



Centralna Baza Wniosków i Decyzji (CBWiD)

dla operatorów Świadczeniodawców

© 2022 KAMSOFT S.A.

KAMSOFT S.A.

Spis treści

Rozdział 1	Wstęp	5
Rozdział 2	Uprawnienia dostępu do aplikacji	7
2.1	Portal SZOI	7
2.2	Portal Świadczeniodawcy	8
2.3	Nadawanie uprawnień do systemów centralnych [KAAS-MGR-SYS]	11
Rozdział 3	Podpis elektroniczny	15
3.1	Podpisywanie profilem zaufanym	17
Rozdział 4	Rozpoczęcie i zakończenie pracy	23
Rozdział 5	Obsługa aplikacji	25
5.1	Słownik pojęć podstawowych	25
5.2	Operacje na tabelach danych	30
5.3	Obsługa filtrów	31
5.4	Obsługa za pomocą klawiatury	32
Rozdział 6	Lista wniosków RI	33
6.1	Wyszukiwanie wniosków	33
6.2	Tworzenie nowego wniosku	36
6.2.1	Załączniki	43
6.3	Wycofanie wniosku	45
6.4	Ponowne rozpatrzenie wniosku	47
6.5	Elementy wniosków	48
6.5.1	Dane dotyczące dodatkowej JGP/świadczenia	53
6.5.2	Dane dotyczące dodatkowych wariantów stosowanych w ramach świadczenia	53
6.5.3	Dane dotyczące hospitalizacji	54
6.5.4	Dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie)	55
6.5.5	Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczania przeszczepienia komórek krwiotwórczych	56
6.5.6	Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg	56
6.5.7	Dane dotyczące świadczenia i świadczenia	56
6.5.8	Dane dotyczące świadczeń nie wymienionych w katalogu 1w/1ws	57
6.5.9	Dane dotyczące świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów	57
6.5.10	Dane świadczenia, którego dotyczy wniosek	58
6.5.11	Dane świadczeniobiorcy	59
6.5.12	Dane świadczeniodawcy składającego wniosek	60

6.5.13 Data poprzedniego świadczenia	63
	64
6.5.14 Istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g	
6.5.15 Kosztorys (załącznik 4a)procedur medycznych	64
6.5.16 Kosztorys (załącznik 5a)	68
6.5.17 Potwierdzenie formalne wniosku	73
6.5.18 Przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10	73
6.5.19 Rodzaj świadczenia	73
6.5.20 Terminy udzielania świadczeń	74
6.5.21 Uzasadnienie	74
6.5.22 Wnioskowanie	75
6.5.23 Wnioskowany koszt świadczenia	75
6.5.24 Wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ	75
	75
6.5.25 Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanej	
6.5.26 Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie	76
Rozdział 7 Lista wniosków RDTL	77
7.1 Wyszukiwanie wniosków	77
7.2 Tworzenie nowego wniosku	81
7.2.1 Załączniki	86
7.3 Obsługa zaopiniowanego wniosku	88
7.4 Elementy wniosku	89
7.4.1 Sekcja A.1/A.2	91
7.4.2 Sekcja B	92
7.4.3 Sekcja C	92
7.4.4 Sekcja D	94
7.4.5 Sekcja E	96
7.4.6 Sekcja F	97

1 Wstęp

Aplikacja portalowa CBWiD (Centralna Baza Wniosków i Decyzji) służy świadczeniodawcom do obsługi wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń (wnioski RI) składanych do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia właściwych dla świadczeniodawcy oraz do obsługi wniosków o ratunkowy dostęp do technologii lekowych (wnioski RDTL).

Obsługa wniosków o rozliczenie indywidualne (RI)

Portal umożliwia Świadczeniodawcom wykonanie następujących operacji związanych z obsługą wniosku RI:

- Utworzenie i przekazanie do OW nowego wniosku
- przekazanie wniosku z załącznikami w postaci elektronicznej, jeśli wniosek podpisywany jest podpisem cyfrowym
- Edycja wniosku
- Wyszukiwanie i przegląd wniosków
- Usunięcie wniosku nieprzekazanego do OW NFZ
- Utworzenie i przekazanie pisma o wycofanie wniosku
- Utworzenie i przekazanie pisma o ponowne rozpatrzenie wniosku
- Przegląd pism przekazanych przez OW NFZ dla wniosku (wezwanie do uzupełnienia wniosku, odmowa wycofania wniosku, odmowa ponownego rozpatrzenia wniosku, informacja o przekazaniu wniosku do zaopiniowania przez konsultanta, decyzja).

Zakres informacyjny wniosków o indywidualne rozliczenie obsługiwanych przez aplikację jest zgodny z obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ. Przekazany przez Świadczeniodawcę wniosek jest podstawą do wydania decyzji przez Fundusz. Pozytywna decyzja Funduszu umożliwia świadczeniodawcy rozliczenie świadczenia przekazywanego komunikatem SWIAD, zgodnie z postanowieniem decyzji.

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

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

Wniosek RI może być podpisany podpisem kwalifikowanym, profilem zaufanym ePUAP lub podpisem osobistym. Analogiczna zasada dotyczy pism związanych z wnioskiem RI, kierowanych przez Świadczeniodawcę do Funduszu.

Załączniki do wniosku RI dotyczące dokumentacji medycznej są przekazywane poza systemem dla wniosków podpisywanych tradycyjnie (załączniki dostarczane osobiście, drogą pocztową w postaci papierowej lub na nośniku elektronicznym) oraz są przekazywane w postaci elektronicznej, jeśli wniosek podpisywany jest podpisem cyfrowym (można przekazać maksymalnie 5 załączników, rozmiar załącznika nie może przekraczać 10 MB).

Na wniosku RI jest wymagane oznaczenie, czy do wniosku będą dołączone załączniki przekazywane w sposób tradycyjny (oznaczenie wymagane jest zarówno dla wniosków przekazywanych tradycyjnie, jak i podpisywanych elektronicznie).

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

Obsługa wniosków o ratunkowy dostęp do technologii lekowych (RDTL)

Portal umożliwia Świadczeniodawcom wykonanie następujących operacji związanych z obsługą wniosku RDTL:

- Utworzenie i przekazanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta medycznego
- Utworzenie i przekazanie do OW informacji do dyrektora OW o kontynuacji leczenia (wniosek o kontynuację)
- Edycja wniosku, w tym dołączanie załączników do wniosku
- Wyszukiwanie i przegląd wniosków
- Usunięcie wniosku nieprzekazanego do konsultanta/OW NFZ
- Przekazanie do potwierdzenia przez OW NFZ wniosku pozytywnie zaopiniowanego przez konsultanta medycznego
- Dołączenie skanu opinii podpisanej tradycyjnie przez konsultanta
- Przegląd pism związanych z wnioskiem (wniosek, opinia konsultanta, wniosek o kontynuację).

Zakres informacyjny wniosków RDTL obsługiwanych przez aplikację jest zgodny z obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ. Przekazany przez Świadczeniodawcę wniosek jest podstawą do wydania opinii przez konsultanta medycznego. Pozytywna opinia konsultanta umożliwia świadczeniodawcy przekazanie wniosku do potwierdzenia przez OW NFZ, a następnie po potwierdzeniu wniosku, rozliczenie świadczenia RDTL przekazanego komunikatem SWIAD.

Wnioskowany lek wybierany jest z udostępnionego w aplikacji słownika PRH/PRO. Jeśli świadczeniodawca nie znajdzie leku w PRH/PRO, wybiera lek ze słownika BLOZ, a w tle tworzony jest automatycznie wniosek o dodanie leku do słownika PRH/PRO. Po dodaniu leku do słownika PRH/PRO automatycznie uzupełni się kod leku PRH/PRO na wniosku.

Brak kodu PRH/PRO nie blokuje możliwości przekazania wniosku do konsultanta ani przekazania wniosku do potwierdzenia przez OW NFZ. Wymagany jest natomiast na etapie potwierdzania wniosku przez operatora NFZ.

Wnioskowany lek nie może znajdować się na liście produktów leczniczych w obowiązującym komunikacie MZ w sprawie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Aby wniosek RDTL mógł być potwierdzony przez Fundusz muszą być spełnione następujące warunki:

- Świadczeniodawca musi przekazać wniosek dla którego otrzymał opinię pozytywną konsultanta do OW
- Jeśli pozytywna opinia konsultanta nie została podpisana podpisem cyfrowym, to przed przekazaniem do OW NFZ wymagane jest wczytanie skanu opinii na Portal
- Wnioskowany lek musi mieć nadany kod PRH/PRO.

Wniosek o kontynuację leczenia jest składany w kontekście potwierdzonego wniosku pozytywnie zaopiniowanego przez konsultanta medycznego. Wniosek o kontynuację jest kierowany przez Świadczeniodawcę do potwierdzenia przez OW NFZ.

Wniosek RDTL (pierwszorazowy i o kontynuację) może być podpisany przez świadczeniodawcę i lekarza specjalistę podpisem kwalifikowanym, profilem zaufanym ePUAP lub podpisem osobistym. Analogiczna zasada dotyczy opinii wydanej przez konsultanta, która jest kierowana do Świadczeniodawcy.

Załączniki do wniosku RDTL (inne niż skan opinii) dotyczące np. dokumentacji medycznej mogą być przekazywane do konsultanta w postaci elektronicznej, jeśli wniosek podpisywany jest podpisem cyfrowym (można przekazać maksymalnie 5 załączników, rozmiar załącznika nie może przekraczać 10 MB).

2 Uprawnienia dostępu do aplikacji

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

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

2.1 Portal SZOI

INFORMACJE DLA OW NFZ:

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

Aby wskazać administratora systemów centralnych w Portalu SZOI, należy:

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



Przykładowe okno Administratorzy systemów centralnych

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

(1) Dodawanie uprawnień administratora systemów centralnych

Typ operatora:* Operator własny

Operator własny:* 

* pola wymagane

Przykładowe okno Dodawania uprawnień administratora

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

U W A G A !

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

Operator własny – operator nie ma podanego imienia i nazwiska.

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

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

Dodawanie uprawnień administratora

Administratorzy systemów centralnych

Login Zawiera

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

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

Przykładowe okno Administratorzy systemów centralnych

2.2 Portal Świadczeniodawcy

INFORMACJE DLA OW NFZ:

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

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



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

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



Moja struktura organizacyjna

Tu zapoznasz się z podstawowymi informacjami na Twój temat zgromadzonymi w systemie NFZ

- ▶ Moje podstawowe dane
- ▶ Moje pełne dane (Portal Potencjału)



Nowości

Miejsce, w którym możesz zobaczyć nowe, istotne informacje lub komunikaty

- ▶ 06.10.17 - Udostępniono nową wersję słow...



Umowy na realizację świadczeń

Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

- ▶ Stan przelewów bankowych
- ▶ Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń
- ▶ Moje umowy

[Pokaż więcej..](#)



Zaopatrzenie ortopedyczne

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne

- ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne

[Pokaż więcej..](#)



Apteki

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca zawarcie umowy i przeprowadzanie rozliczeń w zakresie refundacji leków

- ▶ Moje umowy
- ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne
- ▶ Sprawdzanie poprawności recept
- ▶ Okresy rozliczeniowe
- ▶ Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej

[Pokaż więcej..](#)



Punkt dystrybucji recept

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca obsługę punktu dystrybucji recept

- ▶ Obsługa punktu dystrybucji recept



Administracja i opcje

Parametry działania aplikacji

- ▶ Zmiana hasła
- ▶ **Administracja prawami dostępu**
- ▶ Przekazanie pytanie do operatora
- ▶ Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

[Pokaż więcej..](#)

Przykładowe okno Portalu Świadczeniodawcy

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

Administracja prawami użytkowników

[Powrót](#)
[Lista użytkowników](#)
[Dodawanie użytkownika](#)
[Pomoc](#)


 Świadczeniodawca: **Wojewódzkie Centrum Rehabilitacji i Leczenia**
 Użytkownik: **...**


Wyszukiwanie użytkowników

Status:

Identyfikator:

Imię:

Nazwisko:

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

 - użytkownicy, którym odebrano prawo logowania się do Portalu

Okno Portalu Świadczeniodawcy/Administracja prawami użytkowników

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

Edycja uprawnień użytkownika - dla systemu eWUŚ

Zapisz uprawnienia użytkownika

Uprawnienia:

☐ Dostęp do zarządzania systemem eWUŚ

☐ Zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ

☐ Zarządzanie wnioskami systemu eWUŚ

Przywróć

Zapisz uprawnienia użytkownika - dla systemu eWUŚ

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

Uprawnienia:

☐ Uprawnienie DiLO

☐ Uprawnienie dostępowe do systemu eZWM

☐ Zarządzanie modulem DiLO

☐ Zarządzanie modulem kolejek centralnych

☐ Zarządzanie modulem PKUŚ (procesy koordynowanego udzielania świadczeń; KOS-Zawał, POZ PLUS)

☒ Zarządzanie pozostałymi systemami centralnymi (rejestry Instytutu Kardiologii, ankiety udarowe, CBWiD)

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

Przywróć

Zapisz uprawnienia użytkownika

Edycja uprawnień do usługi dostępowej dla Świadczeniodawców

Uprawnienia:

☐ Praca z usługą dostępową

Przywróć

Zapisz uprawnienia do usługi

Fragment okna edycji uprawnień użytkownika

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

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

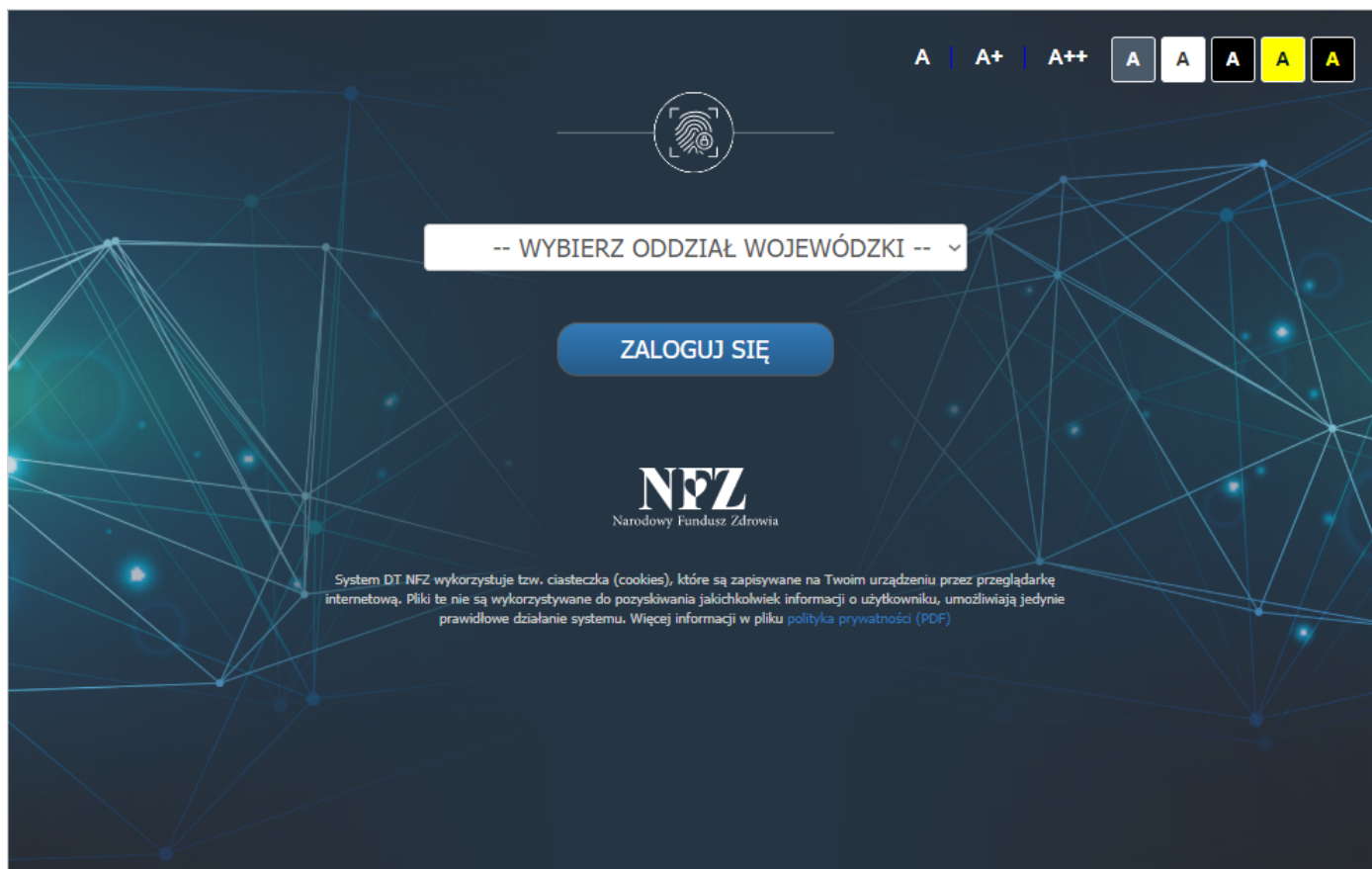
Dla aplikacji CBWiD zdefiniowany został obiekt uprawnień:

- CBWiD

Uprawnienie jest wymagane do pracy z systemem.

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

© 2022 KAMSOFT S.A.



Okno powitalne aplikacji

W celu zalogowania się do systemu należy:

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

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

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

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

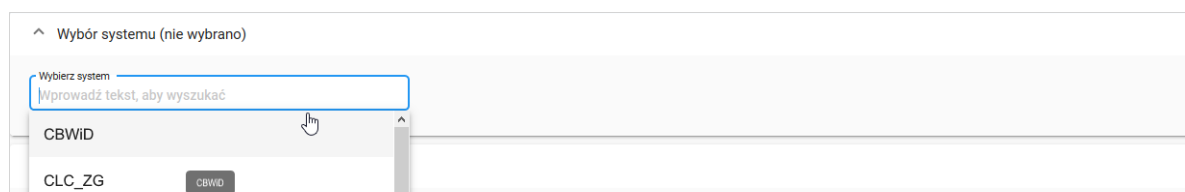
W przypadku podania nieprawidłowych danych do logowania, wyświetlony zostanie komunikat błędu:



Błąd logowania do systemu

W celu nadania uprawnienia dostępu do portalu CBWiD należy:

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



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

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

U W A G A !

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

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

Wybór operatora (wybrano: KLAUDIUSZ NAZWISKO_6)

Lista operatorów zarejestrowanych u kontrahenta PODMIOT - WŁAŚCICIEL

Wyszukaj operatora po imieniu, nazwisku lub loginie

Aktywność operatora

	Login	Imię	Nazwisko	Aktywność
☒	KNOWAK	KLAUDIUSZ	NAZWISKO_6	Aktywny

Rekordów na stronę 1 - 1 z 1

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

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

- b) Kliknąć przycisk

Nadawanie uprawnień

Uprawnienia operatora KLAUDIUSZ NAZWISKO_6 w systemie CBWiD

Wyszukaj obiekt uprawnień po nazwie

Obiekt uprawnień	Czy operator ma nadane uprawnienie?
CBWiD	☒ Tak ☐ Nie

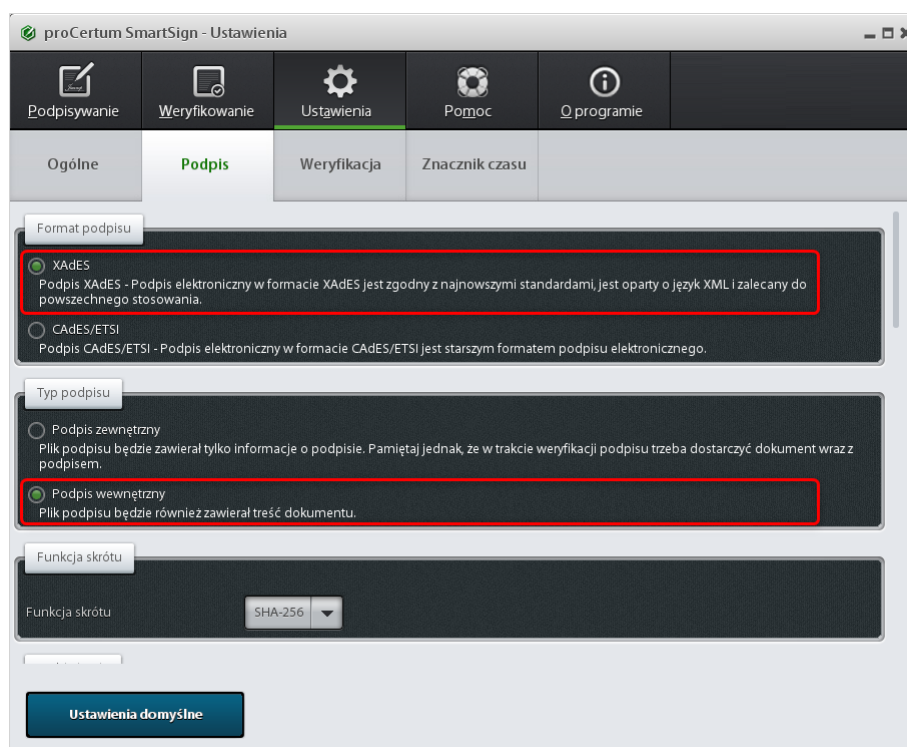
3 Podpis elektroniczny

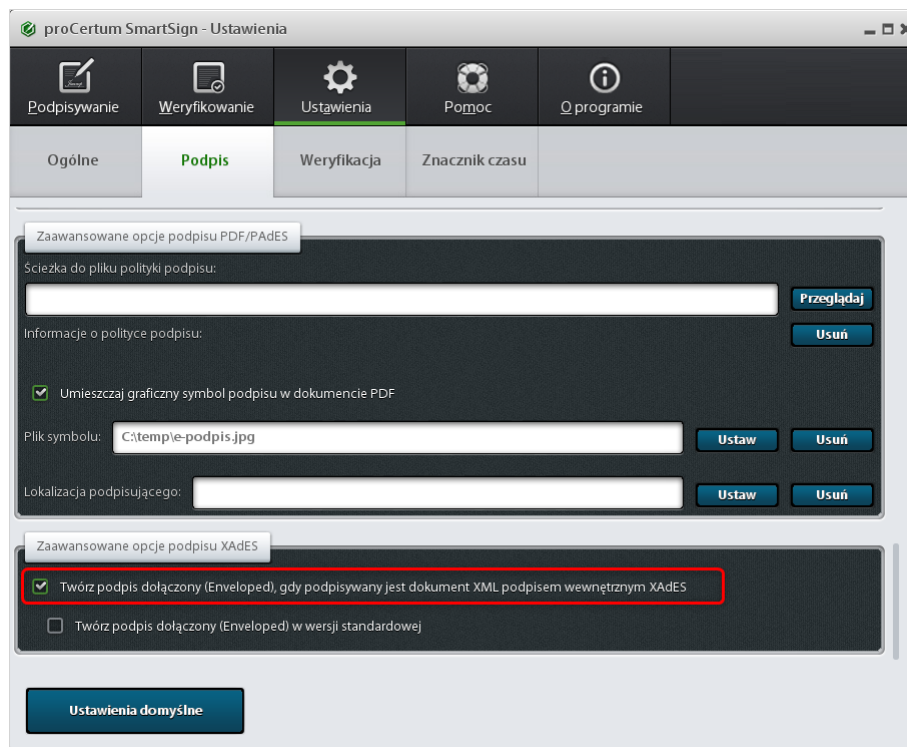
Konfiguracja programów zewnętrznych do składania podpisów elektronicznych. Konfiguracja dotyczy podpisu w wersji bez znakowania czasem.

Do podpisywania dokumentów XML wymagany jest podpis w formacie XAdES (dotyczy wniosków RI). Natomiast do podpisywania dokumentów PDF wymagany jest podpis w formacie PAdES (dotyczy wniosków RDTL).

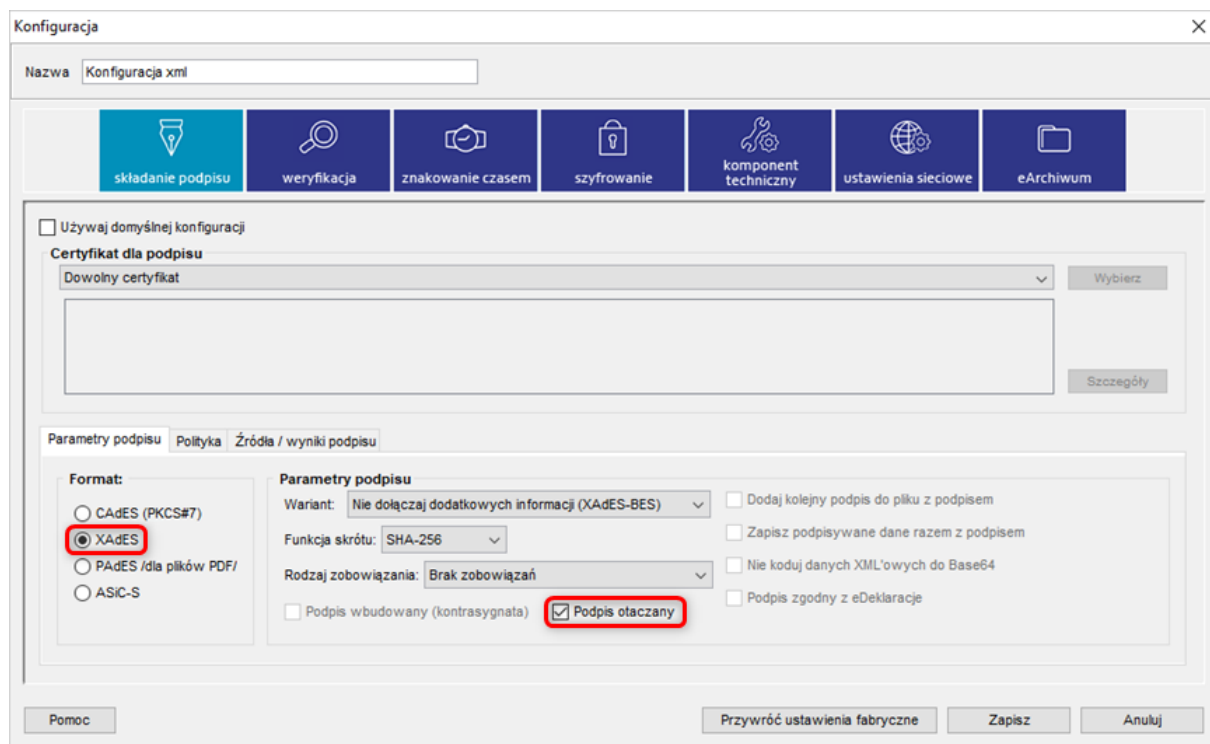
Sposób podpisywania załączników do wniosków profilem zaufanym opisany jest w dalszej części dokumentacji, w rozdziale [Podpisywanie profilem zaufanym](#).

proCertum SmartSign (Asseco):





Szafir (KIR):



e-dowód podpis elektroniczny - aplikacja do pobrania na rządowej stronie www.gov.pl:

Podpisywanie plików

← Wróć

—

×

Wybrane pliki

Brak wybranych plików. Przeciągnij pliki w to miejsce, bądź kliknij w odnośnik dodaj.

Dodaj pliki

Ustawienia podpisu elektronicznego

Profil

Użytkownika

Format

XAdES

Typ

Otoczony

Wariant

BES (nie zawiera znacznika cza

Funkcja skrótu

SHA-256

Typ zobowiązania

Brak

Podpisz

Wróć

e-dowód

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

CPD

Wysoki kontrast

Ustawienia

Pomoc

PDPW

REGISTRACJA I WERYFIKACJA

Wersja aplikacji: 1.5.74

3.1 Podpisywanie profilem zaufanym

Podpisywanie dokumentów XML i PDF profilem zaufanym odbywa się poprzez rządową stronę www.gov.pl.

gov.pl

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej

Mój Gov

Unia Europejska

Strona główna

Rada Ministrów

Kancelaria Premiera

Ministerstwa

Urzędy, instytucje i placówki RP

Usługi dla obywatela

Usługi dla przedsiębiorcy

Usługi dla urzędnika

Koronawirus: informacje i zalecenia

Załącz Profilem zaufany

Baza wiedzy

Polski Ład

Serwis Służby Cywilnej

Weź udział w ankiecie

Koronawirus: szczepienia i ważne informacje

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ

Gov.pl > Usługi dla przedsiębiorcy

Usługi dla przedsiębiorcy

Wpisz tekst aby wyszukać

Znajdź sprawę lub usługę

Tarcza Antykryzysowa

▼

Podpisz dokument elektronicznie

^

Elektroniczny podpis dokumentu

Podpisz dokument elektronicznie (usługa online)

Cudzoziemcy w Polsce

▼

Handel zagraniczny

▼

Inwestycje budowlane

▼

© 2022 KAMSOFT S.A.

Po wybraniu opcji **Podpisz dokument elektronicznie (usługa online)** wyświetlona zostanie strona umożliwiająca rozpoczęcie procesu podpisywania dokumentu profilem zaufanym po kliknięciu przycisku

START

Gov.pl > Podpisz dokument elektronicznie – wykorzystaj podpis zaufany

Podpisz dokument elektronicznie – wykorzystaj podpis zaufany

Masz profil zaufany i chcesz go wykorzystać do podpisania dokumentu elektronicznego podpisem zaufanym? Chcesz sprawdzić, czy dokument elektroniczny jest podpisany i kto go podpisał? A może chcesz poznać treść podpisanego już dokumentu? Pomożemy ci to zrobić. Dzięki usłudze możesz np. podpisać sprawozdanie finansowe.

Odpowiedz na kilka prostych pytań.

Otrzymasz odpowiednie informacje.

START

Następnym krokiem jest zaznaczenie trzeciej opcji: **"Chcesz elektronicznie podpisać (lub sprawdzić) dokument, który ma jedno z rozszerzeń: txt, rtf, pdf, xps, odt, ods, odp, doc, xls, ppt, docx, xlsx, pptx, csv, jpg, jpeg, tif, tiff, geotiff, png, svg, wav, mp3, avi, mpg, mpeg, mp4, m4a, mpeg4, ogg, ogv, zip, tar, gz, gzip, 7Z, html, xhtml, css, xml, xsd, gml, rng, xsl, xslt, TSL, XMLsig, XAdES, PAdES, CAdES, ASIC, XMLenc, dwg, dwf, dxf, dgn, jp2"**, a następnie kliknięcie przycisku

DALEJ

Gov.pl > Podpisz dokument elektronicznie – wykorzystaj podpis zaufany

Podpisz dokument elektronicznie – wykorzystaj podpis zaufany

Wskaż jedną z opcji

- ☐ Chcesz elektronicznie podpisać (lub sprawdzić) sprawozdanie finansowe
- ☐ Chcesz elektronicznie podpisać (lub sprawdzić) dokument PDF w formacie dedykowanym dla dokumentów PDF. Jeśli otworzysz tak podpisany dokument PDF, zobaczysz złożony w nim elektroniczny podpis (lub podpisy).
- ☒ Chcesz elektronicznie podpisać (lub sprawdzić) dokument, który ma jedno z rozszerzeń: .txt, .rtf, .pdf, .xps, .odt, .ods, .odp, .doc, .xls, .ppt, .docx, .xlsx, .pptx, .csv, .jpg, .jpeg, .tif, .tiff, .geotiff, .png, .svg, .wav, .mp3, .avi, .mpg, .mpeg, .mp4, .m4a, .mpeg4, .ogg, .ogv, .zip, .tar, .gz, .gzip, .7Z, .html, .xhtml, .css, .xml, .xsd, .gml, .rng, .xsl, .xslt, .TSL, .XMLsig, .XAdES, .PAdES, .CAdES, .ASIC, .XMLenc, .dwg, .dwf, .dxf, .dgn, .jp2

WSTECZ DALEJ

W kolejnym kroku należy kliknąć przycisk

PODPISZ LUB SPRAWDŹ DOKUMENT

Gov.pl > Podpisz dokument elektronicznie – wykorzystaj podpis zaufany

Podpisz dokument elektronicznie – wykorzystaj podpis zaufany

Masz profil zaufany i chcesz go wykorzystać do:

- **podpisania** dokumentu podpisem zaufanym?
- **sprawdzenia**, czy dokument elektroniczny jest podpisany i kto go podpisał?

Sprawdź, jak to zrobić.

Możesz podpisem zaufanym **podpisać** lub **sprawdzić** dokument, który spełnia wszystkie poniższe warunki:

- został **zapisany na dysku lokalnym** (np. komputera, telefonu) jako **pojedynczy plik**;
- ma jedno z następujących **rozszerzeń**: .txt, .rtf, .pdf, .xps, .odt, .ods, .odp, .doc, .xls, .ppt, .docx, .xlsx, .pptx, .csv, .jpg, .jpeg, .tif, .tiff, .geotiff, .png, .svg, .wav, .mp3, .avi, .mpg, .mpeg, .mp4, .m4a, .mpeg4, .ogg, .ogv, .zip, .tar, .gz, .gzip, .7z, .html, .xhtml, .css, .xml, .xsd, .gml, .rng, .xsl, .xslt, .TSL, .XMLsig, .XAdES, .PAdES, .CAdES, .ASiC, .XMLenc, .dwg, .dwf, .dxf, .dgn, .jp2;
- ma **maksymalny rozmiar 10 MB**.

Pamiętaj, samo podpisanie dokumentów – również sprawozdań finansowych – nie oznacza, że zostały one złożone!

PODPISZ LUB SPRAWDŹ DOKUMENT.

Następnie należy wczytać dokument do podpisania poprzez jego przeciągnięcie w wyznaczone miejsce na stronie lub poprzez standardowe okno wyboru plików systemu Microsoft® Windows® dostępne po kliknięciu przycisku **WYBIERZ DOKUMENT Z DYSKU**.

Podpisz dokument elektronicznie za pomocą podpisu zaufanego

Możesz:

- podpisywać dokumenty – również te, które podpisał ktoś inny
- sprawdzić, czy inne osoby złożyły prawidłowy podpis
- zobaczyć podpisane dokumenty

PODPISYWANIE PLIKÓW PDF W FORMACIE XAdES



WYBIERZ DOKUMENT Z DYSKU

albo przeciągnij i upuść tutaj

Rozmiar dokumentu: maksimum 10 MB.

Rozszerzenie: pdf, .txt, .rtf, .xps, .odt, .ods, .odp, .doc, .xls, .ppt, .docx, .xlsx, .pptx, .csv, .jpg, .jpeg, .tif, .tiff, .geotiff, .png, .svg, .wav, .mp3, .avi, .mpg, .mpeg, .mp4, .m4a, .mpeg4, .ogg, .ogv, .zip, .tar, .gz, .gzip, .7z, .html, .xhtml, .css, .xml, .xsd, .gml, .rng, .xsl, .xslt, .TSL, .dwg, .dwf, .dxf, .dgn, .jp2.

Format podpisywania:

- Dokument .pdf podpiszesz w formacie XAdES
= Przejdź do podpisu w formacie PAdES
- Dokumenty inne niż .pdf podpiszesz w formacie XAdES

Sprawdź, czym się różnią formaty PAdES i XAdES.

Zalecamy przeglądarki internetowe:

- Google Chrome od wersji 71.0.3
- Firefox od wersji 65.0.1
- Safari od wersji 12.0.2

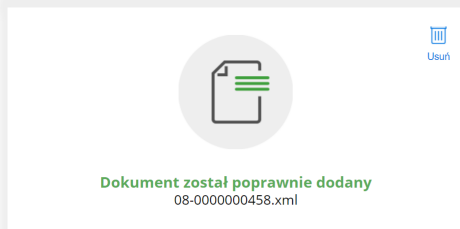
Po dodaniu dokumentu należy go podpisać za pomocą przycisku **PODPISZ**.

Podpisz dokument elektronicznie za pomocą podpisu zaufanego

Możesz:

- podpisywać dokumenty – również te, które podpisał ktoś inny
- sprawdzić, czy inne osoby złożyły prawidłowy podpis
- zobaczyć podpisane dokumenty

PODPISYWANIE PLIKÓW W FORMACIE XAdES



Teraz możesz podpisać dodany dokument za pomocą podpisu elektronicznego

PODPISZ

Rozmiar dokumentu: maksimum 10 MB.

Rozszerzenie: .pdf, .txt, .rtf, .xps, .odt, .ods, .odp, .doc, .xls, .ppt, .docx, .xlsx, .pptx, .csv, .jpg, .jpeg, .tif, .tiff, .geotiff, .png, .svg, .wav, .mp3, .avi, .mpg, .mpeg, .mp4, .m4a, .mpeg4, .ogg, .ogv, .zip, .tar, .gz, .gzip, .7z, .html, .xhtml, .css, .xml, .xsd, .gml, .rng, .xsl, .xslt, .TSL, .dmg, .dwt, .dxf, .dgn, .jpg2.

Format podpisywania:

- Dokument .pdf podpiszesz w formacie XAdES
« [Przejdź do podpisu w formacie PAdES](#)
- Dokumenty inne niż .pdf podpiszesz w formacie XAdES

[Sprawdź, czym się różnią formaty PAdES i XAdES.](#)

Zalecamy przeglądarki internetowe:

- Google Chrome od wersji 71.0.3
- Firefox od wersji 65.0.1
- Safari od wersji 12.0.2

Kliknięcie przycisku **PODPISZ** spowoduje przejście na stronę profilu zaufanego: pz.gov.pl, na której należy się zalogować.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej

Login
Profil zaufany

Zaloguj się za pomocą nazwy użytkownika lub adresu e-mail

Nazwa użytkownika lub adres e-mail

Wpisz nazwę użytkownika lub adres e-mail

Nie pamiętam nazwy użytkownika

Hasło

Wpisz hasło

Nie pamiętam hasła

ZALOGUJ SIĘ

Nie masz Profilu Zaufanego?
Twój bank lub dostawca nie udostępnia logowania?

ZAŁÓŻ PROFIL

Zaloguj się przy pomocy banku lub innego dostawcy

Po zalogowaniu do portalu Profil zaufany należy kliknąć przycisk .

The screenshot shows the 'profil zaufany' (trusted profile) interface. At the top, there's a navigation bar with 'PROFIL ZAUFANY', 'AKTUALNOŚCI', 'POMOC', and 'KONTAKT'. Below this, the main heading is 'Podpisywanie dokumentu' (Document signing), with buttons for 'Anuluj' (Cancel) and 'Podpisz podpisem zaufanym' (Sign with trusted signature). The interface is divided into three sections: 'Informacje o profilu zaufanym' (Trusted profile information), 'Informacje dodatkowe' (Additional information), and 'Dane dokumentu' (Document data). The 'Informacje o profilu zaufanym' section displays fields for 'Pierwsze imię' (First name), 'Drugie imię' (Second name), 'Nazwisko' (Surname), 'PESEL', 'Nazwa użytkownika' (Username), 'Data utworzenia' (Creation date: 24-06-2019 11:42), and 'Data wygaśnięcia' (Expiration date: 25-06-2022 00:00). The 'Informacje dodatkowe' section contains the text 'Podpisywanie dokumentu profilem zaufanym.' (Document signing with trusted profile). The 'Dane dokumentu' section has a heading 'Podgląd dokumentu' (Document preview) and a description: 'Nie udało się zwiualizować zawartości dokumentu. Aby się z nią zapoznać, możesz pobrać dokument, korzystając z przycisku poniżej.' (We failed to retrieve the document content. To get acquainted with it, you can download the document using the button below). There is a button 'Pobierz dokument (xml)' (Download document (xml)). At the bottom, there are buttons for 'Anuluj' (Cancel) and 'Podpisz podpisem zaufanym' (Sign with trusted signature).

Po kliknięciu przycisku **Podpisz podpisem zaufanym**, na telefon osoby podpisującej zostanie wysłany SMS z kodem autoryzacyjnym, który należy wprowadzić w wyświetlanym oknie i potwierdzić przyciskiem

POTWIERDŹ

The screenshot shows a dialog box titled 'Potwierdź podpisanie dokumentu' (Confirm document signing). It contains the text 'Wpisz poniżej kod autoryzacyjny, który wysłaliśmy na twój telefon' (Enter below the authorization code we sent to your phone) and 'Kod SMS nr 1 z 24.09.2021' (SMS code no. 1 from 24.09.2021). There is a text input field for the code. At the bottom, there are buttons for 'Anuluj' (Cancel) and 'POTWIERDŹ' (Confirm).

Po poprawnym potwierdzeniu kodu autoryzacyjnego dokument zostanie podpisany i udostępniony do pobrania za pomocą przycisku **POBIERZ**.

Twój dokument został poprawnie podpisany

PODPISYWANIE PLIKÓW W FORMACIE XAdES



[Wróć do początku](#)

08-0000000458.xml

Właściciel podpisu: **[Redacted]**

Data i godzina podpisu: **2021-09-24 12:16:53 CEST**

Status podpisu: **✓ Ważny**

Rodzaj podpisu: **Podpis zaufany**

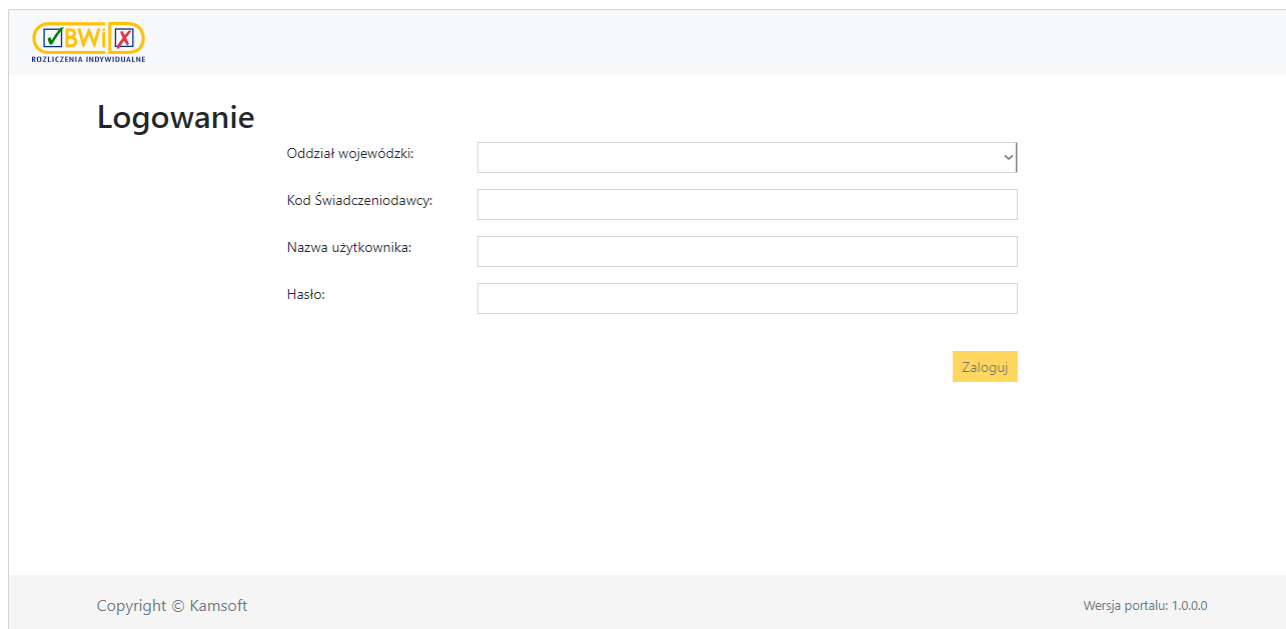
Pobierz dokument ze swoim podpisem na dysk lokalny.

Plik będzie w formacie XML.

POBIERZ

4 Rozpoczęcie i zakończenie pracy

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



The screenshot shows a web application titled "Logowanie" (Login). At the top left is a logo with a green checkmark and a red X, labeled "ROZLICZENIA INDYWIDUALNE". The form contains four input fields: "Oddział wojewódzki:" (a dropdown menu), "Kod Świadczeniodawcy:" (a text box), "Nazwa użytkownika:" (a text box), and "Hasło:" (a text box). A yellow "Zaloguj" button is positioned to the right of the password field. At the bottom, the footer includes "Copyright © Kamsoft" on the left and "Wersja portalu: 1.0.0.0" on the right.

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

U W A G A :

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

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

Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne

Tworzenie nowego wniosku

Rok: 2021 Typ wniosku: [wybierz]

Kategoria wniosku: [wybierz] Rodzaj świadczenia: [wybierz]

Utwórz nowy wniosek

Wyszukiwanie

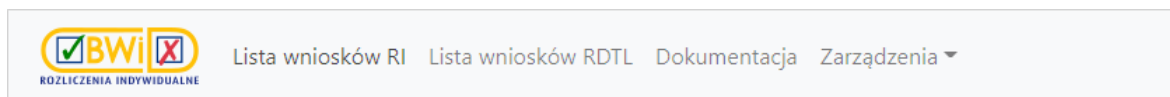
Wyszukiwanie zaawansowane

Wyczyść zaawansowane Wyczyść Znajdź

Liczba wniosków spełniających warunki wyszukiwania: 104

Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Kategoria	Rodzaj świadczenia	Zakres	Data utworzenia	Data przyjęcia	Sposób obsługi
2021	08-0000000458	Przyjęty	6110	05	05.1310.208.02	2021-09-20	2021-09-20	Elektronicznie
2021	08-0000000457	Przyjęty	6110	05	05.1310.208.02	2021-09-17	2021-09-17	Elektronicznie
2021	08-0000000456	Wprowadzony	6108	03		2021-09-17		
2021	08-0000000455	Wprowadzony	6107	03		2021-09-17		
2021	08-0000000454	Wprowadzony	6106	03		2021-09-17		
2021	08-0000000453	Wprowadzony	6105	03		2021-09-17		

Aplikacja umożliwia obsługę wniosków na rozliczenie indywidualne (**Lista wniosków RI**) oraz obsługę wniosków na ratunkowy dostęp do technik lekowych (**Lista wniosków RDTL**). Wyboru listy wniosków dokonuje się w menu znajdującym się w górnej części okna.



Domyślnie, po zalogowaniu, otwiera się okno z listą wniosków na rozliczenie indywidualne (**Lista wniosków RI**).

Opis tworzenia nowych wniosków oraz wyszukiwania już zarejestrowanych w systemie znajduje się w następnych rozdziałach niniejszej dokumentacji poświęconych odpowiednim wnioskom:

- [Lista wniosków RI](#)
- [Lista wniosków RDTL](#)

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

5 Obsługa aplikacji

Rozdział ten podaje podstawowe informacje definiujące zasady obsługi programu. Użytkownik znajdzie tu m.in.:

- podstawowe pojęcia używane w dokumentacji
- podstawowe reguły zastosowane w programie
- sposób korzystania z tabel
- ogólnodostępne klawisze i przyciski
- sposób posługiwania się filtrami

Grafiki znajdujące się w tym rozdziale służą jedynie zaprezentowaniu sposobu działania danej funkcji. Etykiety (np. nazwa pola, nazwa kolumny) funkcji prezentowanych na grafikach mogą różnić się od występujących w aplikacji. Nie zmienia to jednak ogólnego sposobu działania opisywanej funkcji.

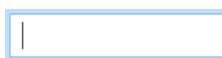
5.1 Słownik pojęć podstawowych

Dokument elektroniczny - wszystko co zostało utworzone przy pomocy aplikacji. Zawiera on informacje zapisane, zredagowane, wyświetlone lub zachowane na dysku w formie pliku. Dokumenty mogą być tworzone zarówno za pomocą Systemu Informatycznego NFZ jak i np. programów pakietu Microsoft® Office® (MS Word® czy MS Excel®) Adobe® Acrobat® (format PDF).

Ikona - graficzna prezentacja obiektu typu: stacja dysków, katalog, aplikacja, dokument lub innego obiektu, który można zaznaczyć i otworzyć.

Komunikat - tekst pojawiający się na ekranie, informujący o tym, że np.: nie wprowadzono wszystkich wymaganych informacji lub o innym napotkanym problemie.

Kursor - znak zachęty do wpisania jakiegoś wyrażenia, migający w polu tekstowym, np.:



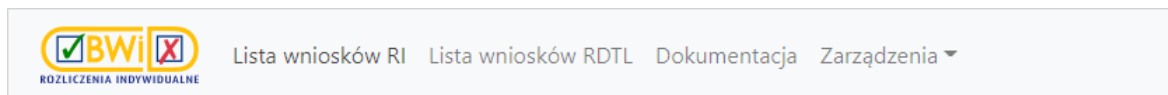
Kursor myszy - strzałka (lub inny, niewielki obrazek adekwatny treścią do wykonywanej czynności) przemieszczana przy pomocy myszy. Służy do wskazywania miejsca, w którym operator zamierza wykonać jakąś akcję.



Kliknięcie - szybkie naciśnięcie i zwolnienie lewego przycisku myszy.

Dwukrotne kliknięcie (dwuklik) - dwukrotne szybkie naciśnięcie i zwolnienie lewego przycisku myszy.

Menu - pola, w których można dokonać wyboru. Główne menu znajduje się na górze okna aplikacji zaraz pod belką z jej nazwą. Umożliwia użytkownikowi wybór opcji, w której będzie pracował.



Panel nawigacyjny - panel z nagłówkami sekcji wyświetlany z prawej strony okna, ułatwiający przemieszczanie się pomiędzy sekcjami wniosku. Znajduje się w nim również status wniosku, a także są powtórzone przyciski funkcyjne znajdujące się nad wnioskiem.

Numer: 08-0000000459
Status: Wprowadzony

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

Zapisz **Zakończ edycję**

Przykładowy panel wniosku RI

INFORMACJA:

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

Pasek przewijania w tabeli i oknach – niektóre tabele i okna nie mieszczą się w całości na ekranie, ich przeglądanie umożliwiają paski przewijania jak ten na ilustracji:

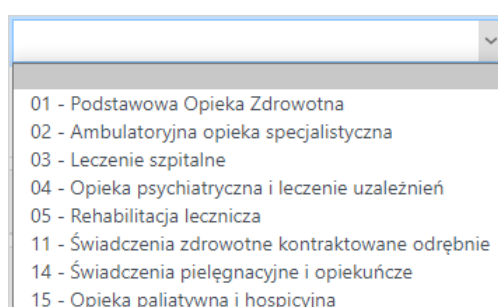


umieszczone u góry lub u dołu tabeli. Przeglądanie uruchamia się klikając na odpowiednie strzałki umieszczone przy końcach paska.

Pole dialogu - rozwijane pole wyboru umożliwia porozumiewanie się użytkownika z systemem. Dzięki niemu można np. określić sposób uporządkowania danych w tabeli, czy wpisać tekst do szukania.

W programie używane są następujące typy pól dialogu:

- **Rozwijane pole wyboru** - jest to pole dialogu składające się z dwóch części: pola dialogu – po jego prawej stronie widnieje przycisk strzałki, po jego kliknięciu rozwija się pole z listą elementów do wyboru, z których możliwy jest wybór tylko jednego elementu;



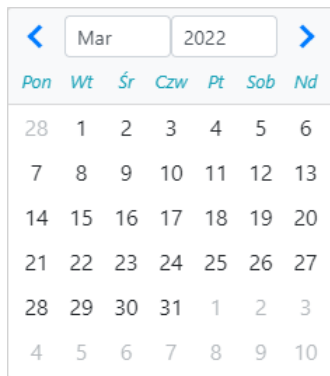
- **Pole tekstowe** - pozwala ono na wprowadzenie przez użytkownika tekstu. Jest ono wykorzystywane m.in. przy wprowadzaniu i edycji danych, czy też podczas wyszukiwania informacji. Od pola wyboru odróżnia je brak strzałki z prawej strony pola.



- **Pole daty** - umożliwia wprowadzenie przez użytkownika daty.



Często występuje w połączeniu z ikoną , po kliknięciu której otwiera się kalendarz umożliwiający wskazanie daty.



- **Pole wyboru, znacznik, checkbox** - mała, kwadratowa kratka, którą można wybrać (zaznaczyć) oznaczająca, że warunek opisujący to pole ma zostać spełniony.

☐ Szukaj w BLOZ ☒ Szukaj w BLOZ

Wygląd pola dialogowego oraz kolor ramki informuje o jego stanie:

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

Przycisk - np.  lub  - pozwala na wykonanie opisanej na nim czynności.

Schowek - miejsce w pamięci komputera przeznaczone do tymczasowego przechowywania informacji. Zawartość schowka można wkleić do dowolnego pola tekstowego, czy też np. do plików systemu MS Excel®, MS Word® itp.

Słownik - zbiór określonych terminów spełniających określone zasady, pozwalający na przyspieszenie wprowadzania danych przez zastąpienie ich wpisywania wybieraniem. Z prawej strony pól dla których dostępny jest słownik znajduje się przycisk  umożliwiający przejście do słownika w celu wybrania wartości do wstawienia w polu obok którego znajduje się ten przycisk. Słowniki mogą występować w postaci:

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

Słownik rozpoznań

Kod

Nazwa

? - <Brak>

- ✓ _A0 - I. Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze
 - ✓ ^AA - Choroby zakaźne przewodu pokarmowego
 - ✓ A00 - Cholera
 - A00.0 - Cholera wywołana przecinkowcem klasycznym *Vibrio cholerae* 01, biotyp cholerae
 - A00.1 - Cholera wywołana przecinkowcem *Vibrio cholerae* 01, biotyp El-Tor
 - A00.9 - Cholera, nie określona
 - > A01 - Dur brzuszny i dury rzekome
 - > A02 - Inne zakażenia wywołane pałeczkami *Salmonella*
 - > A03 - Zakażenia wywołane pałeczkami *Shigella* (szigelozja)
 - > A04 - Inne bakteryjne zakażenia jelitowe
 - > A05 - Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe
 - > A06 - Pełzakowica
 - > A07 - Zakażenia jelitowe wywołane przez inne pierwotniaki
 - > A08 - Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe
 - A09 - Rzeżączka i zarażenia żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu

Przykład słownika hierarchicznego

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

Słownik umów i zakresów świadczeń

Kod umowy

Kod zakresu

Nazwa zakresu

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

« « 1 » »

Przykład słownika liniowego

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

Przycisk  znajdujący się obok przycisku  umożliwia wyczyszczenie pola.

Wklejanie - operacja polegająca na wstawieniu w pole tekstowe lub np. do dokumentu MS Excel® wyciętego bdŝ skopiowanego wczeŝniej tekstu zapamiętanego w schowku.

5.2 Operacje na tabelach danych

Tabela danych – w tabeli pokazywane są zbiory danych.

Liczba wnioŝków spełniających warunki wyszukiwania: 104

Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Kategoria	Rodzaj ŝwiadczenia	Zakres	Data utworzenia	Data przyjecia	Sposób obsługi	Identyfikator pacjenta	Data decyzji	Wartość decyzji	Wartość decyzji liczba pkt. PSZ	Pisma
2021	08-0000000458	Przyjęty	6110	05	05.1310.208.02	2021-09-20	2021-09-20	Elektroniczny					Szczegóły
2021	08-0000000457	Przyjęty	6110	05	05.1310.208.02	2021-09-17	2021-09-17	Elektroniczny					Szczegóły
2021	08-0000000456	Wprowadzony	6108	03		2021-09-17							Szczegóły
2021	08-0000000410	Wprowadzony	6110	05		2021-07-19							Szczegóły
2021	08-0000000409	Wprowadzony	7201	03	03.4601.033.02	2021-07-15							Szczegóły
2021	08-0000000407	Wprowadzony	6104	03		2021-07-15							Szczegóły

Przykładowa tabela danych wnioŝków RI

Sortowanie – w programie istnieje moŝliwość uporządkowania danych według danego kryterium. W tym celu, naleŝy na tytule wybranej kolumny, według której dane mają zostać uporządkowane, kliknąć myszk, a wybrana kolumna zostanie wtedy zaznaczona jak na rysunku:

Numer wniosku ▲

Następane kliknięcie na tytule kolumny spowoduje zmianę porządku sortowania (z rosnącego na malejący).

Numer wniosku ▼

Zmiany wyglądu tabeli:

- Zmiana szerokości kolumny tabeli - naleŝy skierować wskaźnik myszy na linię opisu kolumny, na linię rozdzielającą dwie kolumny tak, by zmienił kształt, a następnie przytrzymując lewy klawisz myszy zmienić szerokość kolumny.

Liczba wnioŝków spełniających warunki wyszukiwania: 42

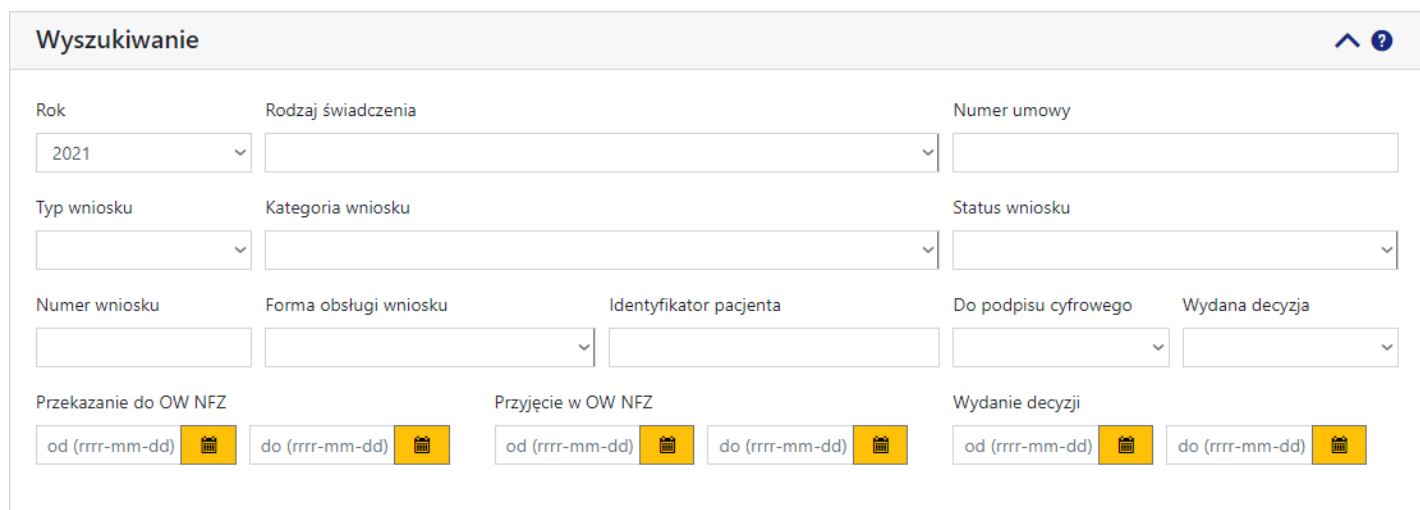
Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Nowy/Kontynuacja leczenia
2022	08-0000000702	Wprowadzony	Nowy wniosek
2022	08-0000000700	Wycofany	Nowy wniosek
2022	08-0000000699	Opinia pozytywna	Nowy wniosek

Stronicowanie - tabele mają opcję stronicowania (dzielenia na strony) wyświetlanych danych. W takim przypadku nad i pod tabelą widoczne są ikony umożliwiające przegląd kolejnych pozycji (stron):

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

5.3 Obsługa filtrów

Wydzielona część okna służąca do filtrowania zawiera pola tekstowe, w których użytkownik może wpisać odpowiednie kryterium filtrowania, bądź wybrać je z listy rozwijanych pól wyboru.



Wyszukiwanie

Rok: 2021 Rodzaj świadczenia: Numer umowy:

Typ wniosku: Kategoria wniosku: Status wniosku:

Numer wniosku: Forma obsługi wniosku: Identyfikator pacjenta: Do podpisu cyfrowego: Wydana decyzja:

Przekazanie do OW NFZ: Przyjęcie w OW NFZ: Wydanie decyzji:

od (rrrr-mm-dd) do (rrrr-mm-dd) od (rrrr-mm-dd) do (rrrr-mm-dd) od (rrrr-mm-dd) do (rrrr-mm-dd)

Przycisk , znajdujący się poniżej filtrów, umożliwia wyszukanie i wyświetlenie danych spełniających warunki określone w filtrach w formie tabeli.

Przycisk  pozwala na usunięcie wszystkich wprowadzonych w polach filtrujących informacji.

Z prawej strony nagłówka każdej z sekcji filtrów znajdują się przyciski:

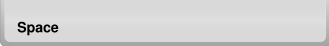
-  /  - umożliwiają zwinięcie/rozwinięcie danej sekcji;
-  - umożliwia wyświetlenie pomocy podręcznej dla danej sekcji.

W polach tekstowych, umożliwiających wprowadzenie dowolnej wartości, a nie tylko wybór konkretnej wartości z listy, ułatwieniem w wyszukiwaniu jest znak "%". Znakiem "%" możliwie jest zastąpienie dowolnego ciągu znaków. Przykładowo wprowadzenie w polu *Numer wniosku* wartości "%5" spowoduje wyświetlenie wszystkich wniosków z dowolną ilością i kombinacją znaków przed cyfrą "5" w numerze wniosku, np. 01-0000000005, 01-0000003415; itd. Jednakże wprowadzenie "%" nie spowoduje wyświetlenia wniosku o numerze 01-0000000051. Wynika to stąd, że znak "%" zastępuje dowolny ciąg znaków przed cyfrą "5", natomiast za nią numer musi się zgadzać z wprowadzonym, a jako że za cyfrą "5" nie ma już żadnego

znaku, system nie pozwoli na wyświetlenie numerów zawierających jakiegolwiek znaki za cyfrą "5". By wyświetlić numery wniosków zawierające znaki za i przed przykładową cyfrą "5" należy wprowadzić dodatkowo znak "%" za cyfrą "5", czyli: "%5%". Spowoduje to wyświetlenie wniosków zawierających w numerze wniosku jakiegolwiek ciąg znaków przed i po cyfrze "5".

5.4 Obsługa za pomocą klawiatury

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

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

6 Lista wniosków RI

6.1 Wyszukiwanie wniosków

Okno z listą wniosków RI podzielone jest na trzy sekcje (części) i udostępnia następujące możliwości:

- [Tworzenie nowego wniosku](#) - opisane w następnym podrozdziale.
- **Wyszukiwanie**
- **Wyszukiwanie zaawansowane**

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

Wyszukiwanie

Rok: 2021 Rodzaj świadczenia: Numer umowy:

Typ wniosku: Kategoria wniosku: Status wniosku:

Numer wniosku: Forma obsługi wniosku: Identyfikator pacjenta: Do podpisu cyfrowego: Wydana decyzja:

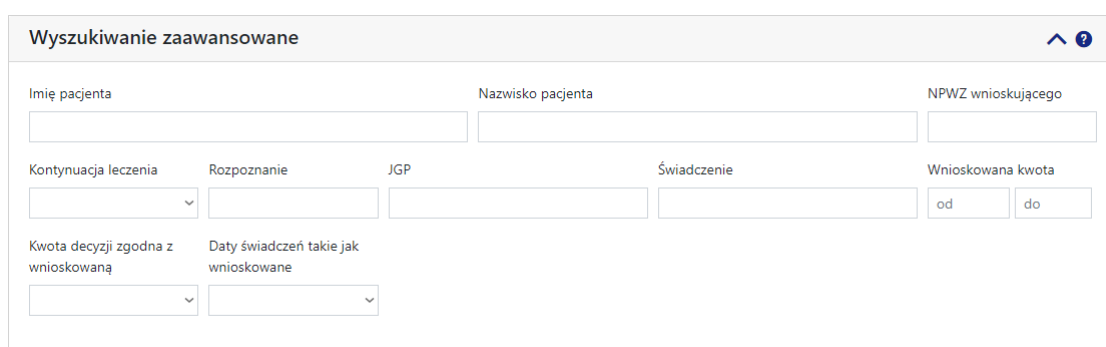
Przekazanie do OW NFZ: od (rrrr-mm-dd) do (rrrr-mm-dd) Przyjęcie w OW NFZ: od (rrrr-mm-dd) do (rrrr-mm-dd) Wydanie decyzji: od (rrrr-mm-dd) do (rrrr-mm-dd)

Panel filtrów sekcji wyszukiwania wniosków RI

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

- **Rok** - pole pozwalające na wybór roku wniosku;
- **Rodzaj świadczenia** - pole pozwalające na wybór rodzaju świadczenia, dla których możliwe jest składanie wniosków;
- **Numer umowy** - pole pozwalające na wprowadzenie numeru umowy, dla których złożono wnioski;
- **Typ wniosku** - pole pozwalające na wybór typu wniosku;
- **Kategoria wniosku** - pole pozwalające na wybór kategorii wniosku;
- **Status wniosku** - pole pozwalające na wybór statusu wniosku; możliwe wartości to:
 - wprowadzony
 - przekazany do OW
 - przyjęty
 - do uzupełnienia
 - do wycofania
 - wycofany
 - decyzja pozytywna
 - decyzja negatywna
 - odrzucony ze względów formalnych

- pozostawiony bez rozpoznania
- *Numer wniosku* - pole pozwalające na wprowadzenie numeru (identyfikatora) wniosku;
- *Forma obsługi wniosku* - pole pozwalające na wybór formy obsługi wniosku; możliwe wartości to:
 - elektroniczny
 - tradycyjny
- *Identyfikator pacjenta* - pole pozwalające na wprowadzenie identyfikatora pacjenta;
- *Do podpisu cyfrowego* - pole pozwalające na określenie czy wniosek jest do podpisu cyfrowego;
- *Wydana decyzja* - pole pozwalające na określenie czy do wniosku została wydana decyzja;
- *Przekazanie do OW NFZ* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przekazania wniosku do OW NFZ (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "przekazany do OW");
- *Przyjęcie w OW NFZ* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przyjęcia wniosku w OW NFZ (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "przyjęty");
- *Wydanie decyzji* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) wydania decyzji do wniosku (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status związany z decyzją – "decyzja pozytywna"/"decyzja negatywna"/"odrzucony ze względów formalnych").



Wyszukiwanie zaawansowane

Imię pacjenta Nazwisko pacjenta NPWZ wnioskującego

Kontynuacja leczenia Rozpoznanie JGP Świadczenie Wnioskowana kwota

Kwota decyzji zgodna z wnioskowaną Daty świadczeń takie jak wnioskowane

Panel filtrów sekcji zaawansowanego wyszukiwania wniosków RI

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

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

- *Daty świadczeń takie jak wnioskowane* - pole pozwalające na określenie czy daty świadczeń są takie same jak daty wnioskowane.

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

W dolnej części okna prezentowana jest tabela z wyszukanymi wnioskami.

Liczba wniosków spełniających warunki wyszukiwania: 104

Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Kategoria	Rodzaj świadczenia	Zakres	Data utworzenia	Data przyjęcia	Sposób obsługi	Identyfikator pacjenta	Data decyzji	Wartość decyzji	Wartość decyzji liczba pkt. PSZ	Pisma
2021	08-0000000458	Przyjęty	6110	05	05.1310.208.02	2021-09-20	2021-09-20	Elektroniczny					Szczegóły
2021	08-0000000457	Przyjęty	6110	05	05.1310.208.02	2021-09-17	2021-09-17	Elektroniczny					Szczegóły
2021	08-0000000456	Wprowadzony	6108	03		2021-09-17							Szczegóły
2021	08-0000000410	Wprowadzony	6110	05		2021-07-19							Szczegóły
2021	08-0000000409	Wprowadzony	7201	03	03.4601.033.02	2021-07-15							Szczegóły
2021	08-0000000407	Wprowadzony	6104	03		2021-07-15							Szczegóły

Tabela wyszukanych wniosków RI

Wnioski w tabeli można sortować według następujących kolumn:

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

Domyślnie prezentowane dane sortowane są według kolumny *Numer wniosku* w kolejności malejącej.

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

Kliknięcie na odnośniku **Szczegóły** znajdującym się w kolumnie *Pisma* umożliwia podejrzenie i ewentualne pobranie na dysk lokalny wszystkich powiązanych z wnioskiem pism.

Okno w wersji dla obsługi tradycyjnej wniosku RI

Okno w wersji dla obsługi elektronicznej wniosku RI

W nagłówku wyświetlonych szczegółów pisma znajdują się przyciski umożliwiające:

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

6.2 Tworzenie nowego wniosku

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

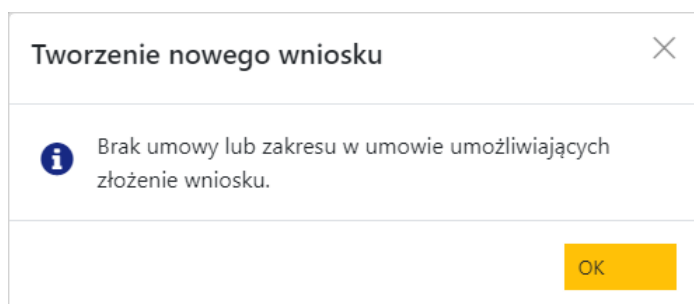
Wymagane jest wypełnienie następujących pól:

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

- *Kategoria wniosku* - pole pozwala na wybór kategorii wniosku - wartość wybrana w tym polu determinuje wartości dostępne w polu *Rodzaj świadczenia*;
- *Rodzaj świadczenia* - pole pozwala na wybór rodzaju świadczenia.

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

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



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

Wniosek nr 08-0000000459

Numer: 08-0000000459
Status: Wprowadzony

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku
08-0000000459

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

2. Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA

3. Wnioskowanie po raz pierwszy
4. Kolejny wniosek o zgodę

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa
Jutrzeeenka mk test

6. Nr umowy

7. Zakres świadczeń

8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Legenda:

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

Buttons: Zapisz, Zakończ edycję, Usuń, Załączniki

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

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

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

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

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

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

Wniosek nr 08-0000000390

Przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie Podpisanie ePUAP i przekazanie dokumentu Przekazanie dokumentu tradycyjnie Odblokuj edycję Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku przekażę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☒ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000390

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

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

Wniosek nr 08-0000000390

Pobierz do podpisu Wczytaj XML Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku przekażę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☒ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000390

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

- Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - pobrać za pomocą przycisku **Pobierz do podpisu** dokument wniosku w postaci pliku XML na dysk lokalny;
 - podpisać dokument XML poza portalem podpisem kwalifikowanym w aplikacji zewnętrznej świadczeniodawcy (sposób konfiguracji aplikacji zewnętrznej do podpisywania dokumentów profilem elektronicznym został opisany w rozdziale [Podpis elektroniczny](#)) lub profilem zaufanym poprzez stronę www.gov.pl (sposób podpisywania dokumentów XML profilem zaufanym został opisany w rozdziale [Podpisywanie profilem zaufanym](#));

Wniosek nr 08-0000000390

Pobierz do podpisu Wczytaj XML Podgląd Przełącz 08-000000076.xml do OW NFZ Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000390

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

- wczytać za pomocą przycisku **Wczytaj XML** podpisany plik XML na portal. Przycisk **Podgląd** umożliwia podgląd wczytanego wniosku podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym lub profilem zaufanym;
- przekazać za pomocą przycisku **Przełączxml do OW NFZ** podpisany wniosek do OW – po jego kliknięciu wniosek przyjmie status „przyjęty”.
- **Podpisanie ePUAP i przekazanie dokumentu** - umożliwia podpisanie wniosku za pomocą profilu zaufanego i jednocześnie przekazanie dokumentu do OW, a tym samym elektroniczną ścieżkę obsługi wniosku. W przypadku tej opcji, w odróżnieniu od wyżej opisanej, nie ma potrzeby pobierania dokumentu do podpisu i wczytywania podpisanego wniosku.

Wniosek nr 08-0000000753

Podpisz ePUAP i przełącz do OW NFZ Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000390

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

- Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - za pomocą przycisku **Podpisz ePUAP i przełącz do OW NFZ** przejść na stronę profilu zaufanego: pz.gov.pl, na której należy się zalogować;
 - podpisać dokument profilem zaufanym poprzez stronę www.gov.pl w analogiczny sposób jak został opisany w rozdziale [Podpisywanie profilem zaufanym](#);

Po podpisaniu nastąpi automatyczny powrót do wniosku, który będzie przekazany do OW oraz będzie w statusie "przyjęty".

Wniosek nr 08-0000000753

Drukuj Wycofanie Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000753

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

Numer: 08-0000000753

Status: Przyjęty

A. Identyfikacja wniosku

B. Wnioskowanie

C. Dane świadczeniobiorcy składającego wniosek

D. Dane świadczeniobiorcy

- **Przekazanie dokumentu tradycyjnie** - umożliwia przekazanie dokumentu ścieżką tradycyjną przez wydruk wniosku, a następnie dostarczenie podpisanego wniosku do OW NFZ:

Wniosek nr 08-0000000390

Przekaz do OW NFZ Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000390

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

- Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - przekazać za pomocą przycisku **Przekaz do OW NFZ** wniosek do OW – dane wniosku są zapisywane jako dane wniosku do przekazania z podpisem tradycyjnym (operacja jest nieodwracalna), a wniosek zmienia status na „przekazany do OW”;

Wniosek nr 08-0000000390

Drukuj Wycofanie Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

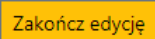
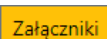
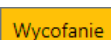
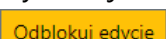
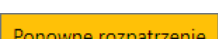
08-0000000390

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

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

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

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

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

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

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

6.2.1 Załączniki

Obsługa załączników do wniosku możliwa jest na panelu dostępnym po kliknięciu przycisku **Załączniki**.

Dodaj plik					
Załącznik_1.txt	Dokumentacja medyczna	6 B	2021-09-24 09:46:37	 Pobierz	 Usuń
Załącznik_2.txt	Oświadczenia	6 B	2021-09-24 09:46:10	 Pobierz	 Usuń
Załącznik_3.txt	Oświadczenia eWUŚ	6 B	2021-09-24 09:45:47	 Pobierz	 Usuń
Załącznik_4.txt	Dodatkowe dokumenty (wyliczenia kosztów pozamedycznych, faktury)	6 B	2021-09-24 09:45:27	 Pobierz	 Usuń
Załącznik_5.txt	Dodatkowe dokumenty (wyliczenia kosztów pozamedycznych, faktury)	6 B	2021-09-24 09:45:06	 Pobierz	 Usuń

Dodanie załącznika umożliwia przycisk

znajdujący się w nagłówku panelu załączników. Po jego kliknięciu dostępne stanie się pole pozwalające na przeciągnięcie dołączanego do wniosku załącznika.

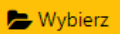
Uwaga:

Świadczeniodawco! Decydując się na dołączenie elektronicznej postaci załączników do wniosku na portalu CBWiD jednocześnie decydujesz się na podpisanie wniosku podpisem cyfrowym. W sytuacji, kiedy wniosek będzie podpisywany tradycyjnie, załączniki do wniosku mogą być przekazane wyłącznie drogą tradycyjną, nie można ich przekazać w postaci elektronicznej przez portal CBWiD.



Przeciągnij i upuść plik
lub



Wskazanie załącznika możliwe jest też poprzez standardowe okno wyboru plików systemu Microsoft® Windows® dostępne po kliknięciu przycisku .

System umożliwia świadczeniodawcy dołączanie załączników do wniosków podpisywanych podpisem cyfrowym. Świadczeniodawca podpisujący wnioski tradycyjnie nie ma możliwości przekazania przez portal załączników do wniosku. Tak jak dotychczas może to zrobić wyłącznie za pośrednictwem poczty czy dostarczając do OW. Załączane pliki nie są podpisywane podpisem cyfrowym razem z wnioskiem. Świadczeniodawca ma możliwość załączenia maks. 5 plików o dowolnym rozszerzeniu i rozmiarze nieprzekraczającym 10 MB każdy; przekazywany przez portal dokument może być opatrzony dowolnym podpisem cyfrowym.

Załącznik_1.txt	Kategoria pliku	6 B	2021-09-24 10:36:39	 Usuń
Kategoria pliku jest wymagana Zapisz				

Każdy załączany plik musi zostać przypisany do jednej z następujących kategorii:

- dokumentacja medyczna
- oświadczenia
- oświadczenia eWUŚ
- dodatkowe dokumenty (wyliczenia kosztów pozamedycznych, faktury).

Po wybraniu kategorii należy kliknąć przycisk **Zapisz** co spowoduje zapisanie załącznika.

Załączniki przekazane razem z wnioskiem są przechowywane w systemie i dostępne do przeglądu oraz do pobrania dla operatorów NFZ. Przekazanie załączników przez portal nie wyklucza możliwości przekazania dodatkowo załączników w sposób tradycyjny (poczta, dostarczenie do OW). Załączniki przekazywane tradycyjnie nie są importowane do systemu.

Załączniki można dodawać i usuwać na każdym etapie obsługi wniosku do czasu zakończenia edycji wniosku. Kliknięcie na wniosku przycisku **Zakończ edycję** uniemożliwi dodawanie/usuwanie załączników. Powtórne dodawanie/usuwanie załączników będzie możliwe po wycofaniu zakończenia edycji.

Dołączenie załącznika do wniosku wiąże się z koniecznością podpisania wniosku przez świadczeniodawcę podpisem kwalifikowanym.

Na etapie kończenia edycji wniosku, system odpowiednim komunikatem poprosi świadczeniodawcę o weryfikację kompletności załączników i przypomni o konieczności podpisania wniosku podpisem kwalifikowanym.

Dla wniosków z dołączonymi załącznikami system nie będzie dopuszczał wyboru podpisu wniosku, ale po zakończeniu edycji wniosku będzie przejście do kroku pobranie wniosku w postaci XML do podpisu.

6.3 Wycofanie wniosku

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

Wniosek nr 08-0000000445

Drukuj **Wycofanie** **Załączniki**

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku prześlę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000445

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

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

Wycofanie wniosku nr 08-0000000445

Zapisz **Zakończ edycję**

IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000445

WNIOSEK W SPRAWIE

2. Sprawozdanie lub rozliczenie przedłużenia czasu trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych

3. Data wprowadzenia

4. Data przekazania

TREŚĆ OŚWIADCZENIA O WYCOFANIE WNIOSKU (opcjonalnie)

5. Treść

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

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

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

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

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

6.4 Ponowne rozpatrzenie wniosku

W sytuacji wydania przez Fundusz decyzji negatywnej dla wniosku lub decyzji pozytywnej na kwotę niższą niż wnioskowana, dla wniosków przekazanych do OW do 30 września 2021, Świadczeniodawca ma możliwość złożenia przez portal pisma o ponowne rozpatrzenie wniosku.

Wniosek nr 08-0000000096

Ponowne rozpatrzenie Załączniki

☐ Deklaruję, że dodatkowo do wniosku przekażę dokumentację medyczną drogą pocztową (nie dotyczy kosztorysu i dokumentów załączonych w postaci elektronicznej do wniosku)

☐ Do wniosku nie będą przekazywane drogą pocztową dodatkowe dokumenty związane z dokumentacją medyczną

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000096

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

Przekazanie wniosku do ponownego rozpatrzenia rozpoczyna się od kliknięcia przycisku

Ponowne rozpatrzenie

Ponowne rozpatrzenie wniosku nr 08-0000000096

Zapisz Zakończ edycję

IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000096

WNIOSEK W SPRAWIE

2. Sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy

3. Data wprowadzenia

4. Data przekazania

TREŚĆ PROŚBY O PONOWNE ROZPATRZENIE WNIOSKU (opcjonalnie)

5. Treść

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

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

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

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

Po pozytywnym rozpatrzeniu pisma przez OW NFZ wniosek zmieni status na przyjęty. Jeśli Fundusz rozpatrzy pismo negatywnie, to wniosek pozostanie w dotychczasowym statusie nadanym po wydaniu decyzji, a Świadczeniodawca otrzyma pismo informujące o braku możliwości ponownego rozpatrzenia wniosku.

6.5 Elementy wniosków

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

I N F O R M A C J A

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

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
6100	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy	B. wnioskowanie C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek D. dane świadczeniobiorcy E. rodzaj świadczenia F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek G. uzasadnienie H. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie I. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.
6101	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń udzielonych niezgodnie z pcią świadczeniobiorcy	B. wnioskowanie C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek D. dane świadczeniobiorcy E. rodzaj świadczenia F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek G. uzasadnienie H. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie I. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.
6102	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń wykonanych w odstępie nieprzekraczającym 14 dni	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. rodzaj świadczenia E. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek F. dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) G. uzasadnienie H. data poprzedniego świadczenia I. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie J. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.
6103	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń które zostały wykonane ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania i realizacji umów	B. wnioskowanie C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek D. dane świadczeniobiorcy E. rodzaj świadczenia F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek G. uzasadnienie H. terminy udzielania świadczeń I. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.
6104	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia którego koszt przekracza wartość zdefiniowaną w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. dane dotyczące hospitalizacji G. uzasadnienie H. wnioskowany koszt świadczenia I. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie J. potwierdzenie formalne wniosku	TAK (załącznik k 4a)	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
6105	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia które jest dopuszczone do sprawozdania lub rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. dane dotyczące hospitalizacji G. uzasadnienie H. wnioskowany koszt świadczenia I. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie J. potwierdzenie formalne wniosku	TAK (załącznik k 4a)	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.r. i Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
6106	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki: w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny,	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. dane dotyczące hospitalizacji E. dane dotyczące dodatkowej JGP/świadczenia G. uzasadnienie H. wnioskowany koszt świadczenia	NIE	Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.

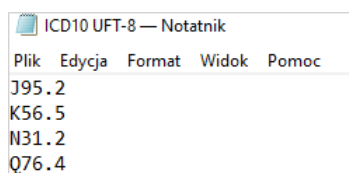
Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
	inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, • inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do 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	• I. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • J. potwierdzenie formalne wniosku		
6107	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji	• B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane dotyczące hospitalizacji • F. dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia przeszczepienia komórek krwiotwórczych • G. uzasadnienie • H. wnioskowany koszt świadczenia • I. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • J. potwierdzenie formalne wniosku	TAK (załącznik k 4a)	Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
6108	sprawozdania lub rozliczenia świadczeń gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy	• B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • E. dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) • F. uzasadnienie • G. data poprzedniego świadczenia • H. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • I. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 6 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.
6110	sprawozdanie lub rozliczenie przedłużenia czasu trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych	• B. wnioskowanie • C. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • D. dane świadczeniobiorcy • F. dane świadczenia, którego dotyczy wniosek • G. uzasadnienie • H. terminy udzielania świadczeń • I. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 7 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r.
7201	sprawozdania lub rozliczenia świadczenia, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia świadczenia albo wartości produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu operacji wad serca i aorty piersiowej	• B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • J. uzasadnienie • K. wnioskowany koszt świadczenia • M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie • O. potwierdzenie formalne wniosku	TAK (załącznik k 5a)	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załączniki nr 2 i 3 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
7202	sprawozdania lub rozliczenia wykonania jednoczasowo więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu	• B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek • C. dane świadczeniobiorcy • D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 • E.1. dane dotyczące świadczenia • E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych • F.1 dane dotyczące dodatkowych wariantów stosowanych w ramach świadczenia	NIE	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
		- F.2. wskazanie wariantu świadczenia z załącznika 1w/1ws do zarządzenia - F.3. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych J. uzasadnienie K. wnioskowany koszt świadczenia M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie O. potwierdzenie formalne wniosku		
7203	sprawozdania lub rozliczenia wykonania jednocześnie więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów świadczeń	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 - E.1. dane dotyczące świadczenia - E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych - G.1. dane dotyczące świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów - G.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych J. uzasadnienie K. wnioskowany koszt świadczenia M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie O. potwierdzenie formalne wniosku	NIE	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
7204	sprawozdania lub rozliczenia wykonania w ramach hospitalizacji do świadczenia dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza wartość zdefiniowaną w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wyspecjalistyczne	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 - E.1. dane dotyczące świadczenia - E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych H. dane dotyczące sprawozdania lub rozliczenia dodatkowej procedury medycznej wg ICD-9 zrealizowanej po wykonaniu świadczenia J. uzasadnienie L. wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ N. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanej w terminie O. potwierdzenie formalne wniosku	TAK (załącznik k 5a)	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załączniki nr 2 i 3 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
7205	sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczenia, które nie zostało ujęte w załącznikach 1w/1ws, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 - E.1. dane dotyczące świadczenia - E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych - I.1. dane dotyczące świadczeń nie wymienionych w katalogu 1w/1ws - I.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych J. uzasadnienie K. wnioskowany koszt świadczenia M. wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie O. potwierdzenie formalne wniosku	TAK (załącznik k 5a)	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i Załączniki nr 2 i 3 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.
7207	sprawozdania lub rozliczenia wykonania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w	B. dane świadczeniodawcy składającego wniosek C. dane świadczeniobiorcy D. przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10 - E.1. dane dotyczące świadczenia	NIE	Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 157/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30.09.2021 r. i

Kod wniosku	Wniosek w sprawie...	Sekcje wniosku wymagające wypełnienia	Wymagany kosztorys?	Uwagi
	ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci	- E.2. istotne procedury medyczne jakie wystąpiły w trakcie świadczenia, w/g międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych J. uzasadnienie K. wnioskowany koszt świadczenia M. wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie O. potwierdzenie formalne wniosku		Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 204/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 17.12.2021 r.

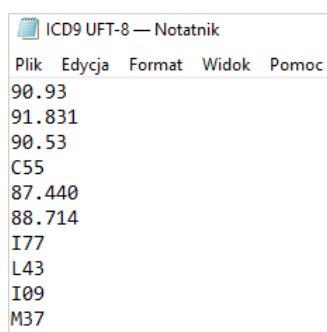
Elementy wniosków pozwalające na wprowadzenie rozpoznań ICD10 lub procedur ICD9, z prawej strony nagłówka sekcji posiadają ikonę . Po jej kliknięciu możliwe jest wczytanie danych sekcji z pliku tekstowego.

W przypadku danych o rozpoznaniach wg ICD10 pierwsze rozpoznanie z pliku będzie traktowane jako rozpoznanie zasadnicze, a kolejne jako współistniejące. Wczytywane będą wyłącznie kody rozpoznań ograniczone do 4 rozpoznań (zgodnie z liczbą rozpoznań na wniosku). Wczytywane będą rozpoznania pięciodziesiętnikowe. Weryfikacja wczytanych kodów rozpoznań ze słownikiem ICD10 będzie realizowana na etapie kończenia edycji wniosku.



Przykładowy plik tekstowy z rozpoznaniem ICD10

W przypadku danych o procedurach ICD9 wczytywane będą wyłącznie kody procedur medycznych, ograniczone do 10 procedur (zgodnie z liczbą procedur medycznych na wniosku). Na etapie kończenia edycji dla wniosku system będzie weryfikował zgodność kodów ze słownikiem ICD9.



Przykładowy plik tekstowy z procedurami ICD9

6.5.1 Dane dotyczące dodatkowej JGP/świadczenia

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

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

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

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

E.2. PRZECZYNNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHOROZEŃ ICD 10

30. Kod rozpoznania zasadniczego

33. Kod rozpoznania współistniejącego

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

34. Kod procedury medycznej

35. Kod procedury medycznej

42. Kod procedury medycznej

43. Kod procedury medycznej

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

44. Kod JGP

44a. Kod świadczenia

45. Data początku (RRRR-MM-DD)

46. Data końca (RRRR-MM-DD)

6.5.2 Dane dotyczące dodatkowych wariantów stosowanych w ramach świadczenia

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

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

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

26. Kod wariantu świadczenia

27. Kod wariantu świadczenia

28. Kod wariantu świadczenia

6.5.3 Dane dotyczące hospitalizacji

W tej sekcji należy wprowadzić:

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

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI

D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD10

11. Kod rozpoznania zasadniczego

14. Kod rozpoznania współistniejącego

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

15. Kod procedury medycznej

16. Kod procedury medycznej

23. Kod procedury medycznej

24. Kod procedury medycznej

D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA

25. Kod JGP

25a. Kod świadczenia

26. Data początku (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

27. Data końca (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

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

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

6.5.4 Dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie)

W tej sekcji należy wprowadzić:

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

F. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA (POPRZEDNIE ŚWIADCZENIE)

F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10

28. Kod rozpoznania zasadniczego

31. Kod rozpoznania współistniejącego

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

32. Kod procedury medycznej

33. Kod procedury medycznej

40. Kod procedury medycznej

41. Kod procedury medycznej

F.3. DANE SPRAWOZDAWANEJ LUB ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA

42. Kod JGP

42a. Kod świadczenia

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

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

6.5.5 Dane dotyczące sprawozdania lub rozliczania przeszczepienia komórek krwiotwórczych

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

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

47. Ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych

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

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

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

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

51. Kod procedury medycznej wg ICD-9

52. Kod procedury medycznej wg ICD-9

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

data (rrrr-mm-dd)

6.5.7 Dane dotyczące świadczenia

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

E.1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA

14. Kod zakresu świadczenia

15. Kod wariantu świadczenia

15a. Kod podwariantu świadczenia

15b. Kod podwariantu świadczenia

15c. Kod podwariantu świadczenia

15d. Kod podwariantu świadczenia

15e. Kod podwariantu świadczenia

15f. Kod podwariantu świadczenia

15g. Kod podwariantu świadczenia

15h. Kod podwariantu świadczenia

16. Data początku (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

17. Data końca (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

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

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

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

54. Kod świadczenia

55. Data początku (RRRR-MM-DD)

56. Data końca (RRRR-MM-DD)

6.5.9 Dane dotyczące świadczeń wykonanych w ramach różnych zakresów

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

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

37. Kod zakresu świadczenia	38a. Kod podwariantu świadczenia
38. Kod wariantu świadczenia	38b. Kod podwariantu świadczenia
39. Kod zakresu świadczenia	38c. Kod podwariantu świadczenia
40. Kod wariantu świadczenia	40a. Kod podwariantu świadczenia
41. Kod zakresu świadczenia	40b. Kod podwariantu świadczenia
42. Kod wariantu świadczenia	40c. Kod podwariantu świadczenia
	42a. Kod podwariantu świadczenia
	42b. Kod podwariantu świadczenia
	42c. Kod podwariantu świadczenia

6.5.10 Dane świadczenia, którego dotyczy wniosek

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

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

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

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

X. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

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

15. Kod rozpoznania zasadniczego

16. Kod rozpoznania współistniejącego

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

19. Kod procedury medycznej

20. Kod procedury medycznej

27. Kod procedury medycznej

28. Kod procedury medycznej

X.3. DANE SPRAWOZDAWANEJ LUB ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA

29. Kod JGP

29a. Kod świadczenia

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

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

Dotyczy wniosków: 6110

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

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

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

F1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10

15. Kod rozpoznania zasadniczego

18. Kod rozpoznania współistniejącego

F2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

19. Kod procedury medycznej

20. Kod procedury medycznej

27. Kod procedury medycznej

28. Kod procedury medycznej

6.5.11 Dane świadczeniobiorcy

W tej sekcji należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

9. Imię

10. Nazwisko

11. Typ identyfikatora (zgodnie z rozporządzeniem MZ)

12. Identyfikator

12a. Płeć (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy)

12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

data (rrrr-mm-dd)

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

6.5.12 Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Dotyczy wniosków: 6100, 6101

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa
Jutrzeeeeenka mk test

6. Nr umowy


7. Zakres świadczeń

8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego


*W przypadku, gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza w przedmiotowym zakresie należy wypełnić pole 8a.

8.a PESEL osoby wnioskującej

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

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa
Jutrzeeeeenka mk test

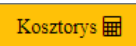
4. Nr umowy
Kosztorys 

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego


Dotyczy wniosków: 6104, 6105, 6107

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk . Po wskazaniu umowy należy wprowadzić kosztorys w oknie dostępnym po kliknięciu przycisku  Kosztorys  znajdującego się z prawej strony pola *Nr umowy*. Formularz kosztorysu został opisany w podrozdziale [Kosztorys](#). Przycisk  nie będzie widoczny do czasu wprowadzenia dat w pozycjach 52 i 53 sekcji

Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie wniosku. Dla wygody wprowadzania pozycje te zostały zdublowane i dostępne są w dodatkowej sekcji **Wniosek o rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie**, znajdującej się bezpośrednio nad sekcją **Dane świadczeniodawcy składającego wniosek**, a wprowadzone w nich daty pojawią się również w sekcji **Wnioskuje o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie**. Wniosek elektroniczny przekazany do OW jak i jego wydruk będą już pozbawione zdublowanego elementu.

Zdublowane pozycje 52 i 53 wniosku

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego – przycisk

Dotyczy wniosków: 6106

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

Zdublowane pozycje 52 i 53 wniosku

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego – przycisk

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa

4. Nr umowy

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Dotyczy wniosków: 6108

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego – przycisk 

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa

4. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Dotyczy wniosków: 6110

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

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

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa

6. Nr umowy

7. Zakres świadczeń

8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

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

8.a Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową

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

Dotyczy wniosków: 7201, 7204, 7205

W tej sekcji należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa
Jutrzeeenka mk test

4. Nr umowy
 

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego


6.5.13 Data poprzedniego świadczenia**Dotyczy wniosków: 6102**

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

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

44. Data od (RRRR-MM-DD)
data (rrrr-mm-dd) 

45. Data do (RRRR-MM-DD)
data (rrrr-mm-dd) 

Dotyczy wniosków: 6108

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

G. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:

42. Data od (RRRR-MM-DD)
data (rrrr-mm-dd) 

43. Data do (RRRR-MM-DD)
data (rrrr-mm-dd) 

43a. Czas wypisu (HH:MM)
godzina (HH:MM)

43b. Tryb wypisu


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

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

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

18. Kod procedury medycznej		 	19. Kod procedury medycznej		 
20. Kod procedury medycznej		 	21. Kod procedury medycznej		 
22. Kod procedury medycznej		 	23. Kod procedury medycznej		 
24. Kod procedury medycznej		 	25. Kod procedury medycznej		 

6.5.15 Kosztorys (załącznik 4a)

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

4. Nr umowy

INFORMACJA

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

Po otwarciu kosztorysu dostępne są następujące elementy:

- **Sekcja A - Specyfikacja kosztowa wniosku**

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU

1. Numer wniosku

Poz. 1 w kosztorysie jest automatycznie przepisana z wniosku

- **Sekcja B - Termin realizacji świadczenia**

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA

2. Zakres świadczeń, w którym sprawozdawane lub rozliczane jest świadczenie		3. Cena za punkt
4. Data od (RRRR-MM-DD)	5. Data do (RRRR-MM-DD)	6. Osobodni
data (rrrr-mm-dd)	data (rrrr-mm-dd)	

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

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

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

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

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

Poz. 4 i poz. 5

- przepisane z wcześniej wypełnionego wniosku (poz. 52 i poz. 53 wniosku – jeżeli wypełnione),
- poz. 4 przyjmuje automatycznie wartość pola nr 9, natomiast poz. 5 przyjmuje wartość z poz. 10n (n – dla ostatniego świadczenia, np. 10c)

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

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

• Sekcja C - Realizacja świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych

C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH

+ Dodaj świadczenie ✕ Usuń ostatnie świadczenie

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

C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH

C1

7a. Zakres świadczeń, w którym realizowano świadczenie: 03.4011.030.02 - ALERGOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA

8a. Cena: 100,00

9a. Data od (RRRR-MM-DD): 2021-09-13

10a. Data do (RRRR-MM-DD): 2021-09-19

11a. Osobodni: 6

C1.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)

Lp.	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN

12a. Suma: 0,00

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

C1.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)				
Lp.	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN
1	5.53.01.0000006	ŻYWIENIE DOJELITOWE	1.0000	10800,00
				 
12a. Suma:				10800,00

Możliwe jest dodanie wielu świadczeń w ramach zakresu świadczeń.

Przycisk  (lub ikona  znajdująca się z prawej strony nagłówka podsekcji - w przypadku świadczeń rozliczanych wg skali TISS) pozwala na wczytanie świadczeń jednostkowych z pliku tekstowego.

Wczytanie będzie możliwe po wprowadzeniu zakresu świadczeń. Wczytywany plik dla świadczeń różnych od TISS musi mieć strukturę: Lp, kod świadczenia, liczba świadczeń. Dla wczytanych świadczeń system ustawi nazwę świadczenia i wyliczy na podstawie liczby (i ceny za punkt dla zakresu) całkowitą wartość w złotych.

Wczytywany plik dla świadczeń TISS musi mieć strukturę: dzień pobytu, kod świadczenia. Po wczytaniu danych z pliku system ustawi wartość świadczenia zgodnie z umową.

1c — Notatnik				
Plik	Edycja	Format	Widok	Pomoc
5.53.01.0000007	2			
5.53.01.0001479	4			
5.53.01.0001472	1			

Przykładowy plik tekstowy ze świadczeniami jednostkowymi

TISS — Notatnik				
Plik	Edycja	Format	Widok	Pomoc
1	5.53.01.0005024			
2	5.53.01.0005019			
3	5.53.01.0005031			

Przykładowy plik tekstowy ze świadczeniami jednostkowymi rozliczanymi wg skali TISS

WAŻNE

Jako separator kolumn we wczytywanych plikach tekstowych powinien być użyty tabulator lub średnik.

Usunięcie dodanego świadczenia umożliwia przycisk  znajdujący się z prawej strony dodanego świadczenia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c. Cena jednostkowa
- 2. Końce linii
 - a. Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b. Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii
- 3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - a. znakiem średnika
 - b. tabulatorem
- 4. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy
 - a. Wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy
 - b. Aby w treści pola umieścić cudzysłów należy wpisać znak cudzysłowu dwukrotnie, całą wartość ujmując w cudzysłowy

• Pozostałe sekcje

Poz. 24 – edytowalna i uzupełniana przez świadczeniodawcę

E. KOSZTY MEDYCZNE HOSPITALIZACJI (poz. 12 + poz. 13a + poz.22)	
23. Wartość w zł	
0,00	
F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz.22).	
24. Wartość w zł	
0,00	
G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz.23 + poz.24)	
25. Wartość w zł	
0,00	
H. POTWIERDZENIE FORMALNE SPECYFIKACJI KOSZTÓW	
26. Data (RRRR-MM-DD)	27. Świadczeniodawca*

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

6.5.16 Kosztorys (załącznik 5a)

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

4. Nr umowy	Kosztorys  

INFORMACJA

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

Po otwarciu kosztorysu dostępne są następujące elementy:

- **Sekcja A - Specyfikacja kosztowa wniosku**



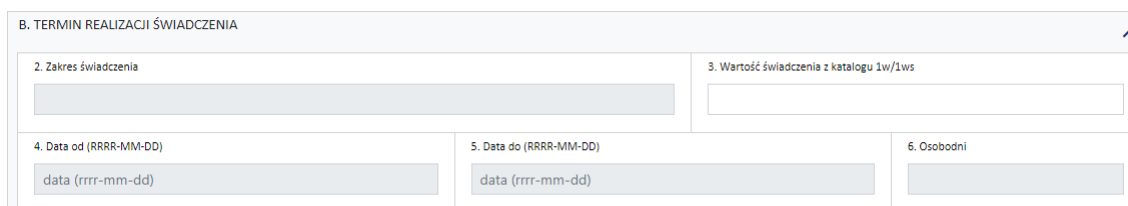
A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU

1. Numer wniosku

08-0000000474

Poz. 1 w kosztorysie jest automatycznie przepisana z wniosku

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



B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA

2. Zakres świadczenia

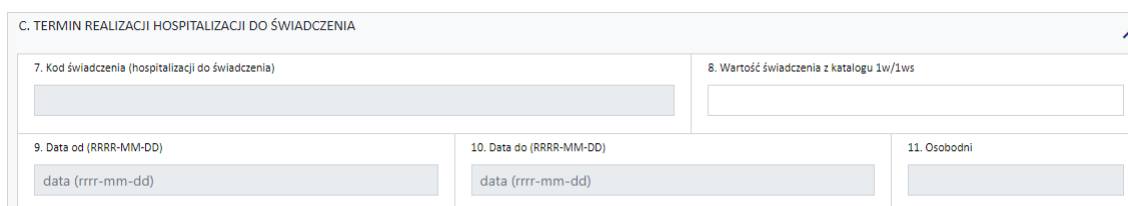
3. Wartość świadczenia z katalogu 1w/1ws

4. Data od (RRRR-MM-DD)

5. Data do (RRRR-MM-DD)

6. Osobodni

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



C. TERMIN REALIZACJI HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA

7. Kod świadczenia (hospitalizacji do świadczenia)

8. Wartość świadczenia z katalogu 1w/1ws

9. Data od (RRRR-MM-DD)

10. Data do (RRRR-MM-DD)

11. Osobodni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Kolumny:
 - Nazwa
 - Liczba
 - Cena jednostkowa
- Końce linii
 - Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii
- Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:

- a. znakiem średnika
- b. tabulatorem

4. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy

- a. Wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy
- b. Aby w treści pola umieścić cudzysłów należy wpisać znak cudzysłowu dwukrotnie, całą wartość ujmując w cudzysłowy

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

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

E1. badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				12. Suma: 0,00
E2. diagnostyka nie laboratoryjna				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				13. Suma: 0,00
E3. środki farmaceutyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				14. Suma: 0,00
E4. materiały/wyroby medyczne				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				15. Suma: 0,00
E5. koszty osobowe personelu medycznego				
Lp.	Nazwa	wartość w PLN		
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia	0,00		
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym	0,00		
				16. Suma: 0,00
E6. koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)				
Lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
				17. Suma: 0,00
18. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (tj. poz. 12+13+14+15+16+17)				0,00

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

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

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

1. Kolumny:
 - a. Nazwa
 - b. Liczba
 - c. Cena jednostkowa
2. Końce linii
 - a. Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b. Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii
3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:
 - a. znakiem średnika
 - b. tabulatorem
4. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy
 - a. Wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy
 - b. Aby w treści pola umieścić cudzysłów należy wpisać znak cudzysłowu dwukrotnie, całą wartość ujmując w cudzysłowy

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

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

26. Wartość w zł

0,00

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

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

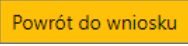
27. Wartość w zł

0,00

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

H. POTWIERDZENIE FORMALNE SPECYFIKACJI KOSZTÓW ^

28. Data (RRRR-MM-DD)	29. Świadczeniodawca*
------------------------------	---

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

6.5.17 Potwierdzenie formalne wniosku

W tej sekcji należy wprowadzić datę wystawienia wniosku.

I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
38. Data (RRRR-MM-DD)	39. Świadczeniodawca*

6.5.18 Przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10

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

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego

D. PRZYZCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod rozpoznania współistniejącego	
13. Kod rozpoznania współistniejącego	

6.5.19 Rodzaj świadczenia

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

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
☐ 13. Świadczenie udzielane jednorazowo	☐ 14. Świadczenie udzielane cyklicznie

6.5.20 Terminy udzielania świadczeń

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

H. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEN

31. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

H.1. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE PRZEDŁUŻENIA WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA W TERMINIE:

32. Data od (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

33. Data do (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

6.5.21 Uzasadnienie

Dotyczy wniosków: 6100

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

G. UZASADNIENIE

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

(30 - 32). Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Inne

Opis (uzupełniany gdy wybrano poz. 32)

33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki (wypełniane w przypadku PSY, REH, SPO)

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

W tej sekcji należy uzasadnić wprowadzić uzasadnienie wniosku.

G. UZASADNIENIE

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

34. Opis

Dotyczy wniosków: 6104, 6105, 6106, 6107

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

G. UZASADNIENIE

49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do sprawozdania lub rozliczenia

Inne

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

6.5.22 Wnioskowanie

W tej sekcji należy wybrać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to kolejny wniosek o zgodę na rozliczenie indywidualne.

X. RODZAJ ŚWIADCZENIA

☐ 3. Wnioskowanie po raz pierwszy

☐ 4. Kolejny wniosek o zgodę

6.5.23 Wnioskowany koszt świadczenia

W tej sekcji należy wprowadzić wnioskowany koszt świadczenia.

H. WNISKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA

51. Wartość w zł

6.5.24 Wnioskowany koszt świadczenia - środki NFZ

W tej sekcji należy wprowadzić wnioskowany koszt świadczenia.

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

67. Wartość w zł

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

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

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

70. Data od (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

71. Data do (RRRR-MM-DD)

data (rrrr-mm-dd)

Dla wygody wprowadzania pozycje te zostały zdublowane i dostępne są w dodatkowej sekcji **Dane hospitalizacji**, znajdującej się bezpośrednio nad sekcją **Przyczyny hospitalizacji w/g międzynarodowej klasyfikacji schorzeń ICD10**, a wprowadzone w nich daty pojawią się również w sekcji **Wnioskuję o**

sprawozdanie lub rozliczenie hospitalizacji do świadczenia wykonanego w terminie. Wniosek elektroniczny przekazany do OW jak i jego wydruk będą już pozbawione zdublowanego elementu.

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

Zdublowane pozycje 70 i 71 wniosku

6.5.26 Wnioskuję o sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia wykonanego w terminie

Dotyczy wniosków: 6100, 6101, 6102

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

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

Dotyczy wniosków: 6104, 6105, 6106, 6107

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

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

Dotyczy wniosków: 6108

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

H. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
44. Data od (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd)	45. Data do (RRRR-MM-DD) data (rrrr-mm-dd)
45a. Czas przyjęcia (HH:MM) godzina (HH:MM)	45b. Tryb przyjęcia ▼

7 Lista wniosków RDTL

7.1 Wyszukiwanie wniosków

Okno z listą wniosków RDTL podzielone jest na trzy sekcje (części) i udostępnia następujące możliwości:

- [Tworzenie nowego wniosku](#) - opisane w następnym podrozdziale.
- **Wyszukiwanie**
- **Wyszukiwanie zaawansowane**

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

Panel filtrów sekcji wyszukiwania wniosków RDTL

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

- *Rok* - pole pozwalające na wybór roku wniosku;
- *Numer wniosku* - pole pozwalające na wprowadzenie numeru (identyfikatora) wniosku;
- *Kontynuacja leczenia* - pole pozwala na określenie czy wniosek dotyczy kontynuacji leczenia;
- *Status wniosku* - pole pozwalające na wybór statusu wniosku; możliwe wartości to:
 - wprowadzony
 - zakończono edycję
 - przekazany do konsultanta
 - w trakcie konsultacji
 - wycofany
 - opinia pozytywna
 - opinia negatywna
 - zwrócony do świadczeniodawcy
 - do potwierdzenia przez NFZ
 - potwierdzony przez NFZ
- *Identyfikator pacjenta* - pole pozwalające na wprowadzenie identyfikatora pacjenta;

- *Forma obsługi wniosku* - pole pozwalające na wybór formy obsługi wniosku; możliwe wartości to:
 - elektroniczny
 - tradycyjny
- *Do podpisu cyfrowego* - pole pozwalające na określenie czy wniosek jest do podpisu cyfrowego;
- *Numer umowy* - pole pozwalające na wprowadzenie numeru umowy, dla których złożono wnioski;
- *Rozpoznanie* - pole pozwala na wprowadzenie rozpoznania;
- *Wydana opinia* - pole pozwalające na określenie czy do wniosku została wydana opinia;
- *Potwierdzono* - pole pozwalające na określenie czy wniosek potwierdzono;
- *Przekazanie do konsultanta* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przekazania wniosku do konsultanta (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "przekazany do konsultanta");
- *Przyjęcie przez konsultanta* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przyjęcia wniosku przez konsultanta (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "w trakcie konsultacji");
- *Przekazanie do OW NFZ* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) przekazania wniosku do OW NFZ (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "do potwierdzenia przez NFZ");
- *Potwierdzenie przez OW NFZ* - pola pozwalające na wprowadzenie lub wybór (po kliknięciu przycisku ) zakresu dat (od - do) potwierdzenia wniosku przez OW NFZ (dotyczy daty, kiedy wniosek uzyskał status "potwierdzony przez NFZ").

Wyszukiwanie zaawansowane


Imię pacjenta	Nazwisko pacjenta	NPWZ wnioskującego	Wnioskowana kwota	
			od	do
Imię konsultanta	Nazwisko konsultanta	Dziedzina medycyny konsultanta	Typ konsultanta	

Panel filtrów sekcji zaawansowanego wyszukiwania wniosków RDTL

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

- *Imię pacjenta* - pole pozwala na wprowadzenie imienia pacjenta;
- *Nazwisko pacjenta* - pole pozwala na wprowadzenie nazwiska pacjenta;
- *NPWZ wnioskującego* - pole pozwala na wprowadzenie numeru prawa wykonywania zawodu osoby wnioskującej;
- *Wnioskowana kwota* - pola pozwalają na wprowadzenie zakresu wnioskowanej kwoty;
- *Imię konsultanta* - pole pozwala na wprowadzenie imienia konsultanta;
- *Nazwisko konsultanta* - pole pozwala na wprowadzenie nazwiska konsultanta;
- *Dziedzina medycyny konsultanta* - pole pozwala na wprowadzenie dziedziny medycyny konsultanta;
- *Typ konsultanta* - pole pozwala na wybór typu konsultanta (wojewódzki; krajowy).

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

W dolnej części okna prezentowana jest tabela z wyszukanymi wnioskami.

Liczba wniosków spełniających warunki wyszukiwania: 20

Rok	Numer wniosku	Status wniosku	Nowy/Kontynuacja leczenia	Numer umowy	Rozpoznanie	Identyfikator leku	Identyfikator PRH	Status wniosku o dodanie leku do PRO/PRH	Data utworzenia	Sposób obsługi	Wnioskowana kwota	Data przyjęcia przez konsultanta	Wynik opinii	Data opinii	Konsultant	Czy potwierdzono	Data potwierdzenia	Pisma
2022	08-0000000620	Opinia pozytywna	Nowy wniosek	mik/03/8/2022/	C00.0	05909990296057		Wystąpił problem techniczny. Skontaktuj się z dostawcą.	2022-02-21	Tradycyjny	12345.00	2022-02-21	Pozytywna	2022-02-21				Szczegóły
2022	08-0000000619	Wprowadzony	Nowy wniosek						2022-02-21									Szczegóły
2022	08-0000000618	Wprowadzony	Nowy wniosek						2022-02-21									Szczegóły
2022	08-0000000594	Potwierdzony przez NFZ	Nowy wniosek	mik/03/8/2022/	A00.9	05909990783316	172779		2022-02-15	Tradycyjny	2000099.00	2022-02-15	Pozytywna	2022-02-15		Potwierdzono	2022-02-15	Szczegóły
2022	08-0000000593	Wprowadzony	Nowy wniosek						2022-02-15									Szczegóły
2022	08-0000000592	Wprowadzony	Nowy wniosek						2022-02-15									Szczegóły

Tabela wyszukanых wniosków RDTL

Wnioski w tabeli można sortować według następujących kolumn:

- Rok
- Numer wniosku
- Status wniosku
- Nowy/Kontynuacja leczenia
- Numer umowy
- Rozpoznanie
- Identyfikator leku
- Identyfikator PRH
- Status wniosku o dodanie leku do PRO/PRH
- Data utworzenia
- Sposób obsługi
- Wnioskowana kwota
- Data przyjęcia przez konsultanta
- Wynik opinii
- Data opinii
- Konsultant
- Czy potwierdzono
- Data potwierdzenia
- Pisma

Domyślnie prezentowane dane sortowane są według kolumny *Numer wniosku* w kolejności malejącej.

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

Kliknięcie na odnośniku **Szczegóły** znajdującym się w kolumnie *Pisma* umożliwia podejrzenie i ewentualne pobranie na dysk lokalny wszystkich powiązanych z wnioskiem pism.

Pisma ×

Wersja 1

Wniosek	⬇	🔍	📄
Status - Potwierdzony przez NFZ			
Data przekazania - 2022-02-24			
Sposób obsługi - Tradycyjny			
Konsultowane przez			
Załączniki			▼

Opinia konsultanta	⬇	🔍	📄
Status - Przekazane na portal			
Data przekazania - 2022-02-24			
Sposób obsługi - Tradycyjny			
Podpisane przez			

Okno w wersji dla obsługi tradycyjnej wniosku.

Pisma ×

Wersja 1

Wniosek	⬇	🔍	📄
Status - Opinia pozytywna			
Data przekazania - 2022-03-10			
Sposób obsługi - Elektroniczny			
Konsultowane przez			
Podpisane przez			

Opinia konsultanta	⬇	🔍	📄
Status - Odebrane przez SWD			
Data przekazania - 2022-03-11			
Sposób obsługi - Elektroniczny			
Podpisane przez			

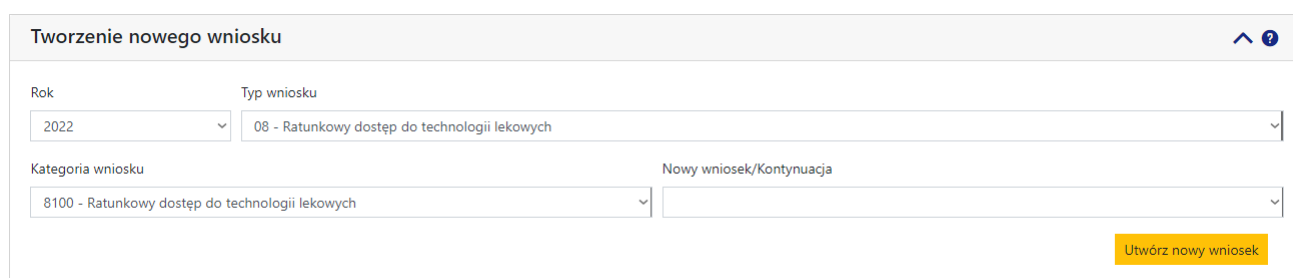
Okno w wersji dla obsługi elektronicznej wniosku.

W nagłówku wyświetlonych szczegółów pisma znajdują się przyciski umożliwiające:

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

7.2 Tworzenie nowego wniosku

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



Tworzenie nowego wniosku

Rok: 2022 Typ wniosku: 08 - Ratunkowy dostęp do technologii lekowych

Kategoria wniosku: 8100 - Ratunkowy dostęp do technologii lekowych Nowy wniosek/Kontynuacja:

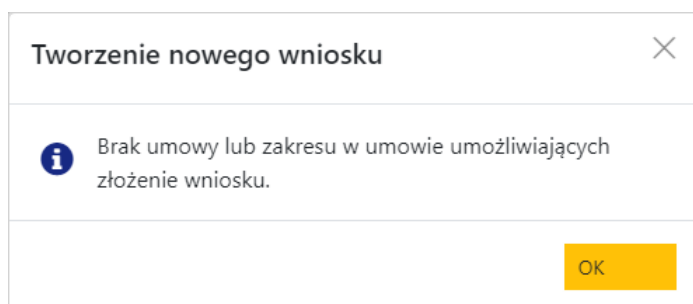
Utwórz nowy wniosek

Wymagane jest wypełnienie następujących pól:

- *Rok* - pole uzupełnianie automatycznie na podstawie aktualnego roku;
- *Typ wniosku* - aktualnie podpowiadana jest wartość **08 - Ratunkowy dostęp do technologii lekowych**;
- *Kategoria wniosku* - pole pozwala na wybór kategorii wniosku - wartość wybrana w tym polu determinuje wartości dostępne w polu *Typ wniosku* - domyślnie podpowiadana jest wartość **8100 - Ratunkowy dostęp do technologii lekowych**;
- *Nowy wniosek/Kontynuacja* - pole pozwala na określenie czy dotyczy nowego wniosku czy kontynuacji leczenia.

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

Jeśli świadczeniodawca nie posiada umowy z zakresem wymaganym do złożenia wniosku RDTL, system wyświetli poniższy komunikat i nie pozwoli na przejście do formularza tworzenia wniosku.

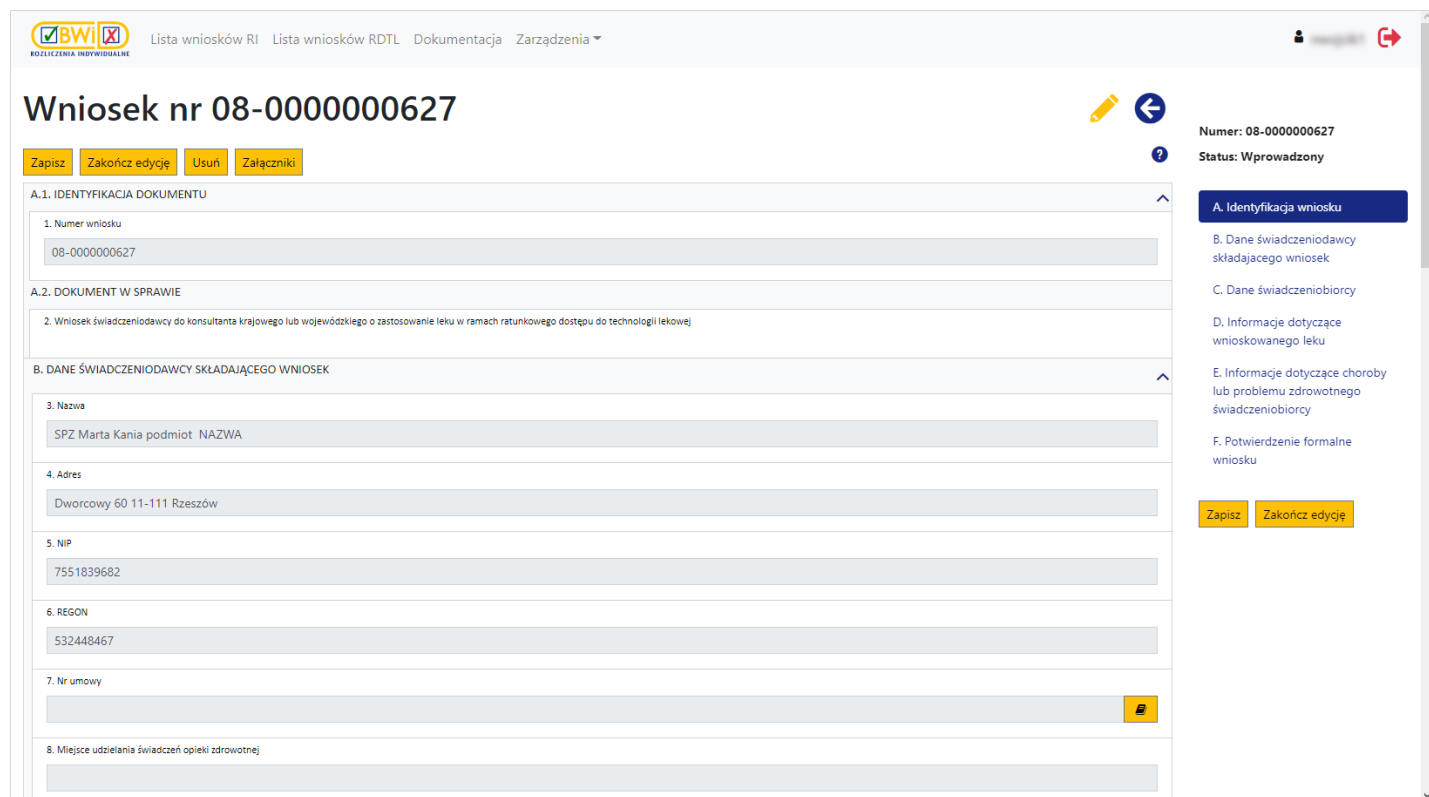


Tworzenie nowego wniosku

 Brak umowy lub zakresu w umowie umożliwiających złożenie wniosku.

OK

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



Formularz wniosku kierowanego do konsultanta (w kontekście wybrano Nowy)

Wniosek podzielony jest na części oznaczane literami alfabetu. Podczas wypełniania wniosku dostępne do edycji są tylko te części wniosku, których wymagane jest manualne uzupełnienie przez świadczeniodawcę.

Opis poszczególnych sekcji wniosku znajduje się w rozdziale [Elementy wniosku](#).

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

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

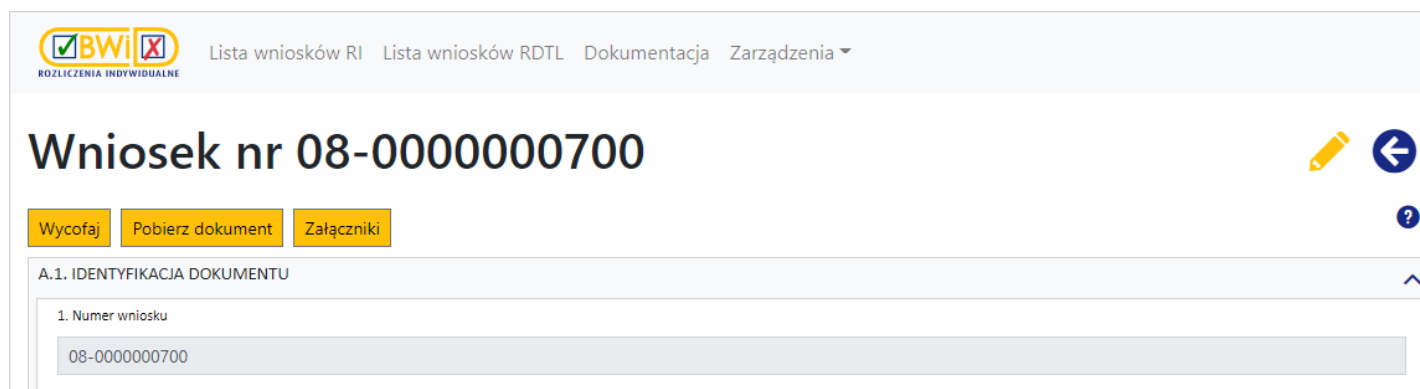
- **Przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie** - umożliwia przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie i tym samym elektroniczną ścieżkę obsługi wniosku:

- Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:

- pobrać za pomocą przycisku **Pobierz do podpisu** dokument wniosku w postaci pliku PDF na dysk lokalny;
- podpisać dokument PDF poza portalem podpisem kwalifikowanym, osobistym lub profilem zaufanym w aplikacji zewnętrznej świadczeniodawcy (sposób konfiguracji aplikacji zewnętrznej do podpisywania dokumentów profilem elektronicznym został opisany w rozdziale [Podpis elektroniczny](#)). Dokument PDF musi zostać podpisany przez lekarz specjalistę oraz osobę uprawnioną do reprezentowania świadczeniodawcy;
- wczytać za pomocą przycisku **Wczytaj PDF** podpisany plik PDF na portal. Przycisk **Podgląd** umożliwia podgląd wczytanego wniosku podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym, osobistym lub profilem zaufanym;
- za pomocą przycisku **Wybierz konsultanta** wskazać konsultanta oraz z rozwijanej listy wyboru wybrać rolę osoby podpisującej wniosek (możliwy wybór: *lekarz specjalista i osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy, lekarz specjalista, osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy*).

- przekazać za pomocą przycisku **Przekaż.....pdf do konsultanta** podpisany wniosek do konsultanta – po jego kliknięciu wniosek przyjmie status „w trakcie konsultacji”.
- **Przekazanie dokumentu tradycyjnie** - umożliwia przekazanie dokumentu ścieżką tradycyjną przez wydruk wniosku, a następnie dostarczenie podpisanego wniosku do konsultanta:

- Jeśli świadczeniodawca wybierze tę opcję, to należy:
 - za pomocą przycisku **Wybierz konsultanta** wskazać konsultanta do którego zostanie przekazany wniosek
 - przekazać za pomocą przycisku **Przekaż do konsultanta** wniosek do konsultanta – dane wniosku są zapisywane jako dane wniosku do przekazania z podpisem tradycyjnym (operacja jest nieodwracalna), a wniosek zmienia status na „przekazany do konsultanta”;



Wniosek nr 08-0000000700

Wycofaj Pobierz dokument Załączniki

A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU

1. Numer wniosku

08-0000000700

- za pomocą przycisku **Pobierz dokument** należy pobrać dokument, wydrukować i dostarczyć do konsultanta;

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

W przypadku wniosków o kontynuację leczenia nie ma potrzeby wysyłania wniosku do konsultanta tylko należy przekazać go do OW NFZ, co zostało opisane w rozdziale [Obsługa zaopiniowanego wniosku](#).

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

- **Zapisz** - pozwala na zapisanie wniosku i powrót do głównego okna bez wysyłania wniosku;
- **Zakończ edycję** - pozwala na zakończenie edycji wniosku;
- **Załączniki** - pozwala na wyświetlenie dodatkowego panelu związanego z załącznikami do wniosku. Obsługa załączników do wniosku została opisana w rozdziale [Załączniki](#);
- **Usuń** - pozwala na usunięcie wniosku. Dopóki wniosek nie ma statusu „przekazany do OW” świadczeniodawca może wniosek usunąć;
- **Wycofaj** - pozwala na wycofanie wniosku, w sytuacji, kiedy dla wniosku nie została wydana jeszcze opinia;
- **Odblokuj edycję** - umożliwia odblokowanie zakończonej wcześniej edycji wniosku;
- **←** - umożliwia powrót do poprzedniego widoku;
- **Podgląd**  - umożliwia podgląd wczytanego wniosku podpisanego elektronicznym podpisem kwalifikowanym;
- **↩** - pozwala na powrót do poprzedniego okna bez zapisania wniosku.

7.2.1 Załączniki

Obsługa załączników do wniosku możliwa jest na panelu dostępnym po kliknięciu przycisku **Załączniki**.

✖ Ukryj					
Załącznik_4.txt	Inne dokumenty	6 B	2022-02-22 03:28:56	Pobierz	Usuń
Załącznik_1.txt	Inne dokumenty	6 B	2022-02-22 03:28:56	Pobierz	Usuń
Załącznik_5.txt	Inne dokumenty	6 B	2022-02-22 03:28:56	Pobierz	Usuń
Załącznik_3.txt	Inne dokumenty	6 B	2022-02-22 03:28:56	Pobierz	Usuń
Załącznik_2.txt	Inne dokumenty	6 B	2022-02-22 03:28:56	Pobierz	Usuń

Dodanie załącznika umożliwia przycisk

▼ Dodaj plik

znajdujący się w nagłówku panelu załączników. Po jego kliknięciu dostępne stanie się pole pozwalające na przeciągnięcie dołączanego do wniosku załącznika.

Uwaga:
Świadczeniodawco! Decydując się na dołączenie elektronicznej postaci załączników do wniosku na portalu CBWiD jednocześnie decydujesz się na podpisanie wniosku podpisem cyfrowym. W sytuacji, kiedy wniosek będzie podpisywany tradycyjnie, załączniki do wniosku mogą być przekazane wyłącznie drogą tradycyjną, nie można ich przekazać w postaci elektronicznej przez portal CBWiD.



**Przeciągnij i upuść plik
lub**

[Wybierz](#)

Wskazanie załącznika możliwe jest też poprzez standardowe okno wyboru plików systemu Microsoft® Windows® dostępne po kliknięciu przycisku [Wybierz](#).

System umożliwia świadczeniodawcy dołączanie załączników do wniosków podpisywanych podpisem cyfrowym. Świadczeniodawca podpisujący wnioski tradycyjnie nie ma możliwości przekazania przez portal załączników do wniosku. Tak jak dotychczas może to zrobić wyłącznie za pośrednictwem poczty czy dostarczając do OW. Załączane pliki nie są podpisywane podpisem cyfrowym razem z wnioskiem. Świadczeniodawca ma możliwość załączenia maks. 5 plików o dowolnym rozszerzeniu i rozmiarze nieprzekraczającym 10 MB każdy; przekazywany przez portal dokument może być opatrzony dowolnym podpisem cyfrowym.

Załącznik_1.txt	Kategoria pliku ▼	6 B	2022-02-22 13:47:47	Usuń
Kategoria pliku jest wymagana				
Zapisz				

Każdy załączany plik musi zostać przypisany do kategorii "inne dokumenty".

Załącznik_1.txt	Kategoria pliku ▼	6 B	2022-02-22 13:50:06	Usuń
Kategoria pliku jest wymagana				
Zapisz				

A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU

1. Numer wniosku

08-0000000627

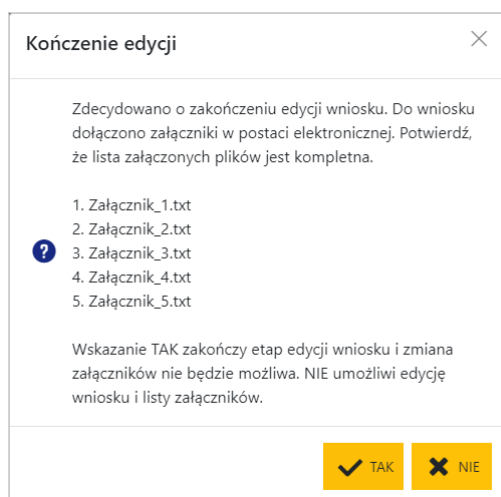
Po wybraniu kategorii należy kliknąć przycisk **Zapisz** co spowoduje zapisanie załącznika.

Załączniki przekazane razem z wnioskiem są przechowywane w systemie i dostępne do przeglądu oraz do pobrania dla konsultanta i operatorów NFZ. Przekazanie załączników przez portal nie wyklucza możliwości przekazania dodatkowo załączników w sposób tradycyjny za pośrednictwem operatora pocztowego. Załączniki przekazywane tradycyjnie nie są importowane do systemu.

Załączniki można dodawać i usuwać na każdym etapie obsługi wniosku do czasu zakończenia edycji wniosku. Kliknięcie na wniosku przycisku **Zakończ edycję** uniemożliwi dodawanie/usuwanie załączników. Powtórne dodawanie/usuwanie załączników będzie możliwe po wycofaniu zakończenia edycji.

Dołączenie załącznika do wniosku wiąże się z koniecznością podpisania wniosku przez świadczeniodawcę podpisem kwalifikowanym.

Na etapie kończenia edycji wniosku, system odpowiednim komunikatem poprosi świadczeniodawcę o weryfikację kompletności załączników i przypomni o konieczności podpisania wniosku podpisem kwalifikowanym.



7.3 Obsługa zaopiniowanego wniosku

Po wydaniu opinii przez konsultanta wniosek będzie miał status „opinia pozytywna” lub „opinia negatywna”.

The screenshot shows the CBWiD system interface for a traditional application. At the top, there is a navigation bar with the logo and links: "Lista wniosków RI", "Lista wniosków RDTL", "Dokumentacja", and "Zarządzenia". The main heading is "Wniosek nr 08-0000000620". Below the heading, there are five buttons: "Wprowadź skan podpisanej opinii", "Przełącz do OW NFZ", "Wycofaj", "Pobierz dokument", and "Załączniki". Under the heading "A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU", there is a field "1. Numer wniosku" with the value "08-0000000620".

Wniosek tradycyjny zaopiniowany pozytywnie

Jeżeli dla wniosku została wydana opinia pozytywna, a wniosek jest obsługiwany w sposób tradycyjny, to świadczeniodawca za pomocą przycisku **Wprowadź skan podpisanej opinii** wczytuje skan podpisanej przez konsultanta opinii, a następnie za pomocą przycisku **Przełącz do OW NFZ** przekazuje zaopiniowany wniosek do potwierdzenia przez OW NFZ.

The screenshot shows the CBWiD system interface for an electronic application. At the top, there is a navigation bar with the logo and links: "Lista wniosków RI", "Lista wniosków RDTL", "Dokumentacja", and "Zarządzenia". The main heading is "Wniosek nr 08-0000000699". Below the heading, there are five buttons: "Wprowadź skan podpisanej opinii", "Przełącz do OW NFZ", "Wycofaj", "Pobierz dokument", and "Załączniki". Under the heading "A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU", there is a field "1. Numer wniosku" with the value "08-0000000699".

Wniosek elektroniczny zaopiniowany pozytywnie

Jeżeli dla wniosku została wydana opinia pozytywna, a wniosek jest obsługiwany w sposób elektroniczny, to świadczeniodawca za pomocą przycisku **Przełącz do OW NFZ** tylko przekazuje zaopiniowany wniosek do potwierdzenia przez OW NFZ.

The screenshot shows the top part of a web application. At the top left is the logo for 'ROZLICZENIA INDYWIDUALNE' with a green checkmark and a red 'X' icon. To the right of the logo are navigation links: 'Lista wniosków RI', 'Lista wniosków RDTL', 'Dokumentacja', and 'Zarządzenia' with a dropdown arrow. Below the navigation bar, the title 'Wniosek nr 08-0000000695' is displayed in large black font. To the right of the title are two icons: a yellow pencil and a blue circle with a white left arrow. Below the title, there are three buttons: 'Wprowadź skan podpisanego wniosku' (outlined), 'Pobierz dokument' (solid yellow), and 'Załączniki' (solid yellow). Below these buttons is a section header 'A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU' with a small upward arrow icon to its right. Under this header, there is a sub-header '1. Numer wniosku' followed by a text input field containing the number '08-0000000695'.

Wniosek zaopiniowany negatywnie

Jeśli dla wniosku została wydana opinia negatywna (status wniosku „opinia negatywna”), to wniosek nie podlega dalszej obsłudze

Konsultant ma możliwość zwrócenia wniosku do uzupełnienia lub zwrócenia wniosku przekazanego do niewłaściwego konsultanta. Zwrócony przez konsultanta wniosek uzyskuje status „zwrócony do świadczeniodawcy”.

Zwrócony wniosek może być poddany edycji i/lub ponownie przekazany do konsultanta.

This screenshot is similar to the one above, showing the top part of the web application. The navigation bar and logo are the same. The title is 'Wniosek nr 08-0000000659'. To the right of the title are the same two icons: a yellow pencil and a blue circle with a white left arrow. Below the title, there are two buttons: 'Pobierz dokument' (solid yellow) and 'Załączniki' (solid yellow). Below these buttons is the section header 'A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU' with a small upward arrow icon to its right. Under this header, there is the sub-header '1. Numer wniosku' followed by a text input field containing the number '08-0000000659'.

Zakończona obsługa wniosku

Potwierdzenie wniosku przez OW NFZ kończy proces obsługi wniosku.

7.4 Elementy wniosku

Wniosek kierowany do konsultanta składa się z następujących sekcji oznaczonych kolejnymi literami alfabetu:

- [A.1. Identyfikacja dokumentu/A.2. Dokument w sprawie](#)
- [B. Dane świadczeniodawcy składającego wniosek](#)
- [C. Dane świadczeniobiorcy](#)
- [D. Informacje dotyczące wnioskowanego leku](#)
- [E. Informacje dotyczące choroby lub problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy](#)
- [F. Potwierdzenie formalne dokumentu](#)

W skład poszczególnych sekcji wchodzi pola numerowane kolejno począwszy od sekcji A. Poszczególne sekcje opisano dokładniej w odpowiednich podrozdziałach.

A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU		
1. Numer wniosku		
A.2. DOKUMENT W SPRAWIE		
2. Wniosek świadczeniodawcy do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach rutynowego dostępu do technologii lekowej		
B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK		
3. Nazwa		
4. Adres		
5. NIP		
6. REGON		
7. Nr umowy		
8. Miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej		
9. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy		
C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
10. Imię	11. Nazwisko	
12. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
13. Identyfikator	13a. Płeć (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy)	13b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy) (inny niż NN i NN)
		data (rrrr-mm-dd)
D. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO LEKU		
14. Nazwa międzynarodowa		
15. Nazwa handlowa		
16. Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	16a. Kod PRO/PRH niezbędny do potwierdzenia wniosku przez ONI NFZ	
17. Postać farmaceutyczna		
18. Dawka		
19. Ilość leku (rozumiama jako ilość substancji czynnej) finansowanego w ramach wnioskowanej terapii RDTL		
20. Sposób dawkowania		
21. Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia		
Miara czasu		Czas trwania
21a. Liczba podań w cykl		
21b. Maksymalna długość cyklu		
22. Wartość brutto wnioskowanej terapii ogółem		
E. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO ŚWIADCZENIOBIORCY		
23. Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego (kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD – 10)		
24. Opis stanu klinicznego świadczeniobiorcy		
25. Opis przebiegu dotychczasowego leczenia, wraz z podaniem stosowanych leków, ich mocy, sposobu dawkowania, określeniem czasu ich stosowania, oraz jego efektów wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania		
F. POTWIERDZENIE FORMALNE DOKUMENTU		
26. Data (RRRR-MM-DD)		27. Podpis lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy*
		28. Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniobiorcy*

7.4.1 Sekcja A.1/A.2

A.1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU	
1. Numer wniosku	
A.2. DOKUMENT W SPRAWIE	
2. Wniosek świadczeniodawcy do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej	

Sekcja A wniosku dotyczącego nowego leczenia

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku o kontynuację	2. Numer wniosku, którego dotyczy kontynuacja ☐ Wniosek historyczny
	
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE	
3. Informacja do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej	

Sekcja A wniosku dotyczącego kontynuacji leczenia na podstawie pierwotnego wniosku w wersji elektronicznej

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku o kontynuację	2. Numer wniosku, którego dotyczy kontynuacja (Numer i data opinii konsultanta) ☒ Wniosek historyczny
	numer opinii data wydania opinii (rrrr-mm-dd) 
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE	
3. Informacja do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej	

Sekcja A wniosku dotyczącego kontynuacji leczenia na podstawie pierwotnego wniosku w wersji papierowej

Sekcja **A.1. Identyfikacja dokumentu/A.2. Dokument w sprawie** zawiera następujące pola:

- *Numer wniosku* - pole niedostępne do edycji
- *Wniosek historyczny* - znacznik pozwala na oznaczenie wniosku jako dotyczącego kontynuacji leczenia na podstawie pierwotnego wniosku w wersji papierowej
- *Numer wniosku, którego dotyczy kontynuacja* - pole dostępne jest tylko dla wniosków dotyczących kontynuacji leczenia i umożliwia wskazanie wniosku, którego dotyczy kontynuacja poprzez jego wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku . Po wcześniejszym zaznaczeniu *Wniosek historyczny* dostępne dwa pola pozwalające na wprowadzenie numeru opinii oraz daty wydania opinii
- *Wniosek świadczeniodawcy do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej* - pole niedostępne do edycji, dotyczące nowego leczenia
- *Informacja do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej* - pole niedostępne do edycji, dotyczące kontynuacji leczenia

7.4.2 Sekcja B

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa

4. Adres

5. NIP

6. REGON

7. Nr umowy

8. Miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

9. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy

Sekcja **B. Dane świadczeniodawcy składającego wniosek** zawiera następujące części:

- *Nazwa* - pole niedostępne do edycji
- *Adres* - pole niedostępne do edycji
- *NIP* - pole niedostępne do edycji
- *REGON* - pole niedostępne do edycji
- *Nr umowy* - pole umożliwia wskazanie umowy poprzez jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku 
- *Miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej* - pole umożliwia wskazanie miejsca udzielania świadczeń poprzez jego wybór ze słownika dostępnego po wcześniejszym wskazaniu numeru umowy w polu *Numer umowy*, a następnie kliknięciu przycisku 
- *Numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy* - pole umożliwia wprowadzenie numeru PWZ lekarza specjalisty

7.4.3 Sekcja C

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

10. Imię

11. Nazwisko

12. Typ identyfikatora

13. Identyfikator

13a. Płeć (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy)

13b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/Inny niż NN i NW)

data (rrrr-mm-dd)

Sekcja **C. Dane świadczeniobiorcy** zawiera następujące części:

- *Imię* - pole umożliwia wprowadzenie imienia świadczeniobiorcy - pole jest niedostępne dla wniosków dotyczących kontynuacji leczenia
- *Nazwisko* - pole umożliwia wprowadzenie nazwiska świadczeniobiorcy - pole jest niedostępne dla wniosków dotyczących kontynuacji leczenia
- *Typ identyfikatora* - pole umożliwia wybór typu identyfikatora świadczeniobiorcy zgodnego z rozporządzeniem MZ. Dostępne wartości:
 - PESEL
 - PESEL - opiekuna
 - osobisty numer identyfikacyjny
 - seria i numer dowodu osobistego
 - seria i numer paszportu
 - nazwa, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
 - identyfikator NN
 - identyfikator NW
- *Identyfikator* - pole umożliwia wprowadzenie identyfikatora świadczeniobiorcy
- *Płeć* - pole umożliwia wprowadzenie płci świadczeniobiorcy w przypadku gdy w polu *Typ identyfikatora* wybrano wartość inną niż PESEL
- *Data urodzenia* - pole umożliwia wprowadzenie daty urodzenia świadczeniobiorcy w przypadku gdy w polu *Typ identyfikatora* wybrano wartość inną niż PESEL, identyfikator NN lub identyfikator NW

7.4.4 Sekcja D

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO LEKU

14. Nazwa międzynarodowa

15. Nazwa handlowa

16. Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt

16a. Kod PRO/PRH niezbędny do potwierdzenia wniosku przez OW NFZ

17. Postać farmaceutyczna

18. Dawka

19. Ilość leku (rozumiana jako ilość substancji czynnej) finansowanego w ramach wnioskowanej terapii RDTL

20. Sposób dawkowania

21. Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia

Miara czasu

▼

Czas trwania

21a. Liczba podań w cyklu

21b. Maksymalna długość cyklu

22. Wartość brutto wnioskowanej terapii ogółem

Sekcja **D. Informacje dotyczące wnioskowanego leku** zawiera następujące części:

- **Nazwa międzynarodowa** - pole umożliwia wprowadzenie nazwy międzynarodowej leku poprzez wybór leku ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku  - pole jest niedostępne dla wniosków dotyczących kontynuacji leczenia dla których podstawą jest wniosek z systemu.

Słownik leków - PRH ✕

GTIN lub inny kod identyfikujący produkt

Q

Nazwa handlowa

Q

Nazwa międzynarodowa

Q

☐ Szukaj w BLOZ

Id	GTIN lub inny kod identyfikujący produkt	Nazwa handlowa	Nazwa międzynarodowa
172779	05909990733316	CASODEX	BICALUTAMIDUM
172781	05909990277919	MYLERAN	BUSULFANUM
172782	05909990277926	MYLERAN	BUSULFANUM
172783	05909990345618	LEUKERAN	CHLORAMBUCILUM
172784	05909990345717	LEUKERAN	
172785	05909990170418	PABI-DEXAMETHASON	DEXAMETHASONUM
172810	05909990186112	MERCAPTOPURINUM	MERCAPTOPURINUM
181490	05909991072094	DYSPORT	BOTULINE TOXIN TYPE A
181491	05055565711958	ZOLEDRONIC ACID ACCORD	ZOLEDRONIC ACID

<< < 1 > >>

Słownik leków - PRH

- *Nazwa handlowa* - pole niedostępne do edycji - uzupełniane automatycznie na podstawie pola *Nazwa międzynarodowa*
- *Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt* - pole niedostępne do edycji - uzupełniane automatycznie na podstawie pola *Nazwa międzynarodowa*
- *Kod PRO/PRH niezbędny do potwierdzenia wniosku przez OW NFZ* - pole niedostępne do edycji - uzupełniane automatycznie na podstawie pola *Nazwa międzynarodowa*
- *Postać farmaceutyczna* - pole niedostępne do edycji - uzupełniane automatycznie na podstawie pola *Nazwa międzynarodowa*
- *Dawka* - pole niedostępne do edycji - pole niedostępne do edycji - uzupełniane automatycznie na podstawie pola *Nazwa międzynarodowa*
- *Ilość leku (rozumiana ilość substancji czynnej) finansowanego w ramach wnioskowanej terapii RDTL* - pole pozwalające na wprowadzenie ilości substancji czynnej leku
- *Sposób dawkowania* - pole pozwalające na wprowadzenie sposobu dawkowania leku
- *Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia* - pola pozwalają na wybór miary czasu planowanego leczenia (cykl lub miesiąc) oraz wprowadzenie wartości tej miary
- *Liczba podań w cyklu* - pole pozwala na wprowadzenie liczby podań leku w jednym cyklu - pole niedostępne w przypadku wyboru w polu *Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia* "miesiąc" jako wartości miary czasu.

- *Maksymalna długość cyklu* - pole pozwala na wprowadzenie maksymalnej długości cyklu - pole niedostępne w przypadku wyboru w polu *Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia* "miesiąc" jako wartości miary czasu.
- *Wartość brutto wnioskowanej terapii ogółem* - pole pozwala na wprowadzenie wartości brutto wnioskowanej terapii

Uwaga

Wybrano lek ze słownika BLOZ, skutkuje to wystawieniem wniosku o dodanie leku do słownika PRH w momencie przekazania wniosku do konsultanta. Należy uzupełnić liczbę sztuk leku w opakowaniu oraz ilość substancji czynnej w opakowaniu, rozumianej jako iloczyn liczby sztuk i dawki.

Liczba sztuk w opakowaniu

Ilość substancji czynnej

W przypadku wybrania leku ze słownika BLOZ, w chwili przekazania wniosku do konsultanta, automatycznie zostanie wystawiony wniosek o dodanie leku do słownika PRH. W wyróżnionej części wniosku należy uzupełnić liczbę sztuk leku w opakowaniu oraz ilość substancji czynnej w opakowaniu, rozumianej jako iloczyn liczby sztuk i dawki.

7.4.5 Sekcja E

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO ŚWIADCZENIOBIORCY

23. Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego (kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD – 10)

24. Opis stanu klinicznego świadczeniobiorcy

25. Opis przebiegu dotychczasowego leczenia, wraz z podaniem stosowanych leków, ich mocy, sposobu dawkowania, określeniem czasu ich stosowania, oraz jego efektów wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania

Sekcja E wniosku dotyczącego nowego leczenia

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO ŚWIADCZENIOBIORCY

24. Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego (kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD – 10)

25. Potwierdzenie skuteczności leczenia w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej

W dokumentacji medycznej pacjenta znajduje się informacja od lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta potwierdzająca skuteczność leczenia.

Sekcja E wniosku dotyczącego kontynuacji leczenia

Sekcja **E. Informacje dotyczące choroby lub problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy** zawiera następujące części:

- *Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego* - pozwala we wniosku dotyczącym nowego leczenia na wybór rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10 ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku 
- *Opis stanu klinicznego świadczeniobiorcy* - pole dostępne wyłącznie dla nowych wniosków, pozwala na wprowadzenie opisu stanu klinicznego świadczeniobiorcy

- Opis przebiegu dotychczasowego leczenia, wraz z podaniem leków, ich mocy, sposobu dawkowania, określeniem czasu ich stosowania, oraz jego efektów wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania - pole dostępne wyłącznie dla nowych wniosków
- Potwierdzenie skuteczności leczenia w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej - pole niedostępne do edycji, prezentowane wyłącznie dla wniosków dotyczących kontynuacji leczenia

7.4.6 Sekcja F

F. POTWIERDZENIE FORMALNE DOKUMENTU	
26. Data (RRRR-MM-DD)	27. Podpis lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy*
	
	28. Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy*
	

Sekcja **F. Potwierdzenie formalne dokumentu** zawiera następujące części:

- Data
- Podpis lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy*
- Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy*

* - wniosek wymaga podpisów w polu *Podpis lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy* oraz *Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy*. Jeśli wniosek będzie podpisany cyfrowo to po przekazaniu wniosku, w tych polach będzie informacja o podpisach cyfrowych. Jeśli wniosek jest obsługiwany w sposób tradycyjny pola pozostaną puste.

