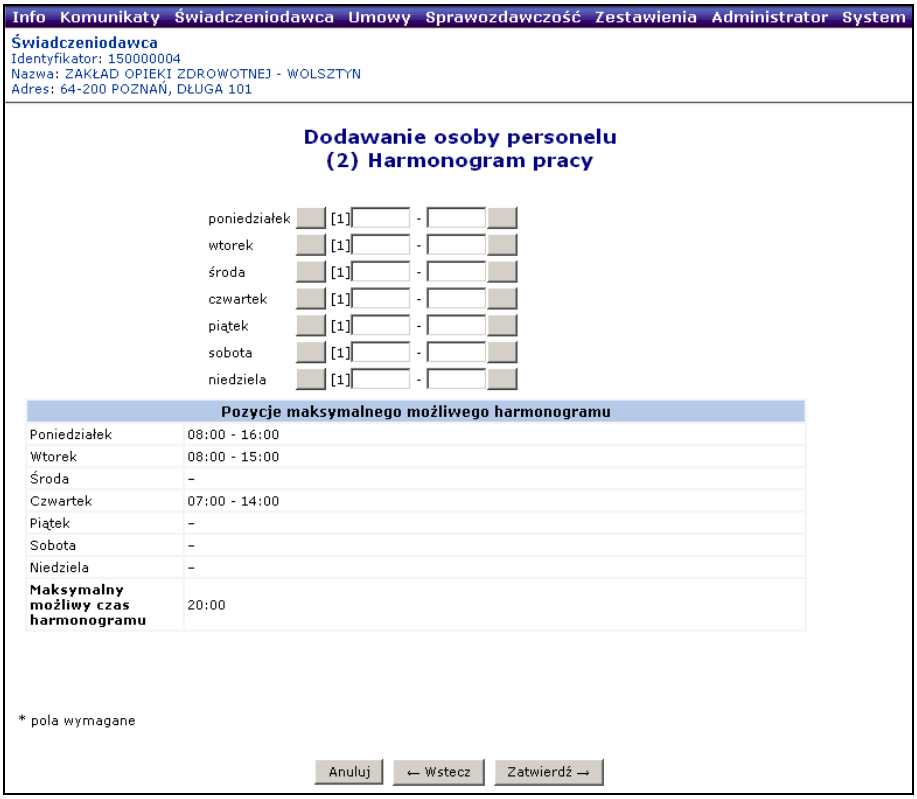


Rys. 7.75 Dodawanie osoby personelu do zgłoszenia

W drugim kroku należy zdefiniować następujące dane:
- Zawód/specjalność (nazwę zawodu/specjalności można wprowadzać w polu tekstowym – system domyślnie będzie wyświetlał pozycje ze słownika zaczynające się od wprowadzonych znaków),
- Funkcję medyczną,
- Typ dostępności: praca/wizyty domowe,
- Data ważności od
- Data ważności do

Po zaznaczeniu opcji **Przepisz możliwie największy harmonogram do zgłoszenia zmian do umowy**, dni i godziny pracy z części *Zatrudniony personel medyczny -> Miejsca wykonywania świadczeń*, zostaną przepisane do harmonogramu zgłoszenia oraz będą widoczne w kolejnym oknie. Po zaznaczeniu tej opcji operator nie będzie miał możliwości zmiany harmonogramu, tylko zostanie on automatycznie przepisany do zgłoszenia zmian.
Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu wprowadzania danych do zgłoszenia. Jeżeli nie zaznaczono opcji **Przepisz możliwie największy harmonogram do zgłoszenia zmian do umowy** w drugim kroku dodawania można zmodyfikować szczegółowe informacje o czasie pracy osoby - dni tygodnia oraz godziny pracy przy pomocy opcji **Edytuj**.
W pierwszym oknie dodawania nowego harmonogramu należy zdefiniować czy harmonogram ma być wprowadzany **Graficznie** czy też **Klasycznie**.
W przypadku wprowadzania sposobem klasycznym w górnej części okna należy wprowadzić odpowiedni harmonogram godzinowy przy pomocy przycisków funkcyjnych. W dolnej części okna widoczne są pozycje maksymalnego możliwego harmonogramu. Jest to część wspólna harmonogramu miejsca zgłodzeniu zmian oraz harmonogramu czasu pracy osoby w miejscu.

Może zdarzyć się sytuacja, gdy w potencjale przypisany jest harmonogram średniotygodniowy, a harmonogram miejsca jest od niego większy. W takim przypadku w **Pozycjach maksymalnego możliwego harmonogramu** wyświetlony będzie harmonogram miejsca, natomiast **Maksymalny możliwy czas pracy** będzie równy harmonogramowi średniotygodniowemu.



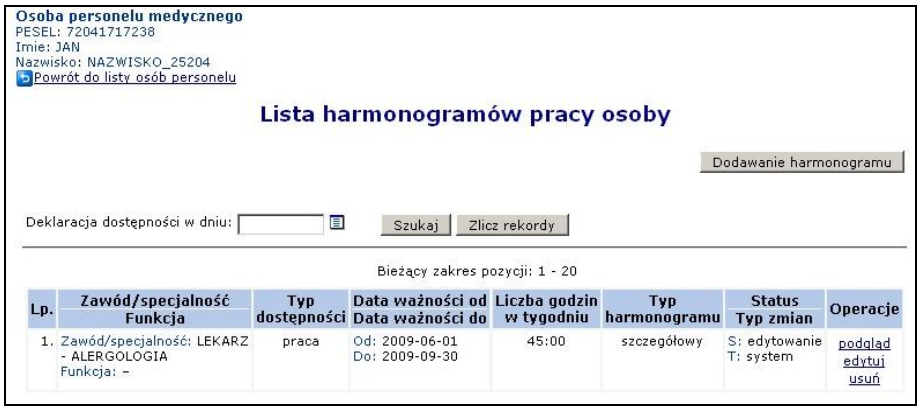
Rys. 7.76 Dodawanie osoby personelu – Harmonogram pracy

Opcja **Zatwierdź** umożliwia dodawanie pozycji do harmonogramu i przejście do **Podsumowania**.
Każda nowo wprowadzona osoba do systemu zostanie wyświetlona na Liście udostępnionych osób personelu medycznego:

Rys. 7.77 Lista udostępnionych osób personelu medycznego

Opcja **Harmonogramy** umożliwia przejście do listy harmonogramów czasu pracy danej osoby personelu, określających, w jakim wymiarze czasu podana osoba w podanym miejscu udzielania świadczeń, będzie pracowała na rzecz danej pozycji umowy z NFZ. Podany harmonogram pracy musi zawierać się

w harmonogramie bazowym zdefiniowanym w części poświęconej *Zatrudnionemu personelowi medycznemu -> Miejscach pracy*.



Rys. 7.78 Lista harmonogramów pracy osoby

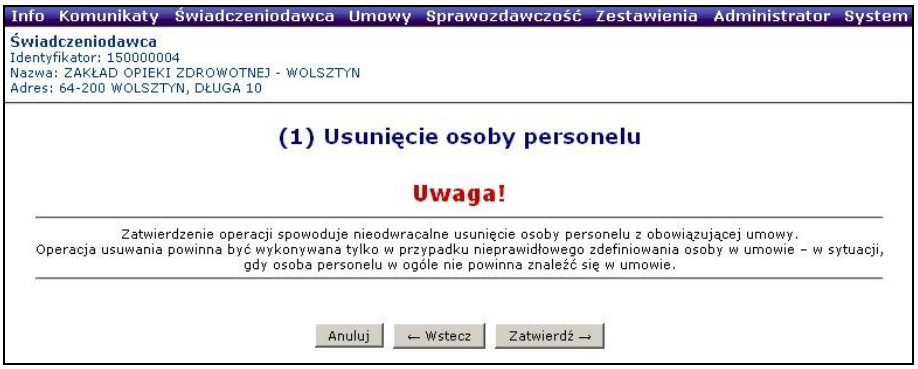
Opcja **Podgląd** umożliwia przejście do szczegółowych informacji na temat wybranego harmonogramu pracy danej osoby.

Rys. 7.79 Pozycje harmonogramu osoby personelu

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

W ramach przekazywania zmian o potencjale świadczeniodawca może także cofnąć dostępność zasobu wcześniej udostępnionego do udzielania świadczeń w ramach danej pozycji umowy – np. cofnięcie udostępnienia lekarza, który mimo wcześniejszej deklaracji nie podjął pracy u świadczeniodawcy
W celu cofnięcia udostępnienia osoby personelu medycznego należy przejść do okna *Listy udostępnionych osób personelu medycznego*.

Opcja **Usuń** umożliwia usunięcie osoby personelu z bieżących zasobów udostępnionych w umowie:



Rys. 7.80 Usunięcie osoby personelu

Podświetlenie osoby personelu medycznego na czerwono oznacza, że znajduje się ona w umowie, ale nie jest zatrudniona w miejscu udzielania świadczeń, do którego była przypisana w umowie.
Dlatego też w kolumnie **Status/Typ zmian** będzie widoczne *usunięcie* przez *użytkownika*. Konsekwencją zatwierdzenia takiego wniosku będzie usunięcie danej osoby z umowy.

Rys. 7.81Lista udostępnionych osób - Przywracanie

Opcja **Przywróć** umożliwia przywrócenie (aktywację) usuniętej osoby personelu. Po przywróceniu, osoba powraca na listę pozycji personelu do wyjaśnienia z harmonogramem do weryfikacji.

Aby powrócić do głównej Listy pozycji zgłoszenia zmian do umowy należy skorzystać z opcji **Powrót do pozycji zgłoszenia**.

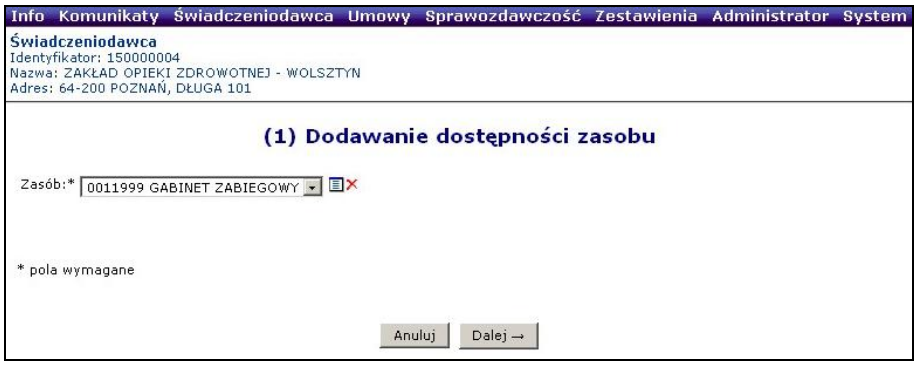
7.10.4.3 Zasoby

Każda jednostka służby zdrowia posiada w swoich placówkach ogromne ilości różnorakich zasobów. Począwszy od gabinetu stomatologicznego, który posiada fotele oraz osprzęt dentystyczny, kończąc na szpitalach specjalistycznych, w których znajdują się dziesiątki tysięcy różnego rodzaju aparatów, lamp, tomografów czy też zestawów sprzętowych. Niejednokrotnie to właśnie dzięki tym zasobom personel medyczny ratuje ludzkie życie. Dlatego też sprawozdawanie stanu, jaki znajduje się w jednostce służby zdrowia jest obowiązkowe.
Aby świadczeniodawca mógł w szybki sposób sporządzać oraz aktualizować zestawienia zasobów, które znajdują się już w umowie. W ***Zgłoszeniach zmian do umowy*** powstał specjalny moduł poświęcony zasobom zawartym w umowie. To właśnie dzięki tej funkcjonalności, każdy świadczeniodawca może w szybki i łatwy sposób przekazywać informacje do Oddziału Wojewódzkiego.

W celu przejścia do części systemu poświęconej zasobom, należy skorzystać z opcji **Zasoby**, która znajduje się w kolumnie *Operacji* w oknie *Listy pozycji zgłoszeń zmian do umowy*:

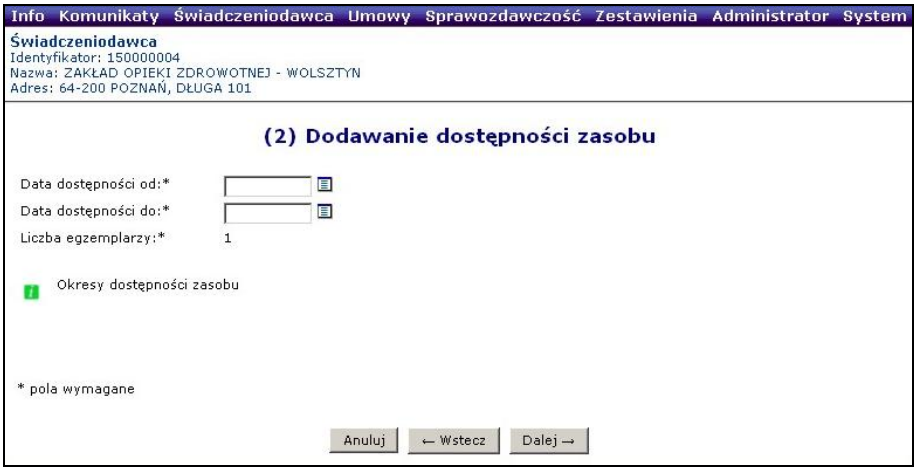
Rys. 7.82 Lista zasobów

W nowo otwartym oknie znajdą się zasoby, które aktualnie znajdują się w danym miejscy wykonywania świadczeń i są przypisane do umowy podpisanej z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.
Aby przypisać nowy zasób do danej pozycji umowy należy skorzystać z opcji **Dodawanie zasobu**. Przed przystąpieniem do wprowadzania nowej pozycji należy najpierw dodać dany zasób w module *Świadczeniodawca -> Zasoby świadczeniodawcy -> Zasoby -> Okresy dostępności.*.
W pierwszej kolejności operator systemu musi przy pomocy słownika wybrać odpowiednią pozycję. Należy jednak pamiętać, iż w słowniku zawarte będą tylko te pozycje, które zostały dodane w wcześniej opisanym miejscu:



Rys. 7.83 Dodawanie dostępności zasobu

Drugi etap dodawania udostępnienia zasobu do umowy poświęcony został dostępności danej pozycji w miejscu wykonywania świadczeń:



Rys. 7.84 Dodawanie dostępności zasobu

W pierwszej kolejności użytkownik może zapoznać się z **Okresami dostępności zasobu**. Aby zostały one wyświetlone należ wybrać zielony kwadracik informacji. Po jego wybraniu pojawi się poniższe okno, w którym można zapoznać się z wszystkimi okresami dostępności zasobu:

Rys. 7.85 Informacja o okresach dostępności zasobu

Po zapoznaniu się z okresami dostępności użytkownik może wprowadzić odpowiednie **daty dostępności od oraz do** przy pomocy kalendarza. Należy jednak pamiętać o następujących zależnościach:

1. Daty dostępności od oraz do powinny zawierać się w okresie obowiązywania umowy
2. Daty początku oraz końca dostępności powinny zawierać się w łącznych okresach dla danego miejsca
3. Data dostępności od nie może być wcześniejsza niż data początku okresu udostępnienia w miejscu
4. Data dostępności do musi być wcześniejsza lub równa dacie końca okresu udostępnienia w miejscu

W niektórych przypadkach operator systemu musi także podać **Liczbę egzemplarzy**, jednak zależy to od wybranej pozycji zasobu. Liczba ta jest także weryfikowana pod względem ilości egzemplarzy w strukturze potencjału. W przypadku braku możliwości wpisania ilości egzemplarzy system automatycznie przydziela liczbę = 1.
Ostatnim krokiem dostępnym podczas przypisywania zasobu do zgłoszenia jest *Podsumowanie*, które zawiera wszystkie wcześniej wprowadzone dane. Jeżeli coś się nie zgadza można powrócić do poprzednich etapów przy pomocy opcji **Wstecz** i poprawić błędne dane. W przypadku, gdy wszystko zostało poprawnie wprowadzone można **Zatwierdzić** proces dodawania udostępnienia zasobu.

W przypadku udostępnionego zasobu nie ma dostępnej opcji edytuj, tak jak to jest w innych częściach systemu. Dlatego też, aby dokonać modyfikacji związanych z daną pozycją należy skorzystać z opcji **Dostępności**, znajdującej się w kolumnie *Operacji*.
Na nowo otwartej *Liście okresów dostępności zasobów* początkowo znajdzie się tylko jedna pozycja, która była uzupełniana podczas przypisywania danego zasobu do zgłoszenia zmian. Dlatego też, jeżeli operator systemu chce dokonać modyfikacji na wybranej pozycji może wybrać opcję **Edytuj,** która jest

dostępna w kolumnie *Operacji*. Proces edycji oraz wprowadzania nowego udostępnienia odbywa się identycznie jak dodawanie nowej pozycji zasobu do zgłoszenia zmian.
Każdy zasób może mieć przypisanych kilka udostępnień. Należy jednak pamiętać, że poszczególne udostępnienia nie mogą nachodzić na siebie.

Rys. 7.86 Lista okresów dostępności zasobów

7.10.5 Uzupełnienie personelu medycznego oraz harmonogramów miejsca z potencjału świadczeniodawcy *nowość!*

Na liście zgłoszeń zmian do umowy dodana została funkcjonalność umożliwiająca automatyczne przypisanie do zgłoszenia zmian do umowy modyfikacji wprowadzonych w strukturze potencjału dla personelu medycznego oraz harmonogramów miejsca.

Funkcja ta będzie działała poprawnie po spełnieniu następującego warunku:
WPROWADZENIE WNIOSKU O ZGŁOSZENIE ZMIAN DO UMOWY MUSI BYĆ WYKONANE PO WYKONANIU AKTUALIZACJI DANYCH PERSONELU MEDYCZNEGO ORAZ HARMONOGRAMÓW MIEJCA W STRUKTURZE ŚWIADCZENIODAWCY lub **PRZED WYKONANIEM UZUPEŁNIENIA DANYCH ZE STRUKTURY NALEŻY ZAKTUALIZOWAĆ STAN WNIOSKU O ZGŁOSZENIE ZMIAN DO UMOWY**.

Zasada działania
Funkcjonalność działa w następujący sposób:

- przenoszenie zmian będzie dotyczyć personelu, jego harmonogramów oraz harmonogramów miejsca;
- zmiana będzie generowana wg dnia wskazanego przez operatora SZOI po wybraniu opcji *uzupełnienie ze struktury* – wskazana data musi się zawierać w okresie obowiązywania umowy;
- wszystkie zawarte w zgłoszeniu zmian do umowy dane zostaną zastąpione danymi z potencjału świadczeniodawcy obowiązującymi na dzień wskazany przez operatora;
- harmonogramy osób personelu oraz miejsc wykonywania świadczeń, które nie będą się zawierać w harmonogramie miejsca pracy wykazanego w punkcie umowy, nie będą nanoszone na zgłoszenie zmiany;
- modyfikacja zostanie wykonana zgodnie z poniższą tabelą zależności, opisaną przykładami:

Tabela wykonania uzupełnienia na dzień 01-03-2010
dla umowy obowiązującej w okresie 01-01-2010 do 31-12-2010

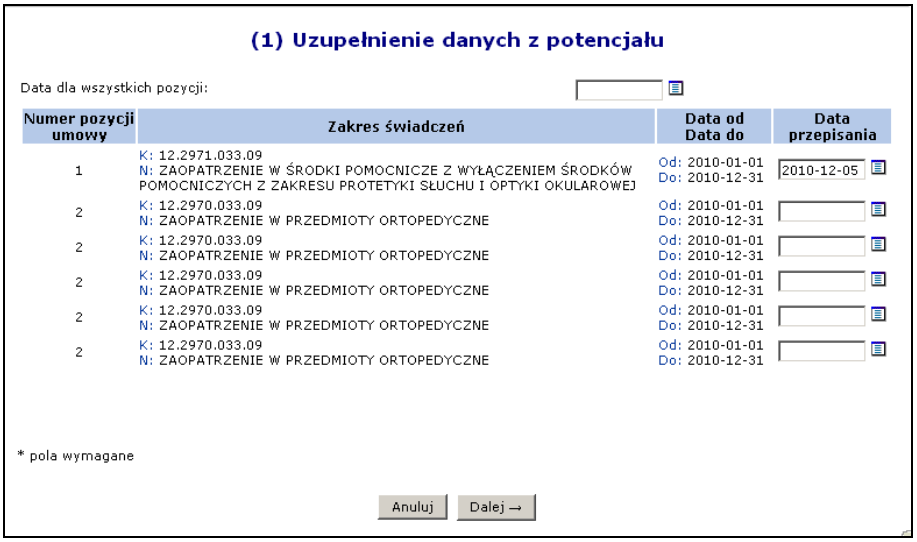
okres obowiązywania	nowy stan w potencjale	stan przed uzupełnieniem we wniosku	stan po uzupełnieniu we wniosku
dodawanie	od 01-01-2010 do 31-12-2010	-	- dodanie stanu: od 01-**03**-2010 do 31-12-2010
poprawa – przykład 1	od 01-**03**-2010	od 01-**03**-2010	- usunięcie bieżącego - dodanie zmodyfikowanego stanu:

	do nieokreślony	do 31-12-2010	od 01-03-2010 do 31-12-2010
poprawa – przykład 2	od 01-**03**-2010 do nieokreślony	od 01-**01**-2010 do 31-12-2010	- podział istniejącego stanu na: od 01-01-2010 do 28-02-2010 (dotychczasowe dane) i od 01-03-2010 do 31-12-2010 (nowe dane)
poprawa – przykład 3	od 01-**07**-2010 do nieokreślony	od 01-**01**-2010 do 30-06-2010	- stan dotychczasowy pozostaje bez zmian; - dodanie stanu: od 01-07-2010 do 31-12-2010
usuwanie	-	od 01-01-2010 do 31-12-2010	- całkowite usunięcie

Sposób postępowania

W celu wykonania uzupełnienia danych ze struktury należy:

1. na liście wniosków o zgłoszenie zmian do umowy wyszukać wniosek dla którego ma zostać wykonane uzupełnienie;
2. *zweryfikować wg własnej wiedzy, czy wniosek o zgłoszenie zmian do umowy został wprowadzony do systemu, po fakcie modyfikacji danych w strukturze świadczeniodawcy. Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie jest negatywna – należy wykonać aktualizację wniosku, za pomocą opcji **aktualizuj**;*
3. wybrać opcję **uzupełnienie ze struktury** – czynność spowoduje wyświetlenie okna *(1) Uzupełnienia danych potencjału;*
4. wprowadzić **datę przepisania** stanu potencjału, czyli datę od której mają obowiązywać zmiany w umowie



Rys. 7.1 Przykładowe okno uzupełnienia danych z potencjału

- jeżeli w zgłoszeniu zmian do umowy występuje więcej niż jedna pozycja to:
  - operator może skorzystać z funkcji **data dla wszystkich pozycji** jeśli zmiany we wszystkich punktach umowy mają być pobrane wg stanu na ten sam dzień;
  - dla każdej pozycji może być wprowadzona inna data przypisania;
  - dla wybranych pozycji operator może nie wprowadzać daty przypisania, wówczas dane te nie będą uzupełniane z potencjału.
- po wskazaniu daty przepisania należy wybrać opcję **Dalej**, aby kontynuować lub **Anuluj** aby przerwać wykonywania operacji;

5. w oknie *(2) Uzupełnienia danych z potencjału* należy sprawdzić czy wprowadzone dane są poprawne. Jeśli tak należy zakończyć operację wybierając opcję **zatwierdź**.

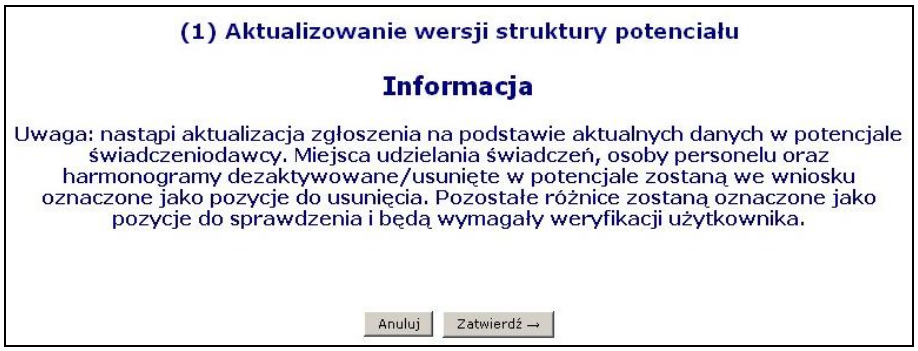
Po zakończeniu operacji pobierania informacji o osobach personelu, jego harmonogramie oraz miejscach wykonywania świadczeń, dane np.: okresów zatrudnienia w miejscu pracy można nadal edytować (do momentu zatwierdzenia zgłoszenia zmian do umowy).

7.10.6 Aktualizacja informacji w zgłoszeniu na podstawie rzeczywistego potencjału

Opcja **Aktualizuj** znajdująca się w głównym oknie *Listy zgłoszeń zmian do umowy* umożliwia aktualizację pozycji z wybranej zmiany w zakresie potencjału.
Aktualizacja powinna być wykonywana w przypadku, gdy wprowadzono już zgłoszenie zmiany, a dokonane zostały modyfikacje w zasobach potencjału Portalu SZOI (w ramach zatrudnionego personelu i/lub harmonogramach pracy personelu).

Rys. 7.87 Zgłoszenia do umowy - Aktualizowanie

W kolejnym oknie aktualizacji potencjału zawarta będzie następująca informacja, którą należy **Zatwierdzić**:



Rys. 7.88 Aktualizowanie wersji struktury potencjału

7.10.7 Wpisanie uwag dotyczących przekazywanego zgłoszenia do OW NFZ

Opcja **Uwagi** umożliwia wprowadzenie dodatkowych informacji – uwagi dotyczących wnioskowanych zmian do umowy. Jest ona dostępna w oknie *Listy pozycji zmian do umowy:*

Rys. 7.89 Lista pozycji zmian do umowy - Uwagi

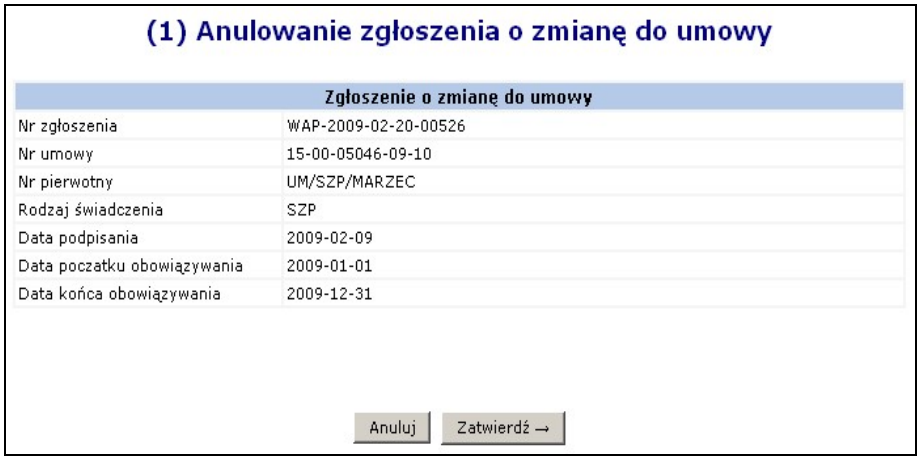
W kolejnym oknie operator systemu może wpisać swoje uwagi. Długość wpisu nie może przekraczać 500 znaków.

7.10.8 Anulowanie zgłoszenia

Opcja **Anuluj** umożliwia unieważnienie (anulowanie) zgłaszanej zmiany w zakresie potencjału:

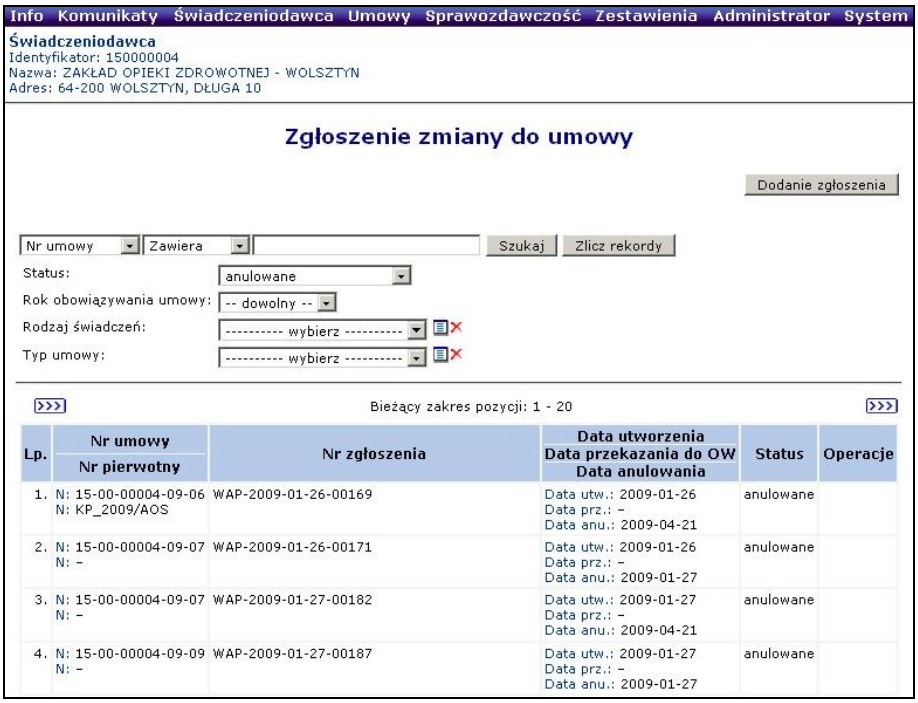
Rys. 7.90 Zgłoszenia zmiany do umowy - Anulowanie

W drugim etapie anulowania zgłoszenia wypisane będą podstawowe informacje z nim związane, które należy **Zatwierdzić**:



Rys. 7.91 Anulowanie zgłoszenia o zmianę do umowy

Po unieważnieniu zgłaszana zmiana otrzymuje status **Anulowane**. W kolumnie **Operacje** dostępna jest wówczas tylko opcja **Pozycje** umożliwiająca podgląd pozycji zgłaszanej zmiany:



Rys. 7.92 Zgłoszenia zmiany do umowy - Zgłoszenia anulowane

7.10.9 Blokady personelu

Z blokadami osób personelu medycznego można się także zapoznać przeglądając zatwierdzone zgłoszenia zmian do umowy, dla których zostały utworzone takie blokady.
W takim przypadku na *Liście pozycji zgłoszeń zmian do umowy* w kolumnie *Operacje* dodano link **Blokady personelu**:

Rys. 7.93 Lista pozycji zgłoszenia zmian do umowy

Na *Liście blokad osób personelu* zostaną wyświetlone wszystkie osoby personelu, które z jakiegoś powodu zostały zablokowane. Lista zawiera informacje związane z:

- Osobą personelu
  - PESEL
  - Imię oraz Nazwisko

- Blokadą
  - Okres
  - Przyczynę

Rys. 7.94 Lista blokad osób personelu

7.10.10 Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu RTM

Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu ratownictwa RTM wyróżniają:

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

7.10.10.1 Rejony operacyjne do weryfikacji

Jeżeli pozycja zgłoszenia zmian do umowy jest podświetlona na żółto znaczy to że oprócz weryfikacji zasobów, harmonogramów miejsca wymagana jest także weryfikacja rejonów operacyjnych. Aby tego dokonać należy skorzystać z opcji **Rejony do weryfikacji** która dostępna jest w kolumnie *Operacje:*

Rys. 7.95 Zgłoszenia zmian do umowy z zakresu RTM

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

Rys. 7.96 Rejony operacyjne do weryfikacji

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

I. Lista personelu medycznego do weryfikacji – po wyświetleniu poniższego okna operator systemowy musi dokonać weryfikacji tylko harmonogramu dla wybranej osoby. Aby tego dokonać należy wybrać opcje **Harmonogramy** która dostępna jest w kolumnie *Operacje*. Sytuacja taka ma miejsce jeżeli wystąpiły rozbieżności pomiędzy umową a wydzielonymi zasobami świadczeniodawcy (osoba personelu została wprowadzona w wydzielonych zasobach).

Rys. 7.97 Lista personelu medycznego do weryfikacji

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

Rys. 7.98 Lista personelu medycznego do weryfikacji

7.10.10.2 Rejony operacyjne

Wojewódzki Roczny Plan Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych (Plan Wojewody) zakłada podział województwa na Rejony Operacyjne, w których realizacja świadczeń ratownictwa medycznego ma być zabezpieczona przez ustaloną grupę zespołów RTM, odpowiednich typów, stacjonujących we wskazanych miejscach wyczekiwania.
Narodowy Fundusz Zdrowia ustalił, że w danym Rejonie Operacyjnym świadczeń w rodzaju RTM będzie udzielał zawsze wyłącznie jeden świadczeniodawca.
Dotychczas świadczeniodawca posiadający kilka zespołów Ratownictwa Medycznego przypisywał osoby personelu do każdego z nich. Podany wymóg, jak się okazało, nie odpowiada sytuacjom rzeczywistym, gdzie często przypisanie osoby personelu do zespołu RTM (ambulans, pogotowie wodne) następuje dopiero w chwili wyjazdu zespołu do pacjenta.
W związku z powyższym podjęto decyzję o zmianie modelu przypisywania osób personelu w RTM i ustalono, że docelowym modelem będzie przypisywanie osób personelu do Rejonu Operacyjnego w ramach danej umowy. Aby zapoznać się z personelem jaki został przypisany do wybranego rejonu operacyjnego należy wybrać opcję **Personel**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*:

Rys. 7.99 Lista rejonów operacyjnych

Aby zapoznać się z personelem jaki został przypisany do wybranego rejonu operacyjnego należy wybrać opcję **Personel**, która dostępna jest w kolumnie *Operacje*.
W nowo otwartym oknie Listy udostępnionych osób personelu medycznego znajdą się wszystkie osoby, które przypisane są do danego rejonu operacyjnego. Aby wprowadzić nową osobę do systemu należy skorzystać z opcji **Dodawanie osoby personelu**.

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

Rys. 7.100 Lista udostępnionych osób personelu medycznego

7.10.11 Zatwierdzanie zgłoszenia zmian do umowy

Jeżeli wszystkie pozycje w zgłoszeniu (harmonogram miejsca, personel medyczny, zasoby) zostały wprowadzone pozytywnie można zatwierdzić zgłoszenie zmian. Należy jednak pamiętać, że po zatwierdzeniu zgłoszenia nie będzie można dokonywać więcej modyfikacji w wybranej pozycji.
Aby dodać kolejne zmiany będzie trzeba wprowadzić nowe zgłoszenie przy pomocy nowego zgłoszenia zmian do umowy.
Opcja **Zatwierdź** dostępna w kolumnie *Operacje* w oknie listy zgłoszeń zmian do umowy umożliwia zatwierdzenie wybranej pozycji. Po jej wykonaniu status zgłoszenia zostanie zmieniony z wprowadzonego na zatwierdzony.

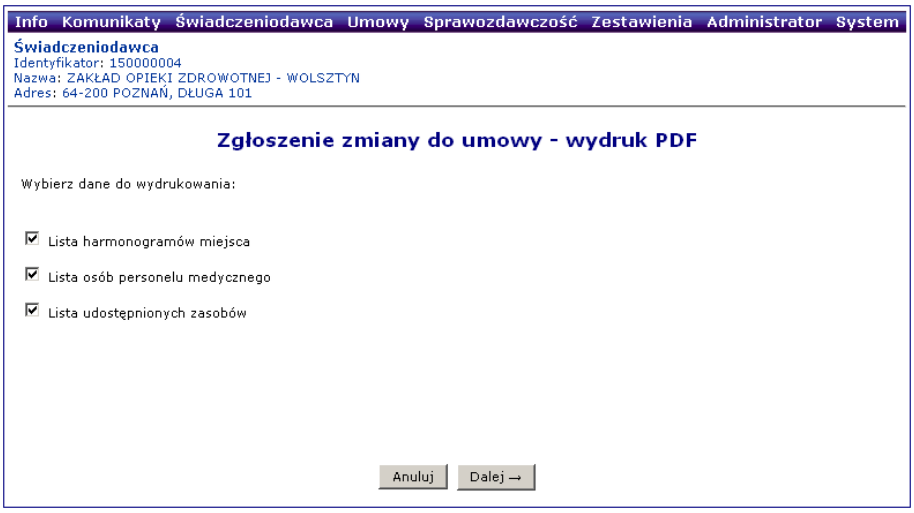
Rys. 7.101 Zatwierdzone zgłoszenia zmian do umowy

Wybranie opcji **Pozycje** dostępnej w kolumnie *Operacje* umożliwia zapoznanie się ze szczegółami zawartymi w wybranym zgłoszeniu zmian do umowy.
Dla zgłoszeń zatwierdzonych, w przypadku **anulowania sesji weryfikacyjnej** dla pozycji zgłoszenia, w kolumnie **Ocena NFZ** zostanie wyświetlona informacja ***bez rozpatrzenia***. Obok tej informacji widoczna będzie ikona, po najechaniu, na którą zostanie wyświetlona informacja:

„Pozycja zgłoszenia zmiany do umowy została pozostawiona w NFZ bez rozpatrzenia z powodu pojawienia się tej pozycji w jednym z kolejnych zgłoszeń przygotowanych przez Państwa. Zmiany wprowadzone w tej pozycji zostaną rozpatrzone przy ocenie ostatniego zgłoszenia zmiany do umowy, który zawiera tą pozycję.”

Rys. 7.102 Lista pozycji zatwierdzonego zgłoszenia zmian do umowy

Dodatkowo w kolumnie *Operacje* w głównym oknie zgłoszeń zmian do umowy pojawi się opcja **pobierz PDF**, która umożliwia pobranie i zapisanie na dysku wydruku w formacji PDF.
W pierwszej kolejności po jej wybraniu użytkownik zaznacza informacje, które mają się znaleźć na wydruku:



Rys. 7.103 Zgłoszenie zmian do umowy - Wydruk PDF

Operator ma możliwość zaznaczenia następujących opcji:

- Listy harmonogramów miejsca
- Listy personelu medycznego
- Listy udostępnionych zasobów

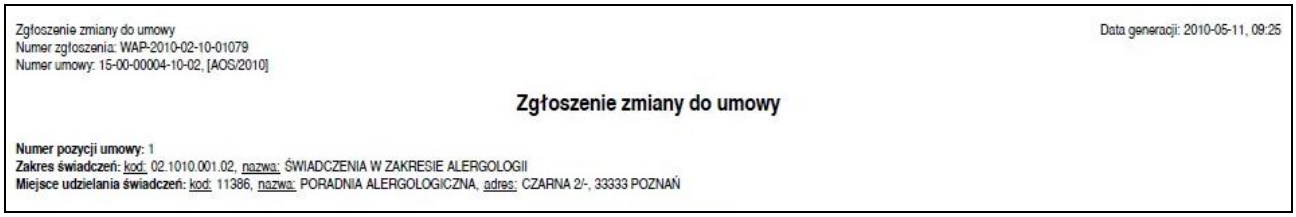
Po zaznaczeniu odpowiednich opcji, można przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej**:

Rys. 7.104 Zgłoszenie zmian do umowy - Pobieranie wydruku zmian

Opcja **pobierz plik** umożliwia zapisanie PDF-a w wybranej lokalizacji.
Nazwa pobranego pliku domyślnie składa się z daty wprowadzenia oraz numeru zgłoszenia zmian do umowy: WAP-2010-05-10-01079. Istnieje także możliwość jego zapisu o dowolnej nazwie.

W górnej części wygenerowanego pliku znajduje się następujące informacje:

- **Numer zgłoszenia**
- **Numer umowy**, której dotyczy zgłoszenie
- **Data generacji**
- **Numer pozycji umowy**
- **Zakres świadczeń** (kod, nazwa)
- **Miejsce udzielania świadczeń** (kod, nazwa, adres)

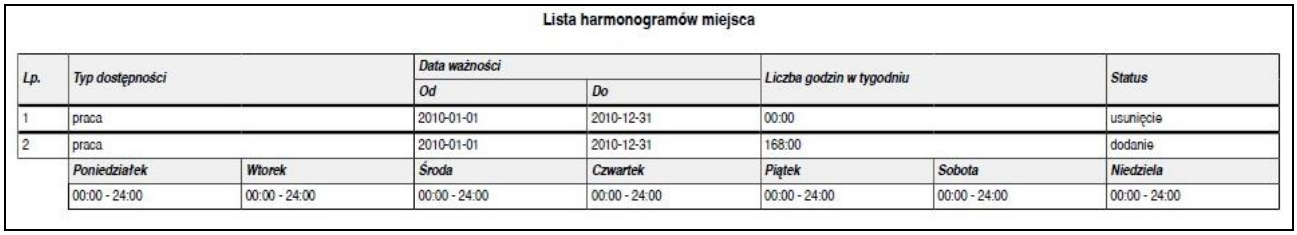


Rys. 7.105 Nagłówek wydruku zatwierdzonego zgłoszenia zmian do umowy

Poniżej nagłówka zawierającego ogólne informacje w wybranym zgłoszeniu zmian do umowy, znajdują się informacje o harmonogramach miejsca wykonywania świadczeń. Lista ta składa się z następujących informacji:

- **Typu dostępności**
- **Daty ważności od / do**
- **Liczby godzin w tygodniu**
- **Statusu**

Poniżej tej tabeli znajduje się dokładna rozpiska godzin pracy w poszczególnych dniach tygodnia.



Lista harmonogramów miejsca

Lp.	Typ dostępności		Data ważności		Liczba godzin w tygodniu		Status
			Od	Do			
1	praca		2010-01-01	2010-12-31	00:00		usunięcie
2	praca		2010-01-01	2010-12-31	168:00		dodanie
	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
	00:00 - 24:00	00:00 - 24:00	00:00 - 24:00	00:00 - 24:00	00:00 - 24:00	00:00 - 24:00	00:00 - 24:00

Rys. 7.106 Wydruk modyfikacji harmonogramów miejsca w zatwierdzonym zgłoszeniu zmian do umowy

Na samym końcu wydruku zmian zawartych w zgłoszeniu zmian do umowy znajduje się informacja o osobach personelu medycznego, dla których dokonane zostały jakieś modyfikacje.
Lista osób personelu medycznego składa się z:

- **Zawodu/Specjalności**
- **Typu dostępności**
- **Daty ważności od/do**
- **Liczby godzin w tygodniu**
- **Typ harmonogramu**
- **Status**

Podobnie jak w przypadku harmonogramu miejsca, dolna część listy osób personelu medycznego zawiera szczegółowe rozbicie na dni tygodnia oraz godziny pracy.

Lista osób personelu medycznego

1) PESEL: 54090XXXXX, WOJCIECH SZARY

Lp.	Zawód/specjalność		Typ dostępności	Data ważności		Liczba godzin w tygodniu	Typ harmonogramu	Status
				Od	Do			
1	LEKARZ - ALERGOLOGIA		praca	2010-01-01	2010-12-31	46:00	szczegółowy	dodanie
	Poniedziałek	*Wtorek*	*Środa*	*Czwartek*		*Piątek*	*Sobota*	*Niedziela*
	08:00 - 16:00	08:00 - 16:00	08:00 - 18:00	08:00 - 18:00		08:00 - 18:00		

2) PESEL: 81010XXXXX, TOMASZ ZIELONKA

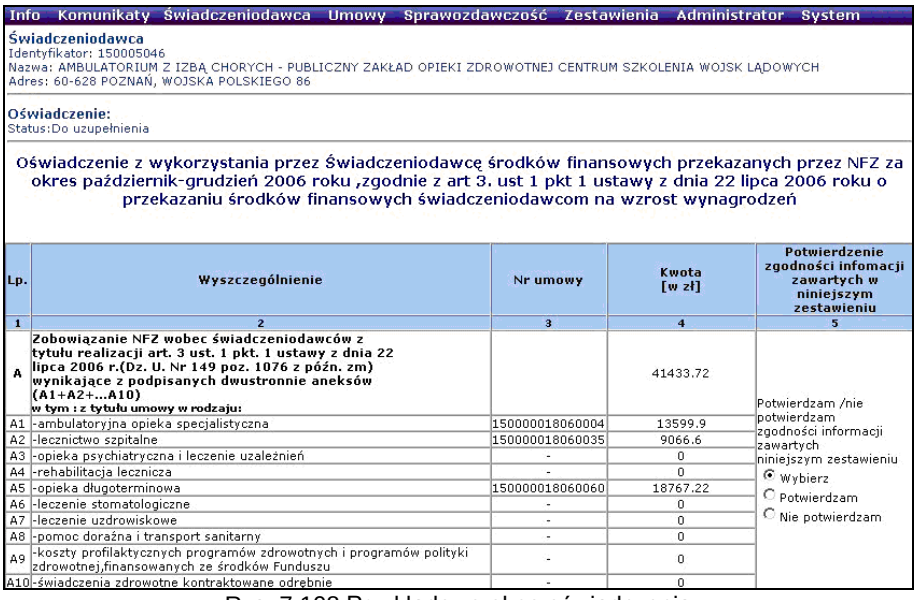
Lp.	Zawód/specjalność		Typ dostępności	Data ważności		Liczba godzin w tygodniu	Typ harmonogramu	Status
				Od	Do			
1	LEKARZ - OKULISTYKA		praca	2010-01-01	2010-12-31	24:00	szczegółowy	dodanie
	Poniedziałek	*Wtorek*	*Środa*	*Czwartek*		*Piątek*	*Sobota*	*Niedziela*
	08:00 - 16:00	08:00 - 16:00		08:00 - 16:00				

Rys. 7.107 Wydruk modyfikacji osób personelu medycznego w zatwierdzonym zgłoszeniu zmian do umowy

7.11 Oświadczenia

W celu wypełnienia i przesłania do Funduszu „Oświadczenia z wykorzystania przez Świadczeniodawcę środków finansowych przekazanych przez NFZ za okres październik – grudzień 2006 roku, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń” należy:

1. Zalogować się do systemu SZOI
2. Z menu wybrać opcję Umowy – Oświadczenie
3. Uzupełnić oświadczenie:



Info Komunikaty Świadczeniodawca Umowy Sprawozdawczość Zestawienia Administrator System

Świadczeniodawca
Identyfikator: 150005046
Nazwa: AMBULATORIUM Z IZBĄ CHORYCH - PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM SZKOLENIA WOJSK LĄDOWYCH
Adres: 60-628 POZNAŃ, WOJSKA POLSKIEGO 86

Oświadczenie:
Status:Do uzupełnienia

Oświadczenie z wykorzystania przez Świadczeniodawcę środków finansowych przekazanych przez NFZ za okres październik-grudzień 2006 roku ,zgodnie z art 3. ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń

Lp.	Wyszczególnienie	Nr umowy	Kwota [w zł]	Potwierdzenie zgodności infomacji zawartych w niniejszym zestawieniu
1	2	3	4	5
A	**Zobowiązanie NFZ wobec świadczeniodawców z tytułu realizacji art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.(Dz. U. Nr 149 poz. 1076 z późn. zm) wynikające z podpisanych dwustronnie aneksów (A1+A2+...A10)** **w tym : z tytułu umowy w rodzaju:**		41433.72	Potwierdzam /nie potwierdzam zgodności informacji zawartych niniejszym zestawieniu ◉ Wybierz ○ Potwierdzam ○ Nie potwierdzam
A1	-ambulatoryjna opieka specjalistyczna	150000018060004	13599.9	
A2	-lecznictwo szpitalne	150000018060035	9066.6	
A3	-opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	-	0	
A4	-rehabilitacja lecznicza	-	0	
A5	-opieka długoterminowa	150000018060060	18767.22	
A6	-leczenie stomatologiczne	-	0	
A7	-leczenie uzdrowiskowe	-	0	
A8	-pomoc doraźna i transport sanitarny	-	0	
A9	-koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej,finansowanych ze środków Funduszu	-	0	
A10	-świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	-	0	

Rys. 7.108 Przykładowe okno oświadczenia

Oświadczenie z wykorzystania środków finansowych składa się z sześciu części (A-F).

W częściach A i B wykazane zostały informacje o Zobowiązaniu NFZ wobec świadczeniodawcy oraz łącznej wartości przekazanej świadczeniodawcy. Wykaz przedstawiony jest wg rodzaju świadczeń wyświetlanego w kolumnie 2 – Wyszczególnienie oraz wg Numeru umowy wyświetlanej w kolumnie 3.

W częściach A i B świadczeniodawca potwierdza zgodność informacji zawartych w zestawieniu finansowym w kolumnie 4 – Kwota.

Czynność stwierdzenia zgodności / niezgodności wykonuje się zaznaczając odpowiednie pole w kolumnie 5 – Potwierdzenie zgodności informacji.

Jeżeli wszystkie informacje finansowe w części A są poprawne wybierz opcję **Potwierdzam**.
Jeżeli jedna z informacji finansowych wykazanych w części A jest nieprawidłowa wybierz opcję **Nie potwierdzam**.
Powyższy sposób uzupełniania oświadczenia stosuje się również dla części B.

W częściach C i E świadczeniodawca uzupełnia informację wartości środków wykorzystanych.
Wartość wprowadza się zgodnie z wprowadzonym wyszczególnieniem w kolumnie **kwota**.

Wartość finansową prosimy uzupełniać rozdzielając część złotówek od groszy znakiem kropki. Wprowadzenie separatora ‘przecinka’ z klawiatury numerycznej spowoduje wyświetlenie komunikatu „**To nie jest wartość liczbowa”**.
Część D i F (różnica) uzupełniana jest automatycznie przez system informatyczny.

Uzupełnione dane należy potwierdzić wybierając opcję **Dalej** (znajdującej się w dolnej części okna).
Wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna podglądu z wprowadzonymi danymi.

W przypadku, gdy dane są poprawnie wprowadzone wniosek należy potwierdzić za pomocą opcji **Zatwierdź**.
Zatwierdzenie wniosku oznacza przesłanie go w postaci elektronicznej do Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

4. Wydrukować oświadczenie
Aby wniosek był ważny konieczne jest wydrukowanie oświadczenia oraz jego podpisanie.
W celu wydrukowania oświadczenia należy pobrać plik oświadczenia.

Pobieranie pliku dostępne jest w górnej części okna formularza oświadczenia po wybraniu funkcji **Pobierz plik**. Dokument ten zostanie pobrany jako plik PDF.
Podpisany i ostemplowany dokument należy przesłać na adres Oddziału Wojewódzkiego.
Do momentu nie otrzymania podpisanego dokumentu przez OW NFZ, oświadczenie uznaje się za nieprzekazane. Oświadczenie otrzymane przez Fundusz zostanie potwierdzone zmianą statusu Zatwierdzone bądź Odrzucone.
Edycja oświadczenia
Dla oświadczeń o statusie innym niż **Zatwierdzone** dopuszczalna jest edycja oświadczenia. W tym celu, w formularzu oświadczenia należy wybrać opcję **Edycja** (opcja dostępna pod formularzem w dolnej części okna).
Sposób postępowania przy edycji danych jest taki sam jak przy ich wprowadzaniu.
Poprawione oświadczenie należy powtórnie wydrukować i przesłać do OW NFZ.

7.12 Oświadczenie o wzroście wynagrodzeń za rok 2007

W celu przejścia do oświadczenia o wzroście wynagrodzeń za rok 2007 należy z głównego menu wybrać **Umowy -> Oświadczenia -> 2007.**

W nowo otwartym oknie zostanie wyświetlone Oświadczenie wykorzystania przez świadczeniodawcę:

1. Środków finansowych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rok 2007 zgodnie

z art.3 ust. 1 pkt2, art.3 ust. 3-5 oraz art.4a ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń
2. Nadwyżki niewykonanych środków z roku 2006, przeznaczonej do wykorzystania w roku 2007 (wskazanej przez Świadczeniodawcę w oświadczeniu wykorzystania środków za 2006 rok)

Opcja **Pobierz PDF** umożliwia zapisanie oświadczenia na twardym dysku w formacie PDF. Udostępniona został także możliwość **Edycji,** która pozwala dokonywać zmian w dokumencie. Dzięki tej opcji można poprawiać następujące pozycje:

1. Część C - Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawcę na realizację art. 4a ust. 3, art. 5 ust. 1 pkt 1b i 2b, art. 5 ust. 1a, art. 5a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.
2. Część E - Planowane przeznaczenie w roku 2008 nadwyżki środków wskazanych w poz. D na wzrost wynagrodzeń za 2007 r.
3. Część G - Nadwyżkę niewykorzystanych w roku 2006 i wskazana przez Świadczeniodawców w oświadczeniu za 2006 rok, jako środki do wykorzystania w roku 2007
4. Część H - Wartość środków wykorzystanych w roku 2007 przez Świadczeniodawcę z nadwyżki niewykorzystanych środków uzyskanych w roku 2006

Info Komunikaty Świadczeniodawca Umowy Sprawozdawczość Zestawienia Administrator System

Świadczeniodawca:
Identyfikator: 150003329
Nazwa: SZPITAL KLINICZNY
Adres: 60412 POZNAŃ, 3 MAJA

Oświadczenie
Nr: 2008063000196
Status: Uzupełnione

Pobierz PDF | Edytuj

Oświadczenie z wykorzystania przez Świadczeniodawcę:
1) środków finansowych przekazanych przez NFZ za 2007 rok zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2, art. 3 ust. 3-5 oraz art. 4a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076 z późn. zm),
2) nadwyżki niewykorzystanych środków z roku 2006, przeznaczonej do wykorzystania w roku 2007 (wskazanej przez Świadczeniodwcę w oświadczeniu z wykorzystania środków za 2006 r.)

L.p.	Wyszczególnienie	Kwota [w zł]
1	2	3
CZĘŚĆ I - dotyczy wykorzystania przez świadczeniodawców środków finansowych przekazanych przez NFZ za 2007 rok, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2, art. 3 ust. 3-5 oraz art. 4a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076 z późn. zm)		
A	**Zobowiazanie NFZ wobec świadczeniodawców z tytułu realizacji art. 3 ust. 1 pkt 2 oraz art. 4a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. (Dz. U. Nr 149 poz. 1076 z późn. zm) wynikajace z podpisanych dwustronnie umów (aneksów) (A1+A2+....A11) w tym: z tytułu umowy w rodzaju:**	—
A1	- podstawowa opieka zdrowotna	—
A2	- ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
A3	- leczenie szpitalne	
A4	- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	
A5	- rehabilitacja lecznicza	
A6	- opieka długoterminowa	37 305,59 zł
A7	- leczenie stomatologiczne	
A8	- lecznictwo uzdrowiskowe	
A9	- pomoc doraźna i transport sanitarny	
A10	- koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, finansowanych ze środków Funduszu	
A11	- świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	
B	**Łączna wartość środków przekazanych świadczeniodawcy przez oddział wojewódzki NFZ z tytułu realizacji art. 3 ust. 1 pkt 2, art. 3 ust. 3-5 oraz art. 4a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. - według dwustronnie podpisanych aneksów i przedłożonych przez świadczeniodawcę rachunków (B1+B2+....+B11) w tym: z tytułu realizacji umowy w rodzaju:**	12 435 zł
B1	- podstawowa opieka zdrowotna	0 zł
B2	- ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
B3	- leczenie szpitalne	
B4	- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	
B5	- rehabilitacja lecznicza	
B6	- opieka długoterminowa	12 435 zł
B7	- leczenie stomatologiczne	
B8	- lecznictwo uzdrowiskowe	
B9	- pomoc doraźna i transport sanitarny	
B10	- koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, finansowanych ze środków Funduszu	
B11	- świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	
C	**Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawcę na realizację art. 4a ust. 3, art. 5 ust. 1 pkt 1b i 2b, art. 5 ust. 1a, art. 5a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. (C1+C2+C3+C4+C5), z tego:**	38,85 zł
C1	- koszty wynagrodzeń wypłacane osobom zatrudnionym u świadczeniodawcy na podstawie umowy o prace wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy (art. 2 pkt. 5 lit. a).	7,77 zł
C2	- koszty wynagrodzeń wypłaconych osobom udzielających świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą innej niż umowa o pracę (art. 2 pkt 5 lit. b).	7,77 zł
C3	- środki finansowe uzyskane w trybie art. 3 ust. 1 pkt 2 i ust. 3-5 ustawy przeznaczone dla świadczeniodawców, o których mowa w art. 1 ust. 1 pkt 2.	7,77 zł
C4	- podwykonawców, o których mowa w art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)	7,77 zł
C5	- środki finansowe uzyskane w trybie art. 3 ust. 1 pkt 2 i ust. 3-5 ustawy przeznaczone dla osób fizycznych prowadzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub wspólników spółek prowadzących takie zakłady, jeżeli osoby te udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakładach w ramach wykonywania umów.	7,77 zł
D	**Kwota do zwrotu różnica (D=B-C)**	12 396,15 zł
E	**Planowane przeznaczenie w roku 2008 nadwyżki środków wskazanych w poz. D na wzrost wynagrodzeń za 2007 r. (suma E1 +E2), z tego dla:**	15,54 zł
E1	- podwykonawców, o których mowa w art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) - zgodnie z art. 5a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.	7,77 zł
E2	- osób fizycznych prowadzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub wspólników spółek prowadzących takie zakłady, jeżeli osoby te udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakładach w ramach wykonywania umów - zgodnie z art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.	7,77 zł
F	**Kwota do zwrotu różnica (F=D-E)**	12 380,61 zł
CZĘŚĆ II - dotyczy wskazanych przez Świadczeniodawcę środków przeznaczonych do wykorzystania w roku 2007 pochodzących z nadwyżki niewykorzystanych środków uzyskanych z NFZ w roku 2006		
G	**Nadwyżka niewykorzystanych w roku 2006 i wskazana przez Świadczeniodawców w oświadczeniu za 2006 rok jako środki do wykorzystania w roku 2007 (suma G1+G2), z tego dla:**	15,54 zł
G1	- podwykonawców, o których mowa w art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)	7,77 zł
G2	- osób fizycznych prowadzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub wspólników spółek prowadzących takie zakłady, jeżeli osoby te udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakładach w ramach wykonywania umów.	7,77 zł
H	**Wartość środków wykorzystanych w roku 2007 przez Świadczeniodawcę z nadwyżki niewykorzystanych środków uzyskanych w roku 2006 (H1+H2) z tego:**	15,54 zł
H1	- podwykonawców, o których mowa w art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)	7,77 zł
H1	- podwykonawców, o których mowa w art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)	7,77 zł
H2	- osób fizycznych prowadzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub wspólników spółek prowadzących takie zakłady, jeżeli osoby te udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakładach w ramach wykonywania umów.	7,77 zł
I	**Kwota do zwrotu różnica (I=G-H)**	0 zł
J	**Łączna kwota do zwrotu (J=F+I)**	12 380,61 zł

Rys. 7.109 Oświadczenie o wzroście wynagrodzeń za 2007 rok

8 WNIOSKI NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ

W sytuacji planowanego wykonania świadczenia chemioterapii niestandardowej świadczeniodawca musi przygotować i przekazać do OW NFZ wniosek o zgodę na chemioterapię niestandardową zawierający informacje określone w załączniku nr 5a do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 37/2008/DGL.
Świadczenie określone, jako „chemioterapia niestandardowa" oznacza procedurę podania leku w leczeniu chorób nowotworowych realizowaną z użyciem substancji wykazanych w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (załącznik nr 1f), lub gdy substancji czynnej zdefiniowanej w katalogu, nie można rozliczyć w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym zgodnie z przyporządkowanym kodem rozpoznania ICD-10.

Wniosek o zgodę na chemioterapię niestandardową należy przygotować w wersji papierowej oraz elektronicznej.
Wersja elektroniczna wniosku jest wprowadzana przez świadczeniodawcę w aplikacji webowej SZOI w części: *Wnioski na chemioterapię niestandardową*. Rejestracja przez świadczeniodawcę wniosku obejmuje uzupełnienie *tzw. części A* wniosku, na którą składają się:

- ✓ Część ogólna – zawierająca:
  - podstawowe dane świadczeniodawcy,
  - podstawowe dane pacjenta,
  - informacje o umowie oraz zakresie świadczeń
- ✓ Część dziedzinowa – zawierająca:
  - szczegółowe informacje w zakresie wnioskowanego leczenia,
  - informacje na temat produktów handlowych,
  - informacje na temat cykli leczenia

Po wprowadzeniu wniosku w systemie, świadczeniodawca musi go zatwierdzić i wydrukować.
Papierowa wersja wniosku jest następnie przekazywana do konsultanta wojewódzkiego (tradycyjną drogą pocztową) w celu zaopiniowania. Konsultant dokonuje weryfikacji merytorycznej dokumentu i wystawia opinię dotyczącą zasadności wnioskowanej terapii (uzupełnienie *tzw. części B* wniosku).
Zaopiniowany wniosek w wersji papierowej jest zwrotnie przekazywany przez konsultanta do świadczeniodawcy. Ocena zasadności wniosku wystawiona przez konsultanta na wersji papierowej jest następnie wprowadzana przez świadczeniodawcę do elektronicznej wersji wniosku (w aplikacji SZOI).
W zależności od wystawionej opinii, po wykonaniu powyższej czynności, wniosek uzyskuje jeden ze statusów:

- ✓ Wpływ do OW NFZ (w przypadku opinii pozytywnej),
- ✓ Anulowany (w przypadku opinii negatywnej).

Anulowanie wniosku powoduje brak możliwości jego dalszej obsługi i rozpatrywania przez NFZ.
Wniosek o statusie Wpływ do OW NFZ jest rozpatrywany w OW NFZ. Na tym etapie wykonywane jest sprawdzenie poprawności formalnej wniosku – weryfikacja zgodności wersji papierowej z wersją elektroniczną.
Po przyjęciu wniosku przez NFZ (biorąc pod uwagę ewentualną opinię konsultanta krajowego) dokonywane jest ostateczne rozpatrzenie wniosku, w wyniku, którego następuje:

- ✓ Akceptacja wniosku przez NFZ – oznaczająca wydanie zgody na realizację wnioskowanej terapii,
- ✓ Odrzucenie wniosku przez NFZ – oznaczające brak zgody na realizację wnioskowanej terapii, skutkujące zakończeniem procesu rozpatrywania wniosku.

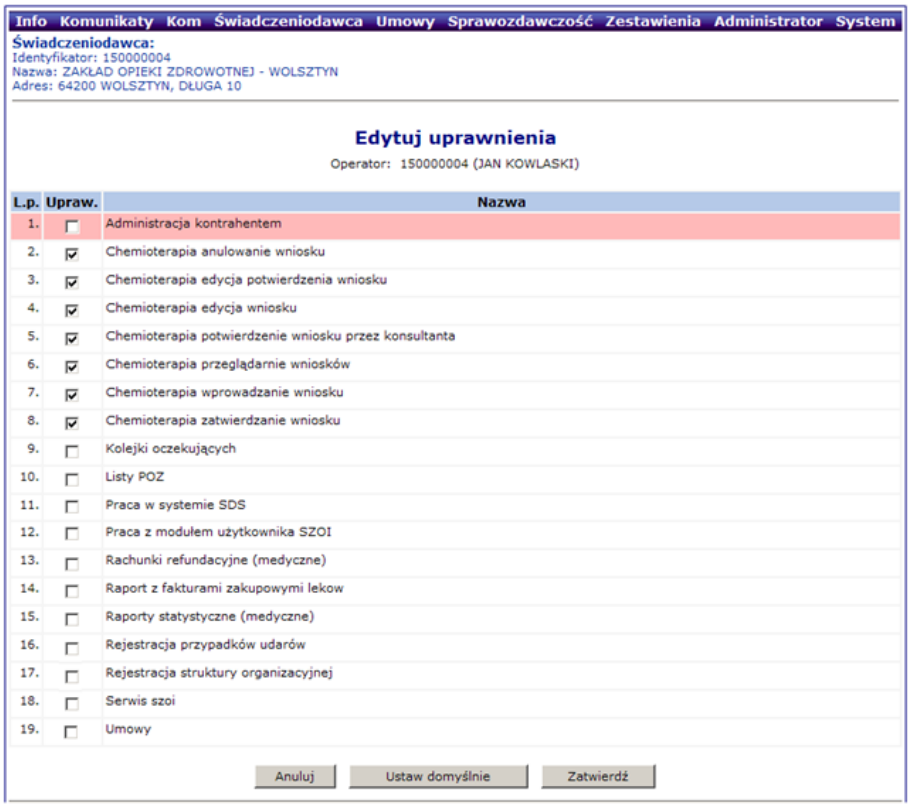
W przypadku złożenia przez świadczeniodawcę wniosku niekompletnego lub bez wymaganych załączników konieczne jest uzupełnienie wniosku przez świadczeniodawcę przed przeprowadzeniem weryfikacji w OW NFZ i wydaniem zgody na finansowanie świadczenia przez NFZ.

Finansowanie świadczenia „chemioterapia niestandardowa" jest realizowane w ramach zawartej ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia.

8.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków

Aby operator systemu SZOI (osoba działająca w imieniu świadczeniodawcy) mógł dokonywać operacji związanych z obsługą wniosków na chemioterapię niestandardową konieczne jest zdefiniowanie dla niego odpowiednich uprawnień.
Uprawnienia te są definiowane z poziomu menu ***Administrator/Operatorzy.***
W systemie wyróżniono następujące uprawnienia dedykowane dla obsługi wniosków na chemioterapię niestandardową:

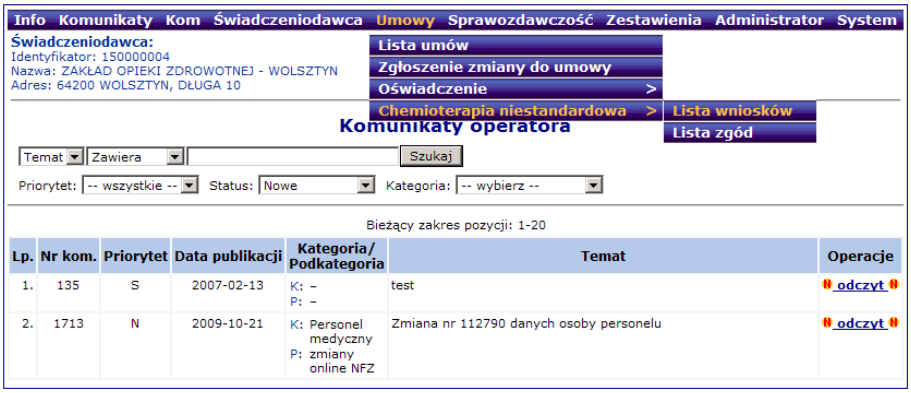
- ✓ Chemioterapia anulowanie wniosku – pozwalające na anulowanie wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Chemioterapia edycja potwierdzenia – pozwalające na edycję opinii wniosku wystawionej przez konsultanta
- ✓ Chemioterapia edycja wniosku – pozwalające na modyfikację danych wprowadzonych do wniosku,
- ✓ Chemioterapia potwierdzenie wniosku przez konsultanta – pozwalające na wprowadzenie opinii konsultanta i potwierdzenie wniosku,
- ✓ Chemioterapia przeglądanie wniosków – pozwalające na przeglądanie listy wniosków,
- ✓ Chemioterapia wprowadzanie wniosku – pozwalające na rejestrację wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Chemioterapia zatwierdzanie wniosku – pozwalające na zatwierdzenie wniosku przez świadczeniodawcę



Rys. 8.1 Uprawnienia niezbędne do obsługi wniosków o chemioterapię

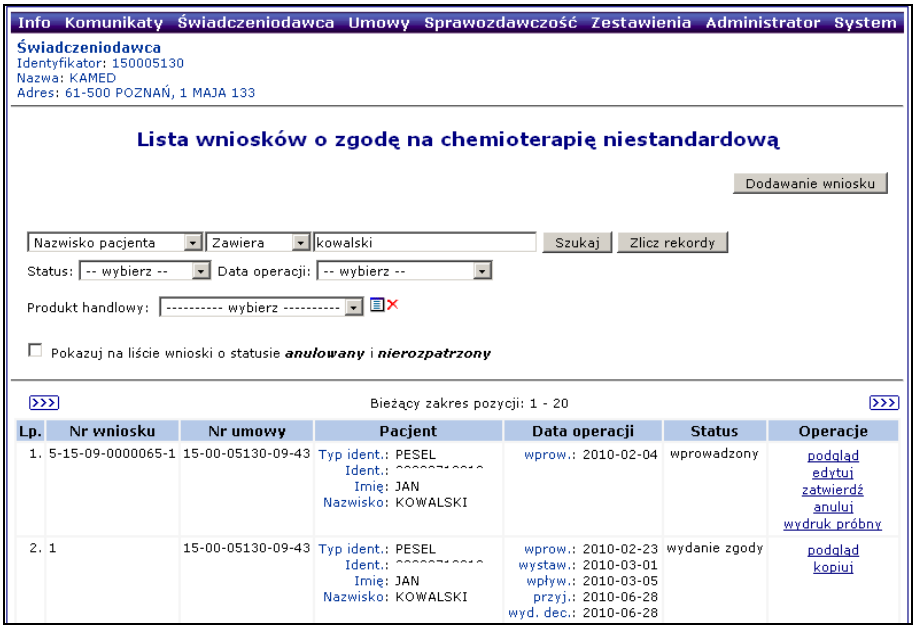
8.2 Lista wniosków na chemioterapię niestandardową

Po wybraniu menu **Umowy/Chemioterapia niestandardowa/Lista wniosków** możliwa jest kompleksowa obsługa wniosków na chemioterapię niestandardową.



Rys. 8.2Menu Lista wniosków

Przykładowe okno tego obszaru przedstawia poniższa ilustracja:



Rys. 8.3 Lista wniosków o zgodę na chemioterapię niestandardową

Lista wniosków na chemioterapię niestandardową zawiera następujące informacje:

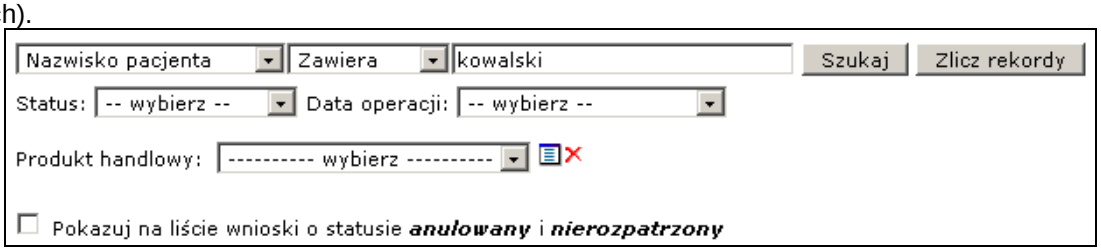
- Numer wniosku – nr wniosku w sprawie chemioterapii niestandardowej,
- Nr umowy - Nr kontraktu świadczeniodawcy z NFZ,
- Dane pacjenta – typ identyfikatora, identyfikator, imię i nazwisko
- Data operacji – daty wykonania poszczególnych operacji na wniosku,
- Status wniosku – stan wniosku,
- Operacje – lista operacji umożliwiająca obsługę wniosków.

Filtry znajdujące się w górnej części okna umożliwiają wyszukiwanie danej pozycji. Operator systemu może filtrować listę wniosków według następujących kryteriów:

- Numeru wniosku,
- Numer umowy,
- Identyfikator pacjenta,
- Nazwisko pacjenta,

- Status wniosku,
- Data operacji,
- Produkt handlowy (do wyboru ze słownika) – wybór ze słownika konkretnego produktu handlowego i zastosowanie opcji SZUKAJ skutkuje wyświetleniem na liście wniosków, w których dany produkt występuje.

Opcja ***Pokazuj na liście wnioski o statusie anulowany i nierozpatrzony*** umożliwia wyświetlenie wniosków o powyższych statusach (domyślnie na liście nie są bowiem pokazywane wnioski w takich statusach).



Rys. 8.4 Obszar filtrowania danych

Po ustawieniu filtrów należy skorzystać z opcji Szukaj, aby odświeżyć listę świadczeń.

Funkcja Zlicz rekordy służy do zliczenia liczby bieżących rekordów na liście.

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

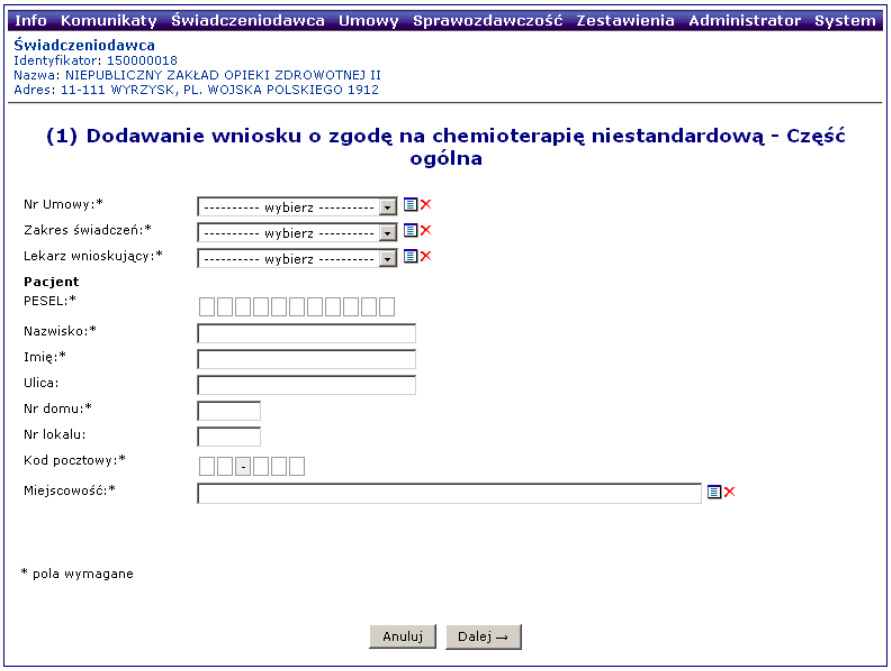
Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranego wniosku
edytuj	Pozwala na modyfikację informacji w wybranym wniosku
zatwierdź	Pozwala na zatwierdzenie wniosku
wydruk próbny	Pozwala na próbny wydruk wniosku
wydruk	Pozwala na wydrukowanie wniosku
potwierdź	Pozwala na wprowadzenie opinii konsultanta w sprawie wniosku
anuluj	Pozwala na anulowanie wniosku
kopiuj	Pozwala na skopiowanie wniosku

8.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Rejestracja wniosku na chemioterapię niestandardową jest możliwa po wybraniu opcji Dodawanie wniosku na liście wniosków.

Krok 1 – Część ogólna
W pierwszym kroku dodawania wniosku - w części ogólnej należy wprowadzić:

- Numer umowy w ramach, której realizowane będzie świadczenie,
- Zakres świadczeń,
- Dane lekarza wnioskującego,
- PESEL pacjenta,
- Nazwisko i imię pacjenta,
- Ulica,
- Nr domu,
- Nr lokalu,
- Kod pocztowy,
- Miejscowość.

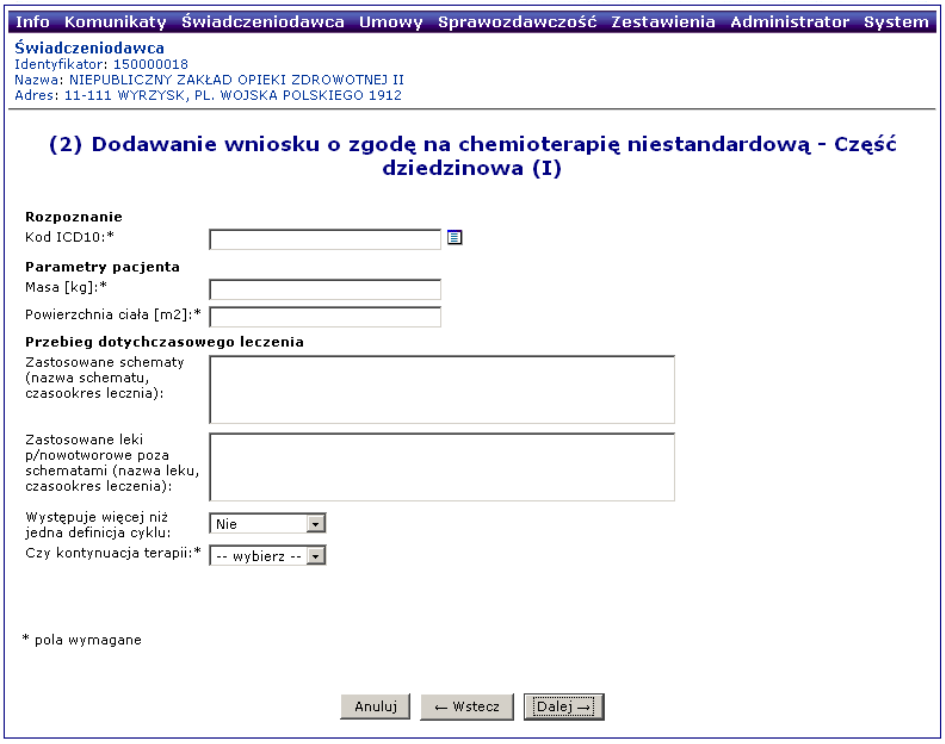


Rys. 8.5 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - krok 1

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych.

Krok 2 – Część dziedzinowa (I)
W przypadku, gdy leczenie **nie jest kontynuacją terapii** w Części dziedzinowej (I) należy wprowadzić:

- Jednostkę chorobową (ICD10),
- Parametry pacjenta: masę oraz powierzchnię ciała,
- Informacje o dotychczasowym leczeniu: zastosowane schematy leczenia oraz zastosowane leki p/nowotworowe
- Informację czy występuje więcej niż jedna definicja cyklu (domyślne ustawienie – NIE) – pozostawienie niezaznaczonego pola umożliwi przejście w następnym kroku do ustalenie jednej definicji cyklu, natomiast zaznaczenie pola skutkuje wyborem trybu obsługi wielu definicji cyklu i przejściem w następnym kroku do okna zarządzania definicjami cyklu
- Informację czy leczenie jest kontynuacją terapii - NIE



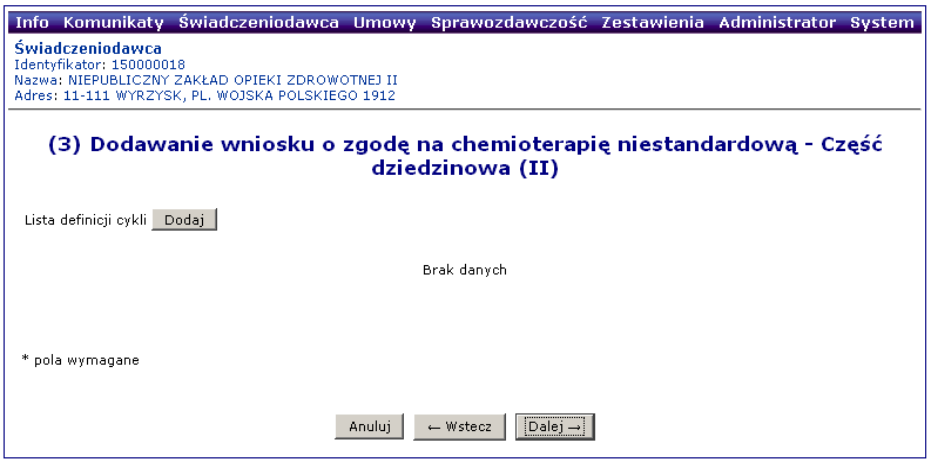
Rys. 8.6 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - krok 2

Definicją cyklu nazywamy listę produktów handlowych z ustalonym dawkowaniem oraz określoną wartością brutto leku (dawkowanie i wartość brutto ustalona jest dla każdego produktu handlowego z osobna w ramach jednego cyklu).
Cyklem leczenia nazywamy przedział czasowy określający początek i koniec danego etapu leczenia w określony sposób.
Do końca sierpnia 2011 r. wniosek na świadczenie chemioterapii niestandardowej zawierał dokładnie jedną definicję cyklu (jeden sposób leczenia) we wszystkich wprowadzonych cyklach leczenia.
Użytkownik wprowadzając wniosek ustalał najpierw definicję cyklu, a w kolejnym kroku określał wszystkie cykle leczenia bazując na jednej ustalonej wcześniej definicji.
Proponowane zmiany miały na celu umożliwienie użytkownikowi zarządzania definicjami cykli wykorzystywanymi we wniosku, dopuszczając tym samym występowanie więcej niż jednej definicji cyklu.
Użytkownik ma możliwość wyboru trybu definiowania cykli chemioterapii spośród następujących:

- **(A)** obsługa jednej definicji cyklu, wspólnej dla wszystkich cykli leczenia chemioterapią,
- **(B)** obsługa wielu definicji cyklu, indywidualnego dla poszczególnych cykli leczenia chemioterapii.

W przypadku wyboru trybu **(A)** system będzie działał tak jak do tej pory umożliwiając ustalenie jednej definicji cyklu wspólnej dla wszystkich cykli (etapów leczenia).
W przypadku wyboru trybu **(B)** system umożliwia definiowanie więcej niż jednego cyklu, wybór definicji cyklu dla poszczególnych cykli leczenia (etapów leczenia).

W przypadku, gdy występuje więcej niż jedna definicja cyklu następuje przejście w następnym kroku do okna zarządzania definicjami cyklu:

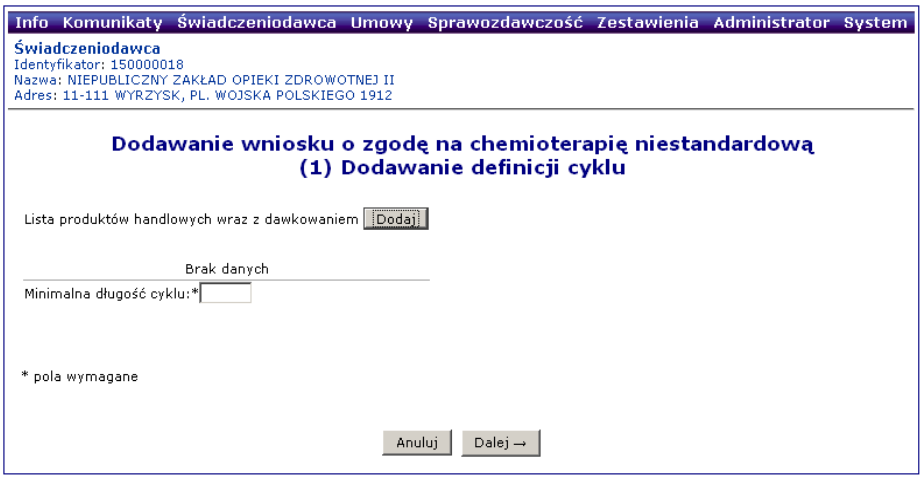


Rys. 9.7 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – część dziedzinowa (III)

Opcja **Dodaj** umożliwia wprowadzenie szczegółowych informacji na temat listy definicji. Po użyciu tej opcji operator przechodzi do kolejnego etapu definiowania wniosku:

W tej części należy wprowadzić:

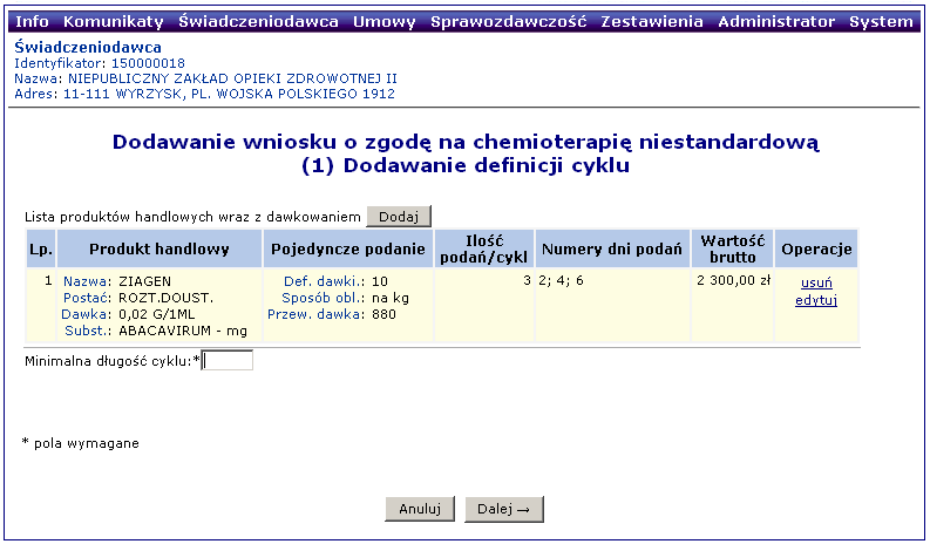
- Listę produktów handlowych wraz z dawkowaniem – dodawanie produktu handlowego opisano w dalszej części dokumentacji
- Minimalną długość cyklu



Rys. 9.8 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – (1) Dodawanie definicji cyklu

Po wprowadzeniu produktów handlowych zostaną one wyświetlone na liście wraz z następującymi szczegółami:

- Nazwa
- Postać
- Dawka
- Substancja
- Definicja stawki
- Sposób obliczenia dawki
- Przewidywana dawka
- Ilość podań
- Numery dni podań
- Wartość brutto



Rys. 8.7.9 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – (1) Dodawanie definicji cyklu

Opcja **Usuń** umożliwi usunięcie z definicji cyklu wskazanej przez użytkownika definicji. Operacja musi zostać potwierdzona przez użytkownika.
Opcja **Edytuj** wyświetli okno dialogowe zawierające „Listę produktów handlowych z dawkowaniem dla definicji cyklu".

W dolnej części okna należy obligatoryjnie wprowadzić długość cyklu.

Rys. 9.10 (3) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – część dziedzinowa

W kolejnym kroku zostaje wyświetlona lista zdefiniowanych cykli leczenia. W przypadku dodania kolejnego, należy skorzystać z opcji Dodaj.

Rys. 9.11 (4) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową – część dziedzinowa

Kolejnym etapem jest wprowadzenie uzasadnienia proponowanego leczenia oraz podania liczby wszystkich wprowadzonych cykli. Cykle zostaną wyświetlone w dolnej części okna wraz z podaniem dat ich obowiązywania (od – do), długości i definicji cyklu. Na tym etapie można również usunąć dany cykl (opcja **Usuń** w kolumnie Operacje).

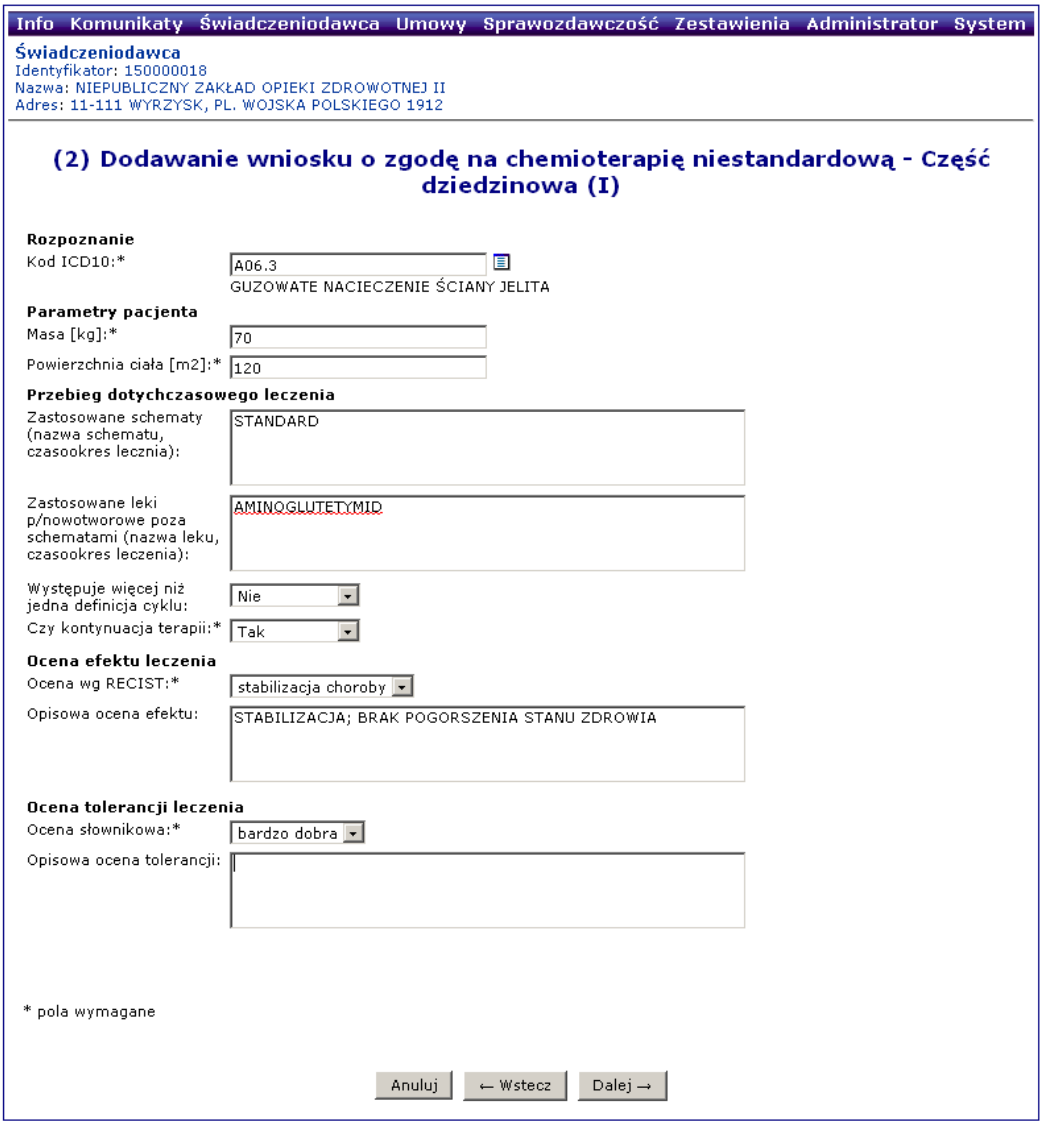
Rys. 9.12 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - podsumowanie

W oknie podsumowanie znajdują się wszystkie dane wprowadzone uprzednio przez operatora, celem upewnienia się czy zostały wprowadzone poprawnie. **Operacja zatwierdzenia jest nieodwracalna!**

W przypadku, gdy leczenie **jest kontynuacją terapii** w Części dziedzinowej (I) należy wprowadzić:

- Jednostkę chorobową (ICD10),
- Parametry pacjenta: masę oraz powierzchnię ciała,
- Informacje o dotychczasowym leczeniu: zastosowane schematy leczenia oraz zastosowane leki p/nowotworowe – (wpisywane w tych polach informacje mogą zawierać maksymalnie 4000 znaków)
- Informację czy leczenie jest kontynuacją terapii – **TAK,**

- Ocenę efektu leczenia (wg RECIST wraz z opisem),
- Ocenę tolerancji leczenia

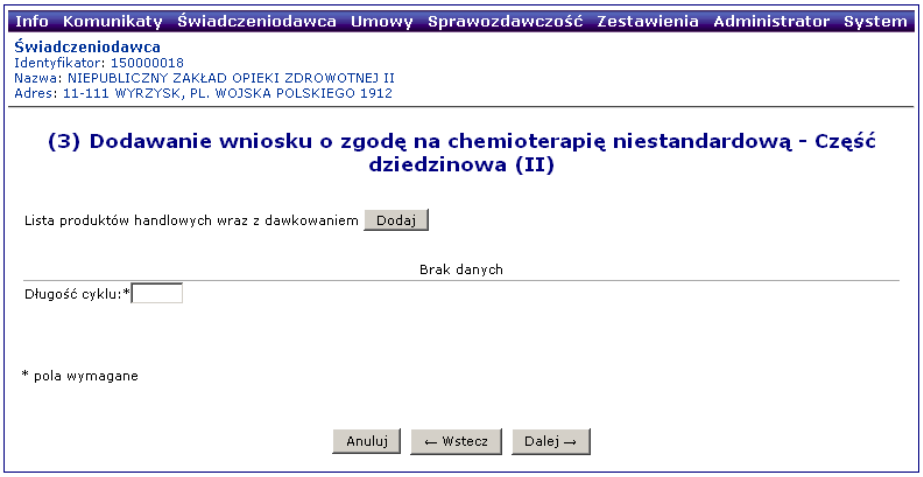


Rys. 8.13 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - krok 2

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku.

Krok 3 – Część dziedzinowa II

Ponieważ w tym przypadku nie występuje więcej niż jedna definicja cyklu, w Części dziedzinowej (II) należy wprowadzić listę produktów handlowych dla jednego cyklu leczenia wraz z dawkowaniem oraz długość cyklu:



Rys. 8.14 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - krok 3

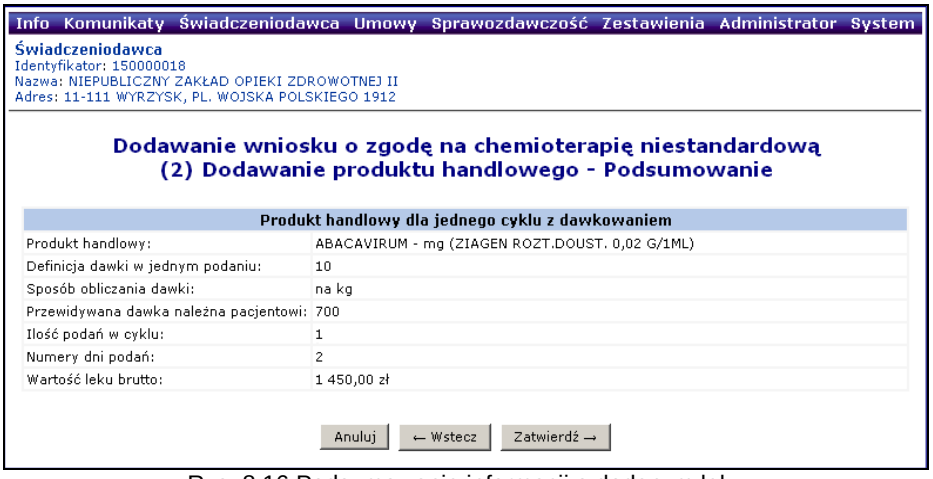
Opcja **Dodaj** umożliwia wprowadzenie szczegółowych informacji na temat produktów handlowych wykorzystanych do leczenia. Po użyciu tej opcji operator przechodzi do kolejnego etapu definiowania wniosku:

W części **Dodawanie produktu handlowego** należy wprowadzić:

- Produkt handlowy
- Definicję dawki w jednym podaniu,
- Sposób obliczenia dawki: na kg/ na m^2/ na osobę
- Przewidywaną dawkę należną pacjentowi,
- Ilość podań w cyklu,
- Dni podań leku,
- Wartość leku (kwota brutto w zł)

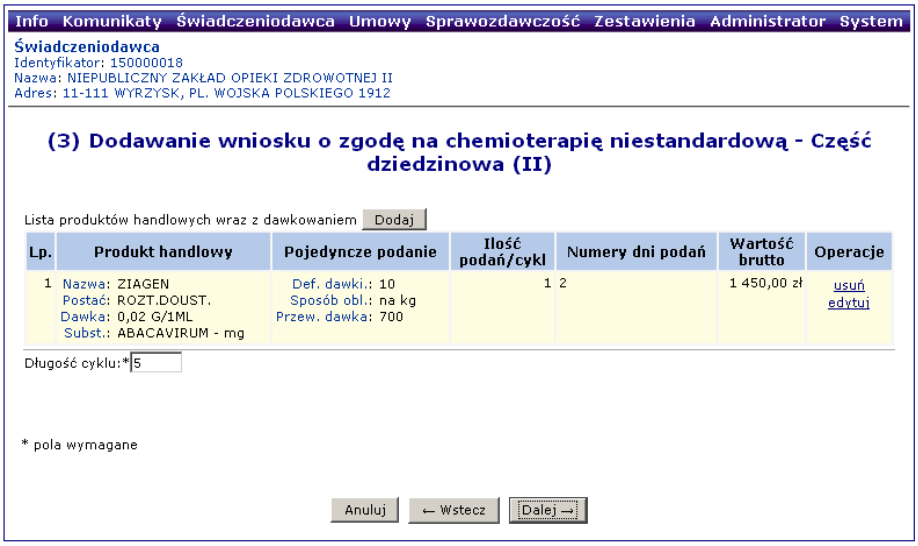
Rys. 8.15 Dodawanie produktu handlowego

Po użyciu opcji **Dalej** wyświetlone zostanie okno podsumowania o wprowadzonym leku:



Rys. 8.16 Podsumowanie informacji o dodanym leku

Opcja **Zatwierdź** umożliwia zapisanie danych i powrót do formatki wprowadzania produktów handlowych.



Rys. 8.17 Lista zdefiniowanych produktów handlowych w ramach wniosku

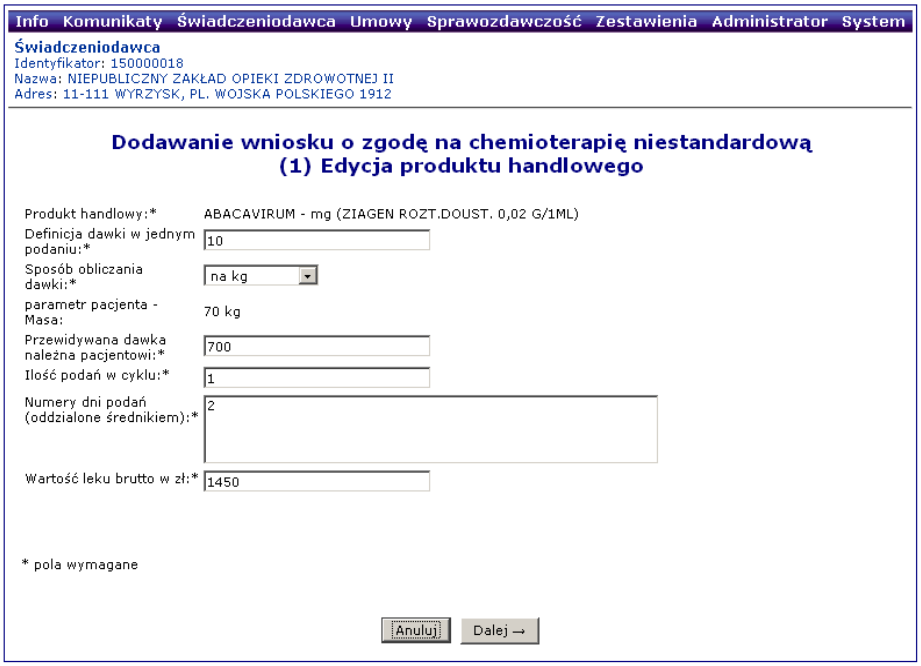
Po wprowadzeniu produktu/produktów w części dziedzinowej (II) widoczna jest lista wszystkich zdefiniowanych we wnioskowanej terapii leków.
Z poziomu listy produktów operator może wykonać następujące operacje na wybranym leku (kolumna **Operacje**):

- Usuń – opcja umożliwia usunięcie leku,
- Edycja – opcja umożliwia edycję wprowadzonych informacji o leku

8.3.1 Edycja produktu handlowego

Jeżeli istnieje potrzeba modyfikacji danych o wybranym produkcie handlowym należy w oknie listy produktów handlowych wybrać operację **Usuń.**

Formatka edycji produktu handlowego pozwala na modyfikację wprowadzonych danych.

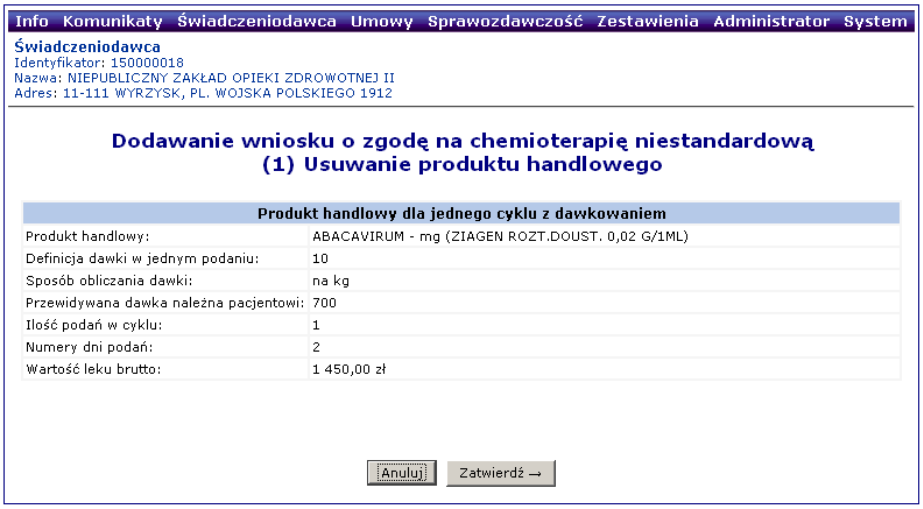


Rys. 8.18 Edycja produktu handlowego

Po poprawie danych należy w oknie Podsumowania informacji o produkcie użyć opcji **Zatwierdź,** aby zapisać zmiany.

8.3.2 Usunięcie produktu handlowego

Jeżeli wybrany produkt handlowy ma być usunięty z listy leków zdefiniowanych we wniosku należy w oknie listy produktów handlowych wybrać operację **Usuń.**

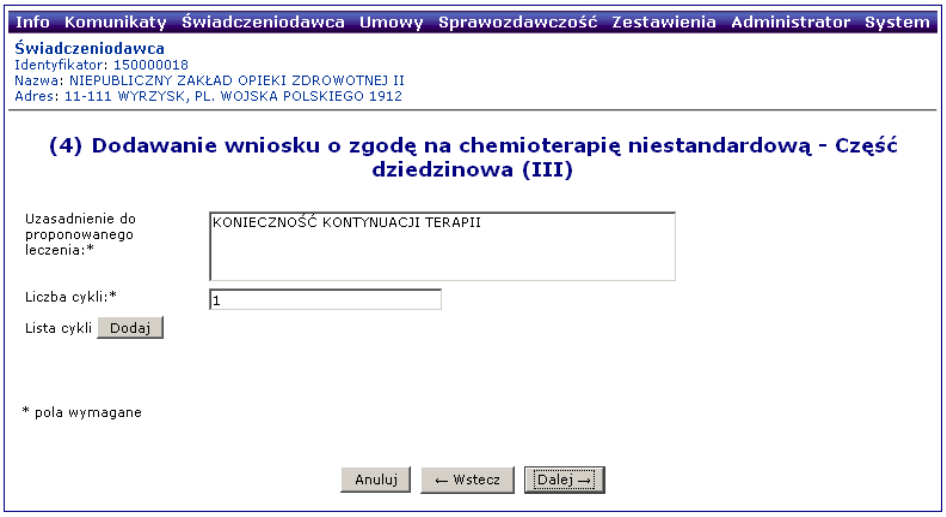


Rys. 8.19 Usunięcie produktu handlowego

Opcja **Zatwierdź** umożliwia trwałe usunięcie danych o produkcie i powrót do formatki III części dziedzinowej.

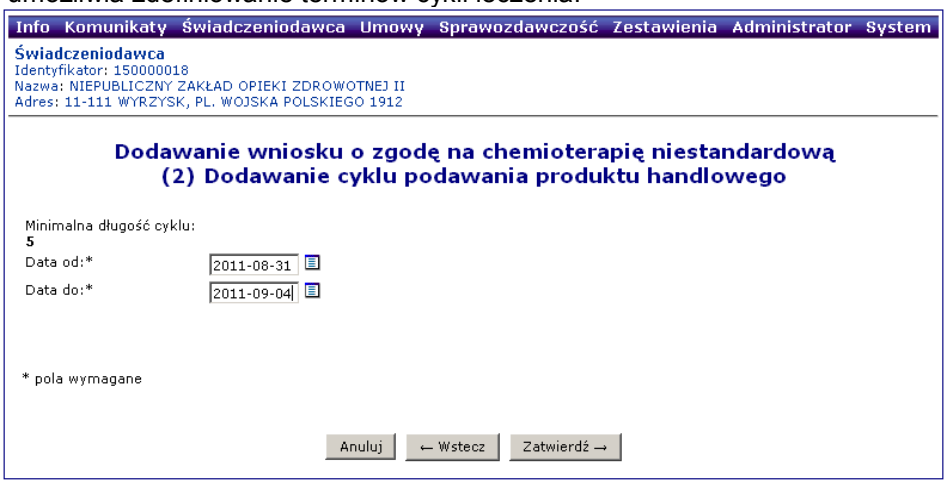
Krok 4 – Część dziedzinowa III
W części dziedzinowej (III) należy wprowadzić:

- Uzasadnienie do proponowanego leczenia,
- Liczbę cykli
- Listę cykli



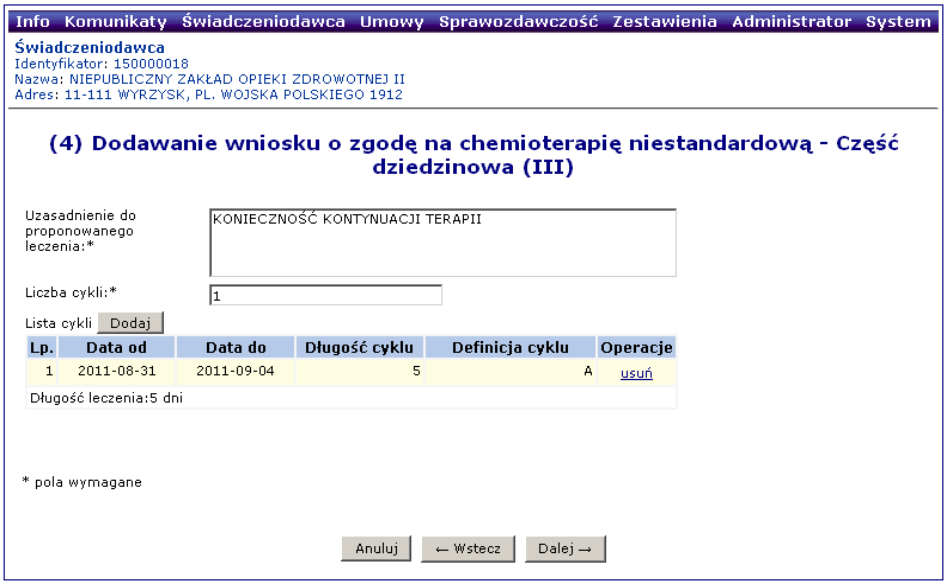
Rys. 8.20 Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - krok 3

Opcja **Dodaj** umożliwia zdefiniowanie terminów cykli leczenia.



Rys. 8.21 Dodawanie cyklu podawania leku

Data zakończenia cyklu jest podpowiadana przez system na podstawie wprowadzonej wcześniej długości cyklu. Oczywiście data ta może być modyfikowana przez operatora.

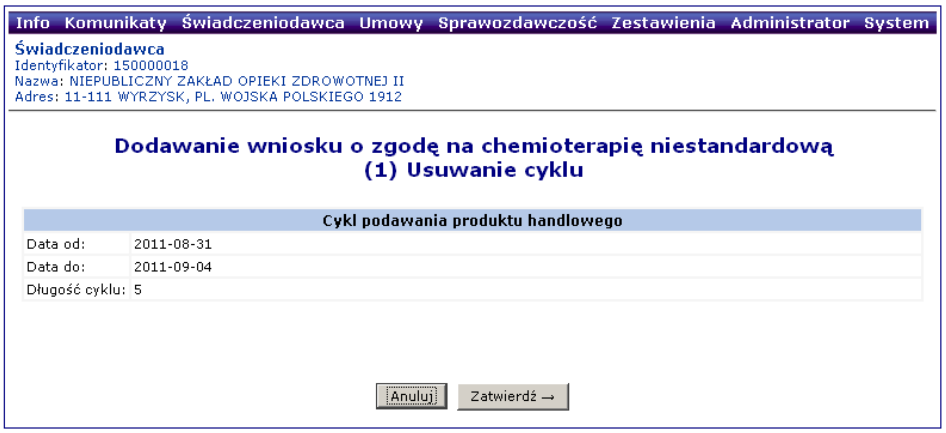


Rys. 8.22 Dodawanie cyklu podawanie leku – część dziedzinowa III

Po zdefiniowaniu cykli operator poprzez opcję **Dalej** może przejść do kolejnego etapu rejestracji wniosku.

8.3.3 Usunięcie cyklu podawania leku

Jeżeli wybrany cykl podawanie leku ma być usunięty z listy cykli zdefiniowanych we wniosku należy w oknie III części dziedzinowej wybrać operację **Usuń.**

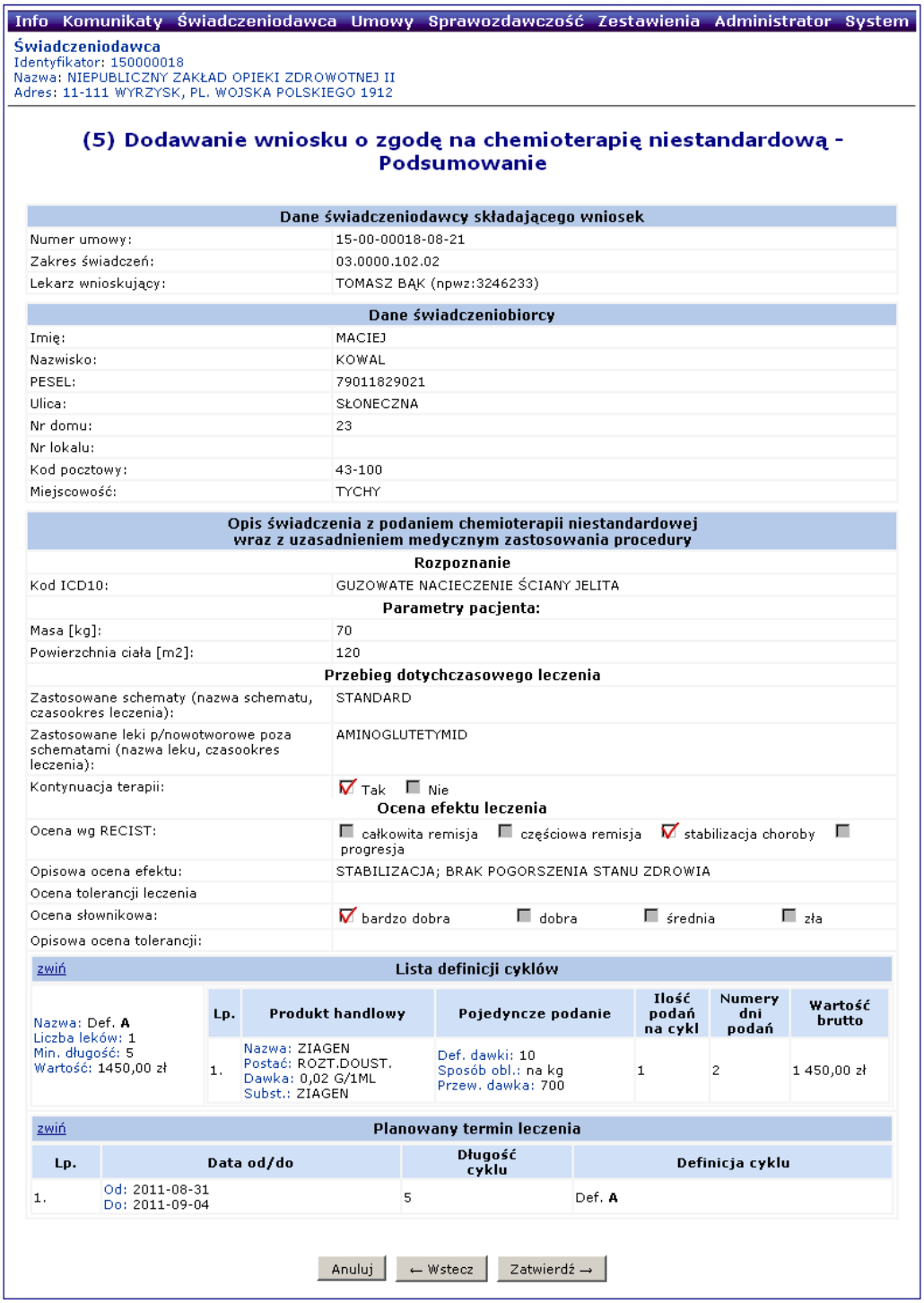


Rys. 8.24 Usunięcie cyklu podawanie leku

Opcja **Zatwierdź** umożliwia trwałe usunięcie cyklu i powrót do formatki III części dziedzinowej

Krok 5 – Podsumowanie
Po uzupełnieniu we wniosku wszystkich danych wyświetlane jest okno **Podsumowania** zawierające:

- Dane świadczeniodawcy składającego wniosek,
- Dane świadczeniobiorcy,
- Opis świadczenia z podaniem chemioterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym,
- Listę produktów handlowych,
- Planowany termin leczenia



Info Komunikaty Świadczeniodawca Umowy Sprawozdawczość Zestawienia Administrator System

Świadczeniodawca
Identyfikator: 150000018
Nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ II
Adres: 11-111 WYRZYSK, PL. WOJSKA POLSKIEGO 1912

(5) Dodawanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową - Podsumowanie

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	
Numer umowy:	15-00-00018-08-21
Zakres świadczeń:	03.0000.102.02
Lekarz wnioskujący:	TOMASZ BĄK (npwz:3246233)

Dane świadczeniobiorcy	
Imię:	MACIEJ
Nazwisko:	KOWAL
PESEL:	79011829021
Ulica:	SŁONECZNA
Nr domu:	23
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	43-100
Miejscowość:	TYCHY

Opis świadczenia z podaniem chemioterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury	
Rozpoznanie	
Kod ICD10:	GUZOWATE NACIECZENIE ŚCIANY JELITA
Parametry pacjenta:	
Masa [kg]:	70
Powierzchnia ciała [m2]:	120
Przebieg dotychczasowego leczenia	
Zastosowane schematy (nazwa schematu, czasookres leczenia):	STANDARD
Zastosowane leki p/nowotworowe poza schematami (nazwa leku, czasookres leczenia):	AMINOGLUTETYMID
Kontynuacja terapii:	☑ Tak ☐ Nie
Ocena efektu leczenia	
Ocena wg RECIST:	☐ całkowita remisja ☐ częściowa remisja ☑ stabilizacja choroby ☐ progresja
Opisowa ocena efektu:	STABILIZACJA; BRAK POGORSZENIA STANU ZDROWIA
Ocena tolerancji leczenia	
Ocena słownikowa:	☑ bardzo dobra ☐ dobra ☐ średnia ☐ zła
Opisowa ocena tolerancji:	

zwiń — **Lista definicji cyklów**

Nazwa: Def. **A**
Liczba leków: 1
Min. długość: 5
Wartość: 1450,00 zł

Lp.	Produkt handlowy	Pojedyncze podanie	Ilość podań na cykl	Numery dni podań	Wartość brutto
1.	Nazwa: ZIAGEN Postać: ROZT.DOUST. Dawka: 0,02 G/1ML Subst.: ZIAGEN	Def. dawki: 10 Sposób obl.: na kg Przew. dawka: 700	1	2	1 450,00 zł

zwiń — **Planowany termin leczenia**

Lp.	Data od/do	Długość cyklu	Definicja cyklu
1.	Od: 2011-08-31 Do: 2011-09-04	5	Def. **A**

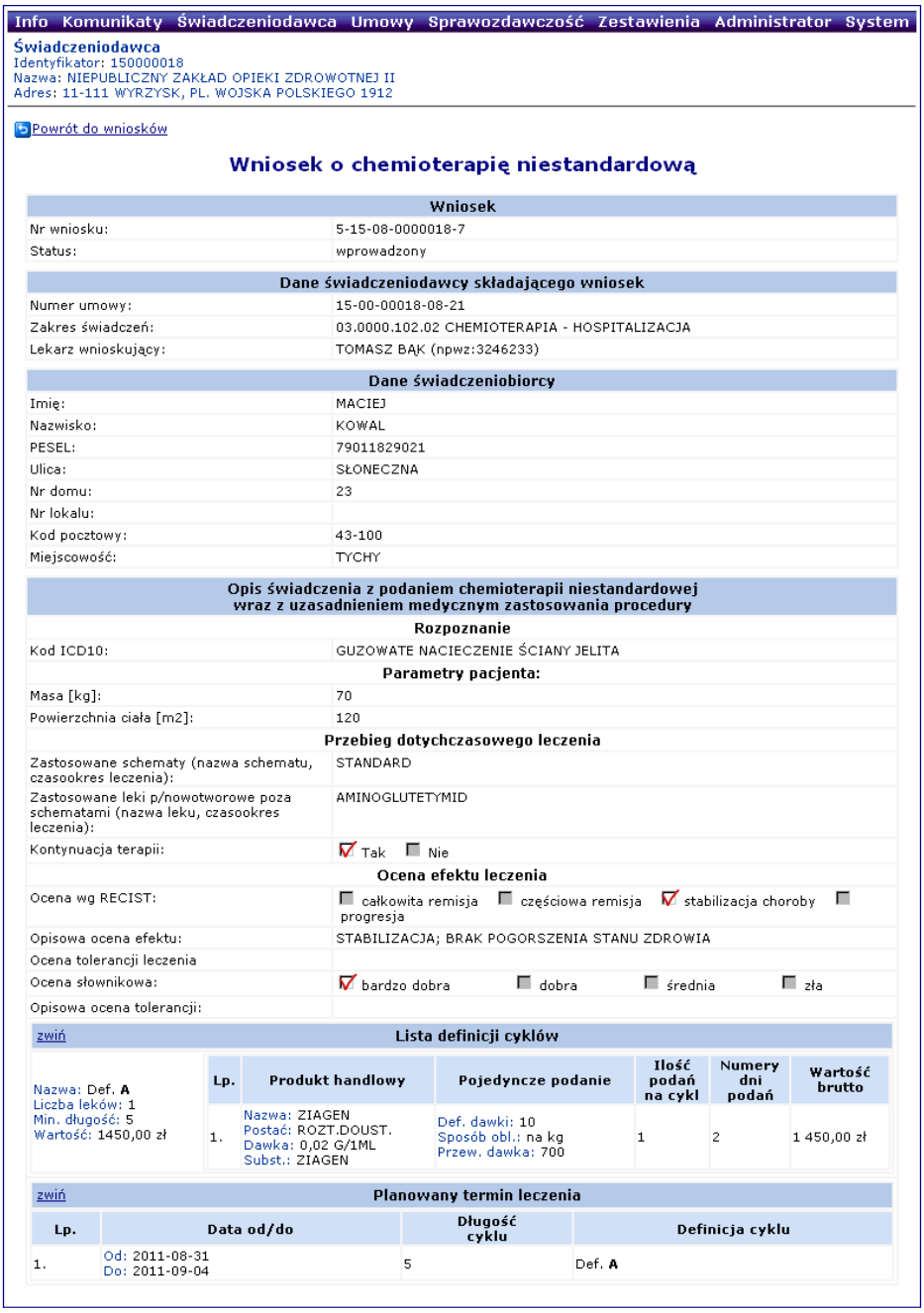
Anuluj ← Wstecz Zatwierdź →

Rys. 8.25 Podsumowanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Zatwierdź** umożliwia zapisanie wniosku na chemioterapię.

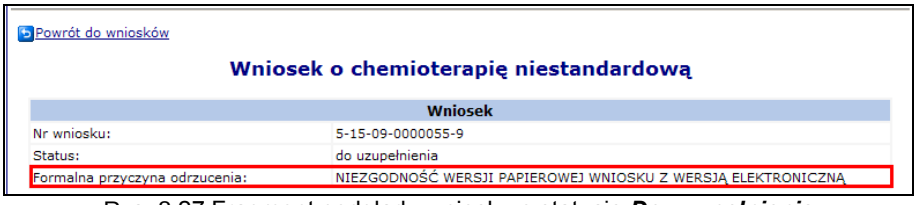
8.4 Podgląd wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Operator może przeglądać dane wprowadzone we wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową po użyciu opcji **Podgląd** (na liście wniosków, w kolumnie **Operacje**).
W tym miejscu możliwe jest jedynie przeglądanie informacji znajdujących się we wniosku – operator nie ma możliwości edycji żadnych danych.



Rys. 8.26 Podgląd wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

W przypadku wniosków o statusie **Do uzupełnienia** na podglądzie wniosku, w części *Wniosek* wyświetlana jest formalna przyczyna odrzucenia wniosku:

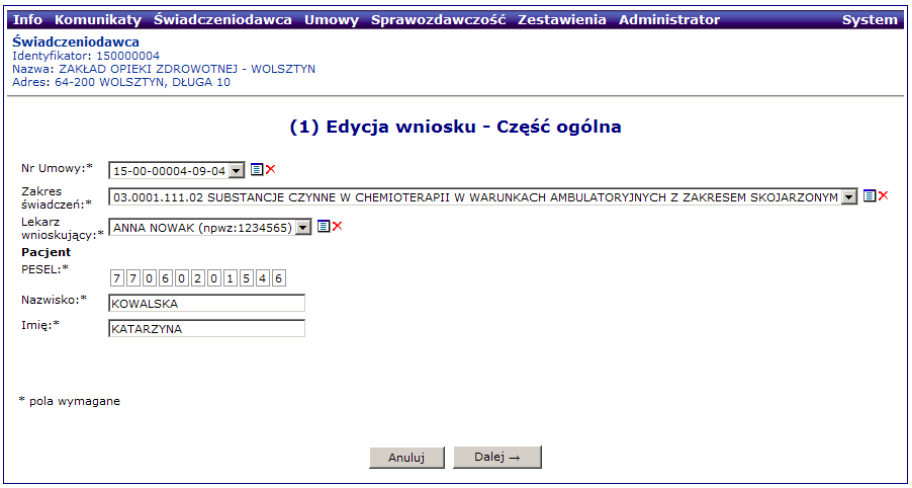


Rys. 8.27 Fragment podglądu wniosku o statusie ***Do uzupełnienia***

Opcja Powrót do wniosków umożliwia przejście na listę wniosków na chemioterapię.

8.5 Modyfikacja wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Edytuj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia wprowadzenie zmian do wybranego wniosku.



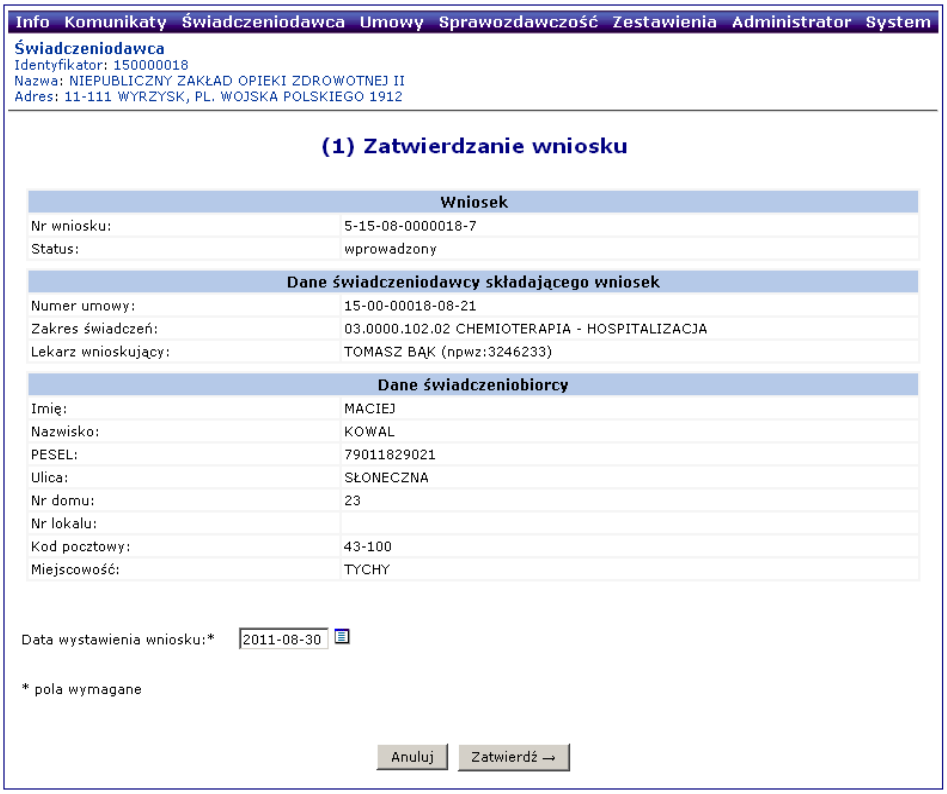
Rys. 8.28 Edycja wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Edycja danych wniosku umożliwia wprowadzenie zmian we wniosku. Modyfikacja danych odbywa się w analogiczny sposób jak operacja wprowadzania wniosku (etap dodawania wniosku został opisany we wcześniejszej części dokumentacji).

8.6 Zatwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Zatwierdź** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia zatwierdzenie wniosku. Zatwierdzenie wniosku umożliwia jego dalszą obsługę – zaopiniowanie przez konsultanta wojewódzkiego i rozpatrzenie przez OW NFZ.

Uwaga!
Należy pamiętać, że operacja zatwierdzenia wniosku jest operacją nieodwracalną. Po zatwierdzeniu wniosku nie będzie możliwa edycja danych. W związku z tym należy zwrócić szczególną uwagę podczas wykonywania tej operacji.

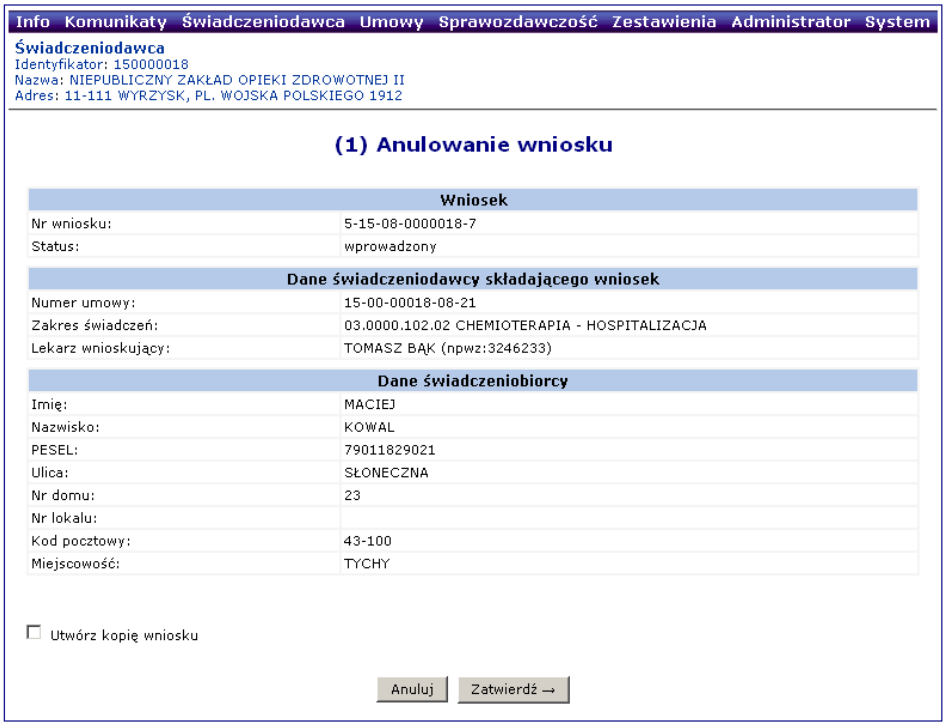


Rys. 8.29 Zatwierdzanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Podczas operacji zatwierdzania wniosku wymagane jest podanie **Daty wystawienia wniosku**.
Opcja **Zatwierdź** pozwala na potwierdzenie wykonania zatwierdzenia wniosku.

8.7 Anulowanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Anuluj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia anulowanie wniosku w sytuacji, gdy wniosek został wprowadzony do systemu SZOI, a nie będzie dalej rozpatrywany (świadczeniodawca rezygnuje z jego obsługi, np. w sytuacji, gdy pacjent rezygnuje z wnioskowanej terapii, istnieje inna możliwość leczenia pacjenta itp.).
Anulowanie wniosku oznacza brak jego dalszej obsługi – brak zaopiniowania go przez konsultanta wojewódzkiego i rozpatrzenia przez OW NFZ.



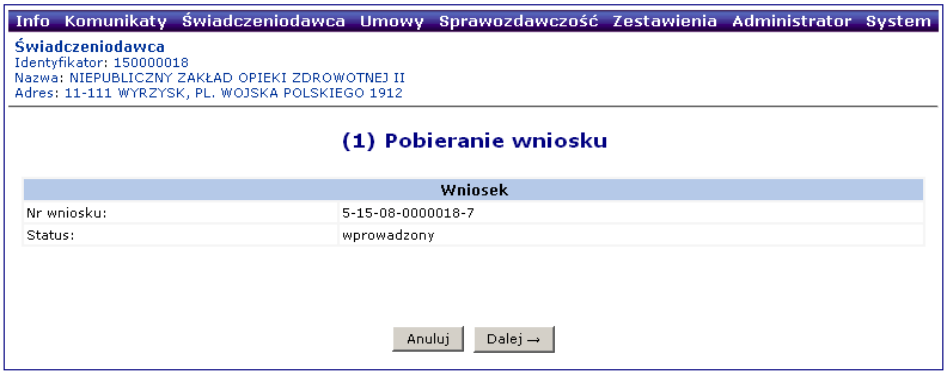
Rys. 8.30 Anulowanie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Zatwierdź** pozwala na potwierdzenie anulowania wniosku.

Po wykonaniu operacji **Anuluj** istnieje możliwość utworzenia kopii wniosku w przypadku, gdy jednak zaistnieje potrzeba dalszego/ponownego rozpatrywania wniosku (opcja kopiowania opisana została w dalszej części dokumentacji).

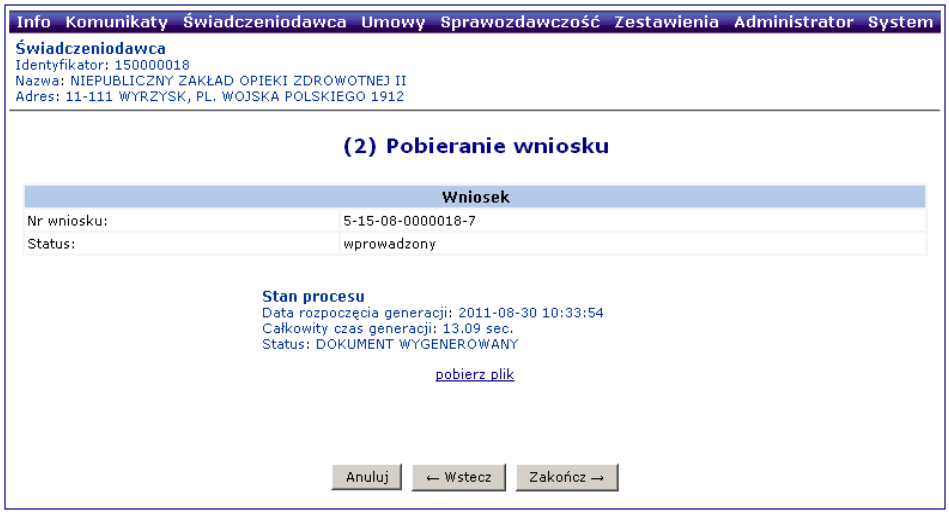
8.8 Próbny wydruk wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Wydruk** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia wydrukowanie wprowadzonego wniosku.



Rys. 8.31 Próbny wydruk wniosku na chemioterapię niestandardową

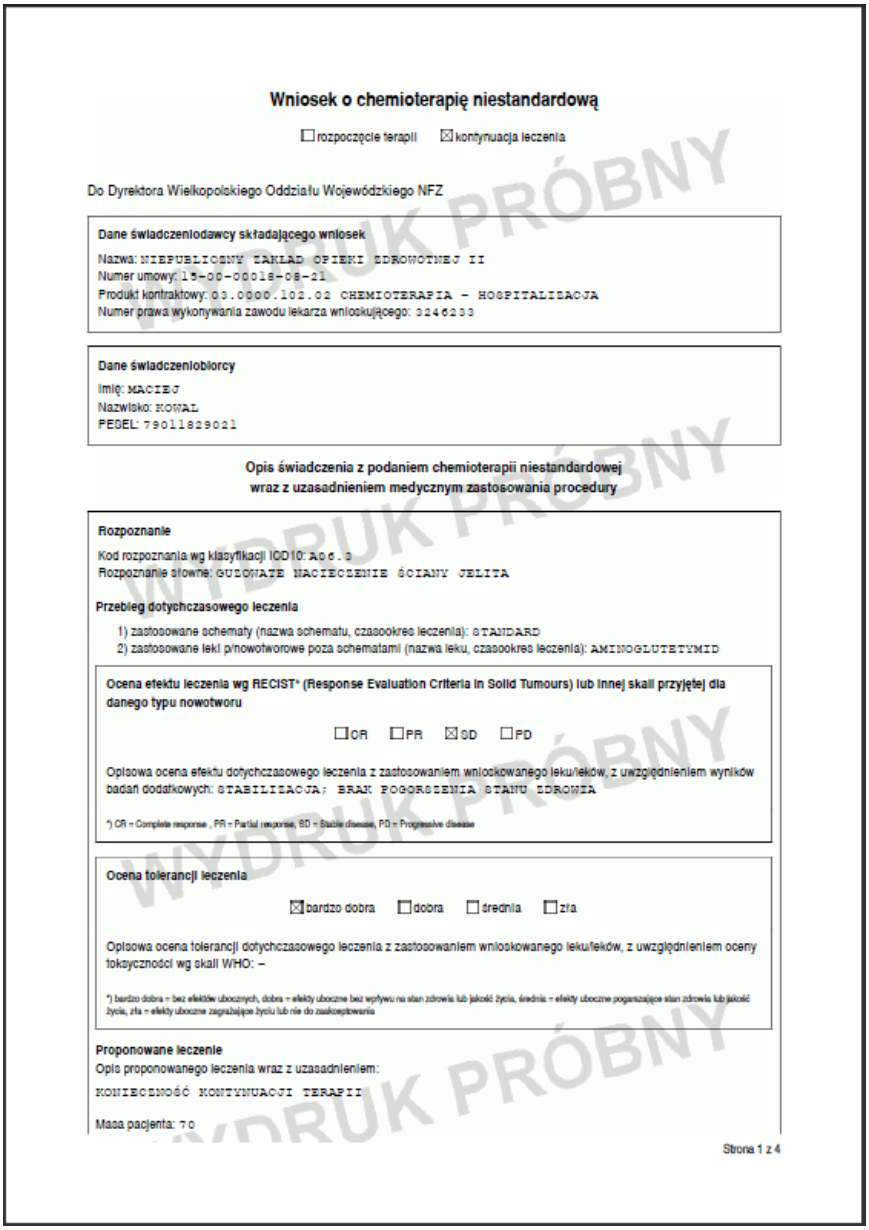
Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu wydruku wniosku:



Rys. 8.32 Próbny wydruk wniosku

Opcja **Pobierz plik** umożliwia zapisanie wniosku w postaci pliku PDF i jego wydruk.
W przypadku wydruku próbnego dokument opatrzony jest oznaczeniem: *WYDRUK PRÓBNY.*

Opcja **Zakończ p**ozwala na powrót do okna listy wniosków.



Wniosek o chemioterapię niestandardową

☐ rozpoczęcie terapii ☒ kontynuacja leczenia

Do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ II
Numer umowy: 15-00-00018-08-21
Produkt kontraktowy: 03.0000.102.02 CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA
Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego: 3246233

Dane świadczeniobiorcy

Imię: MACIEJ
Nazwisko: KOWAL
PESEL: 79011829021

Opis świadczenia z podaniem chemioterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury

Rozpoznanie

Kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD10: A06.3
Rozpoznanie słowne: GUZOWATE NACIECZENIE ŚCIANY JELITA

Przebieg dotychczasowego leczenia

1) zastosowane schematy (nazwa schematu, czasookres leczenia): STANDARD
2) zastosowane leki pinowotworowe poza schematami (nazwa leku, czasookres leczenia): AMINOGLUTETYMID

Ocena efektu leczenia wg RECIST* (Response Evaluation Criteria in Solid Tumours) lub innej skali przyjętej dla danego typu nowotworu

☐ CR ☐ PR ☒ SD ☐ PD

Opisowa ocena efektu dotychczasowego leczenia z zastosowaniem wnioskowanego leku/leków, z uwzględnieniem wyników badań dodatkowych: STABILIZACJA; BRAK POGORSZENIA STANU ZDROWIA

*) CR = Complete response , PR = Partial response, SD = Stable disease, PD = Progressive disease

Ocena tolerancji leczenia

☒ bardzo dobra ☐ dobra ☐ średnia ☐ zła

Opisowa ocena tolerancji dotychczasowego leczenia z zastosowaniem wnioskowanego leku/leków, z uwzględnieniem oceny toksyczności wg skali WHO: –

*) bardzo dobra – bez efektów ubocznych, dobra – efekty uboczne bez wpływu na stan zdrowia lub jakość życia, średnia – efekty uboczne pogarszające stan zdrowia lub jakość życia, zła – efekty uboczne zagrażające życiu lub nie do zaakceptowania

Proponowane leczenie

Opis proponowanego leczenia wraz z uzasadnieniem:

KONIECZNOŚĆ KONTYNUACJI TERAPII

Masa pacjenta: 70

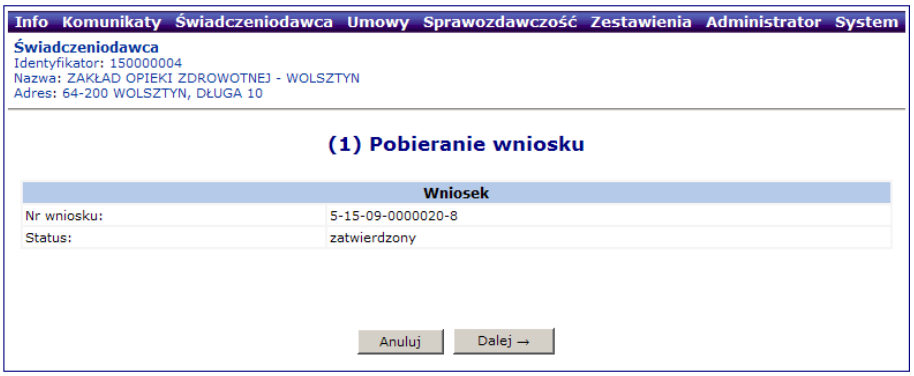
Strona 1 z 4

WYDRUK PRÓBNY

Rys. 8.33 Przykładowy próbny wydruk wniosku na chemioterapię

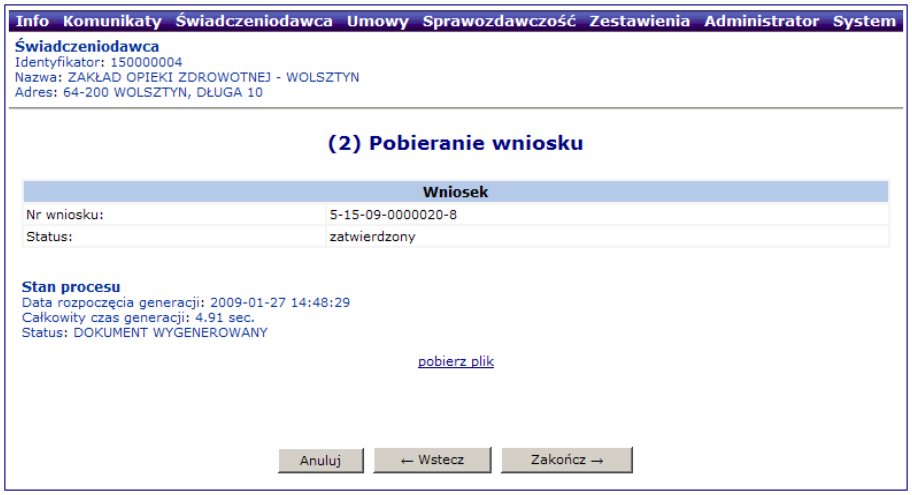
8.9 Wydruk wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Wydruk** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia wydrukowanie zatwierdzonego wniosku. Papierową wersję wniosku należy przekazać tradycyjną drogą (np. poprzez pocztę) do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania przez niego zasadności wnioskowanej terapii.



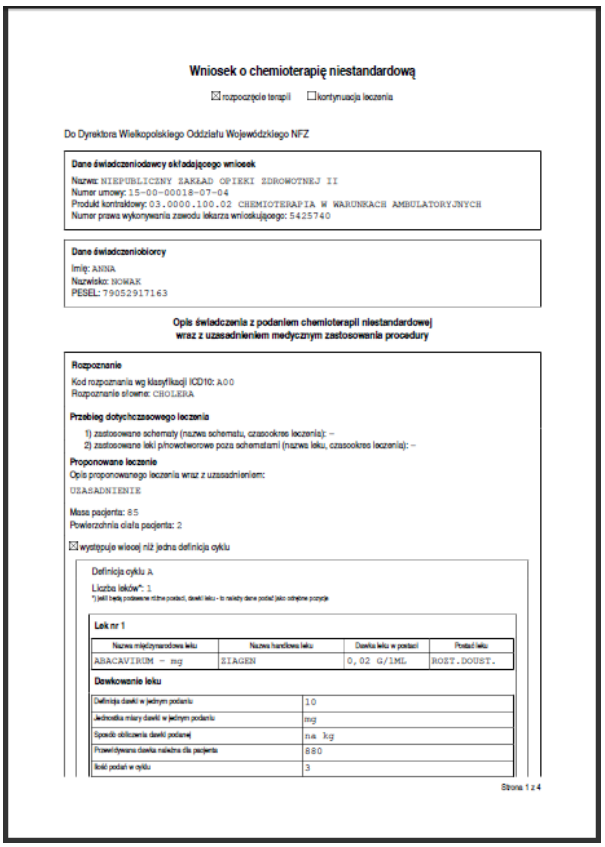
Rys. 8.34 Wydruk wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu wydruku wniosku:



Rys. 8.35 Wydruk wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Pobierz plik** umożliwia zapisanie wniosku w postaci pliku PDF i jego wydruk.
Opcja **Zakończ** pozwala na powrót do okna listy wniosków.



Wniosek o chemioterapię niestandardową

☒ rozpoczęcie terapii ☐ kontynuacja leczenia

Do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ II
Numer umowy: 15-00-00018-07-04
Produkt kontraktowy: 03.0000.100.02 CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH
Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego: 5425740

Dane świadczeniobiorcy

Imię: ANNA
Nazwisko: NOWAK
PESEL: 79052917163

Opis świadczenia z podaniem chemioterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury

Rozpoznanie

Kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD10: A00
Rozpoznanie słowne: CHOLERA

Przebieg dotychczasowego leczenia

1) zastosowane schematy (nazwa schematu, czasookres leczenia): –
2) zastosowane leki pinowotworowe poza schematami (nazwa leku, czasookres leczenia): –

Proponowane leczenie

Opis proponowanego leczenia wraz z uzasadnieniem:
UZASADNIENIE

Masa pacjenta: 85
Powierzchnia ciała pacjenta: 2

☒ występuje więcej niż jedna definicja cyklu

Definicja cyklu A

Liczba leków*: 1

*) jeśli będą podawane różne postaci, dawki leku - to należy dane podać jako odrębne pozycje

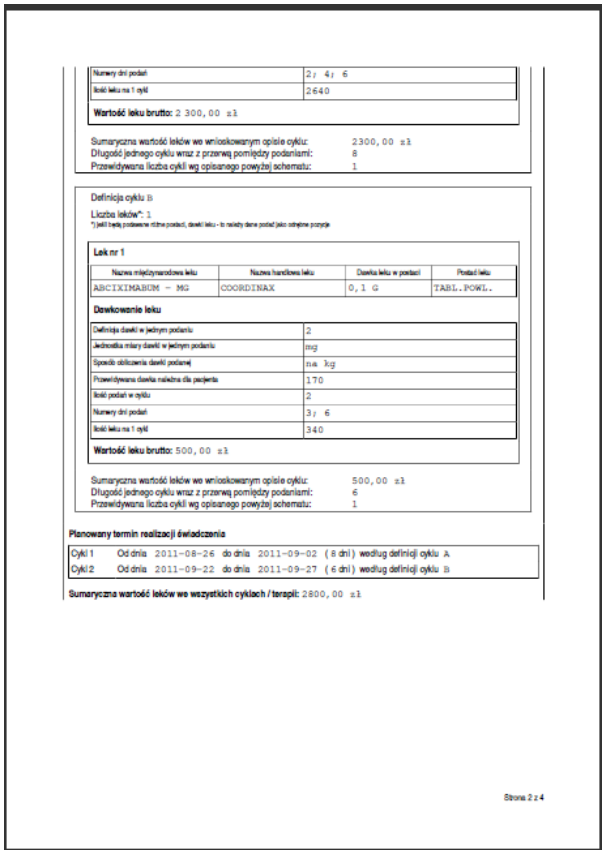
Lek nr 1

Nazwa międzynarodowa leku	Nazwa handlowa leku	Dawka leku w postaci	Postać leku
ABACAVIRUM - mg	ZIAGEN	0,02 G/1ML	ROZT.DOUST.

Dawkowanie leku

Definicja dawki w jednym podaniu	10
Jednostka miary dawki w jednym podaniu	mg
Sposób obliczenia dawki podanej	na kg
Przewidywana dawka należna dla pacjenta	880
Ilość podań w cyklu	3

Strona 1 z 4



Numery dni podań	2; 4; 6
Ilość leku na 1 cykl	2640

Wartość leku brutto: 2 300,00 zł

Sumaryczna wartość leków we wnioskowanym opisie cyklu: 2300,00 zł
Długość jednego cyklu wraz z przerwą pomiędzy podaniami: 8
Przewidywana liczba cykli wg opisanego powyżej schematu: 1

Definicja cyklu B

Liczba leków*: 1

*) jeśli będą podawane różne postaci, dawki leku - to należy dane podać jako odrębne pozycje

Lek nr 1

Nazwa międzynarodowa leku	Nazwa handlowa leku	Dawka leku w postaci	Postać leku
ABCIXIMABUM - MG	COORDINAX	0,1 G	TABL.POWL.

Dawkowanie leku

Definicja dawki w jednym podaniu	2
Jednostka miary dawki w jednym podaniu	mg
Sposób obliczenia dawki podanej	na kg
Przewidywana dawka należna dla pacjenta	170
Ilość podań w cyklu	2
Numery dni podań	3; 6
Ilość leku na 1 cykl	340

Wartość leku brutto: 500,00 zł

Sumaryczna wartość leków we wnioskowanym opisie cyklu: 500,00 zł
Długość jednego cyklu wraz z przerwą pomiędzy podaniami: 6
Przewidywana liczba cykli wg opisanego powyżej schematu: 1

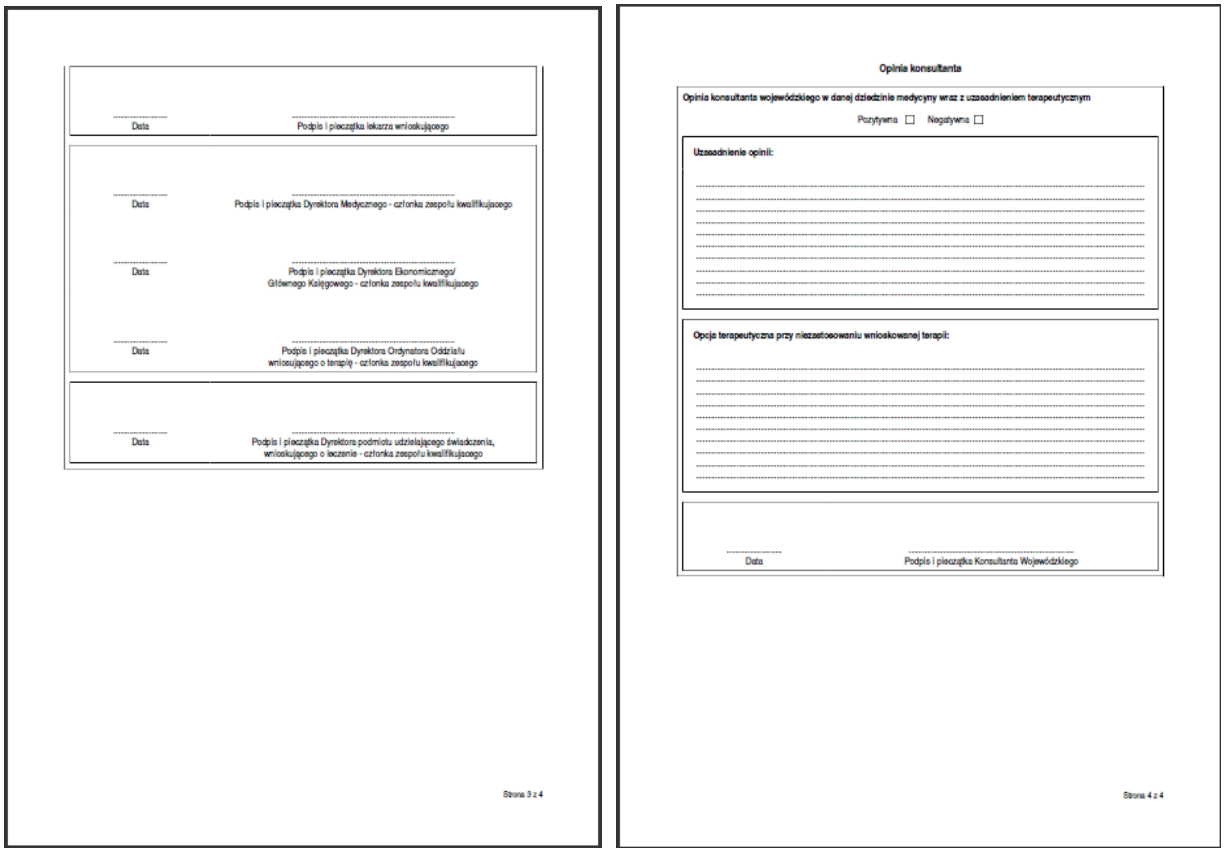
Planowany termin realizacji świadczenia

Cykl 1	Od dnia	2011-08-26	do dnia	2011-09-02	(8 dni)	według definicji cyklu A
Cykl 2	Od dnia	2011-09-22	do dnia	2011-09-27	(6 dni)	według definicji cyklu B

Sumaryczna wartość leków we wszystkich cyklach / terapii: 2800,00 zł

Strona 2 z 4

Rys. 8.36 Przykładowy wydruk wniosku - strona 1-2



Rys. 8.37 Przykładowy wydruk wniosku - strona 3-4

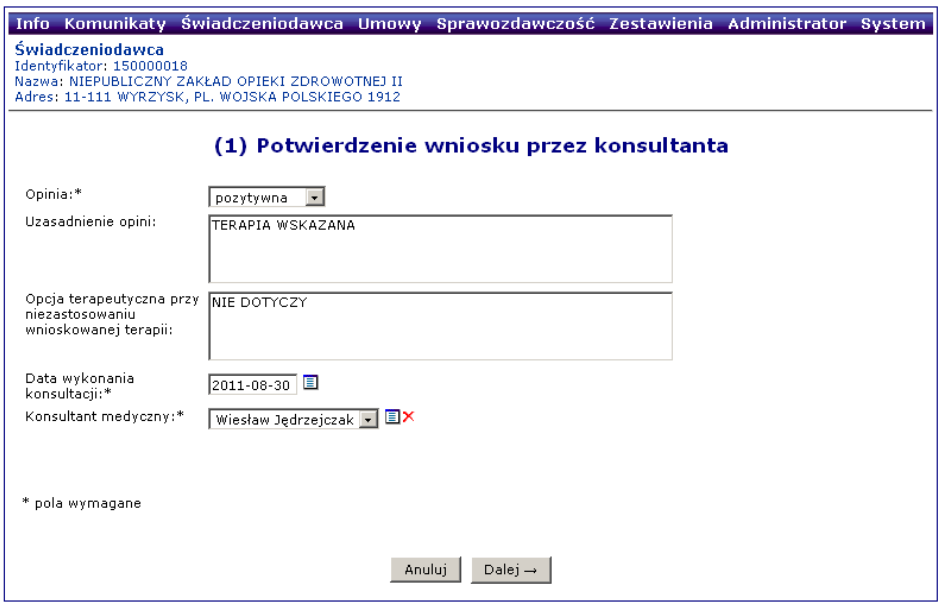
Wydruk wniosku zawiera:
- wszystkie informacje wprowadzone przez operatora
- część dot. opinii w sprawie wniosku- do uzupełnienia przez konsultanta

8.10 Potwierdzenie wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową

Opcja **Potwierdź** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia wprowadzenie opinii konsultanta wojewódzkiego w sprawie wniosku.

Uwaga!
Operacja potwierdzenia wniosku jest dostępna dla wniosku WYSTAWIONEGO.

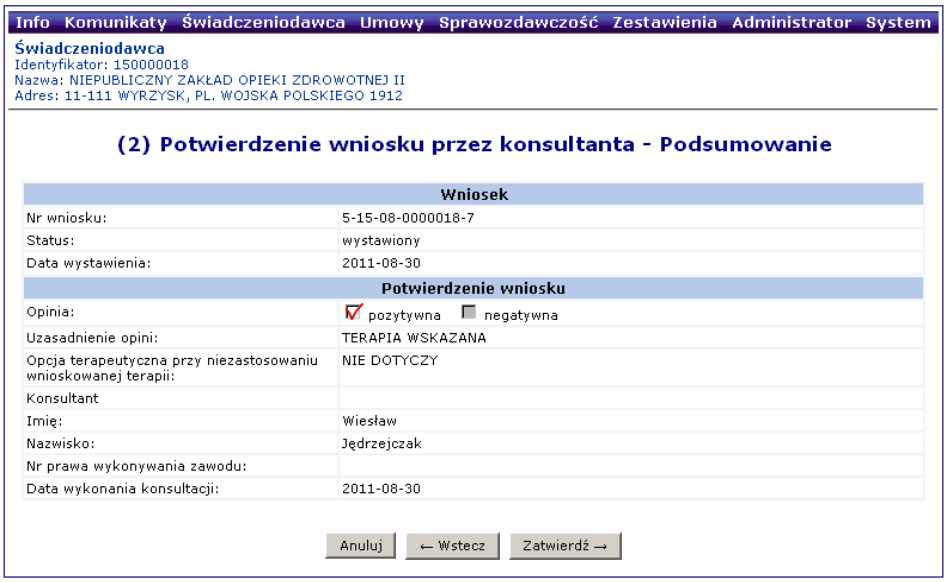
W pierwszym etapie potwierdzania wniosku przez konsultanta należy wprowadzić:
- Opinię,
- Uzasadnienie opinii,
- Opcję terapeutyczną przy braku zastosowania wnioskowanej terapii,
- Konsultanta medycznego – wybieranego ze słownika,
- Datę wykonania konsultacji.



Rys. 8.38 Potwierdzenie wniosku przez konsultanta -krok 1

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

W drugim etapie potwierdzania wniosku przez konsultanta wyświetlane jest podsumowanie informacji o wystawionej opinii.



Rys. 8.39 Potwierdzenie wniosku przez konsultanta -krok 2

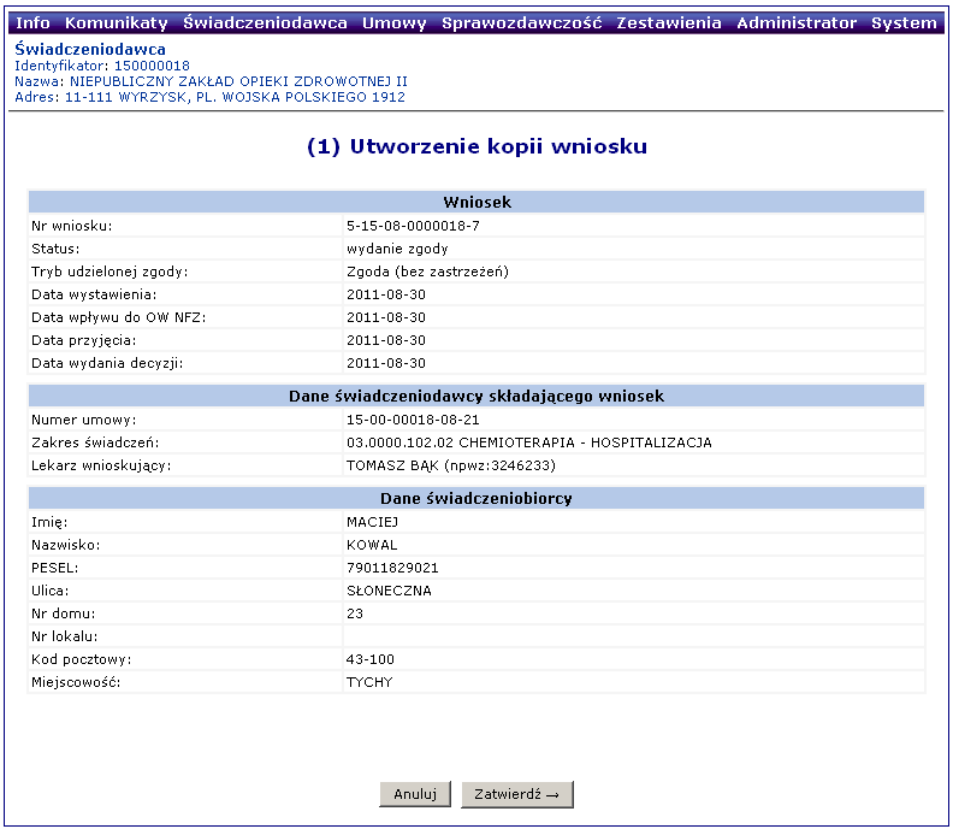
Opcja **Zatwierdź** umożliwia zatwierdzenie opinii konsultanta.

W przypadku opinii **pozytywnej** wniosek będzie dalej rozpatrywany w OW NFZ.
W przypadku opinii **negatywnej** wniosek nie będzie przekazany do dalszej obsługi w OW NFZ.

8.11 Tworzenie kopii wniosku

Opcja **Kopiuj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia utworzenie kopii wniosku.

Uwaga!
Operacja kopiowania wniosku jest dostępna dla wniosku o statusie: zgoda, brak zgody, anulowany i nierozpatrzony.



Rys. 8.40 Kopiowanie wniosku na chemioterapię niestandardową

Opcja **Zatwierdź** spowoduje wygenerowanie kopii wniosku ze statusem: wprowadzony.

Wniosek taki będzie posiadał nowy identyfikator, natomiast pozostałe dane będą analogiczne jak we wniosku źródłowym. Dostępne będą dla niego operacje takie jak w przypadku wniosku wprowadzonego.

ZGODY NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ

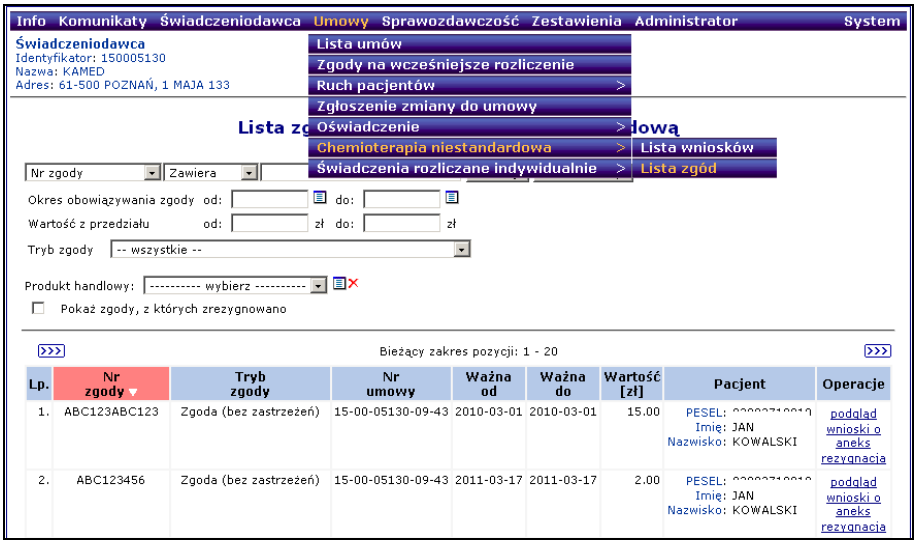
Wnioski w zakresie planowanego wykonania świadczenia chemioterapii niestandardowej złożone przez świadczeniodawców rozpatrywane są w NFZ.
Po przyjęciu wniosku przez NFZ (biorąc pod uwagę ewentualną opinię konsultanta krajowego) dokonywane jest ostateczne rozpatrzenie wniosku, w wyniku którego następuje:

- ✓ Akceptacja wniosku przez NFZ – oznaczająca wydanie zgody na realizację wnioskowanej terapii lub
- ✓ Odrzucenie wniosku przez NFZ – oznaczające brak zgody na realizację wnioskowanej terapii, skutkujące zakończeniem procesu rozpatrywania wniosku.

W przypadku akceptacji wydane zgody będą widoczne dla świadczeniodawcy w systemie SZOI. Do wydanych zgód świadczeniodawca może zgłosić wniosek o aneks w zakresie zmiany okresu obowiązywania zgody. Sytuacja taka może nastąpić gdy np. pacjent nie może rozpocząć terapii w czasie, na który wydano zgodę i konieczne jest przesunięcie terminu leczenia.

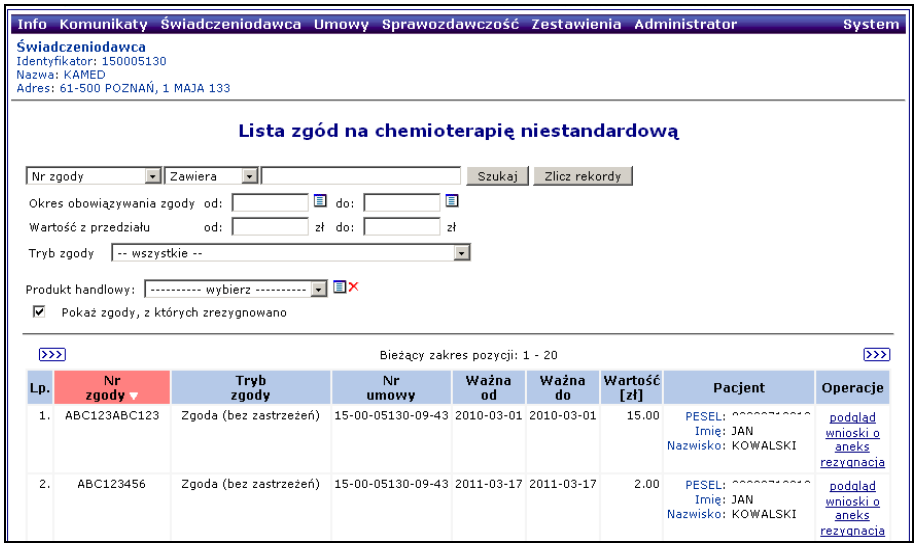
8.12 Lista zgód na chemioterapię niestandardową

Po wybraniu menu **Umowy/Chemioterapia niestandardowa/Lista zgód** możliwa jest kompleksowa obsługa udzielonych przez NFZ zgód na chemioterapię niestandardową.



Rys. 0.1Menu Lista zgód

Przykładowe okno tego obszaru przedstawia poniższa ilustracja:



Rys. 0.2 Lista zgód na chemioterapię niestandardową

Lista zgód na chemioterapię niestandardową zawiera następujące informacje:

- Numer zgody – nr zgody w sprawie przyjętego wniosku na chemioterapię niestandardową,
- Tryb zgody,
- Nr umowy - Nr kontraktu świadczeniodawcy z NFZ,
- Ważna od – początek okresu ważności udzielonej zgody,
- Ważna do – koniec okresu ważności udzielonej zgody,
- Wartość – wartość, na którą udzielono zgody
- Dane pacjenta – identyfikator, imię i nazwisko
- Operacje – lista operacji umożliwiająca obsługę zgód.
- Zgody, z których zrezygnowano (opcja do zaznaczenia)

Filtry znajdujące się w górnej części okna umożliwiają wyszukiwanie danej pozycji. Operator systemu może filtrować listę zgód według następujących kryteriów:

- Numeru wniosku,
- Numer umowy,
- Nr PESEL pacjenta,
- Imię i nazwisko pacjenta,
- Okres obowiązywania zgody od-do,
- Wartość udzielonej zgody (przedział wartości od-do),
- Tryb zgody,
- Produkt handlowy (do wyboru ze słownika) – wybór ze słownika konkretnego produktu handlowego i zastosowanie opcji SZUKAJ skutkuje wyświetleniem na liście zgód, w których dany produkt występuje.
- Pokaż zgody, z których zrezygnowano.

Po ustawieniu filtrów należy skorzystać z opcji Szukaj, aby odświeżyć listę zgód.
Domyślnie prezentowane są wyłącznie zgody aktywne, (do których nie złożono rezygnacji), w ramach których może nastąpić rozliczenie świadczeń.

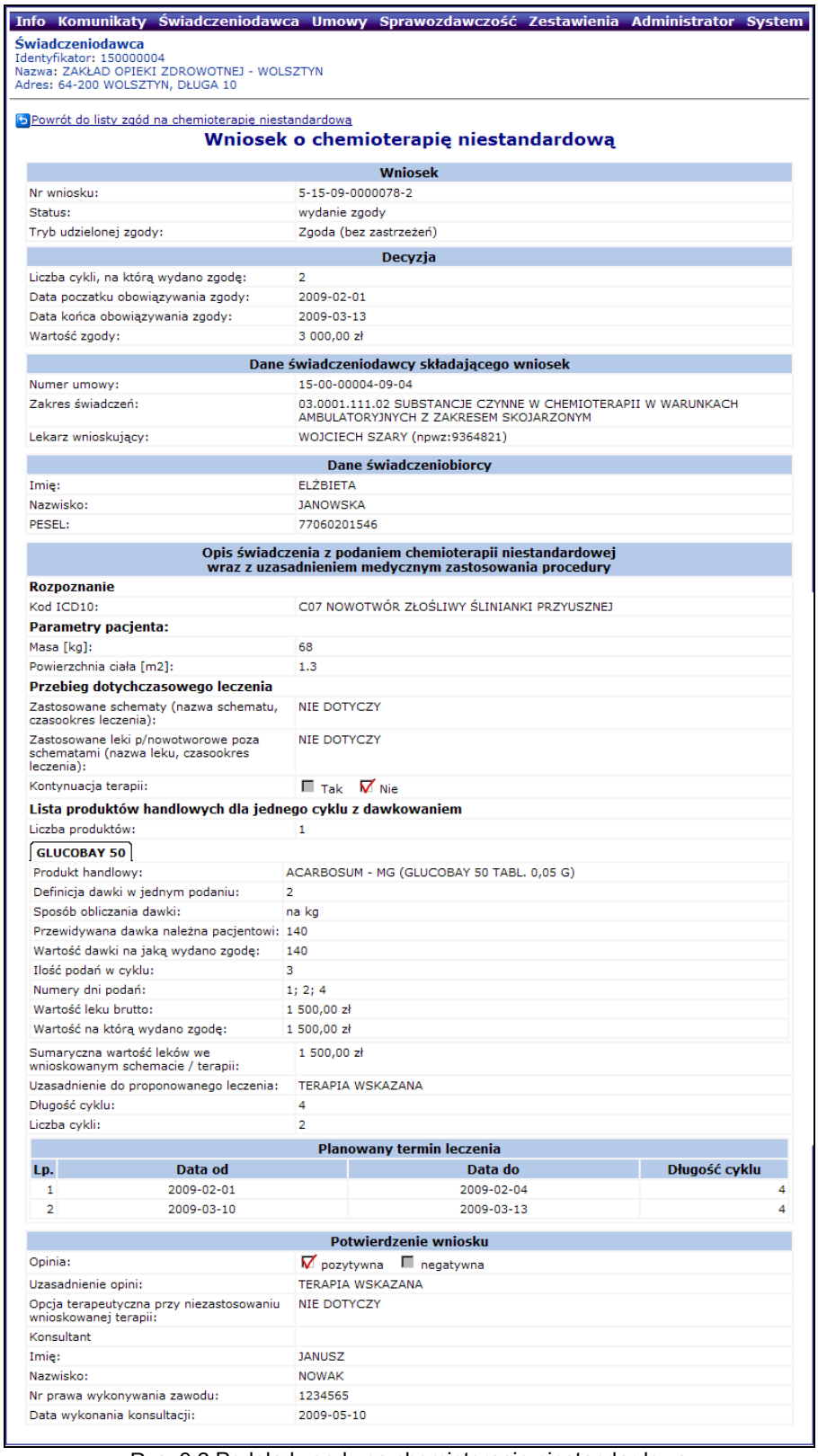
Funkcja Zlicz rekordy służy do zliczenia liczby bieżących rekordów na liście.

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

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranej zgody
wnioski o aneks	Pozwala na obsługę wniosków o aneks do zgody
rezygnacja	Pozwala na rezygnację z realizacji świadczeń w ramach udzielonej zgody

8.13 Podgląd zgody na chemioterapię niestandardową

Opcja **Podgląd** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście zgód umożliwia przeglądanie szczegółowych informacji o wydanej zgodzie.



Info Komunikaty Świadczeniodawca Umowy Sprawozdawczość Zestawienia Administrator System

Świadczeniodawca
Identyfikator: 150000004
Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN
Adres: 64-200 WOLSZTYN, DŁUGA 10

Powrót do listy zgód na chemioterapię niestandardową

Wniosek o chemioterapię niestandardową

Wniosek	
Nr wniosku:	5-15-09-0000078-2
Status:	wydanie zgody
Tryb udzielonej zgody:	Zgoda (bez zastrzeżeń)
Decyzja	
Liczba cykli, na którą wydano zgodę:	2
Data poczatku obowiązywania zgody:	2009-02-01
Data końca obowiązywania zgody:	2009-03-13
Wartość zgody:	3 000,00 zł
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	
Numer umowy:	15-00-00004-09-04
Zakres świadczeń:	03.0001.111.02 SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
Lekarz wnioskujący:	WOJCIECH SZARY (npwz:9364821)
Dane świadczeniobiorcy	
Imię:	ELŻBIETA
Nazwisko:	JANOWSKA
PESEL:	77060201546
Opis świadczenia z podaniem chemioterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury	
Rozpoznanie	
Kod ICD10:	C07 NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
Parametry pacjenta:	
Masa [kg]:	68
Powierzchnia ciała [m2]:	1.3
Przebieg dotychczasowego leczenia	
Zastosowane schematy (nazwa schematu, czasookres leczenia):	NIE DOTYCZY
Zastosowane leki p/nowotworowe poza schematami (nazwa leku, czasookres leczenia):	NIE DOTYCZY
Kontynuacja terapii:	☐ Tak ☑ Nie
Lista produktów handlowych dla jednego cyklu z dawkowaniem	
Liczba produktów:	1
GLUCOBAY 50	
Produkt handlowy:	ACARBOSUM - MG (GLUCOBAY 50 TABL. 0,05 G)
Definicja dawki w jednym podaniu:	2
Sposób obliczania dawki:	na kg
Przewidywana dawka należna pacjentowi:	140
Wartość dawki na jaką wydano zgodę:	140
Ilość podań w cyklu:	3
Numery dni podań:	1; 2; 4
Wartość leku brutto:	1 500,00 zł
Wartość na którą wydano zgodę:	1 500,00 zł
Sumaryczna wartość leków we wnioskowanym schemacie / terapii:	1 500,00 zł
Uzasadnienie do proponowanego leczenia:	TERAPIA WSKAZANA
Długość cyklu:	4
Liczba cykli:	2

Planowany termin leczenia

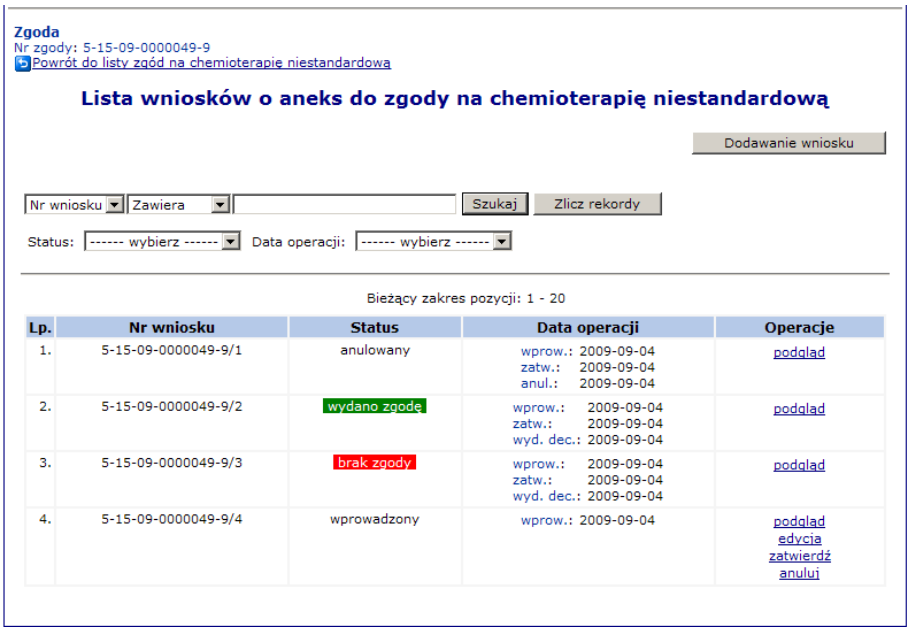
Lp.	Data od	Data do	Długość cyklu
1	2009-02-01	2009-02-04	4
2	2009-03-10	2009-03-13	4

Potwierdzenie wniosku	
Opinia:	☑ pozytywna ☐ negatywna
Uzasadnienie opini:	TERAPIA WSKAZANA
Opcja terapeutyczna przy niezastosowaniu wnioskowanej terapii:	NIE DOTYCZY
Konsultant	
Imię:	JANUSZ
Nazwisko:	NOWAK
Nr prawa wykonywania zawodu:	1234565
Data wykonania konsultacji:	2009-05-10

Rys. 0.3 Podgląd zgody na chemioterapię niestandardową

8.14 Wnioski o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową

Opcja **Wnioski o aneks** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście zgód umożliwia przejście na listę wniosków o aneks do udzielonej zgody na chemioterapię niestandardową. Wnioski o aneks tworzone są przez świadczeniodawcę w sytuacji potrzeby zmiany czasu planowanego leczenia lub zmiany wartości zgody . Dzięki temu możliwe jest modyfikowanie już wydanej zgody, bez konieczności anulowania dotychczasowej zgody i tworzenia nowego wniosku o zgodę na chemioterapię niestandardową.



Rys. 0.4 Lista wniosków o aneks do zgody

Lista wniosków o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową zawiera następujące informacje:

- Numer wniosku – nr wniosku o aneks,
- Status – stan przetwarzania wniosku,
- Data operacji – czas wykonania operacji na wniosku
- Operacje – lista operacji umożliwiająca obsługę wniosków.

Filtry znajdujące się w górnej części okna umożliwiają wyszukiwanie danej pozycji. Operator systemu może filtrować listę wniosków według następujących kryteriów:

- Numeru wniosku,
- Status,
- Data operacji.

Po ustawieniu filtrów należy skorzystać z opcji Szukaj, aby odświeżyć listę wniosków.

Funkcja Zlicz rekordy służy do zliczenia liczby bieżących rekordów na liście.

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

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranym wniosku
edycja	Pozwala na modyfikację wniosku
zatwierdź	Pozwala na zatwierdzenie wniosku
anuluj	Pozwala na anulowanie wniosku

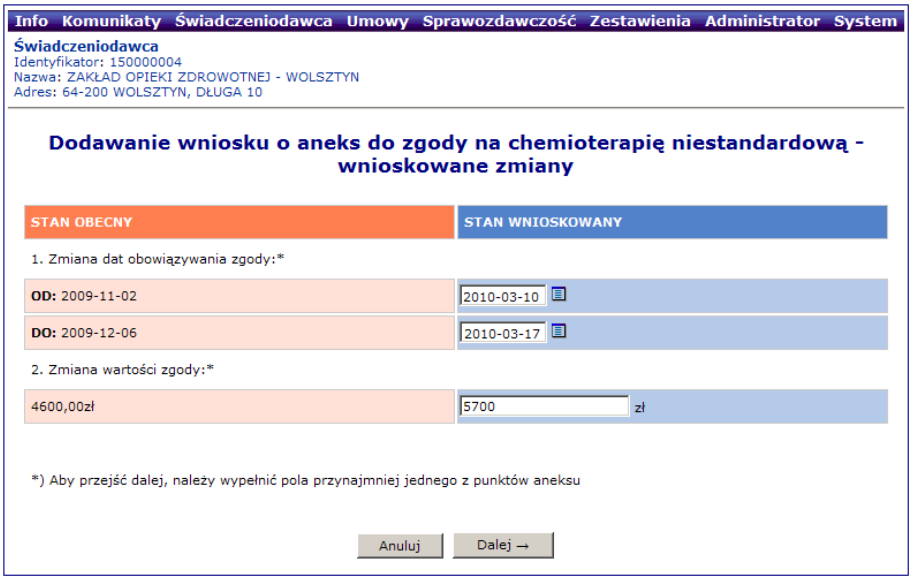
Opcja Powrót do listy zgód na chemioterapię niestandardową umożliwia przejście do listy zgód.

8.14.1 Dodawanie wniosku o aneks do zgody

Opcja Dodawanie wniosku znajdująca się w górnej części okna z listą wniosków umożliwia wprowadzenie nowego wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową.

W pierwszym kroku dodawania wniosku należy wprowadzić (w zależności od celu aneksowania):

1. W przypadku zmiany dat obowiązywania zgody:
   - Wnioskowaną datę początku obowiązywania zgody,
   - Wnioskowaną datę końca obowiązywania zgody,
2. W przypadku zmiany wartości zgody:
   - Wnioskowaną wartość zgody



Rys. 0.5 Dodawanie wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową - krok 1

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

- wnioskowana data początku obowiązywania zgody (OD) może być wcześniejsza niż data bieżąca lub początkowa data stanu obecnego,
- wnioskowana data końca obowiązywania zgody (DO) musi być późniejsza od daty bieżącej,
- wnioskowana data końca obowiązywania zgody (DO) musi być późniejsza od wnioskowanej daty początku obowiązywania zgody (OD).

W przeciwnym wypadku system wyświetli odpowiedni komunikat.

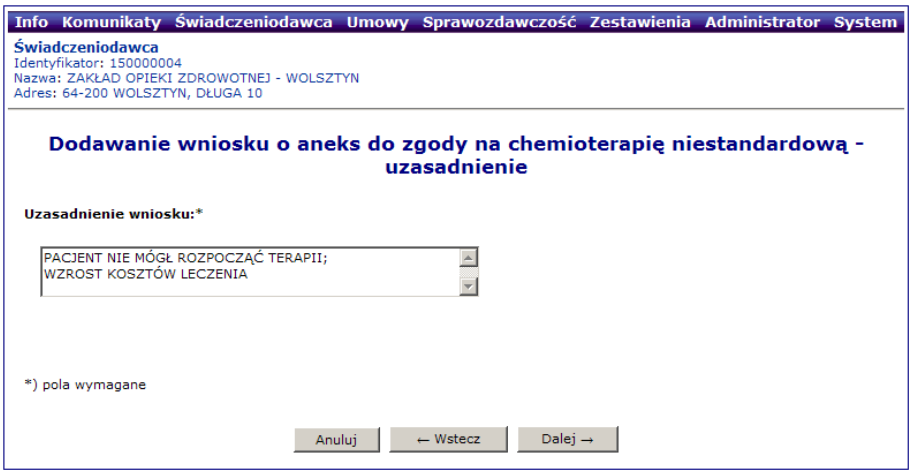
Podczas definiowania nowej wartości zgody należy mieć na uwadze, że:

- wnioskowana wartość zgody nie może być wartością zerową,
- wnioskowana wartość zgody nie może być taka sama jak wartość obecna

W przeciwnym wypadku system wyświetli odpowiedni komunikat.

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych.

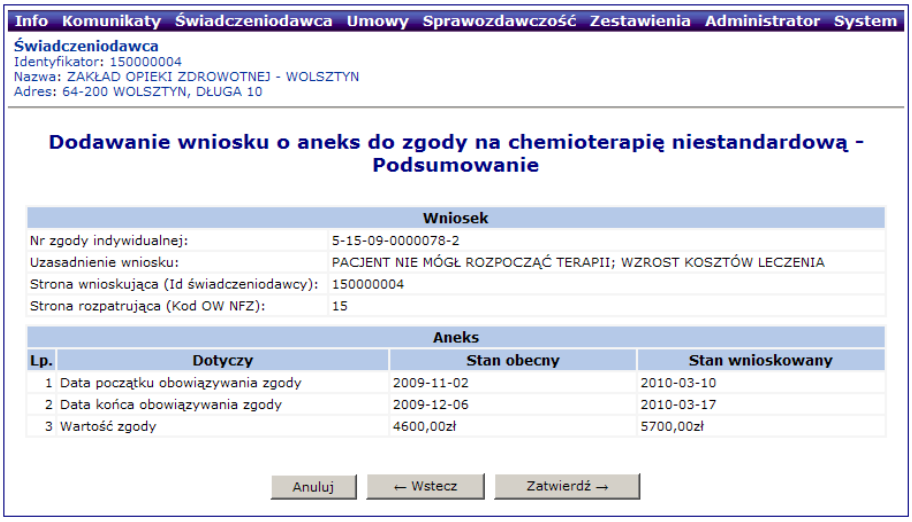
W drugim kroku dodawania wniosku należy podać uzasadnienie zmiany okresu obowiązywania udzielonej zgody.



Rys. 0.6 Dodawanie wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową - krok 2

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych. Opcja **Wstecz** pozwala do wcześniejszego etapu.

W kolejnym kroku wyświetlane jest podsumowanie wprowadzania wniosku:



Rys. 0.7 Podsumowanie wniosku

Opcja **Zatwierdź** spowoduje dodanie wniosku na liście ze statusem: wprowadzony.

8.14.2 Podgląd wniosku o aneks

Opcja **Podgląd** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia przeglądanie szczegółowych informacji o złożonym wniosku o aneks do zgody.

Podgląd wniosku zawiera następujące dane:
- podstawowe dane złożonego wniosku o aneks,
- dane do aneksu w zakresie wnioskowanych zmian dat obowiązywania zgody,
- informacje o decyzji podjętej przez NFZ w sprawie aneksowania obowiązywania zgody.

Rys. 0.8 Podgląd wniosku o aneks

Opcja Powrót do listy wniosków o aneks pozwala na powrót do listy wniosków.

8.14.3 Edycja wniosku o aneks

Opcja **Edytuj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia modyfikację danych na wprowadzonym wniosku o aneks do zgody.

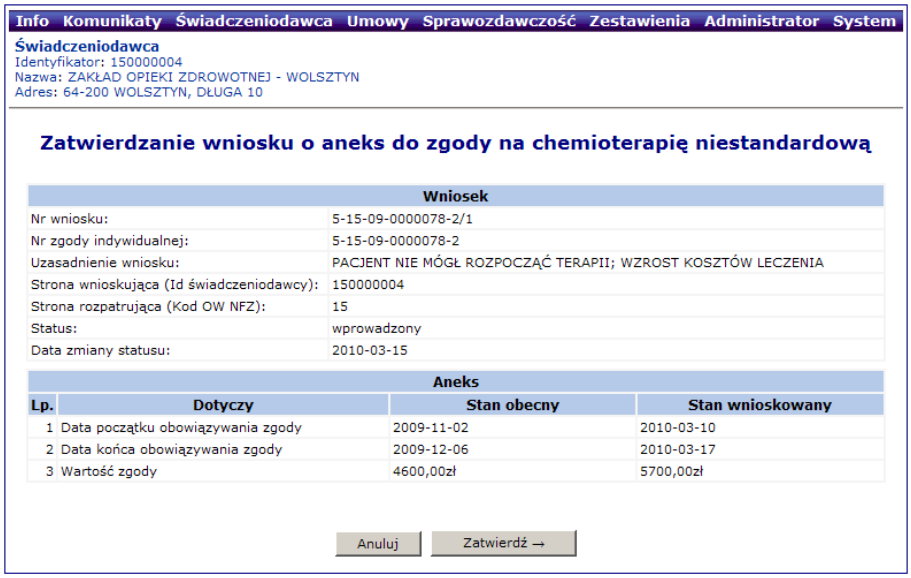
Uwaga!
Operacja modyfikacji wniosku jest dostępna jedynie dla wniosku o statusie: wprowadzony.

Operacje wykonywane podczas edycji wniosku o aneks są analogiczne do czynności podczas dodawania wniosku, które zostały opisane we wcześniejszej części dokumentacji.

8.14.4 Zatwierdzanie wniosku o aneks

Opcja **Zatwierdź** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia zatwierdzenie wniosku o aneks do zgody. Zatwierdzenie wniosku spowoduje przekazanie go do rozpatrzenie po stronie NFZ.
Zatwierdzenie wniosku umożliwia jego dalszą obsługę po stronie OW NFZ – rozpatrzenie i wydanie odpowiedniej decyzji.

Uwaga!
Należy pamiętać, że operacja zatwierdzenia wniosku jest operacją nieodwracalną. Po zatwierdzeniu wniosku nie będzie możliwa edycja danych. W związku z tym należy zwrócić szczególną uwagę podczas wykonywania tej operacji.

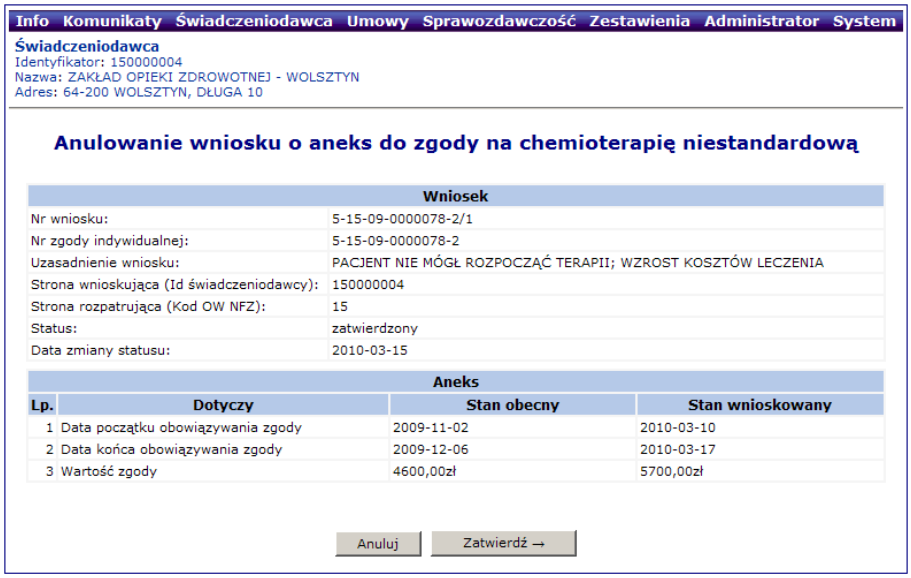


Rys. 0.9 Zatwierdzanie wniosku o aneks

Opcja **Zatwierdź** spowoduje potwierdzenie zatwierdzenia wniosku. Otrzyma on status: wystawiony.

8.14.5 Anulowanie wniosku o aneks

Opcja **Anuluj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia zatwierdzenie wniosku o aneks do zgody

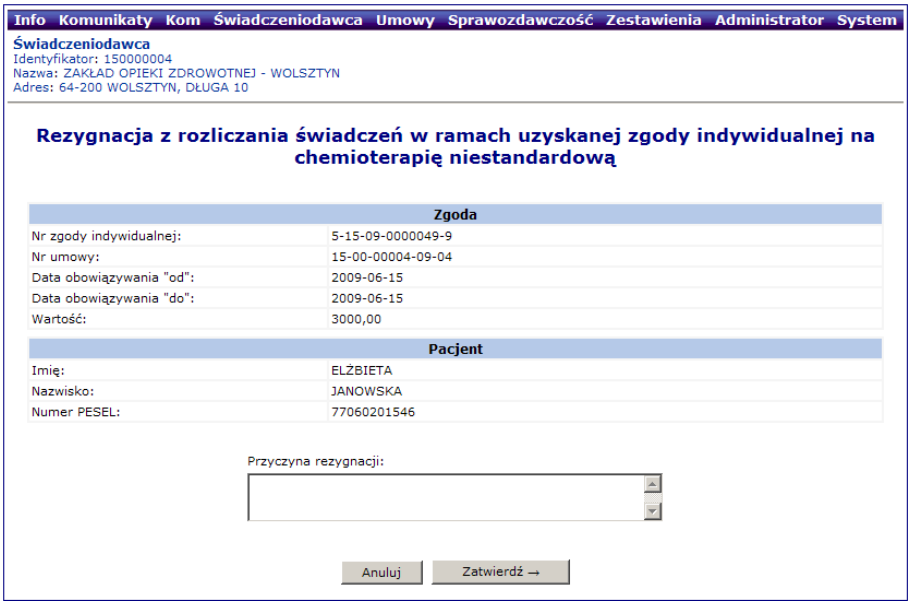


Rys. 0.10 Anulowanie wniosku o aneks

Opcja **Zatwierdź** spowoduje potwierdzenie zatwierdzenia wniosku. Otrzyma on status: anulowany.

8.15 Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody

Opcja **Rezygnacja** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście zgód umożliwia rejestrację odstąpienia z realizacji terapii w ramach już udzielonej zgody. Rezygnacja ze zgody dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca otrzymał z NFZ zgodę na leczenie w ramach chemioterapii, ale z różnych przyczyn nie może zrealizować świadczenia (np. pacjent zmarł). Po użyciu tej opcji wyświetlone zostanie okno:



Rys. 0.11 Rezygnacja ze zgody

W polu **Przyczyna rezygnacji** można wprowadzić powód rezygnacji z udzielania świadczeń w ramach danej zgody. Po zatwierdzeniu operacji (przycisk **Zatwierdź**) wyświetlone zostanie potwierdzenie rezygnacji, a wybrana zgoda oznaczona zostanie statusem „rezygnacja”:

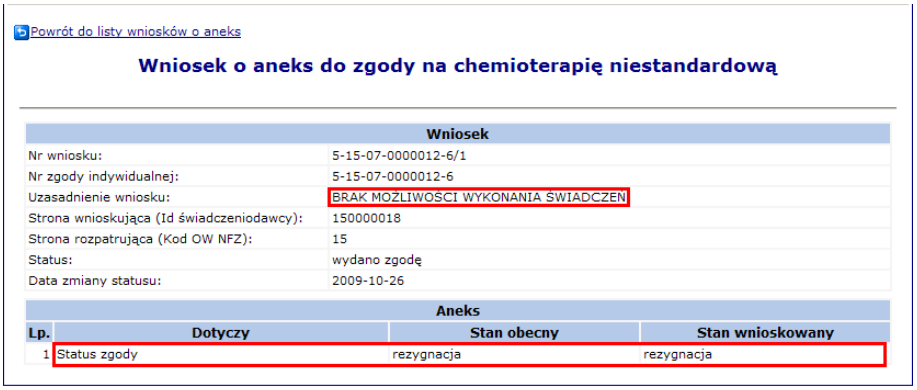
Lp.	Nr zgody	Nr umowy	Ważna od	Ważna do	Wartość [zł]	Pacjent	Operacje
1.	5-15-09-0000022-4 rezygnacja	15-00-00004-09-04	2009-02-02	2009-02-04	1000,00	PESEL: 77060201546 Imię: ELŻBIETA Nazwisko: JANOWSKA	podgląd wnioski o aneks

Jako data rezygnacji ustawiana jest bieżąca data wykonania tej operacji.

Po przejściu na listę aneksów do zgody (opcja wnioski o aneks) widoczne będą:
- kolumnie **Data operacji** – data wniesienia rezygnacji (poszczególne daty *wprow*, *zatw*, *wyd.dec* zostaną zastąpione datą wprowadzenia rezygnacji).

Data operacji	
wprow.:	2009-10-26
zatw.:	2009-10-26
wyd. dec.:	2009-10-26

- po wybraniu opcji ***podgląd*** na liście aneksów – informacja o obecnym i wnioskowanym stanie zgody: rezygnacji oraz uzasadnieniu rezygnacji w polu **Uzasadnienie wniosku**:



Rys. 0.12 Podgląd wniosku o aneks do zgody na chemioterapię niestandardową

Uwaga!

Operacja rezygnacji nie może być wykonana w przypadku, gdy:

- **Świadczeniodawca złożył wniosek o aneks/aneksy do zgody o zmianę terminu i jest on aktywny (czeka na rozpatrzenie w NFZ). W takiej sytuacji podczas próby wprowadzenia rezygnacji wyświetlana jest informacja:** *W kolejce może oczekiwać nie więcej niż jeden wniosek.*
- **Istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe (świadczeniodawca nie rozliczył dotychczas świadczeń zrealizowanych w ramach udzielonej zgody). W takiej sytuacji podczas próby wprowadzenia rezygnacji wyświetlana jest informacja** *Nie można zrezygnować ze zgody, w ramach której istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe.*

9 WNIOSKI NA INDYWIDUALNE ROZLICZANE ŚWIADCZEŃ *(NOWOŚĆ)*

Istnieje konieczność uzyskania zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w następujących przypadkach:

- w sytuacji, gdy wykonane zostały świadczenia ponad limit dni określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów;
- w sytuacji, gdy zostały wykonane świadczenia w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów;
- w sytuacji, gdy świadczenia udzielono świadczeniobiorcy innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenia;
- w sytuacji, gdy świadczenia udzielono świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dzieci;
- w sytuacji wykonania świadczenia, którego koszt przekracza 5 000 zł i co najmniej trzykrotną wartość grupy JGP;
- w sytuacji wykonania świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym;
- w sytuacji wykonania świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki:
    - w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
    - inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
    - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
    - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
    - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
    - kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie;
- w sytuacji wykonania świadczenia, obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji.

W opisanych sytuacjach istnieje możliwość sfinansowania zrealizowanego świadczenia na podstawie indywidualnej zgody wydanej przez Dyrektora Oddziału Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca występuje do Dyrektora Oddziału Funduszu, z wnioskiem o indywidualne rozliczanie świadczeń. Wniosek generowany jest przez świadczeniodawcę w formie elektronicznej w Portalu SZOI, gdzie automatycznie nadany zostaje unikatowy dla każdego wniosku numer identyfikacyjny wraz z kodem kreskowym. Po wygenerowaniu wniosku świadczeniodawca przesyła go do właściwego Oddziału Funduszu zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej.

Następnie wniosek jest opiniowany przez pracownika merytorycznego Oddziału Funduszu. Opinia wydawana jest indywidualnie dla każdego wniosku, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów. Zgodę na indywidualne rozliczenie świadczenia wydaje Dyrektor Oddziału Funduszu.

Powiązanie typów zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń z typami umów przedstawiono w poniższej tabeli.

ZGODA	TYP UMOWY	
TYP	KOD	NAZWA
100	02/1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - ŚWIADCZENIA W PORADNIACH
100	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
100	03/2	PROGRAMY TERAPEUTYCZNE dla następujących zakresów:

100	03/3	LECZENIE SZPITALNE - CHEMIOTERAPIA
100	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
100	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA
100	14/1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE dla następujących zakresów:
100	15/1	OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA
101	02/1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - ŚWIADCZENIA W PORADNIACH
101	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
102	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
102	04/1	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ
103	05/1	REHABILITACJA LECZNICZA
104	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
105	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
106	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE
107	03/1	LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE

Wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą sterowanie listą zakresów świadczeń, do których można wnioskować w ramach danego typu wniosku poprzez konfigurację przekazaną komunikatem PROD_K. Podczas wprowadzania wniosków lista dostępnych zakresów jest ustalana na podstawie konfiguracji obowiązującej w roku wynikającym z aktualnej daty początku obowiązywania umowy, w ramach której będzie następowało wnioskowanie.

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

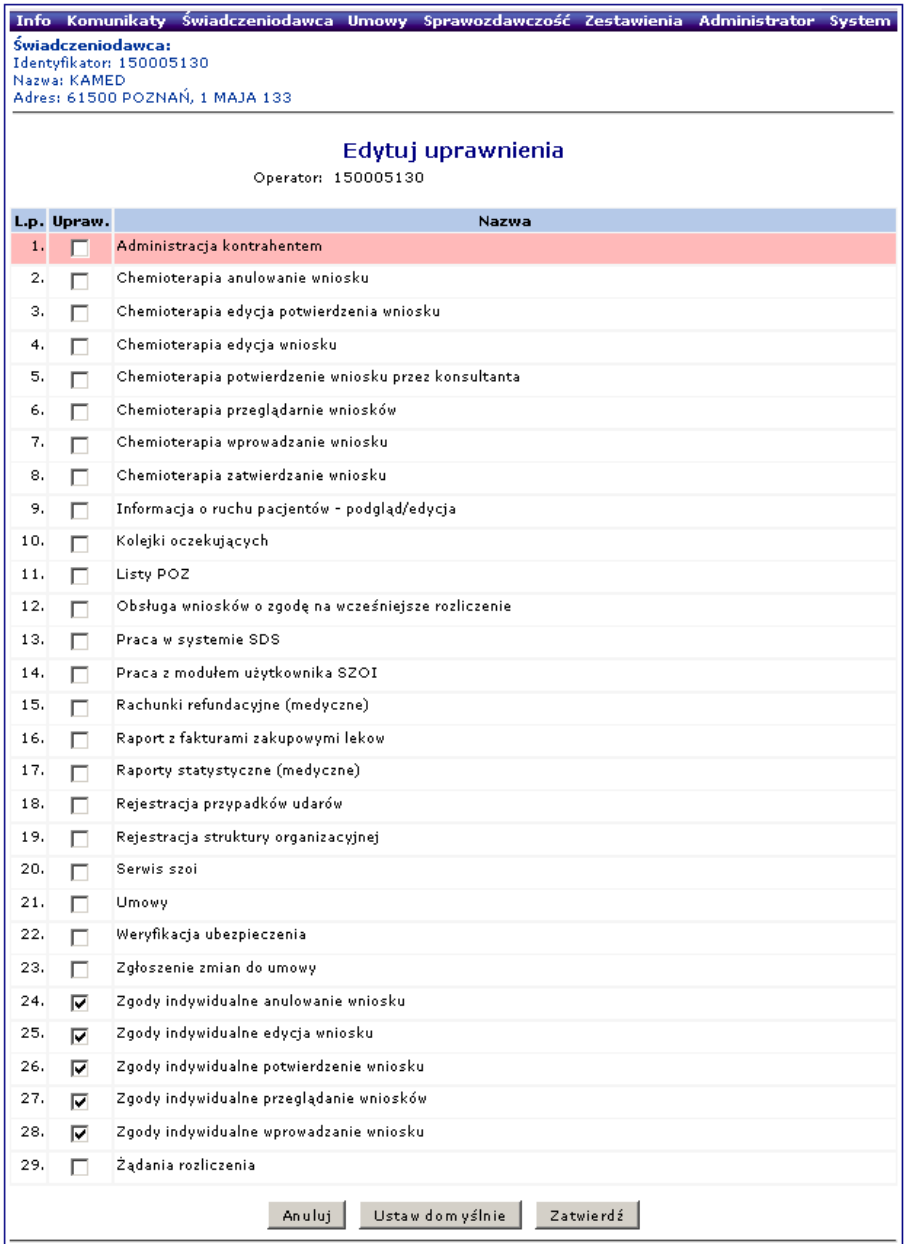
KATEGORIA ZGODY	***RODZAJ UMOWY***					
	03/1 LECZENIE SZPITALNE - ODDZIAŁY SZPITALNE	***03/3*** LECZENIE SZPITALNE - CHEMIOTERAPIA	***02/1*** AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - SWIADCZENIA W PORADNIACH	***04*** OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEZNIEN	***05*** REHABILITACJA LECZNICZA	***15/1*** OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA
100	***JGP*** lub ***1b*** *(z umowy dla zakresu)*	***1e*** *(z umowy dla zakresu)*	***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)*	***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)*	*dla zakresu z 'A':* ***kod świadczenia*** *dla zakresu z 'S':* ***JGP*** lub ***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)*	***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)*
101	***JGP*** lub ***1b*** *(z umowy dla zakresu)*		***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)*			
102	***JGP*** lub ***1b*** *(z umowy dla zakresu)*			***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)* – *tylko „S"*		
103					*dla zakresu z 'A':* ***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu) dla zakresu z 'S':* ***JGP*** lub ***kod świadczenia*** *(z umowy dla zakresu)*	
104	***JGP*** lub ***1b*** *(z całego katalogu)*					
105	***tylko JGP*** *(z całego katalogu)*					
106	***tylko JGP*** *(z całego katalogu)*					
107	***tylko JGP*** *(z całego katalogu)*					

9.1 Uprawnienia umożliwiające obsługę wniosków

Aby operator systemu SZOI (osoba działająca w imieniu świadczeniodawcy) mógł dokonywać operacji związanych z obsługą wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń konieczne jest zdefiniowanie dla niego odpowiednich uprawnień.

Uprawnienia te są definiowane z poziomu menu ***Administrator/Operatorzy.***
W systemie wyróżniono następujące uprawnienia dedykowane dla obsługi wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń:

- ✓ Zgody indywidualne anulowanie wniosku – pozwalające na anulowanie wniosku przez świadczeniodawcę,
- ✓ Zgody indywidualne edycja wniosku – pozwalające na modyfikację danych wprowadzonych do wniosku,
- ✓ Zgody indywidualne potwierdzenie wniosku – pozwalające na potwierdzenie wniosku przez pracownika merytorycznego OW NFZ,
- ✓ Zgody indywidualne przeglądanie wniosków – pozwalające na przeglądanie listy wniosków,
- ✓ Zgody indywidualne wprowadzanie wniosku – pozwalające na rejestrację wniosku przez świadczeniodawcę,



Rys.11.9.1 Uprawnienia niezbędne do obsługi wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

9.2 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

Po wybraniu menu **Umowy/Świadczenia rozliczanie indywidualne/Lista wniosków** możliwa jest kompleksowa obsługa wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń.

Rys. 11.9.2 Menu Lista wniosków

Przykładowe okno tego obszaru przedstawia poniższa ilustracja:

Rys. 11.9.3 Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń

Lista wniosków o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń zawiera następujące informacje:

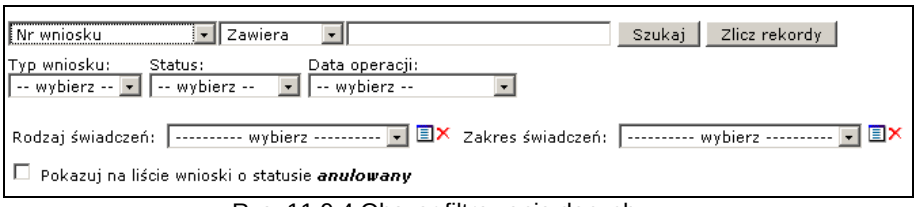
- Numer wniosku – nr wniosku w sprawie indywidualnego rozliczania świadczeń,
- Nr umowy - nr kontraktu świadczeniodawcy z NFZ,
- Lekarz wnioskujący – imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego,
- Dane pacjenta – typ identyfikatora, identyfikator, imię i nazwisko,
- Data operacji – daty wykonania poszczególnych operacji na wniosku,
- Status wniosku – stan wniosku,
- Typ wniosku,
- Operacje – lista operacji umożliwiająca obsługę wniosków.

Filtry znajdujące się w górnej części okna umożliwiają wyszukiwanie danej pozycji. Operator systemu może filtrować listę wniosków według następujących kryteriów:

- Numeru wniosku,
- Numer umowy,
- Identyfikator pacjenta,
- Nazwisko pacjenta,
- Typ wniosku,
- Status wniosku,
- Data operacji,

- Rodzaj świadczeń (do wyboru ze słownika),
- Zakres świadczeń (do wyboru ze słownika).

Opcja ***Pokazuj na liście wnioski o statusie anulowany*** umożliwia wyświetlenie wniosków o powyższym statusie (domyślnie na liście nie są bowiem pokazywane wnioski w takim statusie).



Rys. 11.9.4 Obszar filtrowania danych

Po ustawieniu filtrów należy skorzystać z opcji Szukaj, aby odświeżyć listę świadczeń.

Funkcja Zlicz rekordy służy do zliczenia liczby bieżących rekordów na liście.

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

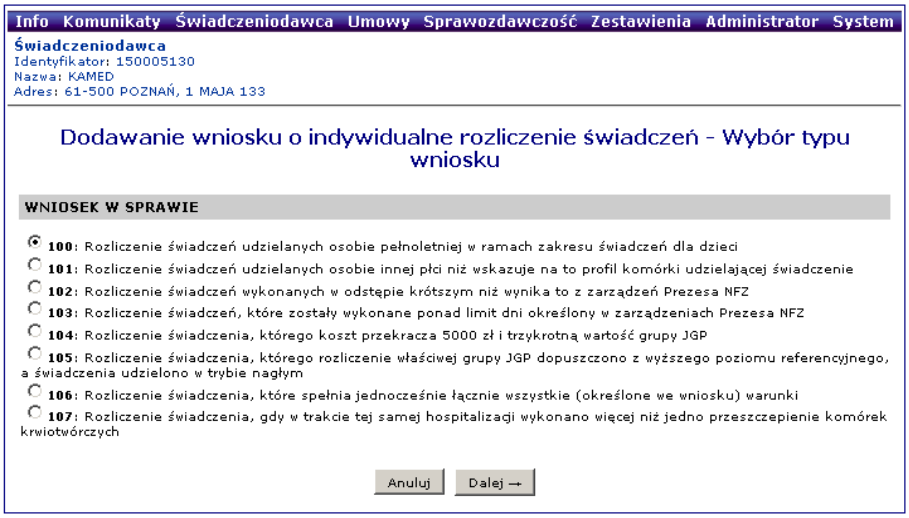
Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranego wniosku
edytuj	Pozwala na modyfikację informacji w wybranym wniosku
wydruk	Pozwala na wydrukowanie wniosku
potwierdź	Pozwala na potwierdzenie wniosku
anuluj	Pozwala na anulowanie wniosku
kopiuj	Pozwala na skopiowanie wniosku

9.3 Wprowadzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Rejestracja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwa po wybraniu opcji Dodawanie wniosku na liście wniosków.

Na wstępie należy wybrać typ wniosku spośród następujących:

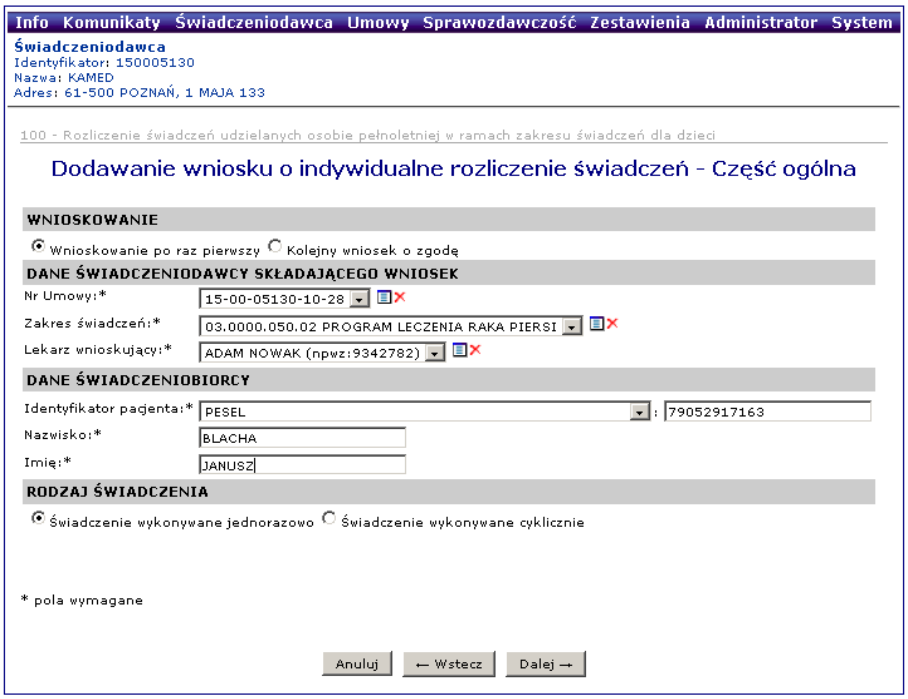
- 100 Rozliczenie świadczeń udzielonych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci;
- 101 Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie;
- 102 Rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ;
- 103 Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ;
- 104 Rozliczenie świadczeń, którego koszt przekracza 5000 zł i trzykrotną wartość grupy JGP
- 105 Rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu refundacyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym;
- 106 Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki;
- 107 Rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych.



Rys. 11.9.5 Wybór typu wniosku

Krok 1 – Część ogólna
W pierwszym kroku dodawania wniosku - w części ogólnej należy wprowadzić:

- Wnioskowanie (wniosek składany po raz pierwszy czy kolejny),
- Numer umowy, w ramach której realizowane będzie świadczenie,
- Zakres świadczeń,
- Dane lekarza wnioskującego,
- Identyfikator pacjenta,
- Nazwisko i imię pacjenta,
- Rodzaj świadczenia (świadczenie wykonane jednorazowo czy cyklicznie).

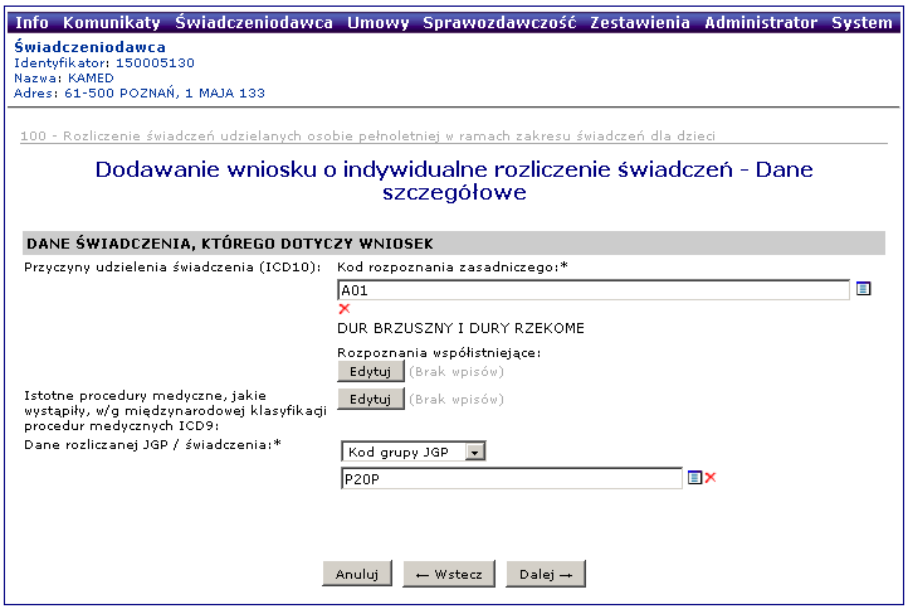


Rys. 11.9.6 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – część ogólna

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych. Opcja **Wstecz** pozwoli na powrót do okna *Wyboru typu wniosku*.

Krok 2 – Część szczegółowa
W kolejnym kroku należy uzupełnić szczegółowe dane dotyczące wnioskowanego świadczenia:

- Kod rozpoznania zasadniczego (ICD10),
- Rozpoznania współistniejące,
- Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg klasyfikacji ICD 9,
- Dane rozliczanej JGP/świadczenia (kod grupy JGP/kod świadczenia)

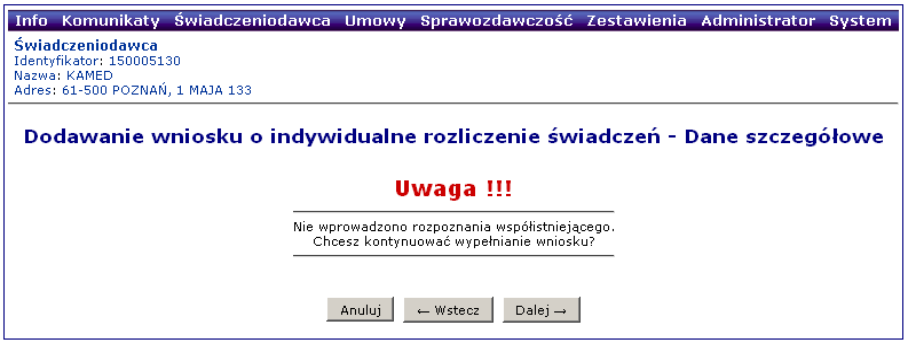


Rys. 11.9.7 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń - krok 2

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych. Opcja **Wstecz** pozwoli na powrót do poprzedniego okna.

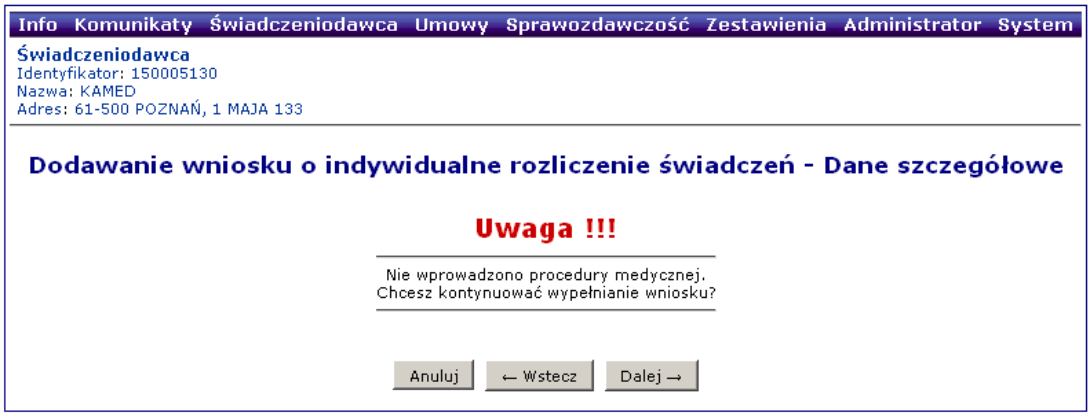
Komunikaty – ostrzeżenia

W przypadku gdy świadczeniodawca nie poda żadnego rozpoznania współistniejącego, system wyświetli komunikat: „*Nie wprowadzono rozpoznania współistniejącego. Czy chcesz kontynuować wypełnianie wniosku*?" W sytuacji uzyskania potwierdzenia umożliwiona zostanie dalsza edycja wniosku.



Rys. 11.8 Komunikat 1

W przypadku gdy świadczeniodawca nie poda żadnej procedury medycznej, system wyświetli komunikat: „*Nie wprowadzono procedury medycznej. Czy chcesz kontynuować wypełnianie wniosku?*" W sytuacji uzyskania potwierdzenia umożliwiona zostanie dalsza edycja wniosku.



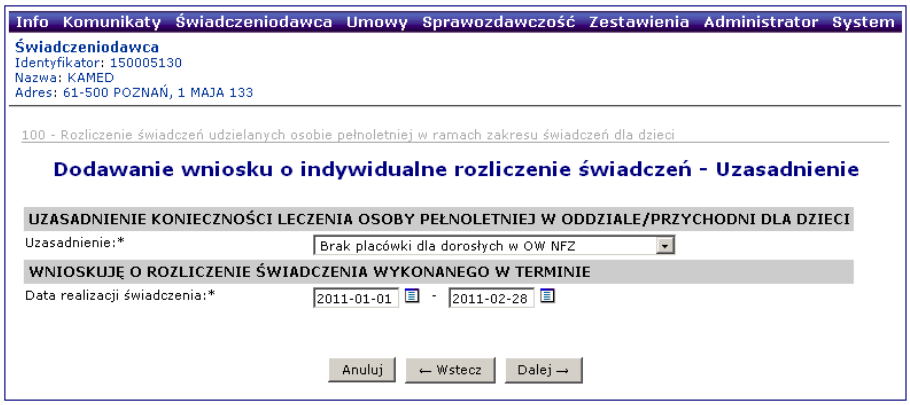
Rys. 11.9 Komunikat 2

W przypadku, gdy świadczeniodawca nie poda żadnej procedury medycznej oraz rozpoznania współistniejącego, system wyświetli komunikat: *Nie wprowadzono rozpoznania współistniejącego. Nie wprowadzono procedury medycznej. Chcesz kontynuować wypełnianie wniosku?* W sytuacji uzyskania potwierdzenia umożliwiona zostanie dalsza edycja wniosku.

Rys. 11.10 Komunikat 3

Krok 3 – Uzasadnienie

W następnym kroku należy wprowadzić uzasadnienie konieczności danego sposobu leczenia oraz datę realizacji świadczenia.



Rys. 11.9.8 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – krok 3

Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu rejestracji wniosku. Użycie opcji **Anuluj** spowoduje rezygnację z wprowadzania danych. Opcja **Wstecz** pozwoli na powrót do poprzedniego okna.

Po użyciu opcji **Dalej** wyświetlone zostanie okno podsumowania dodawania wniosku:

Rys. 11.9 Dodawanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń – Podsumowanie

Opcja **Zatwierdź** umożliwia zapisanie wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń.

9.4 Podgląd wniosku o zgodę o indywidualne rozliczenie świadczeń

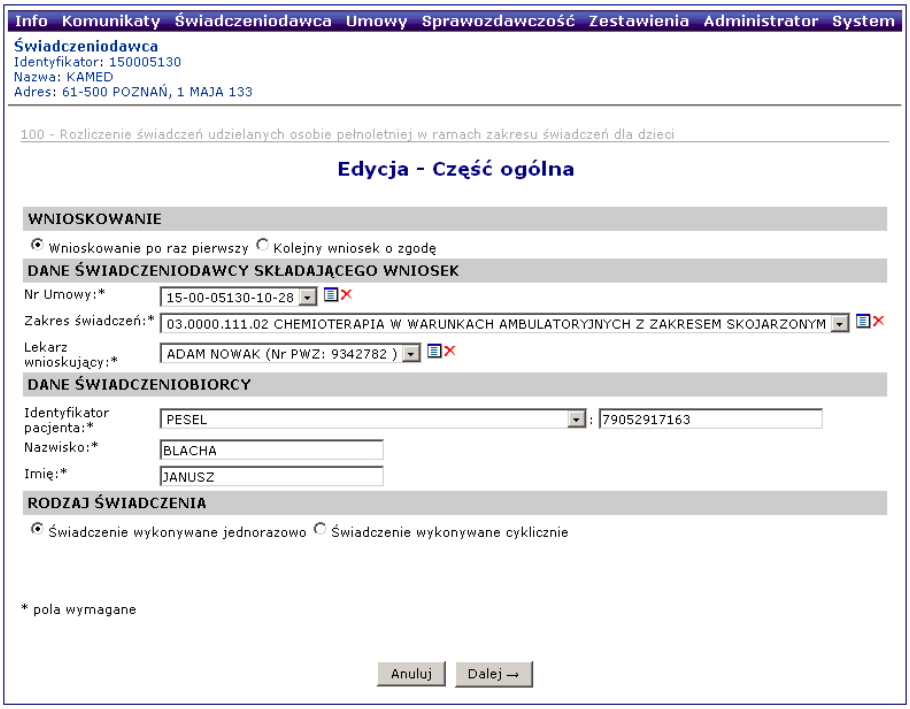
Operator może przeglądać dane wprowadzone we wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń po użyciu opcji **Podgląd** (na liście wniosków, w kolumnie **Operacje**).
W tym miejscu możliwe jest jedynie przeglądanie informacji znajdujących się we wniosku – operator nie ma możliwości edycji żadnych danych.

Rys. 11.10 Podgląd wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja Powrót do wniosków umożliwia przejście na listę wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń.

9.5 Modyfikacja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Edytuj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia wprowadzenie zmian do wybranego wniosku.



Rys. 11.11 Edycja wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Edycja danych wniosku umożliwia wprowadzenie zmian we wniosku. Modyfikacja danych odbywa się w analogiczny sposób jak operacja wprowadzania wniosku (etap dodawania wniosku został opisany we wcześniejszej części dokumentacji).

9.6 Potwierdzenie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Potwierdź** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia potwierdzenie wniosku.

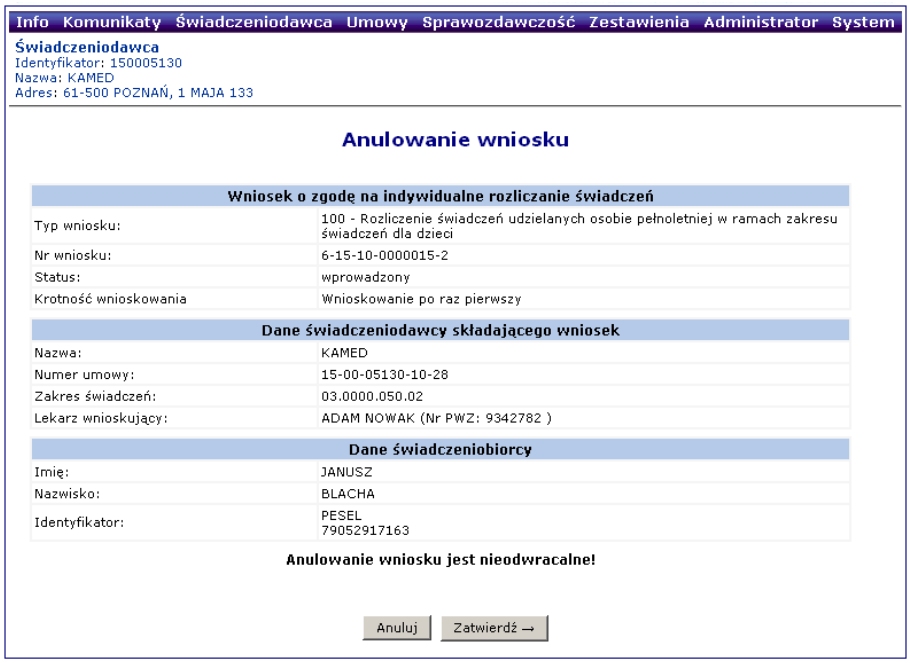
Uwaga!
Należy pamiętać, że operacja potwierdzenia wniosku jest operacją nieodwracalną. Po potwierdzeniu wniosku nie będzie możliwa edycja danych. W związku z tym należy zwrócić szczególną uwagę podczas wykonywania tej operacji.

Rys. 11.12 Potwierdzanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Podczas operacji zatwierdzania wniosku wymagane jest podanie **Daty wystawienia wniosku**.
Opcja **Zatwierdź** pozwala na potwierdzenie wykonania zatwierdzenia wniosku.

9.7 Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Anuluj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia anulowanie wniosku w sytuacji, gdy wniosek został wprowadzony do systemu SZOI, a nie będzie dalej rozpatrywany (świadczeniodawca rezygnuje z jego obsługi, np. w sytuacji, gdy istnieje inna możliwość leczenia pacjenta itp.).
Anulowanie wniosku oznacza brak jego dalszej obsługi – brak rozpatrzenia go przez OW NFZ.



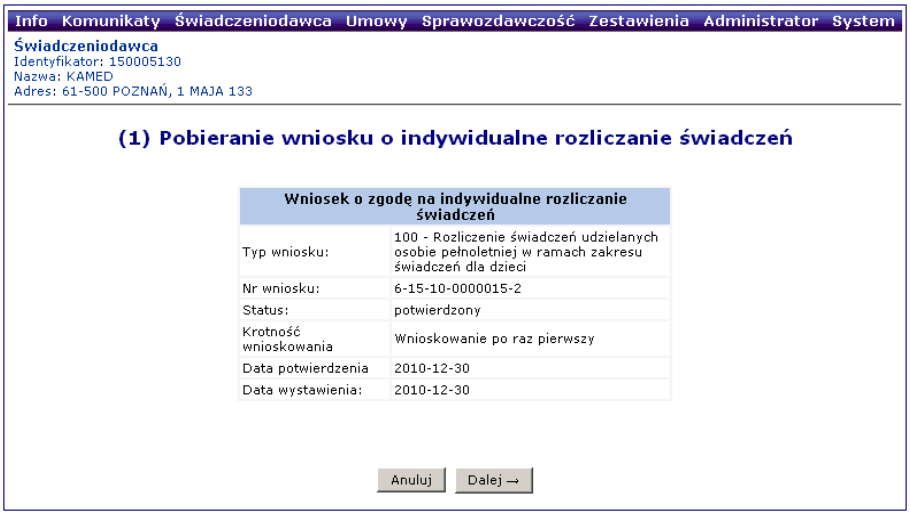
Rys. 11.13 Anulowanie wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Zatwierdź** pozwala na potwierdzenie anulowania wniosku.

Po wykonaniu operacji **Anuluj** istnieje możliwość utworzenia kopii wniosku w przypadku, gdy jednak zaistnieje potrzeba dalszego/ponownego rozpatrywania wniosku (opcja kopiowania opisana została w dalszej części dokumentacji).

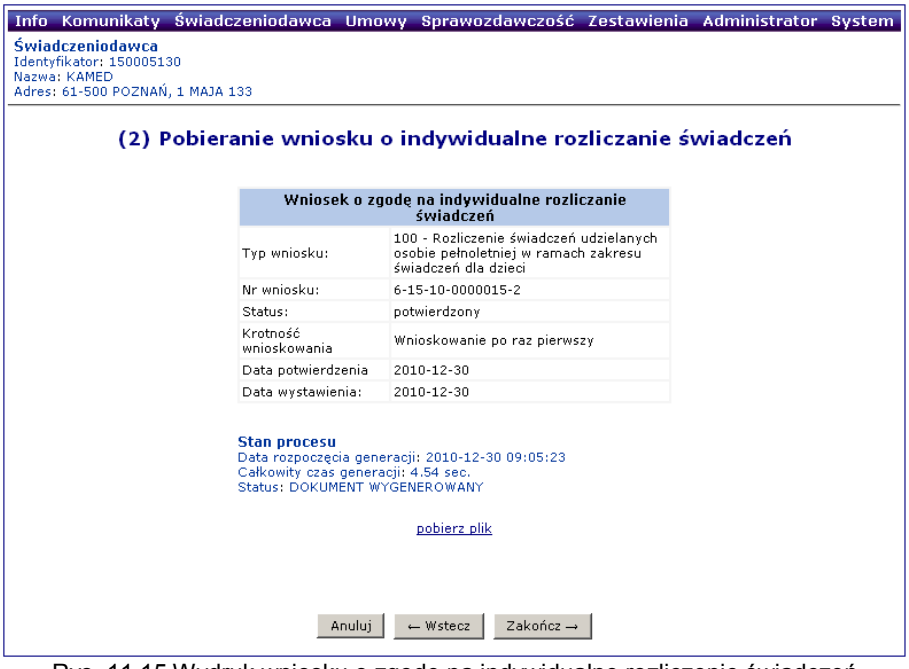
9.8 Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Wydruk** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia wydrukowanie potwierdzonego wniosku. Papierową wersję wniosku należy przekazać tradycyjną drogą (np. poprzez pocztę) do właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ celem jego rozpatrzenia.



Rys. 11.14 Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

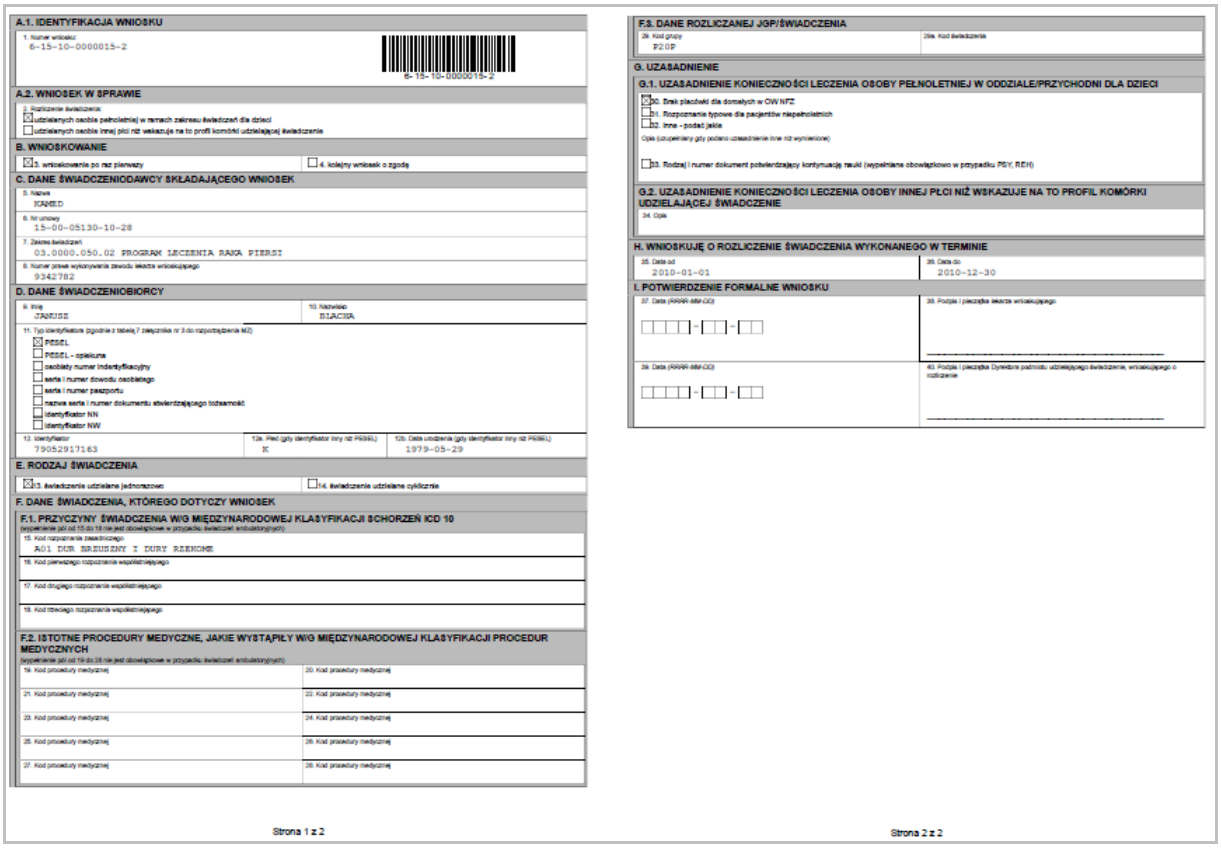
Opcja **Dalej** umożliwia przejście do kolejnego etapu wydruku wniosku:



Rys. 11.15 Wydruk wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń

Opcja **Pobierz plik** umożliwia zapisanie wniosku w postaci pliku PDF i jego wydruk.
Opcja **Zakończ** pozwala na powrót do okna listy wniosków.

Opcja **Wstecz** umożliwia powrót do poprzedniego okna.



Rys. 11. 16 Przykładowy wydruk wniosku - strona 1-2

9.9 Tworzenie kopii wniosku

Opcja **Kopiuj** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście wniosków umożliwia utworzenie kopii wniosku.

Uwaga!
Operacja kopiowania wniosku jest dostępna dla wniosku o statusie: wydanie zgody, brak zgody i anulowany.

Rys. 11.17 Kopiowanie wniosku na indywidualne rozliczanie świadczeń

Opcja **Zatwierdź** spowoduje wygenerowanie kopii wniosku ze statusem: wprowadzony.

Wniosek taki będzie posiadał nowy identyfikator, natomiast pozostałe dane będą analogiczne jak we wniosku źródłowym. Dostępne będą dla niego operacje takie jak w przypadku wniosku wprowadzonego.

10 ZGODY NA INDYWIDUALNE ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ *(NOWOŚĆ)*

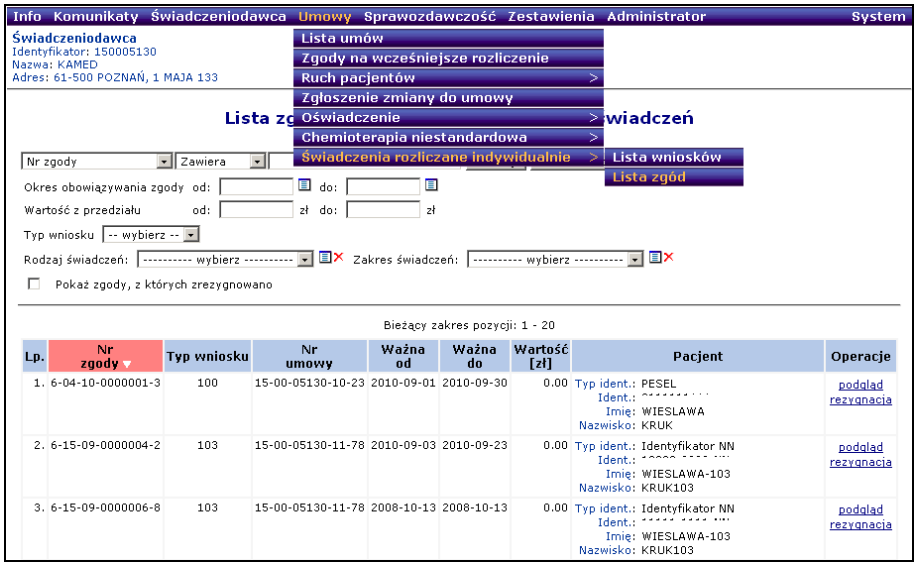
Wnioski w zakresie indywidualnego rozliczenia świadczeń złożone przez świadczeniodawców rozpatrywane są w NFZ.
Po przyjęciu wniosku przez NFZ dokonywane jest ostateczne rozpatrzenie wniosku, w wyniku którego następuje:

- ✓ Akceptacja wniosku przez dyrektora OW NFZ – oznaczająca wydanie zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń lub
- ✓ Odrzucenie wniosku przez dyrektora OW NFZ – oznaczające brak zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń, skutkujące zakończeniem procesu rozpatrywania wniosku.

W przypadku akceptacji wydane zgody będą widoczne dla świadczeniodawcy w systemie SZOI.

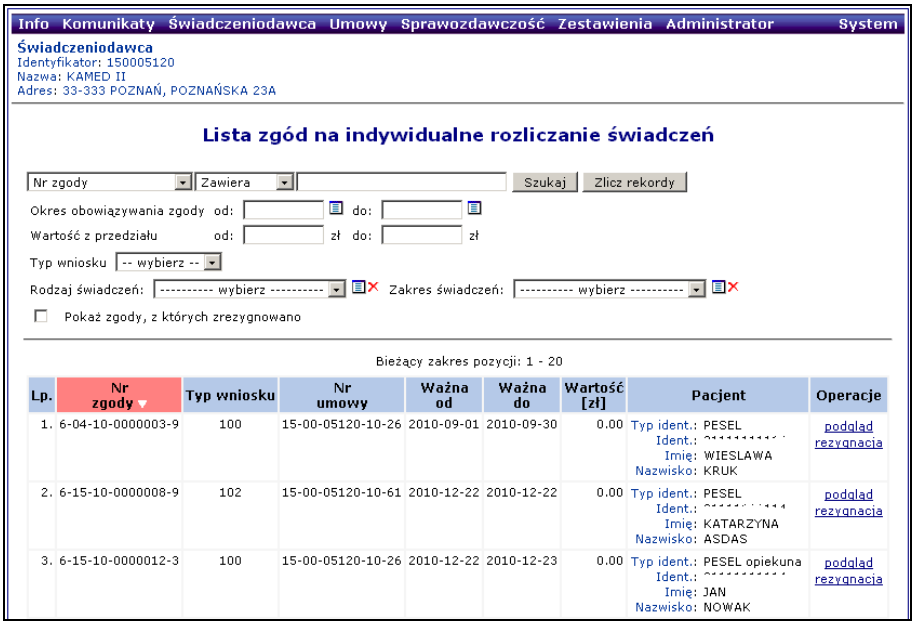
10.1 Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń

Po wybraniu menu **Umowy/Świadczenia rozliczane indywidualnie/Lista zgód** możliwa jest kompleksowa obsługa udzielonych przez NFZ zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń.



Rys. 12.1 Menu Lista zgód

Przykładowe okno tego obszaru przedstawia poniższa ilustracja:



Rys. 12.10 Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń

Lista zgód na indywidualne rozliczanie świadczeń zawiera następujące informacje:

- Numer zgody – nr zgody w sprawie przyjętego wniosku na indywidualne rozliczanie świadczeń,
- Typ wniosku,
- Nr umowy - Nr kontraktu świadczeniodawcy z NFZ,
- Ważna od – początek okresu ważności udzielonej zgody,
- Ważna do – koniec okresu ważności udzielonej zgody,
- Wartość – wartość, na którą udzielono zgody,
- Dane pacjenta – identyfikator, imię i nazwisko,
- Operacje – lista operacji umożliwiająca obsługę zgód.

Filtry znajdujące się w górnej części okna umożliwiają wyszukiwanie danej pozycji. Operator systemu może filtrować listę zgód według następujących kryteriów:

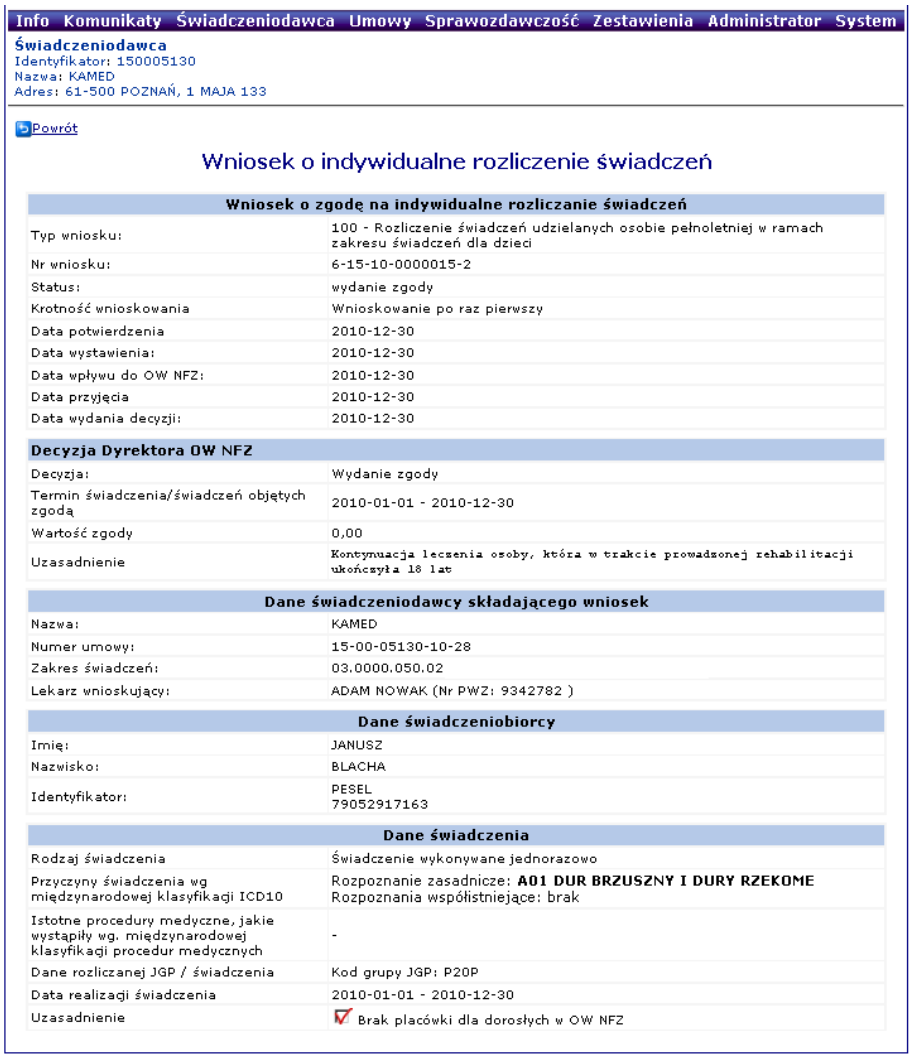
- Numeru zgody,
- Numer umowy,
- Nr PESEL pacjenta,
- Imię i nazwisko pacjenta,
- Okres obowiązywania zgody od-do,
- Wartość udzielonej zgody (przedział wartości od-do),
- Typ wniosku,
- Rodzaj świadczeń (do wyboru ze słownika),
- Zakres świadczeń (do wyboru ze słownika),
- Pokaż zgody, z których zrezygnowano.

Po ustawieniu filtrów należy skorzystać z opcji Szukaj, aby odświeżyć listę zgód.
Domyślnie prezentowane są wyłącznie zgody aktywne, (do których nie złożono rezygnacji), w ramach których może nastąpić rozliczenie świadczeń.
Funkcja Zlicz rekordy służy do zliczenia liczby bieżących rekordów na liście.
W kolumnie **Operacje** znajdują się następujące opcje pozwalające na wykonanie poniższych operacji:

Opcja	Opis
podgląd	Pozwala na podgląd informacji z wybranej zgody
rezygnacja	Pozwala na rezygnację z realizacji świadczeń w ramach udzielonej zgody

10.2 Podgląd zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń

Opcja **Podgląd** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście zgód umożliwia przeglądanie szczegółowych informacji o wydanej zgodzie.



Info Komunikaty Świadczeniodawca Umowy Sprawozdawczość Zestawienia Administrator System

Świadczeniodawca
Identyfikator: 150005130
Nazwa: KAMED
Adres: 61-500 POZNAŃ, 1 MAJA 133

Powrót

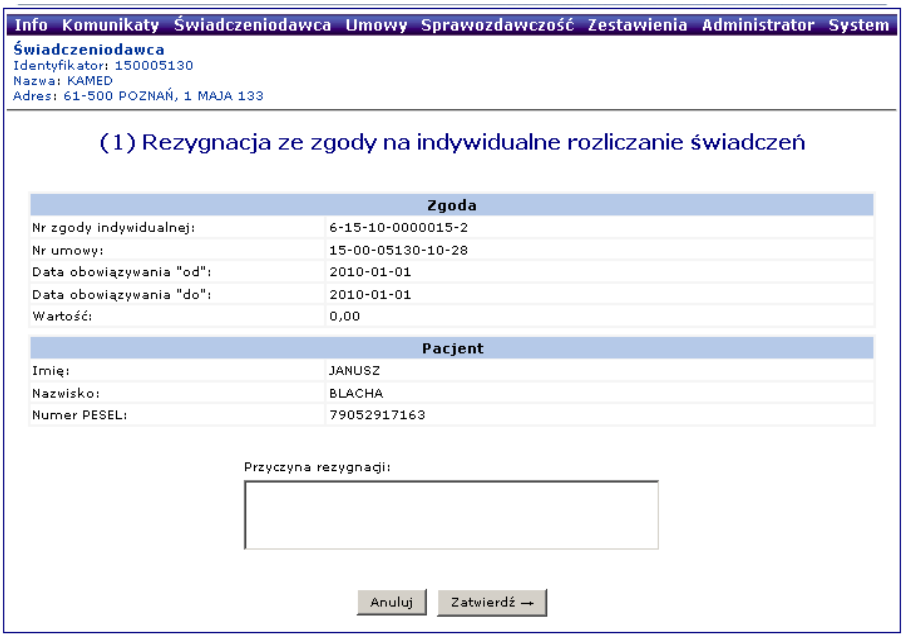
Wniosek o indywidualne rozliczenie świadczeń

Wniosek o zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń	
Typ wniosku:	100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci
Nr wniosku:	6-15-10-0000015-2
Status:	wydanie zgody
Krotność wnioskowania	Wnioskowanie po raz pierwszy
Data potwierdzenia	2010-12-30
Data wystawienia:	2010-12-30
Data wpływu do OW NFZ:	2010-12-30
Data przyjęcia	2010-12-30
Data wydania decyzji:	2010-12-30
Decyzja Dyrektora OW NFZ	
Decyzja:	Wydanie zgody
Termin świadczenia/świadczeń objętych zgodą	2010-01-01 - 2010-12-30
Wartość zgody	0,00
Uzasadnienie	Kontynuacja leczenia osoby, która w trakcie prowadzonej rehabilitacji ukończyła 18 lat
Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	
Nazwa:	KAMED
Numer umowy:	15-00-05130-10-28
Zakres świadczeń:	03.0000.050.02
Lekarz wnioskujący:	ADAM NOWAK (Nr PWZ: 9342782)
Dane świadczeniobiorcy	
Imię:	JANUSZ
Nazwisko:	BLACHA
Identyfikator:	PESEL 79052917163
Dane świadczenia	
Rodzaj świadczenia	Świadczenie wykonywane jednorazowo
Przyczyny świadczenia wg międzynarodowej klasyfikacji ICD10	Rozpoznanie zasadnicze: **A01 DUR BRZUSZNY I DURY RZEKOME** Rozpoznania współistniejące: brak
Istotne procedury medyczne, jakie wystąpiły wg. międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych	-
Dane rozliczanej JGP / świadczenia	Kod grupy JGP: P20P
Data realizacji świadczenia	2010-01-01 - 2010-12-30
Uzasadnienie	☑ Brak placówki dla dorosłych w OW NFZ

Rys. 12.10.1 Podgląd zgody na indywidualne rozliczanie świadczeń

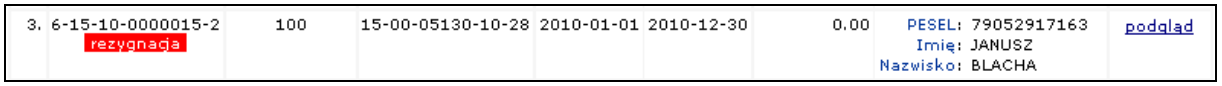
10.3 Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach zgody

Opcja **Rezygnacja** znajdująca się w kolumnie **Operacje** na liście zgód umożliwia rejestrację odstąpienia z realizacji świadczeń w ramach już udzielonej zgody. Rezygnacja ze zgody dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca otrzymał z NFZ zgodę na indywidualne rozliczanie świadczeń, ale z różnych przyczyn nie może zrealizować świadczenia (np. pacjent zmarł). Po użyciu tej opcji wyświetlone zostanie okno:



Rys. 12.4 Rezygnacja ze zgody

W polu **Przyczyna rezygnacji** można wprowadzić powód rezygnacji z udzielania świadczeń w ramach danej zgody. Po zatwierdzeniu operacji (przycisk **Zatwierdź**) wyświetlone zostanie potwierdzenie rezygnacji, a wybrana zgoda oznaczona zostanie statusem „rezygnacja”:



Jako data rezygnacji ustawiana jest bieżąca data wykonania tej operacji.

11 SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Sprawozdawczość jest obszarem, w którym dokonuje się wczytania plików komunikatów statystycznych i rachunków na serwer dostępowy NFZ.
Dla świadczeniodawców lista dostępnych opcji pracy obejmuje:

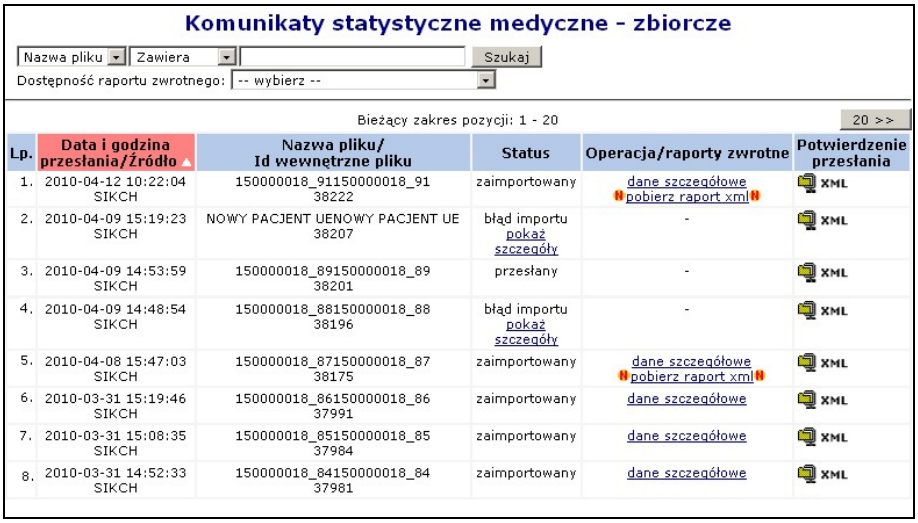
- **listy POZ –** listy raportów podstawowej opieki zdrowotnej
- **raporty statystyczne (medyczne)** – listy raportów dotyczące wykonania wszystkich świadczeń medycznych
- **raporty rozliczeniowe (medyczne)** – listy raportów dotyczących pozycji rozliczanych
- **rachunki refundacyjne (medyczne)** – listy rachunków refundacyjnych do umowy
- **chemioterapii i programów terapeutycznych** – listy zakupów leków
- **przypadki udarów**
- **środki pomocnicze** – listy raportów statystycznych dotyczące realizacji świadczeń w rodzaju ZPO.

Wykorzystanie poszczególnych menu zależy od rodzaju rozliczanych świadczeń.

W części tej dostępny jest również podgląd przesłanych dokumentów oraz status ich obsługi w OW NFZ. Dla dokumentów, które wymagają weryfikacji, w przypadku, gdy weryfikacja została zakończona i operator NFZ udostępnił pliki weryfikacji w systemie SZOI, operator będzie miał możliwość przeglądać pliki raportów zwrotnych oraz zapisać je na dysku komputera.

Klikając w menu **Sprawozdawczość** operator musi wskazać, w którym obszarze chce pracować.

Wybór obszaru pracy uzyskuje się poprzez kliknięcie w jego nazwę.
Czynność ta spowoduje wyświetlenie listy przesłanych dokumentów o wybranym typie:



Rys. 11.1 Przykładowe okno sprawozdawczości - raporty statystyczne

11.1 Sprawozdawczość – obszary pracy

Wygląd zestawienia list dokumentów rozliczeniowych jest taki sam dla wszystkich obszarów pracy. W części **listy POZ** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików raportów wygenerowanych w systemie rozliczeniowym w rodzaju POZ.

- Listy deklaracji POZ generowane w formacie „kamtekstowym” z aplikacji KS-SWD przesyłane są za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Listy POZ**. Pliki te mają rozszerzenie ***.POZ**.
- Porady lekarskie generowane w otwartym formacie wymiany danych przesyłane są na serwer za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Porady POZ**. Pliki te mają rozszerzenie ***.PPX**.

- Załącznik nr 4 do umowy POZ przesyłany jest na serwer za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Załącznik nr 4 POZ**.
- Deklaracje POZ generowane w otwartym formacie wymiany danych przesyłane są na serwer za pomocą funkcji dostępnych w podmenu **POZ - Deklaracje POZ**. Pliki te mają rozszerzenie ***.PDX**.

W obszarze pracy **raporty statystyczne (medyczne)** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików raportów statystycznych wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki muszą być zgodne z otwartym formatem wymiany danych. Pliki te mają rozszerzenie ***.SWX (format obowiązujący od 2007 roku)** lub ***.RSX (format wymiany danych obowiązujący w 2006 roku)**.

W obszarze pracy **raporty rozliczeniowe (medyczne)** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików raportów rozliczeniowych wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki muszą być zgodne z otwartym formatem wymiany danych. Pliki te mają rozszerzenie ***.WSX.**

W obszarze pracy **rachunki refundacyjne (medyczne)** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików rachunków wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie ***.REF (format wymiany danych obowiązujący do końca 2009 roku)**. **Od 2010 roku obowiązuje RSX**.

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

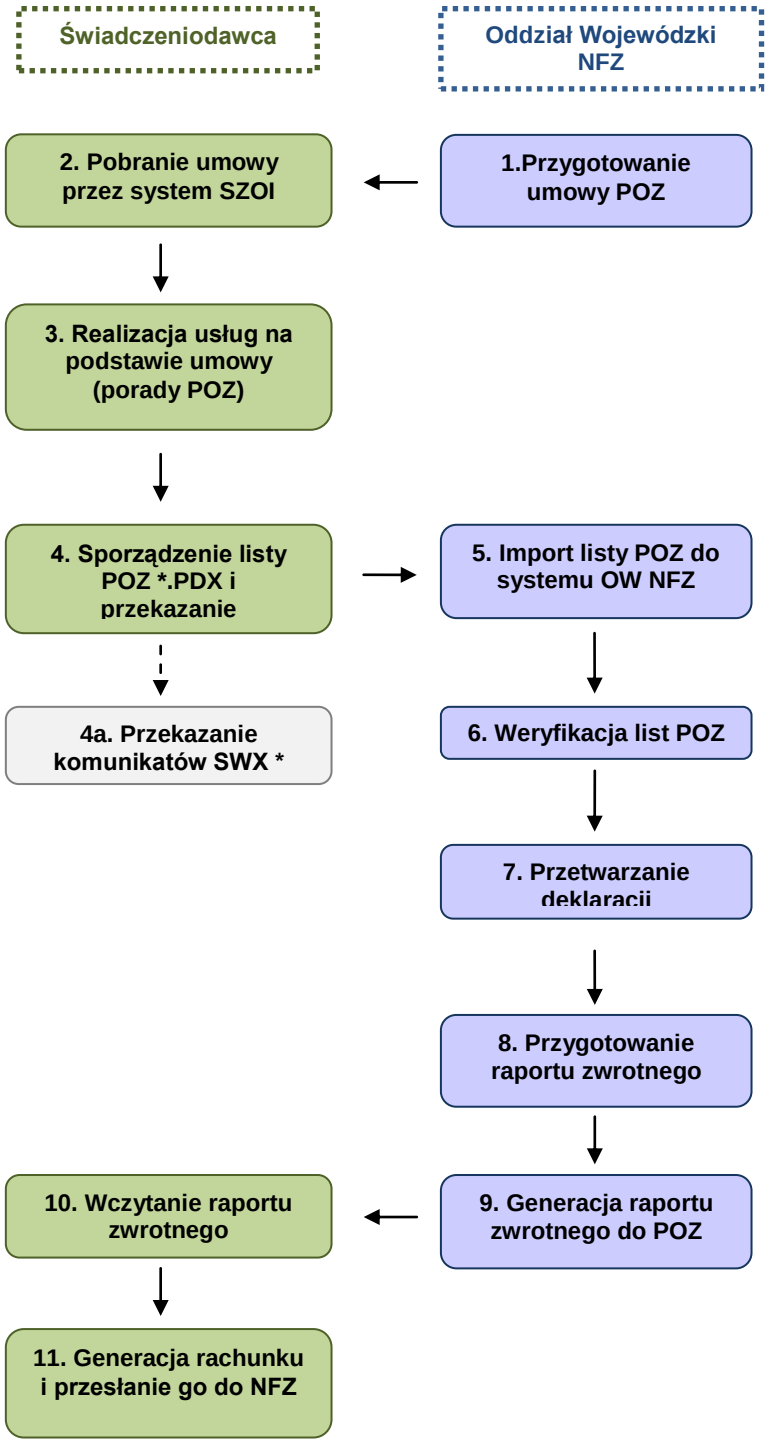
W obszarze pracy **chemioterapia i programy terapeutyczne** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików faktur zakupów leków w chemioterapii i programach terapeutycznych wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie *.**FZX**.

W obszarze pracy **środki pomocnicze** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików raportów statystycznych z realizacji świadczeń w rodzaju ZPO wygenerowanych w systemie rozliczeniowym świadczeniodawcy. Pliki te mają rozszerzenie *.**ZPX**.

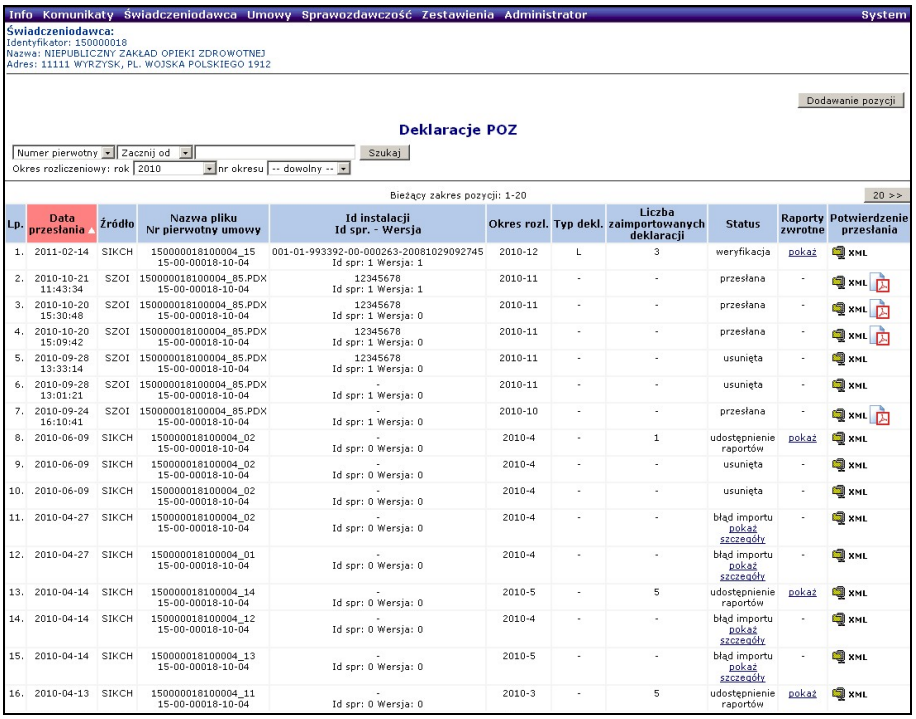
Wybrane obszary pracy mogą być niedostępne w zależności od konfiguracji systemu.

11.2 Deklaracje POZ

W ramach realizacji koncepcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej lekarze zatrudnieni u wybranego świadczeniodawcy wykonują usługi medyczne na rzecz określonej grupy świadczeniobiorców. Aby dany świadczeniobiorca mógł korzystać z usług wybranej osoby personelu medycznego POZ, powinien złożyć deklarację u świadczeniodawcy. Deklaracje muszą być zarejestrowane, a ich wykaz, w postaci listy POZ, świadczeniodawca dostarcza do Oddziału Woj. NFZ.



W wyniku procesu kontraktowania tworzone są umowy POZ, na podstawie, których świadczeniodawcy realizują świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Umowy udostępniane są poprzez Portal SZOI, skąd świadczeniodawcy pobierają je i importują do systemów informatycznych służących do rozliczania. Deklaracje złożone przez pacjentów są wprowadzane przez świadczeniodawców do systemów/aplikacji służących do rozliczeń z NFZ.
Po zarejestrowaniu deklaracji świadczeniodawca tworzy raport (listę POZ w postaci pliku *.PDX), który zostanie przekazany do Oddziału Woj. NFZ. W raporcie uwzględnione są wszystkie deklaracje złożone u danego świadczeniodawcy i aktywne w danym okresie.
Po stronie OW NFZ przeprowadzany jest import raportu oraz jego weryfikacja. Kolejnym etapem jest przygotowanie raportu zwrotnego dla świadczeniodawców.
Świadczeniodawca wczytuje raport zwrotny do systemy informatycznego służącego do rozliczania i na tej podstawie generuje rachunek rozliczeniowy i wysyła go do NFZ.



Rys. 11.2 Deklaracje POZ

Powyższa lista deklaracji POZ składa się z następujących kolumn:

- **Data przesłania** raportu do OW NFZ
- **Źródło** wczytanych danych
- **Nazwa pliku / Nr pierwotny umowy**
- **Id instalacji / Id spr. – Wersja**
- **Okres rozl.**
- **Typ. Dekl.**
- **Liczba zaimportowanych deklaracji**
- **Status -** etap realizacji przyjęcia pliku deklaracji POZ w OW NFZ. W przypadku wystąpienia błędu importu możliwe jest sprawdzenie szczegółowego opisu błędu za pomocą linku *pokaż szczegóły*
- **Raporty zwrotne** przejście do okna przeglądania raportu wygenerowanego przez OW NFZ
- **Potwierdzenie przesłania** plik PTZ

Opcja **Dodawanie pozycji** pozwala na wczytanie nowego pliku deklaracji POZ na serwer FTP Narodowego Funduszu Zdrowia.

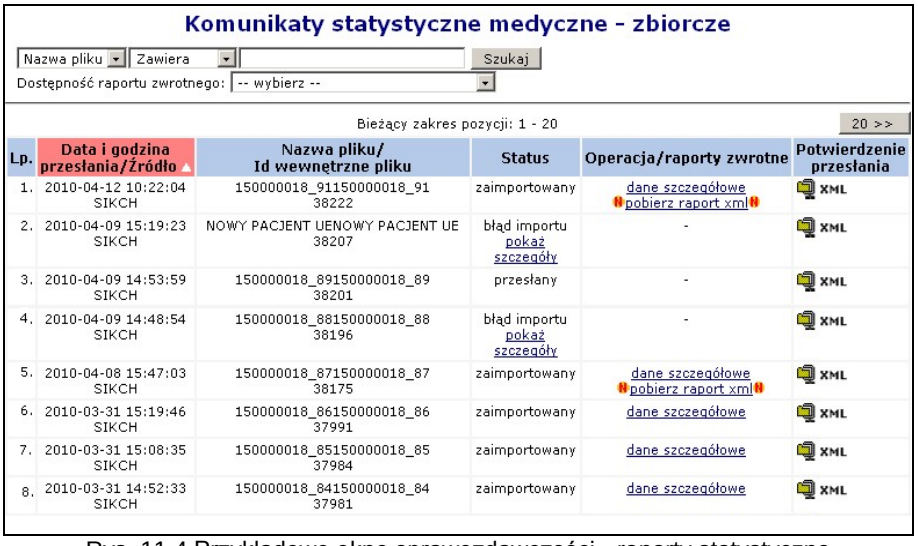
Rys. 11.3 Dodawanie deklaracji POZ

Podczas dodawania deklaracji na serwer FTP OW NFZ operator systemowy może zapoznać się z liczbą przekazanych deklaracji we wczytywanym dokumencie:

- *Liczba deklaracji do lekarza rodzinnego*
- *Liczba deklaracji z zakresu medycyny szkolnej*

11.3 Komunikaty statystyczne medyczne

Komunikaty statystyczne - medyczne (raporty statystyczne SWX) zawierają informację o usługach medycznych wykonanych przez świadczeniodawcę. Przekazany przez świadczeniodawcę komunikat podlega sprawdzeniu poprawności podczas importu (tzw. walidacja) oraz kontroli merytorycznej (tzw. weryfikacja). Weryfikacja może być wykonywana wielokrotnie. Wyniki walidacji i weryfikacji przekazywane są przez NFZ w postaci tzw. raportów zwrotnych.
Lista wczytanych komunikatów statystyczno medycznych przedstawiona jest w postaci tabeli.



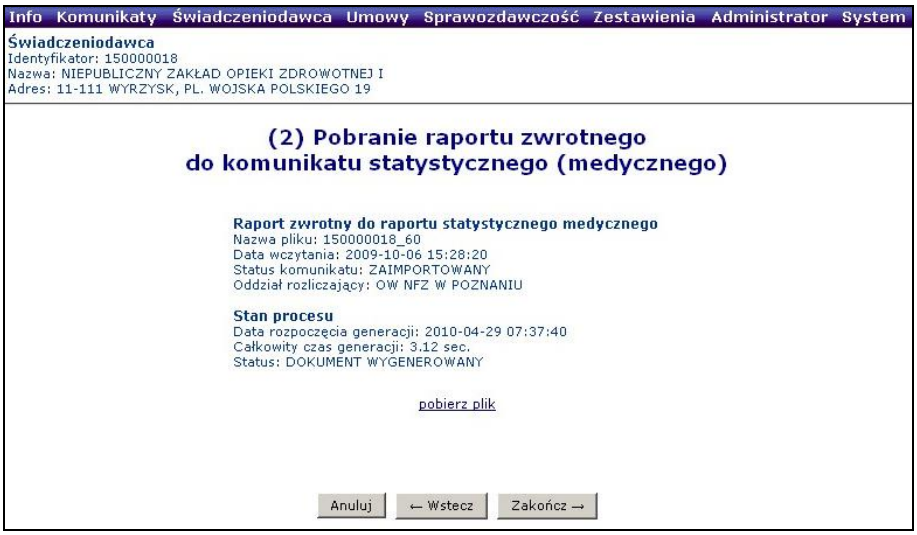
Rys. 11.4 Przykładowe okno sprawozdawczości - raporty statystyczne

Dostępne w tej części informacje obejmują:
- **Datę przesłania** pliku na serwer dostępowy
- **Źródło** wczytywania danych:
  - **SIKCH** - plik został przekazany i wczytany na serwer za pośrednictwem systemu OW NFZ
  - **SZOI** – plik został przekazany na serwer dostępowy OW NFZ za pośrednictwem systemu SZOI
- **Nazwę pliku** nadaną przez świadczeniodawcę
- **Id wewnętrzne pliku**
- **Status** wczytanego pliku:
  - **przesłany** na serwer dostępowy OW NFZ (plik nie posiada kodu raportu SIKCH)
  - **zaimportowany** – plik został zaimportowany do systemu OW NFZ
  - **błąd importu –** wystąpił błąd w trakcie importowania pliku do systemu SIKCH
  - **odrzucony**
- **Operacje**
- **Raporty zwrotne –** opcja pobierania raportów zwrotnych
- **Potwierdzenie przesłania** – w miejscu tym operator systemowy może wygenerować potwierdzenie XML

W przypadku, gdy dla komunikatu statystycznego operator systemu informatycznego NFZ wygenerował raport zwrotny, w kolumnie *operacje/raporty zwrotne* wyświetlony zostanie link **pobierz raport xml**. Po wybraniu tego linku nastąpi przejście do strony **Pobranie raportu zwrotnego**:

Rys. 11.5 (1) Pobieranie raportu zwrotnego do komunikatu statystycznego

Po wybraniu opcji **Dalej**, rozpocznie się generowanie raportu zwrotnego. Po zakończeniu generacji będzie można pobrać raport przy pomocy opcji **pobierz plik**:



Rys. 11.6 (2) Pobieranie raportu zwrotnego do komunikatu statystycznego

Opcja **dane szczegółowe** dostępna w kolumnie ***Operacje/raporty zwrotne*** dostępna jest tylko dla plików o statusie zaimportowany. Po jej wybraniu, operator systemowy może zapoznać się z wszystkimi informacjami związanymi z zaimportowaną pozycją:

Rys. 11.7 Dane szczegółowe

Okno **Danych szczegółowych** składa się z następujących kolumn:

- Pozycji **Importowanych** – w miejscu tym wyświetlona zostaje ilość przekazanych epizodów/zakresów świadczeń w wybranym komunikacie
- Pozycji **Zaimportowanych** – wyświetlona zostanie lista epizodów/zakresów świadczeń zaimportowanych i istniejących w systemie w identycznej wersji
- Pozycji **Niezaimportowanych** – w kolumnie tej znajduje się informacja o liczbie błędnych epizodów, dla których wykryto błędy i pozycje te nie zostały zaimportowane

W przypadku wystąpienia błędów importu w kolumnie ***Listy błędów importu*** pojawi się opcja **pokaż**. Przy jej pomocy użytkownik może przejść do ***Listy błędów importu***.
W nowo otwartym oknie przeglądarki znajdą się wszystkie błędy, jakie pojawiły się na etapie importu komunikatu:

Rys. 11.8 Lista błędów importu

Dzięki opcji **Pokaż błędy do** operator może przeszukiwać listę według:

- **Epizodu (zestawu)**
- **Kontaktu**
- **Produktu**

Uwaga: Każda informacja o wykonanej usłudze, przesyłana w komunikacie świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (SWX) składa się z trzech poziomów:

- **Epizodu** - dane dotyczące pacjenta, hospitalizacji, uprawnień pacjenta
- **Kontaktu** - dane dotyczące daty udzielenia świadczenia, jednostek chorobowych ICD10, miejsca wykonywania świadczeń, personelu medycznego, pobytu na oddziale, procedur ICD9
- **Produktu** - dane dotyczące wykonanych usług z pakietu w umowie.

Błędy podczas importu mogą zostać wykryte na każdym z tych trzech poziomów. Jeżeli na jakimś jednym poziomie zostanie wykryty błąd, przy dwóch pozostałych poziomach wykazywane są błędy techniczne:

- **3700011 - Niezgodne dane kontaktu**
- **3700012 - Niezgodne dane** - brak potwierdzenia epizodu/kontaktu/produktu wynikający z innego błędu ramach epizodu.

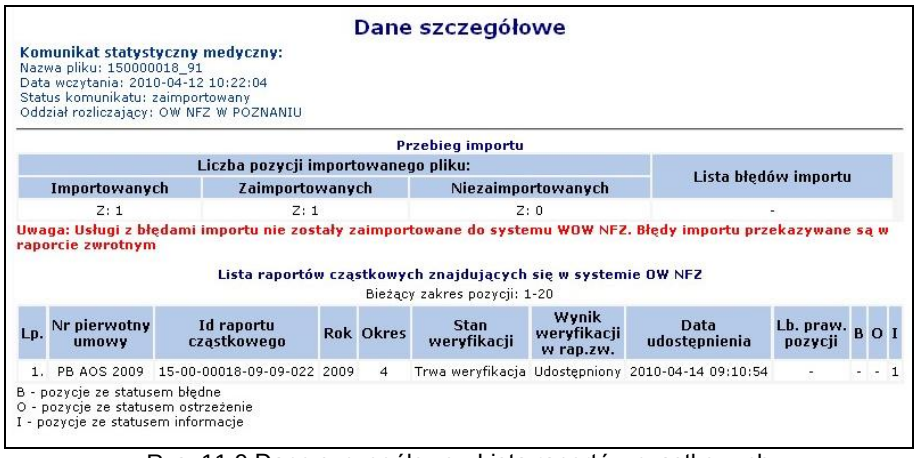
System umożliwia także wyłączenia wizualizacji następujących błędów za pomocą opcji **Nie pokazuj błędów:**

- **3700011** - "Niezgodne dane kontaktu"
- **3700012** - "Niezgodne dane - brak potwierdzenia epizodu/kontaktu/produktu wynikający z innego błędu w ramach epizodu"

- **3702032** - "Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z wystąpienia innego błędu w zestawie świadczeń"
- **3702033** - "Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z wystąpienia innego błędu w danych kontaktu"
- **3702034** - "Błąd pozycji rozliczeniowej wynikający z błędu w innej pozycji rozliczeniowej"

W dolnej części okna ***Danych szczegółowych***, widoczna jest **Lista raportów cząstkowych**, która wyświetlana jest w chwili, gdy dla danego raportu istnieją raporty cząstkowe.
Raport cząstkowy tworzony jest w systemie NFZ z danych przekazanych w raporcie statystycznym z dokładnością do umowy oraz miesiąca. Oznacza to, że na podstawie jednego raportu statystycznego powstać może kilka raportów cząstkowych.
Ilość raportów cząstkowych zależy od ilości umów i miesięcy, do których przekazano dane w raporcie statystycznym. Każdy raport cząstkowy jest weryfikowany oddzielnie, stąd wyniki weryfikacji mogą być udostępniane częściowo. Tabela zawierająca raporty cząstkowe składa się z następujących kolumn:

- **Numeru pierwotnego umowy**
- **Id raportu cząstkowego**
- **Roku**
- **Okresu**
- **Stanu weryfikacji**
- **Wyniku weryfikacji w rap. zw.**
- **Daty udostępnienia**
- **Liczby prawidłowych pozycji**
- **Liczby błędnych pozycji**
- **Liczby pozycji z ostrzeżeniem**
- **Liczby pozycji ze statusem informacje**



Dane szczegółowe

Komunikat statystyczny medyczny:
Nazwa pliku: 150000018_91
Data wczytania: 2010-04-12 10:22:04
Status komunikatu: zaimportowany
Oddział rozliczający: OW NFZ W POZNANIU

Przebieg importu

Liczba pozycji importowanego pliku:			Lista błędów importu
Importowanych	Zaimportowanych	Niezaimportowanych	
Z: 1	Z: 1	Z: 0	-

Uwaga: Usługi z błędami importu nie zostały zaimportowane do systemu WOW NFZ. Błędy importu przekazywane są w raporcie zwrotnym

Lista raportów cząstkowych znajdujących się w systemie OW NFZ

Bieżący zakres pozycji: 1-20

Lp.	Nr pierwotny umowy	Id raportu cząstkowego	Rok	Okres	Stan weryfikacji	Wynik weryfikacji w rap.zw.	Data udostępnienia	Lb. praw. pozycji	B	O	I
1.	PB AOS 2009	15-00-00018-09-09-022	2009	4	Trwa weryfikacja	Udostępniony	2010-04-14 09:10:54	-	-	-	1

B - pozycje ze statusem błędne
O - pozycje ze statusem ostrzeżenie
I - pozycje ze statusem informacje

Rys. 11.9 Dane szczegółowe - Lista raportów cząstkowych

W kolumnie **Stan weryfikacji** mogą się pojawić następujące informacje:

- **Znak „-„** jeżeli jeszcze nie rozpoczęto weryfikacji raportu cząstkowego,
- **Trwa weryfikacja** - odpowiednik z listy raportów statystycznych ze SIKCH-a: sesja otwarta, trwa weryfikacja, weryfikacja zakończona poprawnie,
- **Zakończona** - odpowiednik z listy raportów statystycznych ze SIKCH-a: sesja zamknięta,
- **Błąd** - dla sesji zakończonej błędem.

Dostępne statusy w kolumnie **Wynik weryfikacji w rap.zw**. mogą być następujące:
- **Udostępniony** - udostępniono raport zwrotny z weryfikacji raportu cząstkowego,
- **Znak „-”** jako oznaczenie braku raportu zwrotnego.

W kolumnie **Lb. praw. pozycji** zawarta jest informacja o liczbie pozycji rozliczeniowych zweryfikowanych poprawnie, dla których w trakcie weryfikacji nie wystąpiły błędy. Wartość ta nie dotyczy zestawów świadczeń, lecz produktów.
Kolumna B zawiera informacje o ilości pozycji o statusie błąd.

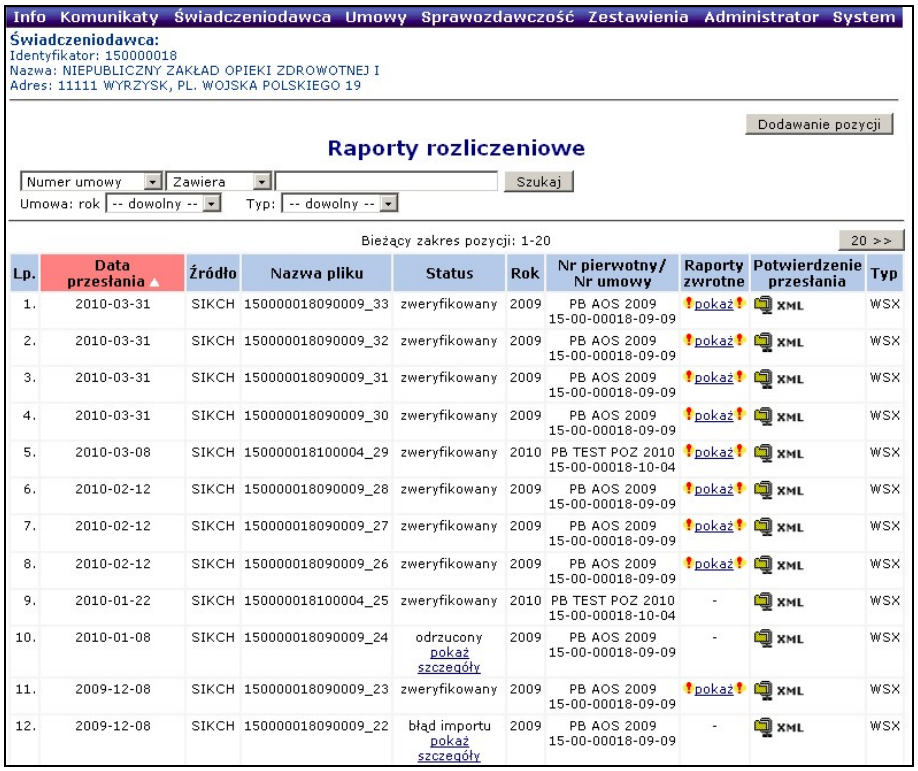
Kolumna O zawiera informacje o ilości pozycji ze statusem ostrzeżenie.
Kolumna I zawiera informacje o ilości pozycji ze statusem informacje.
Jeżeli we wszystkich kolumnach widnieje znak "-" oznacza to, że raport cząstkowy zawiera wyłącznie korekty świadczeń.

Ilości w kolumnach **Lb. praw. pozycji, B, O** oraz **I** mogą się zmieniać w zależności od wyników kolejnych weryfikacji danego raportu cząstkowego.

11.4 Raporty rozliczeniowe

Obszar **Raporty rozliczeniowe** umożliwia przeglądanie przesłanych do OW NFZ **komunikatów rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (WSX)** oraz **raportów rozliczeniowych medycznych (RRX)**. Komunikaty rozliczeniowe stanowią nowy, otwarty format wymiany danych. Lista wczytanych komunikatów i raportów przedstawiona jest w jednej tabeli. Domyślnie wyświetlane są informacje z bieżącego roku i okresu rozliczeniowego. Dostępne w tej części informacje obejmują:

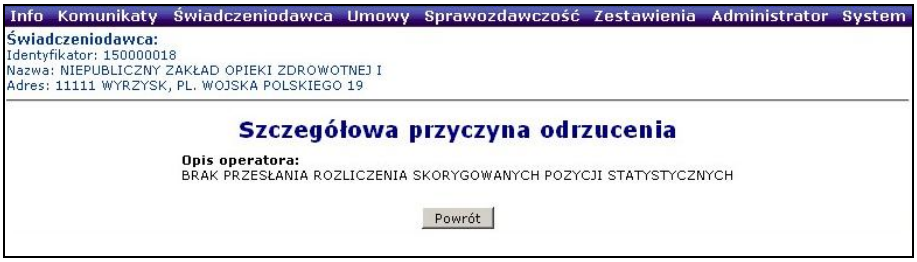
- **Datę przesłania pliku** na serwer dostępowy
- **Źródło** wczytywania danych:
- **Nazwę pliku** nadaną przez świadczeniodawcę
- **Status** wczytanego pliku
- **Rok**, którego dotyczy raport
- **Numer pierwotny/numer umowy**
- **Raporty zwrotne** – opcja przeglądania raportów zwrotnych wygenerowanych dla przesłanego pliku
- **Potwierdzenie przesłania**- opcja pobrania i wydruku potwierdzenia wczytania komunikatu przez świadczeniodawcę.
- **Typ** przesłanego pliku:
  - RRX – wcześniej obowiązujący format raportów rozliczeniowych
  - WSX – format komunikatów.



Lp.	Data przesłania	Źródło	Nazwa pliku	Status	Rok	Nr pierwotny/ Nr umowy	Raporty zwrotne	Potwierdzenie przesłania	Typ
1.	2010-03-31	SIKCH	150000018090009_33	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
2.	2010-03-31	SIKCH	150000018090009_32	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
3.	2010-03-31	SIKCH	150000018090009_31	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
4.	2010-03-31	SIKCH	150000018090009_30	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
5.	2010-03-08	SIKCH	150000018100004_29	zweryfikowany	2010	PB TEST POZ 2010 15-00-00018-10-04	pokaż	XML	WSX
6.	2010-02-12	SIKCH	150000018090009_28	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
7.	2010-02-12	SIKCH	150000018090009_27	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
8.	2010-02-12	SIKCH	150000018090009_26	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
9.	2010-01-22	SIKCH	150000018100004_25	zweryfikowany	2010	PB TEST POZ 2010 15-00-00018-10-04	-	XML	WSX
10.	2010-01-08	SIKCH	150000018090009_24	odrzucony pokaż szczegóły	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	-	XML	WSX
11.	2009-12-08	SIKCH	150000018090009_23	zweryfikowany	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	pokaż	XML	WSX
12.	2009-12-08	SIKCH	150000018090009_22	błąd importu pokaż szczegóły	2009	PB AOS 2009 15-00-00018-09-09	-	XML	WSX

Rys. 11.10 Lista raportów rozliczeniowych

Dla pozycji o statusie odrzucony, w kolumnie Status pojawi się opcja Pokaż szczegóły. Po jej wybraniu pojawi się szczegółowa przyczyna odrzucenia pozycji przez OW NFZ:



Rys. 11.11 Szczegółowa przyczyna odrzucenia

W przypadku, gdy dla pliku rozliczeniowego operator NFZ wygenerował raport zwrotny, w kolumnie **raporty zwrotne** wyświetlony zostanie link **pokaż** do listy raportów zwrotnych dla pliku. W przypadku wykrycia w istotnych błędów, raport stanowi podstawę do wykonania zmian w wykazanych pozycjach.
W obszarze pracy **Raporty rozliczeniowe** występuje możliwość wczytania tylko i wyłącznie plików z danymi rozliczeniowymi wygenerowanymi w dowolnej aplikacji świadczeniodawcy, która wspiera twarde formaty danych. Pliki te mają rozszerzenie **.RRX** lub **.WSX** Aby wczytać dokument należy wybrać opcję **Dodawanie pozycji**.

11.5 Dodawanie plików dokumentów rozliczeniowych na listę

Przesłanie plików dokumentów rozliczeniowych na serwer dostępowy wykonuje się za pomocą operacji **Dodawanie pozycji**.

Wybór operacji spowoduje wyświetlenie okna *Dodawania...*

W oknie plik, należy wskazać ścieżkę dostępu do wysyłanego pliku.
Ścieżka dostępu (miejsce na dysku komputera, w którym umieszczony jest plik przeznaczony do przesłania) może zostać wpisana przez operatora lub wybrana za pomocą opcji **Przeglądaj..**
Wybór pliku należy potwierdzić wybierając opcję **Dalej**.
Opcja **Zaniechaj** zakończy operację dodawania, bez przesłania pliku na serwer dostępowy.

Jeżeli ścieżka dostępu do importowanego pliku została wskazana prawidłowo, wyświetlone zostanie okno podsumowania importowanego pliku.

Informacje zawarte w podsumowaniu pozwalają na sprawdzenie, czy przesłany został właściwy plik.

W przypadku pomyłki można wybrać inny plik do przesłania na serwer dostępowy (opcja **Cofnij**) lub całkowicie **Zaniechać** wykonywanie operacji wczytywania pliku na serwer dostępowy.

Wybór opcji **Zatwierdź** spowoduje rozpoczęcie procesu przesyłania pliku na serwer dostępowy.
Poprawne zakończenie importu zostanie potwierdzone komunikatem.
Przesłany plik zostanie wyświetlony na liście *Raportów statystycznych* ze statusem **przesłany**.

Uwaga!!! Przesłanie pliku na serwer dostępowy, nie jest jednoznaczne z przyjęciem raportu przez OW NFZ.

Pliki przesłane do OW NFZ, wczytane są na listę plików przeznaczonych do importu do systemu informatycznego NFZ. Zaimportowane, uzyskają odpowiedni status wyświetlany w SZOI.

11.6 Przeglądanie raportów zwrotnych

W przypadku, gdy operator NFZ udostępni świadczeniodawcy pliki raportów zwrotnych do przesłanego pliku raportu statystycznego lub listy POZ w systemie SZOI wyświetlona zostanie opcja **pokaż**.

Opcja umożliwia przeglądanie listy wszystkich raportów zwrotnych wygenerowanych dla pliku oraz szablonów rachunków:

Rys. 11.12 Przykładowe okno listy raportów zwrotnych

Charakterystyczną cechą tego okna jest fakt, że oprócz danych świadczeniodawcy wyświetlanych w górnym rogu okna, wyświetlana jest również informacja na temat pliku raportu, do którego zostały wygenerowane raporty zwrotne oraz krótka charakterystyka pliku. Informacje te pozwalają na jednoznaczne rozpoznanie plików z błędami weryfikacji.

Lista raportów zwrotnych przedstawiona jest za pomocą tabeli, obejmującej informacje o:

- **Dacie generacji**
- **Operacji**

W kolumnie *Operacje* dostępne są opcje pobierania pliku raportu zwrotnego **(pobierz raport xml)** oraz opcja **Szablony**, która umożliwia zapoznanie się z szablonami rachunków.

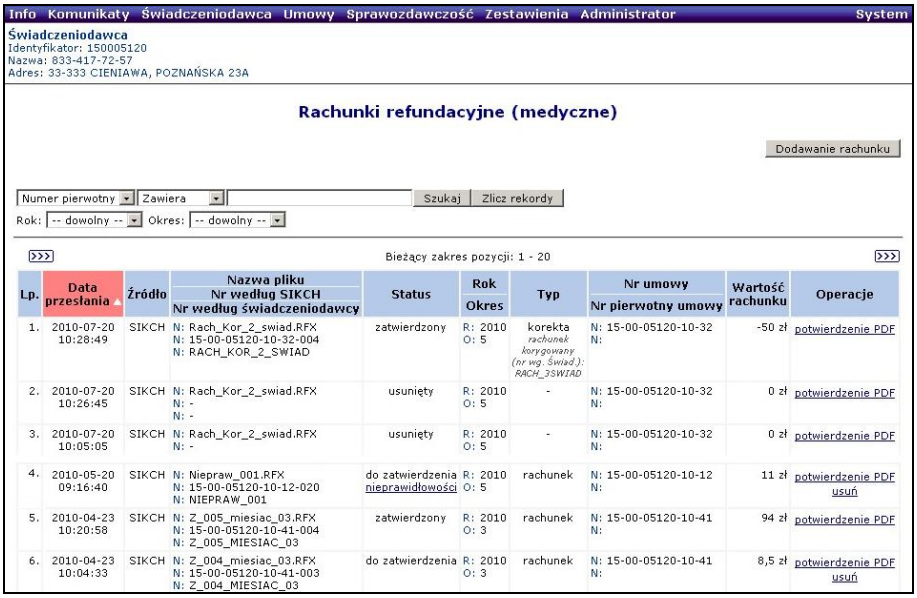
Raport zwrotny to lista wykrytych problemów lub informacji o przesłanym raporcie, dla określonych pozycji raportu statystycznego.

Zgodnie z obiegiem dokumentów w otwartym formacie wymiany danych, pliki komunikatów zwrotnych powinny zostać pobrane i zaimportowane do systemu rozliczającego świadczeniodawcy.

11.7 Rachunki refundacyjne (medyczne)

Refundacja świadczeń to kwota należna świadczeniodawcy za usługi medyczne wykonane pacjentom. Natomiast rachunek refundacyjny to finansowy dokument wystawiony przez świadczeniodawcę, który stanowi podstawę ubiegania się o zwrot poniesionych przez niego kosztów w ramach realizacji świadczeń. Okresami rozliczeniowymi świadczeniodawców i Oddziału Woj. NFZ są okresy miesięczne. Ponieważ refundacje stanowią bardzo znaczący punkt wydatków budżetu, kontrola wydatków na ten cel ma priorytetowe znaczenie dla ogólnego stanu finansowego NFZ.

Aby zapoznać się z listą rachunków refundacyjnych należy z głównego okna portalu SZOI wybrać zakładkę *Sprawozdawczość* a następnie *Raporty refundacyjne (medyczne)*:



Rys. 11.13 Rachunki refundacyjne (medyczne)

Lista rachunków refundacyjnych składa się z następujących kolumn:

- **Daty przesłania**
- **Źródła**
- **Nazwy pliku / Nr według SIKCH / Nr według świadczeniodawcy**
- **Statusu**
- **Roku / Okresu**
- **Typu**
- **Nr umowy / Nr pierwotnego umowy**
- **Wartości rachunku**
- **Operacji**

Aby zaimportować nową pozycję do systemu należy skorzystać z opcji **Dodawanie rachunku**.
W pierwszej kolejności operator systemy musi przy pomocy opcji **Przeglądaj** wybrać odpowiedni plik, który ma zostać zaimportowany:

Rys. 11.14 Dodawanie rachunku medycznego - Plik raportu

Po wskazaniu pozycji, która ma zostać zaimportowana do systemu można przejść do *Podsumowania dodawania rachunku* przy pomocy opcji **Dalej**:

Rys. 11.15 Dodawanie rachunku medycznego - Podsumowanie

Nowo dodana pozycja pojawi się na liście rachunków.

Rachunki w portalu SZOI mogą otrzymać następujące statusy:

- **Wprowadzony** - Dokument zaimportowany / utworzony ręcznie z szablonu / wprowadzony ręcznie bez szablonu
- **Sprawdzony – oczekuje na korektę"** – wystąpi jeżeli po wystawieniu rachunku świadczeniodawca coś skorygował, lub Oddział Wojewódzki wykrył błędy w produktach
- **Przesłany** – taki status otrzyma pozycja, która została wczytana do systemu
- **Do zatwierdzenia** – pozycja oczekuje na zaksięgowanie
- **Zatwierdzony** – pozycja zatwierdzona przez OW NFZ
- **Błąd importu** – taki status informuje operatora systemu, że podczas importu do oddziałowego systemu informatycznego wystąpiły jakieś błędy
- **Usunięty** – jeżeli wybrana pozycja rachunku została usunięta przez pracownika OW NFZ
- **Odrzucony** –każda pozycja odrzucona przez pracownika OW NFZ
- **Usunięty** przez świadczeniodawcę

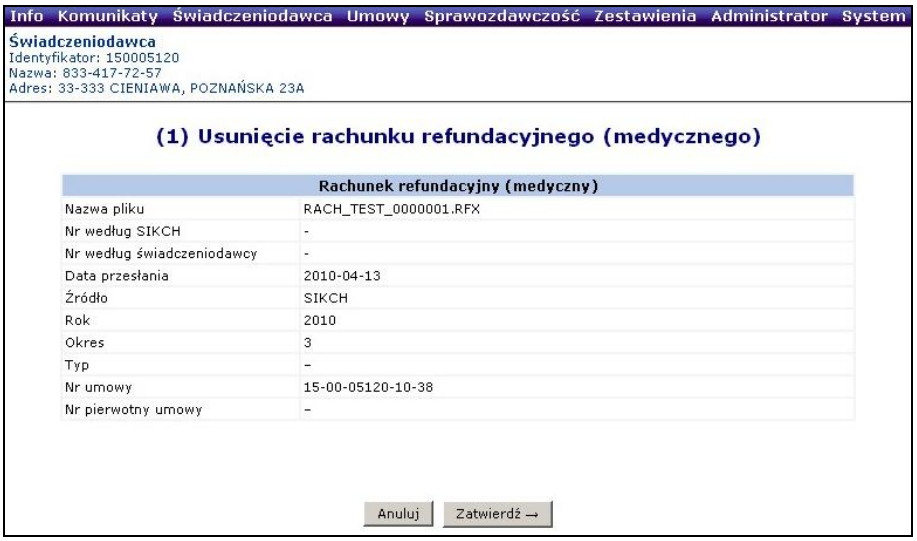
Dla każdej pozycji znajdującej się w systemie istnieje możliwość pobrania **Potwierdzenia PDF**. W pierwszej kolejności operator świadczeniodawcy musi potwierdzić generację pliku PDF przy pomocy opcji **Dalej**:

Rys. 11.16 (1) Pobieranie potwierdzenia przesłania raportu

Następnie system rozpocznie generację pliku. Po jego wygenerowania będzie można go pobrać przy pomocy opcji **Pobierz plik**:

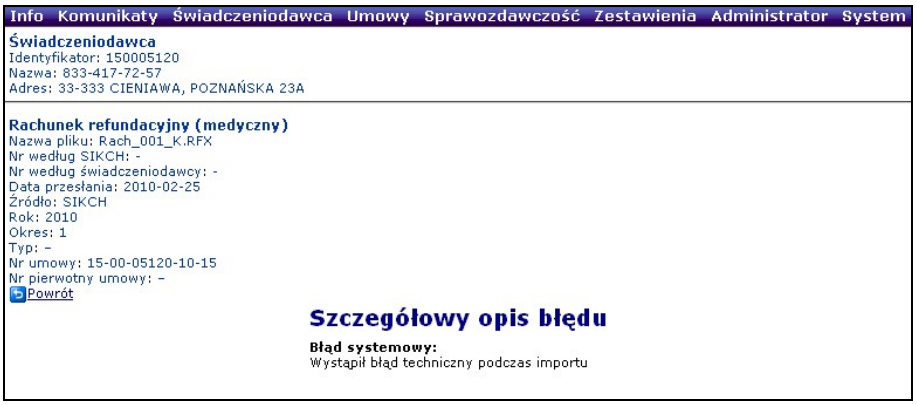
Rys. 11.17 (2) Dodawanie rachunku medycznego

Pozycje o statusie **Przesłany** oraz **Do zatwierdzenia** można **Usunąć**:



Rys. 11.18 Usunięcie rachunku refundacyjnego

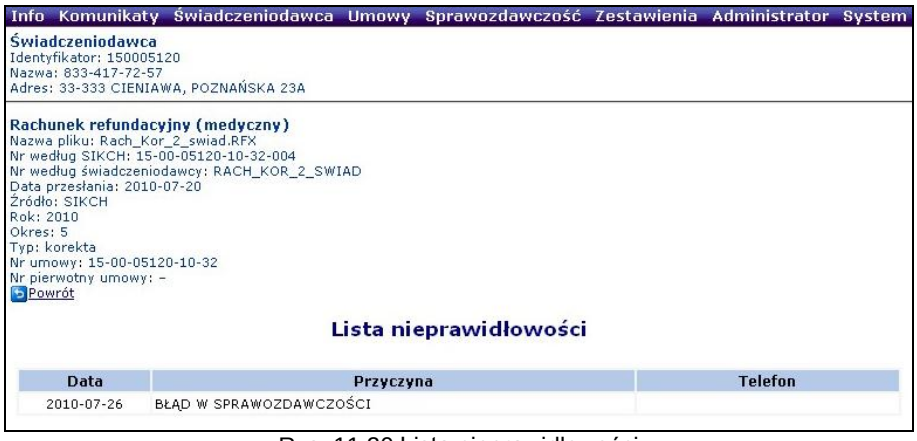
Jeżeli podczas importu do informatycznego systemu OW NFZ wystąpią jakieś błędy w kolumnie ***Status*** pojawi się opcja **Pokaż szczegóły**, dzięki której można zapoznać się z odpowiednim błędem:



Rys. 11.19 Szczegółowy opis błędu importu

Dla pozycji rachunków, dla których pracownicy OW NFZ mają jakieś zastrzeżenia pojawi się opcja **Nieprawidłowości** dostępna w kolumnie *Status*. Po jej wybraniu pojawi się *Lista nieprawidłowości,* na której znajdować się będą następujące informacje:

- **Datę** wystawienia nieprawidłowości
- **Przyczynę**
- **Telefon** kontaktowy

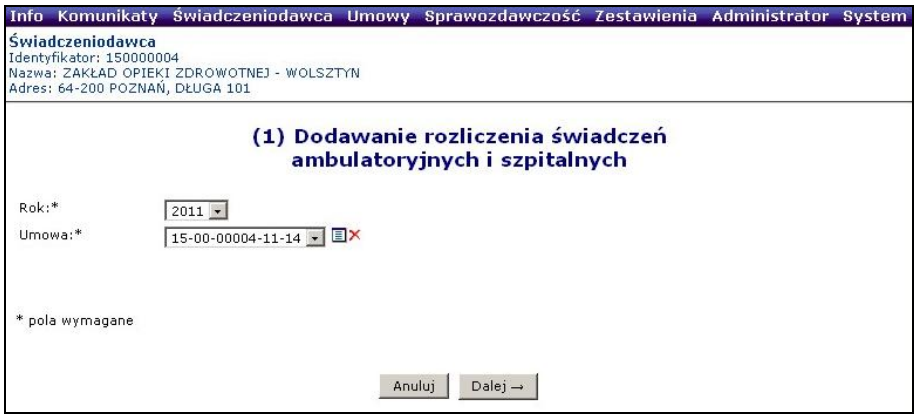


Rys. 11.20 Lista nieprawidłowości

11.8 Żądanie rozliczenia *NOWOŚĆ*

Funkcjonalność dostępna w części **Sprawozdawczość -> Żądanie rozliczenia** pozwala na przekazanie do NFZ komunikatów statystycznych o wykonanych przez świadczeniodawcę świadczeń medycznych.

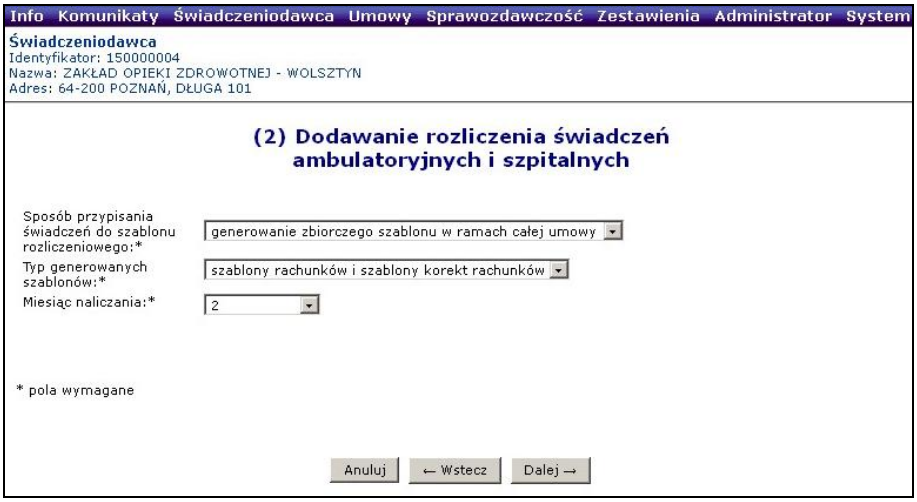
Dodanie żądania rozliczenia wykonuje się poprzez użycie opcji **Dodawanie żądania rozliczenia świadczeń**. Po jej wybraniu następuje przejście do poniższego okna:



Rys. 11.21 Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

W pierwszej kolejności operator systemu musi podać:

- **Rok**
- **Umowę**



Rys. 11.22 Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

W drugim etapie użytkownik musi podać:

- Sposób przepisania świadczeń do szablonu rozliczeniowego
  - **generowanie zbiorcze szablonu w ramach całej umowy** (z wyłączeniem świadczeń, które domyślnie powinny być wskazane do rozliczenia osobnym szablonem, np.: pacjenci UE) – wygenerowany szablon rachunku będzie zawierał informacje o rozliczeniu pozycji z wszystkich punktów umowy, dla których przekazano pozytywnie zweryfikowane dane statystyczne przed wskazaniem świadczeń do naliczenia.
  - **generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy** – dla każdego punktu umowy i okresu rozliczeniowego generowany będzie oddzielny szablon rachunku.
- Typ generowanych szablonów
  - szablony rachunków i szablony korekt rachunków
  - tylko szablony korekt rachunków
- Miesiąc naliczania
  - Jeżeli użytkownik poda niewłaściwy miesiąc naliczania system przerwie procedurę zlecania z informacją dla świadczeniodawcy, iż wybrał zły miesiąc
  - Jeżeli użytkownik poda prawidłowy miesiąc, ale większy w stosunku do ostatniego miesiąca minimum o jeden miesiąc otrzyma komunikat z informacją, że miesiące które nie zostały wybrane do tej pory (pominięte) nie będą mogły być nigdy naliczone.

W przypadku:

- umów od roku 2010, posiadających tylko limitowane punkty, system zastosuje schemat rozliczeniowy zgodny ze schematem zdefiniowanym na poziomie nagłówka umowy

- umów od roku 2010, posiadających tylko nielimitowane punkty, system zastosuje schemat rozliczeniowy, roczny niezależnie od schematu zdefiniowanego na poziomie nagłówka umowy

- umów od roku 2010, posiadających limitowane i nielimitowane punkty, system umożliwi wybór schematu rozliczeniowego, wg którego będzie przetwarzane żądanie rozliczenia:
  - rocznego - dla nielimitowanych punktów
  - schematu zdefiniowanego na poziomie nagłówka umowy – dla limitowanych punktów umowy

- umów sprzed roku 2010, system wyznaczy listę różnych schematów rozliczeniowych przyporządkowanych na poziomie poszczególnych punktów umowy, przy czym nielimitowane punkty będą traktowane jako punkty umowy ze schematem rozliczeniowym rocznym. W przypadku, gdy wyznaczona w ten sposób lista schematów będzie zawierała więcej niż jedną pozycję, operator będzie miał możliwość wyboru schematu, według którego będzie przetwarzane żądanie rozliczenia.

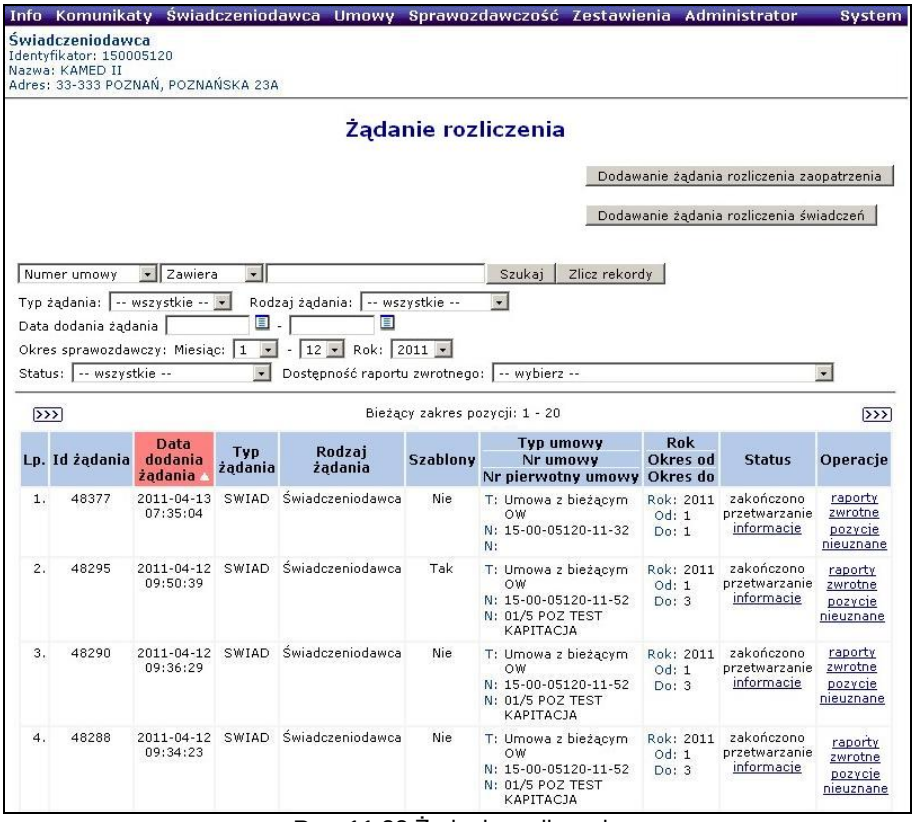
Po wybraniu schematu rozliczeniowego, w przypadku dodawania żądania rozliczenia do umów sprzed roku 2010, posiadających punkty z różnymi schematami rozliczenia, system wyświetli na karcie podsumowania tabelę z listą punktów umowy, które posiadają wybrany schemat rozliczeniowy i będą brane pod uwagę przez procedurę przetwarzającą żądania rozliczeń. Tabela ta składa się z następujących kolumn - numer punktu umowy, kod zakresu świadczeń, nazwa zakresu świadczeń.

Podczas dodawania żądania rozliczenia, w okresie od 14 do przedostatniego dnia bieżącego miesiąca, na karcie z wyborem miesiąca naliczania kreatora ” Dodawanie rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych”, w przypadku braku zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie wyświetlony komunikat informacyjny dla świadczeniodawcy o braku zgody na wcześniejsze rozliczenie bieżącego miesiąca.

Podczas dodawania żądania rozliczenia z miesiącem naliczania zgodnym z bieżącym miesiącem, wynikającym z aktualnej daty, w okresie od 14 do przedostatniego dnia tego miesiąca, przy obecności zgody na wcześniejsze rozliczenie, zostanie dokonane sprawdzenie czy została zaimportowana i poprawnie zweryfikowana przynajmniej jedna pozycja rozliczeniowa należąca do raportu statystycznego za okres odpowiadający miesiącowi naliczenia. W przypadku braku pozycji rozliczeniowych spełniających w/w kryteria, zostanie wyświetlony następujący komunikat ostrzeżenia informujący operatora SZOI o tym fakcie:

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

Ostatnim etapem jest **Zatwierdzenie** *Podsumowania*.



Rys. 11.23 Żądanie rozliczenia

Po zakończeniu przetwarzania żądania rozliczenia na serwerze NFZ i wykonaniu weryfikacji merytorycznej Oddział NFZ generuje zwrotny komunikat rozliczeniowy zawierający szablony rachunków refundacyjnych.

W przypadku numeru zlecenia będącego wnioskiem o zaopatrzenie, rok potwierdzenia zlecenia zostanie wyznaczony z daty zatwierdzenia wniosku do realizacji.

W przypadku numeru zlecenia będącego kartą zaopatrzenia, rok potwierdzenia zlecenia zostanie wyznaczony z daty realizacji/wydania środka pomocniczego.

Powyżej wyznaczony rok jest dodatkowym kryterium podziału decydującym o tym, w jakim szablonie rachunku zostanie umieszczone rozliczenie danej pozycji raportu – wszystkie pozycje raportu z danym rokiem potwierdzenia zostaną umieszczone w osobnym szablonie. Wszystkie szablony rachunków będą posiadały rok zgodny z rokiem obowiązywania umowy, w ramach której zostało przetworzone żądanie rozliczenia, a okres będzie zgodny z wybranym miesiącem naliczania podczas dodawania żądania rozliczenia z poziomu portalu SZOI.

Ogólnie można powiedzieć, że dla żądań rozliczenia zaopatrzenia w przypadku, gdy karta ,wniosek zostały zatwierdzone w roku poprzednim np. 2010 a rozliczone w obecnym 2011 to wygenerowane zostaną dwa szablony dla jednego żądania rozliczenia danego okresu. Oczywiście sytuacja taka mam miejsce jeśli są inne produkty do rozliczenia z 2011 roku.

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

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

dla świadczeniodawcy o braku zgody na wcześniejsze rozliczenie bieżącego miesiąca.

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

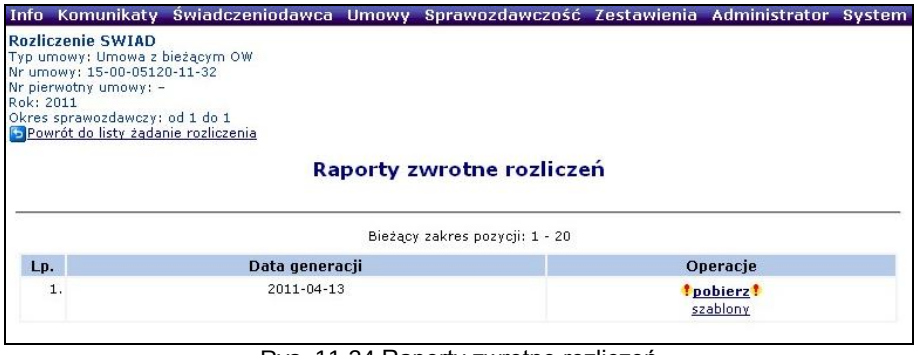
Dla żądań rozliczenia zaopatrzenia, które nie mogą zostać zakończone pozytywnie z powodu założenia blokady na umowę po stronie OW NFZ, wyświetlony zostanie następujący komunikat, informujący o fakcie zablokowania umowy bądź okresu w zależności od poziomu, na którym została założona blokada:

„[SQL0438] Zablokowany okres nr 2 w umowie nr 15-00-05205-11-57”

Świadczeniodawca może pobrać raport zwrotny z poziomu okna *Żądanie rozliczenia* w kolumnie **Operacje** używając opcji **Raporty zwrotne** (raport zwrotny będzie dostępny, gdy w kolumnie ***Status widoczna*** będzie informacja **Zakończono przetwarzanie**).

Po wyświetleniu okna ***Raporty zwrotne rozliczeń*** możliwe jest:

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



Rys. 11.24 Raporty zwrotne rozliczeń

Po wybraniu tej opcji należy pobrać raport i zapisać go w bezpiecznym miejscu na dysku, a następnie zaimportować do aplikacji służącej do rozliczeń z NFZ, aby możliwe było sprawdzenie wyników weryfikacji rozliczenia oraz utworzenie rachunków.

Rys. 11.25 Pobieranie raportu zwrotnego rozliczenia

2. Przeglądanie szablonów rachunków wygenerowanych w ramach bieżącego raportu zwrotnego poprzez opcję **Szablony**. Wybór tej opcji spowoduje otwarcie okna ***Szablony rachunków*****:**

Rys. 11.26 Szablony rachunków

W poniższym oknie dostępne są następujące informacje:

- **Pozycje rachunku** - umożliwia podgląd pozycji, które zostaną zawarte w rachunku refundacyjnym
- **Usuń** - usunięcie szablonu rachunku

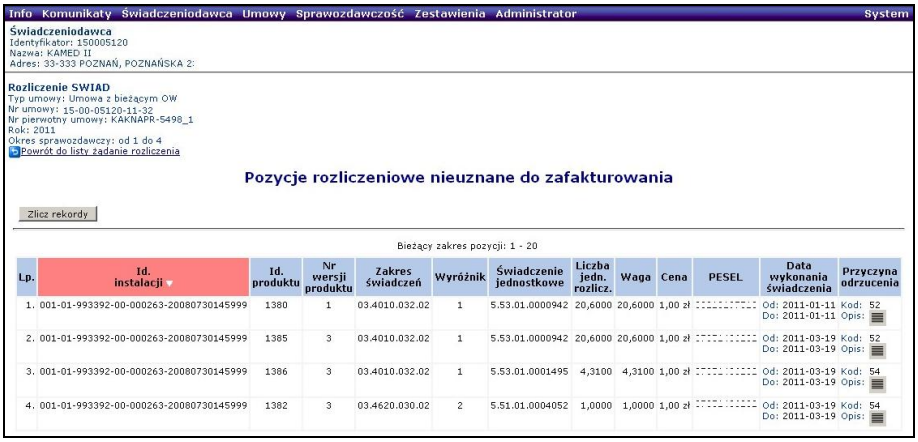
Uwaga!
Operacja usunięcia szablonu jest czynnością nieodwracalną (nie można cofnąć usunięcia szablonu). Dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę przy jej wykonywaniu.

‚Jeżeli w oknie **Rozliczanie zaopatrzenia** w kolumnie **Status** widoczna będzie informacja ***Błąd. Pokaż szczegóły*** świadczeniodawca może wyświetlić błędy przetwarzania.

Rys. 11.27 Szczegółowy opis błędu

W raporcie rozliczeniowym dla żądań rozliczenia dla komunikatu SWIAD umieszczono dodatkowo pozycje rozliczeniowe nieskorygowane, nierozliczone negatywnie zweryfikowane z okresów sprawozdawczych objętych rozliczeniem (pierwszy miesiąc okresu rozliczeniowego – miesiąc naliczenia).

W kolumnie *Operacje* wprowadzono nową opcję **Pozycje nieuznane**, która umożliwia przejście do okna *Pozycje rozliczeniowe nieuznane do zafakturowania*:

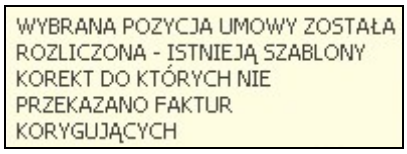


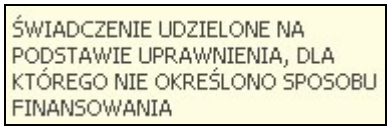
Rys. 11.28 Pozycje rozliczeniowe nieuznane do zafakturowania

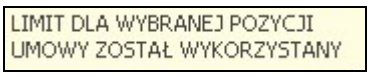
W zestawieniu są uwzględnione pozycje rozliczeniowe należące do następujących zbiorów w momencie przetworzenia żądania rozliczenia:

a) pozycje rozliczeniowe nieskorygowane, nierozliczone, negatywnie zweryfikowane z okresów sprawozdawczych objętych rozliczeniem (pierwszy miesiąc okresu rozliczeniowego – miesiąc naliczenia (powód nieuznania – negatywny wynik weryfikacji)
b) pozycje rozliczeniowe nieskorygowane, nierozliczone, pozytywnie zweryfikowane z okresów sprawozdawczych objętych rozliczeniem (pierwszy miesiąc okresu rozliczeniowego – miesiąc naliczenia, które nie zostały umieszczone w szablonie rachunku
c) pozycje rozliczeniowe rozliczone kandydujące do umieszczenia w szablonie korygującym, nie umieszczone fizycznie w szablonie korygującym, wskutek braku w systemie zatwierdzonego rachunku pierwotnego

Aby zapoznać się z powodem nieuznane pozycji należy najechać kursorem myszki na ikonę dostępną w kolumnie **Przyczyna odrzucenia**:







11.9 Raporty statystyczne ZPX

Obszar **Sprawozdawczo**ść**/Zaopatrzenie** umożliwia przekazywanie informacji dotyczących rozliczania świadczeń w rodzaju zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

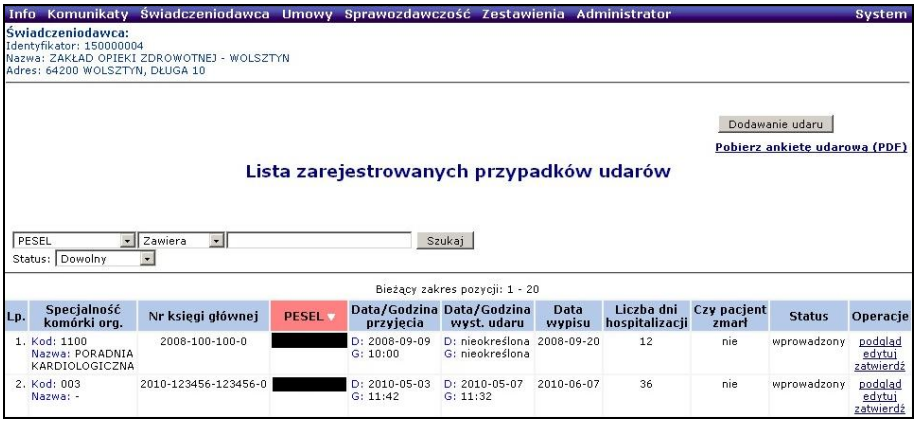
Opcja **Sprawozdawczość / Zaopatrzenie / Raporty statystyczne ZPX** pozwala na przekazanie do NFZ komunikatów statystycznych o wykonanych przez realizatora zaopatrzenia świadczeń z rodzaju ZPO w postaci plików ZPX. Operacje wgrania i obsługi pliku ZPX (oraz obsługi raportu zwrotnego ZPZ) są analogiczne jak opisane we wcześniejszych rozdziałach. Przesłanie plików ZPX na serwer dostępowy wykonuje się za pomocą operacji **Dodawanie pozycji**. Wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna dodawania pliku, w którym należy wskazać ścieżkę dostępu do wysyłanego pliku.

W przypadku, gdy operator NFZ udostępni świadczeniodawcy pliki raportów zwrotnych do przesłanego pliku raportu statystycznego lub listy POZ w systemie SZOI wyświetlona zostanie opcja **Pokaż**.
Opcja umożliwia przeglądanie listy wszystkich raportów zwrotnych wygenerowanych dla pliku.

Na poziomie importu raportu ZPX dokonywana jest weryfikacja okresu sprawozdawczego. Dla komunikatów, które nie będą mogły być importowane ze względu na założone blokady, zostanie zgłoszony błąd mówiący o fakcie zablokowania umowy lub okresu w zależności od poziomu na którym została założona blokada: ***„[SQL0438] Zablokowany okres nr 2 w umowie nr 15-00-05205-11-57”***

12 PRZYPADKI UDARÓW

Okno ***Lista zarejestrowanych przypadków udarów*** zawiera informacje na temat wszystkich wprowadzonych do systemu przypadków udarów jakie zostały zarejestrowane u danego świadczeniodawcy.



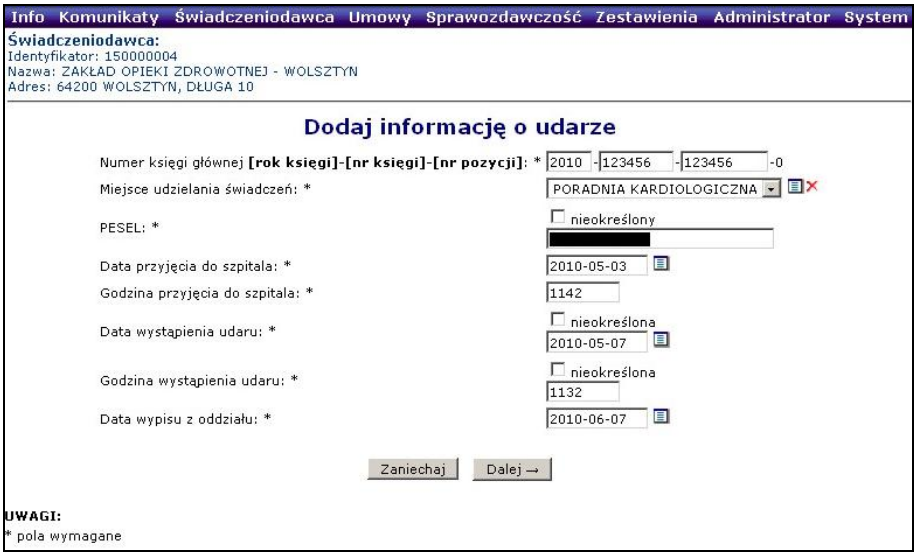
Rys. 12.1 Lista zarejestrowanych przypadków udarów

Lista przypadków udarów wyświetlana jest w postaci tabeli zawierającej następujące informacje:

- **Specjalność komórki organizacyjnej** – VIII część kodu resortowego oraz nazwa specjalności komórki, w której dany przypadek został zarejestrowany
- **Numer księgi głównej -** składający się z roku księgi, numeru księgi, pozycji w księdze oraz numeru noworodka
- **PESEL** pacjenta
- **Data / Godzina przyjęcia**
- **Data / Godzina wystąpienia udaru**
- **Data wypisu**
- **Liczba dni hospitalizacji -** wyliczana automatycznie na podstawie daty przyjęcia i daty wypisu
- **Czy pacjent zmarł** - w przypadku zgonu data wypisu jest również datą zgonu pacjenta
- **Status**
- **Operacje**

12.1 Dodawanie nowego udaru

Wybranie opcji **Dodawanie udaru** pozwala na wprowadzenie nowego wiersza na listę. Operacja ta odbywa się w kilku krokach. Wszystkie pola oznaczone * muszą zostać uzupełnione.



Rys. 12.2 Dodawanie informacji o udarze

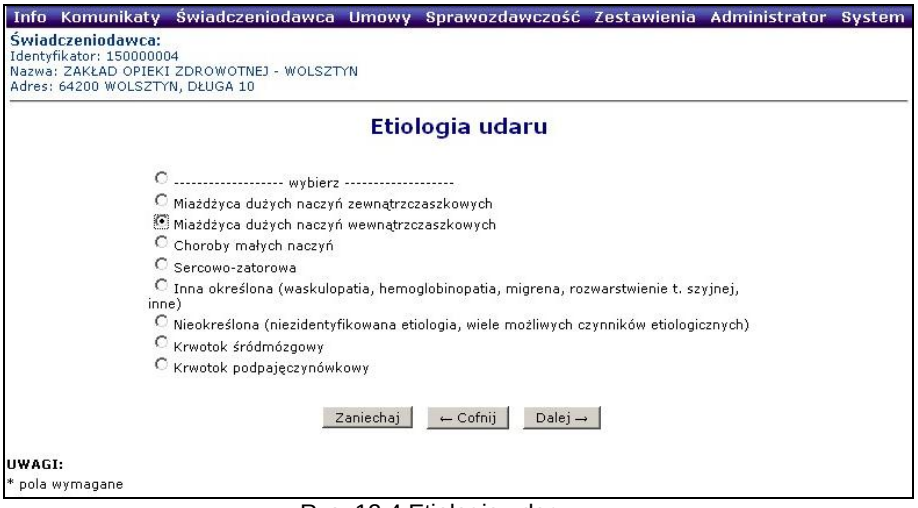
W powyższym oknie należy uzupełnić:

- **Numer księgi głównej** pacjenta,
- **Miejsce udzielania świadczeń**, w którym ten przypadek został zarejestrowany. Jest ono wybierane jest ze słownika miejsc świadczeniodawcy znajdujących się w aktualnych umowach.
- **PESEL** pacjenta lub w przypadku, gdy nie jest znany zaznaczyć opcję **nieokreślony**,
- **Datę przyjęcia do szpitala**,
- **Godzinę przyjęcia do szpitala** (należy podać w formacie *godzinaminuta bez odstępu*)
- **Datę wystąpienia udaru**, lub w przypadku, gdy nie jest znana zaznaczyć opcję **nieokreślona**
- **Godzinę wystąpienia udaru** (należy podać w formacie *godzinaminuta bez odstępu*), lub w przypadku, gdy nie jest znana zaznaczyć opcję **nieokreślona**
- **Datę wypisu z oddziału**

Aby przejść do kroku drugiego, należy wybrać opcję **Dalej**, w którym należy uzupełnić odpowiednie rozpoznanie wg ICD-10:

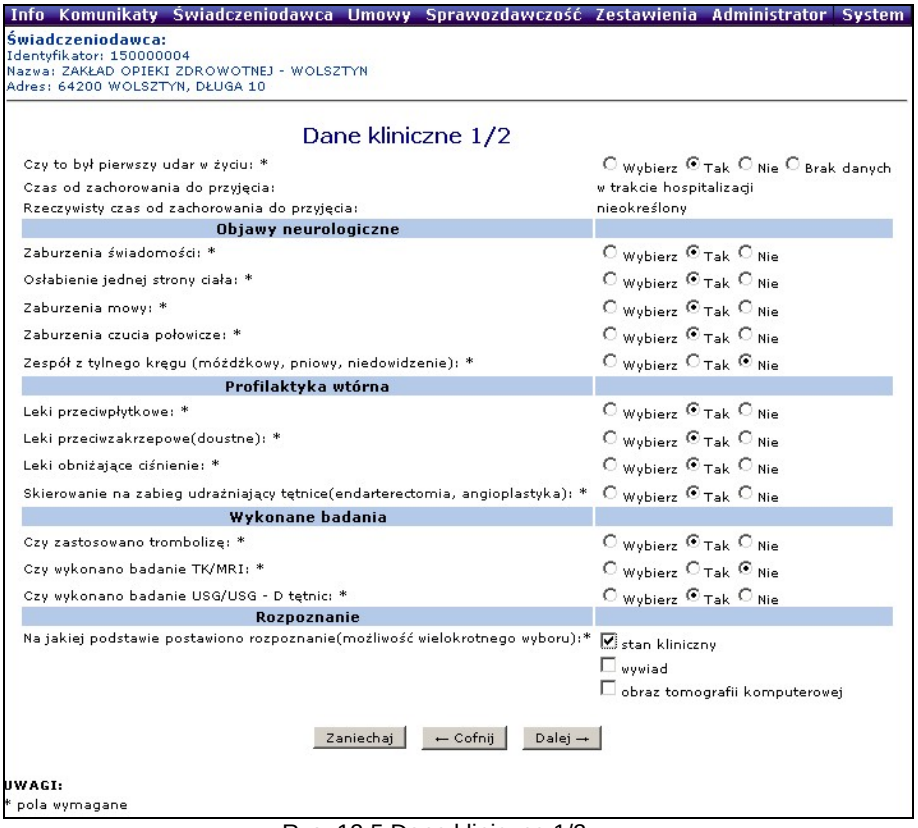
Rys. 12.3 Rozpoznanie wg ICD-10

W kroku trzecim, należy wybrać jedną z pozycji dotyczących *Etiologii udaru:*



Rys. 12.4 Etiologia udaru

Następny krok zawiera szereg pytań o dane kliniczne udaru:

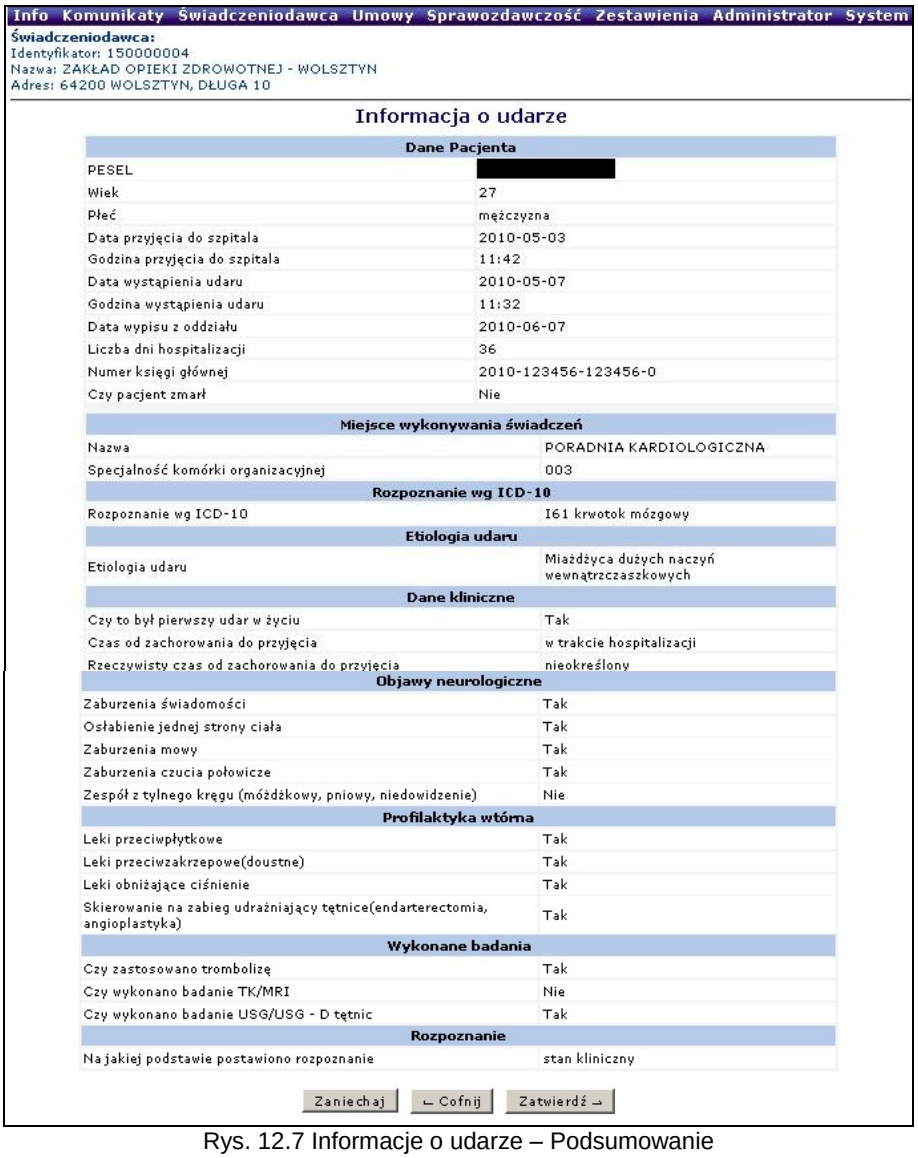


Rys. 12.5 Dane kliniczne 1/2

Druga część pytań o dane kliniczne zawiera informację o śmierci pacjenta. W przypadku udzielenia odpowiedzi '**Tak**' pojawi się pole pozwalające wprowadzić przyczynę zgonu z listy rozwijalnej.

Rys. 12.6 Dane kliniczne 2/2

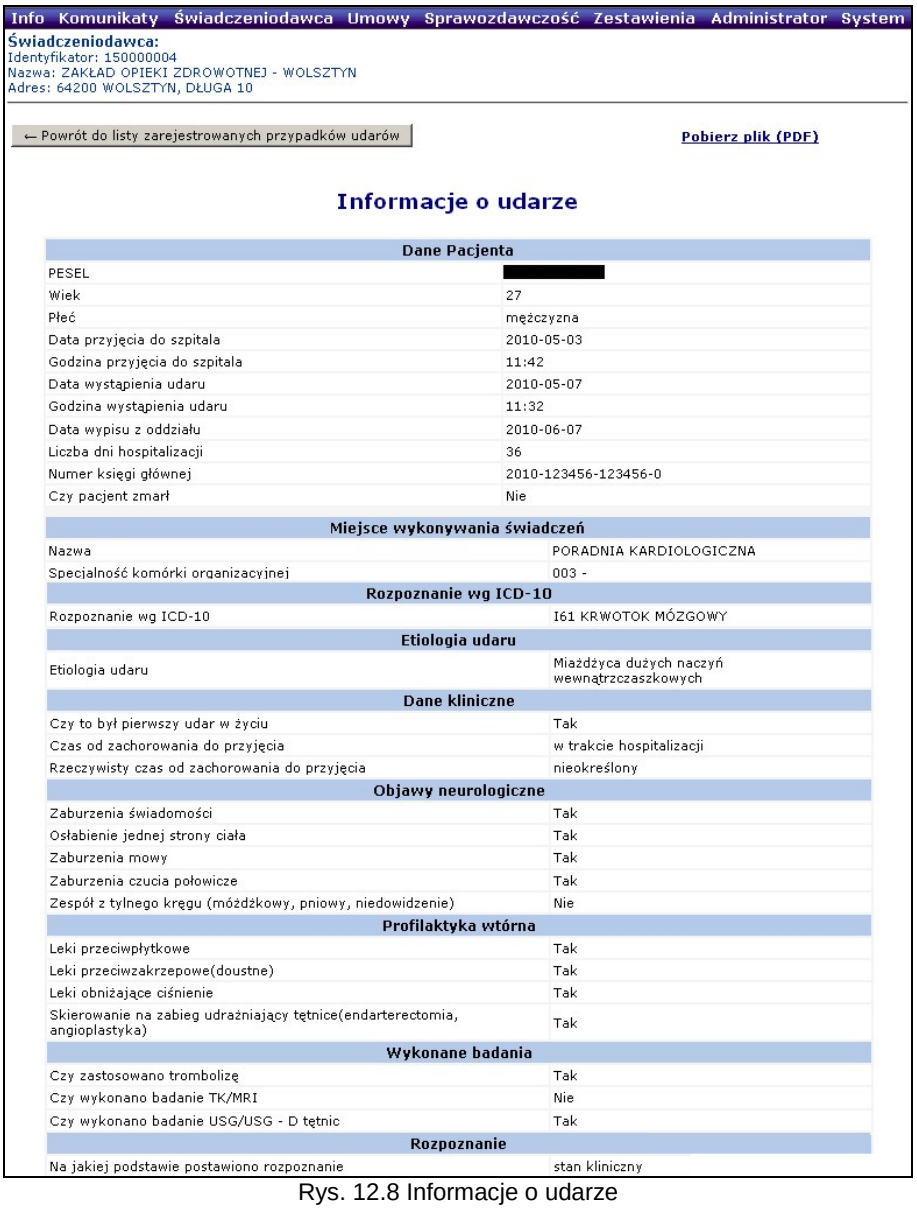
Po kliknięciu przycisku **Dalej**, wyświetli się okno podsumowania, zawierające wszystkie do tej pory wprowadzone informacje. Po zweryfikowaniu ich poprawności należy wybrać opcję **Zatwierdź** – informacje zostaną zapisane, a na liście znajdzie się kolejny wpis.



Rys. 12.7 Informacje o udarze – Podsumowanie

12.2 Przeglądanie informacji o udarze

Wybranie opcji **Podgląd** (dostępnej w kolumnie *Operacje*) otwiera nową stronę przeglądarki. Jest to okno *Informacji o udarze,* udostępniające dane na temat pacjenta, jego objawów oraz leczenia.



Info Komunikaty Świadczeniodawca Umowy Sprawozdawczość Zestawienia Administrator System

Świadczeniodawca:
Identyfikator: 150000004
Nazwa: ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - WOLSZTYN
Adres: 64200 WOLSZTYN, DŁUGA 10

← Powrót do listy zarejestrowanych przypadków udarów

Pobierz plik (PDF)

Informacje o udarze

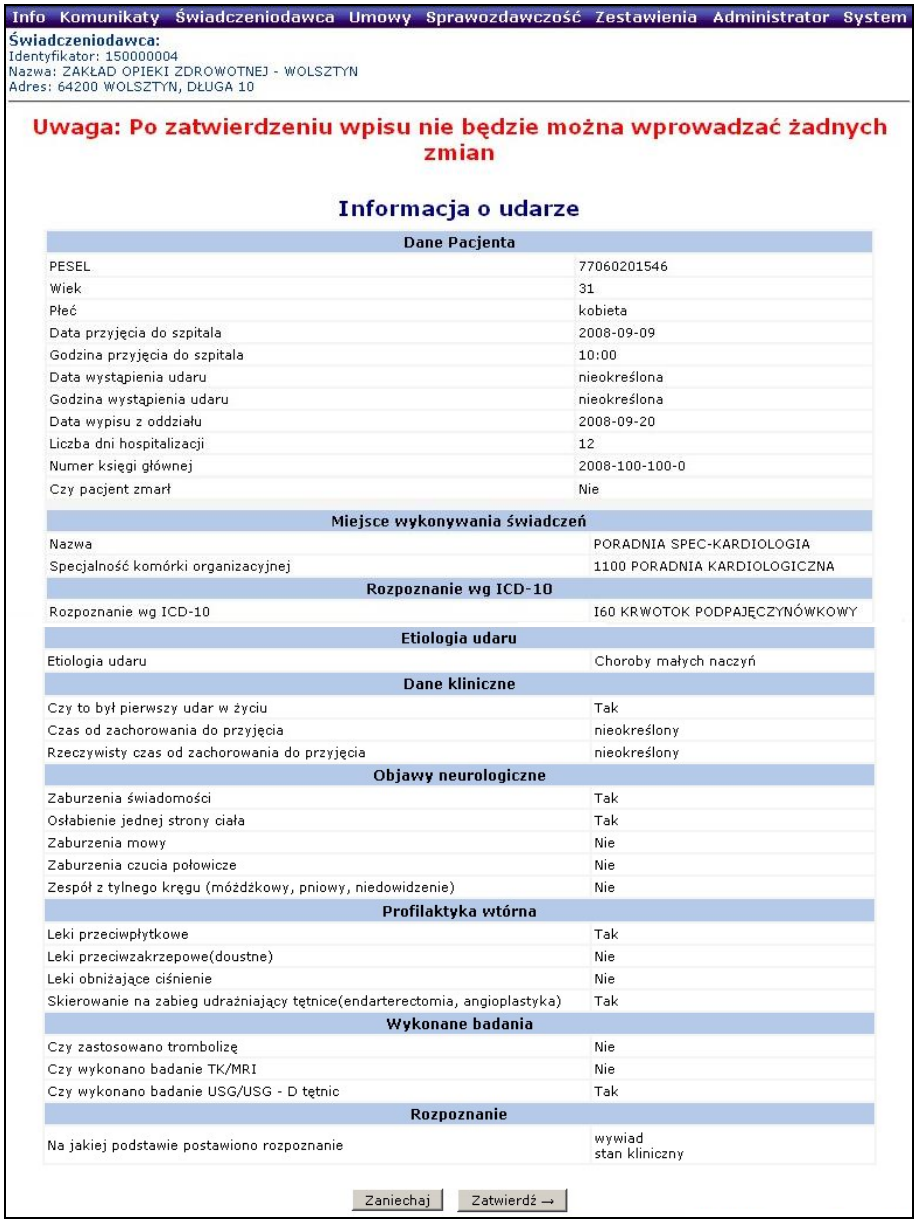
Dane Pacjenta	
PESEL	[redacted]
Wiek	27
Płeć	mężczyzna
Data przyjęcia do szpitala	2010-05-03
Godzina przyjęcia do szpitala	11:42
Data wystąpienia udaru	2010-05-07
Godzina wystąpienia udaru	11:32
Data wypisu z oddziału	2010-06-07
Liczba dni hospitalizacji	36
Numer księgi głównej	2010-123456-123456-0
Czy pacjent zmarł	Nie
Miejsce wykonywania świadczeń	
Nazwa	PORADNIA KARDIOLOGICZNA
Specjalność komórki organizacyjnej	003 -
Rozpoznanie wg ICD-10	
Rozpoznanie wg ICD-10	I61 KRWOTOK MÓZGOWY
Etiologia udaru	
Etiologia udaru	Miażdżyca dużych naczyń wewnątrzczaszkowych
Dane kliniczne	
Czy to był pierwszy udar w życiu	Tak
Czas od zachorowania do przyjęcia	w trakcie hospitalizacji
Rzeczywisty czas od zachorowania do przyjęcia	nieokreślony
Objawy neurologiczne	
Zaburzenia świadomości	Tak
Osłabienie jednej strony ciała	Tak
Zaburzenia mowy	Tak
Zaburzenia czucia połowicze	Tak
Zespół z tylnego kręgu (móżdżkowy, pniowy, niedowidzenie)	Nie
Profilaktyka wtórna	
Leki przeciwpłytkowe	Tak
Leki przeciwzakrzepowe(doustne)	Tak
Leki obniżające ciśnienie	Tak
Skierowanie na zabieg udrażniający tętnice(endarterectomia, angioplastyka)	Tak
Wykonane badania	
Czy zastosowano trombolizę	Tak
Czy wykonano badanie TK/MRI	Nie
Czy wykonano badanie USG/USG - D tętnic	Tak
Rozpoznanie	
Na jakiej podstawie postawiono rozpoznanie	stan kliniczny

Rys. 12.8 Informacje o udarze

Opcja Pobierz plik (PDF) umożliwia zapis danych udaru do pliku PDF.

12.3 Zatwierdzanie informacji o udarze

W celu zatwierdzenia wprowadzonego przypadku udaru należy z kolumny *Operacje* wybrać link **Zatwierdź**. Status '**zatwierdzony**' oznacza, że informacje o udarze są kompletne i zweryfikowane oraz nie podlegają dalszej modyfikacji.



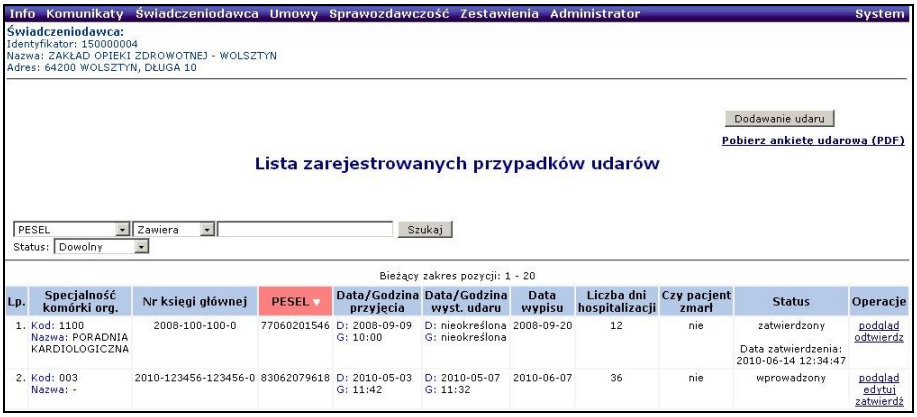
Rys. 12.9 Zatwierdzanie przypadku udaru

UWAGA!!!
Po zatwierdzeniu przypadku udaru nie będzie można wprowadzać zmian.

W przypadku rezygnacji z wykonania operacji należy wybrać opcję **Zaniechaj.**

12.4 Odtwierdzanie informacji o udarze

Przy pomocy opcji **Odtwierdź** dostępnej w kolumnie *Operacje,* można odtwierdzić wybraną ankietę udarową.



Rys. 12.10 Lista zarejestrowanych udarów

Powyżej opisana opcja, dostępna jest tylko dla pozycji, które nie zostały przekazane do Instytutu Psychoterapii i Neurologii.

12.5 Konta bankowe - Wnioski

W Portalu SZOI świadczeniodawca może także ustalać oraz dokonywać zmian rachunków bankowych, na które Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje środki pieniężne. Funkcjonalność ta może znacznie usprawnić świadczeniodawcy współpracę z Oddziałem Wojewódzkim, dzięki temu np. zainteresowany podmiot znacznie szybciej uzyska aneks do umowy zmieniający dane konto bankowe.
Procedura ustalania oraz modyfikacji konta bankowego przez świadczeniodawcę jest następująca:

1) Rachunek bankowy, na który przesyłane są przez NFZ środki pieniężne dla danego świadczeniodawcy, wynika z zawartej pomiędzy nimi umowy.
2) Po zawarciu umowy, pracownicy Oddziału Wojewódzkiego wprowadzają, sprawdzają i zatwierdzają numer rachunku bankowego w oddziałowym systemie informatycznym, gdzie dokonywana jest także weryfikacja poprawności wprowadzonego rachunku bankowego z umową w wersji pisemnej
3) Zmiana rachunku bankowego następuje na wniosek świadczeniodawcy w formie aneksu do umowy, podpisanego przez osoby reprezentujące strony w umowie. W przypadku zmiany osób reprezentujących, świadczeniodawca jest zobowiązany do przedstawienia oryginału lub kopii właściwych dokumentów w tym zakresie, potwierdzających zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego lub adwokata
4) Podpisanie aneksu przez świadczeniodawcę następuje w Oddziale Wojewódzkim, po wcześniejszej weryfikacji tożsamości i posiadanych uprawnień do reprezentowania świadczeniodawcy przez osoby podpisujące
5) Dopuszcza się podpisanie aneksu przez świadczeniodawcę poza siedzibą jednostki, pod warunkiem, że zostanie potwierdzona autentyczność podpisów i posiadanych uprawnień do reprezentowania świadczeniodawcy osób podpisujących
6) Po dokonaniu powyższych czynności, osoby upoważnione jednostki wprowadzają, sprawdzają i zatwierdzają aneks zmieniający rachunek bankowy w oddziałowym systemie informatycznym
7) Jeżeli wszystkie wcześniej opisane czynności przebiegły prawidłowo Oddział Wojewódzki począwszy od dnia ustalonego w aneksie do umowy, przesyła środki pieniężne na nowy numer rachunku bankowego. Dokumenty będące podstawą zmiany rachunku bankowego dołącza się do dokumentów źródłowych

W pierwszym module ***Wniosków o ustalenie*** operator systemu może dodawać wnioski o zmianę konta bankowego oraz dokonywać modyfikacji na już wprowadzonej pozycji.
W górnej części głównego okna *Listy wniosków o zmianę numeru konta bankowego* znajdują się następujące filtry umożliwiające operatorowi wyszukanie danego wniosku wg. następujących kryteriów:

- **Numerze wniosku**
- **Rodzaju wniosku**
- **Statusie**
- **Dacie wprowadzenia**

Rys. 12.11 Lista wniosków o zmianę numeru konta bankowego

Do wprowadzania nowej pozycji wniosku do systemu służy opcja **Dodaj wniosek**. Istnieją trzy rodzaje wniosków związanych z ustalaniem / zmianą nr konta bankowego podmiotu:

a. Ustalenie / zmiana konta bankowego do rozliczeń **poza umową**

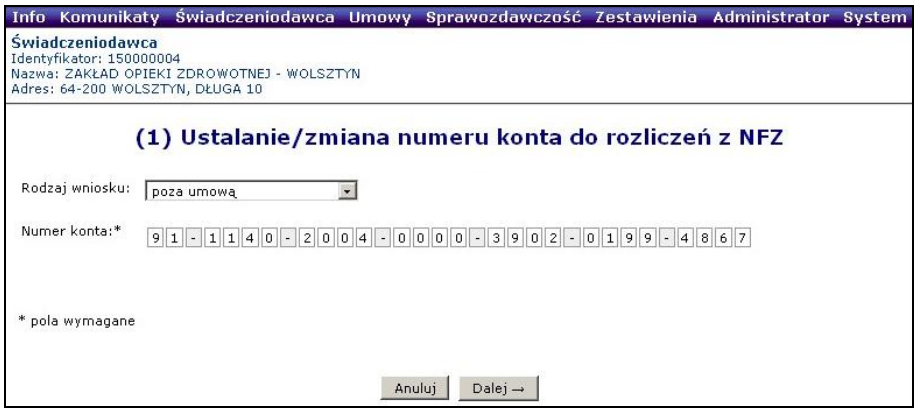
b. Ustalenia / zmiana konta bankowego do prowadzenia rozliczeń **w ramach przyszłej umowy**. W tym przypadku konieczne jest wskazanie dodatkowych danych wyznaczających obszar działania wniosku:

- **Rok**
- **Typ umowy** (Słownik na dany rok)

c. Zmiana konta bankowego w ramach **obowiązującej umowy** – wniosek ten wymaga wskazania dodatkowych danych wyznaczających obszar działania wniosku:

- **Nr umowy**

W każdym wyżej wymienionych rodzajów wniosków pracownik podmiotu przekazuje informację o koncie bankowym.



Rys. 12.12 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych przez system danych, można przejść do kolejnego okna przy pomocy opcji **Dalej**. W drugim etapie dodawania nowego wniosku o zmianę konta bankowego zostanie wyświetlone *Podsumowanie***,** które należy zatwierdzić:

Rys. 12.13 Zmiana numeru konta do rozliczeń z NFZ - Podsumowanie

Po **Zatwierdzeniu** *Podsumowania* nowy wniosek pojawi się na *Liście wniosków o zmianę numery konta bankowego* i otrzyma status ***Wprowadzony*** widoczną w kolumnie ***Status operacji*.**

Rys. 12.14 Lista wniosków o zmianę numeru konta bankowego

Przy pomocy opcji **Podglądu** można zapoznać się z szczegółowymi informacjami związanymi z daną pozycją wniosku.
Dzięki opcji **Edytuj** świadczeniodawca może dokonać modyfikacji na danym wniosku. Jedyną pozycja wniosku niepodlegającą edycji jest **Rodzaj wniosku**.
Wszystkie wnioski o statusie ***Wprowadzonym*** mogą zostać usunięte przez użytkownika przy pomocy opcji **Anuluj**.

Operator systemu po sprawdzeniu poprawności wprowadzonych danych zmienia status wniosku na ***Przekazany*** przy pomocy opcji **Przekaż**. W tym momencie wniosek zostaje przesłany do odpowiedniego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.
Jednocześnie w systemie może istnieć tylko jeden wniosek danego rodzaju ze statusem **Przekazany**.
Po przekazaniu wniosku do Oddziału Wojewódzkiego świadczeniodawca traci możliwość jego edycji oraz usunięcia jednak udostępniona zostaje funkcja **Wydruku**. Jest ona dostępna dla następujących statusów wniosku:

- ***Przekazany***
- ***Przyjęty***
- ***Odrzucony.***

Dla wniosków o statusie ***Wprowadzony*** i ***Anulowany*** opcja **Wydruk** jest niedostępna.

Następnie użytkownik świadczeniodawcy drukuje wniosek i przekazuje go do podpisania przez osoby upoważnione do reprezentowania. Odpowiedzialna osoba przekazuje wniosek w wersji papierowej, który

został wydrukowany w SZOI z nadanym przez system unikalnym identyfikatorem zgodnie z procedurą NFZ (nadruk na wniosku jednowymiarowego kodu kreskowego z podanym identyfikatorem) do Oddziału Wojewódzkiego**.**

Po przekazaniu wniosku operator oddziałowy sprawdza czy wersja elektroniczna zgadza się z wersją papierową:

- Jeżeli nie – wniosek zostaje oznaczony, jako pozycja **Odrzucona**
- Jeżeli tak – wniosek zostaje **Przyjęty**

Dalsze przetwarzanie wniosku w systemie OW uzależnione jest od jego rodzaju. W przypadku wniosku dotyczącego:

- **Ustalenia / zmiany konta bankowego do prowadzenia rozliczeń poza umową** - przyjęcie wniosku skutkuje:
  - Zaktualizowaniem w systemie oddziałowym informacji o koncie bankowym służącym do prowadzenia rozliczeń poza umową z zapisaniem informacji o dokumencie przesłanym przez podmiot, który wpłynął na ustalenie lub zmianę konta

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

  Po dokonaniu zmiany w umowie jest ona drukowana i przekazywana do podpisania.

- **Zmiany konta bankowego do prowadzenia rozliczeń w ramach wybranej umowy** - przyjęcie wniosku skutkuje:
  - Utworzeniem aneksu, w którym dokonana zostanie zmiana konta bankowego do umowy, której dotyczy wniosek.
  - Następnie aneks jest drukowany i przekazywany do podpisu przez obie strony.

  Powstanie aneksu skutkuje aktualizacją konta bankowego umowie

13 ADMINISTRATOR

Obszar **Administrator** służy do zarządzania listą operatorów uprawnionych do obsługi Portalu SZOI.
Po wykonaniu pierwszego logowania do systemu, w części tej administrator świadczeniodawcy powinien uzupełnić listę operatorów oraz nadać im właściwe uprawnienia. Każdy dodany operator będzie logował się do systemu na własny **login (PIN)** i **hasło**.

Rys. 13.1 Operatorzy

Konto administratora, utworzone przez operatora NFZ, nie powinno być udostępniane osobom trzecim.
Wybór obszaru **Administrator** spowoduje wyświetlenie okna *Operatorzy*.

Dostępne opcje pozwalają na:
- **Dodawanie operatora** – tworzenie nowego operatora obsługującego system
- **Edytuj** – modyfikacja danych operatora oraz włączenie / wyłączenie jego aktywności w systemie
- **Usuń** – usunięcie operatora z systemu. Opcja niedostępna w stosunku do operatorów, którzy wykonywali już pewne operacje w systemie i istnieje dla nich powiązanie z plikiem historii wykonywanych prac.
- **Uprawnienia** – dopisanie uprawnień poszczególnym operatorom.

Lista **Operatorów** wyświetlana jest w postaci tabeli. Dla każdego wiersza tabeli dostępna jest:
- **Obsługa** – kolumna zawierająca dodatkowe opcje edycji lub usunięcia wybranego operatora
- **Login** – kolumna zawierająca nazwę użytkownika systemu, na którą operator loguje się do SZOI. (Kliknięcie w tą nazwę pozwala na przesłanie wiadomości elektronicznej do operatora)
- **Nazwisko** – kolumna zawiera nazwisko i imię operatora
- **Aktw.** - kolumna zawierająca informację o dostępie operatora do systemu:
  zapis "**T**" oznacza, że operator jest aktywny i może obsługiwać system,
  zapis "**N**" - oznacza wyłączenie operatora, operator nie ma dostępu do SZOI
- **Upraw.** – nadawanie uprawnień operatorowi

13.1 Dodawanie (edycja) operatora systemu

Wybór opcji **Dodawanie operatora** lub **Edytuj** spowoduje wyświetlenie okna pozwalającego na wprowadzenie danych o nowej osobie obsługującej system SZOI lub wykonanie modyfikacji danych operatora (w tym wyłączenie operatora).

Rys 13.1 Dodawanie operatora

W oknie *Dodaj operatora* za pomocą gwiazdki (*) zostały zaznaczone wszystkie obowiązkowe do wypełnienia pola:

- **Imię**
- **Nazwisko**
- **Login** - nazwa użytkownika, na którą operator będzie się logował do systemu (nazwa musi posiadać od pięciu do dwudziestu znaków)
- **Hasło** - indywidualne hasło użytkownika, którym operator będzie potwierdzał swoje logowanie do systemu (hasło musi składać się z minimum pięciu znaków – maksymalnie dwudziestu znaków)
- **Potwierdzenie hasła** - potwierdzenie indywidualnego hasła użytkownika (w to pole należy powtórnie wpisać hasło użytkownika)
- **Adres e-mail** - adres poczty elektronicznej operatora
- **Aktywność** – włączenie / wyłączenie aktywnego trybu pracy operatora
- **Wyślij powiadomienie mailem** - zaznaczenie pola daje możliwość przesłania informacji do operatora na adres e-mail.

Zapis wprowadzonych i modyfikowanych danych uzyskuje się klikając w przycisk **Zatwierdź**.

W przypadku błędnego wprowadzenia danych pojawią się komunikaty dotyczące błędnej informacji (np.: '***To pole nie może być puste', 'To pole musi mieć długość pomiędzy 5 a 20 znaków'***). Należy poprawić błędne pola i ponownie **Zatwierdzić** wprowadzone dane.

Dodanie operatora na listę nie jest jednoznaczne, z jego aktywnością w systemie SZOI. Wprawdzie operator posiada włączoną aktywność, jednak nie zostały mu nadane uprawnienia pracy w systemie. Brak uprawnienia nie pozwoli operatorowi zalogować się do systemu SZOI.

Dodawanie / usuwanie uprawnień dla operatora wykonuje się poprzez opcje **Uprawnienia**.

13.2 Usuwanie operatora systemu

Opcja **Usuń** znajdująca się w kolumnie *Obsługa* pozwala na usunięcie tych operatorów, którzy nie wykonywali w systemie żadnych operacji. W przypadku operatorów, którzy korzystali wcześniej z SZOI, należy dokonać dezaktywacji operatora (***Operatorzy/popraw/aktywność - N***).

13.3 Nadawanie uprawnień operatorowi systemu

Zmianę uprawnień, bądź dodanie uprawnień wykonuje się w oknie *Edycji uprawnień.* Okno wyświetlane jest po wybraniu opcji **Uprawnienia** umieszczonej w kolumnie upraw, dla wybranego operatora.

W oknie *Edytuj uprawnienia* obok danych operatora, dla którego wykonywana jest modyfikacja uprawnień, dostępna jest lista zadań, jakie może wykonywać operator jest ona wyświetlana w postaci dwóch kolumn:
- Upraw. - przydzielone uprawnienia
puste pole oznacza brak przydzielonych uprawnień,
pole z zaznaczeniem - przypisanie danego uprawnienia do operatora ,
- Nazwa - nazwa uprawnienia

Rys. 13.2 Edycja uprawnień operatora

Lista uprawnień jest następująca:

1. **Administracja kontrahentem** - uprawnienie umożliwia operatorowi wykonywanie wszelkich operacji z zakresu administratora: dodawanie, edycję i usuwanie operatorów oraz ustawienia uprawnień. Uprawnienie powinno być dostępne tylko dla administratora systemu SZOI.
2. **Chemioterapia anulowanie wniosku**
3. **Chemioterapia edycja potwierdzenia wniosku**
4. **Chemioterapia edycja wniosku**

5. **Chemioterapia potwierdzenie wniosku przez konsultanta**
6. **Chemioterapia przeglądanie wniosków**
7. **Chemioterapia wprowadzanie wniosku**
8. **Chemioterapia zatwierdzanie wniosku**
9. **Informacja o ruchu pacjentów - podgląd/edycja**
10. **Kolejki oczekujących** - uprawnienie umożliwia przeglądanie i przesyłanie plików kolejek oczekujących.
11. **Listy POZ –** użytkownik posiadający to uprawnienie ma dostęp do części poświęconej ***Deklaracjom POZ*** i ***Raportom zbiorczym***
12. **Obsługa wniosków o zgodę na wcześniejsze rozliczenie**
13. **Odczyt komunikatów operatora**
14. **Praca z modułem użytkownika SZOI** - uprawnienie umożliwia operatorowi zalogowanie się do systemu i przeglądanie poszczególnych obszarów pracy
15. **Rachunki refundacyjne (medyczne)** - uprawnienie umożliwia przeglądanie i przesyłanie plików rachunków refundacyjnych.
16. **Raport z fakturami zakupowymi leków** - uprawnienie umożliwia przekazywanie danych statystycznych dotyczących faktur zakupu leków (chemioterapia i programy lekowe).
17. **Raporty statystyczne (medyczne)** - uprawnienie umożliwia przeglądanie i przesyłanie plików raportów statystycznych – medycznych oraz przeglądanie i pobieranie wygenerowanych w OW NFZ raportów zwrotnych.
18. **Rejestracja przypadków udarów -** pozwala przeglądać, rejestrować dane przypadku udaru oraz dane osobowe pacjenta, u którego on wystąpił.
19. **Rejestracja struktury organizacyjnej –** umożliwia dostęp do części *Świadczeniodawca*
20. **Serwis SZOI** - uprawnienie pozwala na wykonywanie czynności serwisowych dotyczących rozliczenia świadczeń medycznych, w tym generowania komunikatów usuwających SWX.
21. **Umowy** - uprawnienie umożliwia przeglądanie listy umów i aneksów podpisanych z OW NFZ oraz pobieranie plików umów i pliku świadczeniodawcy (realizatora). **Uprawnienie dostępne tylko dla kontrahentów apteka/realizator.**
22. **Weryfikacja ubezpieczenia –** uprawnia użytkownika do korzystania z *Zestawień*
23. **Zgłoszenie zmian do umowy –** osoba posiadająca to uprawnienie może dodawać, edytować, usuwać oraz przekazywać do OW NFZ zgłoszenia zmian do umowy
24. **Zgody indywidualne anulowanie wniosku**
25. **Zgody indywidualne edycja wniosku**
26. **Zgody indywidualne potwierdzenie wniosku**
27. **Zgody indywidualne przeglądanie wniosków**
28. **Zgody indywidualne wprowadzanie wniosku**
29. **Zmiana modelu rozliczeń**
30. **Żądania rozliczenia**

Każdy z operatorów może posiadać dowolną liczbę uprawnień (z wyjątkiem administratora systemu, któremu na stałe przypisano uprawnienie administrowania systemem).

Opcja **Anuluj** - kończy pracę, pomijając wprowadzone zmiany,
Zatwierdź - zapisuje wprowadzone zmiany,
Ustaw domyślnie - przywraca pierwotne ustawienia.

13.4 Alerty

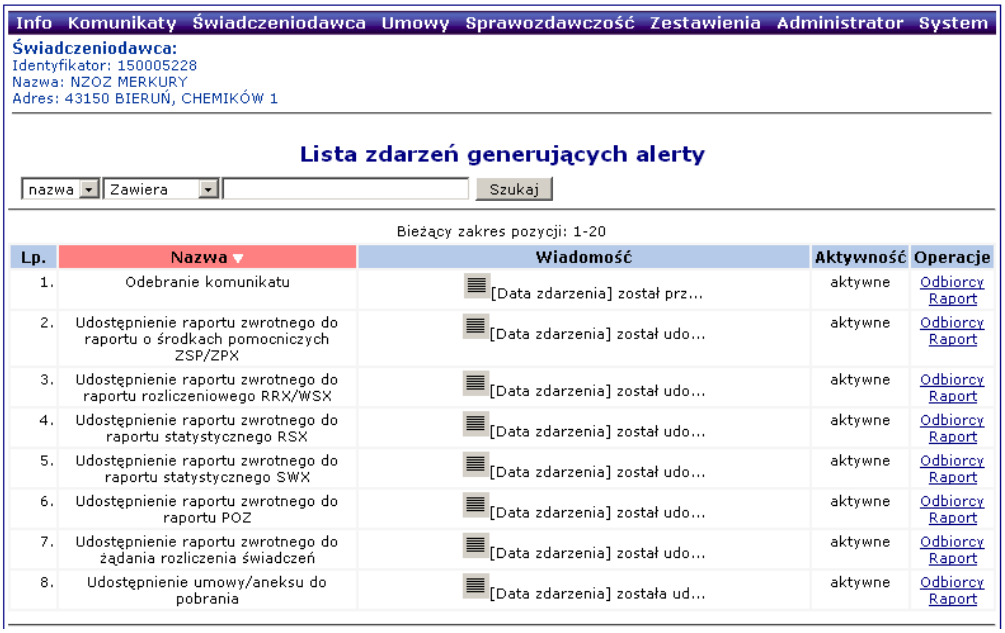
Menu **Administrator** > **Alerty** pozwala na przeglądanie **listy zdarzeń**, po zaistnieniu których do zdefiniowanych przez świadczeniodawcę odbiorców, wysyłany jest mail z powiadomieniem. Lista zdarzeń przedstawiona jest w postaci tabeli zawierającej następujące kolumny:

- **nazwa zdarzenia** – system wysyła powiadomienie w przypadku udostępnienia raportu zwrotnego do poszczególnych typów raportów lub przesłania komunikatu przez SZOI
- **wiadomość** – treść wiadomości przesyłanej mailem do zdefiniowanego odbiorcy
- **aktywność** – informacja czy generacja alertów jest aktywna
- **operacje** – czynności możliwe do wykonania w systemie

Opcje dostępne w kolumnie operacje pozwalają na:

- definiowanie odbiorców poszczególnych typów alertów (**Odbiorcy**),

- przeglądanie informacji na temat dostarczonych wiadomości oraz ewentualnych przyczyn błędów (**Raport**).



Rys 13.2 Lista zdarzeń generujących alerty

Na liście dostępne są następujące zdarzenia generujące powiadomienia:

1. Odebranie komunikatu
2. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu o środkach pomocniczych ZSP/ZPX
3. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu rozliczeniowego RRX/WSX
4. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu statystycznego RSX
5. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu statystycznego SWX
6. Udostępnienie raportu zwrotnego do raportu POZ
7. Udostępnienie raportu zwrotnego do żądania rozliczenia świadczeń
8. Udostępnienie umowy/aneksu do pobrania

14 ZAKOŃCZENIE PRACY W SZOI

Ze względu na fakt, że System Zarządzania Obiegiem Informacji jest aplikacją zdalną, czyli wszystkie operacje odbywają się na serwerze Narodowego Funduszu Zdrowia, a operator steruje zadaniami za pomocą przeglądarki internetowej, z aplikacji może jednocześnie korzystać kilkaset operatorów.
Nierzadko powoduje to, znaczne obciążenie łączy internetowych i utrudnienia w dostępie do aplikacji.

Z tego tytułu ważne jest, aby każdy operator kończąc pracę w systemie SZOI zamknął prawidłowo system, tym samym kończąc swoją sesję pracy.

Kliknięcie w opcję **Wyloguj** powoduje wyświetlenie komunikatu wylogowania operatora.

Przycisk **Tak** zakończy pracę z Systemem Zarządzania Obiegiem Informacji..
Przycisk **Nie** przywróci okno pracy systemu.

UWAGA!!!
Nie wykonanie w SZOI żadnych operacji przez 30 minut powoduje automatyczne zakończenie pracy.

W celu ponownego rozpoczęcia pracy należy ponownie zalogować się do systemu.

15 DANE TECHNICZNE

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

Lista zalecanych przeglądarek internetowych:
- Internet Explorer, wersja: 5.5, 6.0 lub 7.0
- Mozilla, wersja: 1.3
- Mozilla Firefox, wersja: 1.0 do 2.0,
- Opera, wersja: 7.0 do 9.0

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

Optymalna rozdzielczość ekranu: 1024x768 pikseli

Do wykonywania wydruków niezbędne jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Acrobat Reader.

Minimalne wymagania dostępne są na stronie logowania do systemu, pod hasłem: „Przeczytaj, zanim rozpoczniesz pracę w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji”.