

Obsługa wniosku o autoryzację w Portalu Świadczeniodawcy

Dokumentacja dla Świadczeniodawcy

© 2025 Kamsoft S.A.

Metryka dokumentu:

Lp.	Wersja	Opis zawartości	data utworzenia
1	1.0	Utworzenie wniosku o autoryzację i przekazanie do OW NFZ; powrót do edycji wniosku po przekazaniu wniosku do OW	15.05.2025

Spis treści

1	Wprowadzenie	3
2	Słownik pojęć.....	3
2.1	Autoryzacja	3
2.2	Obszar autoryzacji.....	3
2.3	Harmonogram autoryzacji i okno harmonogramu	3
2.4	Ankieta wspólna i ankieta dla obszaru.....	4
2.5	Zapamiętanie informacji o potencjale realizacyjnym umowy - mrożenie potencjału	4
3	Obsługa wniosku o autoryzację.....	4
3.1	Powiadomienie o możliwości tworzenia wniosku	4
3.2	Uprawnienie do obsługi wniosków o autoryzację	5
3.3	Przygotowanie do tworzenia wniosku	6
3.4	Utworzenie nowego wniosku o autoryzację.....	8
3.4.1	Kolejność działań	14
3.5	Obsługa ankiet	17
3.5.1	Uzupełnienie ankiety wspólnej.....	18
3.5.2	Uzupełnienie ankiety dla obszaru.....	21
3.5.3	Uzupełnienie ankiety dla obszaru dodanego ręcznie (spoza umów)	26
3.6	Dodawanie załączników do wniosku	27
3.6.1	Dodawanie załącznika z komputera	27
3.6.2	Dodawanie załącznika z repozytorium	28
3.7	Podpisywanie wniosku	29
3.8	Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji	30
3.9	Przekazanie wniosku do OW NFZ.....	31
4	Pobranie wniosku przekazanego do OW NFZ do poprawy – dalszej edycji	33

1 Wprowadzenie

Celem dokumentu jest przedstawienie operatorowi świadczeniodawcy procesu tworzenia wniosku o autoryzację. Dokument jest uzupełnieniem standardowej dokumentacji użytkownika do Portalu Świadczeniodawcy. W dokumentacji użytkownika proces autoryzacji opisany jest w części **Umowy na realizację świadczeń -> Wnioski o autoryzację**.

2 Słownik pojęć

2.1 Autoryzacja

Autoryzacja jest jednym z elementów systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta; zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), zwanej dalej „ustawą o jakości”, jest warunkiem realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Autoryzację może uzyskać podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, który spełnia warunki określone w art. 7 ustawy o jakości, tj.:

- 1) prowadzi wewnętrzny system;
- 2) realizuje świadczenia opieki zdrowotnej z zachowaniem warunków ich realizacji dotyczących miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d i 31da ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Autoryzację wydaje, odmawia wydania oraz cofa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, w drodze decyzji administracyjnej.

2.2 Obszar autoryzacji

Obszar autoryzacji to zakres świadczeń wraz z miejscem udzielania świadczenia; przedmiotem autoryzacji jest zakres świadczeń wraz z wykazem jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, których ma dotyczyć autoryzacja. Autoryzacji podlegają oddziały szpitalne, zdefiniowane poprzez zakresy świadczeń na podstawie wymagań określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2023 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 poz. 870), z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych opisanych w załączniku nr 3a oraz 4 do rozporządzenia, będących w istocie dodatkowymi warunkami realizacji danego świadczenia gwarantowanego. Lista zakresów podlegających autoryzacji opublikowana jest w BIP oddziału wojewódzkiego Funduszu w zakładce *Harmonogram składania wniosków o autoryzację*.

2.3 Harmonogram autoryzacji i okno harmonogramu

Harmonogram autoryzacji to określony przez Prezesa NFZ harmonogram składania wniosków o autoryzację i opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej każdego oddziału wojewódzkiego NFZ

Okno harmonogramu – wiersz harmonogramu określający ramy czasowe na złożenie wniosku o autoryzację dla konkretnego świadczeniodawcy

2.4 Ankieta wspólna i ankieta dla obszaru

Ankieta wspólna/ankieta dla wniosku - lista warunków o charakterze ogólnym, kompleksowym, mających potwierdzić spełnienie wymagań dotyczących warunków realizacji świadczeń odnoszących się do zakładu leczniczego/podmiotu leczniczego

Ankieta dla obszaru – lista warunków mających potwierdzić spełnienie wymagań dotyczących warunków realizacji świadczeń dla każdego wnioskowanego zakresu, tj. wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wymagań dotyczących personelu. Przekazanie wypełnionej ankiety ma na celu usprawnienie procesu autoryzacji. Uzupełnienie ankiety polega na wskazaniu odpowiednio dla każdego z warunków przypisanych do kategorii (np. *Personel, Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną*) odpowiedzi: *TAK/NIE/NIE DOTYCZY* oraz dodatkowo, dla niektórych warunków ankiety, wskazania wymaganego personelu czy sprzętu z potencjału dostępnego dla punktów umów – elementów szczególnie istotnych dla spełnienia tego warunku.

2.5 Zapamiętanie informacji o potencjale realizacyjnym umowy - mrożenie potencjału

Mrożenie potencjału - zapamiętanie stanu potencjału aktualnego na moment rozpoczęcia przygotowania ankiety (jeżeli ankieta dla obszaru nie zostanie uzupełniona, to potencjał zostanie zapamiętany w chwili przekazania wniosku o autoryzację). Aktualny stan potencjału jest rozumiany jako potencjał deklarowany do realizacji punktu umowy – przekazany we wnioskach o zmianę potencjału, wykazany w miejscu w pozycji umowy, który będzie wykorzystany na etapie udzielania odpowiedzi w ankiecie dla obszaru (zakresu świadczeń i miejsca realizacji świadczeń);

Zapamiętanie aktualnego stanu potencjału dla obszaru autoryzacji będzie wykonywane automatycznie przez system w sytuacji rozpoczęcia wypełniania ankiety dla obszaru w części dotyczącej możliwości wskazania potencjału.

Jeżeli świadczeniodawca nie będzie wypełniał ankiety (w ogóle lub dla części obszarów autoryzacji), to dla obszaru autoryzacji zamrożenie potencjału nastąpi w momencie przekazania wniosku do OW NFZ. System będzie zapamiętywał aktualny stan danych dotyczących potencjału (personel, sprzęt, umowy podwykonawstwa) dla zakresów realizowanych w miejscach, które mają podlegać autoryzacji.

3 Obsługa wniosku o autoryzację

3.1 Powiadomienie o możliwości tworzenia wniosku

Możliwość tworzenia wniosku o autoryzację będzie komunikowana w Portalu Świadczeniodawcy odpowiednim powiadomieniem systemowym, dostępnym w sekcji **Wiadomości i akcje**. Powiadomienie może zostać wysłane do świadczeniodawcy na kilka dni przed datą początku okna harmonogramu lub w dniu rozpoczynającym okres na złożenie wniosku zdefiniowany w harmonogramie dla świadczeniodawcy.

Przekazanie wniosku do Oddziału NFZ będzie możliwe wyłącznie w zdefiniowanym dla świadczeniodawcy oknie harmonogramu.

Portal Świadczeniodawcy

2025.05.2.3591 |

[Wyloguj]

Ostatnie logowanie wystąpiło dnia czwartek, 16 maja 2024 o godzinie 07:29.

Kod świadczeniodawcy:

Nazwa świadczeniodawcy: Św-dawca testowy

Użytkownik:

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)- RODO [Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016]

Moja struktura organizacyjna

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

▶ Moje podstawowe dane

▶ Moje pełne dane (Portal Potencjału)

▶ Repozytorium dokumentów

Wiadomości i akcje

Tu możesz zarządzać wiadomościami - zapoznać się z ich treścią i potwierdzić fakt przeczytania

[15-05-25] Informacja dotycząca procesu autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne

▶ Przegląd akcji przekazywania danych

W treści powiadomienia jest informacja o ścieżce dostępu do obsługi wniosku o autoryzację i wymaganym uprawnieniu.

Portal Świadczeniodawcy - wiadomości i akcje

Komunikaty

Akcie

Subskrypcje

Przejdź do Portalu Świadczeniodawcy

Użytkownik

Pomoc

Odbierz nowe

Szukaj

Wyszukiwanie zaawansowane

Pomoc

Aktualne

Wymagające przeczytania

Wymagające potwierdzenia

Archiwum

Kategorie

Ogólna

Potencjał

Obsługa umów/ugód

Rozliczenia - rachunki

Recepty/Leki

Informatyka - IT

COVID

Aktualne

Informacja dotycząca procesu autoryzacji po... Portal świadczeniodawcy

3 minuty temu

Informacja dotycząca procesu autoryzacji... Portal świadczeniodawcy

3 minuty temu

Informacja dotycząca procesu autoryzacji po... Portal świadczeniodawcy

7 minut temu

Informacja dotycząca procesu autoryzacji po... Portal świadczeniodawcy

15:03

Informacja dotycząca procesu autoryzacji po... Portal świadczeniodawcy

Informacja dotycząca procesu autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne

Nadawca: Portal świadczeniodawcy

Data wysłania: 15 maja 2025, 16:05:04

Data przeczytania: 15 maja 2025, 16:05:58

Wymaga przeczytania

Wymaga potwierdzenia przeczytania

Pokaż ponownie do przeczytania

PRIORYTET	KATEGORIA	ŹRÓDŁO	DATA WAŻNOŚCI
Normalny	Ogólna	Komunikat systemowy	14-07-2025, 16:05:04

W Portalu Świadczeniodawcy dla świadczeniodawcy

udostępniono możliwość utworzenia wniosku o autoryzację: w sekcji "Umowy na realizację świadczeń" wybierz "Pokaż więcej..." i "Wnioski o autoryzację". Do obsługi wniosku wymagane jest przydzielenie uprawnienia z kategorii "Obsługa umów i kontraktowanie": 11600 Uprawnienie do obsługi wniosku o autoryzację. Wniosek będzie można przekazać zgodnie z terminem wskazanym w harmonogramie autoryzacji w BIP OW NFZ.

3.2 Uprawnienie do obsługi wniosków o autoryzację

Tworzenie wniosku o autoryzację będzie możliwe wyłącznie dla użytkowników posiadających uprawnienie - **11600 Uprawnienie do obsługi wniosku o autoryzację** (uprawnienie w kategorii Obsługa umów i kontraktowanie).

Możliwość tworzenia i obsługi wniosku o autoryzację jest dostępna w sekcji Umowy na realizację świadczeń – w pozycji Wnioski o autoryzację.

© 2025 Kamsoft S.A.

5

Ostatnie logowanie wystąpiło dnia czwartek, 16 maja 2024 o godzinie 07:29.



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

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)- RODO [Dz.Ur. UE L 119 z 4.05.2016]



Moja struktura organizacyjna

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

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



Wiadomości i akcje

Tu możesz zarządzać wiadomościami - zapoznać się z ich treścią i potwierdzić fakt przeczytania

- ▶ [13-05-25] Informacje o umowie (umowa 'mkania/18/24/2025', wersja numer 3)
- ▶ Przegląd akcji przekazywania danych



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

- ▶ Generowanie zestawień refundacyjnych (ZPOZR)
- ▶ Przegląd zleceń (sprawozdania refundacyjne ZPOZR)
- ▶ Przekazywanie danych o zrealizowanych środkach (ZPOSP)
- ▶ Stan przelewów bankowych



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
- ▶ Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
- ▶ Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta
- ▶ Recepty
- ▶ Przegląd świadczeń – decyzje OW
- ▶ Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne
- ▶ Skierowania na leczenie sanatoryjne
- ▶ Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ
- ▶ Raport z utworzenia szablonu umowy
- ▶ Przegląd faktur
- ▶ Informacje o etatach: pielęgniarek i położnych, lekarzy specjalistów, ratowników medycznych itp.
- ▶ Wskaźniki dla eSkierowań
- ▶ Weryfikacja kwot rachunków – ryczałt 3%
- ▶ Raport dostępności świadczeń
- ▶ Wnioski o zmianę miejsca realizacji świadczeń
- ▶ Wnioski o przerwy w udzielaniu świadczeń
- ▶ Wnioski o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania IKP
- ▶ Wnioski do umów POZ
- ▶ Wnioski do umów ZPO
- ▶ Wnioski do postępowania w sprawie zawarcia umów
- ▶ **Wnioski o autoryzację**
- ▶ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2025
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2024
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2023
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2022
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2021
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2020

[Powrót](#)

3.3 Przygotowanie do tworzenia wniosku


Przed przystąpieniem do tworzenia wniosku o autoryzację Świadczeniodawca powinien:

- **Nadać operatorom, którzy będą obsługiwać w Portalu Świadczeniodawcy wnioski o autoryzację, nowe uprawnienie – 11600**
- **Sprawdzić w Portalu Świadczeniodawcy aktualność potencjału** – personelu, sprzętu, umów podwykonawstwa – dla wszystkich punktów umów z zakresami, które będzie chciał zgłaszać do autoryzacji. W przypadku stwierdzonych braków należy przed rozpoczęciem tworzenia wniosku przekazać do OW NFZ wnioski o aktualizację potencjału do wymagających tego punktów umów.
- **Uzupełnić dla nowej kategorii powiadomień – Autoryzacja podmiotów leczniczych** – dane użytkowników Portalu Świadczeniodawcy, którzy będą u Świadczeniodawcy uprawnieni do otrzymywania i odczytywania powiadomień przekazywanych przez OW NFZ wraz z dokumentami powstającymi w procesie oceny wniosku o autoryzację. Dane osób uprawnionych do odczytywania komunikatów w kategoriach uzupełnia Administrator Portalu Świadczeniodawcy po stronie Świadczeniodawcy. Na moment przekazywania wniosku w kategorii Autoryzacja podmiotów leczniczych musi być wpisana co najmniej 1 osoba uprawniona do odczytywania komunikatów.

Portal Świadczeniodawcy
2025.05.2.3591 |

[Wyloguj]


Ostatnie logowanie wystąpiło dnia **czwartek, 16 maja 2024 o godzinie 07:29.**



Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Św-dawca testowy

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)- RODO [Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016]



Administracja i opcje
Parametry działania aplikacji

- Regulamin korzystania z Portalu, umowa na korzystanie z systemu
- Zmiana hasła
- Administracja prawami dostępu
- Przekazanie pytania do operatora
- Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ
- Zarządzanie blokadami oraz granicami w systemie eWUŚ
- Uwierzytelnienie wieloskładnikowe (MFA)
- Zarządzanie uprawnieniami do obsługi kart DiLO i PKUŚ
- Wnioski o nadanie uprawnienia administratora
- Pobranie plików technicznych NFZ
- Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS
- Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje
- Wniosek o założenie konta administratora
- Przegląd stanu komunikacji / przetwarzania danych w OW NFZ
- Historia logowań
- Historia użycia uprawnień
- Historia logowań do systemów oddziałowych i centralnych
- Zgodz dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu
- Uprawnienia do kategorii komunikatów Dane użytkownika

Powrót

Portal Świadczeniodawcy

1.0.1.93 |

[Wyloguj]

Uprawnienia do kategorii komunikatów

► Powrót

► Zestawienie uprawnień

► Pomoc

Kod świadczeniodawcy:

Nazwa świadczeniodawcy:

Użytkownik:

Św-dawca testowy

☐ Ręczne zarządzanie uprawnieniami

W przypadku rezygnacji z ręcznego zarządzania uprawnieniami, wszyscy operatorzy Świadczeniodawcy będą mieli dostęp do wszystkich komunikatów wysyłanych dla wszystkich kategorii.

Zapisz

Nazwa kategorii

Operator

Uprawnienie

▼

▼

▼

Wyczyść filtry

Nazwa kategorii	Operator	Uprawnienie
Autoryzacja podmiotów leczniczych	nstwoj666	<input type="checkbox"/>
Autoryzacja podmiotów leczniczych	testowy1 (Administrator)	<input type="checkbox"/>

- **Uzupełnić, w miarę potrzeby, dokumenty Repozytorium dokumentów**, które będą dołączane do wniosku. W Repozytorium na potrzeby procesu autoryzacji powstała nowa kategoria **Dokumenty dotyczące autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą**.

Portal Świadczeniodawcy

2025.05.2.3591 |

[Wyloguj]

Ostatnie logowanie wystąpiło dnia czwartek, 16 maja 2024 o godzinie 07:29.

Kod świadczeniodawcy:

Nazwa świadczeniodawcy:

Użytkownik:

Św-dawca testowy

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - RODO [Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016]

Moja struktura organizacyjna

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

► Moje podstawowe dane

► **Moje pełne dane (Portal Potencjału)**

► **Repozytorium dokumentów**

Wiadomości i akcje

Tu możesz zarządzać wiadomościami - zapoznać się z ich treścią i potwierdzić fakt przeczytania

[15-05-25] Informacja dotycząca procesu autoryzacji

► podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne

► Przegląd akcji przekazywania danych

3.4 Utworzenie nowego wniosku o autoryzację

Tworzenie wniosku rozpoczynamy od wybrania w sekcji **Umowy na realizację świadczeń** pozycji **Wnioski o autoryzację**.

© 2025 Kamsoft S.A.

8



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
- ▶ Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
- ▶ Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta
- ▶ Recepty
- ▶ Przegląd świadczeń – decyzje OW
- ▶ Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne
- ▶ Skierowania na leczenie sanatoryjne
- ▶ Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ
- ▶ Raport z utworzenia szablonu umowy
- ▶ Przegląd faktur
- ▶ Informacje o etatach: pielęgniarek i położnych, lekarzy specjalistów, ratowników medycznych itp.
- ▶ Wskaźniki dla eSkierowań
- ▶ Weryfikacja kwot rachunków – ryczałt 3%
- ▶ Raport dostępności świadczeń
- ▶ Wnioski o zmianę miejsca realizacji świadczeń
- ▶ Wnioski o przerwy w udzielaniu świadczeń
- ▶ Wnioski o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania IKP
- ▶ Wnioski do umów POZ
- ▶ Wnioski do umów ZPO
- ▶ Wnioski o postępowaniach w sprawie zawarcia umów
- ▶ **Wnioski o autoryzację**
- ▶ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2025
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2024
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2023
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2022
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2021
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2020

Powrót

W oknie **Wnioski o autoryzację** wybieramy przycisk **Dodaj nowy wniosek o autoryzację**.

Portal Świadczeniodawcy

1.0.1.93 | mkania (mariuszek)[Wyloguj]

Wnioski o autoryzację

[▶ Powrót](#) [▶ Pomoc](#)

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Nowy wniosek

Dodaj nowy wniosek o autoryzację

Wyszukaj wniosek

Status

Wyszukaj

Po wybraniu funkcji Dodaj nowy wniosek o autoryzację otwiera się okno **Wniosek o autoryzację** podzielony na kilka sekcji:



Wniosek o autoryzację

[Powrót](#) [Pomoc](#)

Kod świadczeniodawcy: **MK/maj**
Nazwa świadczeniodawcy: **MK/maj**
Użytkownik: **[redacted]**

Id wniosku: **107438**
Nr wersji: **1**
Status: **Wprowadzony**

Okres okna harmonogramu: **09.04.2025 - 15.05.2025**
Ostatnie przekazanie do OW: **brak**

[Wypełnij ankietę wspólną](#)[Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów](#)Lista obszarów wniosku dla zakładu: **MK/maj**

REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
--------	---------------	---------	---------	-----	--------------------------	--------------------	-----------

- sekcja z danymi świadczeniodawcy
- sekcja dotycząca wniosku (z nadanym automatycznie identyfikatorem wniosku, statusem Wprowadzony, wersją 1, prezentacją dat okna harmonogramu, w jakim możliwe jest przekazanie wniosku do OW oraz informacją o dacie przekazania wniosku)
- sekcja z funkcjami umożliwiającymi uzupełnienie ankiety wspólnej oraz dodawanie nowych obszarów do wniosku
- sekcja z listą obszarów dla zakładu leczniczego w układzie: zakres (kod i nazwa zakresu świadczeń), nazwa miejsca, kod NFZ (kod techniczny miejsca w systemie NFZ), KR5/KR7 (V lub VII cz. kodu resortowego miejsca), KR8 (VIII cz. kodu resortowego miejsca będącego komórką organizacyjną), Zgłaszany do autoryzacji (domyślnie dla wszystkich wygenerowanych przez system obszarów wartość TAK), Ankieta zakończona (domyślnie dla wszystkich obszarów NIE), Szczegóły – kolumna z funkcjami Wypełnij ankietę oraz Zrezygnuj z autoryzacji. Sekcja ma funkcję zwiżania i rozwijania zawartości dla każdego z zakładów leczniczych.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj

REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4031.030.02 ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	ODDZIAŁ? ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI	155938	05	4031 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4220.030.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 2	118862	03	0033 (PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI POZ DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji

Obszary autoryzacji dla wniosku zostały utworzone automatycznie na podstawie aktualnych, na dzień tworzenia wniosku, umów świadczeniodawcy w rodzaju Leczenie szpitalne, jako część wspólna punktów umów z posiadanymi umów i obowiązującej listy zakresów podlegających autoryzacji opublikowanej przez Fundusz.

Lista obszarów tworzona jest dla każdego zakładu leczniczego. Kolejność obszarów ustalona jest na podstawie kodów zakresów świadczeń (rosnąco).

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj

REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4031.030.02 ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	ODDZIAŁ? ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI	155938	05	4031 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4220.030.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 2	118862	03	0033 (PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI POZ DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji

- sekcje związane z załącznikami, podpisaniem wniosku, podpisaniem oświadczenia i przekazaniem do OW NFZ

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera

Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych		

Podpisywanie pliku wniosku (PDF)

Pobierz aktualny plik wniosku

Pobierz plik wniosku bez podpisów

Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji

Pobierz aktualny plik oświadczenia

Pobierz plik oświadczenia bez podpisów

Wybierz podpisany plik

Wybierz plik

Nie wybrano pliku

Wyczyść

Prześlij podpisany plik oświadczenia

Zmiana statusu wniosku

Anuluj wniosek

Przełącz do OW

Po utworzeniu wniosku wniosek będzie dostępny na liście wniosków. Aby przejść do edycji wniosku należy wybrać **Szczegóły**.

Portal Świadczeniodawcy


1.0.1.93 | MK/maj

[Wyloguj]

Wnioski o autoryzację

Powrót


Pomoc



Kod świadczeniodawcy: MK/maj

Nazwa świadczeniodawcy: MK/maj

Użytkownik:



Wyszukaj wniosek

Status

Wyszukaj


Numer wniosku	Okno harmonogramu	Status	Szczegóły
107438	09.04.2025 - 15.05.2025	Wprowadzony	Szczegóły

Dla zwiększenia czytelności i ułatwienia nawigowania pomiędzy sekcjami wniosku lista obszarów dla każdego z zakładów może zostać ukryta lub rozwinięta. Aby rozwinąć zawartość należy użyć przycisku **obszary**.

Wniosek o autoryzację

Powrót

Pomoc



Kod świadczeniodawcy: MK/maj

Nazwa świadczeniodawcy: MK/maj

Użytkownik:

Id wniosku: 107438

Nr wersji: 1

Status: Wprowadzony

Okres okna harmonogramu: 09.04.2025 - 15.05.2025

Ostatnie przekazanie do OW: brak

Wypełnij ankietę wspólną

Ankieta wspólna została oznaczona jako ukończona

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj

REGION: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole

obszary ▼

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera

Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

© 2025 Kamsoft S.A.

13

3.4.1 Kolejność działań

3.4.1.1 Sprawdzenie listy obszarów dla zakładów:

- Czy na formularzu systemowym są wszystkie (z posiadanych umów), które będą zgłaszane do autoryzacji?
- Czy wśród tych wygenerowanych przez system są takie, które nie będą zgłaszane do autoryzacji (np. z powodu planowanych zmian organizacyjnych podmiotu)? -> **Zrezygnuj z autoryzacji**
- Czy do wniosku powinny być dodane obszary (zakres + miejsce), których nie ma obecnie w umowie z NFZ, ale świadczeniodawca spełnia wymagania do ich realizacji i w przyszłości chciałby zakontraktować te zakresy z NFZ? -> Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów

3.4.1.2 Rezygnacja z autoryzacji

Świadczeniodawca ma możliwość zrezygnowania ze zgłoszenia do autoryzacji obszaru automatycznie wygenerowanego na podstawie aktualnych umów.

Aby zrezygnować z obszaru należy wskazać go na liście obszarów i wybrać funkcję **Zrezygnuj z autoryzacji**.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj							
REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole							
Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4031.030.02 ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	ODDZIAŁ? ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI	155938	05	4031 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4220.030.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 2	118862	03	0033 (PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI POZ DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji

Wybranie funkcji **Zrezygnuj z autoryzacji** wyświetla sekcję formularza **Zrezygnuj z autoryzacji obszaru**, w której wyświetlana jest charakterystyka obszaru (kod, nazwa zakresu świadczeń, nazwa miejsca, adres) oraz znajduje się pole tekstowe do wpisania przyczyny rezygnacji z autoryzacji. Przy rezygnacji z autoryzacji dla obszaru uzasadnienie jest wymagane.

Zrezygnuj z autoryzacji obszaru

Zakres: 03.4220.030.02 - NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA

Miejsce: Oddział 2

Kod NFZ: 118862

Kod resortowy 5: 03

Kod resortowy 8: 0033 - PORADNIA (GABINET) PIELEGNIARKI POZ DLA DZIECI

Adres: 45-545 Kędzierzyn-Koźle, inne Bulwar Wschodni 33

Przyczyna rezygnacji:

Anuluj
Zrezygnuj

Zatwierdzenie zapisów (funkcja **Zrezygnuj**) spowoduje zapisanie rezygnacji i powrót do okna z Listą obszarów, w którym w kolumnie **Zgłaszany do autoryzacji** wyświetla się NIE.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj

REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4031.030.02 ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	ODDZIAŁ? ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI	155938	05	4031 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4220.030.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 2	118862	03	0033 (PORADNIA (GABINET) PIELEGNIARKI POZ DLA DZIECI)	Nie	Nie	Zgłoś do autoryzacji Szczegóły

Rezygnacja z autoryzacji jest odwracalna -> funkcja **Zgłoś do autoryzacji**.


03.4220.030.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 2	118862	03	0033 (PORADNIA (GABINET) PIELEGNIARKI POZ DLA DZIECI)	Nie	Nie	Zgłoś do autoryzacji Szczegóły
--	-----------	--------	----	--	-----	-----	-----------------------------------

3.4.1.3 Dodanie obszaru spoza umowy

Jeśli istnieje potrzeba dodania do wniosku obszaru spoza umowy (para zakres świadczeń i miejsce, które nie występują obecnie w żadnej umowie w rodzaju leczenie szpitalne), to należy wybrać funkcję **Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów**.

Wniosek o autoryzację

[Powrót](#) [Pomoc](#)



Kod świadczeniodawcy: MK/maj

Nazwa świadczeniodawcy: MK/maj

Użytkownik:

Id wniosku: 107438

Nr wersji: 1

Status: Wprowadzony

Okres okna harmonogramu: 09.04.2025 - 15.05.2025

Ostatnie przekazanie do OW: brak

Wypełnij ankietę wspólną

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów

Po wybraniu funkcji, poniżej wyświetli się sekcja **Dodanie obszaru spoza umów** umożliwiająca wskazanie dodawanego zakresu świadczeń (wybór z listy wszystkich zakresów świadczeń objętych autoryzacją) oraz wskazanie miejsca jego realizacji (wpisanie nazwy lub kodu miejsca).

Wypełnij ankietę wspólną

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów

Dodanie obszaru spoza umów

Zakres

Miejsce

Wpisz fragment nazwy miejsca lub kodu nrf, aby wyszukać (na liście widać na raz 10)

Anuluj

Dodaj

Aby móc wybrać miejsce realizacji, musi być ono wcześniej dopisane do struktury świadczeniodawcy; nie musi mieć wprowadzonego potencjału, jeśli to nie jest miejsce z aktualnej umowy.

Po wybraniu funkcji **Dodaj**, obszar zostanie przypisany do listy obszarów dla tego z zakładów świadczeniodawcy, do którego należy wskazane miejsce realizacji.

Dodany ręcznie obszar będzie oznaczony – w kolumnie **Zgłaszany do autoryzacji** będzie miał wpis *Dodany ręcznie*. Dla tak dodanego obszaru będzie również możliwe wypełnienie ankiety (funkcja Wypełnij ankietę). Operator będzie mógł też usunąć dodany obszar (funkcja **Usuń z autoryzacji**). W czasie usuwania obszaru dodanego wcześniej jako obszar spoza umów, nie jest wymagane podanie przyczyny rezygnacji.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj

REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Dodany ręcznie	Nie	Wypełnij ankietę Usuń z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4031.030.02 ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	ODDZIAŁ? ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI	155938	05	4031 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4220.030.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 2	118862	03	0033 (PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI POZ DLA DZIECI)	Nie	Nie	Zgłoś do autoryzacji Szczegóły

3.5 Obsługa ankiet

W systemie funkcjonują dwa rodzaje ankiet: tzw. ankieta wspólna i ankieta dla każdego z obszarów. Treść ankiet została przygotowana przez NFZ.

Uzupełnienie ankiet jest zalecane przez Fundusz: *Przekazane wypełnionej ankiety ma na celu usprawnienie procesu autoryzacji. Ankieta jest bowiem sporządzana w oparciu o zgromadzone w systemie informatycznym Funduszu dane dotyczące spełnienia przez podmiot medyczny wymagań w zakresie warunków realizacji świadczeń, tj. wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wymagań dotyczących personelu. Z uwagi na fakt, że Fundusz posiada dostęp do tych danych w związku z realizacją zawartych umów w ramach leczenia szpitalnego lub podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, w przypadku złożenia ankiety, co do zasady, nie jest konieczne składanie dodatkowych dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udzielania świadczeń.*

Mimo że uzupełnienie ankiet dla obszaru i ankiety wspólnej oraz wskazywanie elementów potencjału jest opcjonalne, to system po uruchomieniu funkcji przekazania wniosku do OW NFZ będzie sprawdzał, czy ankiety zostały uzupełnione i w przypadku braków w uzupełnieniu wyświetli ostrzeżenie/komunikat: Ankiety dla obszarów nie zostały uzupełnione. Czy kontynuować? TAK/NIE.

Kompletność uzupełnienia ankiet rozumiana jest jako spełnienie wszystkich warunków łącznie:

- Uzupełniona ankieta wspólna - dla wszystkich pytań udzielone odpowiedzi zgodnie z konfiguracją ankiety Tak/Nie/Nie dotyczy lub Tak/Nie
- Dla każdego obszaru zgłoszonego do autoryzacji we wniosku (obszaru wynikającego z danych istniejących umów) - uzupełniona ankieta dla zakresu i miejsca, to znaczy, że każda ankieta jest uzupełniona w następujący sposób:
 - Dla każdego pytania ankietowego udzielona odpowiedź Tak/Nie/Nie dotyczy lub Tak/Nie – zgodnie z konfiguracją
 - Dla każdego pytania ankietowego, na które udzielono odpowiedzi TAK - wymagane wskazanie:

- Co najmniej jednej pozycji personelu, jeśli w konfiguracji ankiety dla pytania wymagane jest wskazanie personelu
- Co najmniej jednej pozycji sprzętu/zasobów, jeśli w konfiguracji ankiety dla pytania wymagane jest wskazanie sprzętu
- Wskazanie umowy podwykonawstwa nie jest wymagane, nawet jeśli w konfiguracji ankiety dla pytania jest możliwość wskazania umowy podwykonawstwa to ich wskazanie zawsze jest opcjonalne

Dla każdego pytania ankietowego, na które udzielono odpowiedzi NIE lub NIE DOTYCZY istnieje możliwość wskazania potencjału zgodnie z konfiguracją, ale wskazanie potencjału nie jest wymagane.

Dla każdego obszaru zgłoszonego do autoryzacji ręcznie przez operatora (brak obecnie w umowie) – uzupełniona ankieta dla obszaru, tzn. dla każdego pytania ankietowego udzielona odpowiedź Tak/Nie/Nie dotyczy lub Tak/Nie. W takim przypadku wskazywanie potencjału nie jest możliwe.

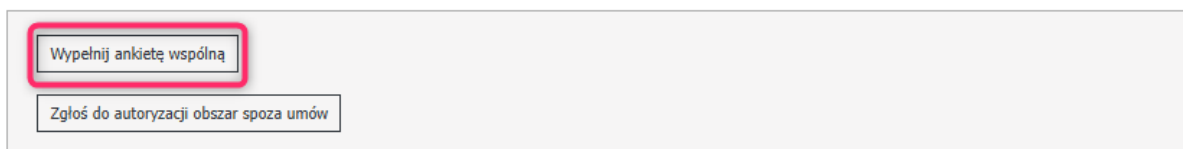
Ostrzeżenie będzie wyświetlane, jeśli świadczeniodawca nie spełnił któregoś z opisanych wymagań dotyczących wymagalności ankiet dla wniosku, nawet dla jednej pozycji ankiety.

Ostrzeżenie nie będzie oznaczać braku możliwości przekazania wniosku bez wypełnionych ankiet (wskazanie TAK spowoduje przekazania wniosku z nieuzupełnionymi ankietami, wskazanie NIE umożliwi edycję ankiet i ponowną możliwość przekazania).

3.5.1 Uzupełnienie ankiety wspólnej

Dostęp do ankiety wspólnej jest możliwy z okna wniosku – **Wniosek o autoryzację**. Ankietę wspólną wymaga tylko jednokrotnego uzupełnienia po stronie świadczeniodawcy wnioskującego (niezależnie od liczby zakładów leczniczych, z których obszary występują we wniosku).

Wypełnienie ankiety wspólnej może nastąpić na dowolnym etapie uzupełniania wniosku, ale przed jego pobraniem do podpisania i wysłaniem do OW.



Użycie funkcji **Wypełnij ankietę wspólną** wyświetli na ekranie **Listę warunków**. Dla każdego wiersza opisującego warunek należy wskazać jedną z odpowiedzi (zaznaczyć jedno pole wyboru): TAK lub NIE lub NIE DOTYCZY.

Pytania w ankiecie wspólnej nie zawierają odwołań do sprzętu, personelu czy umów podwykonawstwa w rozumieniu możliwości wskazania sprzętu i/lub personelu, umowy podwykonawstwa z zamrożonego potencjału świadczeniodawcy – w kolumnach Personel, Sprzęt, Umowy podwykonawstwa dla każdego wiersza występuje wartość Nie dotyczy, co oznacza, że nie ma dostępu do potencjału.

Id wniosku:	107438	Okres okna harmonogramu:	09.04.2025 - 15.05.2025
Nr wersji:	1	Status:	Wprowadzony

☐ ankieta zakończona

Zapisz odpowiedzi ankiety

Lista warunków

Warunek	Nie dotyczy			Umowa			Komentarz świadczeniodawcy	Komentarz OW NFZ	
	Tak	Nie		Personel	Sprzet	podwykonawstwa			
1. posiada w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2. posiada co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii (wymagana odpowiedź, jeśli w strukturze szpitala brak OAIIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2.1. ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2.2. stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2.3. pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2.4. możliwość intubacji dotchawiczej i wentylacji workiem samorozprężalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2.5. przedłużoną sztuczną wentylację płuc z zastosowaniem respiratora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły


Jeśli świadczeniodawca będzie chciał dodać komentarz do swojej odpowiedzi powinien użyć funkcji **Szczegóły** i wprowadzić pożądaną treść.

Lista warunków

Warunek	Nie dotyczy			Umowa			Komentarz świadczeniodawcy	Komentarz OW NFZ	
	Tak	Nie		Personel	Sprzet	podwykonawstwa			
1. posiada w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2. posiada co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii (wymagana odpowiedź, jeśli w strukturze szpitala brak OAIIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły

Szczegóły warunku

[Powrót](#) [Pomoc](#)



Kod świadczeniodawcy:

Nazwa świadczeniodawcy:

Użytkownik:

MK/maj

MK/maj aściółę

bowcorz1

Id wniosku:

Nr wersji:

107438

1

Okres okna harmonogramu:

Status:

09.04.2025 - 15.05.2025

Wprowadzony

Szczegóły warunku

Warunek: posiada w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT)

Odpowiedź:

Tak

Komentarz świadczeniodawcy:

Edytuj

Po uzupełnieniu ankiety wspólnej operator musi użyć funkcji **Zapisz odpowiedzi ankiety**. Może też oznaczyć, że uzupełnianie ankiety jest zakończone (ten znacznik ma wyłącznie charakter informacyjny dla świadczeniodawcy, powinien operatorowi ułatwić prace nad przygotowaniem ankiety).

☐ ankieta zakończona

Zapisz odpowiedzi ankiety

Lista warunków

Warunek	Nie dotyczy			Umowa			Komentarz		
	Tak	Nie		Personel	Sprzet	podwykonawstwa	świadczeniodawcy	OW NFZ	
1. posiada w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły
2. posiada co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii (wymagana odpowiedź, jeśli w strukturze szpitala brak OAIIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy			Szczegóły

☒ ankieta zakończona

Zapisano odpowiedzi

Zapisz odpowiedzi ankiety

Po powrocie do okna głównego wniosku system zaprezentuje informację o ukończonej ankiecie (dotyczy sytuacji, w której zaznaczono wcześniej **pole wyboru ankieta zakończona**).

Wypełnij ankietę wspólną

Ankieta wspólna została oznaczona jako ukończona

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów

3.5.2 Uzupełnienie ankiety dla obszaru

Dla każdego obszaru zgłaszanego do autoryzacji istnieje możliwość uzupełnienia ankiety.

Aby rozpocząć wypełnianie ankiety dla obszaru należy w wierszu z **Listy obszarów** wybrać funkcję **Wypełnij ankietę**.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj							
REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole							
Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Dodany ręcznie	Nie	Wypełnij ankietę Usuń z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4031.030.02 ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	ODDZIAŁ? ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI	155938	05	4031 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY DLA DZIECI)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji

Następnie na ekranie wyświetlona zostanie Lista warunków. Dla każdego warunku świadczeniodawca powinien udzielić odpowiedzi TAK lub NIE lub NIE DOTYCZY – analogicznie jak to wykonywał dla ankiety wspólnej.

Możliwość wskazania potencjału określona jest w kolumnach Personel, Sprzęt, Umowa podwykonawstwa.

Jeśli możliwe/wymagane jest wskazanie potencjału, to w kolumnie dla warunku będzie treść Wskazano 0 (stan dla niewypełnionej ankiety). Jeśli wskazanie potencjału nie jest dostępne w kolumnie dla warunku wyświetlane jest Nie dotyczy.

Ankieta dla obszaru 03.4000.030.02 - Oddział 1 (122643)

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

MK/maj
MK/maj

Id wniosku: 107438
Nr wersji: 1

Okres okna harmonogramu: 09.04.2025 - 15.05.2025
Status: Wprowadzony

☐ ankieta zakończona

Zapisz odpowiedzi ankiety

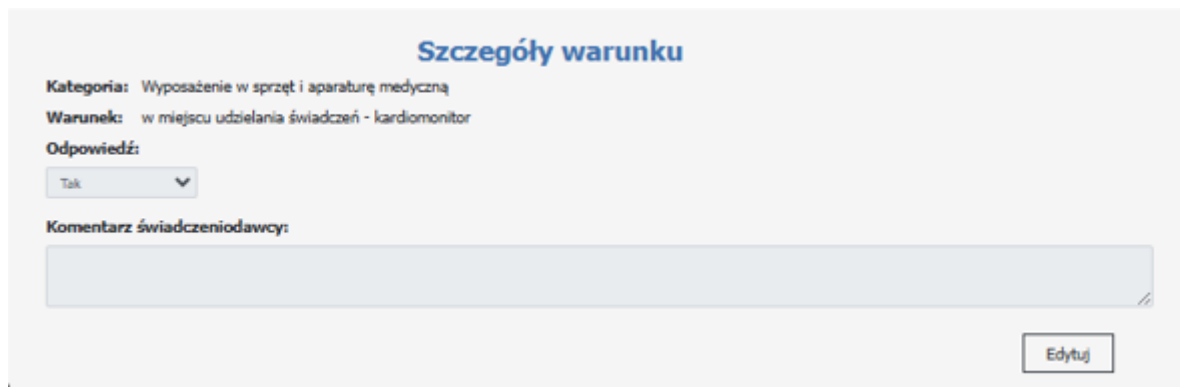
Lista warunków

Kategoria	Warunek	Nie dotyczy			Personel	Sprzęt	Umowa podwykonawstwa	Komentarz świadczeniodawcy	Komentarz OW NFZ
		Tak	Nie	dotyczy					
Lekarze	1. zapewnienia: 1) równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, albo 2) równoważnik co najmniej 1 etatu - specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wskazano 0	Nie dotyczy	Nie dotyczy		Szczegóły
Organizacja udzielania świadczeń	3. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	4. w miejscu udzielania świadczeń - kardiomonitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Wskazano 0	Nie dotyczy		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	5. w miejscu udzielania świadczeń - aparat EKG 12-odprowadzeniowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Wskazano 0	Nie dotyczy		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	6. w lokalizacji - Holter ciśnieniowy (ABPM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Wskazano 0	Nie dotyczy		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	7. w lokalizacji - Holter EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Wskazano 0	Nie dotyczy		Szczegóły

Aby wskazać potencjał w ramach warunku należy wybrać **Szczegóły**, co spowoduje przejście do formularza z opisem szczegółów warunku i możliwością wskazania potencjału.

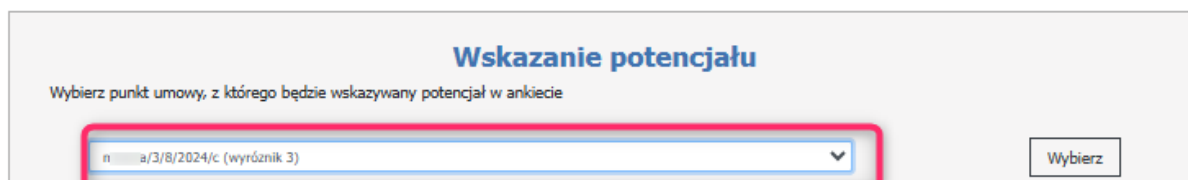
Organizacja udzielania świadczeń	3. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	4. w miejscu udzielania świadczeń - kardiomonitor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Wskazano 0	Nie dotyczy		Szczegóły

W sekcji **Szczegóły warunku** powtórzona jest treść warunku, przeniesiona udzielona odpowiedź TAK/NIE/NIE DOTYCZY (ale tu można też ją zmienić i skomentować – pole **Komentarz świadczeniodawcy, po wybraniu funkcji Edytuj**).



Jeżeli obszar autoryzacji dla którego operator wypełnia ankietę znajduje się w więcej niż jednym punkcie umowy w rodzaju leczenie szpitalne, to system najpierw poprosi o wskazanie punktu umowy, z którego aktualny potencjał ma być prezentowany. Operacja wykonywana jest raz przy pierwszym uzupełnieniu ankiety związanym z potencjałem.

W sekcji **Wskazanie potencjału** operator ma możliwość wskazania punktu umowy, z którego ma być prezentowany potencjał. System udostępnia możliwość wskazania spośród punktów umów świadczeniodawcy, w których występuje ta sama para zakres i miejsce jaka występuje w obszarze, dla którego wypełniana jest ankieta. Jeśli występuje tylko jeden taki punkt umowy, to jest on domyślnie prezentowany.



W odpowiedziach na kolejne punkty ankiety będzie już prezentowany potencjał z wybranego wcześniej punktu umowy.

Szczegóły warunku

Kategoria: Pielęgniarki

Warunek: zapewnia równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko w tym: równoważnik co najmniej 2 etatów ? specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej

Odpowiedź:
 ▼

Komentarz świadczeniodawcy:

Wskazanie potencjału

Potencjał dla tego obszaru jest wybierany z umowy 03/1/MK/maj/AS i wyróżnika 1

Personel

Olga Pielęgniara 14250228792 (222101 - Pielęgniarka)

Szczegóły warunku

Kategoria: Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

Warunek: w miejscu udzielania świadczeń - kardiomonitor

Odpowiedź:
 ▼

Komentarz świadczeniodawcy:

Wskazanie potencjału

Potencjał dla tego obszaru jest wybierany z umowy 03/1/MK/maj/AS i wyróżnika 1

Zasoby

id: 130222, kod: 0010312, UMDNS: , ZESTAW DO PRÓB WYSILKOWYCH **w miejscu**

Przycisk **Dodaj personel** (dla personelu) lub **Dodaj zasób** (dla sprzętu) otwiera okno odpowiednio z listą personelu lub listą sprzętu. Lista personelu może być ograniczona odpowiednio do lekarzy lub pielęgniarek. Lista sprzętu może być ograniczona do pozycji sprzętu dostępnych w miejscu lub lokalizacji.

Jeśli w warunku jest możliwość wskazania umowy podwykonawstwa, to jej dodanie będzie możliwe w analogiczny sposób jak dodawanie personelu czy sprzętu – **Dodaj umowę podwykonawstwa**.

Szczegóły warunku

Kategoria: Zapewnienie realizacji badań

Warunek: histopatologicznych śródoperacyjnych w dostępie

Odpowiedź:

Tak ▼

Komentarz świadczeniodawcy:

Edytuj

Wskazanie potencjału

Potencjał dla tego obszaru jest wybierany z umowy 03/1/m/... óznika 1

Odśwież potencjał

Umowy podwykonawstwa

Dodaj umowę podwykonawstwa

Uzupełnienie wiersza ankiety o dane potencjału spowoduje wyświetlenie w oknie ankiety (Lista warunków) informacji o liczbie przypisanych pozycji (np. zamiast Wskazano 0 wyświetli się zapis Wskazano 1).

Organizacja udzielania świadczeń	3. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	4. w miejscu udzielania świadczeń - kardiomonitor	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Wskazano 1	Nie dotyczy	Szczegóły

3.5.2.1 Funkcja Odśwież potencjał

W każdej sekcji umożliwiającej wskazanie potencjału znajduje się przycisk **Odśwież potencjał**. Odświeżanie potencjału polega na jego aktualizacji po zmianach wprowadzonych w potencjale świadczeniodawcy na podstawie przekazanych do OW NFZ wniosków o zmianę potencjału w punkcie umowy.

Odświeżenie potencjału może być pomocne w sytuacji kiedy np. świadczeniodawca uzupełniając ankietę zauważa w wyświetlanym potencjale w wybranym punkcie umowy brak osoby personelu, którą chciałby wskazać w ankiecie. W takiej sytuacji może uzupełnić potencjał punktu umowy przekazując za pomocą standardowych funkcji w Portalu Potencjału wniosek o zmianę potencjału w punkcie umowy. Po przekazaniu do OW NFZ wniosku o zmianę potencjału w punkcie umowy dane osoby personelu z wniosku będą dostępne w odświeżonym potencjale punktu umowy we wniosku o autoryzację.

Odświeżenie potencjału na tym etapie rozwoju systemu spowoduje usunięcie wskazanego dotychczas potencjału dla wszystkich warunków ankiety dla obszaru, w którym tej funkcji użyto i potrzebę ponownego wskazania potencjału w ankiecie dla tego obszaru.

Po wybraniu funkcji system wyświetli komunikat informujący o konsekwencjach użycia funkcji odświeżenia potencjału, a operator zdecyduje, czy kontynuować.

Odświeżenie potencjału

Odświeżenie potencjału spowoduje usunięcie informacji o dotychczasowych wskazanych osobach, zasobach i umowach podwykonawstwa dla wszystkich odpowiedzi dla całego obszaru. Kontynuować?

Tak

Nie

3.5.3 Uzupełnienie ankiety dla obszaru dodanego ręcznie (spoza umów)

Dla obszarów dodawanych ręcznie również jest możliwość uzupełnienia ankiety, ale nie obejmuje ona możliwości wskazywania potencjału. Aby uzupełnić ankietę dla obszaru należy użyć funkcji **Wypełnij ankietę**.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: MK/maj							ukryj ▲
REGON: 290113481, Adres: Bulwar Anny Walentynowicz 7a, 12-123 Opole							
Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Tak	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji
03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział 1	122643	03	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Dodany ręcznie	Nie	Wypełnij ankietę Usuń z autoryzacji
03.4030.030.02 ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Oddział? Endokrynologiczny	155937	05	4030 (ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY)	Tak	Nie	Wypełnij ankietę Zrezygnuj z autoryzacji

Po wybraniu funkcji **Wypełnij ankietę** system zaprezentuje **Listę warunków**, ale możliwości odpowiedzi są w niej ograniczone wyłącznie do kolumn Tak/Nie/Nie dotyczy.

Po użyciu **Szczegóły** możliwy jest dostęp do skomentowania odpowiedzi (jeśli to konieczne).

Lista warunków

Kategoria	Warunek	Nie dotyczy			Komentarz świadczeniodawcy	Komentarz OW NFZ
		Tak	Nie	dotyczy		
Lekarze	1. zapewnia równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie alergologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Pielęgniarki	2. zapewnia równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko w tym: równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Organizacja udzielania świadczeń	3. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	4. w miejscu udzielania świadczeń - zestaw do punktowych testów skórnych (nie mniej niż 10 alergenów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	5. w miejscu udzielania świadczeń - spirometr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	6. w miejscu udzielania świadczeń - zestawy do płatkowych testów skórnych (nie mniej niż 26 alergenów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	7. w miejscu udzielania świadczeń - zestaw do prowokacji pokarmowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	8. w miejscu udzielania świadczeń - zestaw do prowokacji wziewnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Szczegóły

3.6 Dodawanie załączników do wniosku

Operator może dołączyć do wniosku załączniki – sekcja Załączniki w oknie Wnioski o autoryzację. Rozmiar załącznika nie może przekraczać 10 MB. Dołączany załącznik musi być plikiem PDF podpisanym podpisem cyfrowym (podpis elektroniczny, podpis certyfikatem ePUAP, podpis osobisty).

Załącznik może być dodany bezpośrednio z zasobów operatora (przycisk **Dodaj załącznik z komputera**) lub z Repozytorium dokumentów świadczeniodawcy w Portalu Świadczeniodawcy (przycisk **Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów**). Dokument z repozytorium jest już dokumentem podpisanym cyfrowo, ponieważ do repozytorium mogą być dodawane wyłącznie dokumenty podpisane cyfrowo (patrz dokumentacja użytkownika do Portalu Świadczeniodawcy – Moja struktura Organizacyjna/Repozytorium dokumentów).

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera
Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych		

3.6.1 Dodawanie załącznika z komputera

Po wybraniu funkcji **Dodaj załącznik z komputera** operator będzie miał możliwość wskazania pliku z zasobów własnych, dodania opisu pliku (do celów informacyjnych) i zapisania wprowadzonych danych.

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera
Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Wybierz załącznik z komputera

Wskaż plik: Wybierz plik Nie wybrano pliku

Opis załącznika

Anuluj
Zapisz

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych		

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera
Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis	
107352 (7)-sig.pdf	Nie	Pełnomocnictwo dot. reprezentowania podmiotu	Usuń Pobierz

3.6.2 Dodawanie załącznika z repozytorium

Po wybraniu funkcji **Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów** operator będzie miał możliwość wskazania pliku z repozytorium – do przekazania wraz z wnioskiem będą tylko pliki z nowej kategorii „Dokumenty dotyczące autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą” dodane do repozytorium dokumentów w Portalu Świadczeniodawcy.

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera
Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Wybierz załącznik z repozytorium

Kategoria:

▼

Dokumenty dotyczące autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych		

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera
Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Wybierz załącznik z repozytorium

Kategoria:

Dokumenty dotyczące autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą ▼

Plik z repozytorium: ▼

107443 (2)-sig.pdf SZ

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych		

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera
Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis	
107443 (2)-sig.pdf	Tak	Wewnętrzny system jakości	Usuń Pobierz

3.7 Podpisywanie wniosku

Po zakończeniu pracy nad wnioskiem należy pobrać wniosek do podpisania – sekcja Podpisywanie pliku wniosku (PDF).

Podpisywanie pliku wniosku (PDF)

Pobierz aktualny plik wniosku

Pobierz plik wniosku bez podpisów

Wniosek będzie pobierany jako plik PDF. Dla pierwszorazowego pobrania można użyć dowolnej funkcji **Pobierz aktualny plik wniosku** lub **Pobierz plik wniosku bez podpisów**. Pobrany plik należy podpisać poza Portalem Świadczeniodawcy w narzędziach dedykowanych do składania podpisów cyfrowych, a następnie wczytać podpisany plik z powrotem na portal (**Wybierz podpisany plik** – wskazanie pliku z dysku, a następnie użycie funkcji **Prześlij podpisany plik wniosku**).

Plik wniosku w formacie PDF, który jest podpisywany przez świadczeniodawcę, jest zgodny z postacią wniosku o autoryzację opublikowaną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2024 roku w sprawie wzoru wniosku o autoryzację (Dz.U. poz. 1355).

Plik wniosku nie zawiera obszarów, dla których świadczeniodawca wskazał rezygnację ani nie zawiera treści ankiet.

Ankiety oraz wszystkie obszary (zgłoszone do autoryzacji, i te z których świadczeniodawca zrezygnował) będą dostępne w systemie OW NFZ, obok podpisanego pliku i załączników w postaci zgodnej ze stanem na moment przekazania wniosku.

Podpisywanie pliku wniosku (PDF)

Przesłany plik

Nazwa: 107438-sig.pdf
Czas przesłania: 15.05.2025, 12:50
Podpisano przez: Serwer testowy, Katarzyna

Pobierz aktualny plik wniosku Pobierz plik wniosku bez podpisów Usuń przekazany plik

Wybierz podpisany plik

Wybierz plik: Nie wybrano pliku

Wyczyść **Prześlij podpisany plik wniosku**

Podpisywanie pliku wniosku (PDF)

Przesłany plik

Nazwa: 107438-sig.pdf
Czas przesłania: 15.05.2025, 12:50
Podpisano przez: Serwer testowy, Katarzyna

Pobierz aktualny plik wniosku Pobierz plik wniosku bez podpisów Usuń przekazany plik

Wybierz podpisany plik

Wybierz plik: 107438-sig.pdf

Wyczyść Prześlij podpisany plik wniosku

Jeśli wczytano podpisany plik na portal, a następnie zaistniałaby potrzeba pobrania podpisanego pliku do podpisu przez kolejną osobę, to w takiej sytuacji należy użyć funkcji **Pobierz aktualny plik wniosku**. Przekazany plik można również usunąć – funkcja **Usuń przekazany plik**.

Każda zmiana we wniosku, w tym na poziomie ankiet, która została wykonana po pobraniu pliku wniosku do podpisania, wymaga ponownego pobrania pliku do podpisu, ponieważ system weryfikuje, czy podpisywana jest aktualna postać wniosku.

3.8 Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji

Integralną częścią przekazywanego wniosku jest przygotowane przez Fundusz Oświadczenie o korzystaniu z systemu informatycznego - Portal Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji podmiotów leczniczych w rodzaju leczenia szpitalne.

W oświadczeniu świadczeniodawca potwierdza, że :

- zobowiązuje się do korzystania z Portalu Świadczeniodawcy,
- akceptuje doręczanie korespondencji za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy,
- **zobowiązuje się do wskazania w Portalu Świadczeniodawcy dla kategorii autoryzacja podmiotów leczniczych operatorów, którzy będą uprawnieni do odczytywania/odbierania komunikatów oraz powiadomień.**

Dokument oświadczenia jest dostępny do pobrania w sekcji Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji.

Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji

[Pobierz aktualny plik oświadczenia](#) [Pobierz plik oświadczenia bez podpisów](#)

Oświadczenie będzie pobierane jako plik PDF (analogicznie jak wniosek o autoryzację). Dla pierwszorazowego pobrania można użyć dowolnej funkcji **Pobierz aktualny plik oświadczenia** lub **Pobierz plik oświadczenia bez podpisów**. Pobrany plik należy podpisać poza Portalem Świadczeniodawcy w narzędziach dedykowanych do składania podpisów cyfrowych, a następnie wczytać podpisany plik z powrotem na portal (**Wybierz podpisany plik** – wskazanie pliku z dysku, a następnie użycie funkcji **Prześlij podpisany plik oświadczenia**).

Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji

Przesłany plik

Nazwa: oswiadczenie_podmiotu_107438 (2)-sig.pdf
Czas przesłania: 15.05.2025, 13:18
Podpisano przez: Serwer testowy, Katarzyna /

[Pobierz aktualny plik oświadczenia](#) [Pobierz plik oświadczenia bez podpisów](#) [Usuń przekazany plik](#)

Wybierz podpisany plik

[Wybierz plik](#) Nie wybrano pliku

[Wyczyść](#) [Prześlij podpisany plik oświadczenia](#)

3.9 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Aby przekazać wniosek do OW NFZ należy w sekcji Zmiana statusu wniosku użyć funkcji **Przeład do OW**.

Zmiana statusu wniosku

[Anuluj wniosek](#) [Przeład do OW](#)

Na etapie przekazywania wniosku system sprawdza czy jest dokument wniosku podpisany cyfrowo, czy jest podpisane cyfrowo oświadczenie, czy wniosek jest przekazywany w otwartym dla świadczeniodawcy oknie harmonogramu. Jeśli któryś z warunków nie byłby spełniony, to przekazanie wniosku nie będzie możliwe.


Dodatkowo system sprawdza kompletność uzupełnienia ankiet – w sytuacji, kiedy wykryje brak kompletności wypełnienia (opis warunków kompletności w części dotyczącej obsługi ankiet - 3.5) to wyświetli komunikat, a operator zdecyduje czy uzupełni ankietę czy też wyśle wniosek w takim stanie w jakim jest.

Przekazany do OW wniosek zmieni status na Przekazany do OW NFZ.

Portal Świadczeniodawcy 1.0.1.93 | MK/maj [Wyloguj]

Wniosek o autoryzację

[Powrót](#) [Pomoc](#)



Kod świadczeniodawcy: **MK/maj**
Nazwa świadczeniodawcy: **MK/maj**
Użytkownik:


Id wniosku: **107438**
Nr wersji: **1**
Status: **Przekazany do OW**

Okres okna harmonogramu: **09.04.2025 - 15.05.2025**
Ostatnie przekazanie do OW: **15.05.2025**


Portal Świadczeniodawcy 1.0.1.93 | MK/maj [Wyloguj]

Wnioski o autoryzację

[Powrót](#) [Pomoc](#)



Kod świadczeniodawcy: **MK/maj**
Nazwa świadczeniodawcy: **MK/maj**
Użytkownik:

**Wyszukaj wniosek**
Status

Numer wniosku	Okno harmonogramu	Status	Szczegóły
107438	09.04.2025 - 15.05.2025	Przekazany do OW	Szczegóły

Wyloguj się | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | Copyright © Kamsoft | Dokumentacja aplikacji

4 Pobranie wniosku przekazanego do OW NFZ do poprawy – dalszej edycji

Dopóki otwarte jest okno harmonogramu dla świadczeniodawcy i OW NFZ jeszcze nie rozpoczął oceny wniosku, to świadczeniodawca może cofnąć przekazanie wniosku do OW NFZ i zmodyfikować zawartość wniosku.

Numer wniosku	Okno harmonogramu	Status	Szczegóły
107438	09.04.2025 - 15.05.2025	Przekazany do OW	Szczegóły

Dla wniosku w statusie Przekazany do OW w sekcji **Zmiana statusu** wniosku jest możliwość cofnięcia statusu – funkcja **Cofnij status**.

Cofnij do edycji

Cofnięcie statusu zmieni status wniosku na Wprowadzony, co oznacza, że wniosek będzie możliwy do edycji po stronie świadczeniodawcy.

Edycja wniosku wyłącznie w części dotyczącej odpowiedzi na ankiety, w tym wskazywanie potencjału, nie wymaga ponownego podpisywania wniosku podpisem cyfrowym (pobierania dokumentu wniosku w formacie PDF i składania podpisów).

Zmiana wniosku w zakresie listy obszarów autoryzacji – dodanie obszaru, usunięcie obszaru, modyfikacja uzasadnienia będą wymagać ponownego pobrania pliku wniosku do podpisania.

Raz podpisany i przekazany na Portal Świadczeniodawcy plik Oświadczenia nie wymaga ponownego pobierania do podpisu przy kolejnym przekazaniu wniosku.