



Zmiany w systemie oddziałowym po wprowadzeniu nowego modelu rozliczania oraz likwidacji komunikatu II fazy

© 2011 Global Services Sp. z o.o.



global services

Spis treści

Rozdział I	Podstawowe założenia nowego systemu rozliczania świadczeń	3
Rozdział II	Przebieg procesu rozliczeń	4
Rozdział III	Zmiany na poziomie rejestru umów – nowe parametry	5
Rozdział IV	Proces naliczania świadczeń	6
Rozdział V	Funkcje archiwalne	7
Rozdział VI	Zmiany w komunikacie SWIAD oraz w protokole przesyłania danych	8
Rozdział VII	Nowe komunikaty (R_UMX, P_SWI)	9
Rozdział VIII	Zasady kwalifikacji świadczeń do rozliczenia	10
Rozdział IX	Nowa funkcja obsługi wniosków na wcześniejsze rozliczenie	11
Rozdział X	Nowości w procedurze obsługi rachunków	12
Rozdział XI	Opis czynności	13
	1 Pobieranie komunikatów z wynikami weryfikacji (P_SWI).....	13
	2 Uruchamianie procesu naliczania świadczeń.....	14
	3 Wnioski na wcześniejsze rozliczenie.....	15

1 Podstawowe założenia nowego systemu rozliczania świadczeń

- Wdrożenie jednoznacznych i jednolitych procedur rozliczania zrealizowanych świadczeń
- Rozliczaniu jedynie świadczeń, które zostały sprawozdane przez świadczeniodawcę i przeszły pomyślnie (bez błędów) procesy walidacji i weryfikacji zarówno regułami lokalnymi jak i centralnymi
- Świadczeniodawca inicjuje proces naliczania świadczeń
- Proces selekcji epizodów do rozliczenia odbywa się po stronie OW NFZ i uwzględnia procedurę „kolejności uznawania świadczeń do zapłaty” określoną decyzją Prezesa NFZ z dnia 14 sierpnia 2009
- Proces naliczania automatycznie koryguje rozliczenia świadczeń zapłaconych w przypadku stwierdzenia zaburzenia kolejności sprawozdawania świadczeń (komunikatem I fazy) lub stwierdzenia błędów weryfikacji
 - W przypadku występowania skorygowanych świadczeń naliczonych do zapłaty, dla których nie dostarczono dokumentów korygujących rozliczenia bieżącego okresu sprawozdawczego zostaje wstrzymane poprzez brak możliwości wczytania wersji elektronicznej rachunku.
 - Świadczeniodawca musi przedstawić w pierwszej kolejności korekty do istniejących rachunków, a następnie rachunki na nowe świadczenia.

2 Przebieg procesu rozliczeń

1. Przesłanie komunikatu I fazy – tak jak dotychczas.
2. Loader generuje odpowiedź P_SWI – tak jak dotychczas.
3. Świadczeniodawca otrzymuje odpowiedź na skrzynkę – tak jak dotychczas.
4. Oddział uruchamia proces weryfikacji świadczeń. Świadczenia, które nie przeszły pomyślnie procesu weryfikacji regułami centralnymi i oddziałowymi nie biorą udziału w dalszym procesie rozliczeń.
5. Świadczeniodawca może ponownie otrzymać komunikat P_SWI z wynikami weryfikacji (na Portalu Świadczeniodawcy). Pobieranie opisane zostało w rozdziale [Pobieranie komunikatów z wynikami weryfikacji \(P_SWI\)](#).
6. Świadczeniodawca uruchamia proces naliczania świadczeń (Portal Świadczeniodawcy). Uruchamianie procesu opisane jest w rozdziale [Uruchamianie procesu naliczania świadczeń](#).
7. Na początku procesu naliczania system sprawdza czy nie nastąpiły zdarzenia wymagające skorygowania już naliczonych świadczeń. Generuje wtedy szablony korygujące.
8. Jeśli wygenerowane zostały jakiegokolwiek szablony korygujące proces naliczania kończy swoją działalność. Wtedy świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić rachunki korygujące zanim rozpocznie dalszy proces rozliczania.
9. Po zakończonym procesie naliczania świadczeniodawca pobiera komunikat R_UMX z Portalu Świadczeniodawcy.
10. Świadczeniodawca przesyła komunikaty REF do otrzymanych szablonów.
11. Podczas importu komunikatu REF następuje ponowne uruchomienie procesu korygowania świadczeń w kontekście całej umowy.
12. Operator w oddziale zatwierdza rachunki. Podczas procesu zatwierdzania wykonywany jest szereg walidacji twardych, miękkich i dodatkowych oraz znów wywoływany jest proces naliczania korekt.
13. Jeśli wszystkie sprawdzenia przebiegną pomyślnie – rachunek zostaje zatwierdzony - jeśli nie, może otrzymać status Sprawdzony oczekuje na korektę.

3 Zmiany na poziomie rejestru umów – nowe parametry

1. Flaga modelu rozliczenia świadczeń (II faza generowana przez oddział lub przez świadczeniodawcę). Przejście na nowy model jest jednokierunkowe.
 - 1.1. Świadczeniodawca może przełączyć umowy z roku 2010 i lat wcześniejszych na nowy model rozliczania, jednak wcześniej musi uporządkować dla nich rozliczenia.
 - 1.2. Świadczeniodawca nie będzie mógł dokonać przełączenia jeśli:
 - 1.2.1. Istnieją aktywne szablony bez rachunków o statusie zatwierdzony
 - 1.2.2. Istnieją pozycje korygujące bez szablonów
 - 1.2.3. Po przełączeniu ewentualne komunikaty II fazy nieprzetworzone przez loader zostaną przez system odrzucone z błędem
2. Flaga modelu generowania szablonów (generowanie szablonu dla całej umowy bądź z dokładnością do punktów umowy). Jest możliwa wielokrotna zmiana modelu.

4 Proces naliczania świadczeń

- Parametry:
 - Miesiąc rozliczeniowy
 - Nie może być większy niż miesiąc bieżący
 - Jeśli świadczeniodawca nie dokonał rozliczenia za jeden z poprzednich miesięcy dostanie ostrzeżenie, że po wyborze miesiąca bieżącego powrót do miesięcy poprzednich będzie już niemożliwy
- Bez zgody na wcześniejsze rozliczenie uruchomienie procesu rozliczania świadczeń przed końcem miesiąca rozliczeniowego jest możliwe (nie dotyczy miesiąca stycznia 2011), niemożliwe jest wcześniejsze przesłanie rachunku przez świadczeniodawcę. Uruchomienie procesu naliczania świadczeń za miesiąc styczeń 2011 bez zgody na wcześniejsze rozliczenie będzie możliwe najwcześniej 31.01.2011.
- Niemożliwe jest uruchomienie jednocześnie kilku zadań naliczania dla pojedynczej umowy
- Uruchomienie zadania naliczania świadczeń polega na wstawieniu do kolejki zadań żądania uruchomienia procesu naliczania świadczeń
- Proces oczekujący w kolejce można anulować
- Można wznowić działanie procesu anulowanego
- Po zakończeniu procesu naliczania świadczeń z wynikiem pozytywnym jak i negatywnym świadczeniodawca zostanie poinformowany poprzez zmianę statusu jego zlecenia
- Po pozytywnym zakończeniu przetwarzania na Portalu Świadczeniodawcy pojawi się plik R_UMX do pobrania
- Proces naliczania świadczeń może być uruchamiany przez świadczeniodawcę lub operatora w OW (niejawnie)
 - Przez świadczeniodawcę na Portalu Świadczeniodawcy
 - Przez świadczeniodawcę przy imporcie komunikatu REF
 - Przez operatora w oddziale przy zatwierdzaniu rachunku

5 Funkcje archiwalne

Po ustawieniu flagi generowania szablonów rachunków przez oddział dla świadczeniodawcy przestają być aktywne następujące funkcje

- Anulowanie szablonów rozliczeniowych na Portalu Świadczeniodawcy
- Import komunikatów II fazy przez loader świadczeń (dla umów z nowym modelem rozliczania przesyłki II fazy będą odrzucane przez loader z błędem)

6 Zmiany w komunikacie SWIAD oraz w protokole przesyłania danych

1. Zmiana metodyki przesyłania korekt w komunikacie I fazy. Pozycja korygująca jest przekazywana jako znacznik usunięcia lub nowa wersja pozycji pierwotnej.
2. Przesłanie zestawu świadczeń zawierającego umowy z różnymi modelami jest niedopuszczalne. Jeśli zachodzi taka potrzeba – konieczne jest przełączenie wszystkich umów na nowy model. Możliwe jest jednak w dalszym ciągu nieprzesyłanie w komunikacie pozycji rozliczeniowych, których dane nie uległy zmianie.
3. Usuwanie zestawów świadczeń. Możliwe jest usunięcie zestawu świadczeń poprzez przesłanie jedynie znacznika usunięcia. Zostaną wtedy automatycznie wygenerowane pozycje stornujące dla wszystkich pozycji tego zestawu
4. Usuwanie świadczeń – analogicznie jak w przypadku zestawu świadczeń
5. Niemożliwe jest ponowne wykorzystanie identyfikatorów zestawu świadczeń, świadczenia, pozycji rozliczeniowej po ich usunięciu

7 Nowe komunikaty (R_UMX, P_SWI)

1. Nowy komunikat R_UMX
 - I. Generowany każdorazowo po zakończeniu procedury rozliczania świadczeń, zawierający informacje o wygenerowanych szablonach podstawowych i/lub korygujących
 - II. Pobranie nowego komunikatu z Portalu Świadczeniodawcy
2. Wprowadzono powtórna możliwość generowania komunikatu odpowiedzi P_SWI zawierającego informacje o wynikach weryfikacji.

8 Zasady kwalifikacji świadczeń do rozliczenia

- **Zasady kwalifikacji świadczeń (priorytety)**
 - A – świadczenia ratujące życie dla innych niż ubezpieczeni
 - B – świadczenia nieratujące życie dla innych niż ubezpieczeni
 - C – świadczenia ratujące życie dla ubezpieczonych
 - D – świadczenia nieratujące życie dla ubezpieczonych
- **Zasady kwalifikacji lub zdejmowanie świadczeń w danym priorytecie:**
 - Uznajemy w ramach danego priorytetu najpierw świadczenia z bieżącego miesiąca narastająco po dacie końca produktu, a następnie z miesięcy poprzednich (zaczynając od pierwszego okresu sprawozdawczego w ramach okresu rozliczeniowego) narastająco po dacie końca produktu. W ramach tej samej daty świadczenia sortowane są malejąco po wartości świadczenia. W przypadku gdy świadczenie nie mieści się w limicie to przechodzimy do kolejnego świadczenia w ramach tej samej grupy. Jeśli po zakończeniu procesu kwalifikacji dla danej grupy pozostaną niezakwalifikowane świadczenia niemieszczące się w limicie – nie przechodzimy do następnej grupy o niższym priorytecie.

9 Nowa funkcja obsługi wniosków na wcześniejsze rozliczenie

- Świadczeniodawca wysyła wniosek do oddziału zarówno w formie papierowej jak i elektronicznej.
- Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego podejmuje decyzję pozytywną bądź negatywną w sprawie przesłanego wniosku.
- W formie elektronicznej informacja o decyzji i ewentualnym powodzie odrzucenia wniosku jest rejestrowana w systemie i przekazywana świadczeniodawcy.

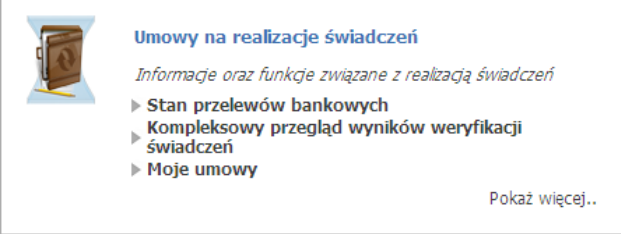
10 Nowości w procedurze obsługi rachunków

- Dodanie nowej weryfikacji sprawdzającej, czy do szablonów korekt istnieją faktury korygujące. W przypadku gdy istnieją szablony korekt bez wprowadzonych rachunków korygujących (nie dotyczy wczytywanego rachunku) - to system uniemożliwi zaimportowanie takiego rachunku.
- Została dodana walidacja daty wystawienia rachunku uniemożliwiająca zarejestrowanie rachunku, którego data wystawienia rachunku jest poniżej 14 dnia miesiąca.

11 Opis czynności

11.1 Pobieranie komunikatów z wynikami weryfikacji (P_SWI)

Komunikaty z wynikami weryfikacji świadczeń (P_SWI) znajdują się na Portalu Świadczeniodawcy w grupie *Umowy na realizację świadczeń*.




Umowy na realizację świadczeń
Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

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

Pokaż więcej..

Po kliknięciu **Pokaż więcej...** wyświetlona zostanie cała zawartość grupy, w której należy kliknąć **Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem**.

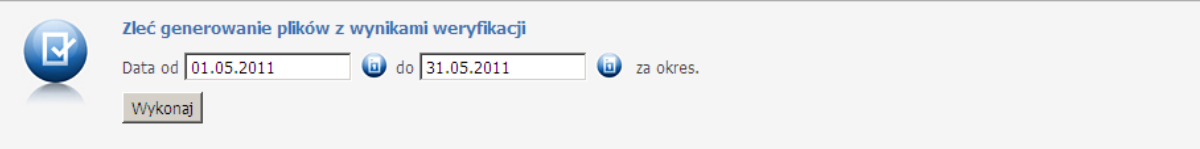


Umowy na realizację świadczeń
Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

- ▶ Stan przelewów bankowych
- ▶ Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń
- ▶ Moje umowy
- ▶ Moje rozliczenia
- ▶ Pliki z umowami do pobrania
- ▶ Ankiety do wypełnienia
- ▶ Przegląd danych o deklaracjach POZ
- ▶ Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2010
- ▶ **Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem**
- ▶ Recepty
- ▶ Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji
- ▶ Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP
- ▶ Przegląd świadczeń – decyzje OW
- ▶ Przegląd wniosków o zgody indywidualne
- ▶ Skierowania na leczenie sanatoryjne
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2011
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2009
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2008
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2007

Powrót

Na następnej formatce możliwe jest zlecenie wygenerowania pliku z wynikami weryfikacji za zdefiniowany okres oraz pobranie wygenerowanego już pliku. Zlecenia wygenerowania pliku dokonuje się wprowadzając daty od - do okresu, który ma obejmować weryfikacja, a następnie klikając przycisk **Wykonaj**.



Zleć generowanie plików z wynikami weryfikacji

Data od do za okres.

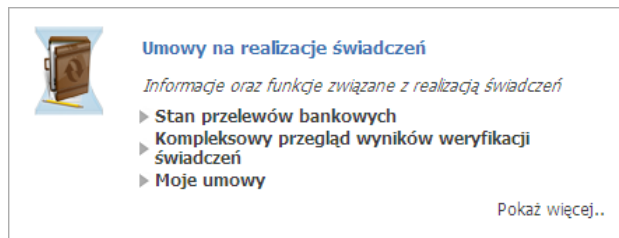
Parę minut po wydaniu zlecenia, w tabeli znajdującej się w dolnej części okna, wyświetlone zostanie wprowadzone zlecenie wraz ze statusem, datami i plikiem odpowiedzi. Kliknięcie w **Pobierz odpowiedź** znajdującej się w ostatniej kolumnie spowoduje pobranie plików odpowiedzi.


Status	Data od	Data do	Plik zlecenia	Plik odpowiedzi
Przetworzone	2011.01.01	2011.01.31	Pobierz zlecenie	Pobierz odpowiedź
Przetworzone	2011.01.01	2011.01.31	Pobierz zlecenie	Pobierz odpowiedź
Przetworzone	2011.01.01	2011.01.10	Pobierz zlecenie	Pobierz odpowiedź
Przetworzone	2011.02.01	2011.03.10	Pobierz zlecenie	Brak odpowiedzi

Uwaga: Podawanie dłuższego niż miesiąc okresu do generowania komunikatu z wynikami weryfikacji skutkuje bardzo długim czasem oczekiwania na jego pobranie. Nie należy także wielokrotnie wysyłać żądań wygenerowania komunikatu za ten sam okres.

11.2 Uruchamianie procesu naliczania świadczeń

W celu uruchomienia procesu naliczania świadczeń należy kliknąć **Moje umowy** znajdujące się na Portalu Świadczeniodawcy w grupie **Umowy na realizacje świadczeń**.



Po kliknięciu otworzy się okno, w którym zaprezentowane będą wszystkie umowy. W grupie ikon umiejscowionych pod kodem umowy znajduje się ikona  której kliknięcie spowoduje przejście do formatki naliczania świadczeń do zapłaty.

08R/66666/02/01 /L2F/2011	AMBULATORYJNA 2011 OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Początek: 01.01.2011 Koniec: 31.12.2011	Początek: 01.01.2011 Koniec: 31.12.2011	5 000 000,00	40 8907 1089 2002 0090 0010 0001 Zmień	Umowa podpisana	10.01.2011	10.01.2011
------------------------------	---	--	--	--------------	--	--------------------	------------	------------

Na formatce naliczania świadczeń do zapłaty przycisk **Dodaj nowe zlecenie naliczania świadczeń** umożliwi dodanie nowego zlecenia. Po jego kliknięciu otworzy się okienko pozwalające na wybór miesiąca rozliczeniowego, którego ma dotyczyć zlecenie.

Dodanie nowego zadania naliczania świadczeń do zapłaty ✕

Kod umowy: 08R/66666/02/01
/L2F/2011

Kod rejestrującego: 08R/66666

Miesiąc rozliczeniowy:

Rok:

Po zatwierdzeniu zlecenia zadanie zostanie dodane do kolejki. Zadania widoczne są w tabelce prezentowanej po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**.

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk.zlecenia	Koniec wyk.zlecenia	Koryg. neg. weryf. świadczeń	Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego	Koryg. zaburzonej kolejności spraw. świadczeń	Opis	Plik odpowiedzi	Akcja
352	2011-01-20 13:06:37	Świadczeniodawca	Oczekujący			Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Brak odpowiedzi	Anuluj

Przycisk **Anuluj** pozwala na zatrzymanie przetwarzania zadania. Zadanie zatrzymane można wznowić przyciskiem **Wznów**.

Po pozytywnym przetworzeniu zadania w kolumnie **Plik odpowiedzi** znajdować się będzie plik odpowiedzi R_UMX, który można pobrać.

W górnej części okna znajduje się link **Parametry**, po kliknięciu którego możliwe jest określenie **rodzaju modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie** oraz **sposobu przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego**. Rodzaj modelu rozliczeniowego można zmienić tylko dla umów sprzed roku 2011. Zmiana możliwa jest tylko w jedną stronę, tzn.: jeśli zostanie ustwione **Naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ** to nie będzie możliwości późniejszej zmiany

na inny sposób. Dla umów od roku 2011 obligatoryjnie ustawione jest **Naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ**

► Powrót ► **Parametry** ► Pomoc

✕

Rodzaj modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie:

Naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ


Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego:

Generowanie zbiorczego szablonu w ramach całej umowy

Zatwierdź

11.3 Wnioski na wcześniejsze rozliczenie

W celu złożenia wniosku na wcześniejsze rozliczenie świadczeń należy kliknąć **Moje umowy** znajdujące się na Portalu Świadczeniodawcy w grupie **Umowy na realizację świadczeń**.



Umowy na realizację świadczeń

Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

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

Pokaż więcej..

Po kliknięciu otworzy się okno, w którym zaprezentowane będą wszystkie umowy. W grupie ikon umiejscowionych pod kodem umowy znajduje się ikona **W** której kliknięcie spowoduje przejście do formatki przeglądu wniosków.

08R/66666/02/01 /L2F/2011	2011	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Początek: 01.01.2011 Koniec: 31.12.2011	Początek: 01.01.2011 Koniec: 31.12.2011	5 000 000,00	40 8907 1089 2002 0090 0010 0001 Zmień	Umowa podpisana	10.01.2011	10.01.2011
------------------------------	------	--	--	--	--------------	--	--------------------	------------	------------

Na formatce prezentowane są istniejące w systemie wnioski. Przycisk **Pokaż** znajdujące się obok każdego wniosku umożliwia przegląd szczegółów wniosku. Przycisk **Edytuj** umożliwia edycję wybranego wniosku.

Nr wniosku	Data rejestracji	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Uzasadnienie decyzji	Szczegóły	
0800010000000385	20.01.2011	marzec	kwiecień	Wniosek zatwierdzony			Pokaż	Edytuj
0800010000000372	20.01.2011	styczeń	luty	Wniosek wprowadzony			Pokaż	Edytuj

W zależności od statusu wniosku inne możliwości będą dostępne po kliknięciu przycisku **Edytuj**. Dla statusu *Wniosek wprowadzony* dostępna będzie edycja wnioskowanego okresu oraz uzasadnienia. Możliwe będzie również zapisanie wniosku, zatwierdzenie wniosku (co jest równoznaczne z jego złożeniem w OW NFZ) oraz anulowanie wniosku. Natomiast dla statusu *Wniosek zatwierdzony* będzie dostępna możliwość wydruku wniosku bądź jego anulowania.

Nowy wniosek składa się klikając link **Nowy wniosek**, znajdujący się w górnej części formatki.

► **Nowy wniosek** ► Powrót ► Pomoc

Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno pozwalające na wprowadzenie okresu którego dotyczyć ma wniosek oraz uzasadnienia wcześniejszego rozliczenia. Przycisk **Wprowadź** pozwala na zapisanie wniosku w systemie ale nie oddawaniu go jeszcze ocenie przez OW NFZ.

Wniosek niewprowadzony

Identyfikator techniczny wniosku: <BRAK>

Warszawa, 20.01.2011

08R/66666 - Świadczeniodawca 08R/66666
Aleje Jerozolimskie1 1
05-221 Warszawa5

Wniosek o zgodę na wcześniejsze rozliczenie

Wnoszę o zgodę na wcześniejsze rozliczenie świadczeń:
wnioskowany okres:

nr umowy: 08R/66666/02/01/L2F/2011,
w rodzaju: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA.

Uzasadnienie:

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

Po wprowadzeniu wniosku dostępne staną się przyciski: **Zatwierdź**, **Zapisz**, **Anuluj** oraz uzupełniony zostanie techniczny identyfikator wniosku. Przycisk **Zatwierdź** pozwala na przekazanie wniosku do oceny OW NFZ oraz wydruk wniosku w formie papierowej. Należy pamiętać, że wniosek należy przekazać do OW NFZ również w formie papierowej.

