Portal Świadczeniodawcy

© 2026 Kamsoft S.A.

KAMSOFT S.A.

Data utworzenia: 1.10.2026

Spis treści

Rozdział 1 Wprowadzenie 9

Rozdział 2 Praca z programem 10

Rozdział 3 Rejestracja świadczeniodawcy 14

Rozdział 4 Obsługa okien 30

4.1 Moja struktura organizacyjna 30

4.1.1 Moje podstawowe dane 31

4.1.1.1 Wnioski dotyczące kont bankowych 33

4.1.2 Moje pełne dane (Portal Potencjału) 43

4.1.3 Repozytorium dokumentów 44

4.2 Umowy na realizację świadczeń 49

4.2.1 Stan przelewów bankowych 51

4.2.2 Moje umowy 52

4.2.2.1 Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń 53

4.2.2.2 Szczegóły dotyczące umowy 57

4.2.2.2.1 Przegląd ugód/umów SN dotyczących rozliczenia nadwykonań 64

4.2.2.2.1.1 Szczegóły wniosku/ugody 66

4.2.2.3 Raport dla poszczególnych punktów umowy aktualnego wykorzystania bieżącego limitu 68

4.2.2.4 Faktury związane z rozliczaniem umowy 69

4.2.2.4.1 Przegląd sprawozdania rozliczeniowego 70

4.2.2.5 Dane ze wspomagania rozliczeń 71

4.2.2.5.1 Do roku 2013 71

4.2.2.5.2 Od roku 2013 76

4.2.2.6 Import dokumentów rozliczeniowych 81

4.2.2.7 Naliczanie świadczeń do zapłaty 82

4.2.2.8 Badania/Produkty 91

4.2.2.9 Wyniki weryfikacji P1 94

4.2.2.10 Noty 96

4.2.2.11 Premie za szczepienia 97

4.2.2.12 Premie za profilaktykę 40 PLUS 99

4.2.2.13 Pilotaż sieci kardiologicznej 102

4.2.2.14 Opieka koordynowana 104

4.2.2.15 Informacje o wnioskach 106

4.2.2.15.1 Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń 109

4.2.2.15.2 Wnioski o rozliczenie do wysokości limitu 113

4.2.2.15.3 Wnioski o wydłużenie okresu rozliczeniowego 120

4.2.2.15.4 Wniosek o zapłatę za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych 123

4.2.2.15.5 Wniosek o aneks planu FM 126

4.2.2.15.6 Wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU 129

4.2.2.15.7 Wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU 132

4.2.2.15.8 Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i § 3ba OWU) do 135

4.2.2.15.9 Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i § 3ba OWU) do 31.12.2026 137

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.16 Dokumenty uprawniające umowy PSZ 141
4.2.2.17 Podpisywanie eUmów 142
4.2.2.17.1 Podpisywanie eUmów - szczegóły 143
4.2.3 Moje rozliczenia 148
4.2.3.1 Walidacja faktur FA 156
4.2.3.2 Dodawanie załączników 159
4.2.4 Pliki z umowami do pobrania 161
4.2.5 Ankiety do wypełnienia 162
4.2.5.1 Lista ankiet kontekstowych 163
4.2.5.1.1 Szczegóły ankiety 166
4.2.6 Przegląd danych o deklaracjach POZ 168
4.2.6.1 Prezentacja informacji o deklaracjach POZ 169
4.2.7 Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem 171
4.2.8 Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem 172
4.2.9 Recepty 174
4.2.9.1 Składanie wniosków o zastrzeganie recept 175
4.2.9.2 Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept 176
4.2.9.3 Generowanie numerów recept 177
4.2.9.4 Przegląd wygenerowanych numerów recept 180
4.2.9.5 Informacje o recepcie 182
4.2.9.6 Zestawienia statystyczne recept 183
4.2.10 Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji 187
4.2.11 Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP 191
4.2.12 Przegląd świadczeń - decyzje OW 192
4.2.13 Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne 194
4.2.13.1 Chemioterapia niestandardowa 196
4.2.13.2 Rozliczenia indywidualne 197
4.2.13.2.1 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci (6100) 198
4.2.13.2.2 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie (6101) 202
4.2.13.2.3 Wniosek o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ (6102) 205
4.2.13.2.4 Wniosek o rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ (6103) 208
4.2.13.2.5 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ (6104) 211
4.2.13.2.5.1 Kosztorys 214
4.2.13.2.6 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym (6105) 218
4.2.13.2.7 Wniosek o rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki (6106) 221
4.2.13.2.8 Wniosek o rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych (6107) 225
4.2.13.2.9 Wniosek o rozliczenie świadczeń, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy (6108) 229

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.13.2.10 Wniosek o rozliczenie przedłużonego czasu rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych (6110) 232
4.2.14 Skierowania na leczenie sanatoryjne 236
4.2.15 Prezentacja wartości wskaźników IWRN i UWRN 237
4.2.15.1 IWRN 238
4.2.15.2 UWRN 239
4.2.16 Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ 243
245
4.2.17 Infomacje o etatach: pielęgniarek i położnych, lekarzy specjalistów, ratowników me
4.2.17.1 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów pracowników wykonujących zawód medyczny 247
4.2.17.2 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów pielęgniarek i położnych w podziale na formy zatrudnienia 250
4.2.17.3 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów SOR i IP 252
4.2.17.4 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ, LSZ-PSZ 256
4.2.17.5 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów RTM 259
4.2.17.6 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ-Chemioterapia, LSZ-Teleradioterapia 262
4.2.17.7 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów 265
4.2.17.8 Wniosek o ustaniu zobowiązania 268
4.2.18 Raport z utworzenia szablonu umowy 269
4.2.18.1 Szczegóły z raportu utworzenia szablonu umowy 271
4.2.19 Przegląd faktur 273
4.2.20 Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta 274
4.2.21 Wskaźniki dla eSkierowań 281
4.2.22 Weryfikacja kwot rachunków – ryczałt 3% 285
4.2.23 Raport dostępności świadczeń 286
4.2.24 Wniosek o zmianę miejsca realizacji świadczeń 289
4.2.25 Wnioski o przerwy w udzielaniu świadczeń 296
316
4.2.26 Wnioski o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej
4.2.27 Wnioski do umów POZ 319
4.2.27.1 Wniosek o częściowe wypowiedzenie umowy 320
4.2.27.2 Wniosek otwarty 322
4.2.28 Wnioski do umów ZPO 324
4.2.28.1 Szczegóły wniosku o aneks do umowy ZPO 325
4.2.29 Wnioski do postępowań w sprawie zawarcia umów 333
4.2.30 Autoryzacja 334
4.2.30.1 Wniosek o autoryzacje 339
4.2.30.1.1 Wniosek o autoryzację z obszarami blokady 353
4.2.30.1.2 Ankieta wspólna/Ankieta dla obszaru 358
4.2.30.1.2.1 Warunki ankiety 361
4.2.30.1.3 Lista kontrolna WSZJiB 365
4.2.30.1.3.1 Wymaganie WSZJiB 366
4.2.30.1.4 Braki w ankietach 368
4.2.30.2 Potępowania 369
4.2.30.2.1 Okresy zawieszenia 370

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.2.1.1 Okres zawieszenia 371
4.2.30.2.2 Wizyty 372
4.2.30.2.2.1 Wizyta 372
4.2.30.2.3 Decyzje 375
4.2.30.2.4 Inne dokumenty 376
4.2.30.2.5 Wniosek rozszerzający 377
4.2.30.3 Obszary autoryzacji 383
4.2.30.4 Wezwania do usunięcia uchybień 385
4.2.31 Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży 389
4.2.32 Informator o postępowaniach na rok (...) 391
4.2.32.1 Złożenie wniosku w postępowaniu 393
4.2.32.1.1 Wniosek do postępowania 395
4.2.32.2 Szczegóły postępowania 405
4.3 Apteki 406
4.3.1 Moje umowy 407
4.3.1.1 Podpisywanie eUmów Apteka 408
4.3.2 Przekazanie danych o zrealizowanych lekach 411
4.3.2.1 Problemy 412
4.3.3 Sprawdzenie poprawności recept 417
4.3.4 Okresy rozliczeniowe 418
4.3.4.1 Obsługa elektronicznego zestawienia zbiorczego (eZestawienia) 424
4.3.4.1.1 Generowanie eZestawienia 427
4.3.4.1.2 Podpisywanie eZestawienia podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP 428
4.3.4.1.3 Podpisywanie eZestawienia kwalifikowanym podpisem elektronicznym 430
4.3.4.1.4 Przekazywanie eZestawienia do OW 433
4.3.4.2 Otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego 438
4.3.4.2.1 Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego 439
4.3.4.2.2 Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego - pilotaż dla 12 OW NFZ 444
4.3.5 Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej 449
4.3.6 Stan przelewów bankowych 451
4.3.7 Zestawienie statystyczne recept 452
4.3.8 Zgłoszenia i aktualizacja zgłoszeń zakończenia umowy na realizację recept 453
4.3.9 Umowa na realizację recept 467
4.3.9.1 Dodawanie nowego wniosku 468
4.3.9.1.1 Dodawanie personelu do wniosku 470
4.3.9.1.2 Dodawanie kierownika apteki do wniosku 473
4.3.9.1.3 Dodawanie osoby reprezentującej 474
4.3.9.2 Przekazanie wniosku do OW NFZ 478
4.3.9.3 Drukowanie dokumentów 486
4.3.9.4 Uzupełnianie braków 488
4.3.9.5 Wydruk umowy 488
4.3.9.6 Statusy wniosku 489
4.3.9.7 Zgłaszanie zmian personelu 490
4.3.9.7.1 Dodawanie nowego zgłoszenia 492
4.3.9.7.2 Dodawanie personelu do zgłoszenia 493
4.3.9.7.3 Zmiana kierownika apteki 494
4.3.10 Lista dokumentów aptecznych 497

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.10.1 Szczegóły importu dokumentu UE 500
4.3.10.2 Szczegóły importu dokumentu importu docelowego 504
4.3.11 Zadania uzupełniania dyżurów 506
4.3.12 Sprawozdania z odbytych dyżurów 511
4.4 Zaopatrzenie ortopedyczne 513
4.4.1 Generowanie zestawień refundacyjnych (ZPOZR) 515
4.4.2 Przegląd zleceń (sprawozdania refundacyjne ZPOZR) 534
4.4.3 Przekazywanie danych o zrealizowanych środkach (ZPOSP) 540
4.4.4 Przegląd zrealizowanych świadczeń (sprawozdania refundacyjne ZPOSP) 543
4.4.5 Stan przelewów bankowych 547
4.4.6 Informator o postępowaniach na rok (...) 548
4.5 Punkt dystrybucji recept 549
4.5.1 Zastrzeganie recept 551
4.5.2 Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept 552
4.5.3 Przyjmowanie wniosków na recepty 553
4.6 Wiadomości i akcje 556
4.6.1 Komunikaty 558
4.6.2 Akcje 563
4.6.3 Subskrypcje 567
4.6.4 Dane wrażliwe 569
Rozdział 5 Administracja i opcje 570
5.1 Zmiana hasła 571
5.2 Administracja prawami dostępu 574
5.2.1 Nadawanie uprawnień do systemów centralnych [KAAS-ADM-SYS] 584
5.3 Przekaż pytanie do operatora 587
5.4 Zarządzanie upoważnieniami do korzystania z systemu eWUŚ 587
5.4.1 Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia 591
5.4.2 Zarządzanie operatorami 592
5.4.2.1 Uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ 594
5.4.2.2 Uprawnienia operatora systemu eWUŚ 596
5.4.3 Wnioski o uprawnienia administratora 597
5.4.4 Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu 598
5.5 Zarządzanie blokadami oraz granicami w systemie eWUŚ 599
5.5.1 Wniosek o zdjęcie blokady eWUŚ 602
5.5.2 Wniosek o zmianę granicy zapytań do eWUŚ 603
5.6 Zarządzanie uprawnieniami do obsługi kart DiLO i PKUŚ 604
5.7 Wniosek o nadanie uprawnienia administratora 605
5.8 Pobranie plików technicznych NFZ 612
5.9 Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS 613

© 2026 Kamsoft S.A.

5.10 Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje 614
5.11 Wniosek o założenie konta administratora 615
5.12 Przegląd stanu komunikacji/przetwarzania danych w OW NFZ 616
5.13 Historia logowań 618
5.14 Historia użycia uprawień 619
5.15 Historia logowań do systemów oddziałowych i centralnych 621
5.16 Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu 622
5.16.1 Dodawanie zgody 624
5.17 Dane użytkownika 626
5.18 Administracja uwierzytelniania wieloskładnikowego (MFA) 626
5.18.1 Zarządzanie uwierzytelnieniem wieloskładnikowym 626
5.18.2 Wyświetlenie kodu QR 635
5.18.3 Konfiguracja uwierzytelnienia wielkoskładnikowego (TOTP) 636
5.18.4 Lista kodów odzyskiwania 637
5.18.5 Generowanie nowych kodów odzyskiwania 638
5.19 Węzeł Krajowy 640
5.19.1 Konfiguracja dla Węzła Krajowego 641
5.20 Regulamin Korzystania z Portalu 646
5.21 Resetowanie hasła w Ofertowaniu 647
Rozdział 6 Uprawnienia do kategorii komunikatów 648
Rozdział 7 Wymagania techniczne i instalacyjne 650
Rozdział 8 Najczęściej zadawane pytania 651

© 2026 Kamsoft S.A.

1 Wprowadzenie

System obsługi **Portalu Świadczeniodawcy** jest systemem informatycznym NFZ odpowiedzialnym za udostępnienie (edycję), modyfikację i przesyłanie danych, umożliwiającym komunikację pomiędzy OW NFZ a Świadczeniodawcą.

Do podstawowych celów systemu zaliczamy:

- uporządkowanie danych personelu Świadczeniodawcy,
- uporządkowanie i uzupełnienie danych Świadczeniodawcy,
- przegląd listy umów,
- przegląd listy przesyłek,
- przegląd listy przelewów,
- możliwość przesłania zgłoszenia do operatora,
- udostępnienie listy umów do pobrania,
- udostępnienie listy ankiet do wypełnienia.

UWAGA: Logowanie do wielu. Istnieje w **Portalu Świadczeniodawcy** możliwość utworzenia (przez Oddział NFZ) grup Świadczeniodawców. W ramach grupy można określić dowolną ilość Świadczeniodawców nadrzędnych. Użytkownicy Świadczeniodawców nadrzędnych, posiadający flagę **logowanie do wielu** mogą logować się do dowolnego Świadczeniodawcy podrzędnego w ramach grupy, bądź po zalogowaniu na swojego Świadczeniodawcę, wykonywać operacje wspólne na rzecz Świadczeniodawców podrzędnych.

W przypadku zalogowania się do portalu użytkownika nadrzędnego (takiego, który posiada grupę użytkowników podrzędnych) dostępne są pewne operacje wspólne. Po kliknięciu na odpowiednie linki:

- **Apteki/Przekazanie danych o zrealizowanych lekach...**
- **Zaopatrzenie ortopedyczne/Przekazanie danych o zrealizowanych środkach...**

na stronie do wysyłania przesyłek znajduje się dodatkowa kontrolka, w której znajdują się wszyscy użytkownicy podrzędni aktualnie zalogowanego użytkownika.

Istnieje możliwość wysłania przesyłki lub podglądu przesyłek już wysłanych z filtrem użytkownika podrzędnego. W tym celu należy wybrać z listy odpowiedniego użytkownika. Lista przesyłek zostanie automatycznie odświeżona. Aby powrócić do danych zalogowanego użytkownika należy z listy wybrać pole puste.

© 2026 Kamsoft S.A.

2 Praca z programem

Aby zainicjować serwis www, należy uruchomić przeglądarkę internetową (np. Mozilla, Firefox itp.) i w pasku adresu przeglądarki wpisać adres internetowy, pod którym znajduje się **Portal Świadczeniodawcy**. Poprawna postać adresu powinna zostać przekazana przez pracownika OW NFZ.

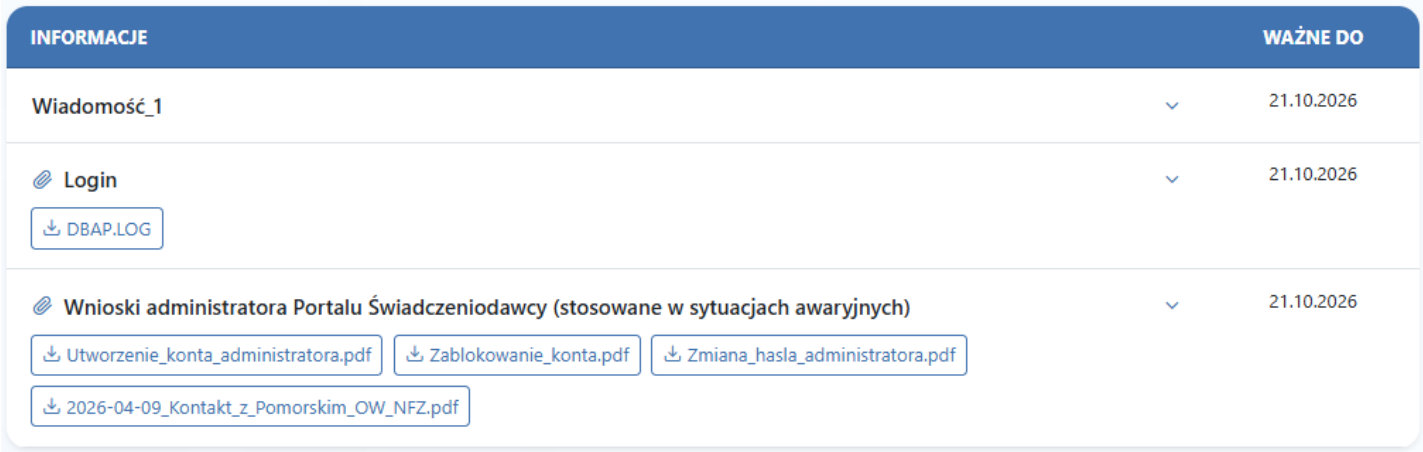
Po nawiązaniu połączenia z serwerem, na którym znajduje się serwis, pojawi się zamieszczona powyżej strona www, umożliwiająca wejście do systemu, po podaniu przydzielonego identyfikatora w postaci: **Kod świadczeniodawcy, Użytkownik i Hasło**. W przypadku podania błędnej nazwy użytkownika lub błędnego hasła, po naciśnięciu przycisku **Zaloguj**, użytkownik zostanie powiadomiony o tym fakcie stosownym komunikatem.

- Błąd uwierzytelnienia - nieprawidłowy kod świadczeniodawcy, nazwa użytkownika lub hasło.

Jeżeli przy podaniu prawidłowych danych podczas logowania, użytkownik otrzyma komunikat błędu, oznacza to, że dostęp do serwisu został zablokowany przez operatora systemu. OW NFZ może wymusić zmianę hasła użytkownika, przy jego pierwszym logowaniu w **Portalu Świadczeniodawcy**. W takim przypadku, po zalogowaniu wyświetli się formularz zmiany hasła opisany na stronie **Administracja**. Praca w systemie będzie możliwa dopiero po zmianie hasła na nowe. W przypadku niejasności, wszelkie szczegółowe informacje zostają wyświetlone po wybraniu przycisku **Pomoc** na stronie logowania.

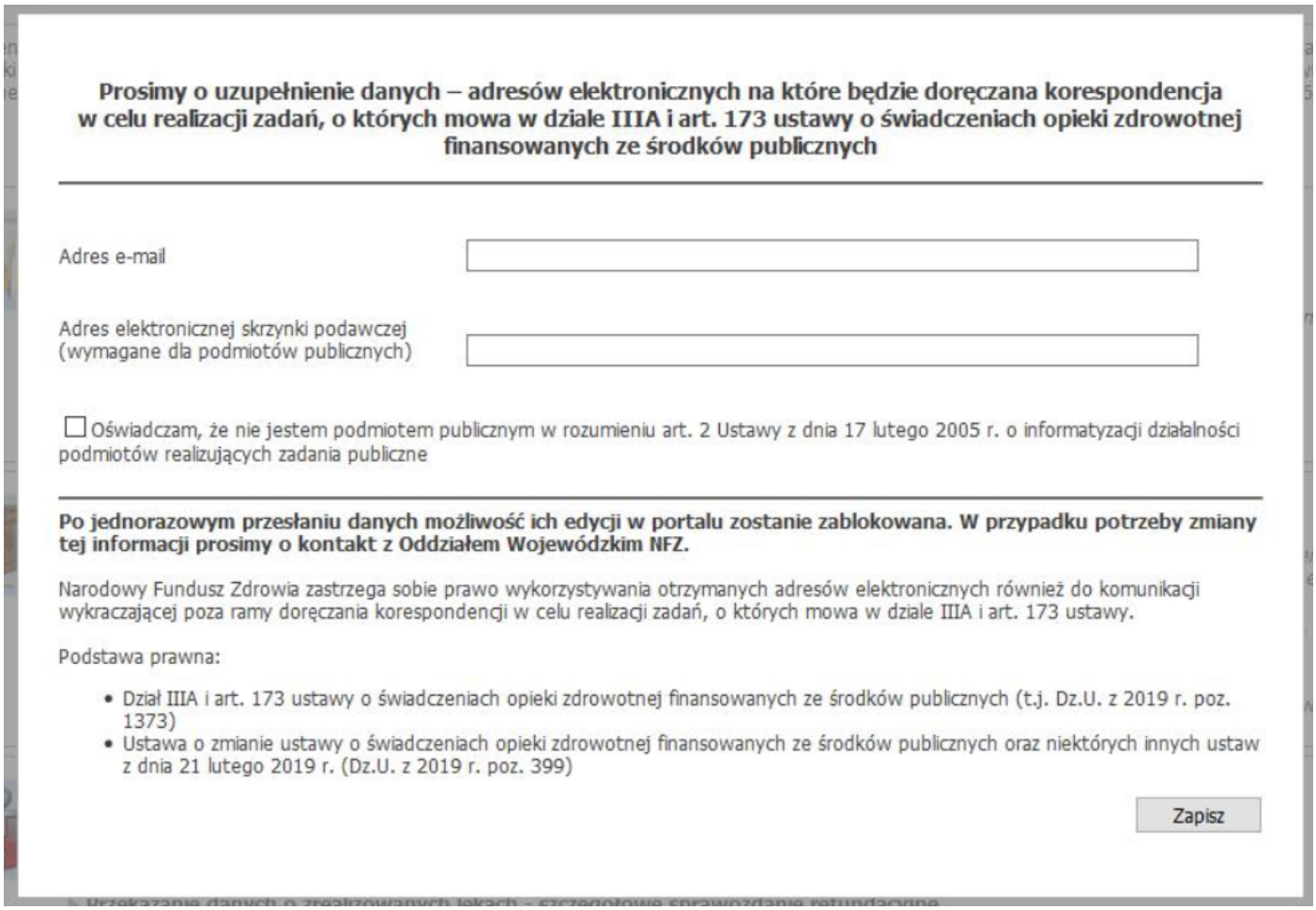
© 2026 Kamsoft S.A.

Poniżej pól logowania mogą być wyświetlone wiadomości. Kliknięcie na wybranej wiadomości spowoduje jej rozwinięcie i wyświetlenie zawartości.



W związku z koniecznością zebrania danych takich jak adresy elektroniczne lub adresy elektroniczne skrzynek podawczych podmiotu publicznego, na który będzie doręczana korespondencja, wprowadzono mechanizm wymuszający uzupełnienie tych danych. W tym celu podczas logowania dla świadczeniodawcy, który tych danych jeszcze nie uzupełnił, pojawi się okno w którym należy wypełnić pole:

- Adres email,
- Adres elektronicznej skrzynki podawczej (wymagane dla podmiotów publicznych).



© 2026 Kamsoft S.A.

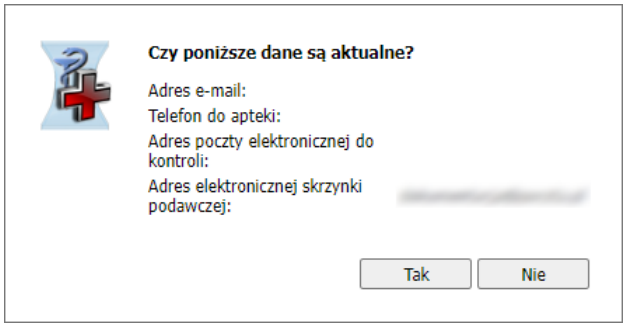
W przypadku gdy świadczeniodawca nie jest podmiotem publicznym, za pomocą zaznaczenia checkboxa zostaje on zwolniony z konieczności uzupełnienia danych o elektronicznej skrzynce podawczej.
Powyższe pola dotyczą świadczeniodawców, aptek, realizatorów zaopatrzenia ortopedycznego oraz podwykonawców.
Operacja jest jednorazowa. W przypadku ewentualnej kolejnej edycji tych danych należy zgłosić się do OW NFZ, który wprowadzi korektę zebranych danych.

Po prawidłowym zalogowaniu się do systemu wyświetlona zostanie strona www prezentowana poniżej (dla aptek wyświetlają się dodatkowe sekcje).

© 2026 Kamsoft S.A.

Ukazuje się strona główna, z pozycji której Świadczeniodawca ma możliwość wyboru interesujących go informacji i usług. W ramach niektórych sekcji istnieją grupy linków niewidocznych, które są dostępne po naciśnięciu **Pokaż więcej...** Dana sekcja jest wtedy prezentowana na całej stronie.

Po zalogowaniu na portal dla aptek może zostać wyświetlony komunikat o aktualności danych. Wówczas użytkownik musi potwierdzić aktualność danych kontaktowych. W przypadku braku zgodności danych i braku złożenia wniosku o zmianę danych świadczeniodawca zostanie przekierowany do listy wniosków i zmianę danych.



© 2026 Kamsoft S.A.

3 Rejestracja świadczeniodawcy

Jeżeli na stronie logowania dostępny jest przycisk **Rejestracja**, to po jego naciśnięciu zostanie uruchomiany kreator pozwalający na zarejestrowanie świadczeniodawcy/apteki w systemie informatycznym NFZ, w pięciu prostych krokach.

Rejestracja nowego świadczeniodawcy – NIP i REGON świadczeniodawcy

Okno zawiera pola NIP i REGON, w których należy wprowadzić numer NIP oraz numer REGON świadczeniodawcy (numer REGON dla świadczeniodawcy musi zawierać 9 znaków), a następnie kliknąć przycisk Dalej.

© 2026 Kamsoft S.A.

Krok 1 - Dane świadczeniodawcy

Dane podstawowe świadczeniodawcy

Nazwa

Rodzaj podmiotu: -- wybierz --

Spółka z udziałem Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego: tak nie

Działalność statutowa podmiotu leczniczego ma na celu osiąganie zysku: tak nie

Forma organizacyjnio-prawna (IV cz. KR): 0000

Adres siedziby

Państwo: POLSKA

Województwo: -- wybierz --

Powiat: -- wybierz --

Gmina: -- wybierz --

Miejscowość

Kod terytorialny

Dzielnica

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Adres korespondencyjny inny niż adres siedziby

Dane kontaktowe

Telefon: +48

Faks

E-mail

WWW

Wpisy do rejestrów

Rodzaj rejestru: -- wybierz --

Organ rejestrujący

Dodaj wpis

Wstecz Dalej

© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk Wstecz pozwala na powrót do poprzedniego kroku.

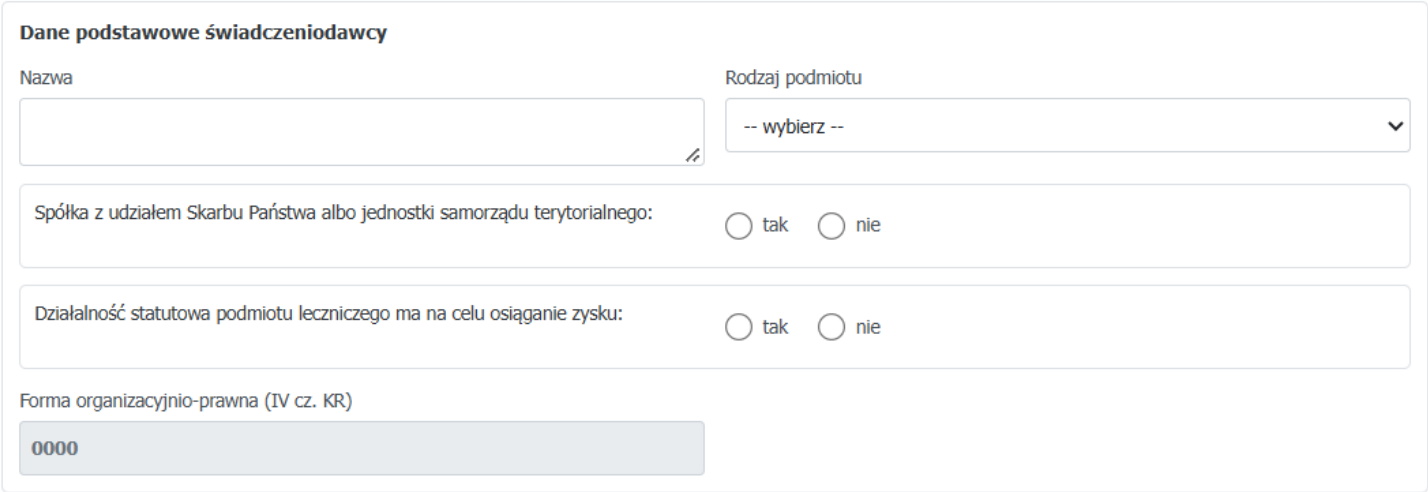
Krok 1 – Dane świadczeniodawcy

W tym kroku należy uzupełnić podstawowe dane świadczeniodawcy.

Dane podstawowe świadczeniodawcy

W tej części dostępne są pola:

- ***Nazwa*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy świadczeniodawcy;
- ***Rodzaj podmiotu*** - pole pozwala na wybór rodzaju podmiotu;
- ***Podmiot tworzący*** - pole pozwala na wybór podmiotu tworzącego (pole dostępne po wybraniu *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej* lub *jednostka budżetowa* w polu ***Rodzaj podmiotu***);
- ***Nazwa podmiotu tworzącego*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy podmiotu tworzącego (pole dostępne po wybraniu *inny minister albo centralny organ administracji rządowej*, *jednostka samorządu terytorialnego* lub *uczelnia medyczna*w polu ***Podmiot tworzący***);
- ***Spółka z udziałem Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego*** - pozwala na określenie czy świadczeniodawca jest spółką z udziałem Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego ;
- ***Działalność statutowa podmiotu leczniczego ma na celu osiąganie zysku*** - pozwala określić czy statutowa działalność podmiotu leczniczego ma na celu osiąganie zysku;
- ***Forma organizacyjno-prawna (IV cz. KR)*** - pole nie jest dostępne do bezpośredniej edycji.



Sekcja: Dane podstawowe świadczeniodawcy

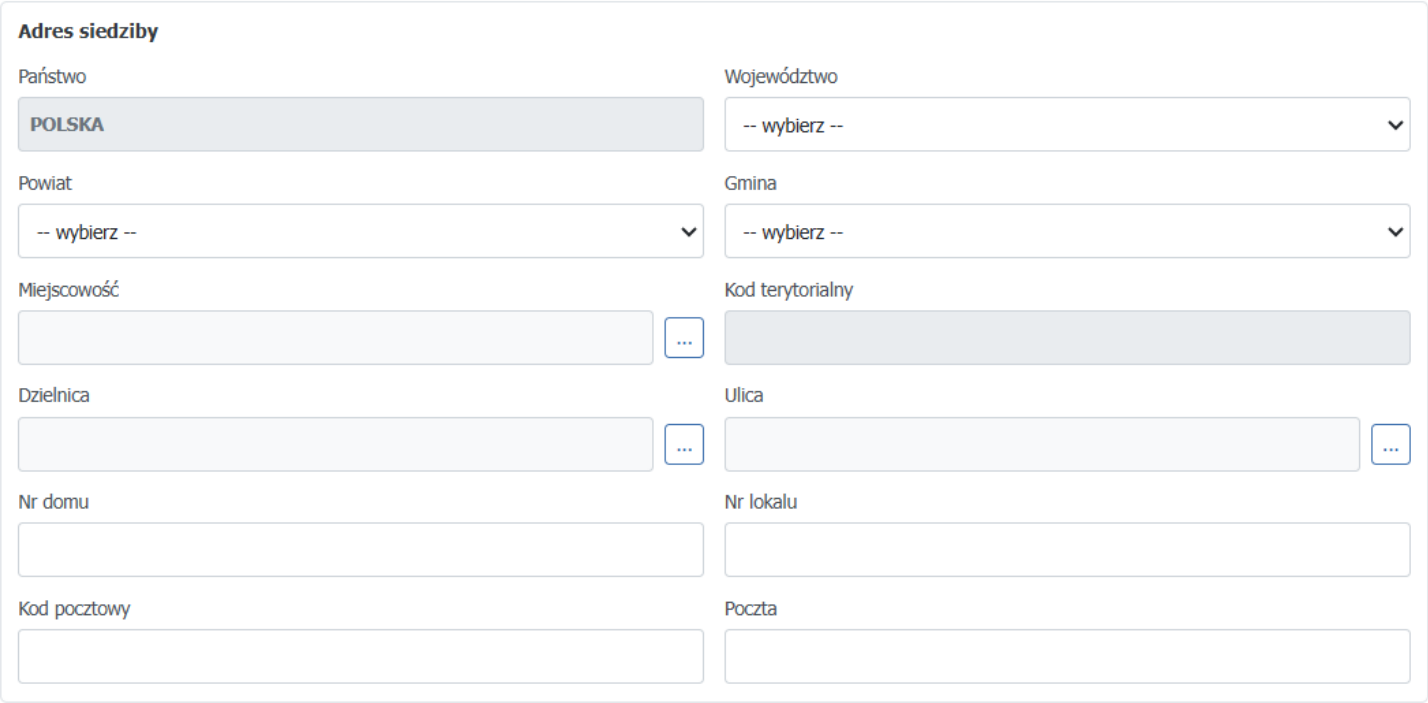
Adres siedziby

W tej części dostępne są pola:

- ***Państwo*** - nie ma możliwości zmiany państwa;
- ***Województwo*** - pole pozwala na wybór województwa;
- ***Powiat*** - pole pozwala na wybór powiatu;
- ***Gmina*** - pole pozwala na wybór gminy
- ***Kod terytorialny*** - pole nie jest dostępne do bezpośredniej edycji;

© 2026 Kamsoft S.A.

- ***Miejscowość*** - pole pozwala na ręczne wprowadzenie miejscowości lub jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku [...];
- ***Dzielnica*** - pole pozwala na ręczne wprowadzenie dzielnicy lub jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku [...];
- ***Ulica*** - pole pozwala na ręczne wprowadzenie ulicy lub jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku [...];
- ***Nr domu*** - pole pozwala na wprowadzenie numeru budynku;
- ***Nr lokalu*** - pole pozwala na wprowadzenie numeru lokalu;
- ***Kod pocztowy*** - pole pozwala na wprowadzenie kodu pocztowego;
- ***Poczta*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy urzędu pocztowego;

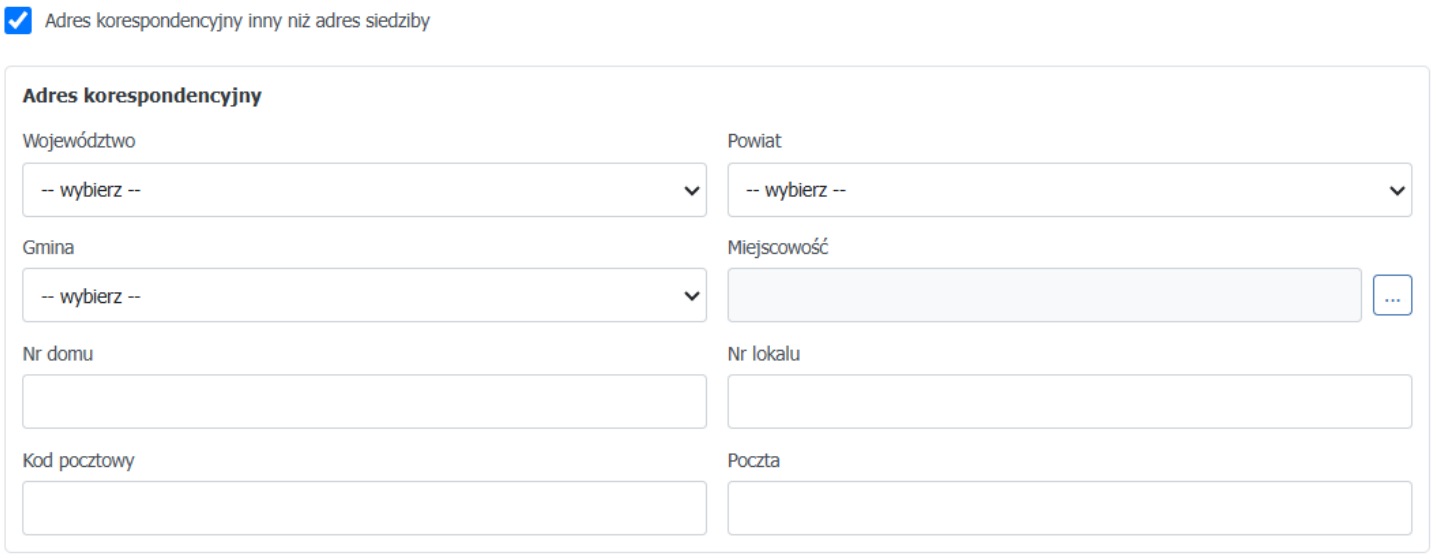


Sekcja: Adres siedziby

Adres korespondencyjny

W tej części możliwe jest wprowadzenie adresu do korespondencji jeśli jest inny niż adres siedziby. Pola staną się dostępne dopiero po zaznaczeniu znacznika w nagłówku tej części. Adres korespondencyjny różni się od adresu siedziby tylko tym, że nie posiada pól: ***Dzielnica***, ***Kod terytorialny***. Pozostałe pola są takie same.

© 2026 Kamsoft S.A.



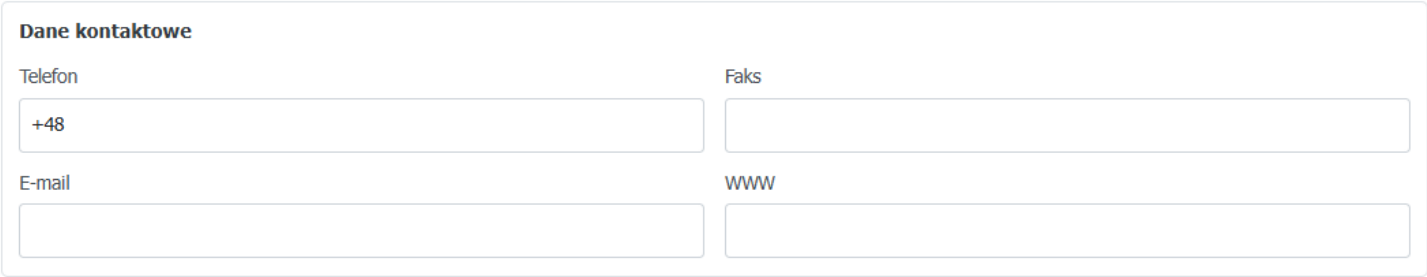
Sekcja: Adres korespondencyjny inny niż adres siedziby

Dane kontaktowe

W tej części dostępne są pola:

- ***Telefon*** - pozwala na wprowadzenie numeru telefonu. Możliwe jest podanie więcej niż jednego numeru telefonu. Numer powinien mieć jeden z formatów:
  - +48 123 456 789
  - (012)345 67 89
  - +48 12 345 67 89.

  Numer wewnętrzny należy podać w formacie: w. 1234. Kolejne numery należy oddzielić średnikiem. Pole ***Telefon*** jest polem wymaganym;
- ***Faks*** - pozwala na wprowadzenie numeru faksu. Możliwe jest podanie więcej niż jednego numeru faksu. Poszczególne numery faksu należy rozdzielać średnikiem;
- ***E-mail*** - pozwala na wprowadzenie adresu poczty elektronicznej;
- ***WWW*** - pozwala na wprowadzenie adresu strony WWW świadczeniodawcy.



Sekcja: Dane kontaktowe

Dodane wpisy

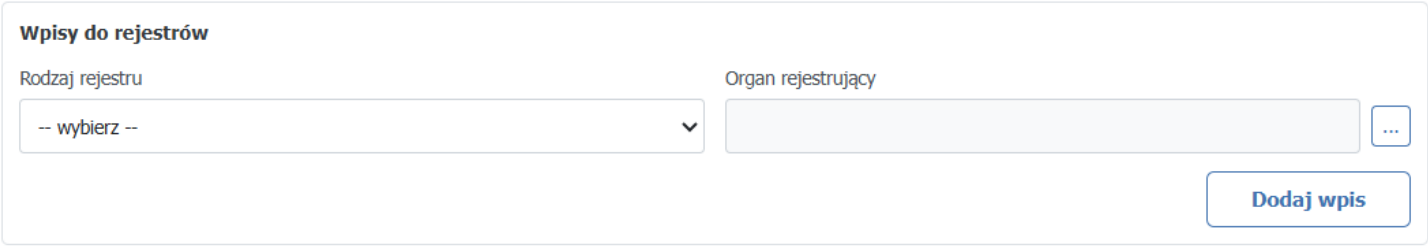
W tej części możliwe jest dodanie wpisów do rejestru dla danego świadczeniodawcy.

W części pozwalającej na wprowadzenie nowego wpisu dostępne są pola:

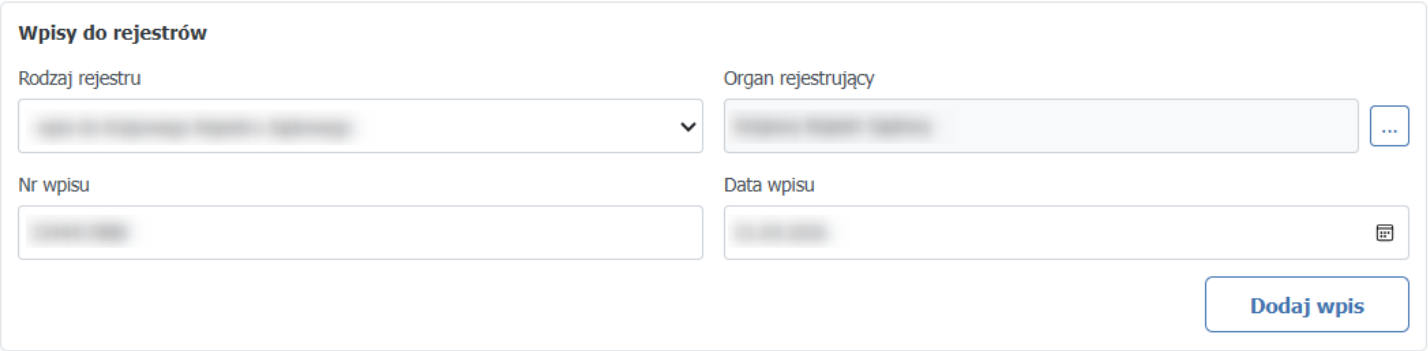
- ***Rodzaj rejestru*** - pole pozwala na wybór rodzaju rejestru;

© 2026 Kamsoft S.A.

- ***Organ rejestrujący*** - pole nie jest dostępne do bezpośredniej edycji - możliwy jest tylko wybór organu ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku ...;
- ***Nr wpisu*** - pole pozwala na wprowadzenie numeru wpisu (pole dostępne po wybraniu *wpis do Krajowego Rejestru Sądowego* w polu ***Rodzaj rejestru***);
- ***Data wpisu*** - pole pozwala na wybór daty wpisu po kliknięciu przycisku .



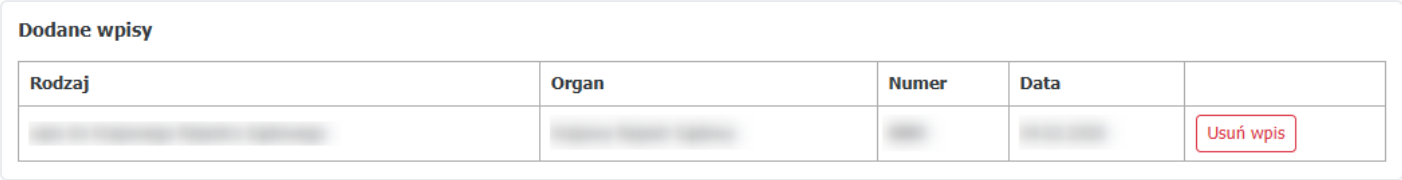
Sekcja: Wpisy do rejestrów



Sekcja: Wpisy do rejestrów(po uzupełnieniu pola Rodzaj rejestru:wpis do Krajowego Rejestru Sądowego)

Po uzupełnieniu pól należy kliknąć przycisk Dodaj wpis co spowoduje zapisanie wpisu, który zostanie zaprezentowany w części **Dodane wpisy**. Po poprawnym dodaniu wpisu, pola do dodawania nowego formularza zostaną wyczyszczone.

Przycisk Usuń wpis znajdujący się pod każdym kolejnym wpisem pozwala na usunięcie tegoż wpisu.



Sekcja: Wpisy do rejestrów. Lista dodanych wpisów

Przejście do następnego kroku nastąpi po kliknięciu przycisku Dalej. Przycisk Wstecz pozwala na powrót do poprzedniego kroku.

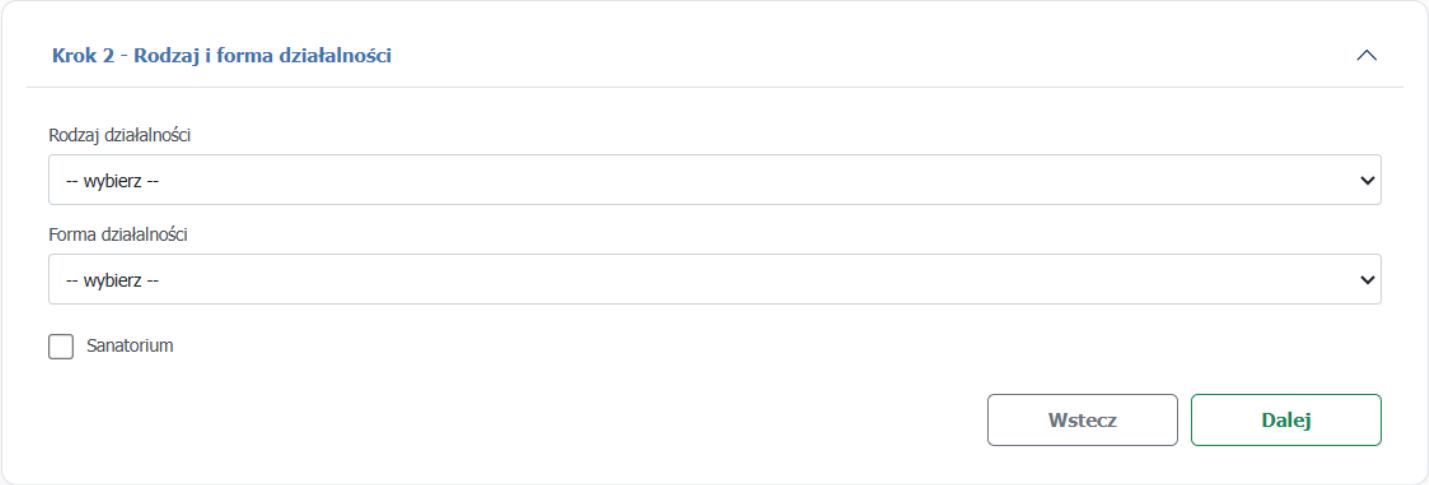
© 2026 Kamsoft S.A.

Krok 2 - Rodzaj i forma działalności

W tym kroku należy określić rodzaj działalności. Opcje tutaj dostępne zależą od wartości wybranych w polu ***Rodzaj podmiotu*** znajdującego się w części **Dane podstawowe świadczeniodawcy** poprzedniego kroku.
Jeżeli w pierwszym kroku wybrano istniejącego świadczeniodawcę, to zależy także od tego jakie rodzaje działalności ma już dodane świadczeniodawca (podmiot może posiadać wiele aptek, natomiast pozostałe rodzaje działalności mogą istnieć pojedynczo). W tym kroku dostępne są pola:

- ***Rodzaj działalności*** - pole pozwala na wybór rodzaju prowadzonej działalności przez świadczeniodawcę;
- ***Forma działalności*** - pole pozwala na wybór formę prowadzonej działalności przez świadczeniodawcę;
- ***Sanatorium*** - znacznik pozwala na określenie czy działalność związana jest z sanatorium.
- ***Pesel*** - pole pozwala na wprowadzenie numeru PESEL świadczeniodawcy. Pole PESEL jest dostępne tylko w przypadku świadczeniodawców będących osobami fizycznymi, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń, wymienionych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 5, p. 45 b i dla tych świadczeniodawców uzupełnienie pola PESEL jest wymagane.

Przejście do następnego kroku nastąpi po kliknięciu przycisku Dalej. Przycisk Wstecz pozwala na powrót do poprzedniego kroku.

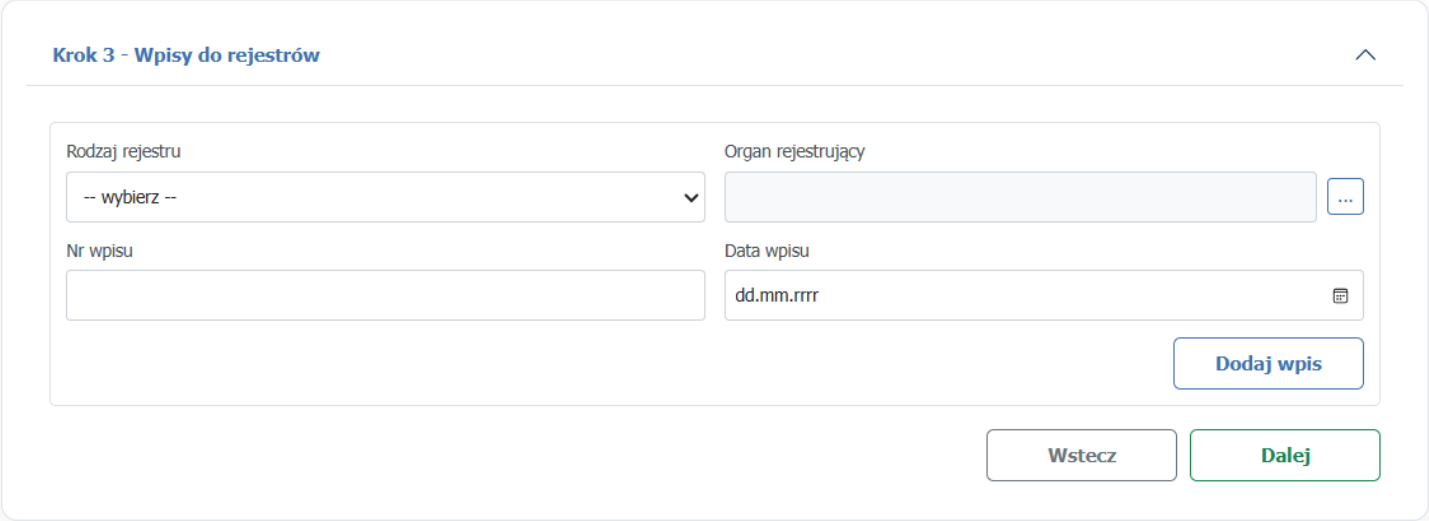


Krok 3 – Wpisy do rejestrów

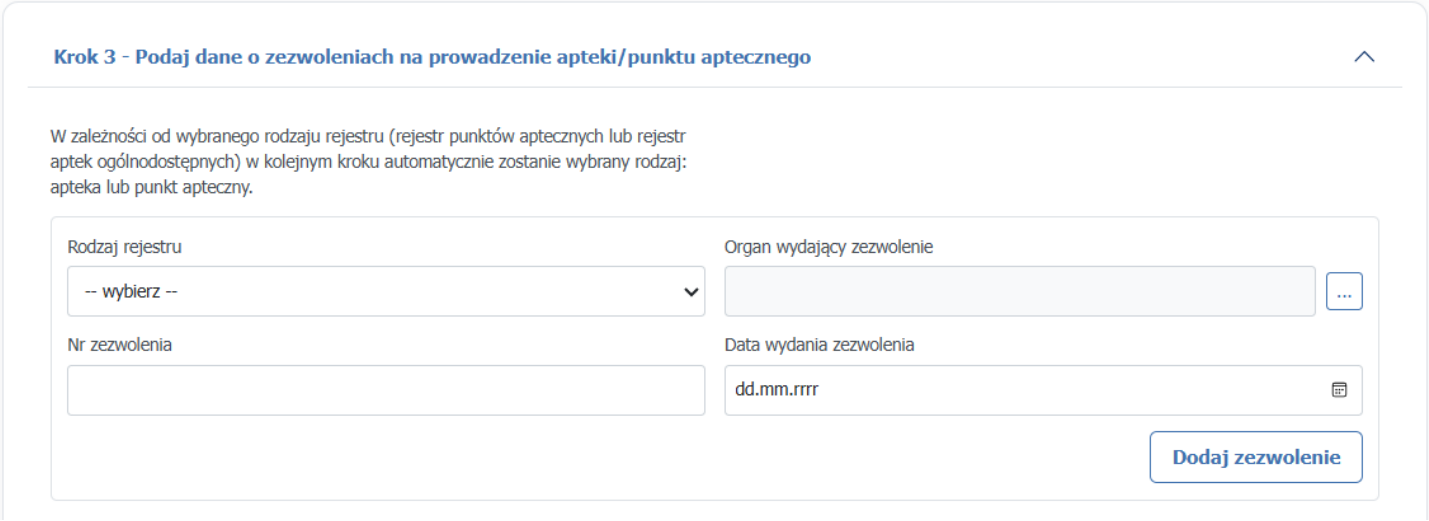
W tej części możliwe jest dodanie wpisów do rejestrów zależnych od rodzaju działalności dla danego świadczeniodawcy oraz przegląd już dodanych. Dla rodzajów: podwykonawca, osoba fizyczna i realizator ZPO nie ma potrzeby dodawania dodatkowych wpisów. Dla apteki w zależności od wpisu do aptek lub punktów aptecznych, w danych przedsiębiorstwa uzupełni się automatycznie rodzaj apteki (apteka czy punkt).
Jeżeli jest do wyboru rodzaj wpisu, wymagane jest podanie co najmniej jednego z nich.

Przejście do następnego kroku nastąpi po kliknięciu przycisku Dalej. Przycisk Wstecz pozwala na powrót do poprzedniego kroku.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dla podmiotu leczniczego



Dla apteki/punktu aptecznego

W tym kroku dla podmiotu leczniczego dostępne są następujące pola:

- ***Rodzaj rejestru*** - pole pozwala na wybór rodzaju rejestru;
- ***Organ rejestrujący*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy organu wydającego wpis lub jego wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku ...;
- ***Nr wpisu*** - pole pozwalające na wprowadzenie numeru wpisu;
- ***Data wpisu*** - pole pozwala na wybór daty wydania wpisu po kliknięciu przycisku .

Natomiast dla apteki/punktu aptecznego dostępne są następujące pola:

- ***Rodzaj rejestru*** - pole pozwala na wybór rodzaju rejestru;
- ***Organ wydający zezwolenie*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy organu wydającego zezwolenie lub jego wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku ...;
- ***Nr zezwolenia*** - pole pozwalające na wprowadzenie numeru zezwolenia;
- ***Data wydania zezwolenia*** - pole pozwala na wybór daty wydania zezwolenia po kliknięciu przycisku .

© 2026 Kamsoft S.A.

Po uzupełnieniu pól należy kliknąć przycisk Dodaj wpis / Dodaj zezwolenie co spowoduje zapisanie wpisu, który zostanie zaprezentowany w części **Dokonane wpisy/Dodane zezwolenia**. Po poprawnym dodaniu wpisu, pola do dodawania nowego formularza zostaną wyczyszczone.

Przycisk Usuń znajdujący się pod każdym kolejnym wpisem pozwala na usunięcie tegoż wpisu.

Rodzaj	Organ	Numer	Data	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Usuń

Lista dodanych wpisów

Przejście do następnego kroku nastąpi po kliknięciu przycisku Dalej. Przycisk Wstecz pozwala na powrót do poprzedniego kroku.

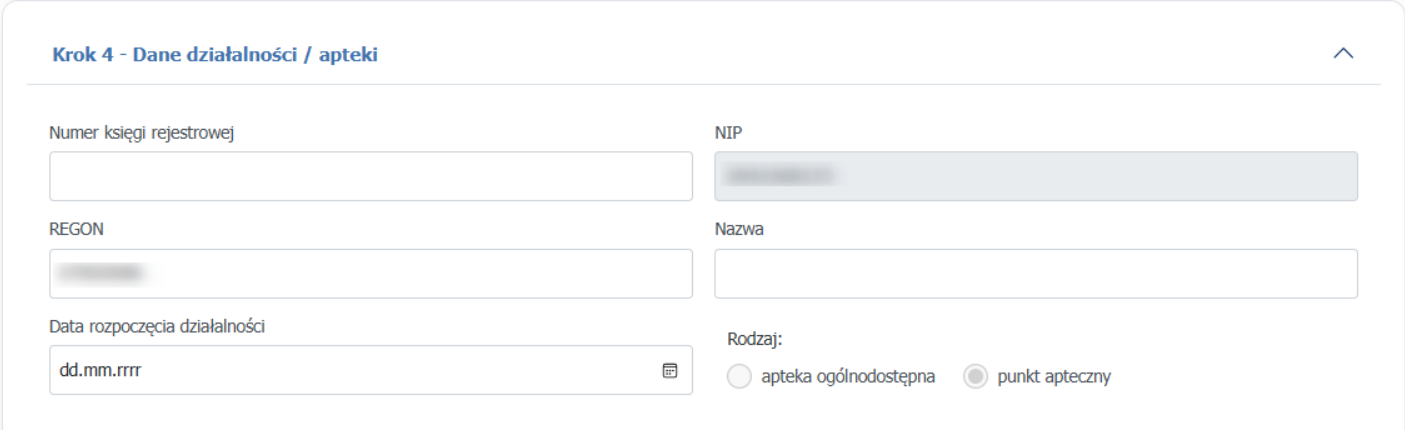
Krok 4 - Dane działalności / apteki

W tym kroku należy uzupełnić dane przedsiębiorstwa/apteki/punktu aptecznego, które podzielone są na 4, a dla apteki/punktu aptecznego - 5 części.

W pierwszej części znajdują się pola:

- ***NIP*** - numer NIP przepisywany jest z danych świadczeniodawcy;
- ***REGON*** - pole pozwala na wprowadzenie/modyfikację numeru REGON. Numer REGON w tym polu może mieć 9 lub 14 znaków. Jeżeli ma 14 znaków, pierwsze 9 znaków musi się zgadać z numerem REGON świadczeniodawcy;
- ***Nazwa*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy przedsiębiorstwa;
- ***Rodzaj działalności (VI cz. KR)*** - pole pozwala na wybór VI części kodu resortowego (pole dostępne dla przedsiębiorstw innych niż apteka/punkt apteczny);
- ***Rodzaj*** - wybór dokonywany w polu ***Rodzaj rejestru*** poprzedniego kroku (dostępne tylko dla przedsiębiorstw rodzaju apteka/punkt apteczny);
- ***Identyfikator apteki nadany w Krajowym Rejestrze Zezwoleń*** - pole pozwala wprowadzić identyfikator apteki nadany aptece w Krajowym Rejestrze Zezwoleń (dostępne tylko dla przedsiębiorstw rodzaju apteka/punkt apteczny);
- ***Data rozpoczęcia działalności*** - pole pozwala na wybór daty rozpoczęcia działalności po kliknięciu przycisku .

© 2026 Kamsoft S.A.

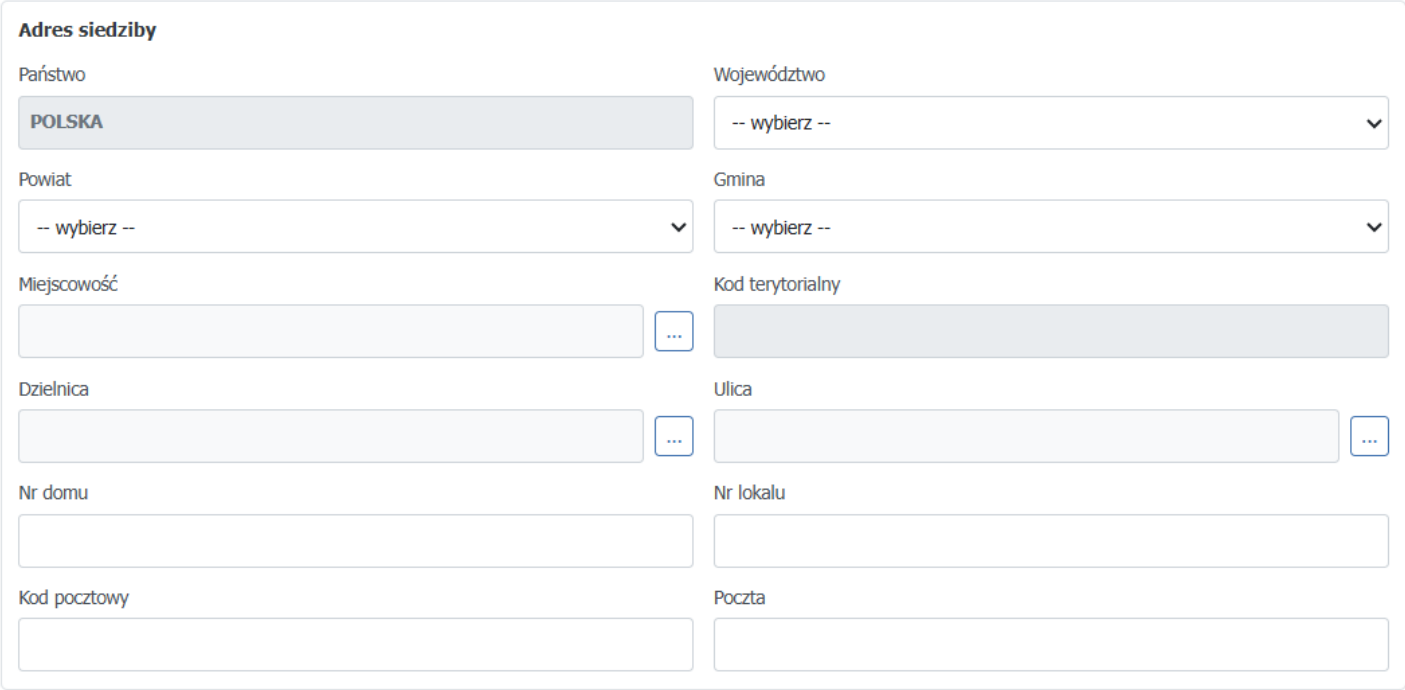


Adres siedziby

W tej części dostępne są pola:

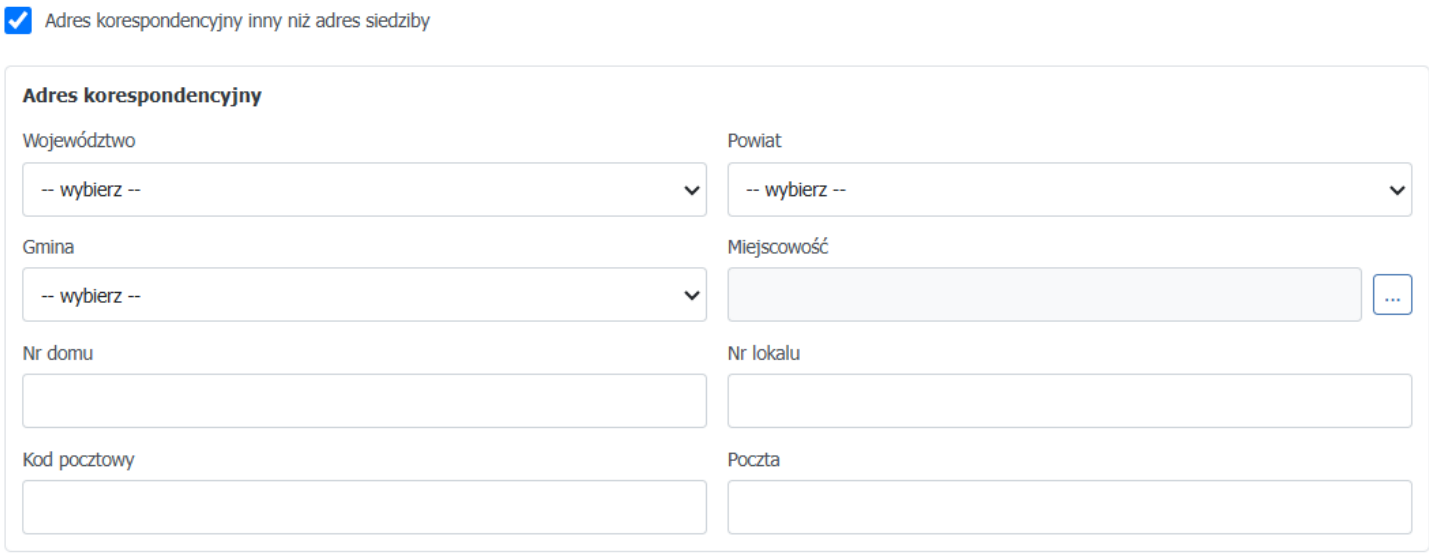
- ***Państwo*** - nie ma możliwości zmiany państwa;
- ***Województwo*** - pole pozwala na wybór województwa;
- ***Powiat*** - pole pozwala na wybór powiatu;
- ***Gmina*** - pole pozwala na wybór gminy
- ***Kod terytorialny*** - pole nie jest dostępne do bezpośredniej edycji;
- ***Miejscowość*** - pole pozwala na ręczne wprowadzenie miejscowości lub jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku ...;
- ***Dzielnica*** - pole pozwala na ręczne wprowadzenie dzielnicy lub jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku ...;
- ***Ulica*** - pole pozwala na ręczne wprowadzenie ulicy lub jej wybór ze słownika dostępnego po kliknięciu przycisku ...;
- ***Nr domu*** - pole pozwala na wprowadzenie numeru budynku;
- ***Nr lokalu*** - pole pozwala na wprowadzenie numeru lokalu;
- ***Kod pocztowy*** - pole pozwala na wprowadzenie kodu pocztowego;
- ***Poczta*** - pole pozwala na wprowadzenie nazwy urzędu pocztowego;

© 2026 Kamsoft S.A.



Adres korespondencyjny

W tej części możliwe jest wprowadzenie adresu do korespondencji jeśli jest inny niż adres siedziby. Pola staną się dostępne dopiero po zaznaczeniu znacznika w nagłówku tej części. Adres korespondencyjny różni się od adresu siedziby tylko tym, że nie posiada pól: ***Dzielnica***, ***Kod terytorialny***. Pozostałe pola są takie same.



Dane kontaktowe

W tej części dostępne są pola:

- ***Telefon*** - pozwala na wprowadzenie numeru telefonu. Możliwe jest podanie więcej niż jednego numeru telefonu. Numer powinien mieć jeden z formatów:
  - +48 123 456 789
  - (012)345 67 89
  - +48 12 345 67 89.

© 2026 Kamsoft S.A.

Numer wewnętrzny należy podać w formacie: w. 1234. Kolejne numery należy oddzielić średnikiem. Pole ***Telefon*** jest polem wymaganym;

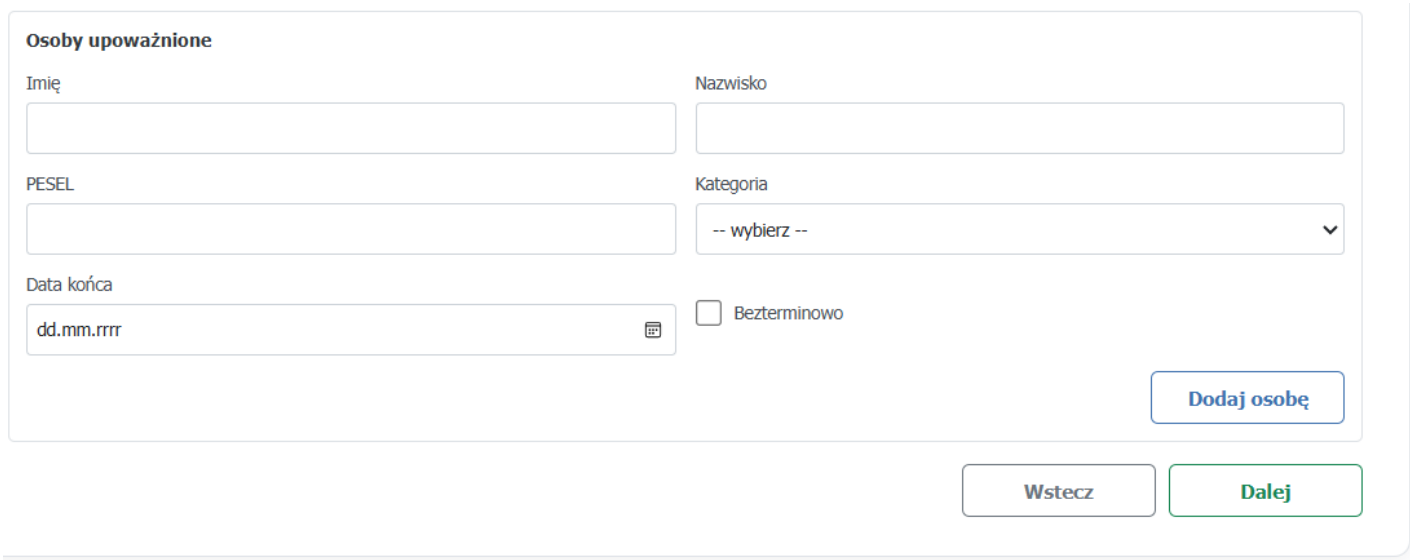
- ***Faks*** - pozwala na wprowadzenie numeru faksu. Możliwe jest podanie więcej niż jednego numeru faksu. Poszczególne numery faksu należy rozdzielać średnikiem;
- ***E-mail*** - pozwala na wprowadzenie adresu poczty elektronicznej;
- ***WWW*** - pozwala na wprowadzenie adresu strony WWW świadczeniodawcy.

Osoby upoważnione do reprezentowania świadczeniodawcy

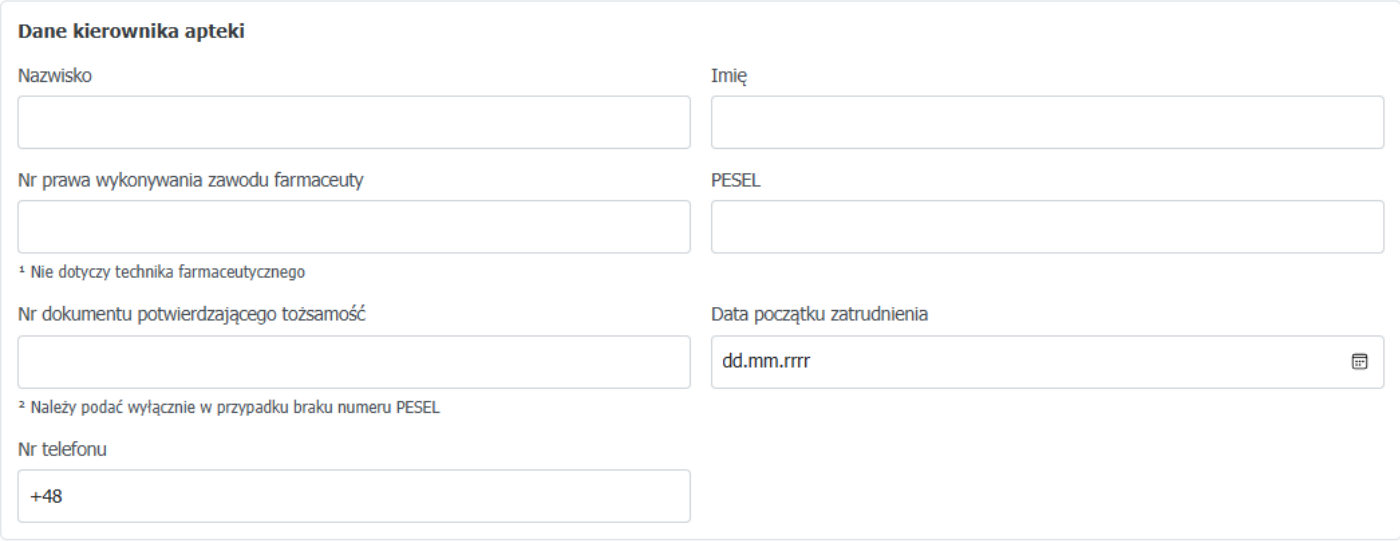
W tej części należy wprowadzić imiona i nazwiska osób upoważnionych przez świadczeniodawcę do reprezentowania świadczeniodawcy w kontaktach z NFZ.

W tej części dostępne są pola:

- **Imię**;
- **Nazwisko**;
- **PESEL**;
- **Kategoria**: Właściciel / Osoba upoważniona do reprezentowania świadczeniodawcy
  Osoba upoważniona przez podmiot do podpisywania umów i aneksów (wybór tylko dla aptek) ;
- **Reprezentacja samoistna / samodzielna;**
- **Data końca;**
- **Bezterminowo;**



© 2026 Kamsoft S.A.



Sekcja: Dane kierownika apteki

Kliknięcie przycisku Dalej spowoduje przejście do podsumowania. Przycisk Wstecz pozwala na powrót do poprzedniego kroku.

Podsumowanie rejestracji

Podsumowanie zawiera cały wniosek. Jeżeli wybranym rodzajem działalności była apteka, formularz będzie się nieco różnił (będzie zawierał sekcję z danymi kierownika i dodatkowe pola. Jeżeli w danych przedsiębiorstwa zostało zaznaczone „Czy apteka będzie ubiegać się o zawarcie umów innych niż dotycząca realizacji recept refundowanych?” to na dole pojawi się informacja, że wymagana jest umowa na korzystanie z portalu (punkt 5).

© 2026 Kamsoft S.A.

NIP i REGON

Krok 1 - Dane świadczeniodawcy

Krok 2 - Rodzaj i forma działalności

Krok 3 - Wpisy do rejestrów

Krok 4 - Dane działalności / apteki

Krok 5 - Podsumowanie

Pieczęć świadczeniodawcy

Formularz Rejestracyjny Świadczeniodawcy w systemie informatycznym NFZ (Opolski Oddział Wojewódzki NFZ)

1. Dane identyfikacyjne świadczeniodawcy/ podmiotu prowadzącego aptekę (zwanego dalej Użytkownikiem):

Dane podstawowe świadczeniodawcy

NIP	REGON
Nazwa	Rodzaj podmiotu
IV cz. KR	Podmiot tworzący

Adres świadczeniodawcy

Państwo	Województwo
Powiat	Gmina
Kod terytorialny	Miejscowość
Dzielnica	Ulica
Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Poczta

Adres korespondencyjny świadczeniodawcy

Adres korespondencyjny jw.

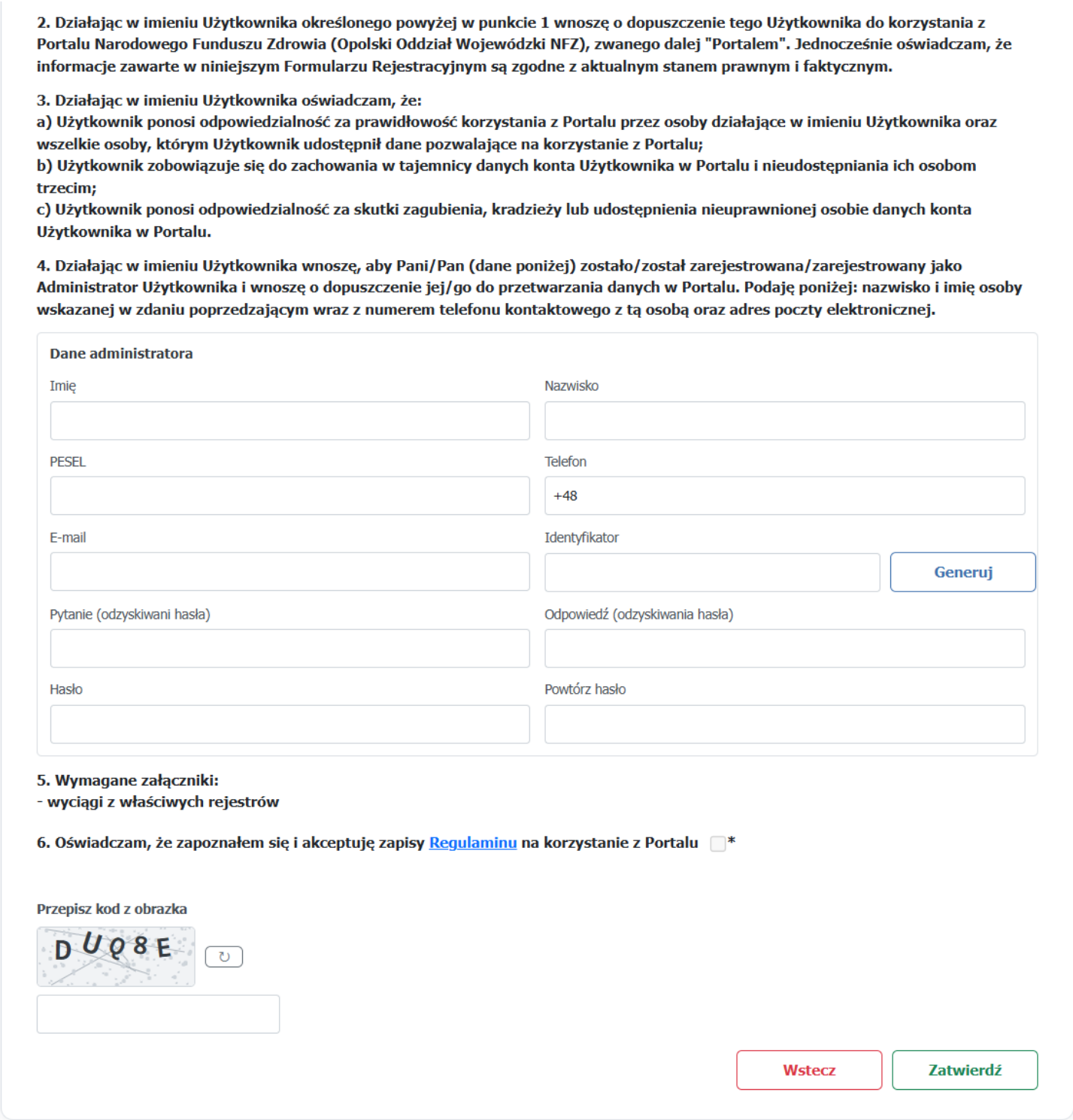
Dane kontaktowe świadczeniodawcy

Telefon +48	Faks
WWW	E-mail

Rodzaj i forma działalności

Rodzaj działalności	Forma działalności

W dolnej części podsumowania należy uzupełnić dane administratora, potwierdzić regulamin. Poniżej danych administratora znajduje się obrazek weryfikujący fakt wypełnienia formularza przez człowieka. Tekst z obrazka należy przepisać do pola tekstowego poniżej. Po poprawnym wypełnieniu formularza, należy nacisnąć przycisk Zatwierdź. W tym momencie zostanie wysłana pocztą informacja na podany adres administratora. E-mail ten będzie zawierał link pozwalający na wydrukowanie i potwierdzenie wniosku. Po wejściu na podany link wyświetlany jest wniosek w trybie do odczytu. Po naciśnięciu przycisku **Drukuj**, wniosek jest drukowany i potwierdzany w bazie danych. Do wydrukowanego wniosku należy dołączyć wymagane załączniki i wysłać do oddziału NFZ. Wnioski nie potwierdzone będą usuwane po 7 dniach.



2. Działając w imieniu Użytkownika określonego powyżej w punkcie 1 wnoszę o dopuszczenie tego Użytkownika do korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (Opolski Oddział Wojewódzki NFZ), zwanego dalej "Portalem". Jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu Rejestracyjnym są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Działając w imieniu Użytkownika oświadczam, że:
a) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za prawidłowość korzystania z Portalu przez osoby działające w imieniu Użytkownika oraz wszelkie osoby, którym Użytkownik udostępnił dane pozwalające na korzystanie z Portalu;
b) Użytkownik zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych konta Użytkownika w Portalu i nieudostępniania ich osobom trzecim;
c) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, kradzieży lub udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta Użytkownika w Portalu.

4. Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby Pani/Pan (dane poniżej) zostało/został zarejestrowana/zarejestrowany jako Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko i imię osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem telefonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej.

Dane administratora

Imię | Nazwisko
PESEL | Telefon +48
E-mail | Identyfikator | Generuj
Pytanie (odzyskiwani hasła) | Odpowiedź (odzyskiwania hasła)
Hasło | Powtórz hasło

5. Wymagane załączniki:
- wyciągi z właściwych rejestrów

6. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję zapisy Regulaminu na korzystanie z Portalu *

Przepisz kod z obrazka

DUQ8E

Wstecz | Zatwierdź

© 2026 Kamsoft S.A.

© 2026 Kamsoft S.A.

4 Obsługa okien

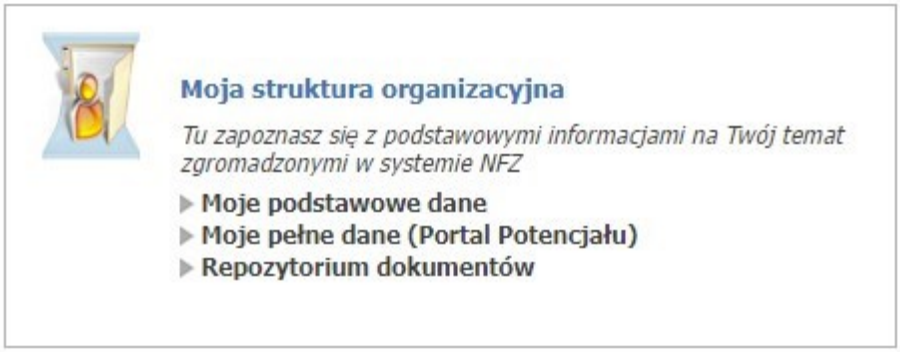
Poruszanie się po stronach **Portalu Świadczeniodawcy** jest proste i raczej intuicyjne, większość przycisków i formularzy jest jasno określona, natomiast sposób postępowania w poszczególnych przypadkach szczegółowo opisany w rozdziale Najczęściej zadawane pytania.

Informacje na stronie głównej portalu prezentowane są w postaci tabeli, w której każda komórka prowadzi na kolejne strony i udostępnia szczegółowe informacje zalogowanemu użytkownikowi:

- Moja struktura organizacyjna
- Wiadomości
- Umowy na realizację świadczeń
- Refundacja leków
- Zaopatrzenie ortopedyczne

4.1 Moja struktura organizacyjna

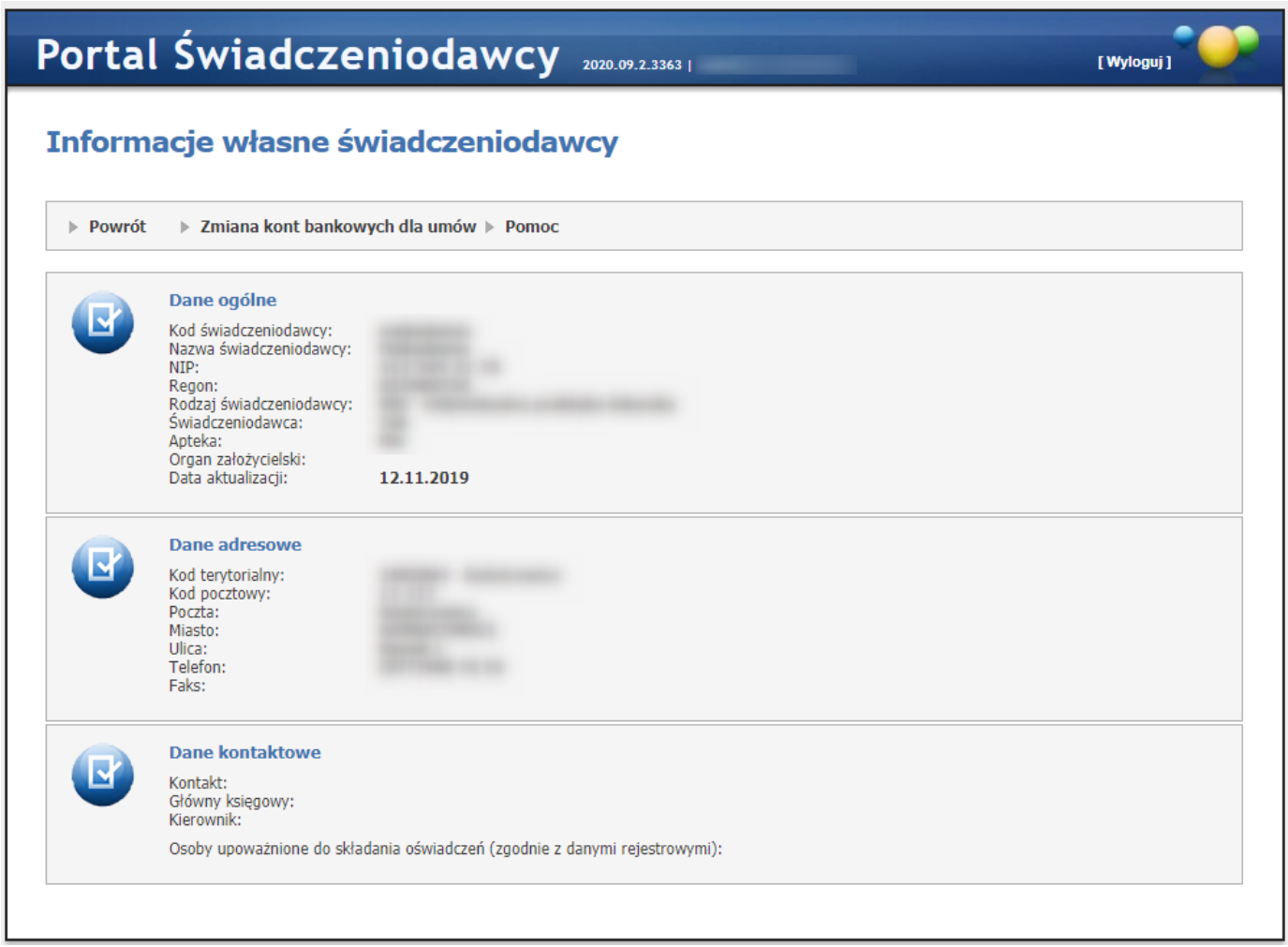
Aby wejść na stronę przeglądu struktury Świadczeniodawcy, należy na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy** wybrać sekcję ***Moja struktura organizacyjna***. Wybór odpowiedniego linku powoduje przejście na stronę, na której dostępne są szczegółowe dane.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.1.1 Moje podstawowe dane

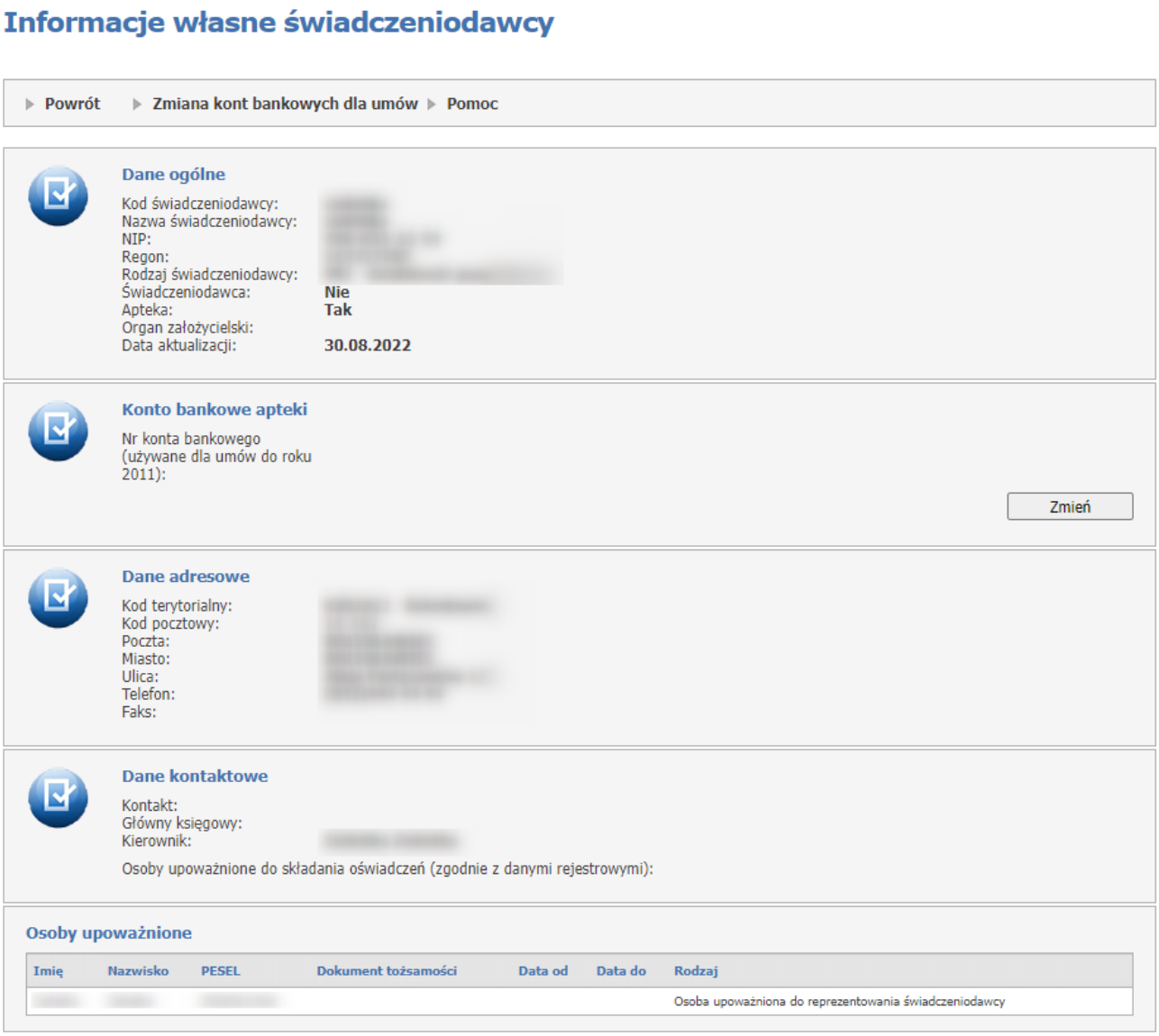
Formatka **Informacje własne świadczeniodawcy** prezentuje dane podstawowe świadczeniodawcy/apteki. W zależności od rodzaju prowadzonej działalności formatka posiada dodatkową sekcję.



Informacje własne świadczeniodawcy, będącego podmiotem.

Formatka składa się z sekcji:
- Dane ogólne - dane ogólne świadczeniodawcy/apteki;
- Konto bankowe apteki - konta bankowe, które są tutaj prezentowane są używane do 2011 roku (konta bankowe po 2011 roku są prezentowane oraz możliwe do zmiany w linku powyżej ***Zmiana kont bankowych dla umów***);
- Dane adresowe - dane adresowe świadczniodawcy/apteki;
- Dane kontaktowe - dane kontaktowe osób: głównego księgowego, kierownika oraz osób upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy/apteki;

© 2026 Kamsoft S.A.



Informacje własne świadczeniodawcy, będącego apteką.

Formatka składa się z sekcji:
- Dane ogólne - dane ogólne świadczeniodawcy/apteki;
- Konto bankowe apteki - konta bankowe, które są tutaj prezentowane są używane do 2011 roku
- Dane adresowe - dane adresowe świadczniodawcy/apteki;
- Dane kontaktowe - dane kontaktowe osób: głównego księgowego, kierownika oraz osób upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy/apteki;
- Osoby upoważnione - dane osóby upoważnionych przez podmiot, sekcja ta jest widoczna **TYLKO** dla aptek.

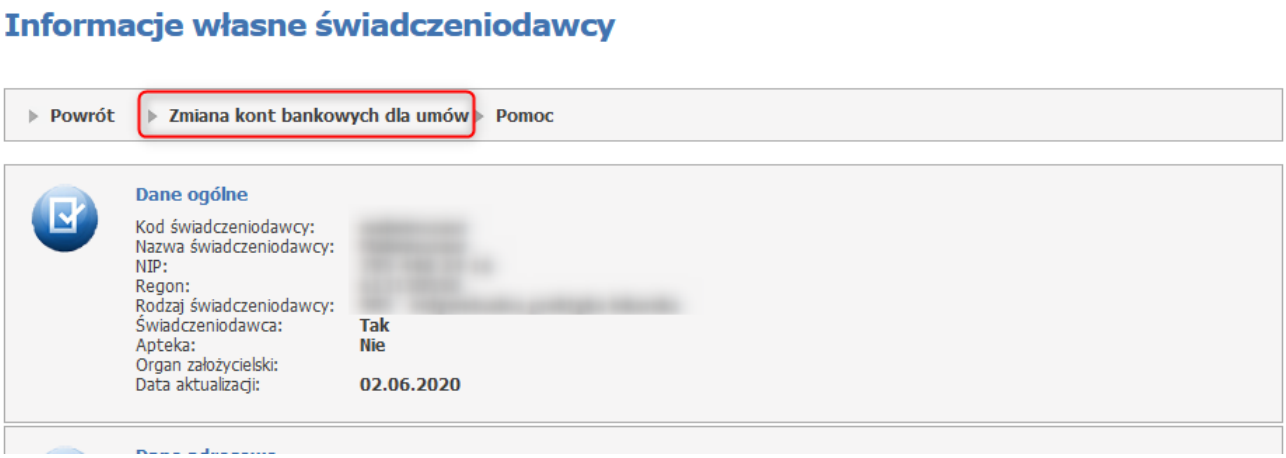
Wnioski dotyczące kont bankowych.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.1.1.1 Wnioski dotyczące kont bankowych

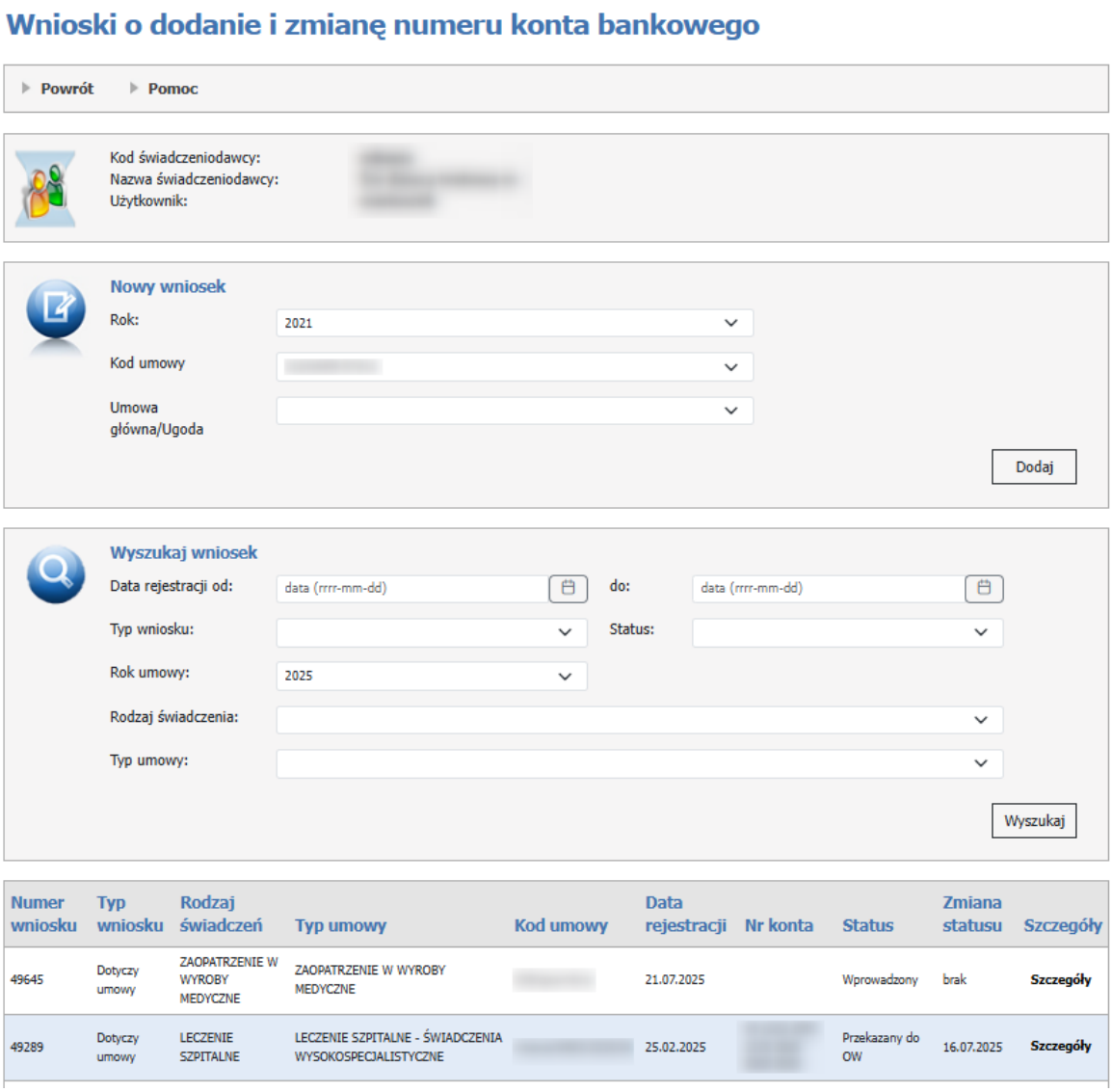
Zmiana konta bankowego dla świadczeniodawców.

Świadczeniodawca może złożyć wniosek o nowe konto lub o aktualizację konta. Wniosek może zostać podpisany cyfrowo lub tradycyjnie w formie papierowej.
Zmianę konta bankowego dla umów można przeprowadzić za pomocą przycisku w postaci linku ***Zmiana kont bankowych dla umów***.



Kliknięcie w przycisk przekieruje operatora na stronę ***Wnioski o dodanie i zmianę numeru konta bankowego***.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanego pola *Kod umowy* wybrać umowę.
W przypadku, gdy do danej umowy istnieje ugoda to pojawi się dodatkowe pole wyboru. Należy w nim wskazać czy wniosek ma dotyczyć umowy głównej czy ugody.
Po wybraniu umowy lub ugody należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według:

- Data rejestracji od-do;
- Typ wniosku (dotyczy umowy, dotyczy ugody);
- Rok;
- Status (Wprowadzony lub Przekazany do OW, Wprowadzony, Przekazany do OW, Oczekujący na weryfikację, Anulowany, Zweryfikowany pozytywnie, Zweryfikowany negatywnie);
- Rodzaj świadczenia;
- Typ umowy;

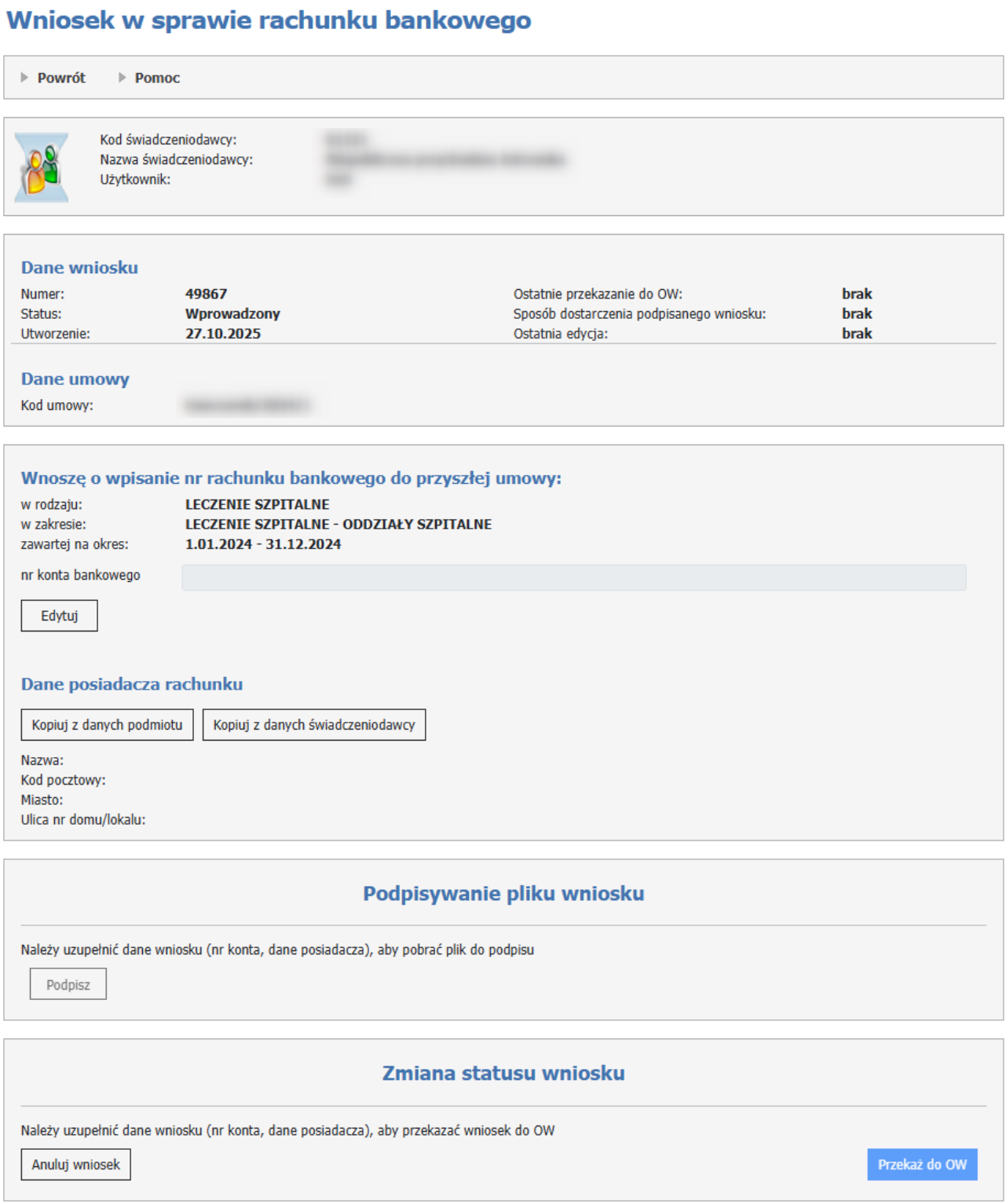
Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.

© 2026 Kamsoft S.A.

Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku dla umowy, i zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Przygotowanie nowego wniosku w sprawie rachunku bankowego - ścieżka cyfrowa

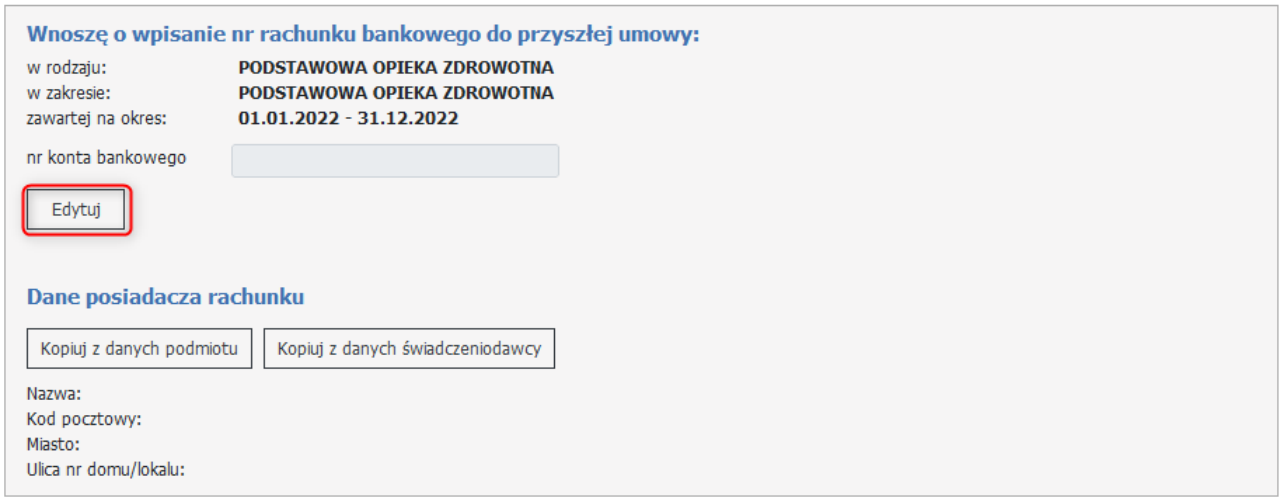
Aby przekazać wniosek za pomocą podpisu elektronicznego należy uzupełnić dane wniosku: numer konta oraz dane posiadacza rachunku. Po uzupełnieniu tych danych operator może pobrać pliki do podpisu.

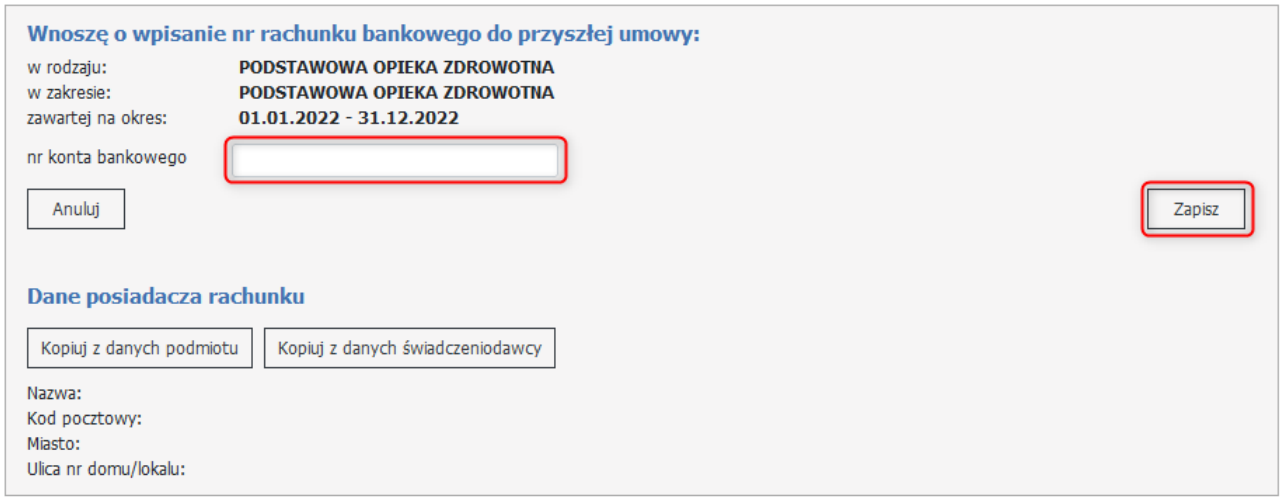


© 2026 Kamsoft S.A.

W części ***Dane wniosku*** znajduje się identyfikator zgłoszenia (numer), jego status, data utworzenia, kod umowy, której wniosek dotyczy, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ i sposobie dostarczenia podpisanego wniosku.

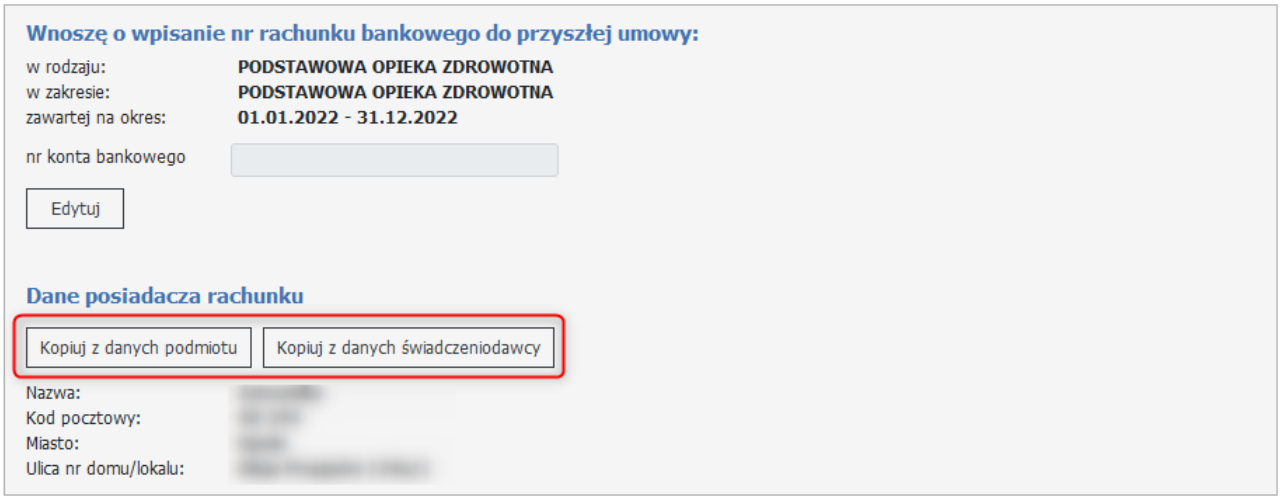
W części ***Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy*** za pomocą przycisku **Edytuj** aktywuje się sekcja, gdzie operator może wpisać numer konta bankowego.





W sekcji ***Dane posiadacza rachunku*** użytkownik za pomocą przycisków, ma możliwość wyboru właściwych danych posiadacza rachunku (nazwy kontrahenta w systemie FK i danych adresowych) odnoszących się do świadczeniodawcy lub przedsiębiorstwa.

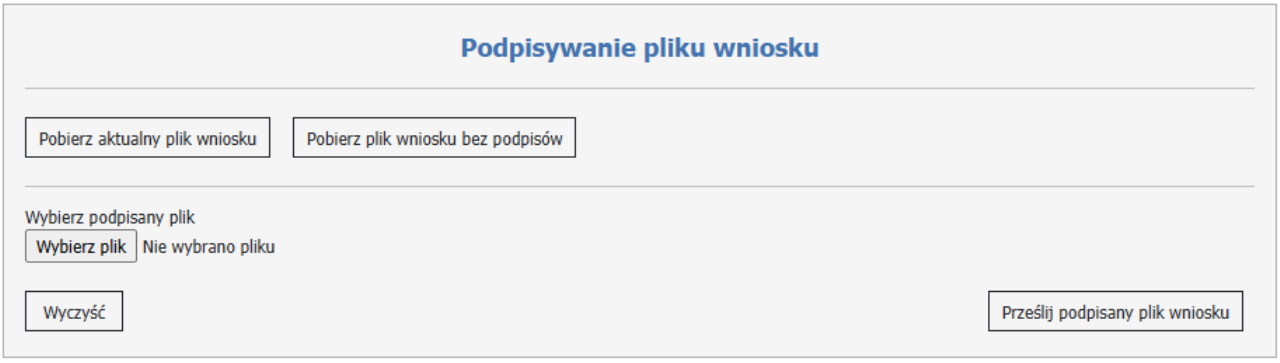
© 2026 Kamsoft S.A.



Podpisywanie pliku wniosku

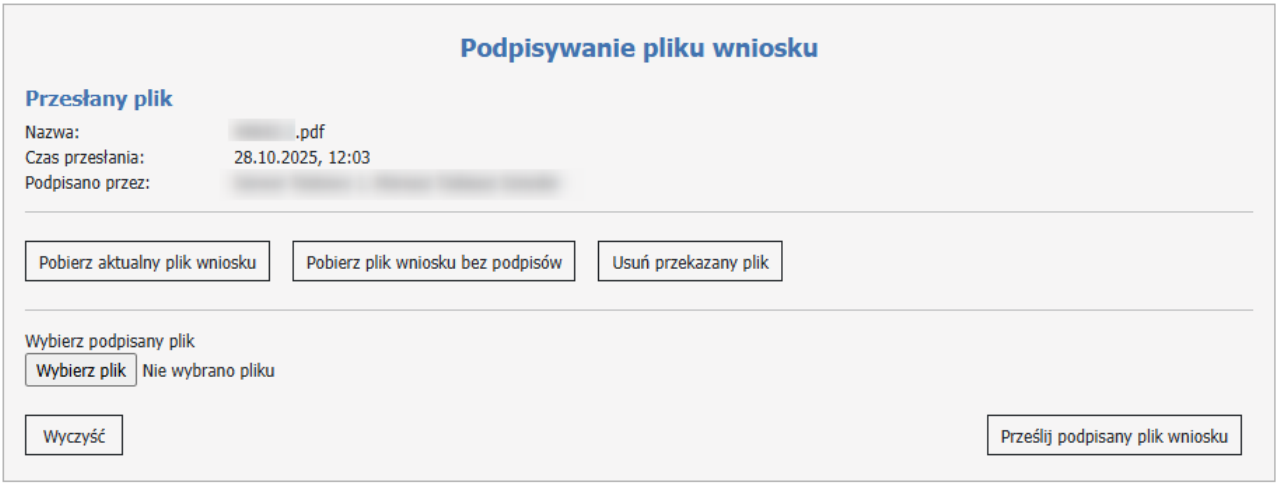
Jeżeli OW NFZ nie obsługuje modułu podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

Aby przekazać wniosek bez podpisu elektronicznego należy uzupełnić dane wniosku: numer konta oraz dane posiadacza rachunku. Po uzupełnieniu tych danych operator może wybrać: **Pobierz aktualny plik wniosku** lub **Pobierz plik wniosku bez podpisów,** a następnie załączyć go za pomocą przycisku **Wybierz plik.**
Podpisany dokument należy przekazać przy pomocy przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.



W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik.**
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces podpisywania należy powtórzyć.

© 2026 Kamsoft S.A.



Podpisany wniosek należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Przekaż do OW**

Jeżeli OW NFZ obsługuje moduł podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

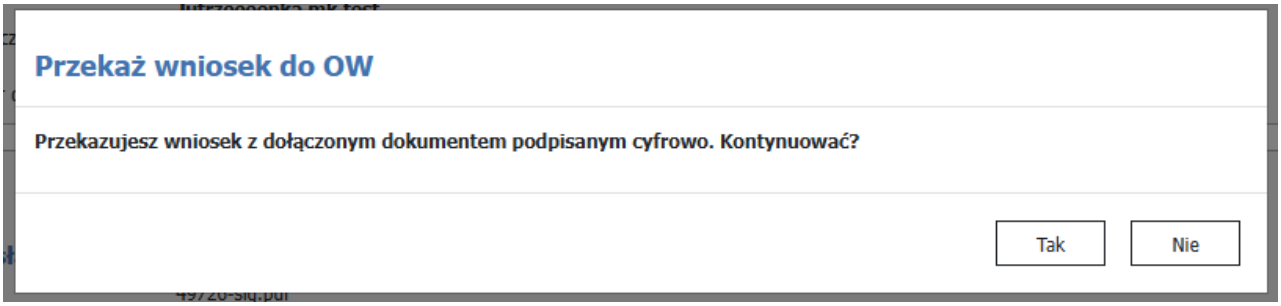
Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie
- pobrania pliku dokumentu PDF (zawiera podpis serwerowy)
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy

Wniosek może podpisać więcej osób, podpisy nie muszą być tego samego rodzaju (w jednym pliku mogą się znaleźć podpisy ePUAP i podpisy kwalifikowane – zawsze otoczone).
Plik, który jest podpisany poprzez Profil Zaufany, należy wgrać ręcznie na portal.

Informacja o przesłanym pliku pojawi się w sekcji **Podpisywanie pliku wniosku**. Składa się ona z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń podpis z wniosku, i** potwierdzić akcje przyciskiem **Tak.**
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

© 2026 Kamsoft S.A.

Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Przekaż do OW** i potwierdzić przekazanie dokumentu z podpisem cyfrowym.

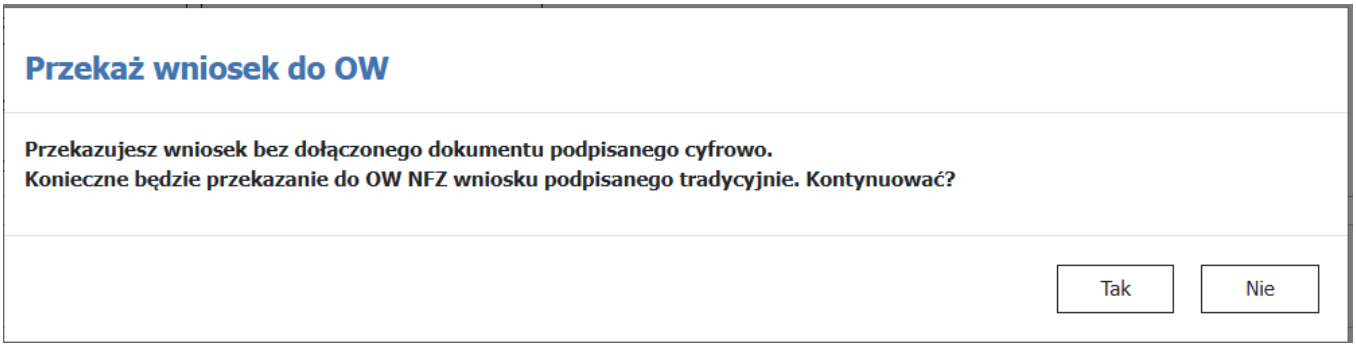


Przygotowanie nowego wniosku w sprawie rachunku bankowego - ścieżka tradycyjna, papierowa

Aby przekazać wniosek bez podpisu elektronicznego należy uzupełnić dane wniosku: numer konta oraz dane posiadacza rachunku. Po uzupełnieniu tych danych operator może przekazać wniosek przyciskiem **Przekaż do OW**.

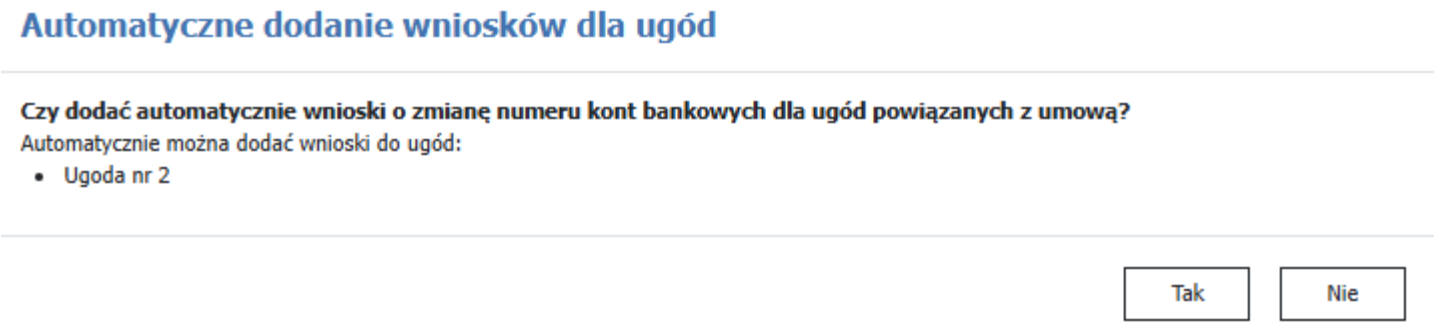
Podczas przekazywania wniosku, zostanie wyświetlony komunikat.

© 2026 Kamsoft S.A.

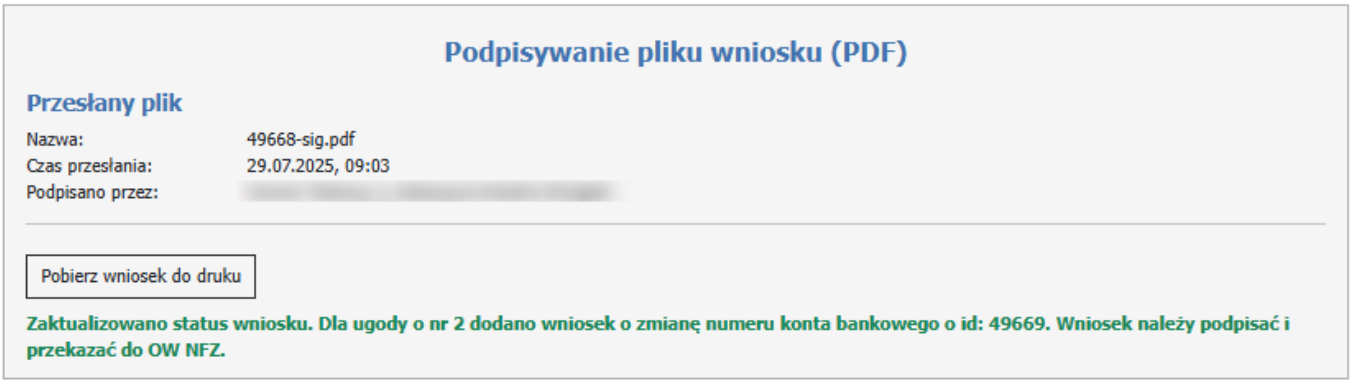


Po przekazaniu wniosku, za pomocą przycisku **Pobierz wniosek do wydruku**, wyświetli się wydruk wniosku, który należy podpisać i dostarczyć do OW NFZ.

W przypadku, gdy zmieniamy numer konta bankowego dla umowy głównej, która posiada ugody to zostanie wyświetlone pytanie czy automatycznie dodać wnioski dla ugód
(jeśli ugody nie posiadają osobnych wniosków o zmianę konta).



Po wybraniu **Tak** zostaną utworzone nowe wnioski, które należy podpisać i przekazać do OW.

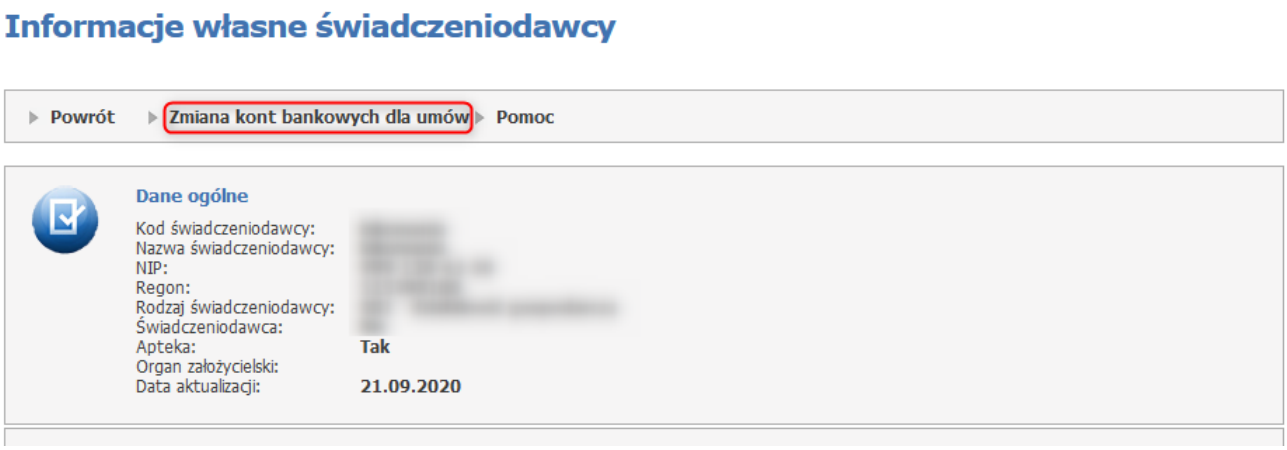


Zmiana konta bankowego dla aptek.

© 2026 Kamsoft S.A.

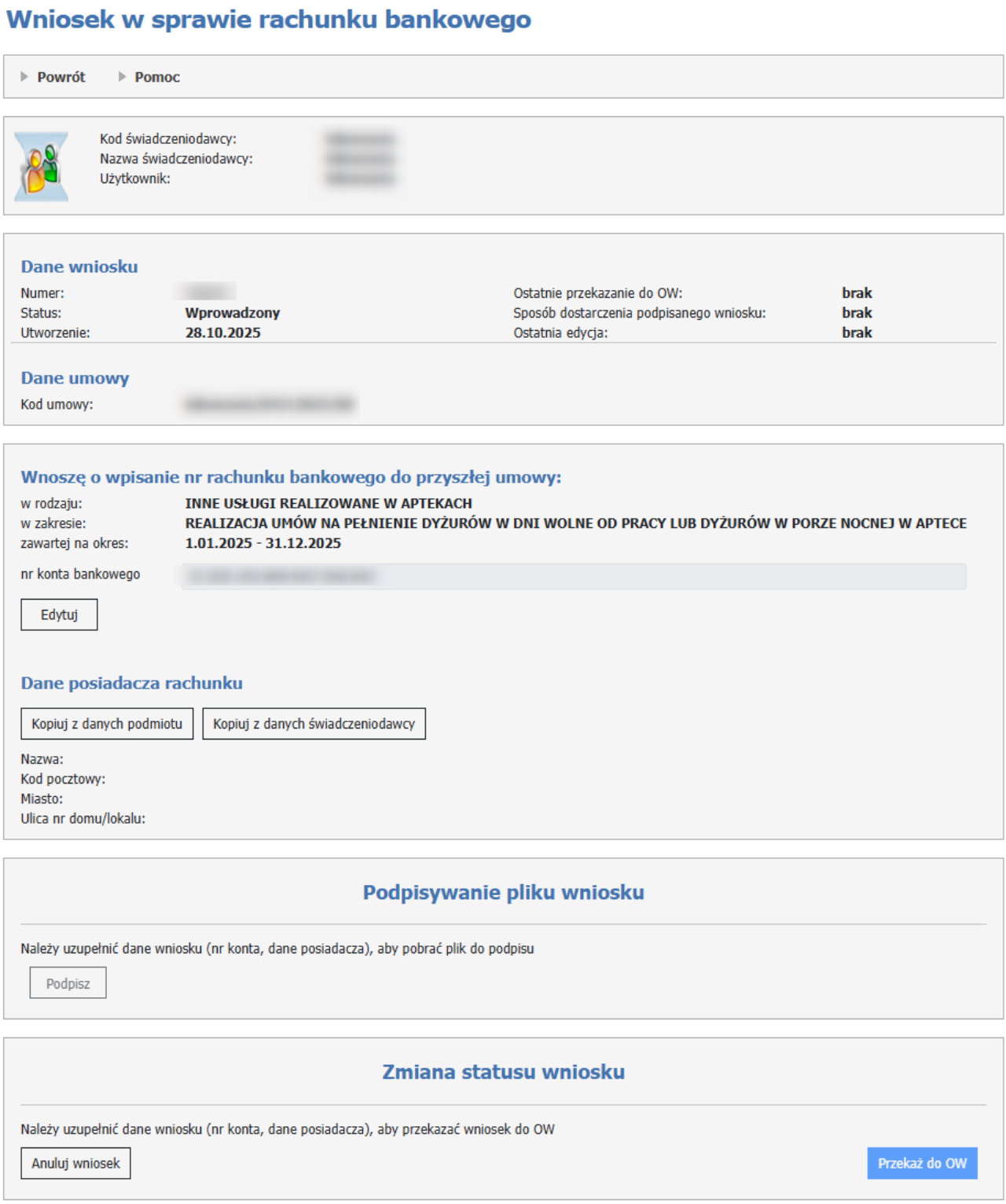
Apteka może złożyć wniosek tylko o aktualizację konta bankowego. Wniosek może zostać podpisany cyfrowo (podpisem kwalifikowanym, certyfikatem ePUAP, podpisem osobistym) poza Portalem Świadczeniodawcy lub tradycyjnie w formie papierowej.

Zmianę konta bankowego dla umów można przeprowadzić za pomocą przycisku w postaci linku ***Zmiana kont bankowych dla umów***.



Kliknięcie w przycisk przekieruje operatora na stronę ***Wniosek podmiotu prowadzącego aptekę w sprawie zmiany numeru konta bankowego***.

© 2026 Kamsoft S.A.



Funkcjonalność jest analogiczna jak dla umów świadczeniodawców, ale dodatkowo rozbudowana o wskazywanie ról dla podpisów.
Przesyłanie zostało opisane w rozdziale Przekazywanie eZestawienia do OW_2 gdzie opisano jak określić funkcje osób/osoby, które złożyły podpisy.

© 2026 Kamsoft S.A.

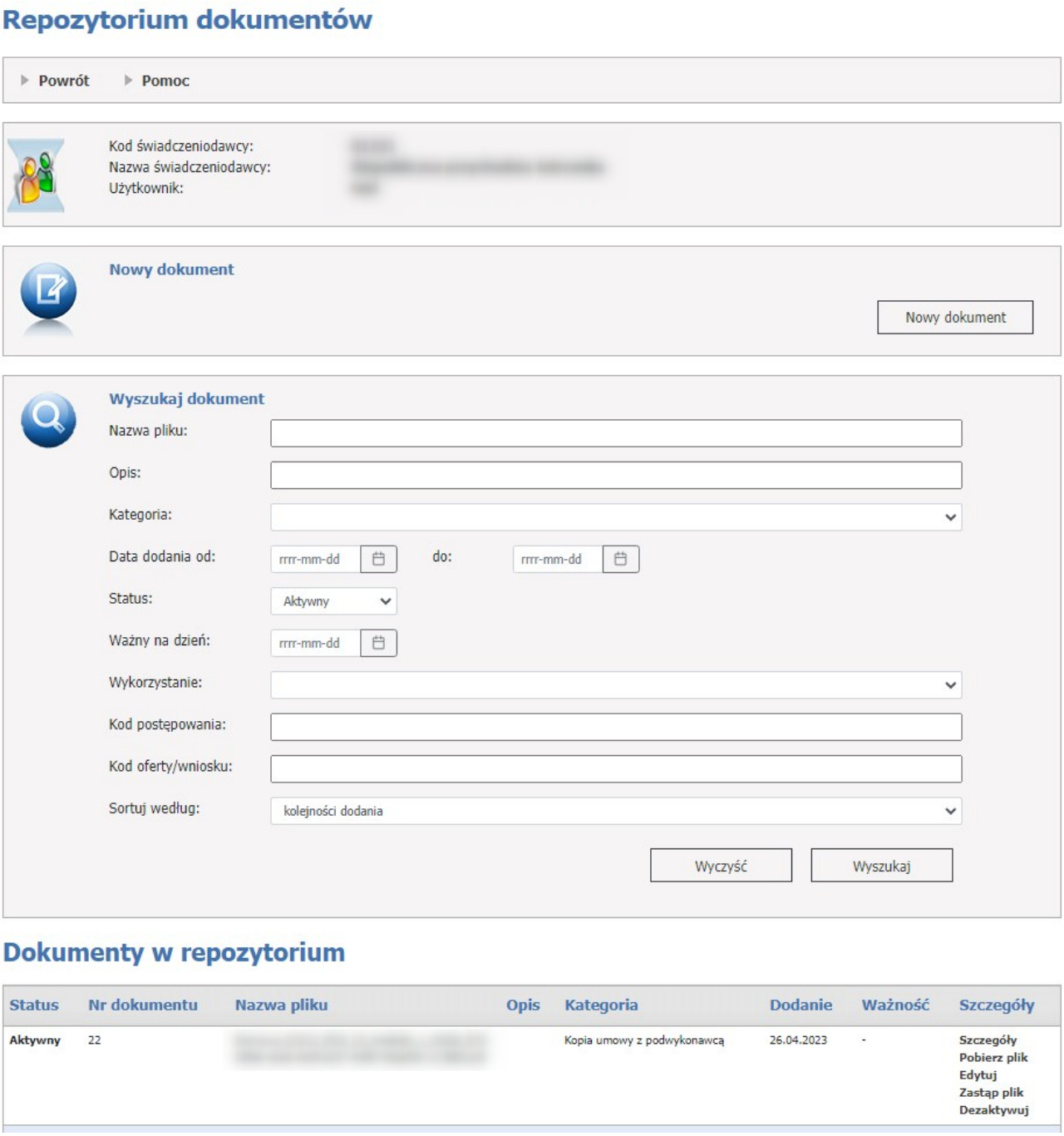
4.1.2 Moje pełne dane (Portal Potencjału)

Po wybraniu odpowiedniego linku pojawi się poniższe okno, w którym przejście do kolejnych stron umożliwiają odnośniki oznaczone kolorowymi ikonami. Każda ze stron zawiera odpowiednie dane dotyczące struktury Świadczeniodawcy w większej szczegółowości, umożliwia uzupełnienie tych danych oraz weryfikację już istniejących. Wprowadzone bezbłędnie dane pozwalają na wygenerowanie pliku ze strukturą Świadczeniodawcy w formacie SSX2, który zostanie wykorzystany do importu poprzez moduł **Ofertowanie**.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.1.3 Repozytorium dokumentów

Za pomocą repozytorium dokumentów świadczeniodawca w przygotowywanej ofercie może się odwołać, bez konieczności każdorazowego dołączania dokumentu jako załącznika.



W części ***Nowy dokument*** możliwe jest zarejestrowanie nowego dokumentu. W celu zarejestrowania dokumentu należy z rozwijanego pola *Kod umowy* wybrać uskorzystać z przycisku **Nowy dokument**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista dokumentów.
Listę można filtrować w części **Wyszukaj dokument** według następujących kryteriów:

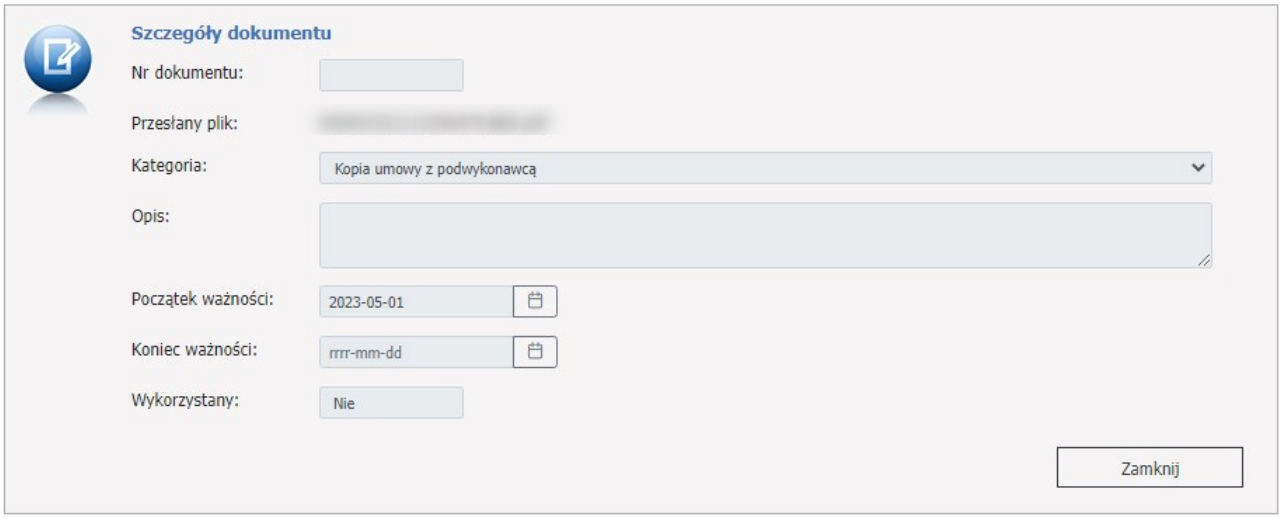
- Nazwa pliku;

- Opis;
- Kategoria, do wyboru: Informacja o szkołach, z którymi zawarto porozumienie o współpracy i charakterystyce populacji uczniów, Inne dokumenty lub oświadczenia, Kopia dokumentów rejestracyjnych ambulansów wskazanych we wniosku, Kopia umowy z podwykonawcą, Kopie porozumień wykazanych w załączniku nr 7, potwierdzone za zgodność z oryginałem, Oświadczenia o objęciu opieką świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarzy POZ (transport sanitarny w POZ), Pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego, Polisa ubezpieczenia OC, Umowa spółki, Zaświadczenie o numerze REGON;
- Data dodania od / do;
- Status: Aktywny, Nieaktywny;
- Ważny na dzień;
- Wykorzystanie: Wykorzystanie przynajmniej jeden raz w ofercie/wniosku, Nigdy nie wykorzystane w ofercie/wniosku;
- Kod postępowania;
- Kod oferty/wniosku;
- Sortuj według: kolejności dodania, kategorii.

Kategoria pozwala pogrupować dokumenty w repozytorium pod względem ich zawartości, znaczenia – pod względem tego, do czego dany dokument może zostać wykorzystany.
Lista kategorii jest zgodna z listą rodzajów załączników, które mogą być składane z wnioskiem.

Lista używanych kategorii może się zmienić gdy zostanie np. dodana obsługa ofert i wniosków w innych rodzajach świadczeń i będzie potrzeba składania kolejnych, innych załączników.

Każdy dokument na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośniki:
- **Szczegóły**, kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego dokumentu zawierającego jego szczegóły.

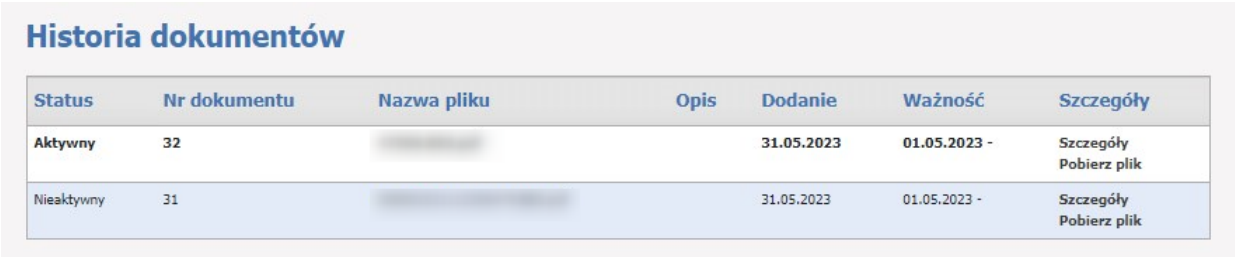


Koniec ważności (data do) jest opcjonalna, można dodać dokument bez wypełnienia tej daty a dopisać ją, zmienić, gdy będzie taka potrzeba.
Okresy ważności dokumentu są używane w czasie generowania pliku SSX – do pliku SSX są zapisywane tylko dokumenty ważne na dzień wskazany podczas generowana pliku profilu potencjału. W czasie przygotowywania wniosku, lista dokumentów, ze względu na okres ważności dokumentu może być dodatkowo zawężona, jeżeli

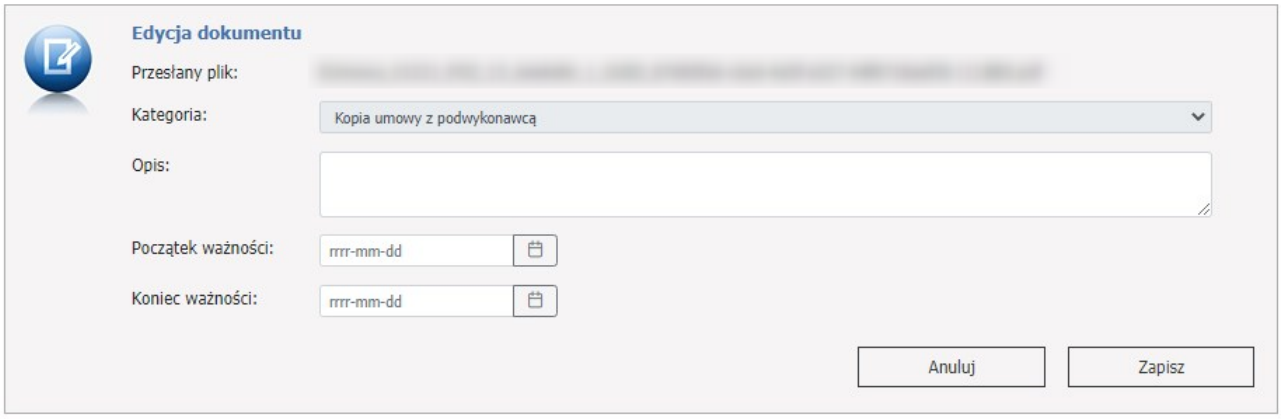
© 2026 Kamsoft S.A.

świadczeniodawca użyje tej listy do przygotowania wniosku na inny okres – to sprawdzenie ważności będzie na datę początku okresu, którego dotyczy wniosek.

Jeżeli zostanie zastąpiony plik nowym plikiem, wtedy w dolnej części formatki pojawi się **Historia dokumentów** z możliwością podglądu szczegółów oraz opcją pobrania pliku.

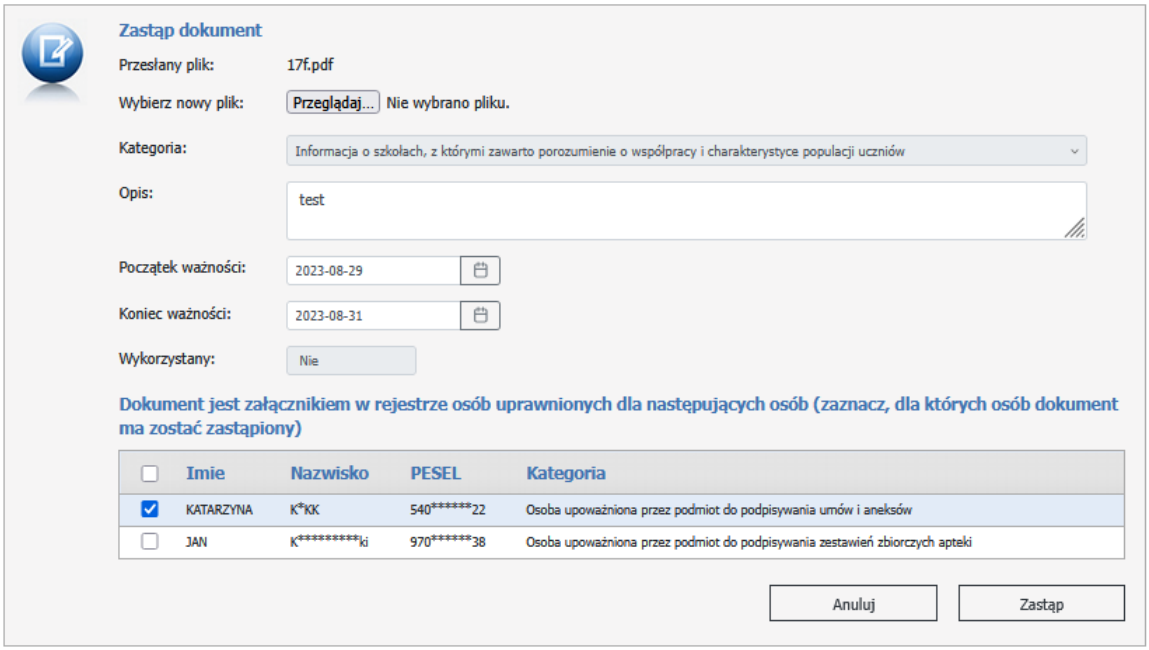


- **Pobierz plik**, kliknięcie otworzy okno gdzie operator będzie mógł zapisać ten dokument
- **Edytuj**, kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego dokumentu, który operator będzie mógł edytować. Pola możliwe do edycji: Opis, Początek ważności, Koniec ważności. Klawisz **Zapisz** zapisuje zmiany. Klawisz **Anuluj** anuluje wprowadzone zmiany przez operatora.



- **Zastąp plik**, kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego dokumentu, w którym operator będzie mógł zastąpić plik.

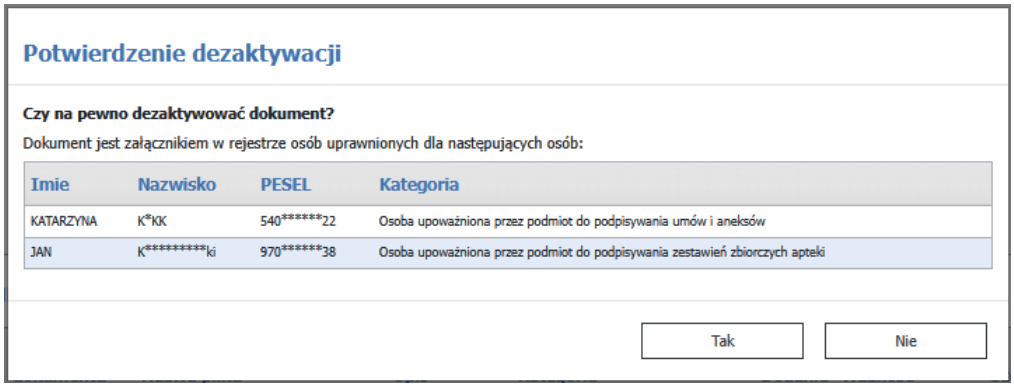
© 2026 Kamsoft S.A.



Zastąpienie wcześniej zapisanego pliku nowym plikiem (zaktualizowanym, poprawnym) nie usunie go z systemu, będzie nadal dostępny, ale nie będzie posiadał oznaczenia wersji najnowszej. Dokument ze starszym plikiem będzie miał status Nieaktualny.
Na formatce pojawi się lista osób uprawnionych z rejestru, do których jest przypisany dokument, który ma zostać zastąpiony. Można oznaczyć osoby na liście, dla których dokument ma zostać zastąpiony automatycznie.
Skutki zastąpienia dokumentu są następujące:
- jeżeli dokument w poprzedniej wersji (który teraz został przeniesiony do archiwum, bo wprowadzono nowszą wersję) został kiedykolwiek użyty jako załącznik to nadal jest widoczny jako załącznik – komisja może go oglądać, oceniać, wniosek złożony z tą wersją dokumentu nadal jest poprawnie obsługiwany i może zostać przyjęty
- różnica polega na tym, że w przypadku generowania nowego pliku SSX, a następnie przygotowania nowego wniosku to jako załącznik będzie mógł zostać użyty tylko dokument w najnowszej wersji

- **Dezaktywuj**, kliknięcie spowoduje pojawienie się okienka z informacją, czy operator na pewno chce dezaktywować dokument. W okienku pojawi się również lista osób uprawnionych z rejestru, do których jest przypisany dokument, a który ma zostać dezaktywowany. Potwierdzenie dezaktywuje dokument, który będzie teraz na liście jako nieaktywny.
  W przypadku gdy zdezaktywowany dokument jest powiązany z osobami uprawionymi, a nie potwierdza on już uprawnienia danej osoby, to należy zakończyć okres uprawnienia dla danej osoby poprzez „wniosek o zmianę danych podmiotu – osób uprawnionych" lub poprzez ten sam wniosek wskazać dla tej osoby inny dokument potwierdzający.
- **Aktywuj,** kliknięcie spowoduje aktywacje pliku.

© 2026 Kamsoft S.A.



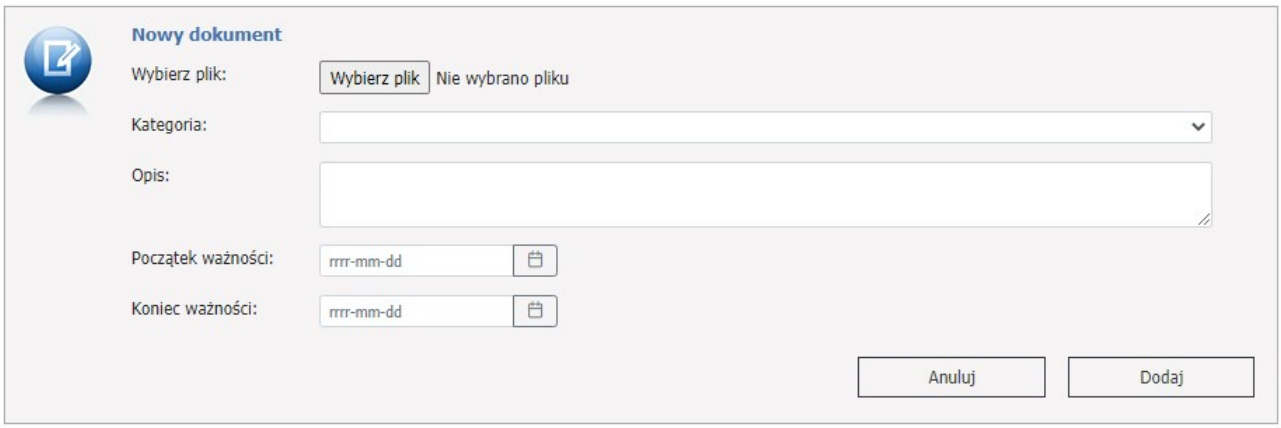
Przygotowanie nowego dokumentu.

Aby dodać nowy dokument należy skorzystać z przycisku na stronie **Repozytorium dokumentów** > **Nowy dokument**.
Otworzy się nowa formatka, gdzie należy wybrać plik, uzupełnić kategorię, do wyboru:
Kopia dokumentów rejestracyjnych ambulansów wskazanych we wniosku, Kopia umowy z podwykonawcą, Polisa ubezpieczenia OC, Umowa spółki, Zaświadczenie o numerze REGON,
dodać opis oraz początek i koniec ważności tego dokumentu.
Plik oraz kategoria są polami obowiązkowymi do wypełnienia.

Do aplikacji służącej do przygotowania ofert i wniosków przekazywane są m.in.:

- Nazwa pliku
- Kategoria
- Opis

Uwaga: opis powinno się tak zapisywać, aby w przypadku kilku dokumentów z danej kategorii pozwolił na zorientowanie się czego dotyczy dany dokument i żeby było możliwe wskazanie jako załącznika właściwego dokumentu.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2 Umowy na realizację świadczeń

Strona umożliwia przekazanie do systemu oddziałowego informacji o złożonych wnioskach dotyczących zatrudnienia, zwolnienia czy też edycji danych personelu. Po przesłaniu wniosku do OW NFZ następuje jego weryfikacja przeprowadzona przez pracownika NFZ, operator w oddziale podejmuje decyzję o przyjęciu lub odrzuceniu wniosku. Przyjęcie wniosku spowoduje aktualizację bieżących danych w słowniku personelu medycznego OW NFZ. W przypadku powtórzeń operator może odrzucić wniosek lub scalić powtarzające się rekordy i zaktualizować dane personelu na podstawie wniosku. Z tej strony mamy możliwość pobrania plików z umowami, edycji ankiet do wypełnienia oraz przeglądu danych o deklaracjach POZ. Strona umożliwia przejście do szczegółów dotyczących przelewów bankowych, obsługi recept, weryfikacji świadczeń oraz innych funkcjonalności.

Po wybraniu tej opcji oraz odsyłacza **Pokaż więcej...** przechodzimy do strony, gdzie mamy możliwość wyboru pozycji z listy (linków).

- 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
- Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
- Recepty
- Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji
- Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP
- Przeglądanie świadczeń - decyzje OW

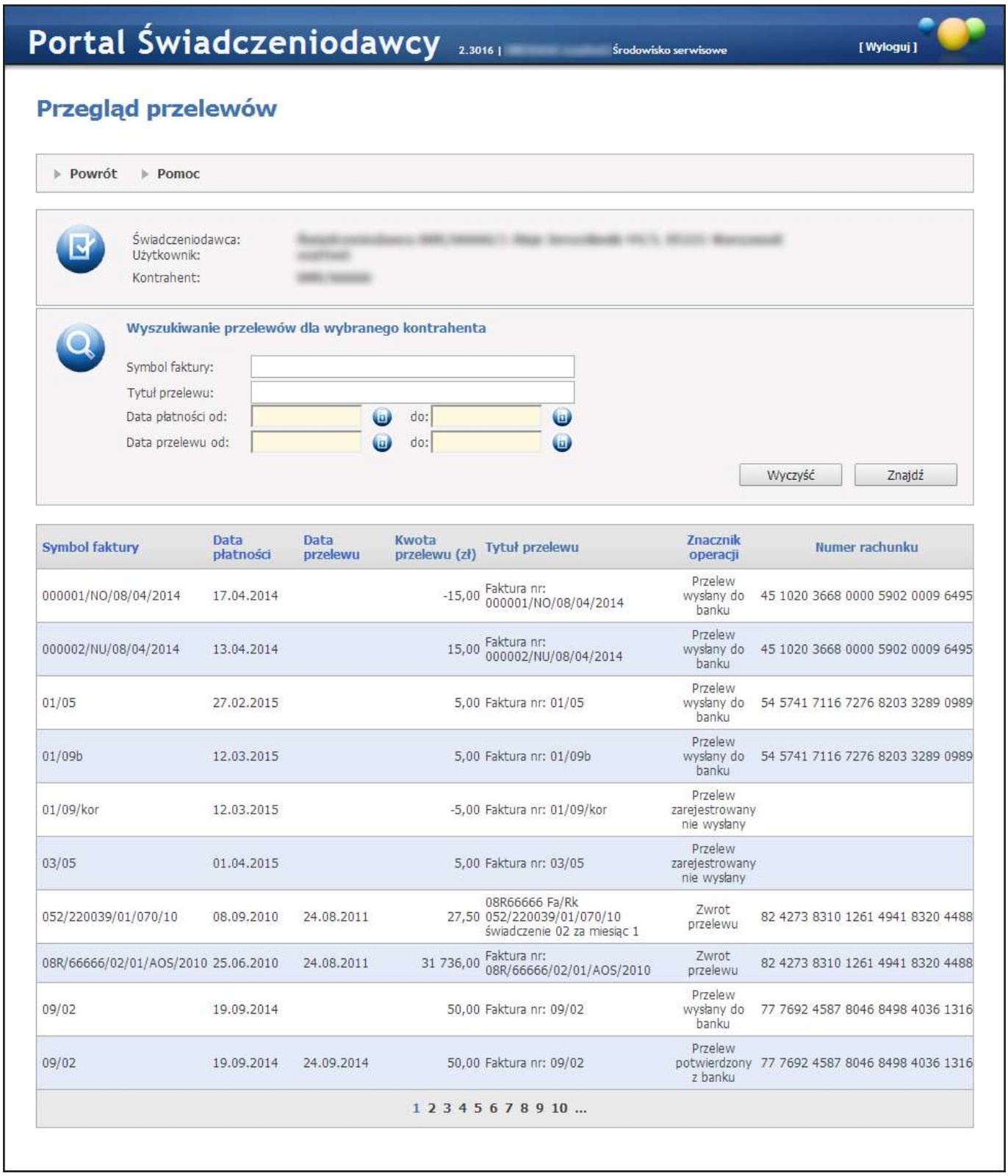
© 2026 Kamsoft S.A.

- Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne
- Skierowania na leczenie sanatoryjne
- Prezentacja wartości wskaźników IWRN i UWRN
- Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ
- Zgłoszenie liczby etatów dla pielęgniarek i położnych
- Zgłoszenia liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów
- Raport z utworzenia szablonu umowy
- Przegląd faktur
- Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta
- Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
- 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 postępowań w sprawie zawarcia umów
- Autoryzacja
- Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
- Informator o postępowaniach na rok...

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.1 Stan przelewów bankowych

Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie informacji o przelewach dotyczących rozliczeń ze Świadczeniodawcą. Na formularzu wyświetlona jest lista przelewów bankowych wynikająca z danych systemu księgowego NFZ.



Symbol faktury	Data płatności	Data przelewu	Kwota przelewu (zł)	Tytuł przelewu	Znacznik operacji	Numer rachunku
000001/NO/08/04/2014	17.04.2014		-15,00	Faktura nr: 000001/NO/08/04/2014	Przelew wysłany do banku	45 1020 3668 0000 5902 0009 6495
000002/NU/08/04/2014	13.04.2014		15,00	Faktura nr: 000002/NU/08/04/2014	Przelew wysłany do banku	45 1020 3668 0000 5902 0009 6495
01/05	27.02.2015		5,00	Faktura nr: 01/05	Przelew wysłany do banku	54 5741 7116 7276 8203 3289 0989
01/09b	12.03.2015		5,00	Faktura nr: 01/09b	Przelew wysłany do banku	54 5741 7116 7276 8203 3289 0989
01/09/kor	12.03.2015		-5,00	Faktura nr: 01/09/kor	Przelew zarejestrowany nie wysłany	
03/05	01.04.2015		5,00	Faktura nr: 03/05	Przelew zarejestrowany nie wysłany	
052/220039/01/070/10	08.09.2010	24.08.2011	27,50	08R66666 Fa/Rk 052/220039/01/070/10 świadczenie 02 za miesiąc 1	Zwrot przelewu	82 4273 8310 1261 4941 8320 4488
08R/66666/02/01/AOS/2010	25.06.2010	24.08.2011	31 736,00	Faktura nr: 08R/66666/02/01/AOS/2010	Zwrot przelewu	82 4273 8310 1261 4941 8320 4488
09/02	19.09.2014		50,00	Faktura nr: 09/02	Przelew wysłany do banku	77 7692 4587 8046 8498 4036 1316
09/02	19.09.2014	24.09.2014	50,00	Faktura nr: 09/02	Przelew potwierdzony z banku	77 7692 4587 8046 8498 4036 1316

Dostępne przyciski

- **Znajdź -** powoduje umieszczenie danych dotyczących przelewów pod paskiem przeglądu przelewów, z listy przelewów dla danego kontrahenta wg kryteriów określonych w sekcji wyszukiwania.

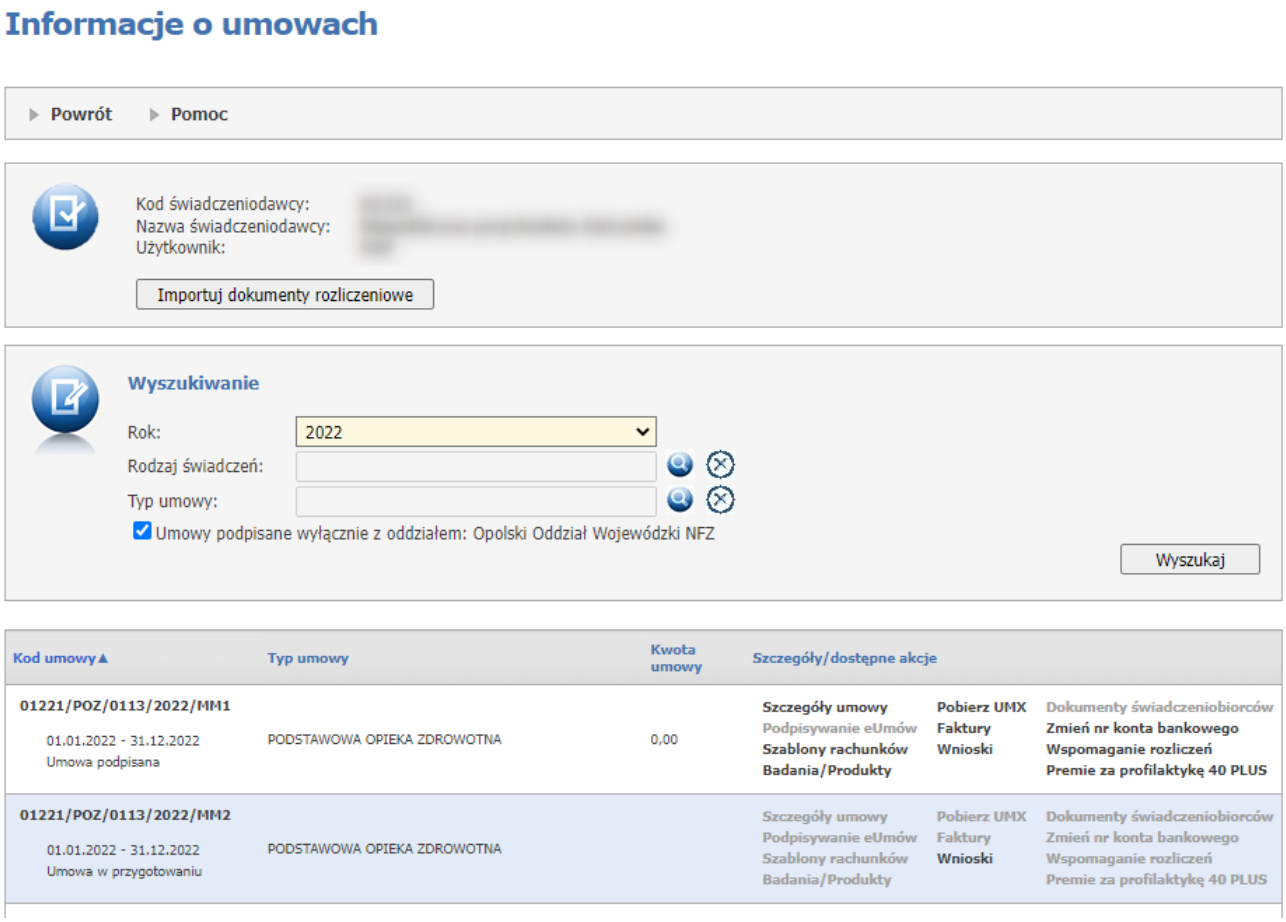
© 2026 Kamsoft S.A.

- **Wyczyść** - powoduje czyszczenie wszystkich pól kryteriów dla wyszukiwania.
- **Powrót -** powoduje przejście do strony poprzedniej.

4.2.2 Moje umowy

Przejście do okna przeglądu listy umów jest możliwe po wybraniu opcji **Moje umowy**, na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy**. Wyświetlona zostaje strona zawierająca następujące informacje:

- Kod umowy
- Rok
- Nazwa rodzaju świadczenia
- Data oferty (Początek:, Koniec:)
- Data umowy (Początek:, Koniec:)
- Kwota umowy (zł)
- Konto bankowe wraz z przyciskiem umożliwiającym jego zmianę (zmiana opisana jest w rozdziale Moja struktura organizacyjna)
- Status umowy
- Data podpisania [NFZ]
- Data aktualizacji danych



Nad listą umów znajdują się pola pozwalające na filtrowanie wyświetlanych umów względem roku (rozwijane pole wyboru Rok), względem rodzaju świadczeń (pole Rodzaj świadczeń - wybór rodzaju ze słownika) oraz względem typu umowy (pole Typ umowy - wybór typu ze słownika). Dodatkowo dostępny jest znacznik Umowy podpisane wyłącznie z oddziałem: [Nazwa aktualnego oddziału], który domyślnie jest zaznaczony. Oznacza on że, wyświetlane są jedynie umowy, które Świadczeniodawca podpisał z OW NFZ, na którego portalu właśnie pracuje.

© 2026 Kamsoft S.A.

Jeżeli pole nie jest zaznaczone wyświetlane są także umowy z innych oddziałów, które zostały do tego oddziału zaimportowane.
Po przejściu do prezentacji listy umów lub ofert, które posiada/złożył Świadczeniodawca, w kolumnie Szczegóły/dostępne akcje, dostępne są następujące odnośniki:

- Szczegóły umowy pozwala na przejście do planu umowy (szczegóły dotyczące umowy),
- Podpisywanie eUmów pozwala na przejście do formatki cyfrowego podpisywania umów,
- Szablony rachunków pozwala na przejście do formatki naliczania świadczeń do zapłaty,
- Badania/Produkty widoczne tylko dla umów z rodzaju 19/4, pozwala na przejście do formatki umowy - raport z badań/produktów rozliczeniowych (SWIAD-WYKBAD) oraz umów z rodzaju 18/8, pozwala na przejście do formatki umowy - raport z badań/produktów rozliczeniowych (CeZ)
- Wyniki weryfikacji P1 - pozwala na przejście do formatki Umowy - Wyniki weryfikacji świadczeń z systemu P1
- Pobierz UMX pozwala na pobranie umowy w postaci xml dla Świadczeniodawcy,
- Faktury pozwala na przejście do rachunków z rozliczenia umów (faktury związane z rozliczaniem umowy),
- Wnioski pozwala na przejście do formatki z informacjami o wnioskach,
- Dokumenty świadczeniobiorców pozwala na przejście do formatki z dokumentami uprawniającymi umowy PSZ,
- Zmień nr konta bankowego,
- Wspomaganie rozliczeń pozwala na przejście do danych ze wspomagania rozliczeń, aktywowania funkcji przetwarzania oraz drukowania sprawozdania rozliczeniowego.
- Premie za szczepienia,
- Premie za profilaktykę 40 PLUS,
- Pilotaż sieci kardiologicznej,
- Noty,
- Opieka koordynowana przegląd prezentuje wysokość dodatku motywacyjnego za objęcie populacji świadczeniodawcy opieką koordynowaną

Przycisk Importuj dokumenty rozliczeniowe pozwala na przejście do strony umożliwiającej import plików komunikatów REF. Opis znajduje się w rozdziale Import dokumentów rozliczeniowych.

4.2.2.1 Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń

Weryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej to proces kontroli danych świadczeń gromadzonych w Systemie Informatycznym NFZ. Podstawowe funkcje systemu weryfikacji świadczeń:

- definiowanie procesów i zadań weryfikacji,
- uruchamianie zadań weryfikacji dla wybranego zbioru świadczeń w określonym czasie,
- ocena wyników weryfikacji w kontekście sprawozdanych wybranych świadczeń,
- modyfikacja i zatwierdzenie wyników automatycznych weryfikacji.

Poza tym system weryfikacji udostępnia usługi dodatkowe:

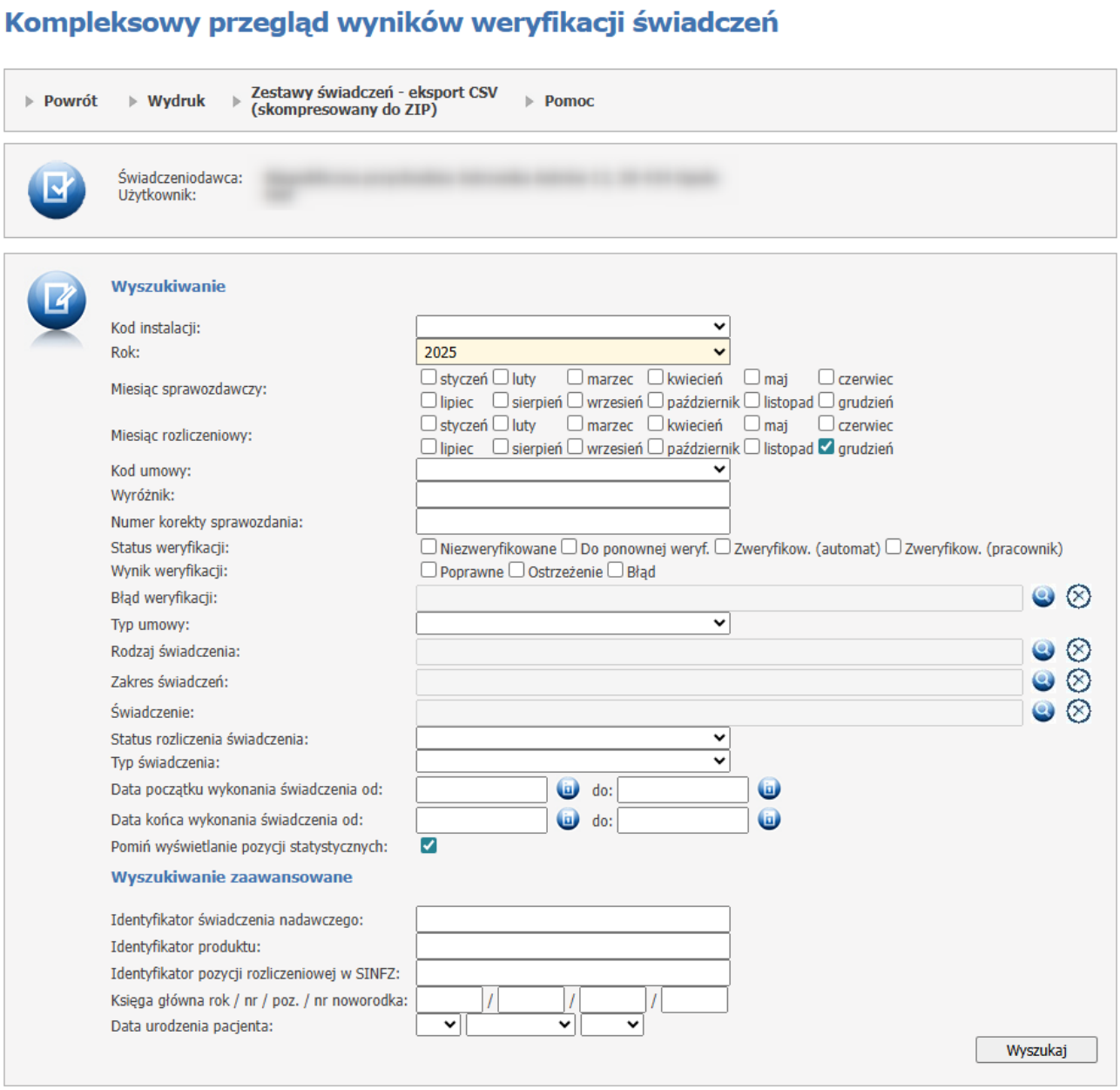
- przegląd wyników weryfikacji w kontekście danych świadczeń,
- zatwierdzenie/modyfikacja wyniku weryfikacji,
- przegląd logu weryfikacji: zadania, wyniki zadań,
- przegląd statystyk wyników weryfikacji,
- udostępnienie informacji o stanie weryfikacji sprawozdań,
- udostępnienie informacji o wyniku weryfikacji sprawozdań.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przebieg procesu weryfikacji polega na:

- definiowaniu weryfikacji,
- wykonaniu weryfikacji, czyli na kontroli poprawności danych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przegląd wyników weryfikacji oraz merytoryczna ocena wyników weryfikacji jest dostępna dla użytkowników w **Portalu Świadczeniodawcy**.



W sekcji **Wyszukiwanie** operator może zawęzić listę interesujących go pozycji do tych spełniających warunki założone w filtrach.
Dostępne filtry:
- Kod instalacji;
- Rok;
- Miesiąc sprawozdawczy;
- Miesiąc rozliczeniowy;
- Kod umowy;
- Wyróżnik;
- Numer korekty sprawozdania;

© 2026 Kamsoft S.A.

- Status weryfikacji - możliwe do wyboru: Niezweryfikowane, Do ponownej weryfikacji, Zweryfikowane - automat, Zweryfikowane - pracownik;
- Wynik weryfikacji - możliwe do wyboru: Poprawne, Ostrzeżenie, Błąd;
- Błąd weryfikacji - lista błędów, wybór ze słownika;
- Typ umowy - możliwe do wyboru z listy;
- Rodzaj świadczenia - lista rodzajów świadczeń, wybór ze słownika;
- Zakres świadczeń - lista zakresów świadczeń, wybór ze słownika, możliwość wyboru większej ilości zakresów;
- Świadczenie - lista świadczeń, wybór ze słownika;
- Status rozliczenia świadczenia - możliwe do wyboru z listy rozwijanej: Otwarte, Zamknięte, Rozliczone;
- Typ świadczenia - możliwe do wyboru: Ambulatoryjne, Stacjonarne;
- Data początku wykonania świadczenia od/do;
- Data końca wykonania świadczenia od/do;
- Pomiń wyświetlanie pozycji statystycznych.

W sekcji **Wyszukiwanie zaawansowane** operator może zawęzić przedział negatywnych wyników weryfikacji. Dostępne filtry:
- Identyfikator świadczenia nadawczego;
- Identyfikator produktu;
- Identyfikator pozycji rozliczeniowej w SINFZ;
- Księga główna rok / nr / poz. / nr noworodka - w polu "pozycja" istnieje możliwość użycia metaznaków (np. "_", "%");
- Data urodzenia pacjenta.

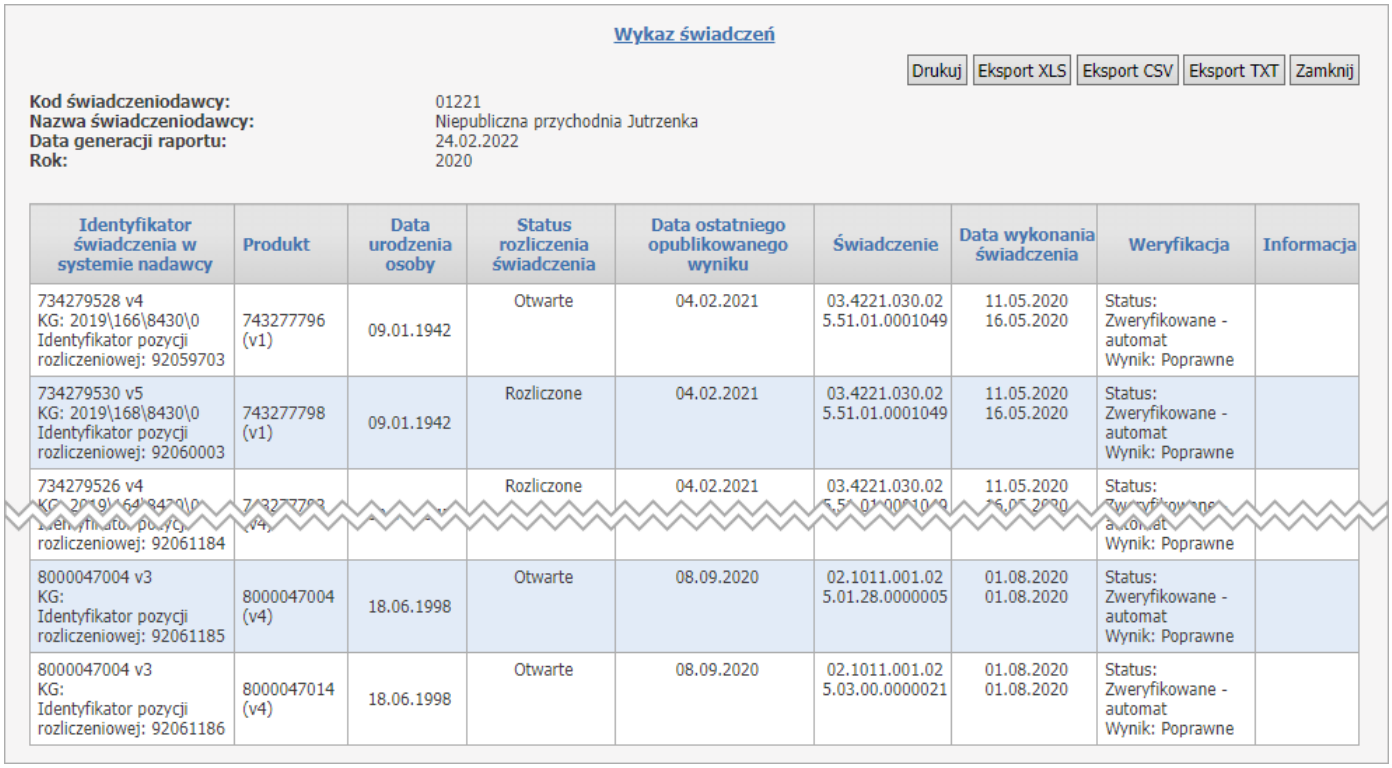
Po ustawieniu filtrów operator potwierdza wybór za pomocą przycisku ***Wyszukaj***.

Jeżeli dla wyświetlanego danego świadczenia występują błędy lub ostrzeżenia, to link otwierający okienko z listą ostrzeżeń/błędów zawiera kod pierwszego ostrzeżenia:
- jeśli kod jest koloru ciemnoczerwonego wtedy dotyczy błędu;
- jeśli kod jest koloru ciemnożółtego wtedy dotyczy ostrzeżenia.

Identyfikator świadczenia w systemie nadawcy	Produkt	Data urodzenia osoby	Status rozliczenia świadczenia	Data ostatniego opublikowanego wyniku	Data wykonania świadczenia	Weryfikacja	
734279528 v4 KG: 2019\166\8430\0 Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92059703	743277796 (v1)	1942-01-09	Otwarte	04.02.2021	11.05.2020 16.05.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Błąd	51701014, ...
734279530 v5 KG: 2019\168\8430\0 Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92060003	743277798 (v1)	1942-01-09	Rozliczone	04.02.2021	11.05.2020 16.05.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Błąd	51701014, ...

Przycisk **Wydruk** pozwala na przegląd wyszukanych świadczeń, które można wydrukować, wyeksportować do formatu XLS, CSV lub TXT.

© 2026 Kamsoft S.A.



Wykaz świadczeń

Drukuj | Eksport XLS | Eksport CSV | Eksport TXT | Zamknij

Kod świadczeniodawcy: 01221
Nazwa świadczeniodawcy: Niepubliczna przychodnia Jutrzenka
Data generacji raportu: 24.02.2022
Rok: 2020

Identyfikator świadczenia w systemie nadawcy	Produkt	Data urodzenia osoby	Status rozliczenia świadczenia	Data ostatniego opublikowanego wyniku	Świadczenie	Data wykonania świadczenia	Weryfikacja	Informacja
734279528 v4 KG: 2019\166\8430\0 Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92059703	743277796 (v1)	09.01.1942	Otwarte	04.02.2021	03.4221.030.02 5.51.01.0001049	11.05.2020 16.05.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Poprawne	
734279530 v5 KG: 2019\168\8430\0 Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92060003	743277798 (v1)	09.01.1942	Rozliczone	04.02.2021	03.4221.030.02 5.51.01.0001049	11.05.2020 16.05.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Poprawne	
734279526 v4 KG: 2019\164\8430\0 Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92061184	743277793 (v4)	[illegible]	Rozliczone	04.02.2021	03.4221.030.02 5.51.01.0001049	11.05.2020 16.05.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Poprawne	
8000047004 v3 KG: Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92061185	8000047004 (v4)	18.06.1998	Otwarte	08.09.2020	02.1011.001.02 5.01.28.0000005	01.08.2020 01.08.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Poprawne	
8000047004 v3 KG: Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 92061186	8000047014 (v4)	18.06.1998	Otwarte	08.09.2020	02.1011.001.02 5.03.00.0000021	01.08.2020 01.08.2020	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Poprawne	

Przycisk **Zestawy świadczeń - eksport CSV** pozwala na pobranie pliku CSV, spakowanego do archiwum ZIP z rozszerzeniem WAE, zawierającego zestawy świadczeń zgodne z filtrem wyszukiwania.
Zawartość spakowanego pliku CSV zawiera następujące dane:

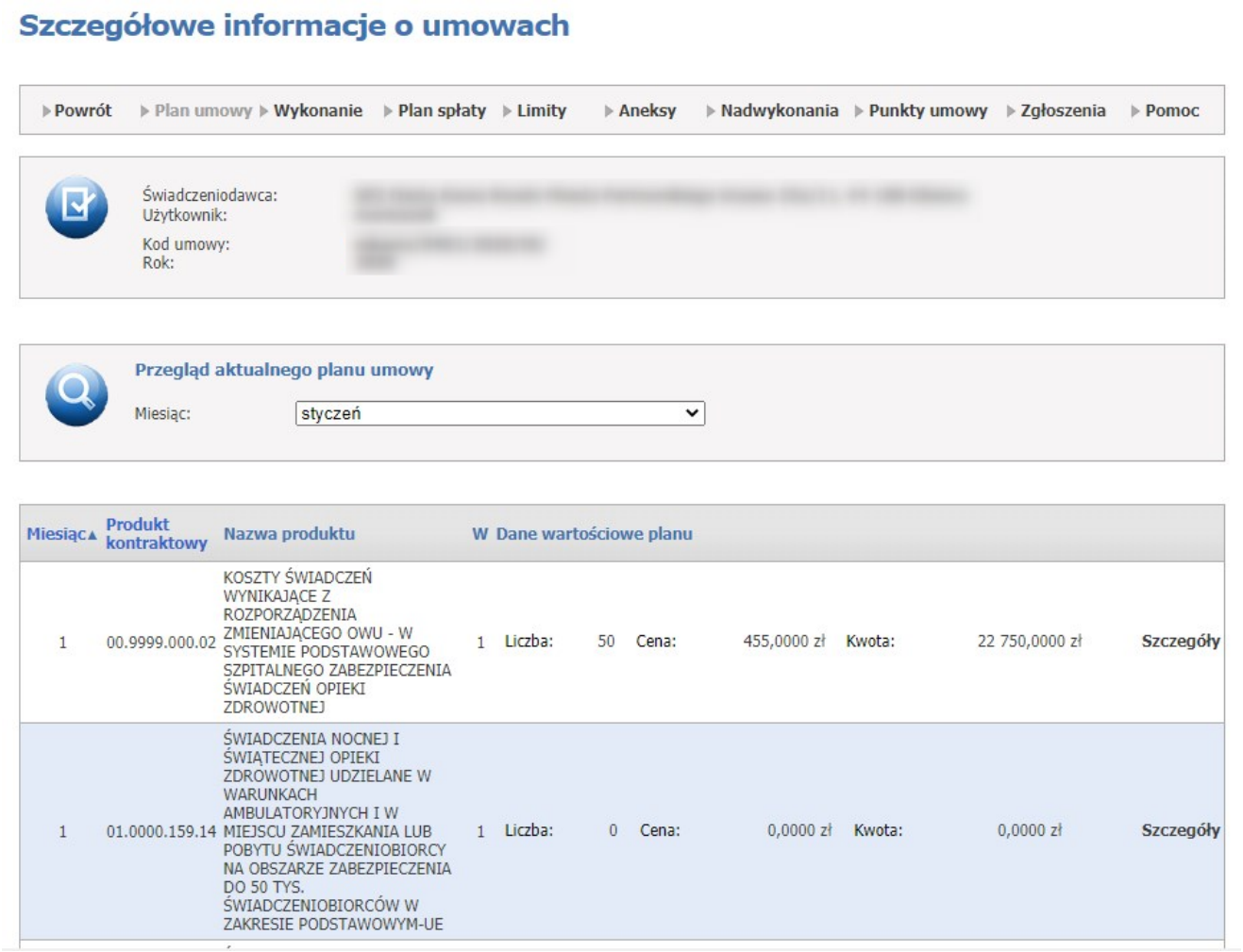
- identyfikator instalacji systemu nadawcy
- identyfikator zestawu świadczeń
- numer wersji danych zestawu świadczeń
- numer wersji zbioru danych rozliczeniowych związanych z niniejszym zestawem świadczeń
- typ zestawu świadczeń
- datę i czas pierwszej rejestracji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy
- datę i czas ostatniej modyfikacji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.2 Szczegóły dotyczące umowy

W ramach opcji prezentowane są dane z planu umowy (szczegóły dotyczące umowy). Prezentacja podzielona jest na zakładki:

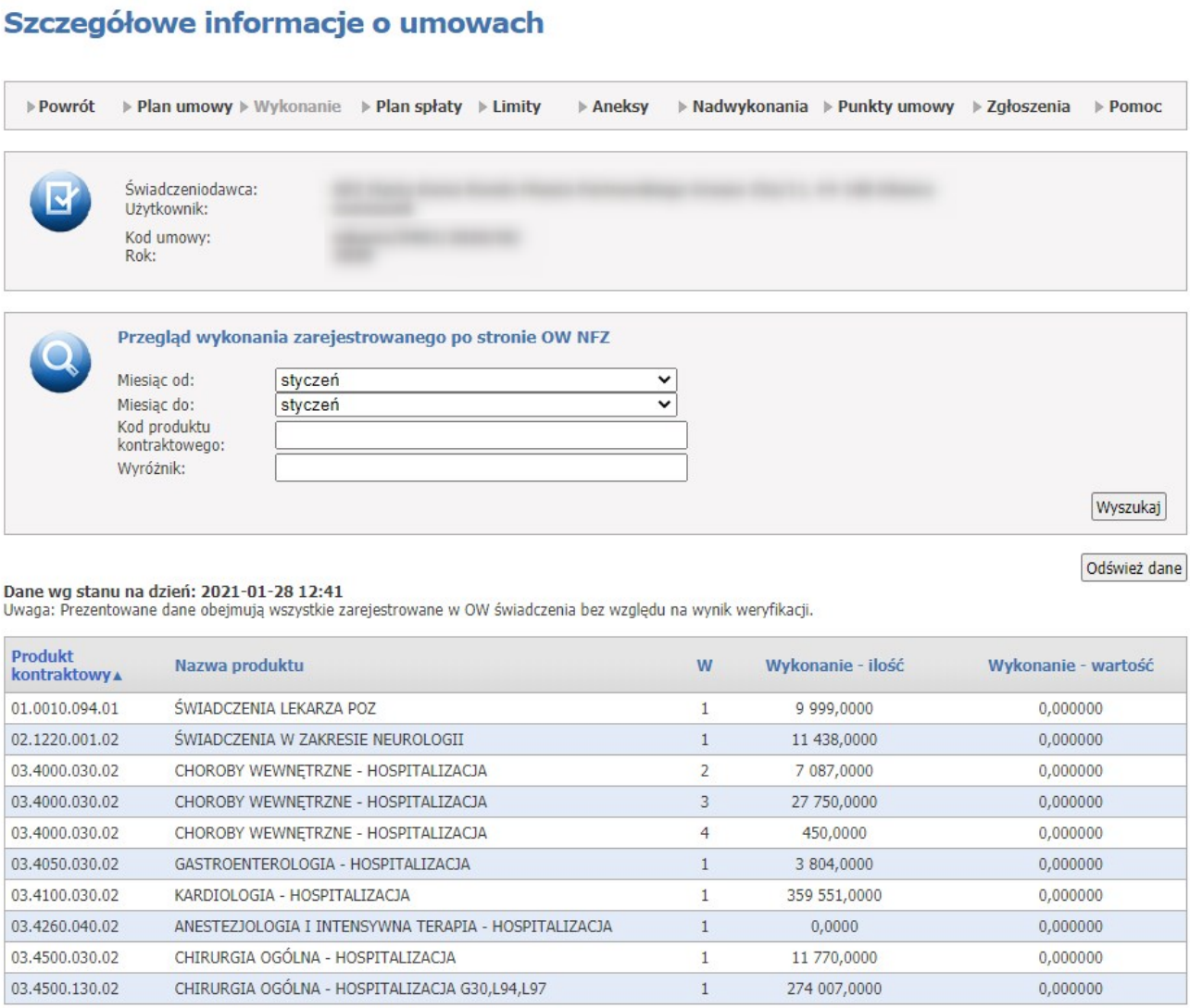
- ***Plan umowy***



Na zakładce ***Plan umowy*** jest prezentowany jednolity i aktualny plan umowy z uwzględnieniem ostatnio podpisanego aneksu. Plan ten jest prezentowany w postaci produktów kontraktowych w podziale na poszczególne miesiące.
Przycisk **Szczegóły** powoduje rozwinięcie do poziomu produktów jednostkowych obowiązujących dla danego produktu kontraktowego wraz z wagami.

- ***Wykonanie***

© 2026 Kamsoft S.A.



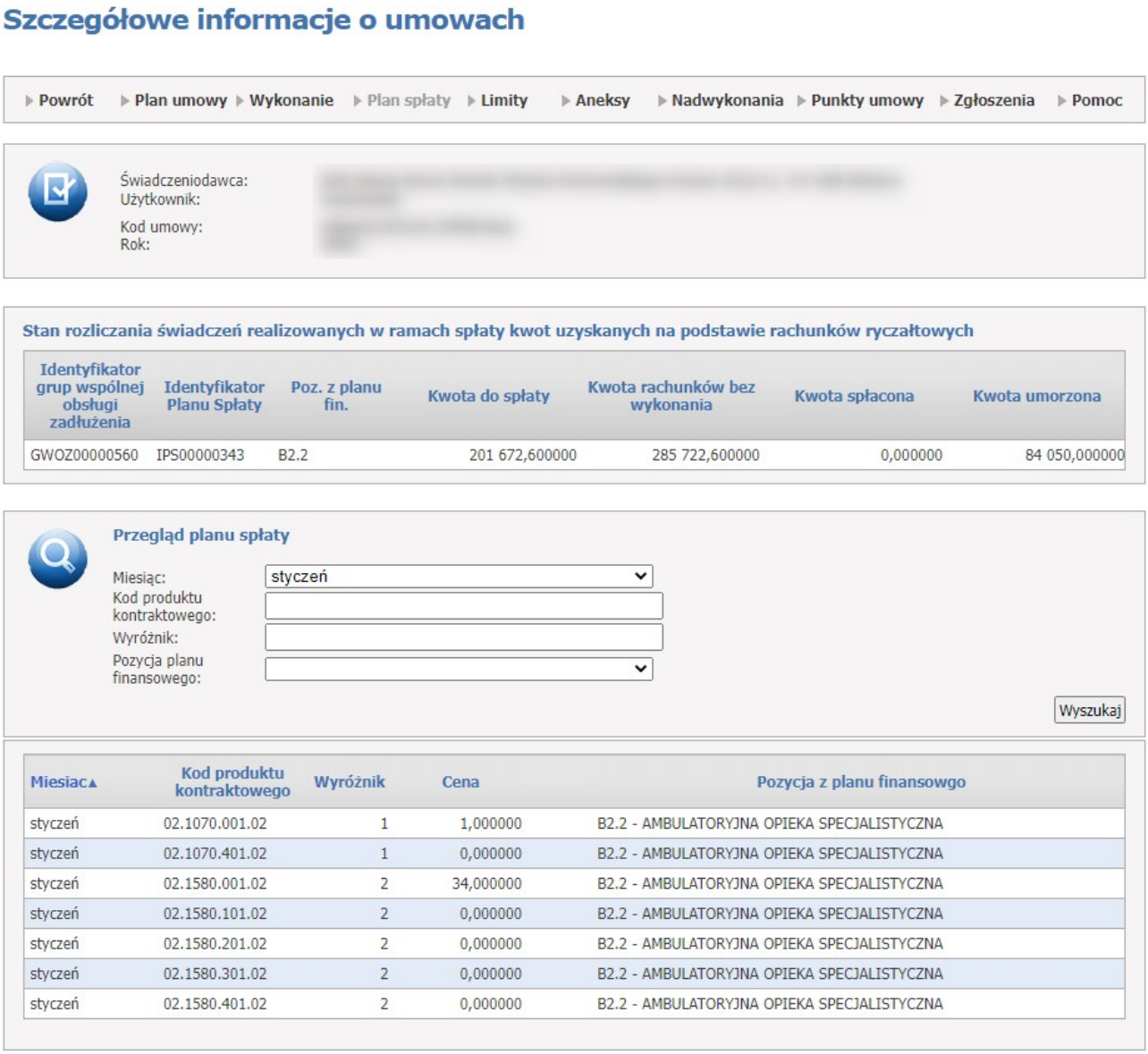
Produkt kontraktowy	Nazwa produktu	W	Wykonanie - ilość	Wykonanie - wartość
01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	9 999,0000	0,000000
02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII	1	11 438,0000	0,000000
03.4000.030.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	2	7 087,0000	0,000000
03.4000.030.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	3	27 750,0000	0,000000
03.4000.030.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	4	450,0000	0,000000
03.4050.030.02	GASTROENTEROLOGIA - HOSPITALIZACJA	1	3 804,0000	0,000000
03.4100.030.02	KARDIOLOGIA - HOSPITALIZACJA	1	359 551,0000	0,000000
03.4260.040.02	ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA	1	0,0000	0,000000
03.4500.030.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	1	11 770,0000	0,000000
03.4500.130.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA G30,L94,L97	1	274 007,0000	0,000000

Na zakładce ***Wykonanie*** prezentowany jest przegląd wykonania zarejestrowanego po stronie OW NFZ. Prezentowane dane obejmują wszystkie zarejestrowane w OW świadczenia bez względu na wynik weryfikacji.

Kliknięcie przycisku **Odśwież dane** spowoduje wstawienie do kolejki zadania przeliczenia wykonań dla danej umowy. W kolejce zadań może się znajdować tylko jedno zadanie przeliczania dla danej umowy.

- ***Plan spłaty***

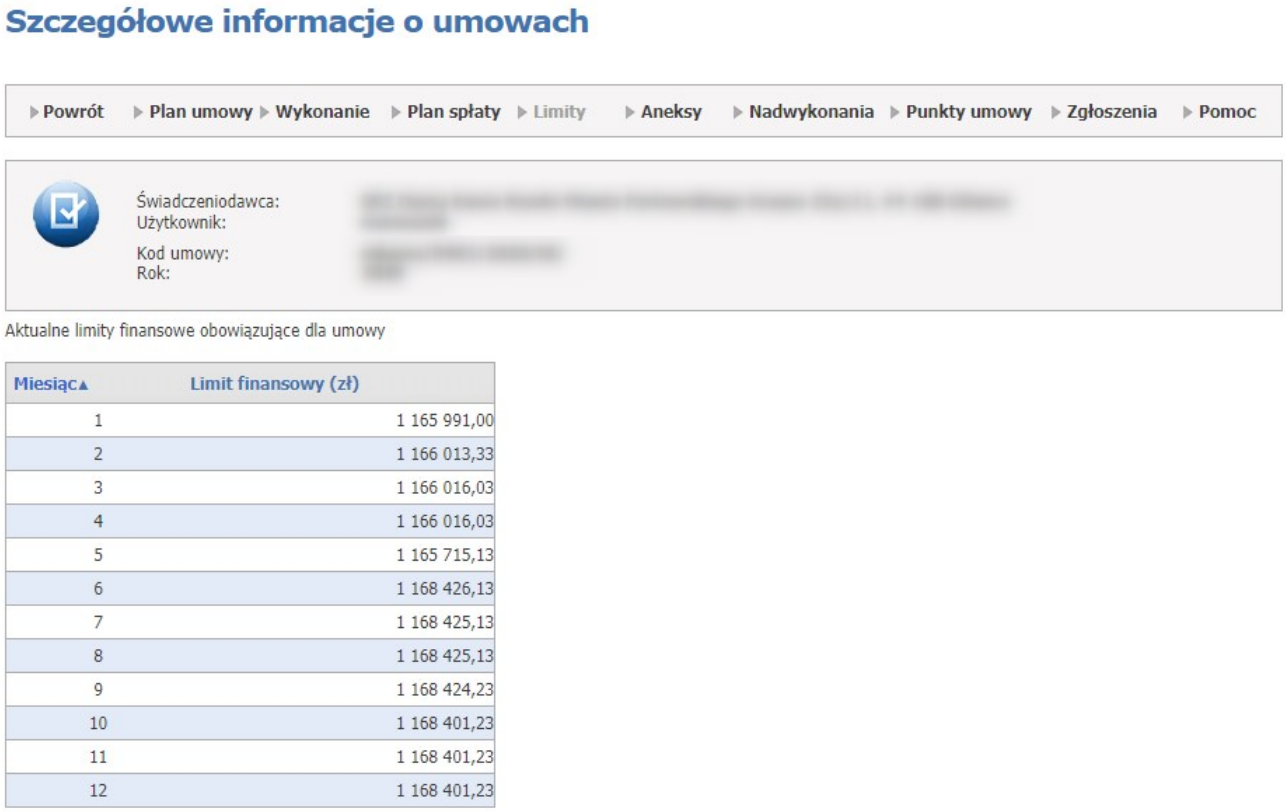
© 2026 Kamsoft S.A.



Na zakładce ***Plan spłaty*** prezentowany jest stan rozliczenia świadczeń realizowanych w ramach spłaty kwot uzyskanych na podstawie rachunków ryczałtowych i przegląd planu spłaty.

- ***Limity***

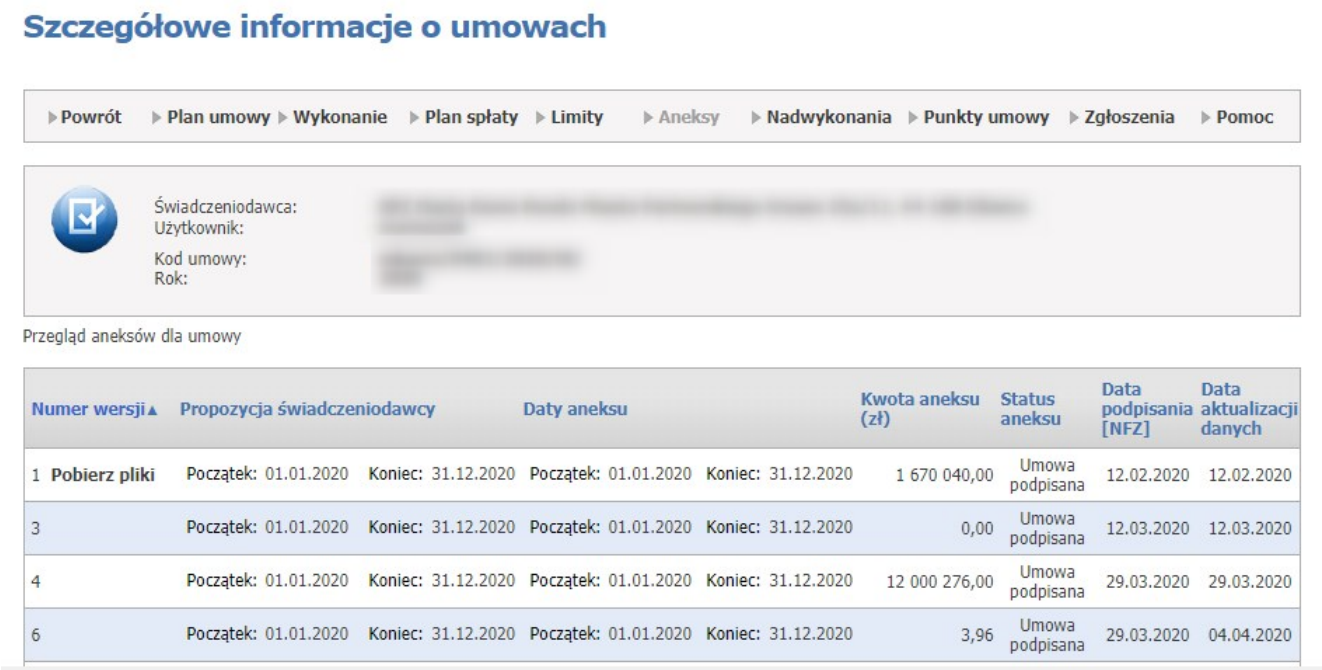
© 2026 Kamsoft S.A.



Miesiąc	Limit finansowy (zł)
1	1 165 991,00
2	1 166 013,33
3	1 166 016,03
4	1 166 016,03
5	1 165 715,13
6	1 168 426,13
7	1 168 425,13
8	1 168 425,13
9	1 168 424,23
10	1 168 401,23
11	1 168 401,23
12	1 168 401,23

Na zakładce ***Limity***, prezentowane są limity finansowe obowiązujące przy wyznaczaniu kwoty do wypłaty dla umów rozliczanych poprzez ten limit.

- ***Aneksy***

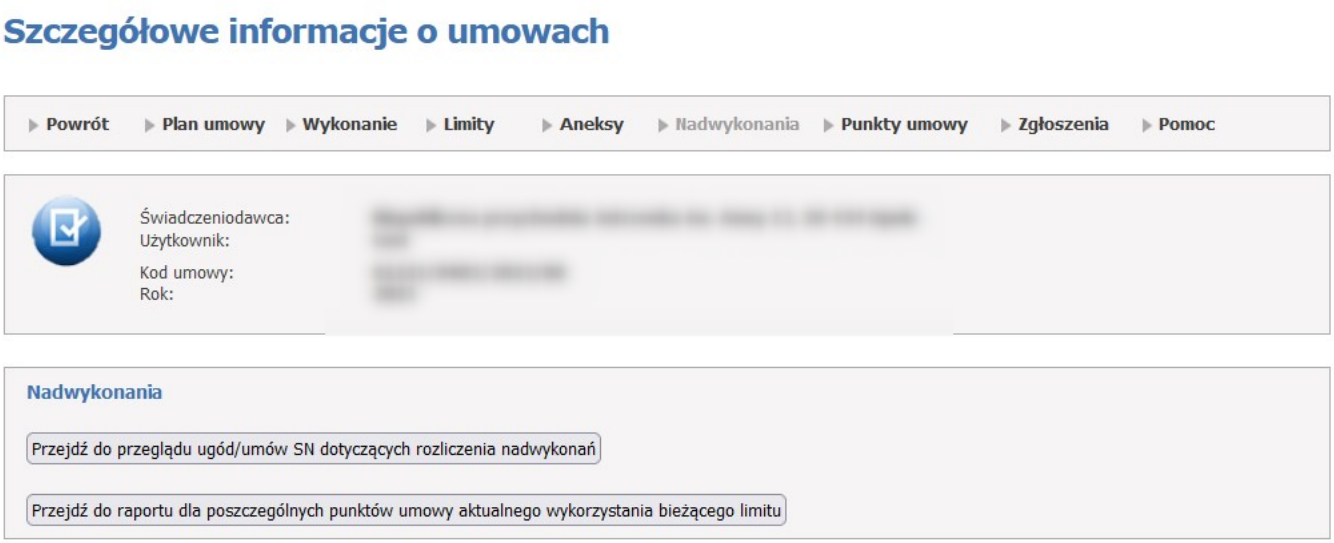


Numer wersji	Propozycja świadczeniodawcy		Daty aneksu		Kwota aneksu (zł)	Status aneksu	Data podpisania [NFZ]	Data aktualizacji danych
1 Pobierz pliki	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	1 670 040,00	Umowa podpisana	12.02.2020	12.02.2020
3	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	0,00	Umowa podpisana	12.03.2020	12.03.2020
4	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	12 000 276,00	Umowa podpisana	29.03.2020	29.03.2020
6	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	Początek: 01.01.2020	Koniec: 31.12.2020	3,96	Umowa podpisana	29.03.2020	04.04.2020

Na zakładce ***Aneksy***, prezentowany jest przegląd aneksów do umowy. Widoczne są tylko aneksy finansowe o statusie Umowa podpisana natomiast aneksy statystyczne nie są ograniczone do tego statusu.

© 2026 Kamsoft S.A.

- ***Nadwykonania***



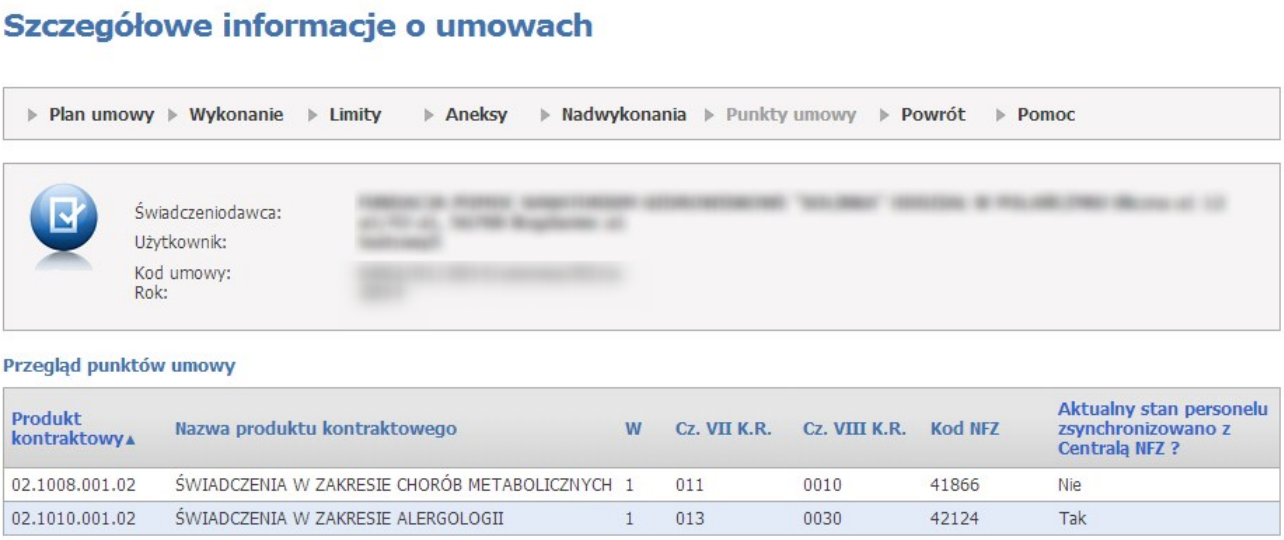
Kliknięcie ***Nadwykonania*** (jeśli dostępne) w oknie szczegółów umowy spowoduje przejście do okna pozwalającego na:
przegląd ugód/umów dotyczących rozliczenia nadwykonań oraz na wnioskowanie do OW NFZ o rozliczenie nadwykonań (czyli ugody o typie 'Pozasądowa'). Przycisk jest dostępny tylko dla umów od roku 2013
oraz przegląd raportu dla poszczególnych punktówmumowy aktualnego wykorzystania bieżącego limitu.

- ***Punkty umowy***

Na zakładce ***Punkty umowy*** prezentowane są:

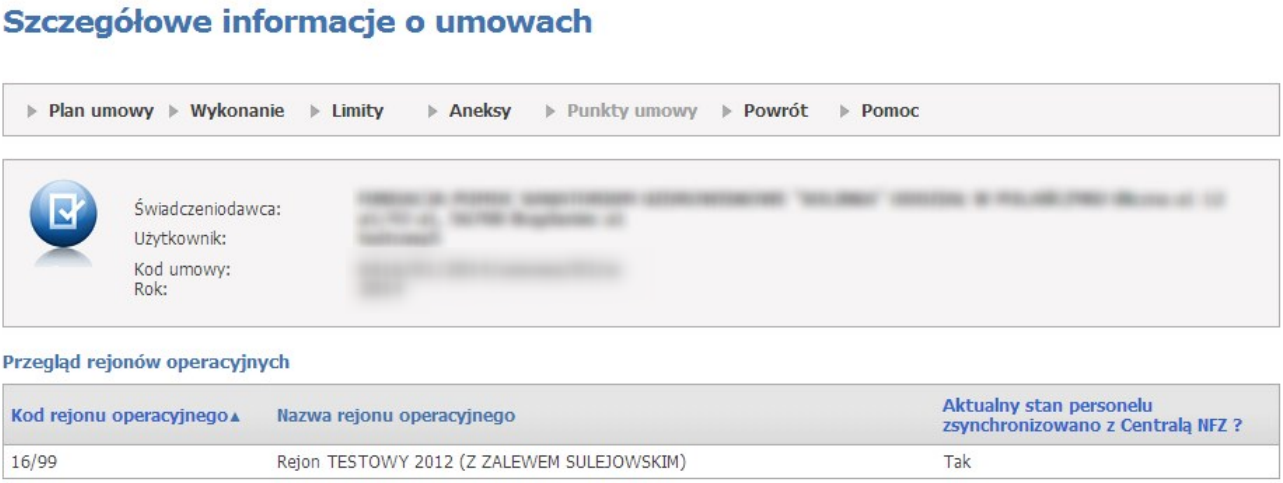
- *dla umów nie RTM* - informacje o stanie przekazywania danych do Centralnego repozytorium w zakresie danych opisujących osoby wykazane do realizacji świadczeń w punkcie umowy. W tabeli prezentowana jest lista z punktami umowy zawierającą kolumny:
  - Produkt kontraktowy
  - Nazwa produktu
  - Wyróżnik
  - Cz.VII K.R.
  - Cz. VIII K.R.
  - Kod NFZ
  - Aktualny stan personelu zsynchronizowano z Centralą NFZ? (przyjmuje wartości 'Tak' lub 'Nie')
- *dla umów RTM* - informacje o stanie przekazywania danych do Centralnego repozytorium w zakresie danych opisujących osoby wykazane w rejonach operacyjnych. W tabeli prezentowana jest lista z punktami umowy zawierającą kolumny:
  - Kod rejonu operacyjnego
  - Nazwa rejonu operacyjnego
  - Aktualny stan personelu zsynchronizowano z Centralą NFZ? (przyjmuje wartości 'Tak' lub 'Nie')

© 2026 Kamsoft S.A.



Produkt kontraktowy	Nazwa produktu kontraktowego	W	Cz. VII K.R.	Cz. VIII K.R.	Kod NFZ	Aktualny stan personelu zsynchronizowano z Centralą NFZ ?
02.1008.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHORÓB METABOLICZNYCH	1	011	0010	41866	Nie
02.1010.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII	1	013	0030	42124	Tak

Umowa nie dotycząca RTM



Kod rejonu operacyjnego	Nazwa rejonu operacyjnego	Aktualny stan personelu zsynchronizowano z Centralą NFZ ?
16/99	Rejon TESTOWY 2012 (Z ZALEWEM SULEJOWSKIM)	Tak

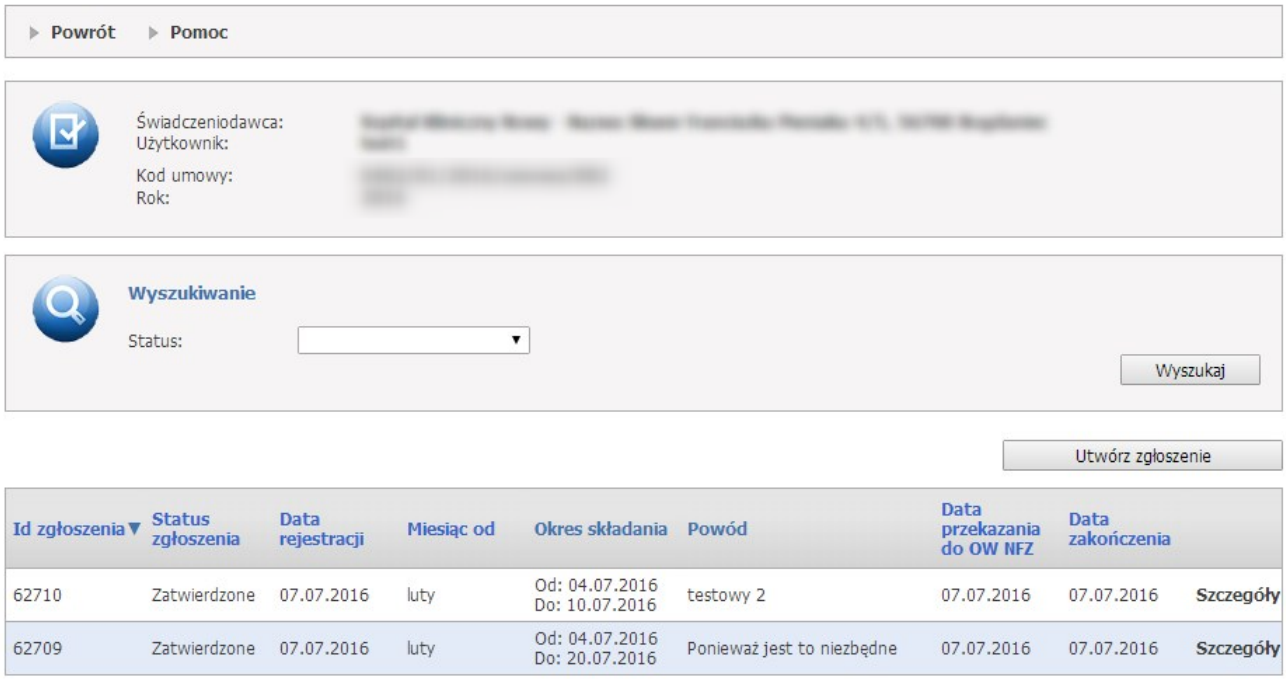
Umowa dotycząca RTM

- ***Zgłoszenia***

Na zakładce ***Zgłoszenia*** możliwy jest przegląd utworzonych przez świadczeniodawcę elektronicznych zgłoszeń o zgodę na odblokowanie możliwości zgłaszania zmian potencjału do umowy od określonego okresu.

© 2026 Kamsoft S.A.

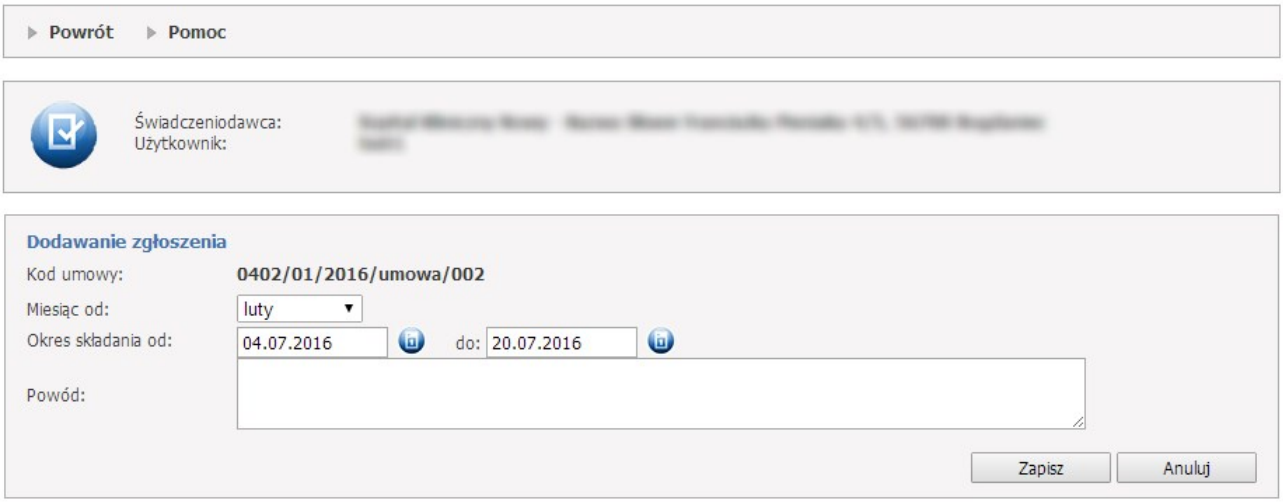
Lista zgłoszeń o odblokowanie możliwości składania zmian do umowy



Przycisk Utwórz zgłoszenie pozwala na dodanie nowego zgłoszenia. Po jego kliknięciu wyświetlona zostanie formatka, w której należy uzupełnić następujące informacje:

- miesiąc od - miesiąc, od którego powinna zostać odblokowana możliwość zgłaszania zmiany potencjału,
- okres składania od - proponowany okres czasu od i do, dla której powinna obowiązywać konfiguracja,
- powód dodania zgłoszenia o odblokowanie możliwości składania zmian do umowy.

Szczegóły zgłoszenia o odblokowanie możliwości składania zmian do umowy

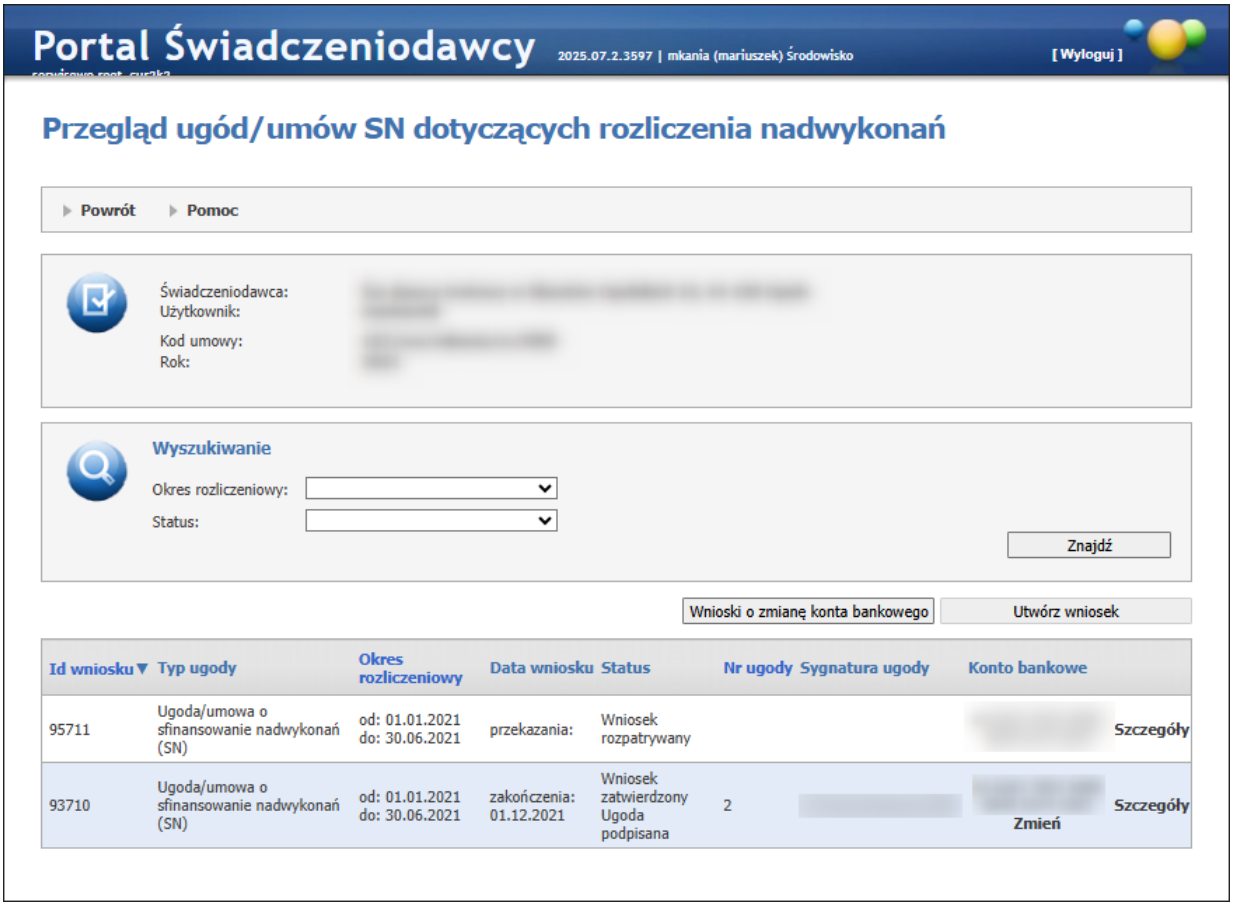


Po wprowadzeniu zgłoszenia należy je zapisać klikając przycisk Zapisz. Po jego kliknięciu zgłoszenie zostanie zapisane ale nie zostanie przekazane do OW NFZ celem rozpatrzenia.

W celu przekazania zgłoszenia do OW należy kliknąć przycisk Przekaż do OW NFZ znajdujący się w szczegółach zgłoszenia. Od chwili przekazania do OW nie ma możliwości edycji zgłoszenia.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.2.1 Przegląd ugód/umów SN dotyczących rozliczenia nadwykonań



Pola *Okres rozliczeniowy* i *Status* pozwalają na precyzowanie warunków wyszukiwania ugód, które zostaną wyszukane po kliknięciu przycisku **Znajdź**.

Przycisk **Utwórz wniosek** umożliwia złożenie nowego wniosku. Przycisk jest dostępny tylko wtedy gdy będą spełnione wszystkie poniższe warunki:

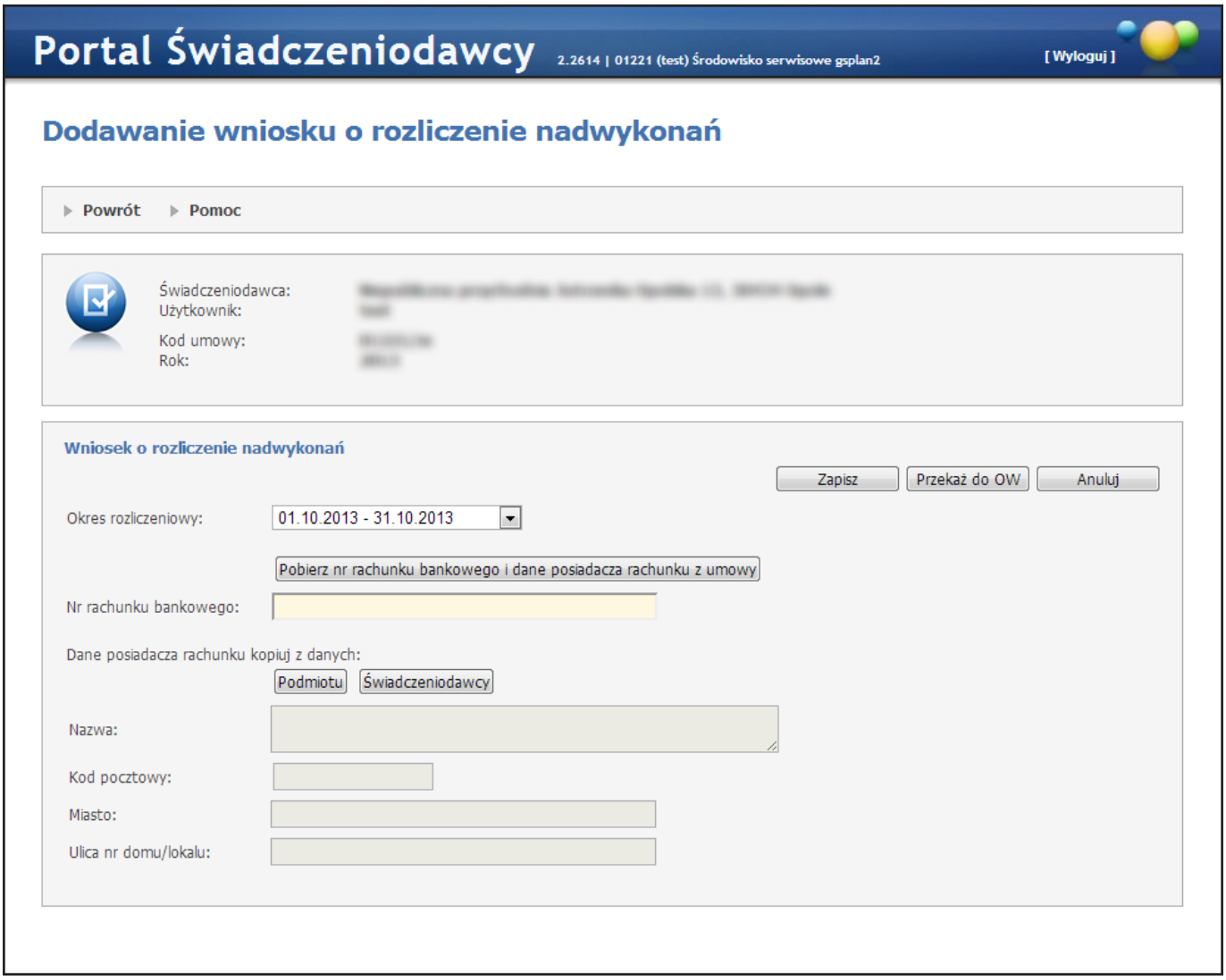
- będzie istniał w konfiguracji okres rozliczeniowy, dla którego na ten dzień można składać wnioski o ugodę.
- dla rodzaju wydatku tej umowy można składać wnioski o ugodę
- dla tego typu umowy można składać wnioski o ugodę
- istnieje okres rozliczeniowy tej umowy, dla którego nie ma wniosków o statusie innym niż ***Zatwierdzony*** bądź ***Anulowany***.

Przycisk **Wnioski o zmianę konta bankowego** przeniesie do formatki z listą wniosków o zmianę konta bankowego.

Jeśli ugoda będzie miała status ***Podpisana***, to w kolumnie *Konto bankowe* pod numerem konta będzie dostępny przycisk **Zmień** służący wnioskowaniu o zmianę numeru konta na ugodzie.
Po kliknięciu przycisku **Szczegóły** zostaną wyświetlone szczegóły dotyczące konkretnego wniosku/ugody, które zostały opisane w rozdziale Szczegóły wniosku/ugody.

© 2026 Kamsoft S.A.

Rejestracji nowego wniosku dokonuje się za pomocą przycisku **Utwórz wniosek**, który jest dostępny w przypadku gdy z konfiguracji będzie wynikała możliwość złożenia wniosku w danym dniu. Jeśli zatem data bieżąca nie mieści się w zdefiniowanej konfiguracji nie będzie możliwa operacja utworzenia nowego wniosku.



Podczas dodawania wniosku jest wymagane podanie okresu rozliczeniowego, numeru konta rachunku bankowego oraz nazwy i adresu posiadacza rachunku. Użytkownik może pobierać dane o numerze konta i posiadaczu z umowy, skopiować dane posiadacza z danych podmiotu lub z danych świadczeniodawcy - służą do tego odpowiednie przyciski.

Kliknięcie **Zapisz** spowoduje utworzenie wniosku jeśli konfigurcja na to pozwoli. Kliknięcie **Anuluj** spowoduje anulowanie wprowadzania wniosku. Przycisk **Przekaż do OW** powoduje utworzenie wniosku oraz automatyczne przekazanie wniosku do OW NFZ. Zmiana statusu wniosku na ***Przekazany do OW*** jest możliwa też tylko wtedy gdy data bieżąca mieści się w zdefiniowanej konfiguracji.

Nie jest możliwe złożenie dwóch wniosków do tej samej umowy i okresu rozliczeniowego. W każdym momencie dla danej umowy i okresu rozliczeniowego może istnieć jeden wniosek o statusie innym niż zatwierdzony bądź anulowany przez świadczeniodawcę lub anulowany przez OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wcześniej zapisany wniosek również można przekazać do OW NFZ za pomocą przycisku **Przekaż do OW**. Również w tym przypadku zmiana statusu wniosku na ***Przekazany do OW*** jest możliwa też tylko wtedy gdy data bieżąca mieści się w zdefiniowanej konfiguracji.

Wniosek o statusie ***Wprowadzony***/***Przekazany do OW*** można usunąć. Jeśli wniosek ma już status ***Rozpatrywany***, to znaczy że wniosek został pobrany przez OW NFZ do rozpatrzenia i jego usunięcie (czyli zmiana statusu na ***Anulowany***) jest niemożliwe.

Wniosek o statusie ***Wprowadzony***/***Przekazany do OW*** można edytować. Zapisanie zmian dla wniosku będzie możliwe tylko wtedy gdy na dzień zapisywania zmian konfigracja na to pozwoli. Podczas edycji także jest wymagane wypełnienie wszysktich pól: okresu rozliczeniowego, numeru konta oraz danych posiadacza.

Dla wniosku o statusie ***Przekazany do OW*** jest możliwość pobrania wniosku w postaci pliku PDF za pomocą przycisk **Drukuj**.

4.2.2.2.1.1 Szczegóły wniosku/ugody

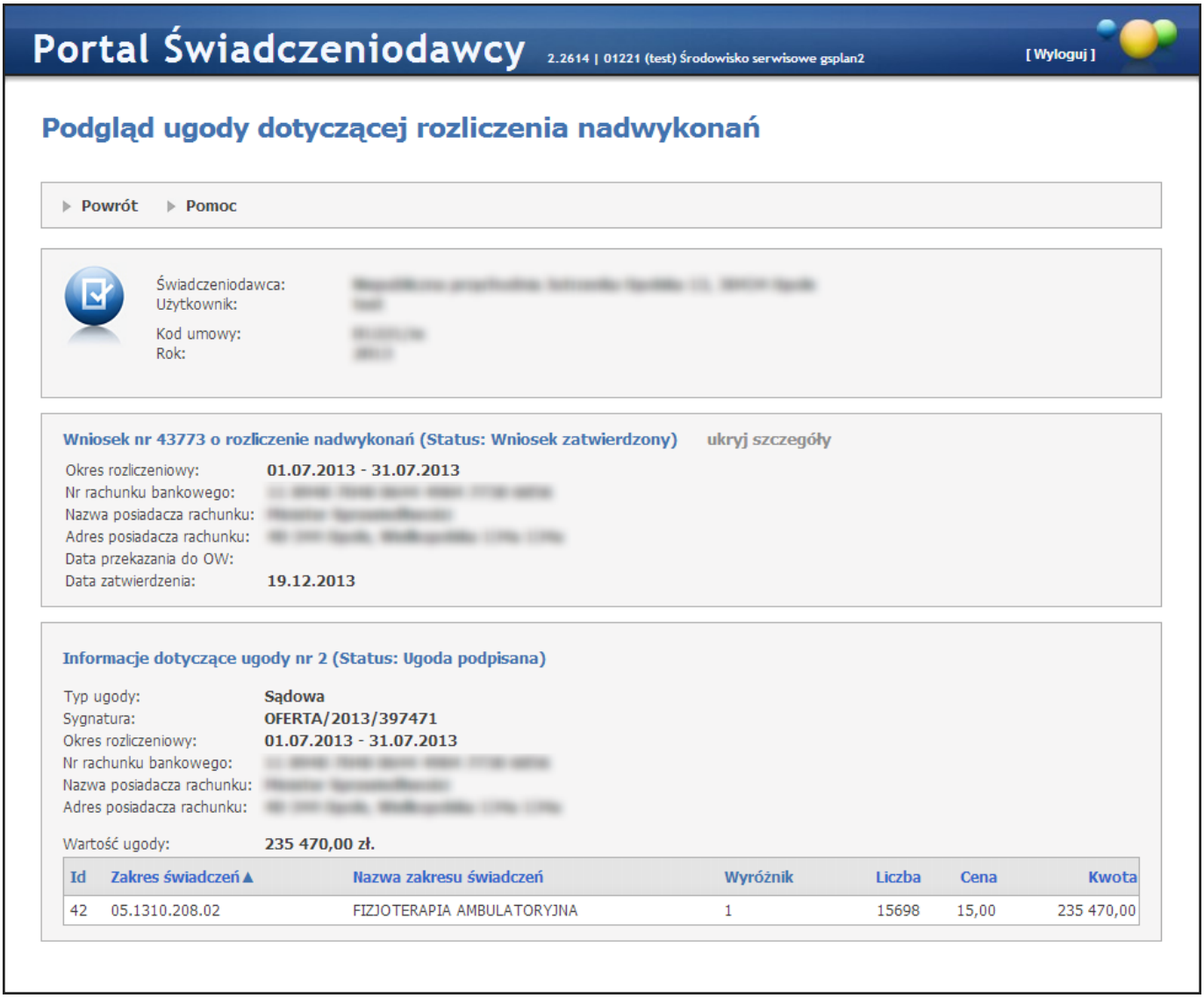
W zależności od statusu wniosku inne dane są prezentowane po kliknięciu ***Szczegóły*** w przeglądzie ugód dotyczących rozliczenia nadwykonań.

1. Dla wniosku o ugodę o statusie ***Zatwierdzony*** i statusie ***Ugoda w trakcie tworzenia*** (w tabelce na przeglądzie będzie wyświetlony status ***Ugoda w trakcie tworzenia***) pojawi się formatka ***Podgląd ugody dotyczącej rozliczenia nadwykonań*** zawierająca:
   a) panel z informacjami o świadczeniodawcy, użytkowniku, kodzie umowy oraz roku (umowy)
   b) panel z informacjami o wniosku wprowadzającym ugodę (**Ugoda na podstawie wniosku nr ____ o rozliczenie nadwykonań (Status: *Wniosek zatwierdzony*)**). Kliknięcie na tym panelu przycisku **Pokaż szczegóły** spowoduje wyświetlenie następujących szczegółów dotyczących tego wniosku:
      - *okres rozliczeniowy*
      - *nr rachunku bankowego*
      - *Nazwę posiadacza rachunku*
      - *adres posiadacza rachunku*
      - *datę przekazania do OW*
      - *datę zatwierdzenia wniosku*

      Kliknięcie przycisku **Ukryj szczegóły** spowoduje ponowne ukrycie danych szczegółowych dotyczących wniosku.
   c) panel z informacjami dotyczącymi ugody (**Informacje dotyczące ugody nr .....(Status: *Ugoda w trakcie tworzenia*)**) na którym będą następujące dane z ugody:
      - *Typ ugody*
      - *Sygnatura*
      - *Okres rozliczeniowy*
      - *Nr rachunku bankowego*
      - *Nazwa posiadacza rachunku*
      - *Adres posiadacza rachunku*

© 2026 Kamsoft S.A.

2. Dla wniosku o ugodę o statusie innym niż ***Ugoda w trakcie tworzenia*** po wybraniu przycisku **Szczegóły** pojawi się formatka ***Podgląd ugody dotyczącej rozliczenia nadwykonań*** zawierająca te same dane co punkt 1 podpunkty a - c oraz dodatkowo dla panelu z informacjami dotyczącymi ugody (podpunkt c) będą prezentowane:
   a) Wartość ugody (jest to suma wartości każdej z pozycji ugody - suma kwot)
   b) lista z planem ugody zawierająca:
      - *id pozycji ugody*
      - *kod zakresu świadczeń*
      - *nazwę zakresu świadczeń*
      - *wyróżnik*
      - *liczbę*
      - *cenę*
      - *kwotę (cena * liczba)*

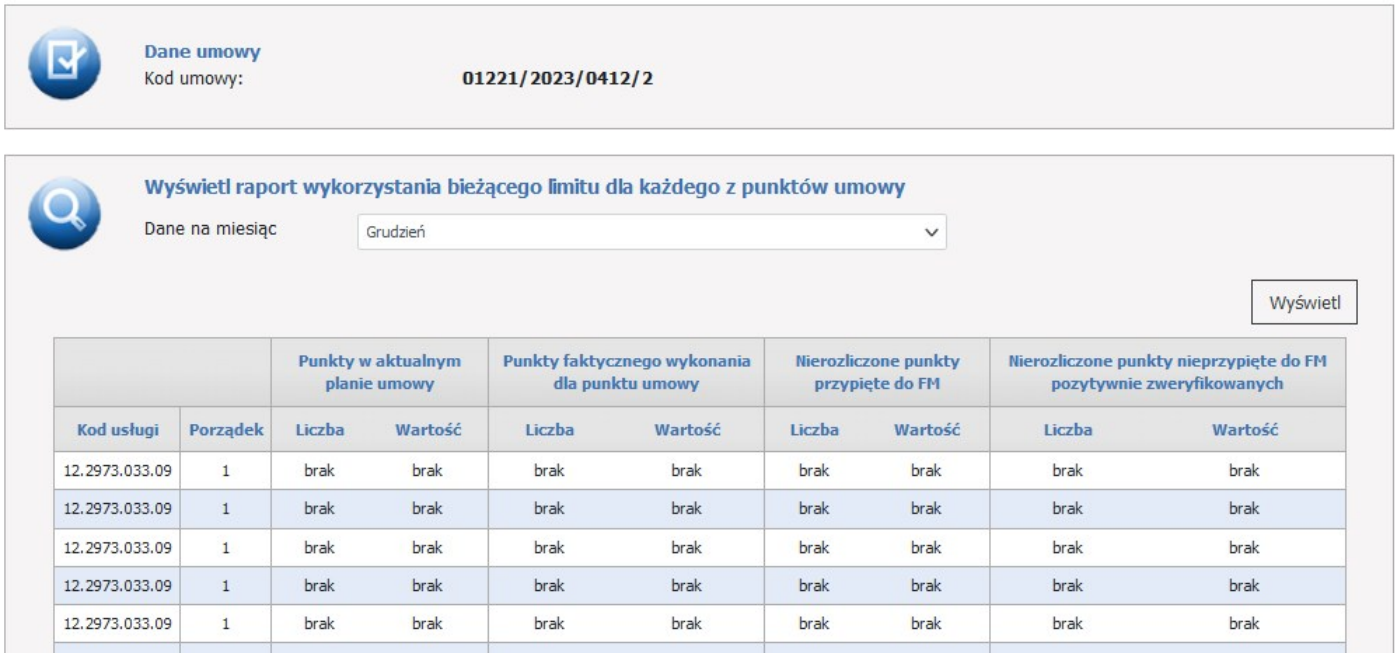


3. Dla ugody pozasądowej o statusie ***Ugoda do akceptacji*** po wybraniu przycisku **Szczegóły** na formatce pojawi się możliwość akceptacji bądź odrzucenia ugody (przyciski **Zaakceptuj** i **Odrzuć**). Wybranie **Zaakceptuj** spowoduje zmianę statusu ugody na ***Ugoda zaakceptowana***. Wybranie **Odrzuć** spowoduje

© 2026 Kamsoft S.A.

zmianę statusu ugody na ***Ugoda brak akceptacji***. Podczas akceptowania/odrzucania świadczeniodawca ma możliwość podania komentarza który jest opcjonalny.

4.2.2.3 Raport dla poszczególnych punktów umowy aktualnego wykorzystania bieżącego limitu



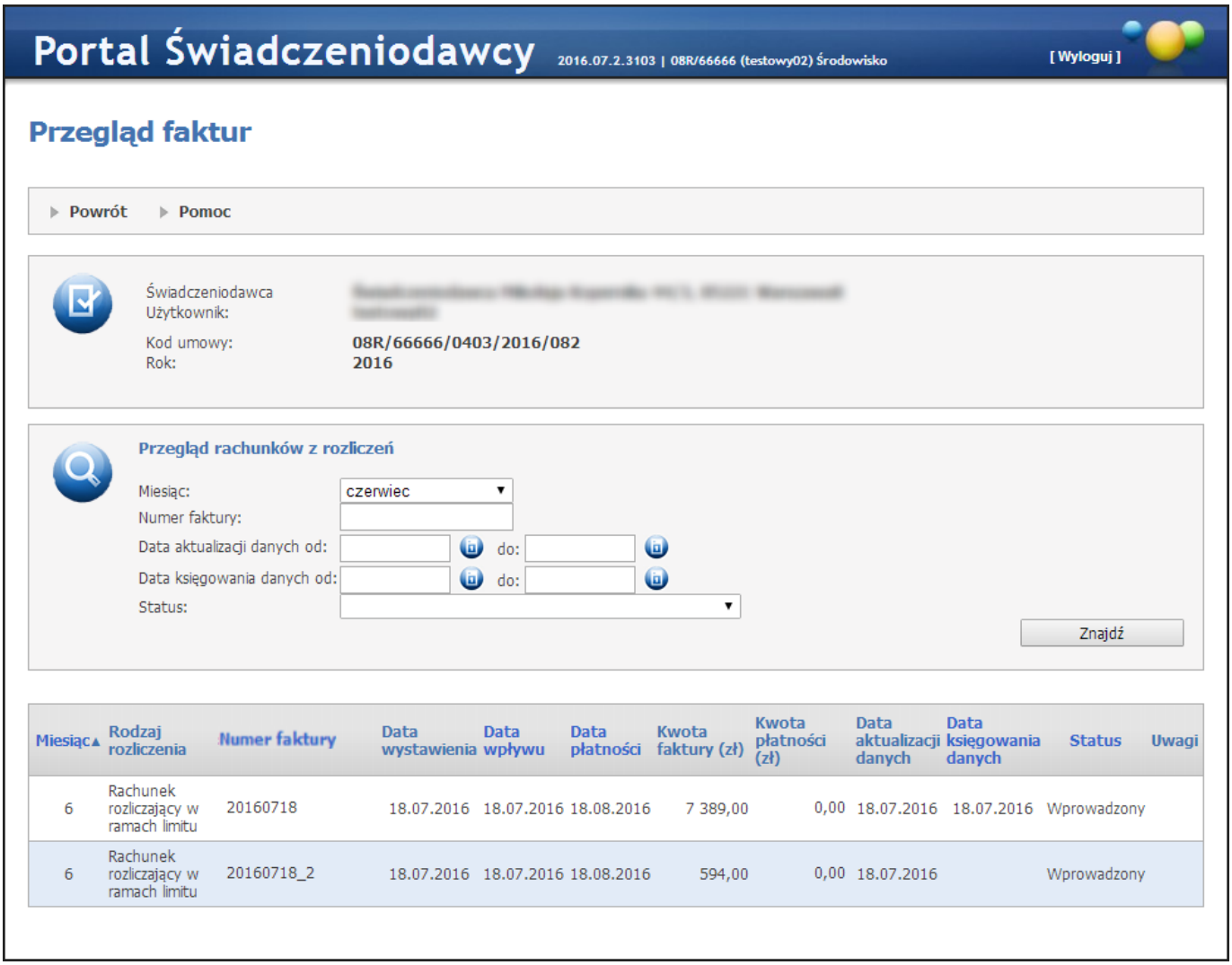
		Punkty w aktualnym planie umowy		Punkty faktycznego wykonania dla punktu umowy		Nierozliczone punkty przypięte do FM		Nierozliczone punkty nieprzypięte do FM pozytywnie zweryfikowanych	
Kod usługi	Porządek	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość
12.2973.033.09	1	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak
12.2973.033.09	1	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak
12.2973.033.09	1	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak
12.2973.033.09	1	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak
12.2973.033.09	1	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak	brak

Raport prezentuje dane aktualne na dzień jego wykonania oraz okresu od stycznia roku, którego dotyczy załącznik rzeczowo-finansowego do wybranego miesiąca końcowego.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.4 Faktury związane z rozliczaniem umowy

W tej opcji są prezentowane dane o rachunkach wprowadzonych do rozliczenia umowy (przegląd faktur związanych z rozliczaniem umowy). Funkcja ta dla umów o statusach innych niż: ***Umowa podpisana*** i ***Umowa rozwiązana*** jest niedostępna. Kwota płatności oraz data księgowania danych wypełniana jest w momencie uruchomienia funkcji przez operatora w oddziale zatwierdzania rachunku z wyliczeniem należnej kwoty do wypłaty.



W kolumnie ***Status*** mogą znajdować się następujące wartości:

- NULL - nic się nie wyświetla
- 1 - Wprowadzony
- 3 - Sprawdzony - oczekuje na korektę
- 5 - Zatwierdzony
- 7 - Sprawdzony pod względem formalno-rachunkowym
- 9 - Zaksięgowany
- 11 - Odrzucony
- 13 - Usunięty

Przycisk powoduje przejście do sprawozdania rozliczeniowego podpiętego pod rachunek.

W w kolumnie *Uwagi* jest dostępny przycisk **Szczegóły** gdy:

© 2026 Kamsoft S.A.

- rachunek posiada status ***Sprawdzony - oczekuje na korektę*** lub ***Odrzucony*** i rachunek posiada informację dla świadczeniodawcy;
- lub rachunek posiada nieprawidłowości o statusie ***Istniejąca***.

W przypadku nieprawidłowości, po kliknięciu na przycisku **Szczegóły** pojawi się okno z listą uwag/nieprawidłowości dla tego rachunku.

4.2.2.4.1 Przegląd sprawozdania rozliczeniowego

Pole produktu umożliwia filtrowanie po kodzie produktu kontraktowego, a pole wyboru Pokaż pozycje niezerowe lub wszystkie umożliwia zawężenie prezentowanych danych do pozycji, dla których kwota jest różna od 0 lub wyświetlenie wszystkich.

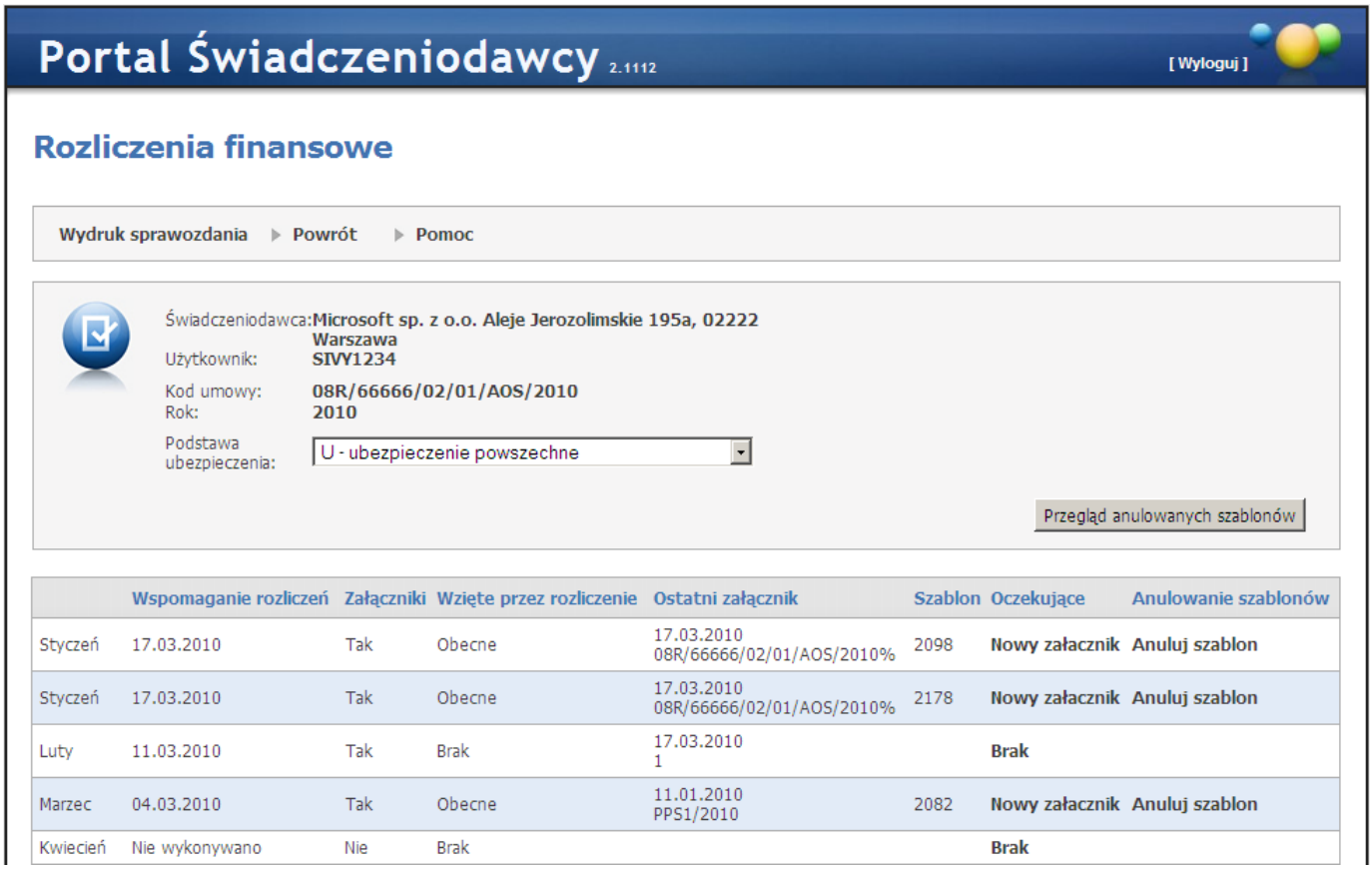
Przycisk z prawej strony okna powoduje rozwinięcie danych dotyczących szczegółów pozycji sprawozdania.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.5 Dane ze wspomagania rozliczeń

4.2.2.5.1 Do roku 2013

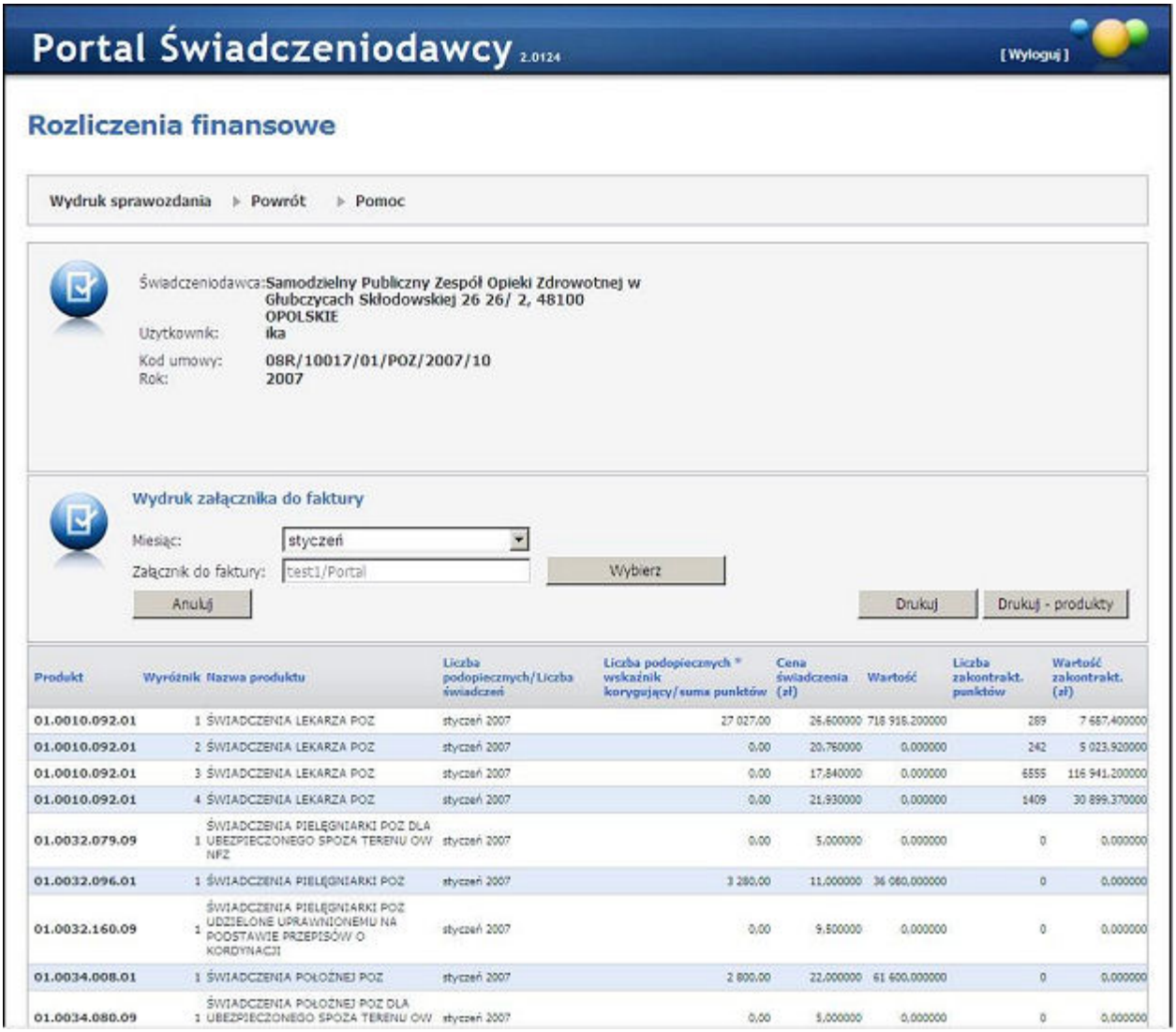
W opcji tej prezentowane są dane rozliczenia finansowego, przetworzone przez proces wspomagania rozliczeń w oddziale. Szczegóły prezentowane są w formie tabeli, w zestawieniu na cały rok. Funkcja ta dla umów o statusach innych niż: Umowa podpisana i Umowa rozwiązana jest niedostępna. Przycisk **Przegląd anulowanych szablonów** pozwala na przegląd wykonanych operacji kasowania szablonów rachunku" (dla świadczeń).



Dostępne są też przyciski funkcyjne:

- **Wydruk sprawozdania** - pozwala na przejście do strony, gdzie możliwe jest wywołanie funkcji drukowania po kliknięciu w przycisk **Drukuj**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występują następujące kolumny: "Rozliczana liczba punktów" oraz "Wartość rozliczana (zł)".

© 2026 Kamsoft S.A.

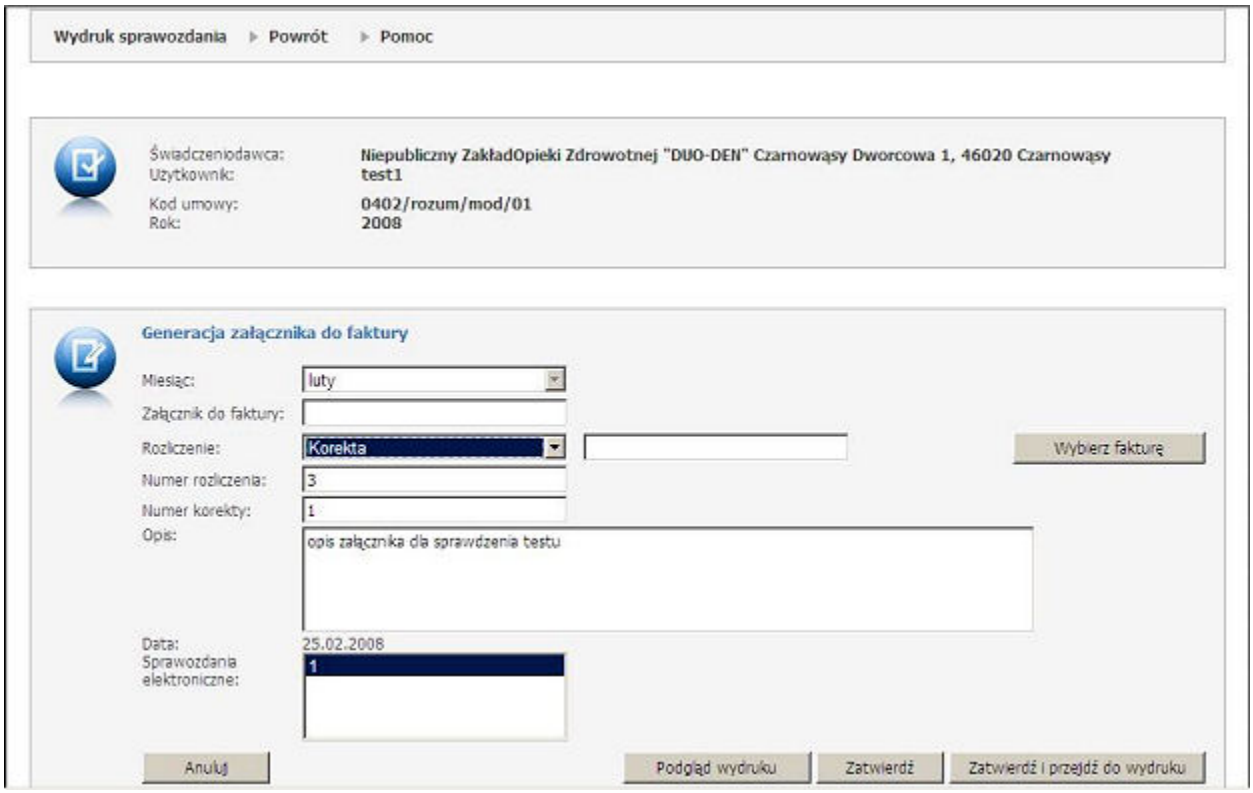


W ramach rozliczeń portalowych możliwe jest zdefiniowanie wydruku sprawozdania rozliczeniowego z dokładnością do produktów kontraktowych. Wywołanie funkcji drukowania umożliwia przycisk **Drukuj - produkty**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występuje kolumna "Rozliczona liczba punktów do miesiąca poprzedniego".

- **Powrót** pozwala na powrót do podstrony Informacje o umowach.

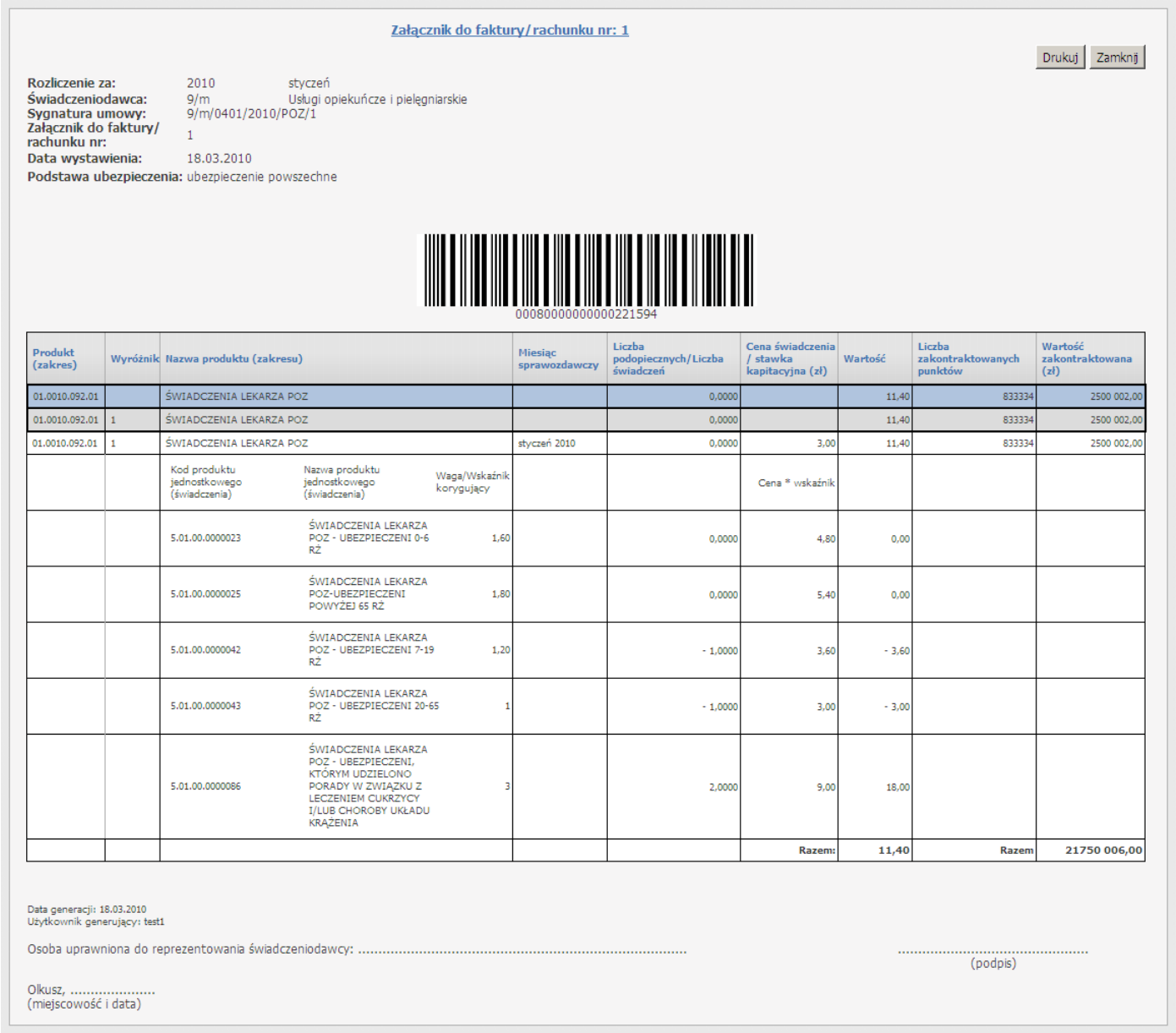
© 2026 Kamsoft S.A.

Proces wspomagania rozliczeń może być aktywowany przez samego Świadczeniodawcę z poziomu **Portalu Świadczeniodawcy**. Udostępniona funkcja umożliwia w ten sposób generowanie raportu rozliczeniowego w formie aktualnej. Dane te są zbiorcze dla całej umowy, niezależnie z ilu instalacji Pakietu Świadczeniodawcy pochodzą. W kolumnie Oczekujące prezentowana jest informacja czy są jakieś nowe dane do rozliczenia, jeżeli tak w komórce znajduje się tekst **Nowy załącznik**, jeżeli nie w komórce znajduje się tekst **Brak**. Kliknięcie w **Nowy załącznik** spowoduje automatyczne wykonanie wspomagania rozliczeń i wygenerowanie nowego załącznika dla wybranego miesiąca. Kliknięcie w **Brak** nie pociąga za sobą żadnych zmian.



W przypadku trybu wprowadzania załącznika do faktury, należy zaznaczyć pozycję sprawozdania elektronicznego. Pole Załącznik do faktury należy wypełnić (wprowadzić nr faktury). Wprowadzony załącznik może być formą rozliczenia podstawowego lub korektą (w przypadku gdy rozliczenie za dany miesiąc wymaga poprawy lub uzupełnienia - zostało zamknięte). W przypadku korekty pojawi się dodatkowy przycisk **Wybierz fakturę**, należy wskazać fakturę, której ta korekta dotyczy. W polu Opis można umieścić komentarz dodatkowy dotyczący załącznika. Kliknięcie **Zatwierdź** powoduje wprowadzenie pozycji. **Zatwierdź i przejdź do wydruku** umożliwia podgląd oraz wydruk załącznika - jak na rysunku poniżej.

© 2026 Kamsoft S.A.



Załącznik do faktury/rachunku nr: 1

Drukuj Zamknij

Rozliczenie za: 2010 styczeń
Świadczeniodawca: 9/m Usługi opiekuńcze i pielęgniarskie
Sygnatura umowy: 9/m/0401/2010/POZ/1
Załącznik do faktury/ rachunku nr: 1
Data wystawienia: 18.03.2010
Podstawa ubezpieczenia: ubezpieczenie powszechne

00080000000000221594

Produkt (zakres)	Wyróżnik	Nazwa produktu (zakresu)			Miesiąc sprawozdawczy	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Cena świadczenia / stawka kapitacyjna (zł)	Wartość	Liczba zakontraktowanych punktów	Wartość zakontraktowana (zł)
01.0010.092.01		ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ				0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ				0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ			styczeń 2010	0,0000	3,00	11,40	833334	2500 002,00
		Kod produktu jednostkowego (świadczenia)	Nazwa produktu jednostkowego (świadczenia)	Waga/Wskaźnik korygujący			Cena * wskaźnik			
		5.01.00.0000023	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 0-6 RŻ	1,60		0,0000	4,80	0,00		
		5.01.00.0000025	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RŻ	1,80		0,0000	5,40	0,00		
		5.01.00.0000042	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 7-19 RŻ	1,20		- 1,0000	3,60	- 3,60		
		5.01.00.0000043	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 20-65 RŻ	1		- 1,0000	3,00	- 3,00		
		5.01.00.0000086	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI, KTÓRYM UDZIELONO PORADY W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CUKRZYCY I/LUB CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	3		2,0000	9,00	18,00		
							Razem:	11,40	Razem	21750 006,00

Data generacji: 18.03.2010
Użytkownik generujący: test1

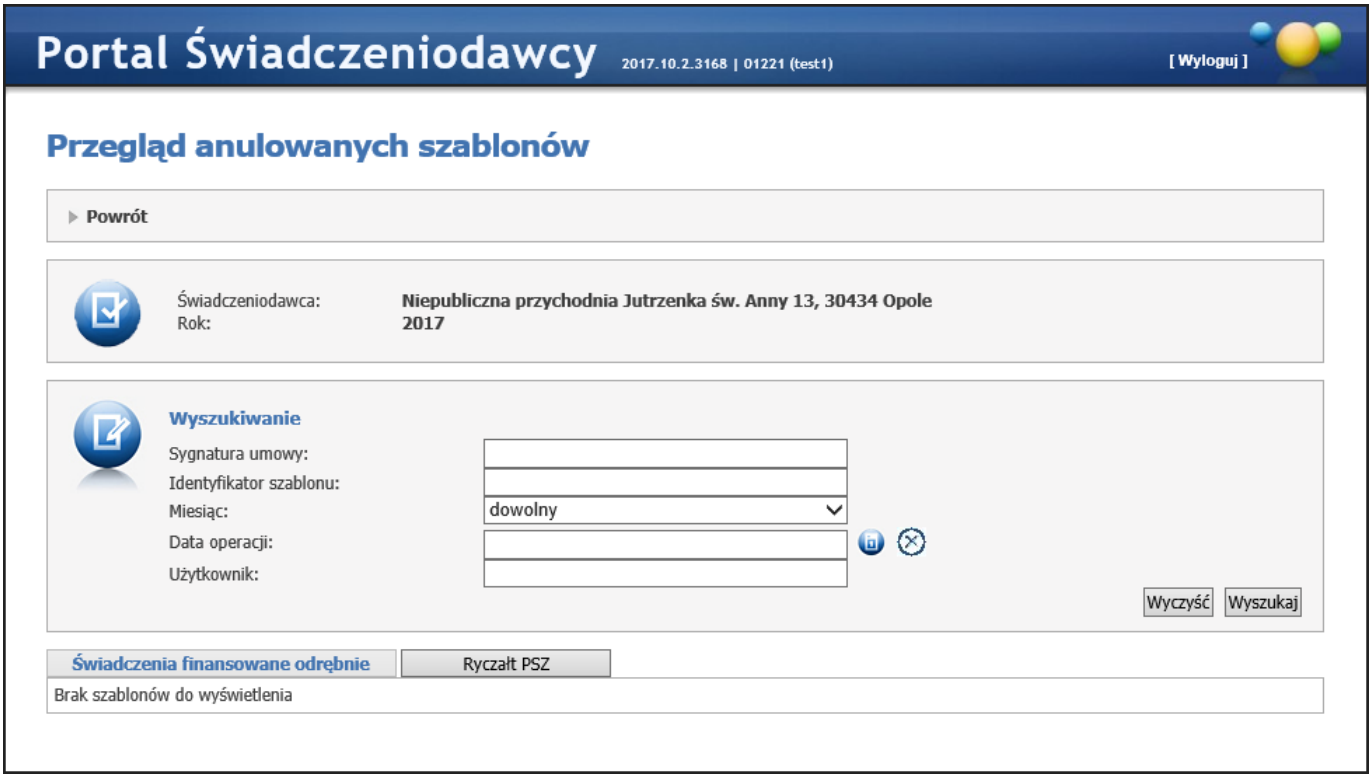
Osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy: ....
(podpis)

Olkusz, ...
(miejscowość i data)

Kliknięcie w odnośnik **Anuluj szablon** umożliwia anulowanie szablonu. Możliwość anulowania szablonu określana jest przez OW NFZ.

W oknie przeglądu anulowanych szablonów zawarte są o sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkowniku wykonującym operację skasowanego szablonu. Istnieje możliwość filtrowania i sortowania anulowanych szablonów po następujących atrybutach: sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkowniku wykonującym operację skasowanego szablonu.

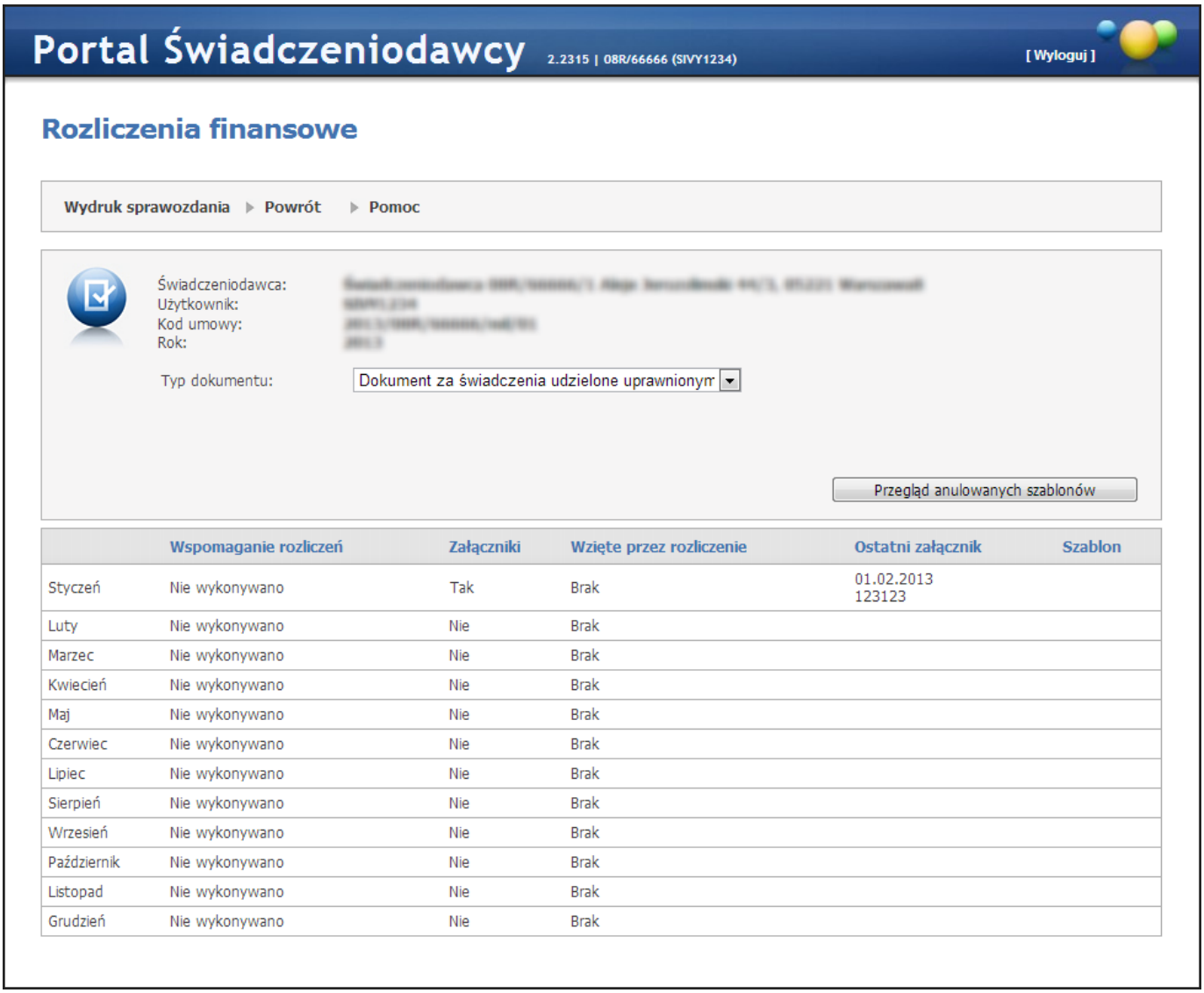
© 2026 Kamsoft S.A.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.5.2 Od roku 2013

W opcji tej prezentowane są dane rozliczenia finansowego, przetworzone przez proces wspomagania rozliczeń w oddziale. Szczegóły prezentowane są w formie tabeli, w zestawieniu na cały rok. Funkcja ta dla umów o statusach innych niż: Umowa podpisana i Umowa rozwiązana jest niedostępna. Przycisk **Przegląd anulowanych szablonów** pozwala na przegląd wykonanych operacji kasowania szablonów rachunku dla świadczeń finansowanych odrębnie oraz ryczałtu PSZ.

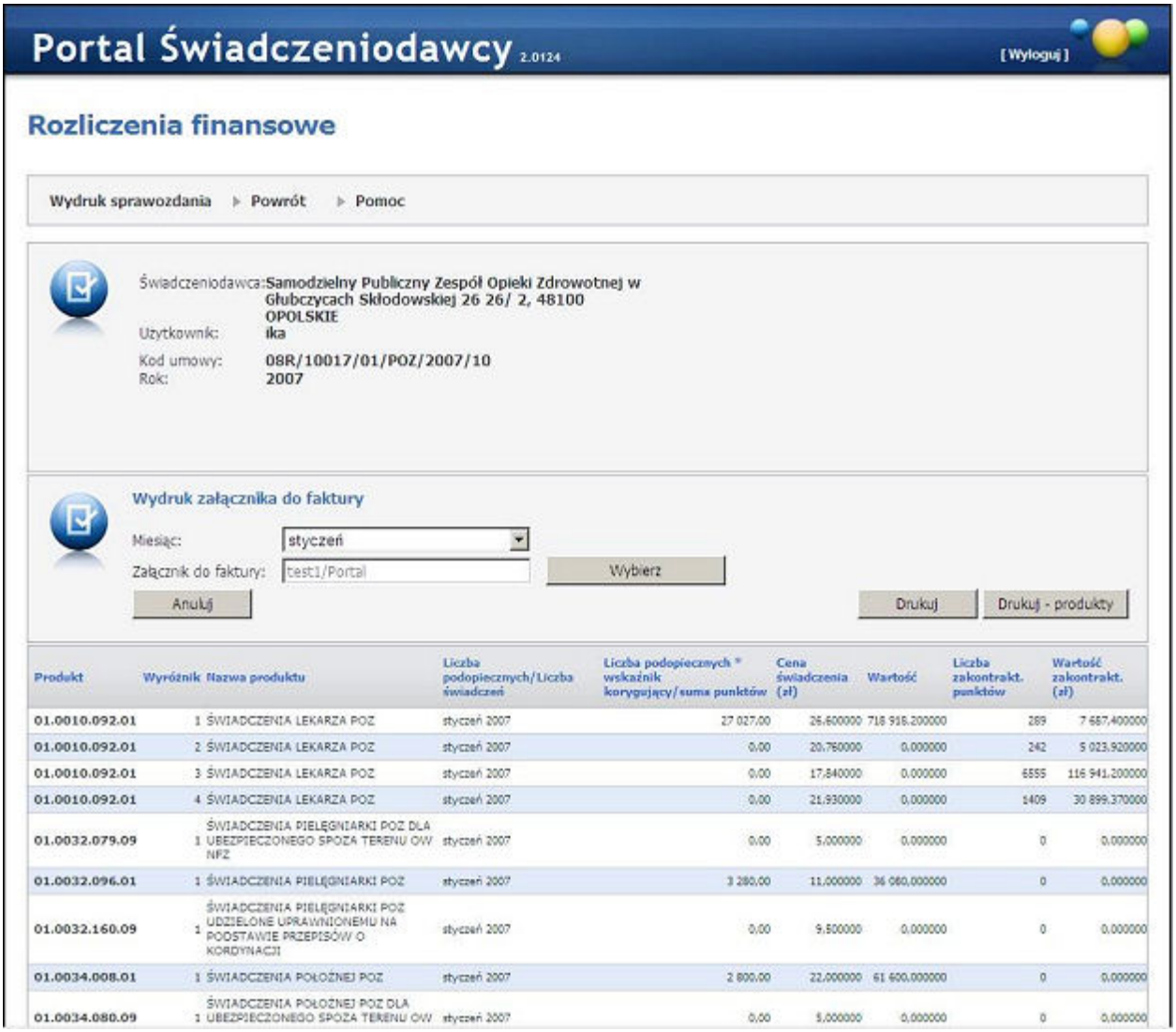


	Wspomaganie rozliczeń	Załączniki	Wzięte przez rozliczenie	Ostatni załącznik	Szablon
Styczeń	Nie wykonywano	Tak	Brak	01.02.2013 123123	
Luty	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Marzec	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Kwiecień	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Maj	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Czerwiec	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Lipiec	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Sierpień	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Wrzesień	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Październik	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Listopad	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Grudzień	Nie wykonywano	Nie	Brak		

Dostępne są też przyciski funkcyjne:

- **Wydruk sprawozdania** - pozwala na przejście do strony, gdzie możliwe jest wywołanie funkcji drukowania po kliknięciu w przycisk **Drukuj**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występują następujące kolumny: "Rozliczana liczba punktów" oraz "Wartość rozliczana (zł)".

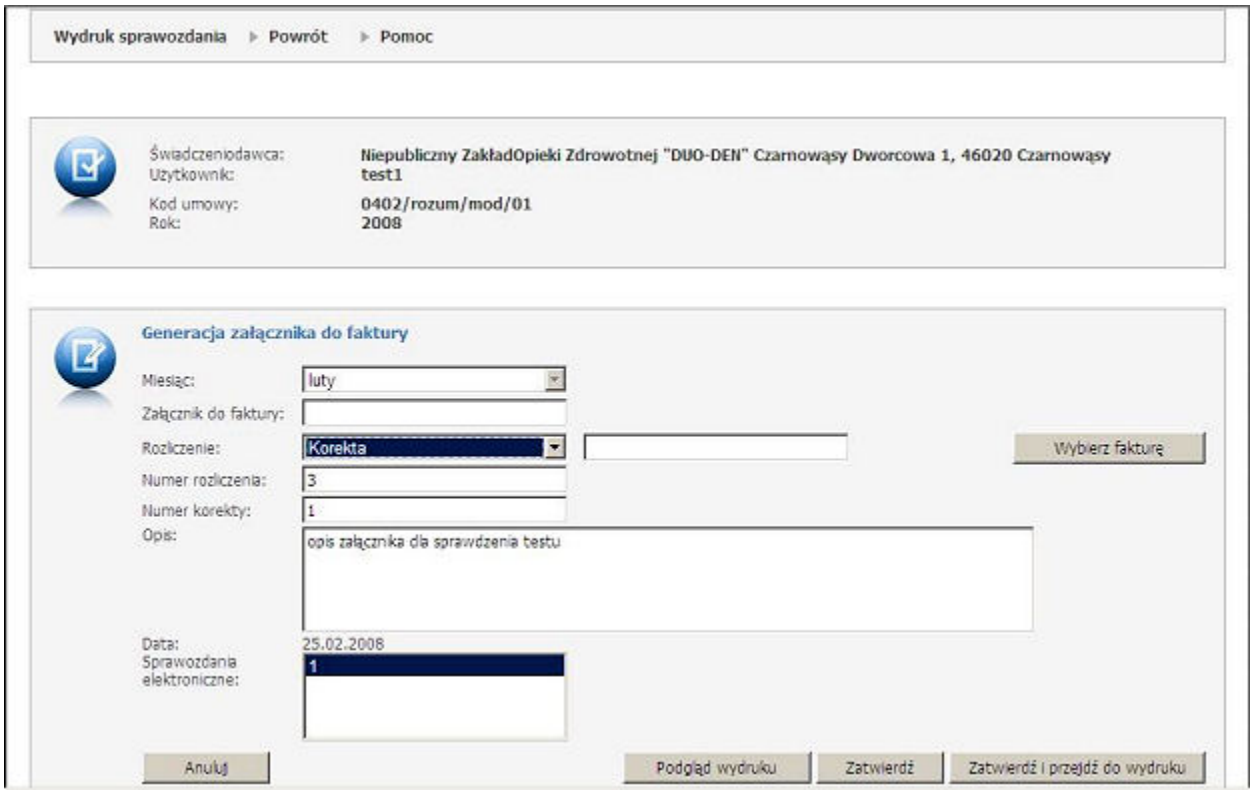
© 2026 Kamsoft S.A.



W ramach rozliczeń portalowych możliwe jest zdefiniowanie wydruku sprawozdania rozliczeniowego z dokładnością do produktów kontraktowych. Wywołanie funkcji drukowania umożliwia przycisk **Drukuj - produkty**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występuje kolumna "Rozliczona liczba punktów do miesiąca poprzedniego".

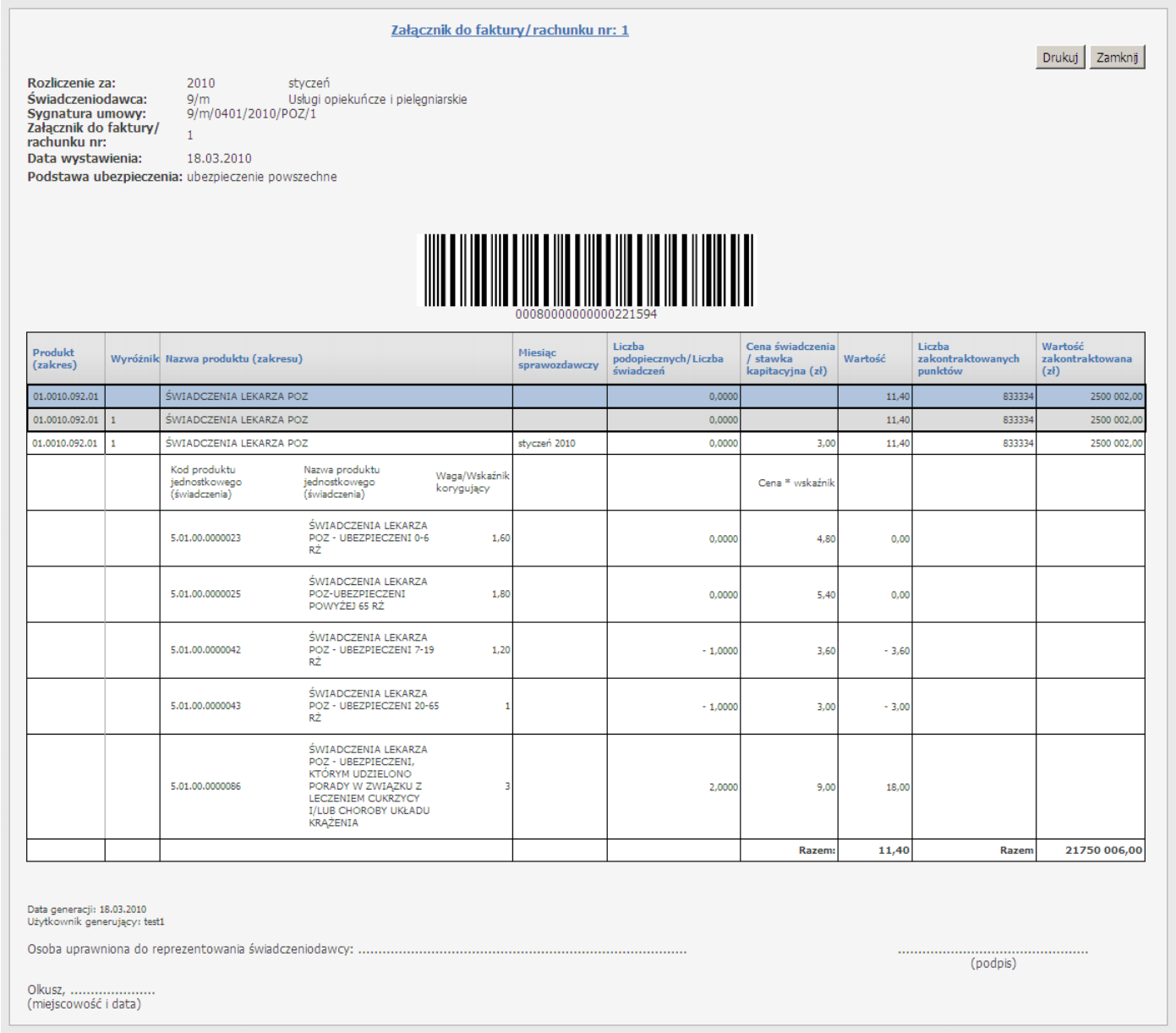
- **Powrót** pozwala na powrót do podstrony Informacje o umowach.

Proces wspomagania rozliczeń może być aktywowany przez samego Świadczeniodawcę z poziomu **Portalu Świadczeniodawcy**. Udostępniona funkcja umożliwia w ten sposób generowanie raportu rozliczeniowego w formie aktualnej. Dane te są zbiorcze dla całej umowy, niezależnie z ilu instalacji Pakietu Świadczeniodawcy pochodzą. W kolumnie Oczekujące prezentowana jest informacja czy są jakieś nowe dane do rozliczenia, jeżeli tak w komórce znajduje się tekst **Nowy załącznik**, jeżeli nie w komórce znajduje się tekst **Brak**. Kliknięcie w **Nowy załącznik** spowoduje automatyczne wykonanie wspomagania rozliczeń i wygenerowanie nowego załącznika dla wybranego miesiąca. Kliknięcie w **Brak** nie pociąga za sobą żadnych zmian.



W przypadku trybu wprowadzania załącznika do faktury, należy zaznaczyć pozycję sprawozdania elektronicznego. Pole Załącznik do faktury należy wypełnić (wprowadzić nr faktury). Wprowadzony załącznik może być formą rozliczenia podstawowego lub korektą (w przypadku gdy rozliczenie za dany miesiąc wymaga poprawy lub uzupełnienia - zostało zamknięte). W przypadku korekty pojawi się dodatkowy przycisk **Wybierz fakturę**, należy wskazać fakturę, której ta korekta dotyczy. W polu Opis można umieścić komentarz dodatkowy dotyczący załącznika. Kliknięcie **Zatwierdź** powoduje wprowadzenie pozycji. **Zatwierdź i przejdź do wydruku** umożliwia podgląd oraz wydruk załącznika - jak na rysunku poniżej.

© 2026 Kamsoft S.A.



Załącznik do faktury/rachunku nr: 1

Drukuj Zamknij

Rozliczenie za: 2010 styczeń
Świadczeniodawca: 9/m Usługi opiekuńcze i pielęgniarskie
Sygnatura umowy: 9/m/0401/2010/POZ/1
Załącznik do faktury/ rachunku nr: 1
Data wystawienia: 18.03.2010
Podstawa ubezpieczenia: ubezpieczenie powszechne

00080000000000221594

Produkt (zakres)	Wyróżnik	Nazwa produktu (zakresu)			Miesiąc sprawozdawczy	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Cena świadczenia / stawka kapitacyjna (zł)	Wartość	Liczba zakontraktowanych punktów	Wartość zakontraktowana (zł)
01.0010.092.01		ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ				0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ				0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ			styczeń 2010	0,0000	3,00	11,40	833334	2500 002,00
		Kod produktu jednostkowego (świadczenia)	Nazwa produktu jednostkowego (świadczenia)	Waga/Wskaźnik korygujący			Cena * wskaźnik			
		5.01.00.0000023	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 0-6 RŻ	1,60		0,0000	4,80	0,00		
		5.01.00.0000025	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RŻ	1,80		0,0000	5,40	0,00		
		5.01.00.0000042	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 7-19 RŻ	1,20		- 1,0000	3,60	- 3,60		
		5.01.00.0000043	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 20-65 RŻ	1		- 1,0000	3,00	- 3,00		
		5.01.00.0000086	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI, KTÓRYM UDZIELONO PORADY W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CUKRZYCY I/LUB CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	3		2,0000	9,00	18,00		
							Razem:	11,40	Razem	21750 006,00

Data generacji: 18.03.2010
Użytkownik generujący: test1

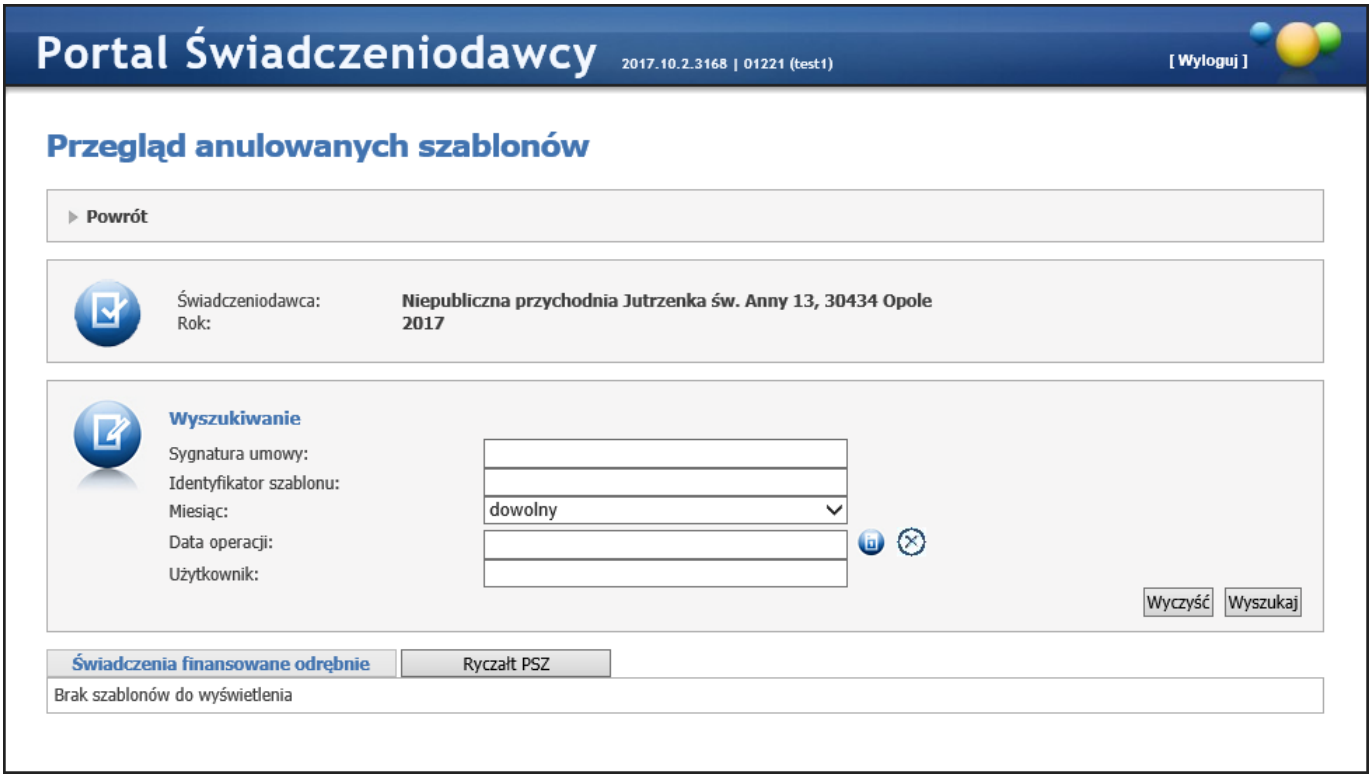
Osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy: ....
(podpis)

Olkusz, ...
(miejscowość i data)

Kliknięcie w odnośnik **Anuluj szablon** umożliwia anulowanie szablonu. Możliwość anulowania szablonu określana jest przez OW NFZ.

W oknie przeglądu anulowanych szablonów zawarte są informacje o sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkowniku wykonującym operację skasowanego szablonu. Istnieje możliwość filtrowania i sortowania anulowanych szablonów po następujących atrybutach: sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkowniku wykonującym operację skasowanego szablonu.

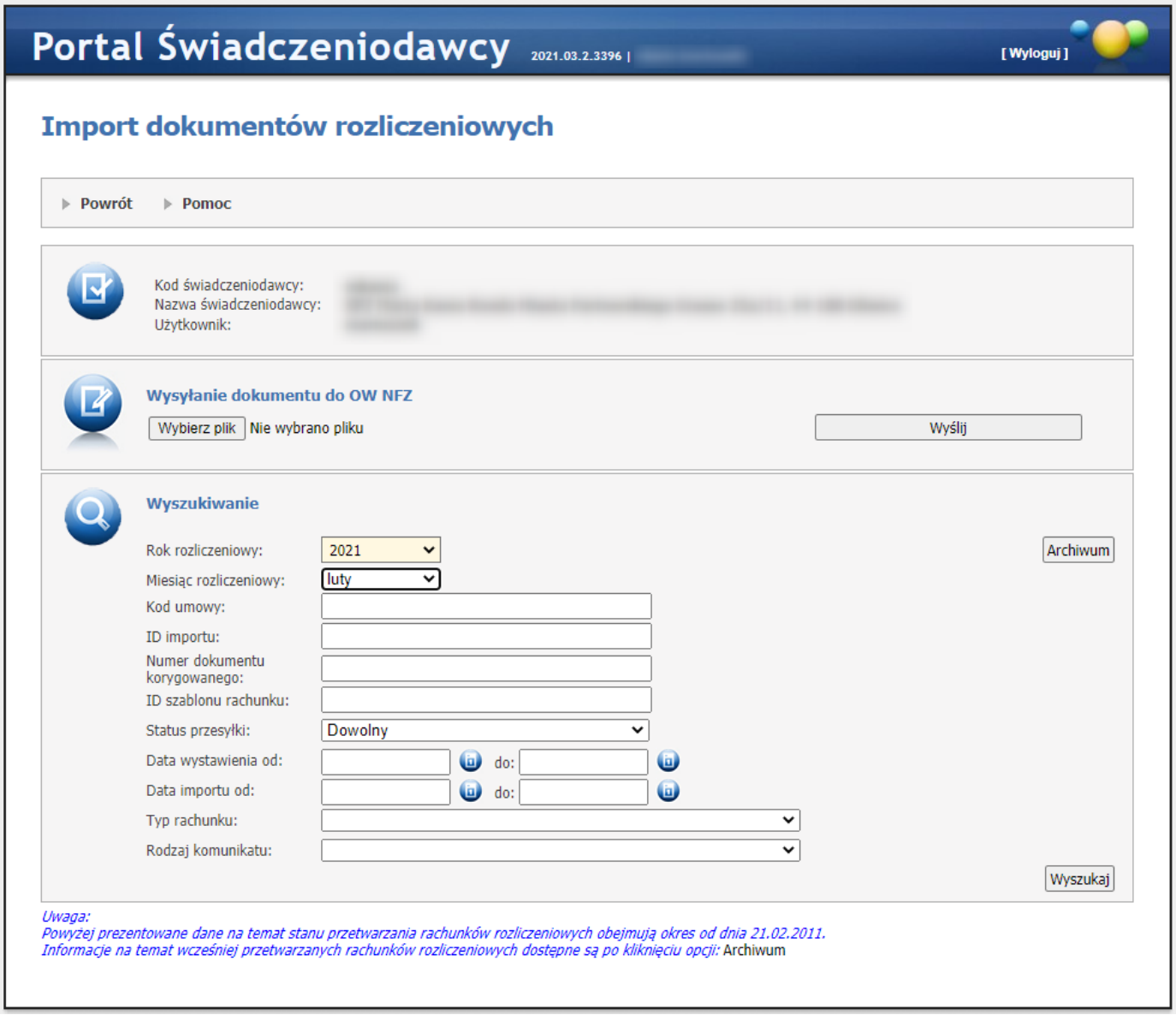
© 2026 Kamsoft S.A.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.6 Import dokumentów rozliczeniowych

Na stronie ***Import dokumentów rozliczeniowych*** możliwy jest import plików REF, uprzednio wygenerowanych przez aplikację rozliczeniową świadczeniodawcy.



Aby wysłać plik należy kliknąć przycisk **Przeglądaj.** W nowootwartej formatce wskazać plik do importu, po czym kliknąć **Otwórz**. Przyciskiem **Importuj dokument rozliczeniowy** dokonuje się właściwego importu plików do O.W. NFZ.

Na formatce filtr *Rok* ustawiany jest automatycznie na rok bieżący. Po prawej stronie błędnie zaimportowanych plików pokaże się link ***Lista błędów*** zawierający informacje o błędach w konkretnej przesyłce.

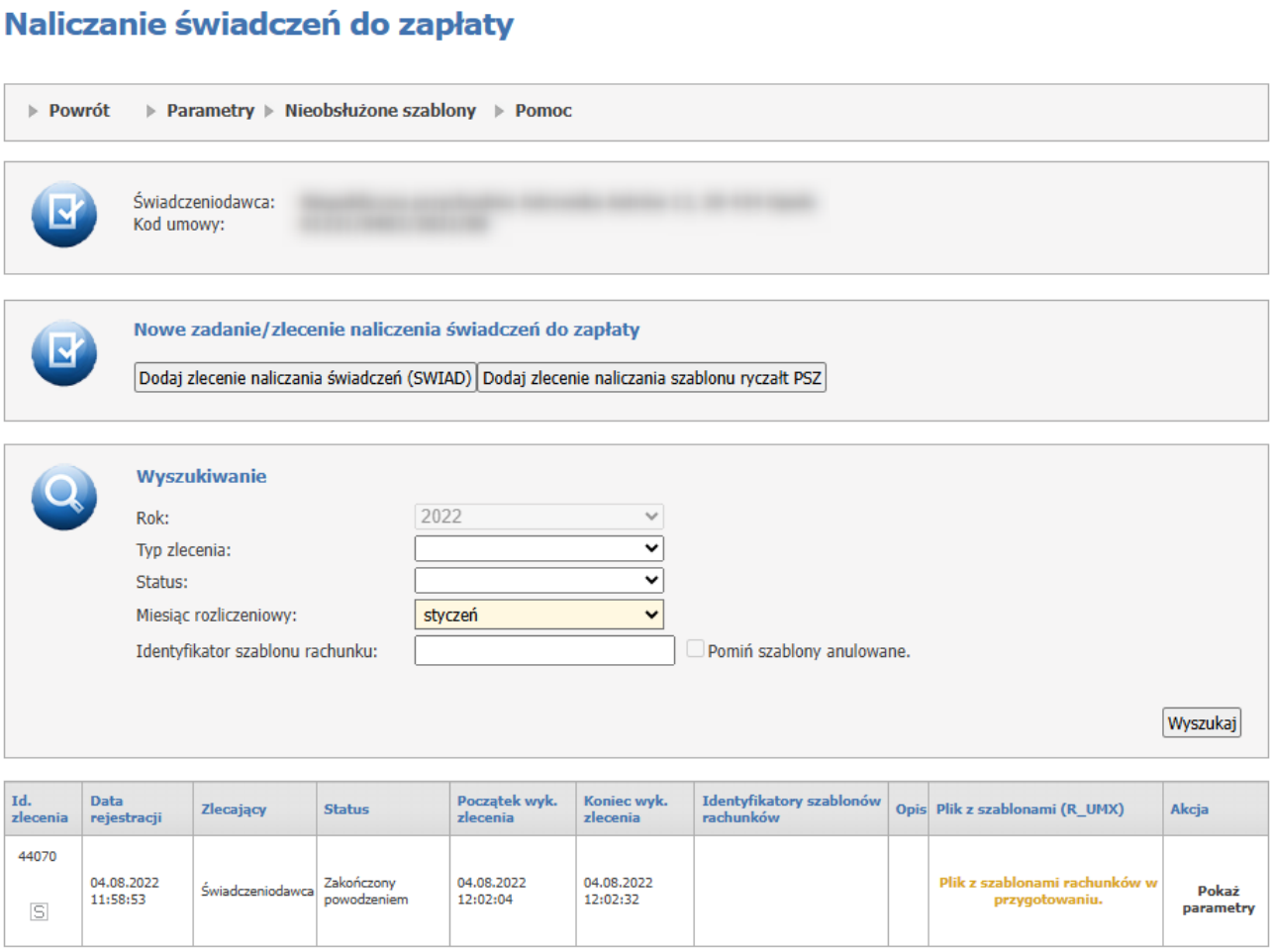
W przypadku, gdy import pliku trwa dłużej niż minutę pojawi się komunikat *"Trwa import komunikatu, aktualny status importu jest widoczny w kolumnie 'Status importu'"*.

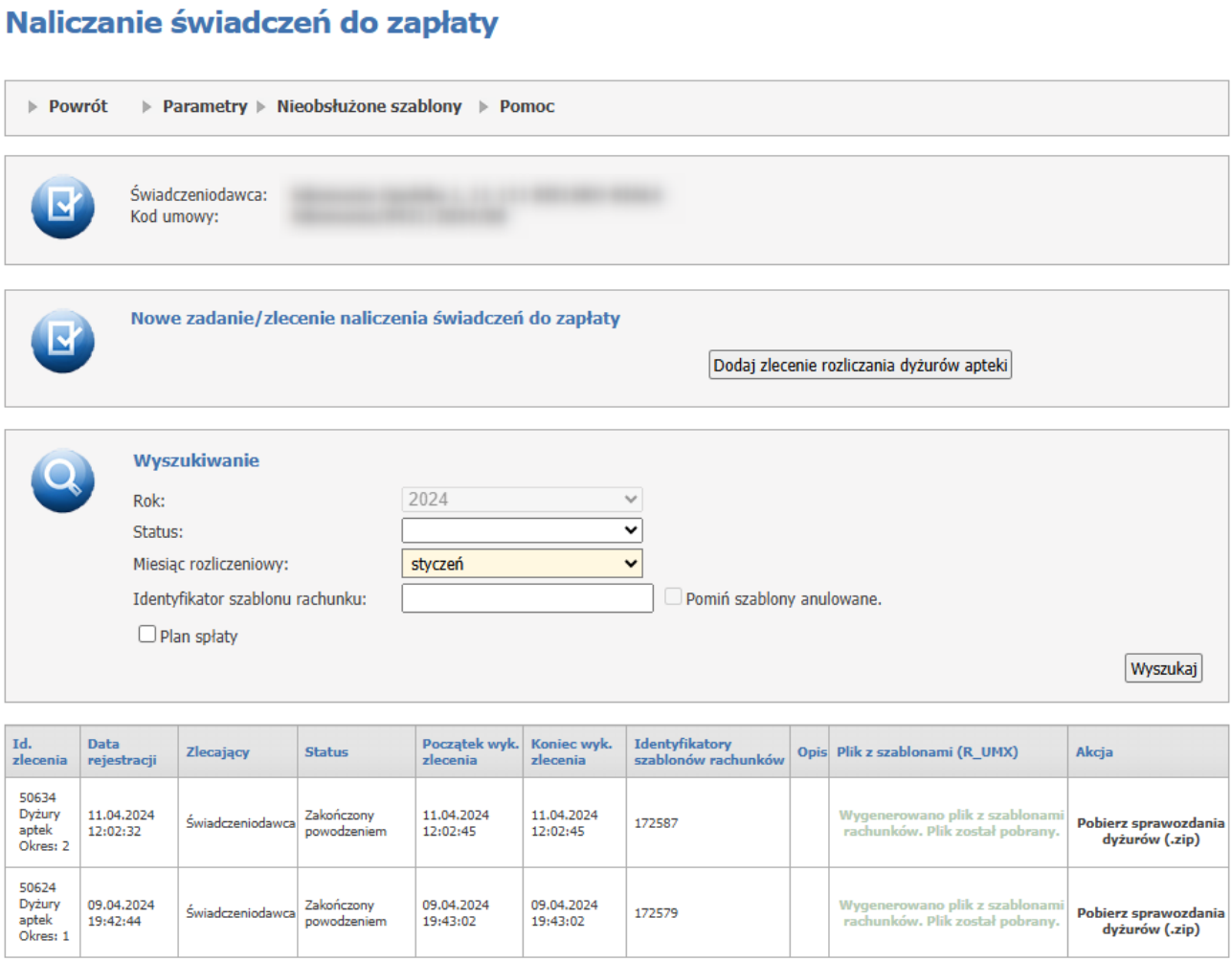
W kolumnie *Id szablonu rachunku* jest prezentowany status rachunku. Dla statusu ***Sprawdzony oczekuje na korektę*** pod statusem znajduje się przycisk **Szczegóły**, po naciśnięciu którego zostanie wyświetlony komunikat z opisem nieprawidłowości wykazanych na rachunku. Jeśli dla danego rachunku brak takiego komunikatu to przycisk **Szczegóły** nie będzie widoczny.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.7 Naliczanie świadczeń do zapłaty

Na stronie ***Naliczanie świadczeń do zapłaty*** dostępne są przyciski umożliwiające dodanie nowego zlecenia naliczania świadczeń SWIAD, WYKBAD, szablonu ryczałtu PSZ oraz wyniki naliczania świadczeń.



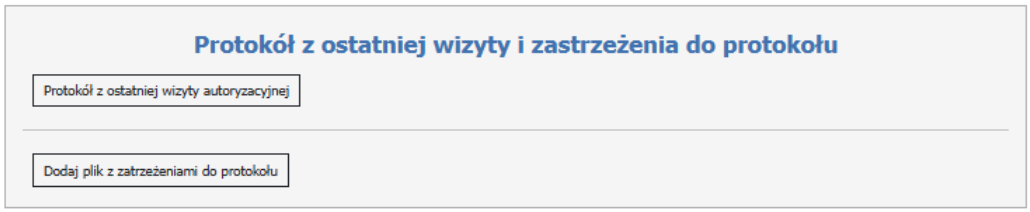


Naliczanie świadczeń dla apteki

Wwprowadzono możliwość zlecenia zadania naliczania świadczeń zaimportowanych z systemu P1 (CeZ).
Zlecenie naliczania możliwe jest dla świadczeń od roku 2025 i skutkować będzie wygenerowaniem szablonów rachunków dla zakresów:

1. 18.7110.001.02 - PROFILAKTYKA 40 PLUS
2. 01.0010.128.11 - SZCZEPIENIA OCHRONNE SPRAWOZDAWANE NA PODSTAWIE E-KARTY SZCZEPIEŃ

Na przeglądzie listy umów świadczeniodawcy dostępny jest odnośnik "Szablony rachunków", który umożliwia przejście na przegląd, z którego można zlecić zadanie naliczania świadczeń P1. Na przeglądzie tym istnieje również możliwość przejścia na przegląd pozycji pominiętych podczas generowania (np. ze względu na przekroczone limity bądź negatywny wynik weryfikacji).



Zlecenie naliczania świadczeń (P1)

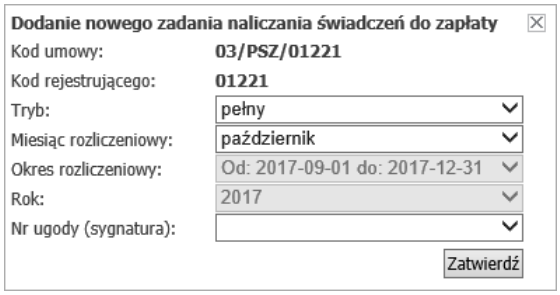
Naliczanie świadczeń można zlecić dla numeru umowy podstawowej, dla numeru ugody, planu spłaty lub aneksu FM.

© 2026 Kamsoft S.A.

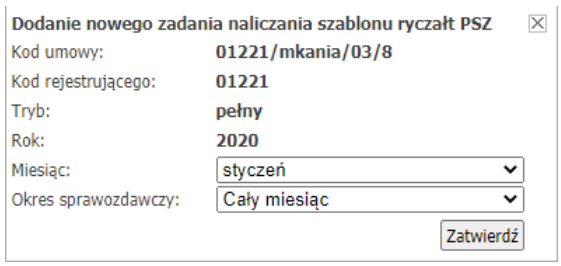
Wybór naliczenia świadczeń dla planu spłaty wymaga wybrania z listy rozwijanej dodatkowych pól:
- Kod PPF - nieobligatoryjnie,
- Kod usługi, porządek - nieobligatoryjnie,
- Kwota - wymagana.

Naliczanie świadczeń.

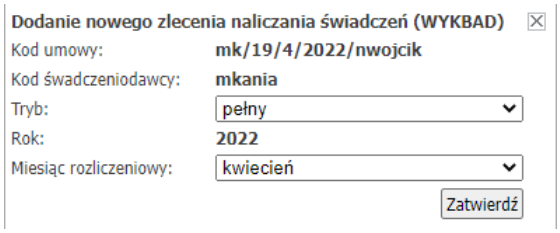
Po kliknięciu **Dodaj zlecenie naliczenia świadczeń (SWIAD) / Dodaj zlecenie naliczania szablonu ryczałt PSZ / Dodaj zlecenie naliczania świadczeń (WYKBAD) / Dodaj zlecenie rozliczania dyżurów apteki**, otworzy się okienko pozwalające na dodanie zlecenia naliczania. W okienku możliwy jest wybór miesiąca rozliczeniowego, którego ma dotyczyć zlecenie.
Dla naliczania świadczeń WYKBAD można pobierać R_UMX w formacie ZIP.



Dla zlecenia naliczania świadczeń

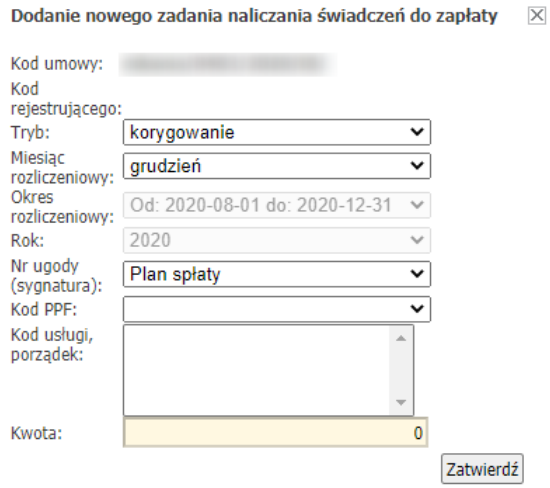


Dla zlecenia naliczania szablonu ryczałt PSZ

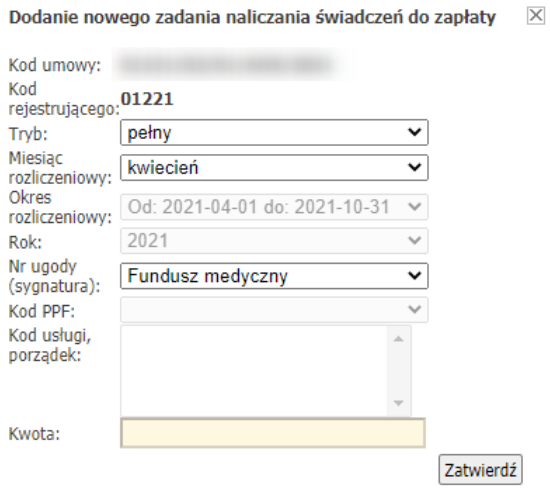


Dla zlecenia naliczania świadczeń WYKBAD

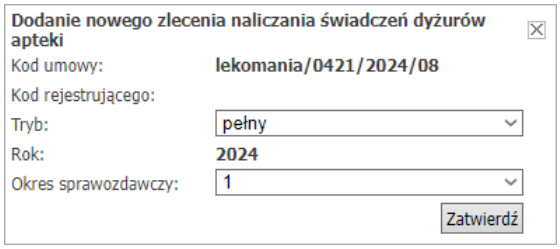
© 2026 Kamsoft S.A.



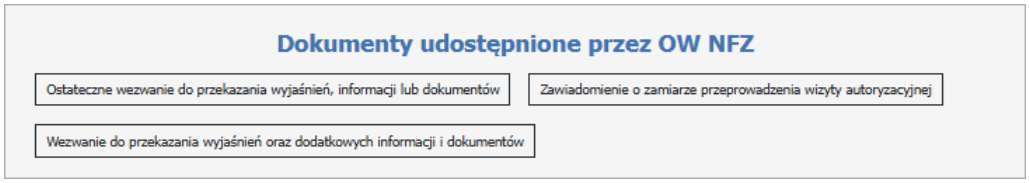
Dla zlecenia naliczania planu spłaty



Dla zlecenia naliczenia funduszu medycznego



Dla zlecenia rozliczania dyżurów apteki



Dla zlecenia naliczania świadczeń (P1)

Uruchomienie zadania naliczania świadczeń z miesiącem rozliczeniowym późniejszym (np. lipiec) niż aktualny okres rozliczeniowy FM (np. styczeń-czerwiec) spowoduje zaprzestanie wywoływania funkcji oznaczającej świadczenia ponadlimitowe dla dzieci do rozliczenia z FM za styczeń-czerwiec. Jeśli zatem w bazie danych OW istnieją sprawozdane, pozytywnie zweryfikowane i nierozliczone świadczenia udzielone dzieciom do 18 roku życia, które powinny zostać wskazane do rozliczenia z FM, w celu wskazania tych świadczeń należy, przed naliczeniem za lipiec, ponownie uruchomić zlecenie naliczania za miesiąc wcześniejszy (czerwiec).

© 2026 Kamsoft S.A.

Wykonanie bilingu z podanym miesiącem spowoduje, że pozycje rozliczeniowe dotyczące osób do 18 roku życia, sprawozdane w okresie sprawozdawczym należącym do przedziału miesięcy: 1- 6, dotychczas nierozliczone, spełniające warunki rozliczenia oraz nie wyodrębnione do rozliczenia w ramach FM nie będą przedmiotem rozliczenia w ramach zakończonego okresu rozliczeń FM. Jeżeli chcesz dokonać ich wyodrębnienia do rozliczenia w ramach FM konieczne jest zlecenie bilingu z miesiącem wcześniejszym niż obecnie wybrany miesiąc naliczania. Czy przerwać operację?

Tak | Nie

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
1119 S	2011-02-16 11:47:02	Świadczeniodawca	Oczekujący			Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Dla aktualnego statusu zlecenia plik odpowiedzi nie jest dostępny	Anuluj
949 S	2011-02-10 10:33:00	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2011-02-10 10:33:41	2011-02-10 10:33:43	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
667 S	2011-02-07 12:43:22	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2011-02-07 12:43:29	2011-02-07 12:43:29	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
533 S	2011-02-02 11:52:50	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2011-02-02 11:53:02	2011-02-02 11:53:05	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
431 S	2011-01-25 10:19:37	OW NFZ	Zakończony błędem	2011-01-25 10:53:05	2011-01-25 10:53:07	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak	Wystąpił techniczny błąd systemu. Prosimy o kontakt z administratorem. (-4063)	Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
352 S	2011-01-20 13:06:37	Świadczeniodawca	Zakończony błędem	2011-01-20 14:00:27	2011-01-20 14:00:27	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak	Wystąpił techniczny błąd systemu. Prosimy o kontakt z administratorem.(-1)	Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	Anuluj
351 S	2011-01-20 12:54:29	Świadczeniodawca	Anulowane			Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	

Dla zlecenia naliczania świadczeń

© 2026 Kamsoft S.A.

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk. zlecenia	Koniec wyk. zlecenia	Identyfikatory szablonów rachunków	Opis	Plik z szablonami (R_UMX)	Akcja
29330 Ryczałt PSZ	2017-10-15 12:27:00	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2017-10-15 12:27:15	2017-10-15 12:27:15		Nie można wygenerować szablonu. W danym okresie brak sprawozdanej co najmniej jednej pozycji rozliczeniowej spełniającej odpowiednie wymagania.	Nie wygenerowano pliku z szablonami rachunków.	
29290 Ryczałt PSZ	2017-10-13 15:01:42	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2017-10-13 15:02:11	2017-10-13 15:02:12	22122 22123		Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Pobierz plik.	
29258 Ryczałt PSZ	2017-10-12 12:02:50	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2017-10-12 12:03:15	2017-10-12 12:03:15	22111		Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Plik został pobrany.	
29256 Ryczałt PSZ	2017-10-12 11:30:43	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2017-10-12 11:31:02	2017-10-12 11:31:02	22110	Dla drugiej połowy miesiąca: Nie można wygenerować szablonu korygującego. Nie utworzono jeszcze rachunku do szablonu podstawowego. Dla pierwszej połowy miesiąca: wygenerowano szablon korygujący.	Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Plik został pobrany.	
29232 Ryczałt PSZ	2017-10-11 11:42:29	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2017-10-11 11:42:55	2017-10-11 11:42:55	22070	Nie można wygenerować szablonu korygującego. Nie utworzono jeszcze rachunku do szablonu podstawowego.	Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Pobierz plik.	
29152 Ryczałt PSZ	2017-09-30 01:01:00	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2017-09-30 01:01:00	2017-09-30 01:01:00	21945		Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Plik został pobrany.	
29134 Ryczałt PSZ	2017-10-05 15:35:56	Świadczeniodawca	Zakończony błędem	2017-10-05 15:36:13	2017-10-05 15:36:13		Wystąpił techniczny błąd.	Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	Anuluj

Dla zlecenia naliczania szablonu ryczałt PSZ

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk. zlecenia	Koniec wyk. zlecenia	Identyfikatory szablonów rachunków	Opis	Plik z szablonami (R_UMX)	Akcja
42023 Świadczenia WYKBAD S	2022-04-26 10:52:04	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-04-26 10:52:17	2022-04-26 10:52:17			Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	
41863 Świadczenia WYKBAD S	2022-04-21 12:07:15	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-04-21 12:07:26	2022-04-21 12:07:27			Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	
41861 Świadczenia WYKBAD S	2022-04-21 12:03:58	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-04-21 12:04:19	2022-04-21 12:04:36			Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	
41857 Świadczenia WYKBAD S	2022-04-21 10:37:58	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-04-21 10:38:17	2022-04-21 10:38:18			Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	
41856 Świadczenia WYKBAD S	2022-04-21 10:37:26	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-04-21 10:37:47	2022-04-21 10:37:48			Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	
41855 Świadczenia WYKBAD S	2022-04-21 10:36:56	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-04-21 10:37:15	2022-04-21 10:37:16			Dla aktualnego statusu zlecenia plik z szablonami nie jest dostępny.	

Dla zlecenia naliczania świadczeń WYKBAD

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk. zlecenia	Koniec wyk. zlecenia	Identyfikatory szablonów rachunków	Opis	Plik z szablonami (R_UMX)	Akcja
50634 Dyżury aptek Okres: 2	2024-04-11 12:02:32	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2024-04-11 12:02:45	2024-04-11 12:02:45			Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Pobierz plik.	Pobierz sprawozdania dyzurów (.zip)
50624 Dyżury aptek Okres: 1	2024-04-09 19:42:44	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2024-04-09 19:43:02	2024-04-09 19:43:02			Wygenerowano plik z szablonami rachunków. Plik został pobrany.	Pobierz sprawozdania dyzurów (.zip)

Dla zlecenia rozliczania dyżurów apteki

© 2026 Kamsoft S.A.

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

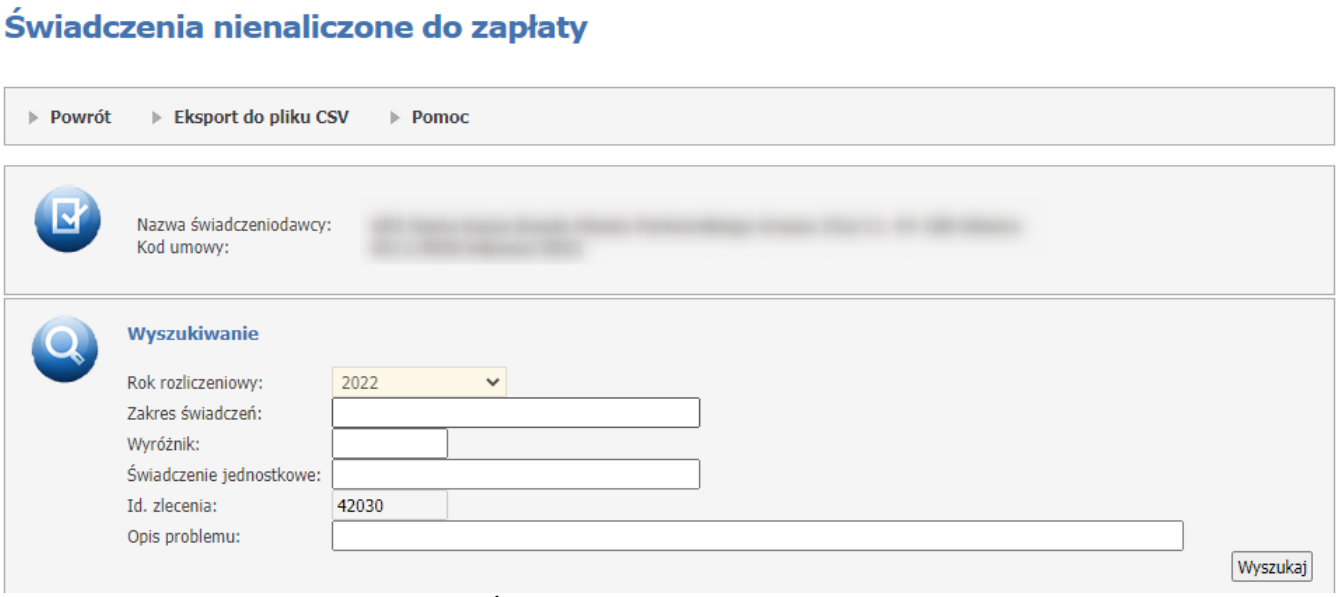
Po pozytywnym przetworzeniu zadania w kolumnie *Plik odpowiedzi* znajdować się będzie plik odpowiedzi R_UMX, który można pobrać.

W tabeli dotyczącej zlecenia rozliczania dyżurów aptek odnośnik **Pobierz sprawozdania dyżurów** znajdujący się w kolumnie *Akcja* umożliwia pobranie w postaci archiwum ZIP sprawozdań z dyżurów (w formacie PDF), które należy podpisać oraz przesłać jako załącznik do faktury.

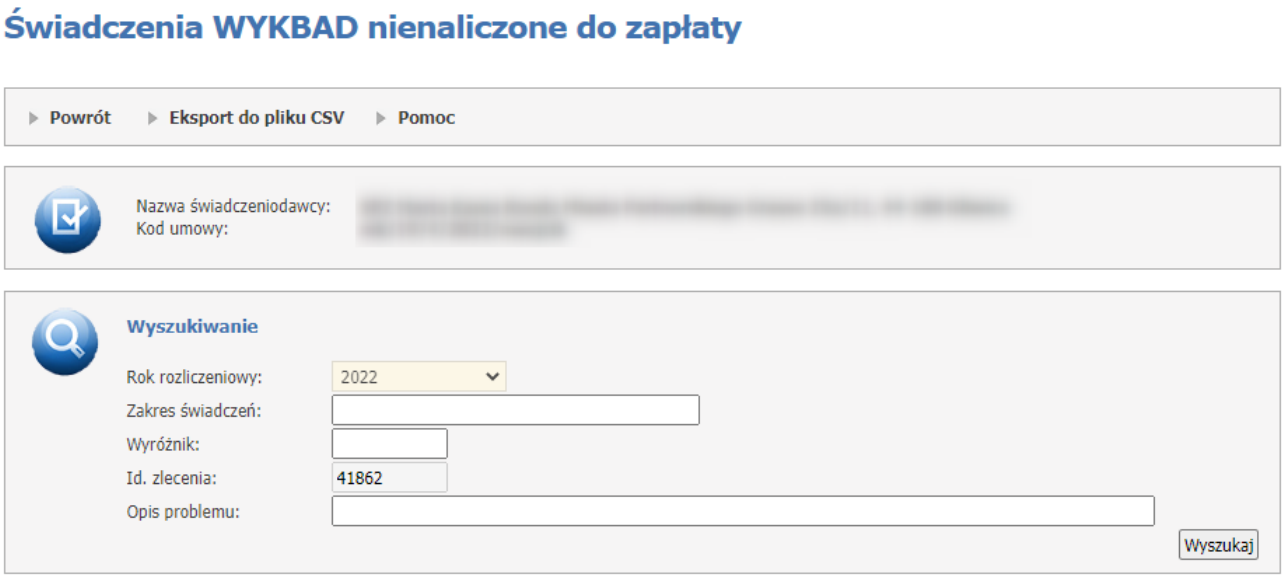
Klikając S znajdujący się w pierwszej kolumnie tabeli, operator ma możliwość przeglądu świadczeń nienaliczonych do zapłaty dla świadczeń **SWIAD** oraz **WYKBAD**.

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk. zlecenia	Koniec wyk. zlecenia	Identyfikatory szablonów rachunków	Opis	Plik z szablonami (R_UMX)	Akcja
41216 S	2022-03-28 14:13:14	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2022-03-28 14:14:18	2022-03-28 14:14:18			Nie wygenerowano pliku z szablonami rachunków.	Pokaż parametry

Na przeglądzie tych świadczeń możliwy jest eksport do pliku CSV.

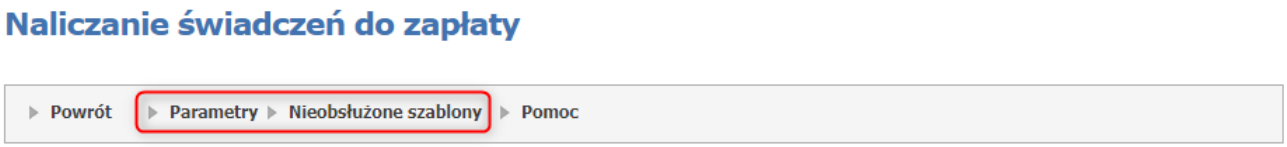


Świadczenia nienaliczone do zapłaty



Świadczenia WYKBAD nienaliczone do zapłaty

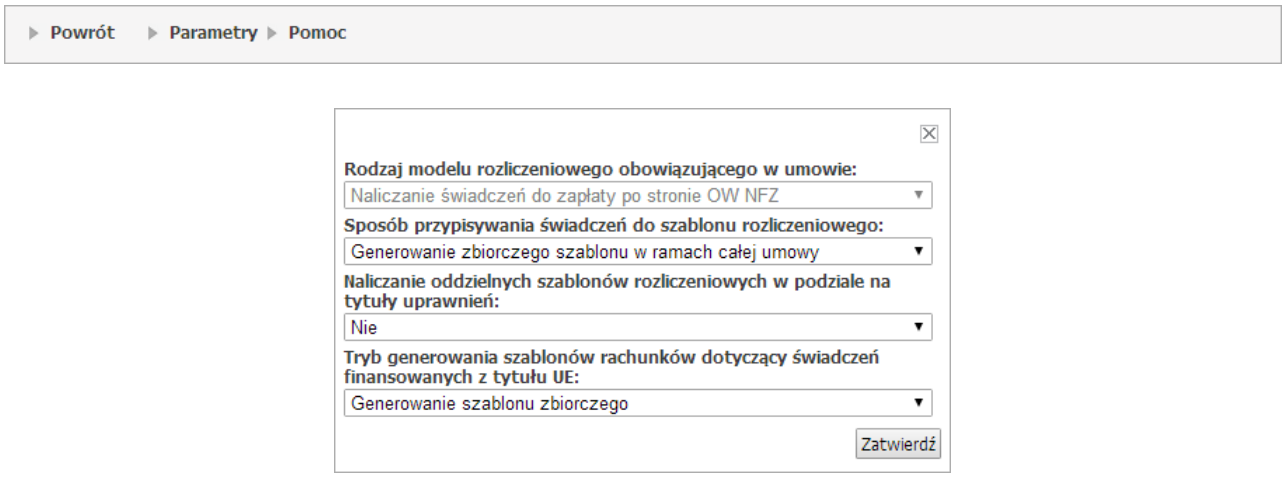
W górnej części okna znajdują się linki, prowadzące do funkcjonalności.



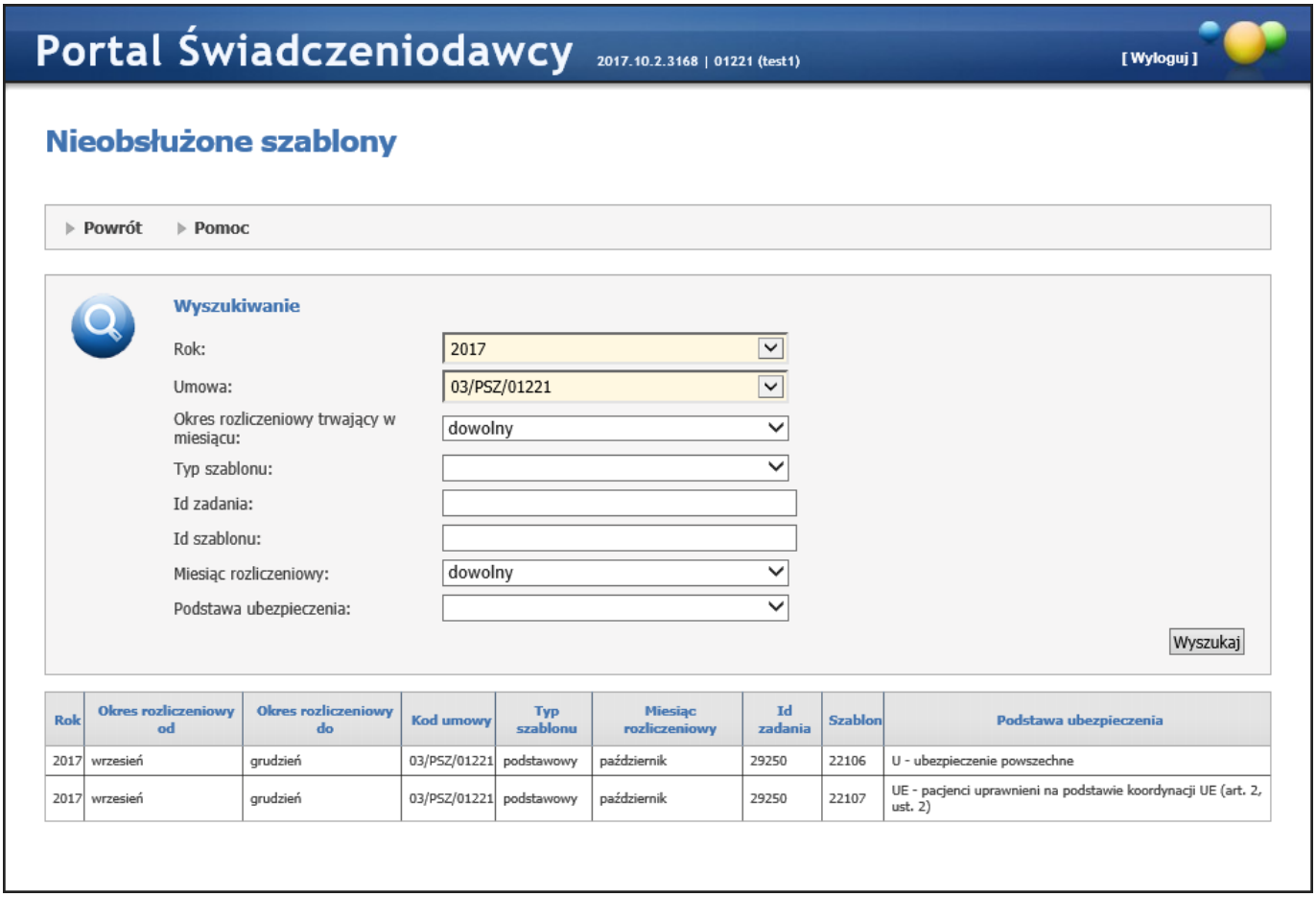
- **Parametry**, po kliknięciu którego możliwe jest określenie parametrów.
  - ***Rodzaj modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie*** - rodzaj modelu rozliczeniowego można zmienić tylko dla umów sprzed roku 2011. Zmiana możliwa jest tylko w jedną stronę, tzn.: jeśli zostanie ustawione *Naliczanie 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.*
  - ***Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego*** - pozwala na wybór pomiędzy generowaniem zbiorczego szablonu w ramach całej umowy a generowaniem szablonów z dokładnością do punktu umowy.
  - ***Naliczanie oddzielnych szablonów rozliczeniowych w podziale na tytuły uprawnień*** - parametr sterujący generowaniem szablonów ze względu na tytuły uprawnień. Parametr może mieć następujące wartości:
    - *Nie* - szablony nie będą generowane oddzielnie na tytuły uprawnień.
    - *Tak* - szablony będą generowane oddzielnie ze względu na tytuły uprawnień.

    Wartością domyślną parametru jest: *Nie*. Parametr dostępny jest dla umów od roku 2013.
  - ***Tryb generowania szablonów rachunków dotyczących świadczeń finansowanych z tytułu UE*** - parametr sterujący sposobem generowania szablonów rachunków. Parametr może mieć następujące wartości:
    - *Generowanie szablonu zbiorczego* - dla wszystkich dokumentów uprawniających UE z danego okresu rozliczeniowego wygenerowany będzie jeden wspólny szablon.
    - *Generowanie odrębnych szablonów dla poszczególnych dokumentów uprawniających UE* - dla każdego dokumentu uprawniającego UE z danego okresu rozliczeniowego wygenerowany będzie odrębny szablon.

© 2026 Kamsoft S.A.



- **Nieobsłużone szablony**, po kliknięciu którego możliwy jest przegląd nieobsłużonych szablonów rozliczeniowych.



Informacja:

Generowane szablonów rachunków nie jest dostępne w przypadku:

- umów z zakresu 19/3,
- umów aptecznych,
- umów w statusach poniżej 9.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.8 Badania/Produkty

Umowy - Raport z badań/produktów rozliczeniowych (SWIAD-WYKBAD)

Strona **Umowy - Raport z badań/produktów rozliczeniowych (SWIAD-WYKBAD)** zawiera zagregowane dane sprawozdane komunikatem SWIAD obszar WYKBAD.
Dane prezentowane na raporcie dotyczą okresów sprawozdawczych od sierpnia 2021 włącznie.

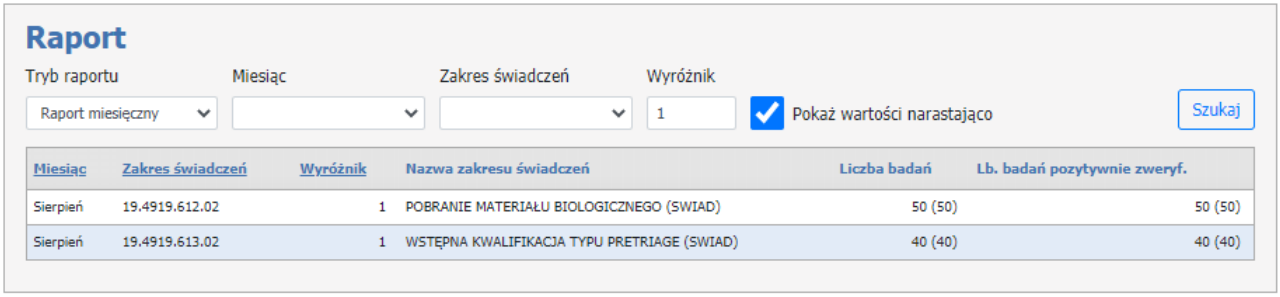
Użytkownik ma możliwość podglądu raportu, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Szukaj**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomoca następujących pól:
- Typ raportu:
- Raport roczny
- Raport miesięczny
- Miesiąc
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik

W przypadku raportu miesięcznego istnieje możliwość pokazania wartości narastająco dla poszczególnych miesięcy.

Wyszukany raport składa się z następujących pól:
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Nazwa zakresu świadczeń
- Liczba badań
- Liczba badań pozytywnie zweryfikowanych
- Liczba badań rozliczonych (w przypadku raportu rocznego)
- Liczba badań nierozliczonych (w przypadku raportu rocznego)

© 2026 Kamsoft S.A.

Raport z badań/produktów rozliczeniowych (SWIAD-WYKBAD) w trybie widoku rocznego



Raport z badań/produktów rozliczeniowych (SWIAD-WYKBAD) w trybie widoku miesięcznego

Umowy - Raport z badań/produktów rozliczeniowych (CeZ)

Strona **Umowy - Raport z badań/produktów rozliczeniowych (CeZ)** zawiera zagregowane dane sprawozdane komunikatem SWCEZ z systemu P1 (CeZ).
Dane prezentowane na raporcie dotyczą okresów sprawozdawczych od 2021 roku.

Użytkownik ma możliwość podglądu raportu, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Szukaj**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomoca następujących pól:

- Typ raportu:

- Raport roczny - punkty umowy
- Raport roczny - świadczenia

© 2026 Kamsoft S.A.

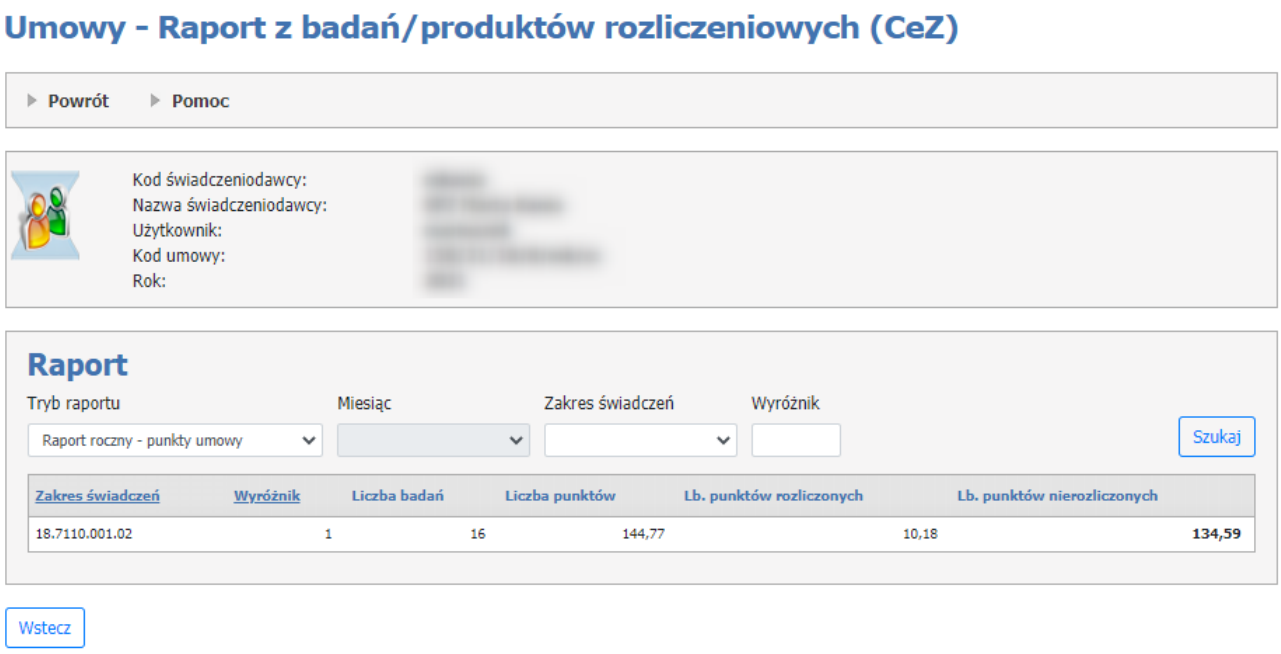
- Raport miesięczny - punkty umowy
- Raport miesięczny - świadczenia

- Miesiąc
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik

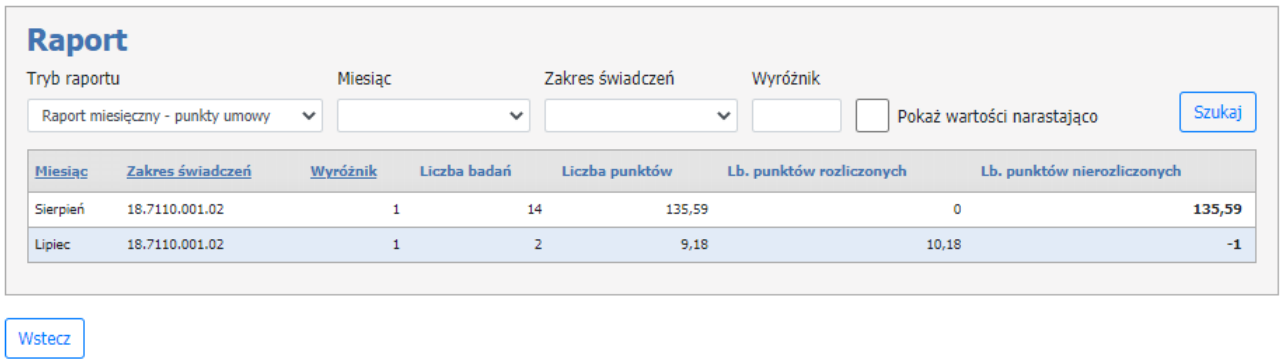
W przypadku raportu miesięcznego istnieje możliwość pokazania wartości narastająco dla poszczególnych miesięcy.

Wyszukany raport składa się z następujących pól:

- Miesiąc (w przypadku raportu miesięcznego)
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Liczba badań
- Liczba punktów
- Liczba punktów rozliczonych
- Liczba punktów nierozliczonych



Raport z badań/produktów rozliczeniowych (CeZ) w trybie widoku rocznego



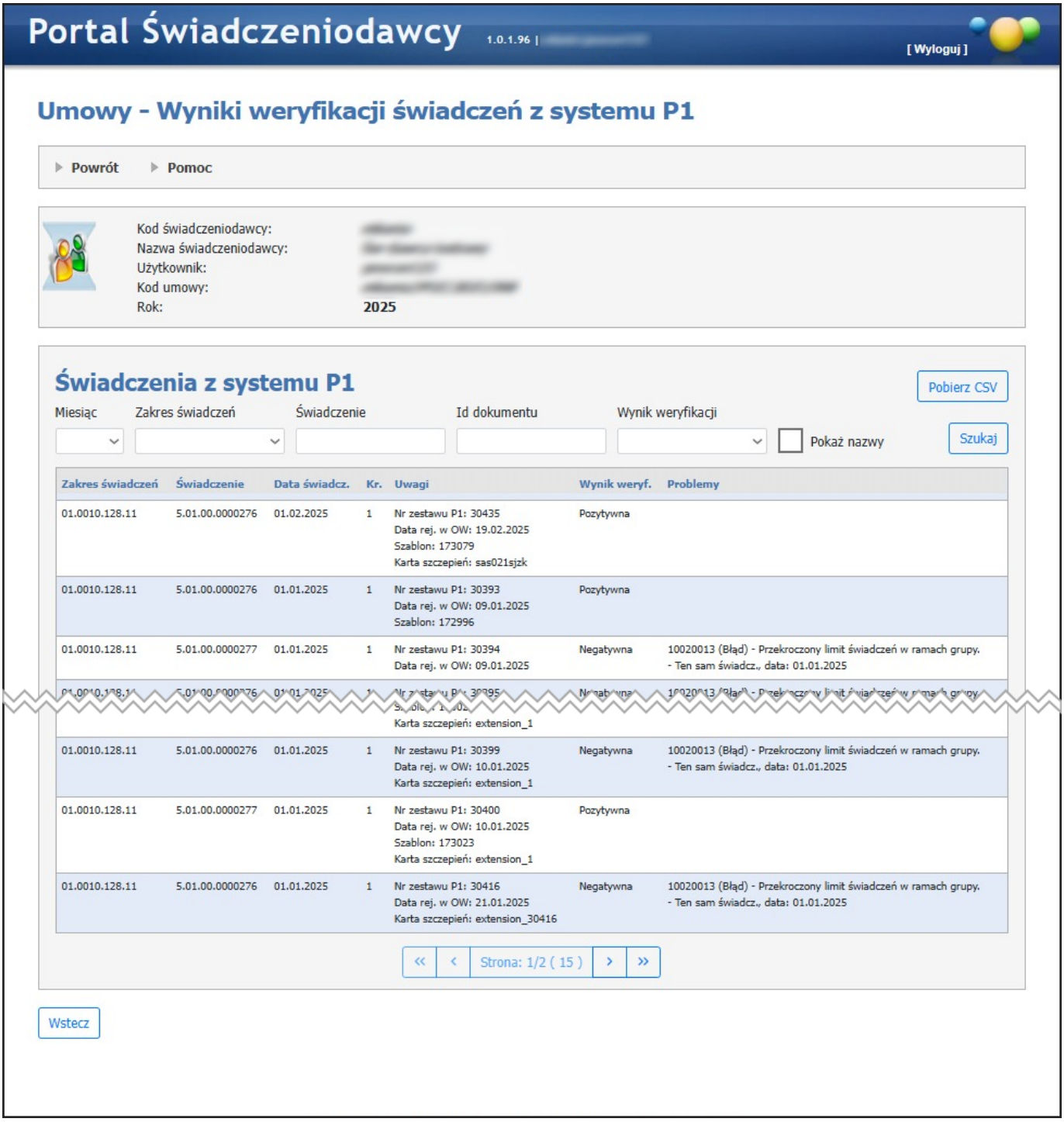
© 2026 Kamsoft S.A.

Raport z badań/produktów rozliczeniowych (CeZ) w trybie widoku miesięcznego

4.2.2.9 Wyniki weryfikacji P1

Umowy - Wyniki weryfikacji świadczeń z systemu P1

Strona **Umowy - Wyniki weryfikacji świadczeń z systemu P1** umożliwia przejście na formatkę z listą świadczeń przekazanych z systemu P1 wraz ze statusem ich weryfikacji w systemie OW i ewentualnie listą problemów.



Użytkownik ma możliwość podglądu, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Szukaj**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:

- *Miesiąc*
- *Zakres świadczeń*
- *Świadczenie*
- *ID dokumentu*
- *Wynik weryfikacji*
- *Pokaż nazwy*

Wyszukane świadczenia składają się z następujących pól:

- *Zakres świadczeń*
- *Nazwa zakresy świadczeń (jeśli jest zaznaczony box 'Pokaż nazwy')*
- *Data świadczenia*
- *KR*
- *Uwagi*
- *Wynik weryfikacji*
- *Problemy*

Przycisk Pobierz CSV umożliwia eksport prezentowanych danych do pliku tekstowego CSV.
Wyeksportowany plik CSV zawiera aktualne na moment eksportu dane świadczeń przekazane do OW NFZ z systemu P1 z następującą listą kolumn:

- *Zakres świadczeń*
- *Świadczenie*
- *Data wykonania świadczenia*
- *Numer zestawu świadczeń*
- *Numer wersji zestawu świadczeń*
- *Data rejestracji w systemie OW NFZ*
- *Numer root dokumentu elektronicznego*
- *Numer extension dokumentu elektronicznego*
- *Wynik weryfikacji w systemie OW NFZ, z możliwymi wartościami:*
  - *0 – pozycja niezweryfikowana (dane oczekują na zweryfikowanie)*
  - *1 – dane zweryfikowane pozytywnie*
  - *2 – dane zweryfikowane negatywnie*

Wygenerowany plik CSV zawiera wiersz nagłówkowy, a separatorem jest średnik (;).

© 2026 Kamsoft S.A.

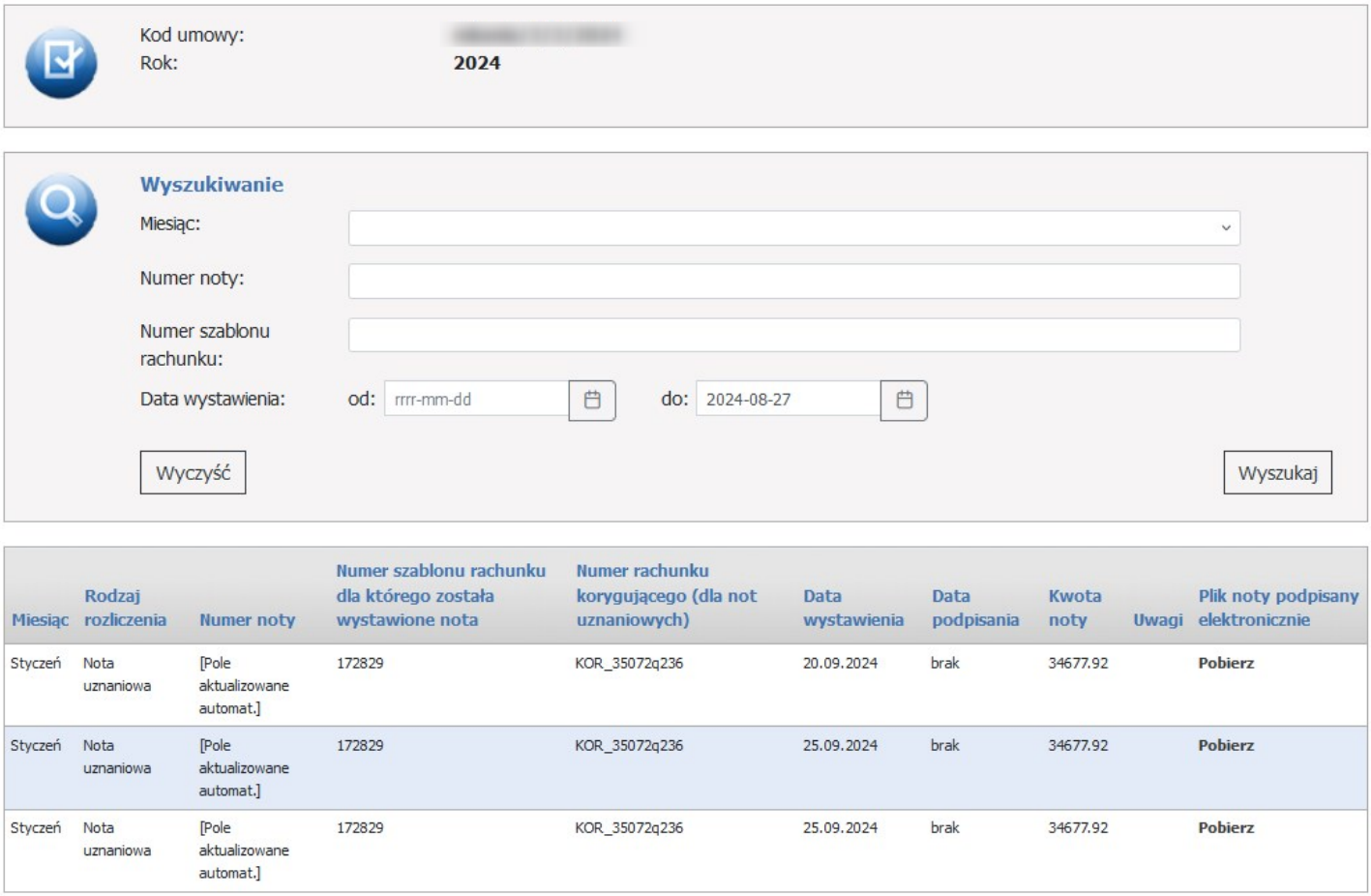
4.2.2.10 Noty

Przegląd not uznaniowych i obciążeniowych podpisanych przez dyrektora.

Strona **Przegląd not uznaniowych i obciążeniowych podpisanych przez dyrektora** prezentuje noty wystawione w formie elektronicznej dla not obciążeniowych i uznaniowych podpisanych przez dyrektora.

Użytkownik ma możliwość podglądu not, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Wyszukaj**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomoca następujących pól:

- Miesiąc,
- Numer noty,
- Numer szablonu rachunku,
- Data wystawienia od/do.



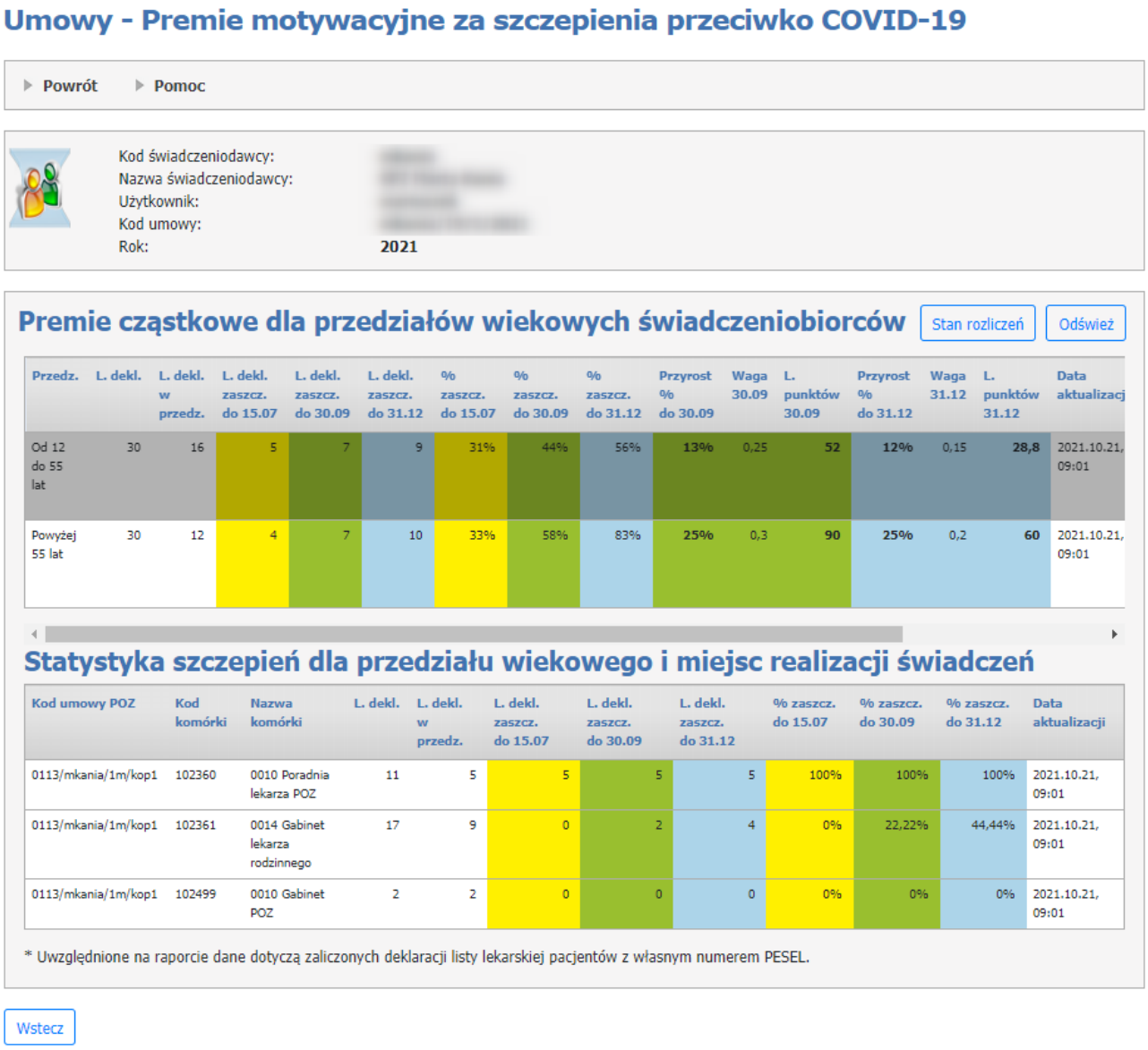
Każda nota na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje pobranie pliku noty podpisanego elektronicznie przez dyrektora.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.11 Premie za szczepienia

Umowy - Premie motywacyjne za szczepienia przeciwko COVID-19

Strona **Umowy - Premie motywacyjne za szczepienia przeciwko COVID-19** prezentuje:
1. Statystykę zaszczepienia populacji świadczeniobiorców z listy lekarskiej (wg stanu zaliczonych deklaracji na 1 lipca 2021) w podziale na przedziały wiekowe: <12, 55> oraz powyżej 55 lat,
2. Wysokość punktową premii dla świadczeniodawcy dla danego przedziału wiekowego świadczeniobiorców,
3. Statystykę zaszczepienia świadczeniobiorców z listy lekarskiej (wg stanu zaliczonych deklaracji na 1 lipca 2021) w podziale na poszczególne miejsca realizacji świadczeń z umowy POZ skojarzonej z daną umową 19/5.
4. Premię roczną za szczepienia przeciwko COVID-19 w zależności od uzyskanego stanu wyszczepienia.

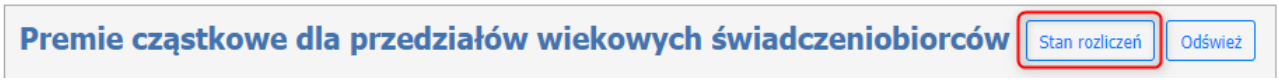


Przedz.	L. dekl.	L. dekl. w przedz.	L. dekl. zaszcz. do 15.07	L. dekl. zaszcz. do 30.09	L. dekl. zaszcz. do 31.12	% zaszcz. do 15.07	% zaszcz. do 30.09	% zaszcz. do 31.12	Przyrost % do 30.09	Waga 30.09	L. punktów 30.09	Przyrost % do 31.12	Waga 31.12	L. punktów 31.12	Data aktualizacj
Od 12 do 55 lat	30	16	5	7	9	31%	44%	56%	13%	0,25	52	12%	0,15	28,8	2021.10.21, 09:01
Powyżej 55 lat	30	12	4	7	10	33%	58%	83%	25%	0,3	90	25%	0,2	60	2021.10.21, 09:01

Kod umowy POZ	Kod komórki	Nazwa komórki	L. dekl.	L. dekl. w przedz.	L. dekl. zaszcz. do 15.07	L. dekl. zaszcz. do 30.09	L. dekl. zaszcz. do 31.12	% zaszcz. do 15.07	% zaszcz. do 30.09	% zaszcz. do 31.12	Data aktualizacji
0113/mkania/1m/kop1	102360	0010 Poradnia lekarza POZ	11	5	5	5	5	100%	100%	100%	2021.10.21, 09:01
0113/mkania/1m/kop1	102361	0014 Gabinet lekarza rodzinnego	17	9	0	2	4	0%	22,22%	44,44%	2021.10.21, 09:01
0113/mkania/1m/kop1	102499	0010 Gabinet POZ	2	2	0	0	0	0%	0%	0%	2021.10.21, 09:01

Umowy - Raport z produktów rozliczeniowych (premie za szczepienia)

Użytkownik może skorzytać z raportu z produktów rozliczeniowych za pomocą przycisku **Stan rozliczeń**. Ma możliwość podglądu raportu, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Szukaj**.



Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:

- Typ raportu:

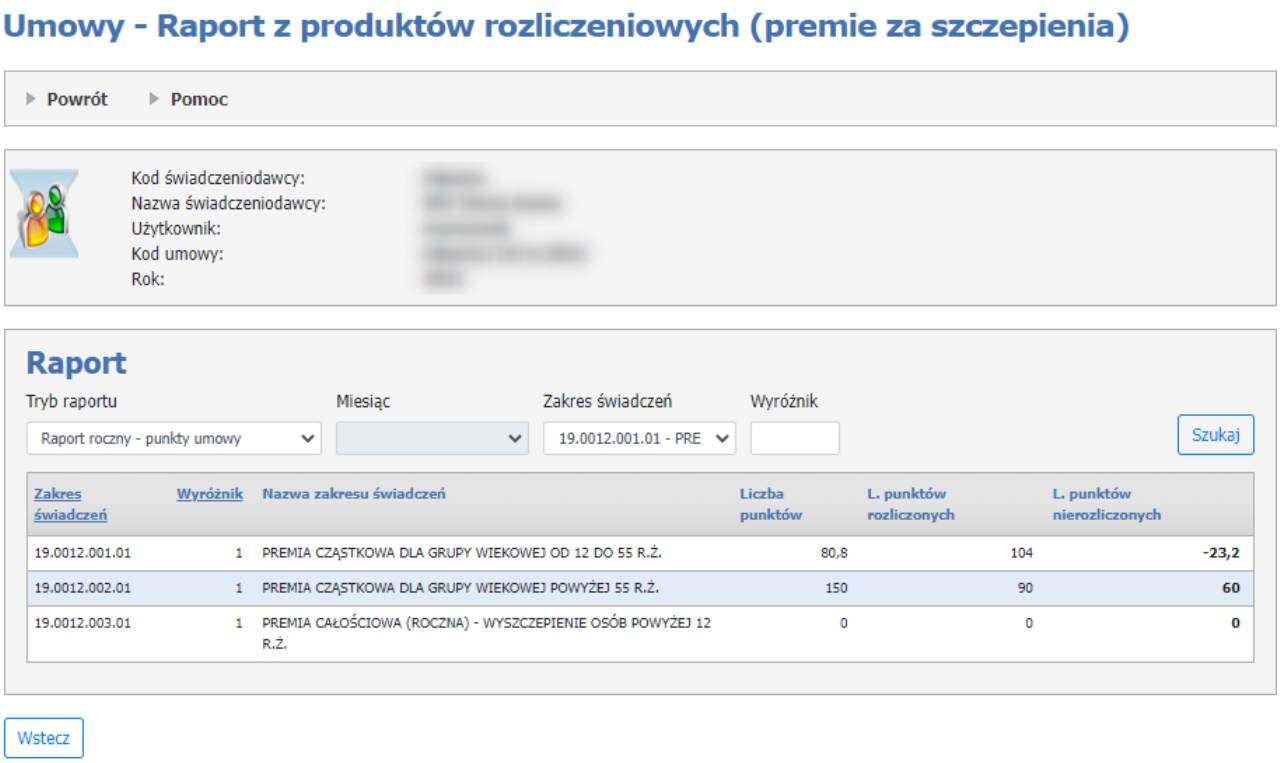
- Raport roczny - punkt umowy
- Raport miesięczny - punkt umowy

- Miesiąc
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik

W przypadku raportu miesięcznego istnieje możliwość pokazania wartości narastająco dla poszczególnych miesięcy.

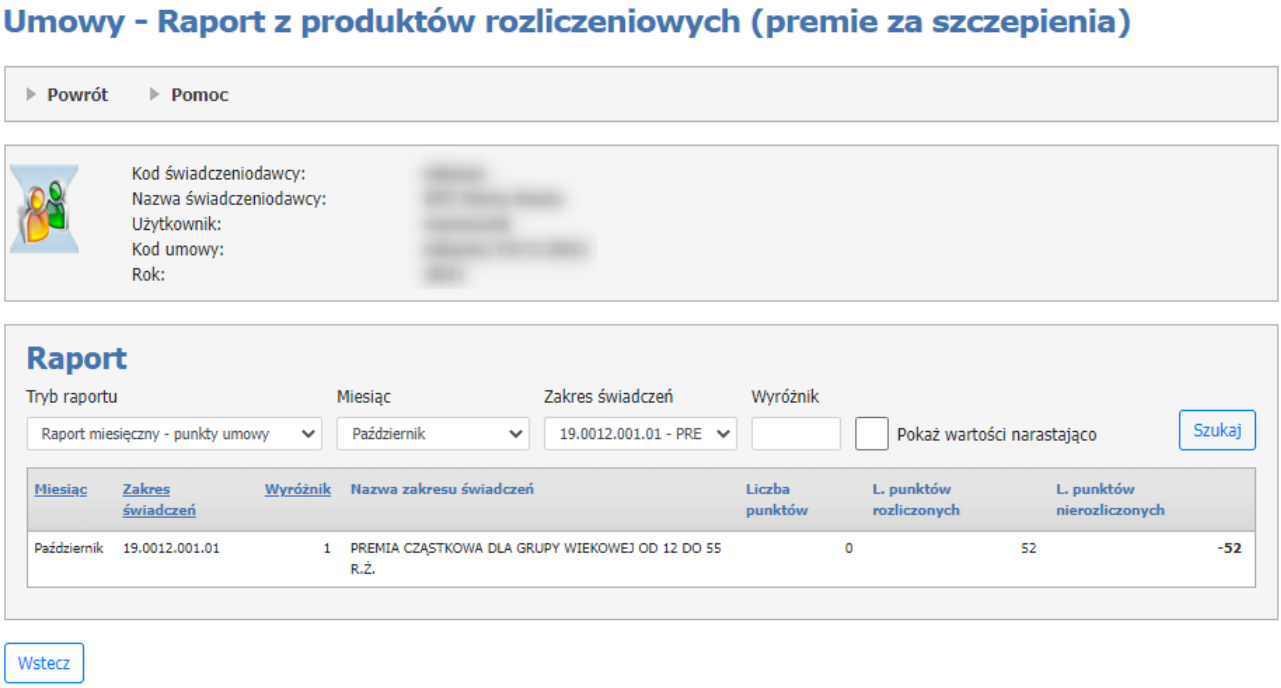
Wyszukany raport składa się z następujących pól:

- Miesiąc (w przypadku raportu miesięcznego)
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Nazwa zakresu świadczeń
- Liczba punktów
- Liczba punktów rozliczonych
- Liczba punktów nierozliczonych



Raport z produktów rozliczeniowych (premie za szczepienia) w trybie widoku rocznego

© 2026 Kamsoft S.A.



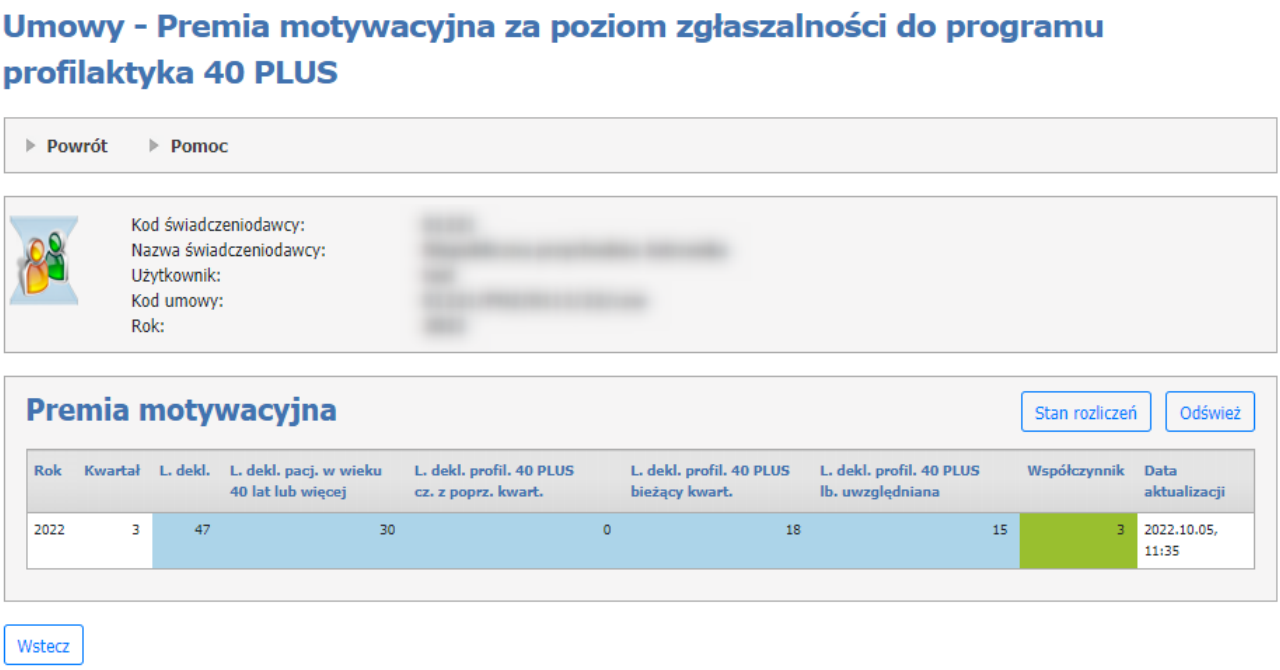
Raport z produktów rozliczeniowych (premie za szczepienia) w trybie widoku miesięcznego

4.2.2.12 Premie za profilaktykę 40 PLUS

Umowy - Premia motywacyjna za pozmiom zgłaszalności do programu profilaktyka 40 PLUS

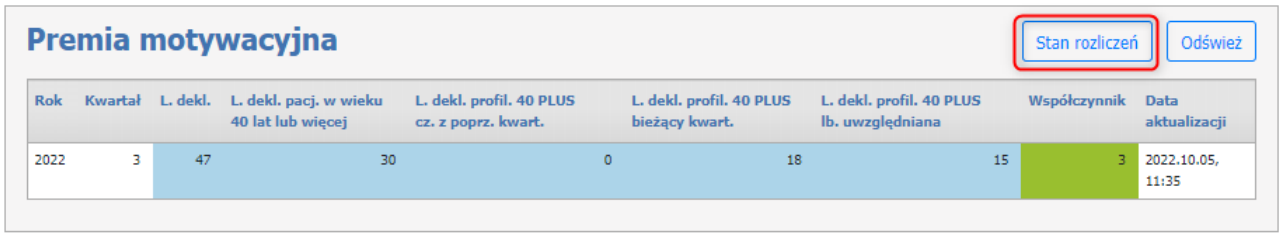
Strona **Umowy - Premia motywacyjna za pozmiom zgłaszalności do programu profilaktyka 40 PLUS** prezentuje wartości współczynnika za poziom zgłaszalności populacji z listy lekarskiej świadczeniodawców, związane z programem "Profilaktyka 40 plus" dla umów z zakresu POZ w typie 0113.
Współczynnik zostanie wyznaczony za III kwartał, a następnie za IV kwartał 2022 roku i opublikowany przez operatora SI OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.



Umowy - Raport z produktów rozliczeniowych (premie za profil. 40 PLUS)

Użytkownik może skorzytać z raportu z produktów rozliczeniowych za pomocą przycisku **Stan rozliczeń**. Ma możliwość podglądu raportu, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Szukaj**.



Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:

- Typ raportu:

- Raport roczny - punkt umowy
- Raport miesięczny - punkt umowy

- Miesiąc
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik

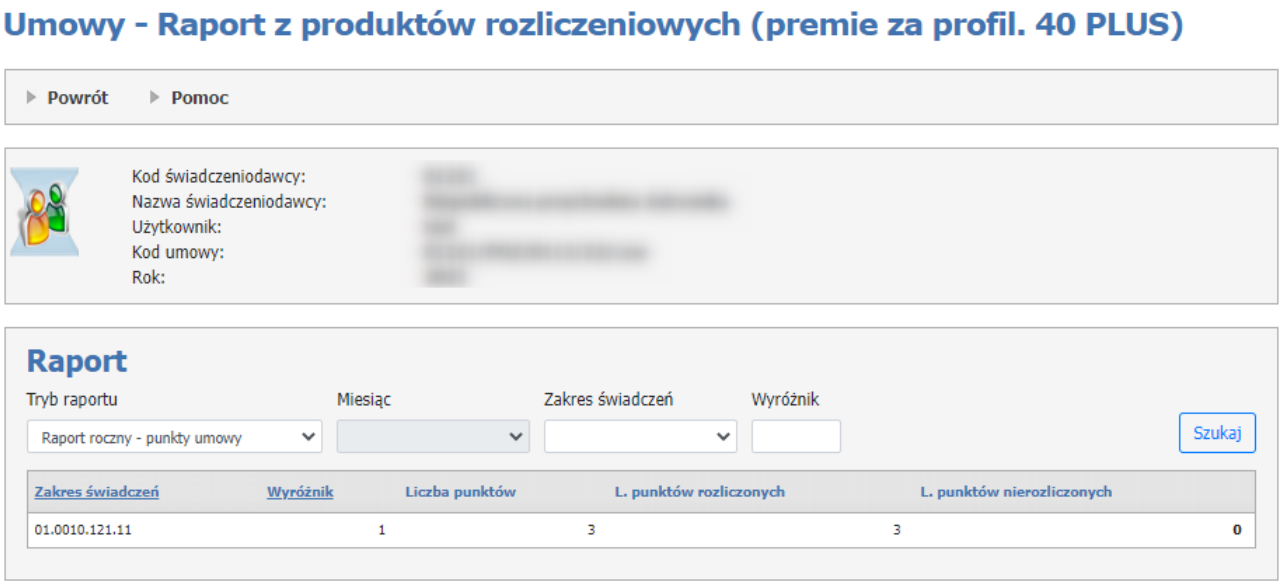
W przypadku raportu miesięcznego istnieje możliwość pokazania wartości narastająco dla poszczególnych miesięcy.

Wyszukany raport składa się z następujących pól:

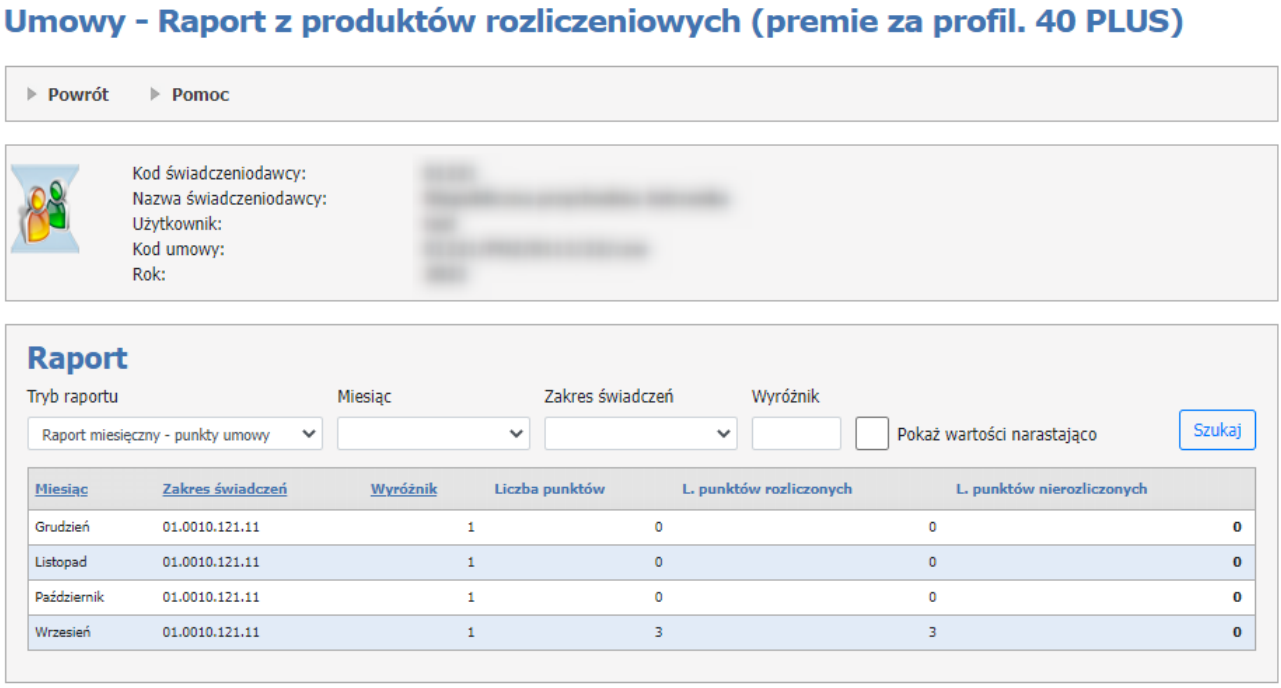
- Miesiąc (w przypadku raportu miesięcznego)
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Liczba punktów

© 2026 Kamsoft S.A.

- Liczba punktów rozliczonych
- Liczba punktów nierozliczonych



Raport z produktów rozliczeniowych (premie za profil. 40 PLUS) w trybie widoku rocznego



Raport z produktów rozliczeniowych (premie za profil. 40 PLUS) w trybie widoku miesięcznego

© 2026 Kamsoft S.A.

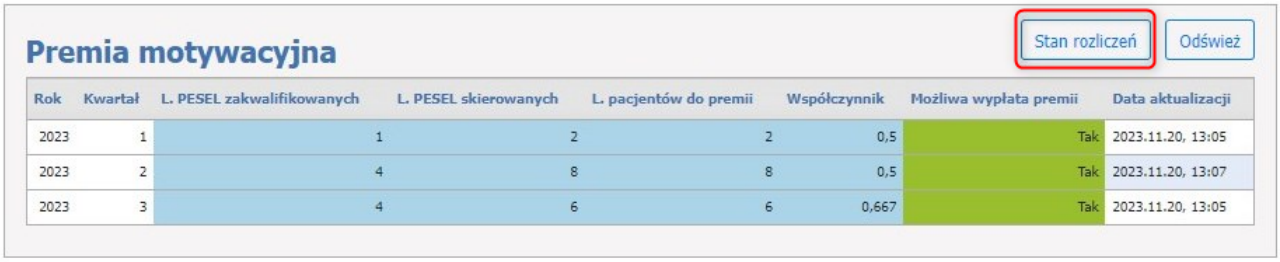
4.2.2.13 Pilotaż sieci kardiologicznej

Umowy - Pilotaż sieci kardiologicznej

Strona **Umowy - Pilotaż sieci kardiologicznej** prezentuje dane dotyczące wyliczenia premii za udział w pilotażu sieci kardiologicznej. Raport pokazuje dane dla danego świadczeniodawcy POZ i kodu umowy o typie 18/9 PROGRAM PILOTAŻOWY – SIEĆ KARDIOLOGICZNA.
Wyliczenie współczynnika oraz premii jest uruchamiane w kontekście danego roku.

Umowy - Raport z produktów rozliczeniowych (pilotaż sieci kardiologicznej)

Użytkownik może skorzytać z raportu z produktów rozliczeniowych za pomocą przycisku **Stan rozliczeń**. Ma możliwość podglądu raportu, za pomocą rozwijanych list oraz przycisku **Szukaj**.



Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:
- Typ raportu:
- Raport roczny - punkt umowy
- Raport miesięczny - punkt umowy
- Miesiąc
- Zakres świadczeń

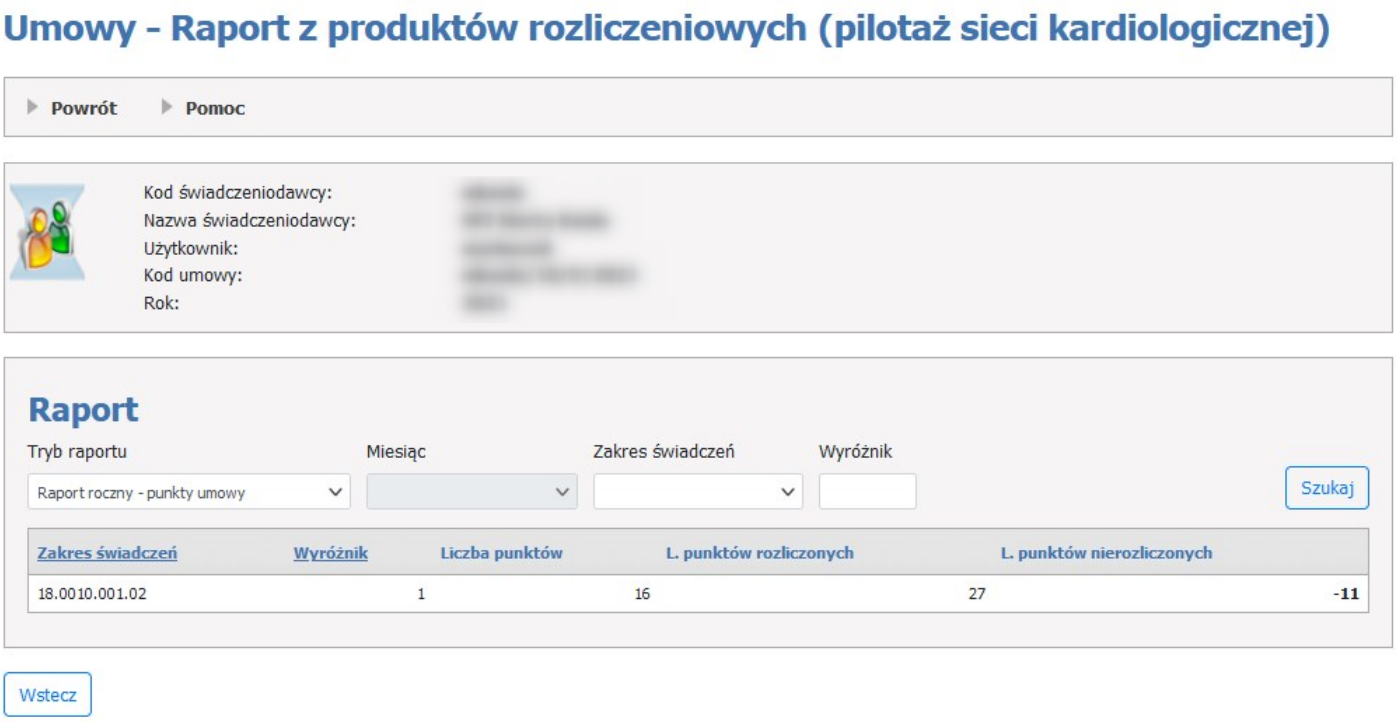
© 2026 Kamsoft S.A.

- Wyróżnik

W przypadku raportu miesięcznego istnieje możliwość pokazania wartości narastająco dla poszczególnych miesięcy.

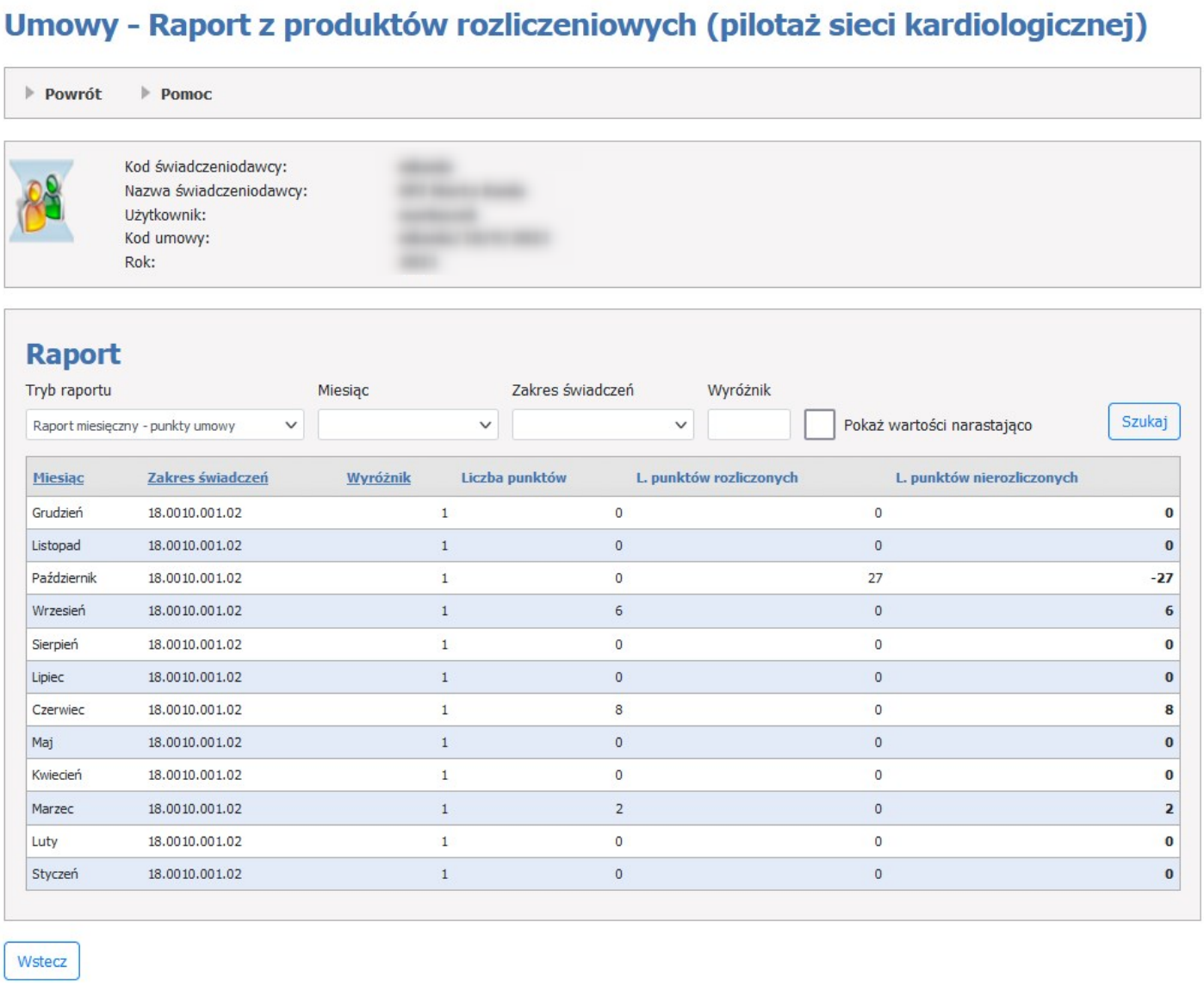
Wyszukany raport składa się z następujących pól:

- Miesiąc (w przypadku raportu miesięcznego)
- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Liczba punktów
- Liczba punktów rozliczonych
- Liczba punktów nierozliczonych



Raport z produktów rozliczeniowych (pilotaż sieci kardiologicznej) w trybie widoku rocznego

© 2026 Kamsoft S.A.



Miesiąc	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba punktów	L. punktów rozliczonych	L. punktów nierozliczonych
Grudzień	18.0010.001.02	1	0	0	0
Listopad	18.0010.001.02	1	0	0	0
Październik	18.0010.001.02	1	0	27	-27
Wrzesień	18.0010.001.02	1	6	0	6
Sierpień	18.0010.001.02	1	0	0	0
Lipiec	18.0010.001.02	1	0	0	0
Czerwiec	18.0010.001.02	1	8	0	8
Maj	18.0010.001.02	1	0	0	0
Kwiecień	18.0010.001.02	1	0	0	0
Marzec	18.0010.001.02	1	2	0	2
Luty	18.0010.001.02	1	0	0	0
Styczeń	18.0010.001.02	1	0	0	0

Raport z produktów rozliczeniowych (pilotaż sieci kardiologicznej) w trybie widoku miesięcznego

4.2.2.14 Opieka koordynowana

Umowy - Statystyka dot. poziomu objęcia populacji świadczeniodawcy opieką koordynowaną

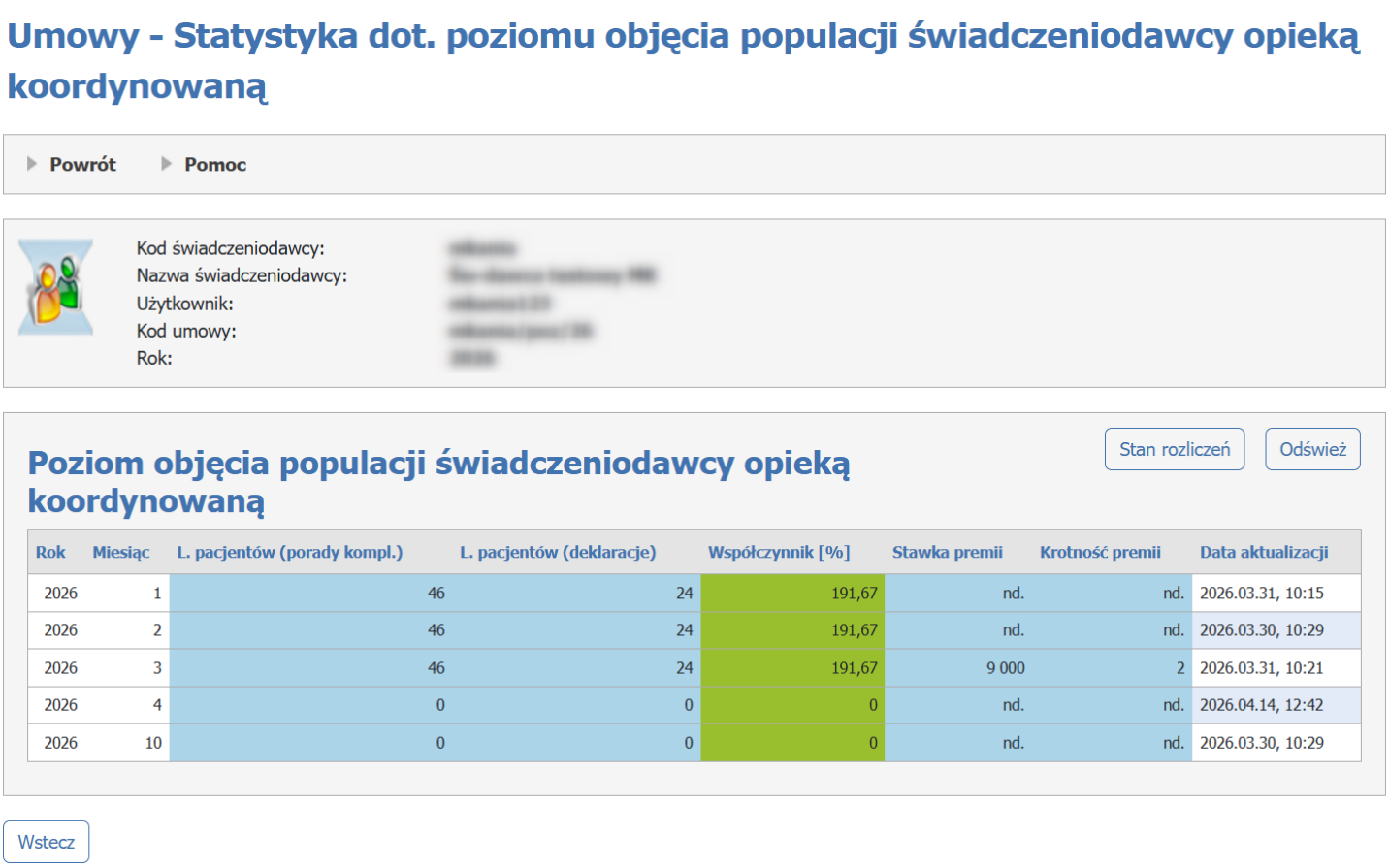
Strona Statystyka dot. poziomu objęcia populacji świadczeniodawcy opieką koordynowaną umożliwia prezentację danych stanowiących podstawę do wyznaczenia dodatku motywacyjnego dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach produktu: 01.0010.120.11 – BUDŻET POWIERZONY OPIEKI KOORDYNOWANEJ.

Tabela prezentuje dane:

- Rok – rok sprawozdawczy,
- Miesiąc – miesiąc sprawozdawczy,
- Liczba pacjentów (porady kompl.) – liczba pacjentów objętych poradami kompleksowymi,
- Liczba pacjentów (deklaracje) – liczba pacjentów zadeklarowanych do opieki koordynowanej,

© 2026 Kamsoft S.A.

- Współczynnik [%] – procentowy poziom objęcia populacji opieką koordynowaną,
- Stawka premii – wartość przypisanej stawki dodatku motywacyjnego,
- Krotność premii
- Data aktualizacji – data i godzina ostatniej aktualizacji danych.



Stan rozliczeń

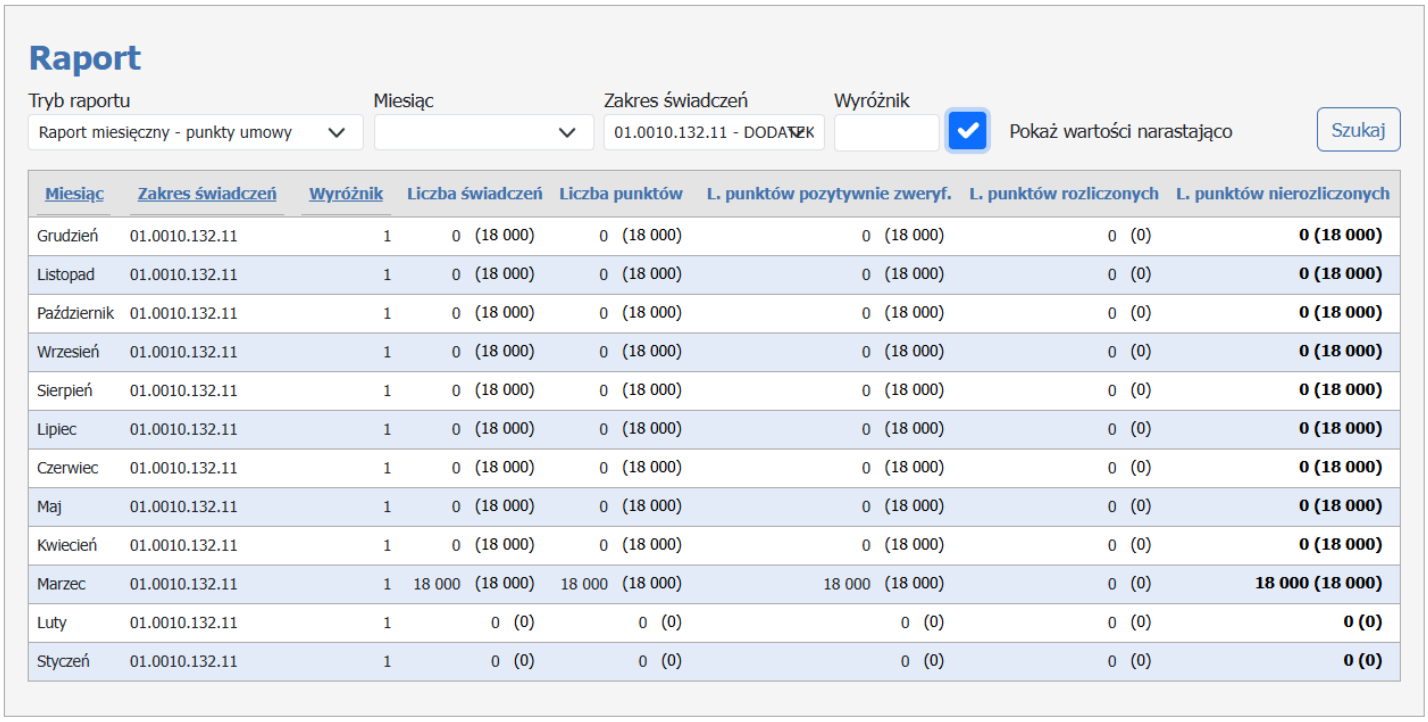
Użytkownik ma możliwość przejścia do szczegółowych danych rozliczeniowych poprzez przycisk **Stan rozliczeń** i wybrania jednego z poniższych typów raportu:

- **Raport roczny** – prezentuje dane rozliczeniowe za cały rok kalendarzowy dla wybranego zakresu świadczeń

Raport w trybie widoku rocznego

- **Raport miesięczny** – prezentuje dane z podziałem na poszczególne miesiące roku. Dodatkowo istnieje możliwość wyświetlenia wartości narastająco za pomocą checkboxa *Pokaż wartości narastająco*.

© 2026 Kamsoft S.A.



Raport

Tryb raportu: Raport miesięczny - punkty umowy | Miesiąc: | Zakres świadczeń: 01.0010.132.11 - DODATEK | Wyróżnik: | Pokaż wartości narastająco | Szukaj

Miesiąc	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba świadczeń	Liczba punktów	L. punktów pozytywnie zweryf.	L. punktów rozliczonych	L. punktów nierozliczonych
Grudzień	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Listopad	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Październik	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Wrzesień	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Sierpień	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Lipiec	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Czerwiec	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Maj	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Kwiecień	01.0010.132.11	1	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (18 000)	0 (0)	**0 (18 000)**
Marzec	01.0010.132.11	1	18 000 (18 000)	18 000 (18 000)	18 000 (18 000)	0 (0)	**18 000 (18 000)**
Luty	01.0010.132.11	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	**0 (0)**
Styczeń	01.0010.132.11	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	**0 (0)**

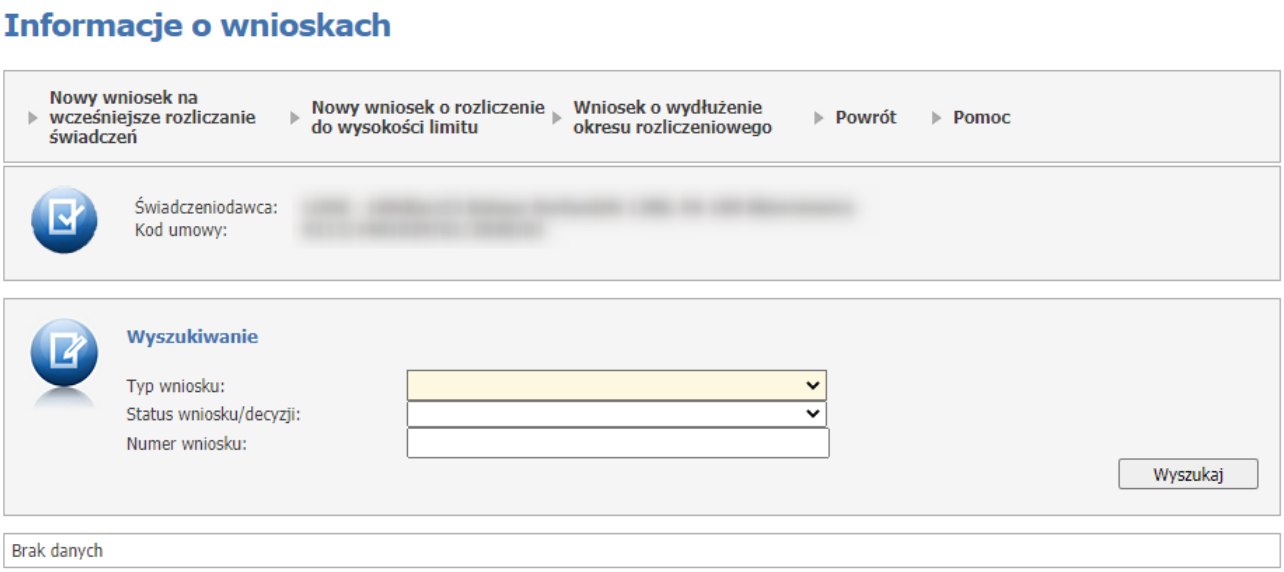
Raport w trybie widoku miesięcznego

4.2.2.15 Informacje o wnioskach

Na stronie ***Informacje o wnioskach*** możliwy jest przegląd oraz składanie nowych wniosków dla trzech typów wniosków:

- Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń,
- Wnioski o rozliczenie do wysokości limitu,
- Wnioski o wydłużenie okresu rozliczeniowego,
- Wniosek o zapłatę za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych,
- Wniosek o aneks planu FM,
- Wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU,
- Wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU,
- Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i § 3ba OWU) do 31.12.2025
- Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i § 3ba OWU) do 31.12.2026

© 2026 Kamsoft S.A.



Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków w sekcji **Wyszukiwanie,** za pomocą rozwijanej listy i przycisku **Wyszukaj**.

Wyszukiwanie jest możliwe za pomoca następujących pól:

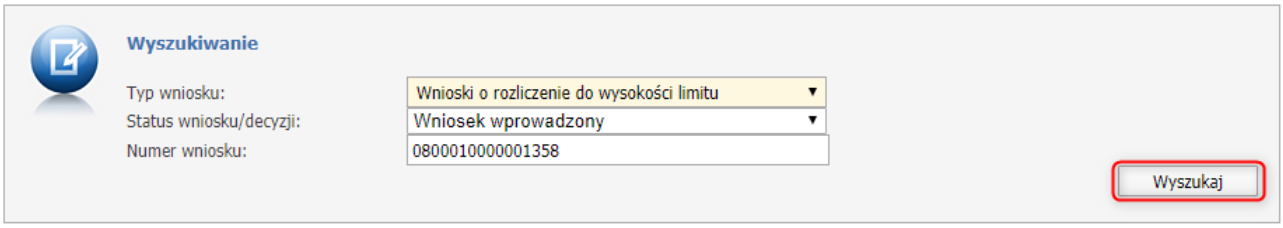
- Typ wniosku:

- Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń,
- Wnioski na rozliczenie do wysokości limitu,
- Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego.

- Status wniosku/decyzji (w zależności od rodzaju wniosku):

- Wniosek wprowadzony,
- Wniosek przekazany do OW,
- Wniosek pozostawiony bez rozpoznania,
- Wniosek anulowany,
- Wniosek rozpatrywany,
- Decyzja negatywna,
- Decyzja pozytywna,

- Numer wniosku.



Informacje odnośnie przesłanych wniosków złozonych do danej umowy znajdują sie poniżej sekcji Wyszukiwanie. Sekcja ta składa się z następujących pól:

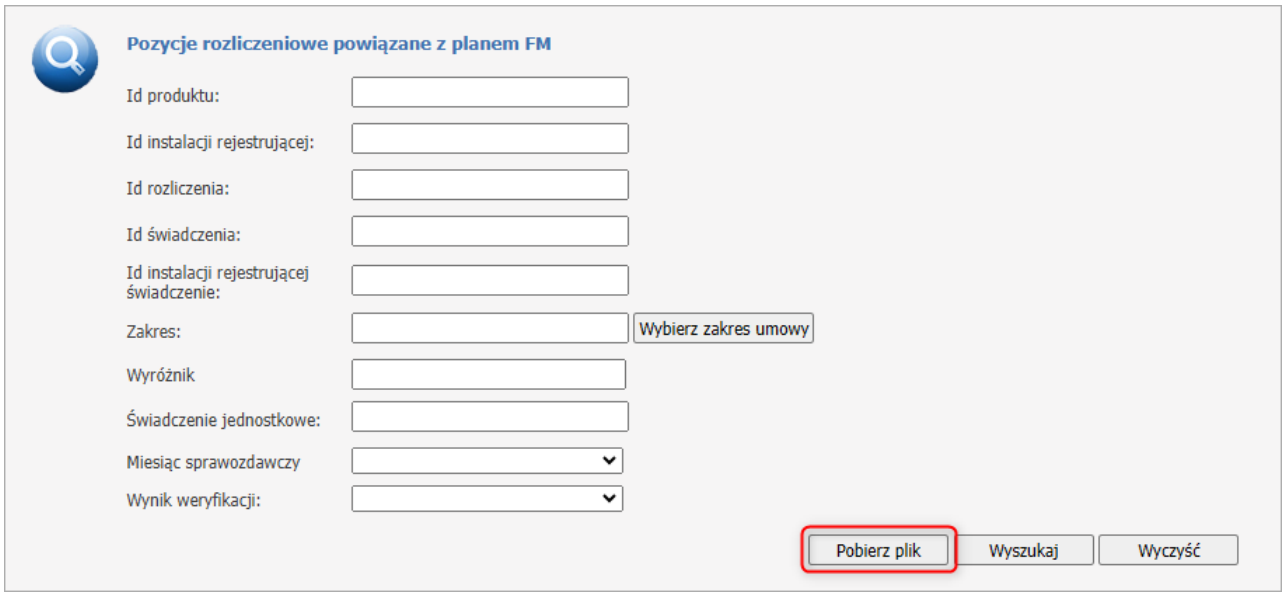
- Numer wniosku - numer wygenerowanego wniosku,
- Data rejestracji - data, kiedy wniosek został zarejestrowany,
- Typ wniosku - Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń lub Wnioski na rozliczenie do wysokości limitu,
- Miesiąc od - miesiąc od którego operator wnioskuje o rozliczenie,

© 2026 Kamsoft S.A.

- Miesiąc do - miesiąc do którego operator wnioskuje o rozliczenie,
- Status wniosku/decyzji - status wniosku/decyzji w jakiej znajduje się przesłany wniosek: Wniosek zatwierdzony, Wniosek pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna,
- Data decyzji - data, kiedy decyzja została zatwierdzona lub odrzucona,
- Decyzja - miesiąc od - miesiąc od którego obowiązuje decyzja o rozliczenie,
- Decyzja - miesiąc do - miesiąc do którego obowiązuje decyzja o rozliczenie,
- Uzasadnienie decyzji - komentarz do decyzji, będzie widoczny jeżeli zostanie on dodany przez pracownika OW NFZ (po wysłaniu wniosku do OW NFZ).

- **Szczegóły** - znajdujący się w ostatniej kolumnie pozwala na przegląd szczegółów wniosku,
- **Załączniki** - znajdujący się w ostatniej kolumnie pozwala na przejście do okna z listą możliwych do przekazania załączników oraz podglądu detali wniosku,
- **Edytuj** - znajdujący się w ostatniej kolumnie pozwala na przejście do okna edycji wniosku. Edycja wniosku możliwa jest tylko w przypadku wniosków niezatwierdzonych. W przypadku wniosków zatwierdzonych możliwy jest tylko ich wydruk,
- **Pozycje rozliczeniowe** - znajdujący się w ostatniej kolumnie pozwala na przejście do okna z listą pozycji rozliczeniowych powiązanych z planem FM. Z poziomu przeglądu pozycji rozliczeniowych wniosku FM dostępny jest przycisk Pobierz plik umożliwiający zapisanie raportu w postaci pliku CSV.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800010000001517	27.03.2020	Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń	marzec	marzec	Wniosek wprowadzony					Szczegóły Załączniki Edytuj
0800030000001508	27.03.2020	Wnioski o rozliczenie do wysokości limitu	marzec	marzec	Wniosek wprowadzony					Szczegóły Edytuj

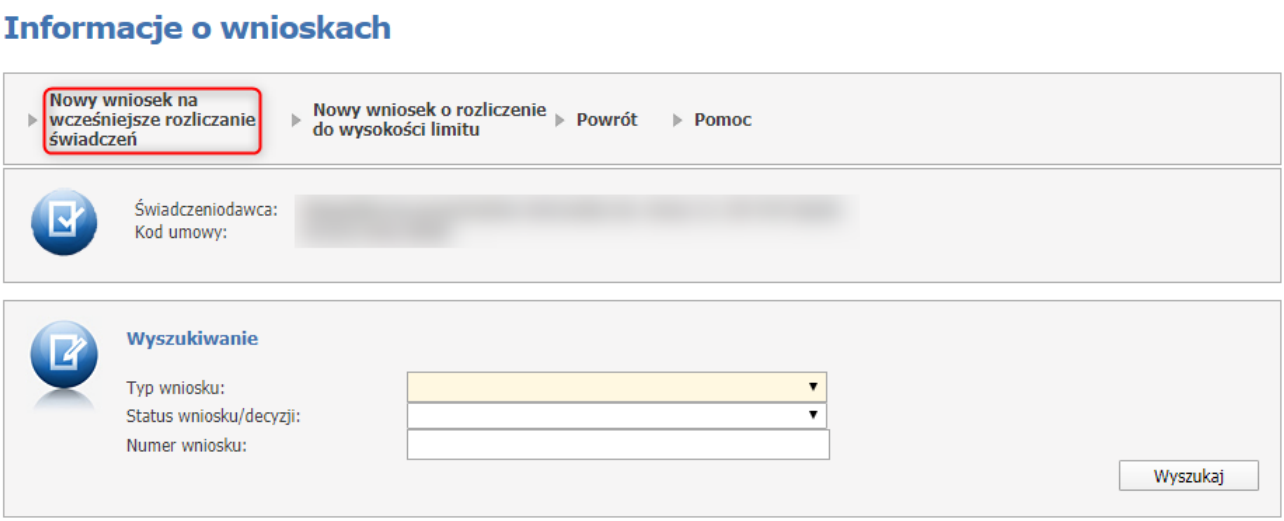


Istniejące już i zatwierdzone wnioski na wcześniejsze rozliczenie od 31.03.2020 zmieniają swoją interpretację i zamiast rozliczenia od połowy miesiąca umożliwiają rozliczenia ćwiartkowe.

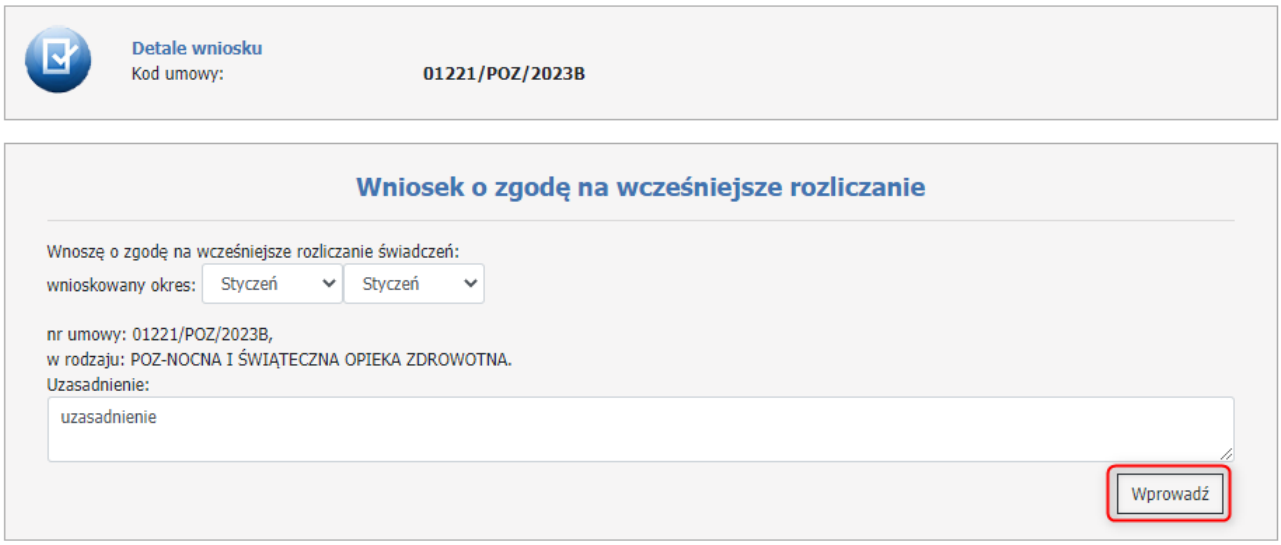
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.15.1 Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń

Wnioski o wcześniejsze rozliczanie świadczeń są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach.**
Przycisk **Nowy wniosek na wcześniejsze rozliczanie świadczeń** umożliwia złożenie nowego wniosku.



Przycisk **Nowy wniosek na wcześniejsze rozliczenie świadczeń** umożliwia złożenie nowego wniosku.
Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wnioskowany okres na który ma zostać wydana decyzja oraz uzasadnienie.



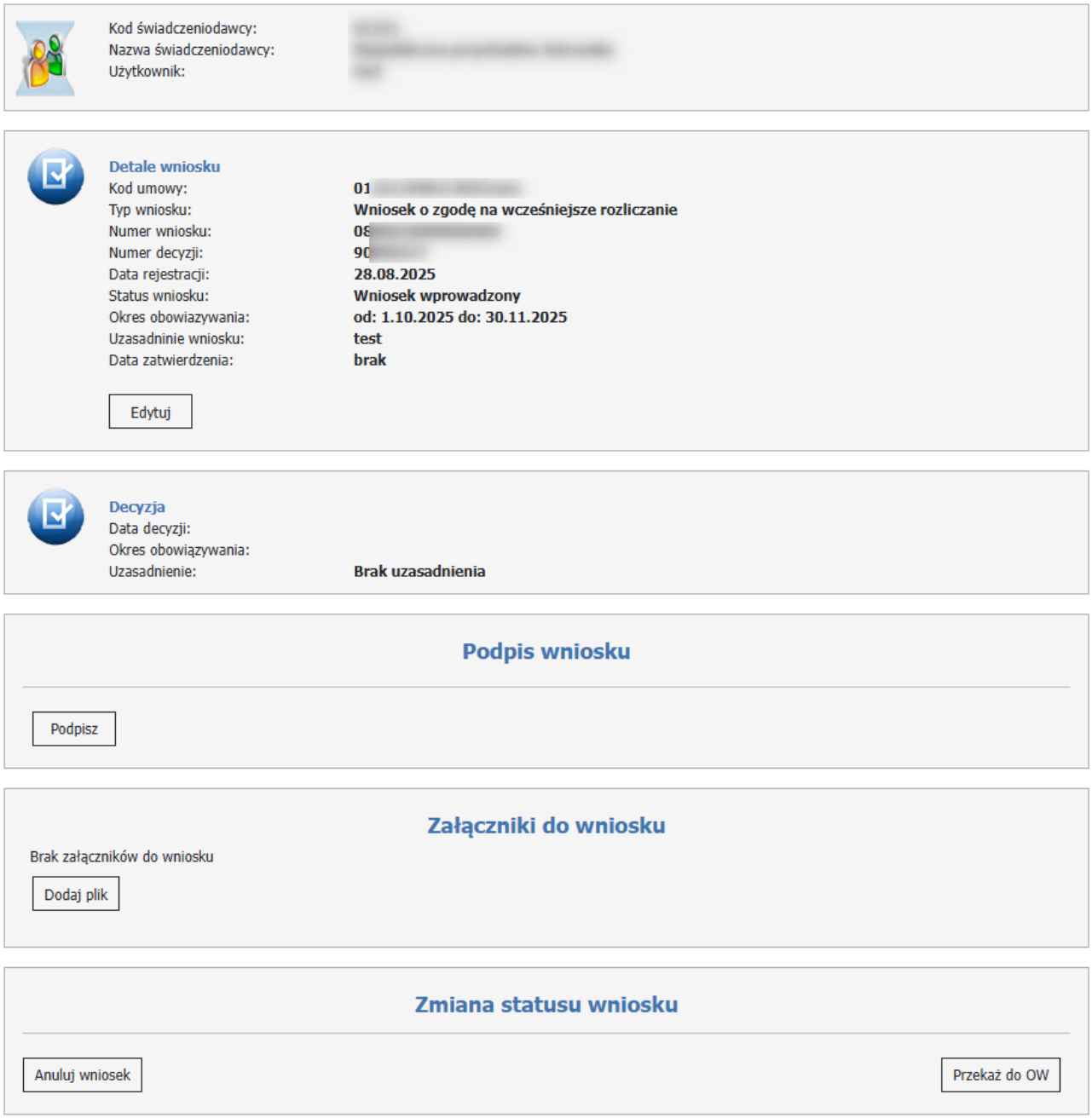
Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek nie jest jeszcze przekazany do rozpatrzenia w OW NFZ i cały czas można go edytować.

Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.
Do przekazania załączników dla wniosku służy przycisk **Załączniki**.

© 2026 Kamsoft S.A.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800010000004378	31.01.2023	Wnioski na wcześniejsze rozliczanie świadczeń	styczeń	styczeń	Wniosek wprowadzony					Szczegóły Załączniki Edytuj

Sekcja: ***Szczegóły*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)
Szczegóły umożliwiają przegląd podstawowych danych wniosku wraz z możliwością sprawdzenia czy świadczeniodawca uzyskał zgodę na wcześniejsze rozliczenie świadczeń oraz w jakich miesiącach ta zgoda obowiązuje.



W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku (możliwe statusy: Wniosek wprowadzony, Wniosek przekazany do OW NFZ, Wniosek

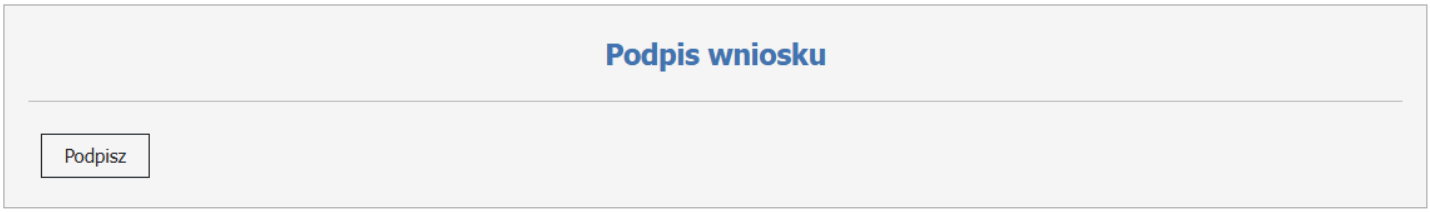
© 2026 Kamsoft S.A.

pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna), okres obowiązywania, uzasadnienie wniosku, data zatwierdzenia.
Oświadczenie o złożeniu wniosku z par. 3b jest widoczne tylko dla umów na 2020 rok dla miesięcy listopad i/lub grudzień.

W części **Decyzja** znajduje się data decyzji, okres obowiązywania decyzji oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

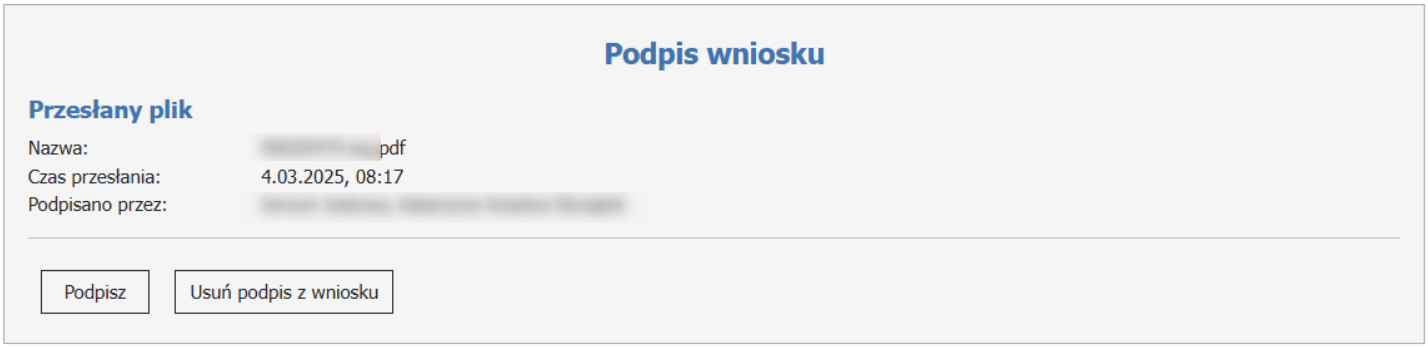
W części **Podpis wniosku** znajduje się funkcja pozwalająca na przygotowanie i przekazanie do OW wniosku o rozliczenie do wysokości limitu w sposób tradycyjny (tak jak było dotychczas) lub w sposób elektroniczny.
Osoba wnioskująca deklaruje sposób obsługi wniosku po jego zatwierdzeniu.
Jeżeli operator zdecyduje o przekazaniu wniosku podpisanego cyfrowo, to przygotowany w Portalu dokument wniosku w postaci pliku PDF - przed pobraniem do podpisu cyfrowego będzie podpisywany przez system podpisem serwerowym.
Podpisywanie dokumentu wniosku podpisem cyfrowym (podpisem kwalifikowanym, osobistym lub certyfikatem ePUAP) jest realizowane poza Portalem.
Jeżeli dokument będzie wymagał więcej niż jednego podpisu, to może być podpisany różnymi typami podpisów.

Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie
- pobrania pliku dokumentu PDF (zawiera podpis serwerowy)
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy



Informacja o przesłanym pliku pojawi się w sekcji **Podpis wniosku**. Składa się ona z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń podpis z wniosku, i** potwierdzić akcje przyciskiem **Tak.**
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

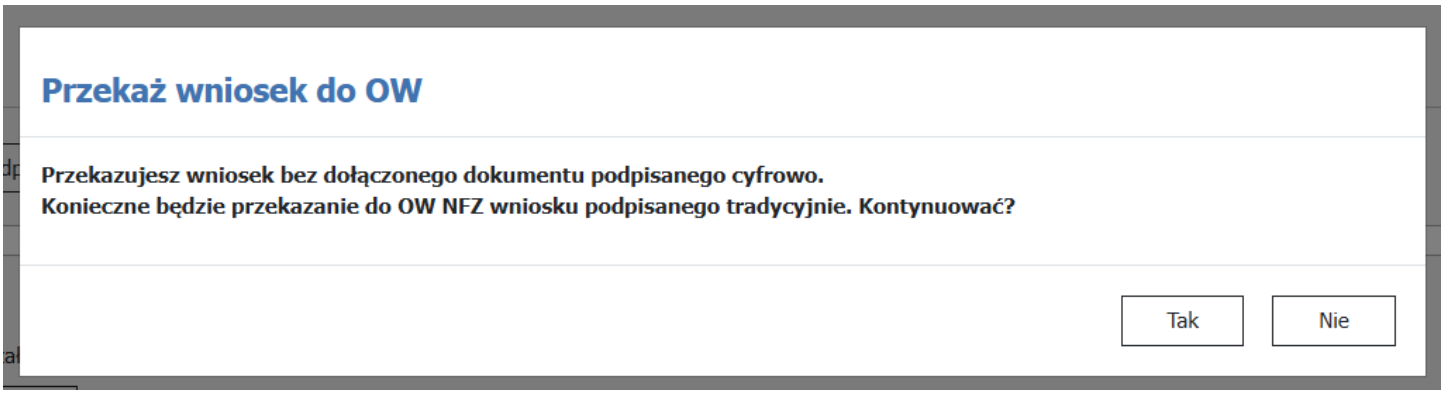
© 2026 Kamsoft S.A.



W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania bądź anulowania wniosku. Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

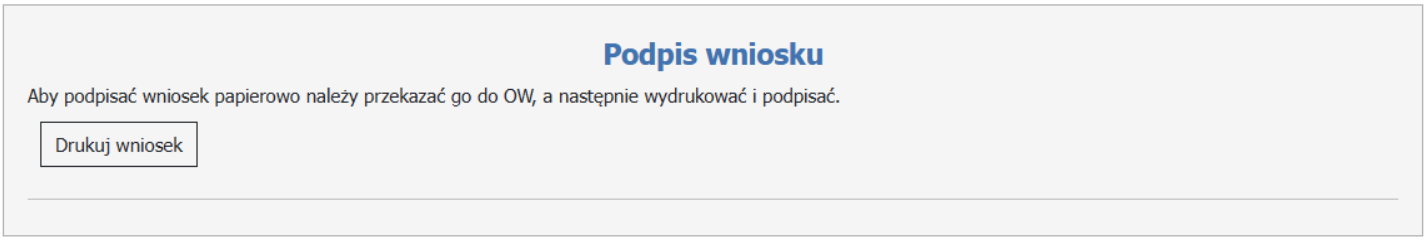
Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.
Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Jeżeli operator zdecyduje na przekazanie wniosku w wersji papierowej, należy od razu przekazać wniosek za pomocą przycisku **Przekaż do OW**. Pojawi się wtedy komunikat.



Po zatwierdzeniu komunikatu, operator może pobrać plik klikając w przycisk **Drukuj wniosek** a następnie po podpisaniu przekazać go w wersji papierowej do OW NFZ.

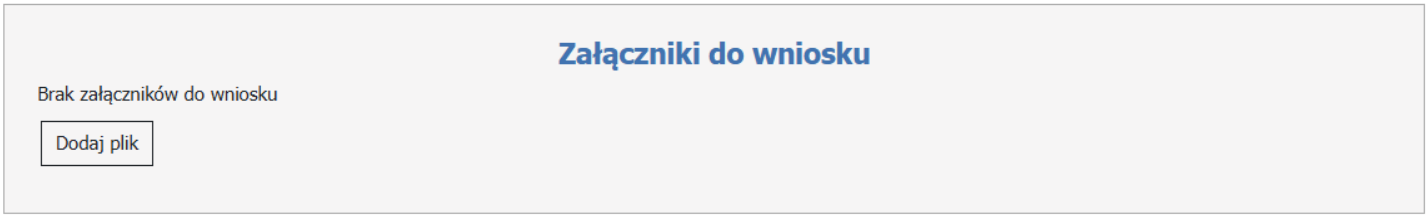
© 2026 Kamsoft S.A.



W części **Załączniki do wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania załączników.

Jeżeli do wniosku jest dołączony załącznik/załączniki , to wczytywany dokument może ale nie musi być opatrzony podpisem cyfrowym.

Aby załączyć plik, operator musi skorzystać z przycisku **Dodaj plik**.

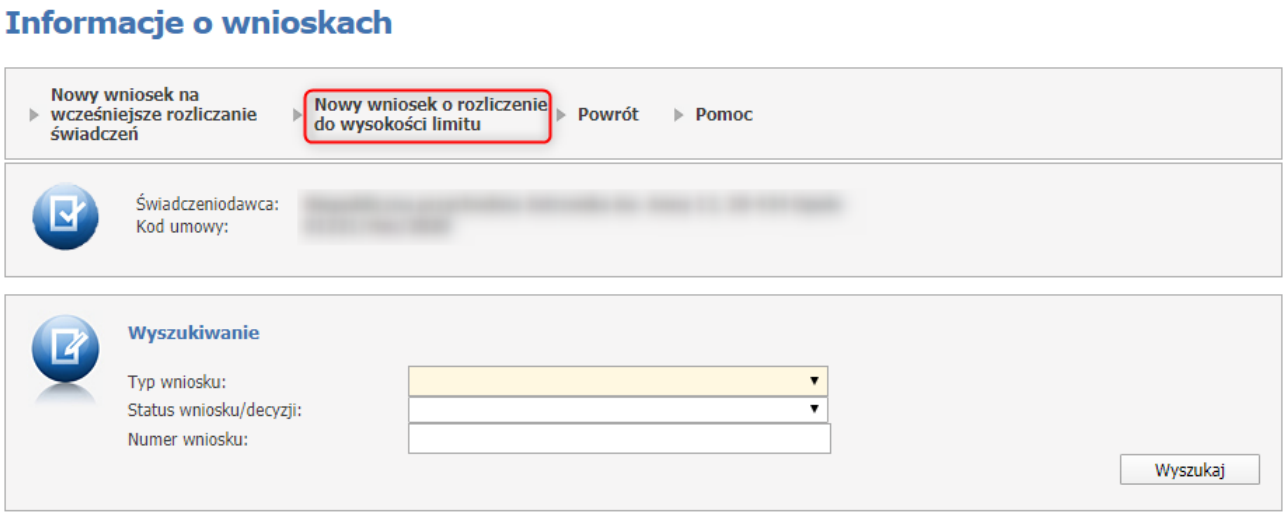


4.2.2.15.2 Wnioski o rozliczenie do wysokości limitu

Wnioski o rozliczenie do wysokości limitu są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach**.

Przycisk umożliwiający złożenie wniosku jest widoczny tylko dla umów na 2020 - 2021 rok i dla wszystkich świadczeń poza zakresami:

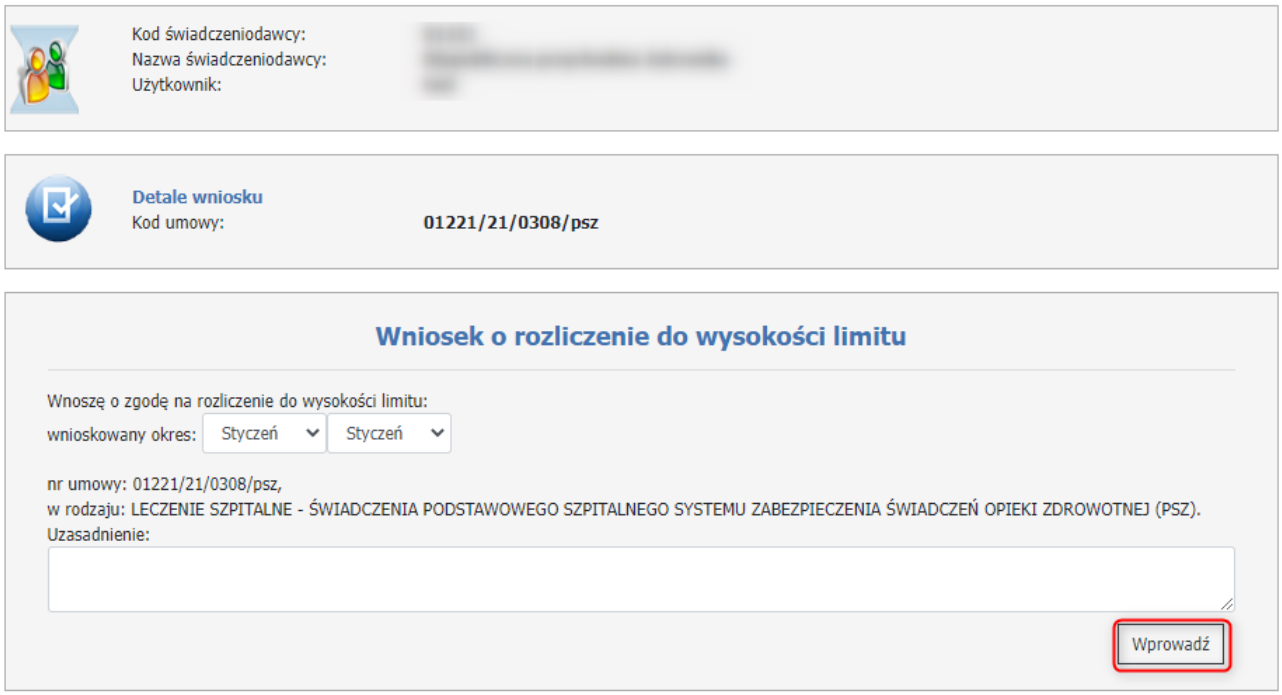
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne (0412),
- Refundacja cen leków (0413),
- Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 (0419).



Przycisk **Nowy wniosek o rozliczenie do wysokości limitu** umożliwia złożenie nowego wniosku.

Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wnioskowany okres na który ma zostać wydana decyzja oraz uzasadnienie.

© 2026 Kamsoft S.A.



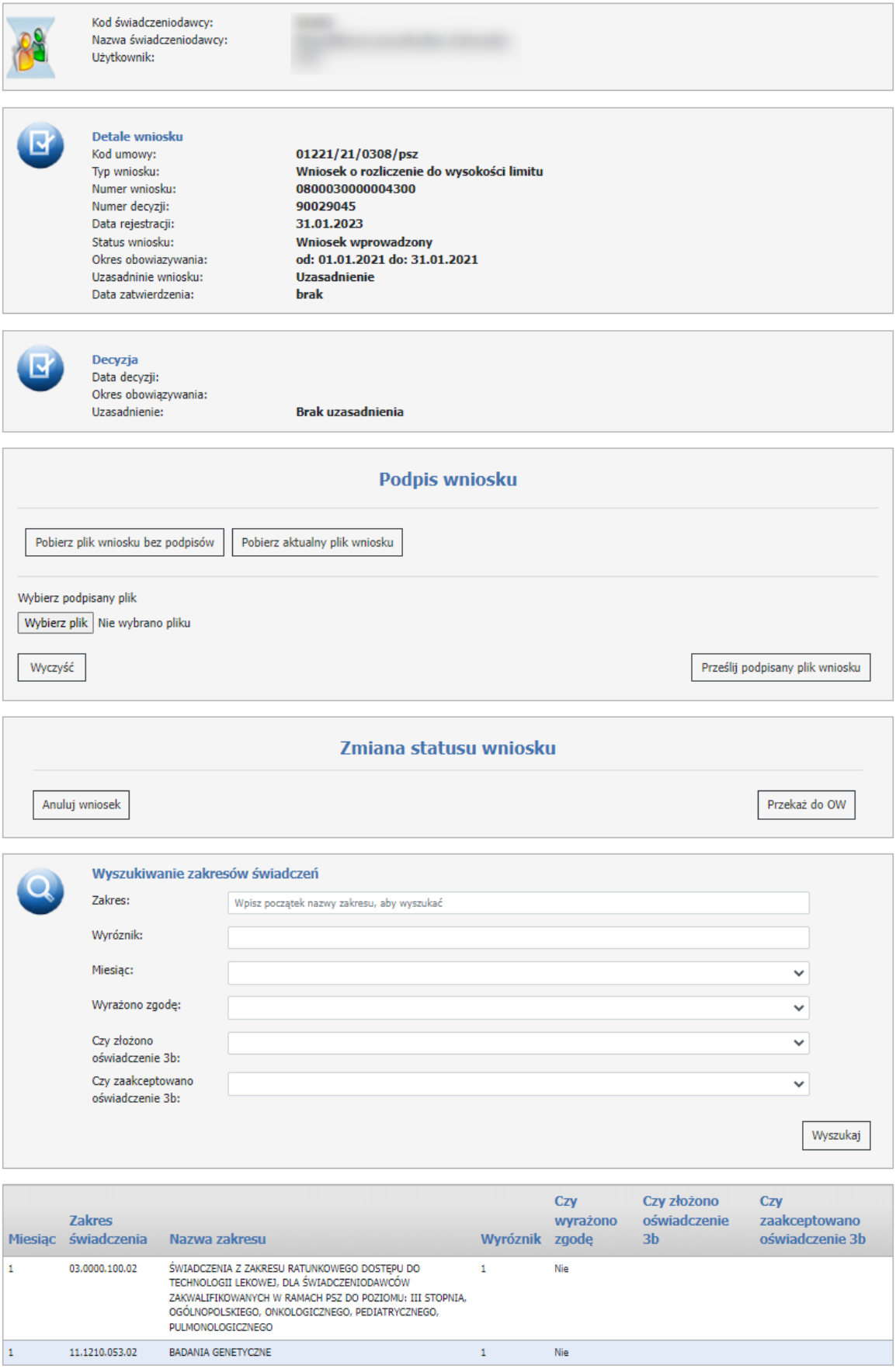
Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek nie jest jeszcze przekazany do rozpatrzenia w OW NFZ i cały czas można go edytować.

Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.

Wniosek może zostać ponownie wprowadzony na dany miesiąc lub okres, jeżeli zostanie on odrzucony przez operatora w OW NFZ.
Kolejność wprowadzanych wniosków jest dowolna, czyli np. można wprowadzić wniosek najpierw na miesiąc kwiecień a następnie na miesiąc marzec.

Sekcja: ***Szczegóły*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)
Szczegóły umożliwiają przegląd podstawowych danych wniosku wraz z możliwością sprawdzenia dla jakich punktów umowy świadczeniodawca uzyskał zgodę na rozliczenie bez sprawozdawczości oraz w jakich miesiącach ta zgoda obowiązuje.

© 2026 Kamsoft S.A.



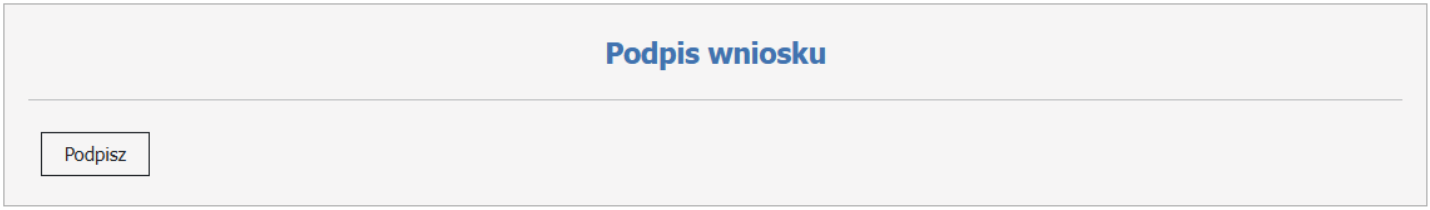
W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku (możliwe statusy: Wniosek wprowadzony, Wniosek przekazany do OW NFZ, Wniosek

© 2026 Kamsoft S.A.

pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna), okres obowiązywania, uzasadnienie wniosku, data zatwierdzenia.
Oświadczenie o złożeniu wniosku z par. 3b jest widoczne tylko dla umów na 2020 rok dla miesięcy listopad i/lub grudzień.
Adnotacja "Uwaga. Akceptacja wniosku przez Fundusz będzie wymagać wcześniejszego podpisania aneksu zmniejszającego kwotę zobowiązania Funduszu w pozycjach umowy i okresach sprawozdawczych, dla których ma zostać zaakceptowane rozliczenie ryczałtowe bez udzielania świadczeń i dla których zgodnie z OWU należność winna ulec takiemu obniżeniu." jest widoczna tylko dla umów na 2021 rok dla miesięcy styczeń - marzec.

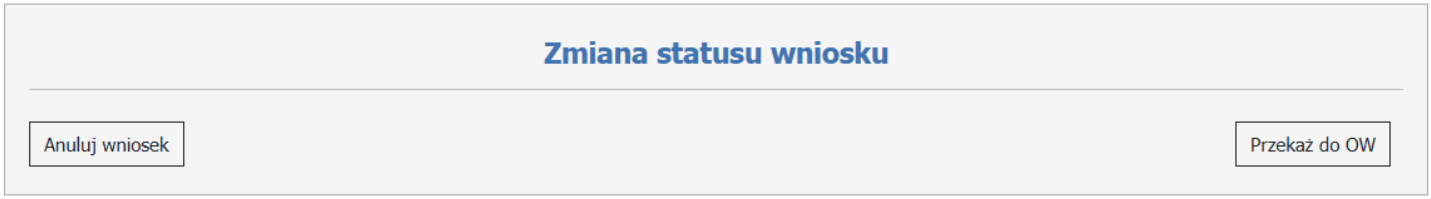
W części **Decyzja** znajduje się data decyzji, okres obowiązywania decyzji oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

W części **Podpis wniosku** znajduje się funkcja pozwalająca na przygotowanie i przekazanie do OW wniosku o rozliczenie do wysokości limitu w sposób tradycyjny (tak jak było dotychczas) lub w sposób elektroniczny.
Osoba wnioskująca deklaruje sposób obsługi wniosku po jego zatwierdzeniu.
Jeżeli operator zdecyduje o przekazaniu wniosku podpisanego cyfrowo, to przygotowany w Portalu dokument wniosku w postaci pliku PDF - przed pobraniem do podpisu cyfrowego będzie podpisywany przez system podpisem serwerowym.
Podpisywanie dokumentu wniosku podpisem cyfrowym (podpisem kwalifikowanym, osobistym lub certyfikatem ePUAP) jest realizowane poza Portalem.



Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku**, zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym. Zamieszczony plik musi być otoczony.
Przycisk **Pobierz plik wniosku bez podpisów** pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik wniosku** ale pobiera on wniosek bez podpisu złożonego przez użytkownika. W przypadku pobrania w formacie PDF będzie on zawierał podpis serwerowy.
Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.

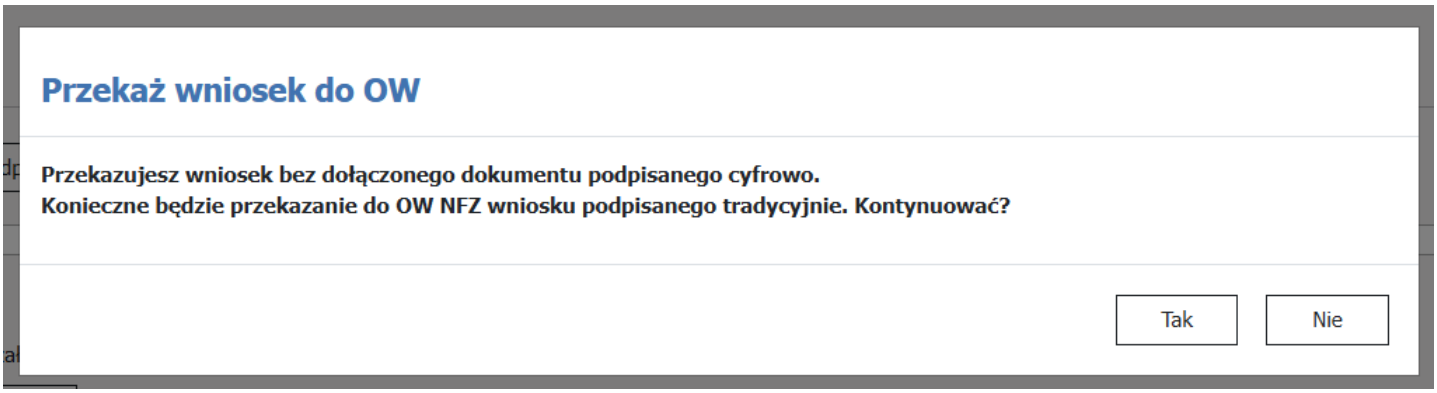
W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania wniosku.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.



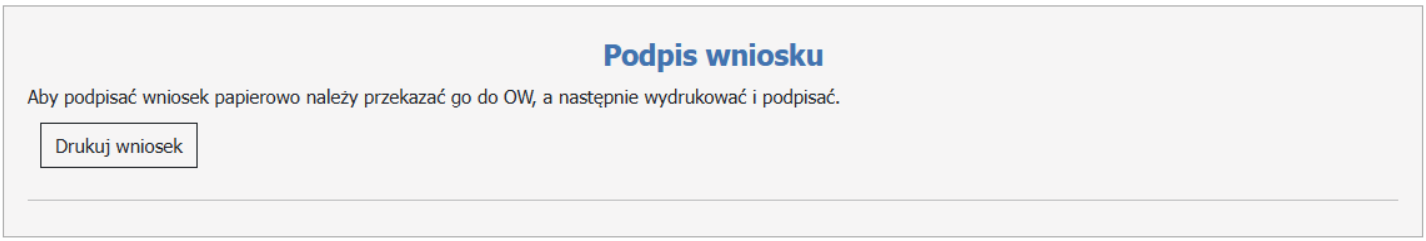
© 2026 Kamsoft S.A.

Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.
Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Jeżeli operator zdecyduje na przekazanie wniosku w wersji papierowej, należy od razu przekazać wniosek za pomocą przycisku **Przekaż do OW**. Pojawi się wtedy komunikat.



Po zatwierdzeniu komunikatu, operator może pobrać plik klikając w przycisk **Drukuj wniosek** a następnie po podpisaniu przekazać go w wersji papierowej do OW NFZ.



W części **Wyszukiwanie zakresów świadczeń** znajdują się filtry, dzięki którym operator może zawęzić listę interesujących go pozycji.
Dostępne filtry:

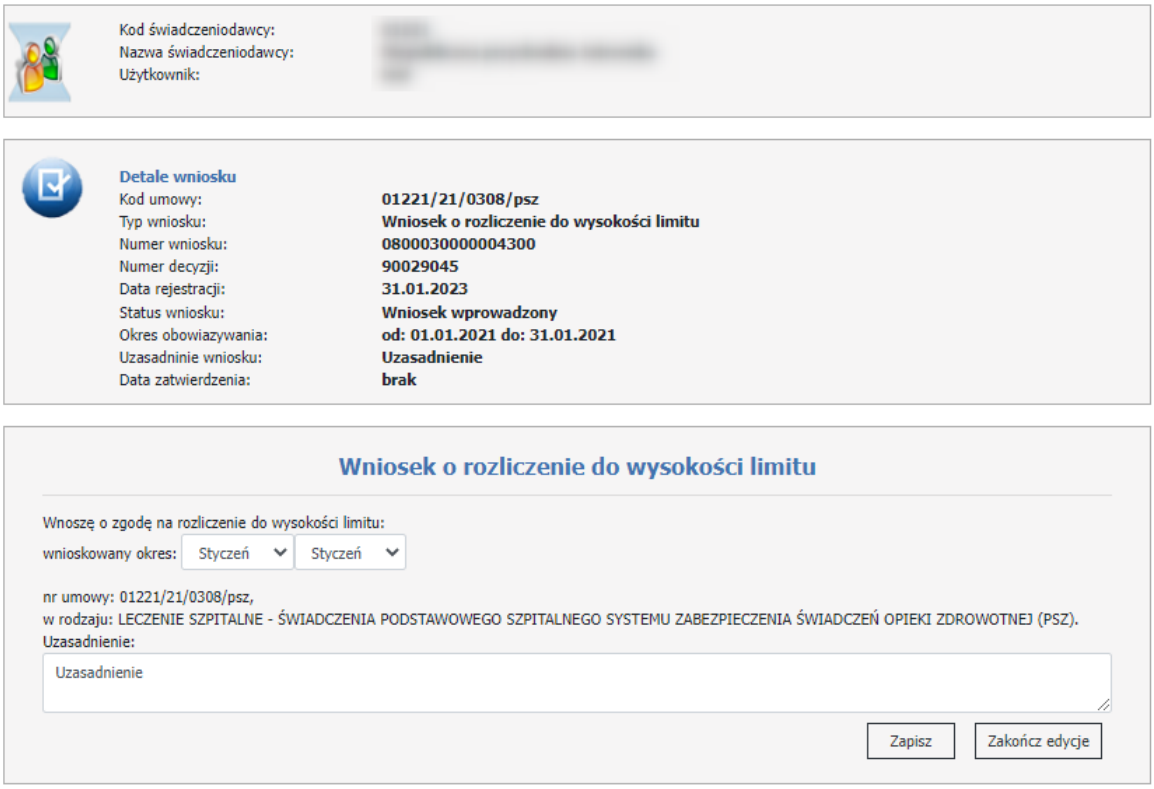
- Zakres - wybór ze słownika zakresów umów,
- Wyróżnik,
- Miesiąc - możliwe do wyboru z rozwijanej listy: 1-12,
- Wyrażono zgodę - możliwe do wyboru z rozwijanej listy: Tak/Nie,
- Czy złożono oświadczenie 3b - możliwe do wyboru z rozwijanej listy: Tak/Nie (filtr dostępny tylko dla okresu listopad - grudzień 2020 roku),
- Czy zaakceptowano oświadczenie 3b - możliwe do wyboru z rozwijanej listy: Tak/Nie (filtr dostępny tylko dla okresu listopad - grudzień 2020 roku).

Po ustawieniu filtrów operator zatwierdza wybór za pomocą przycisku ***Wyszukaj***.
Wyszukane rekordy widoczne są w postaci listy.

Sekcja: ***Edytuj*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)

© 2026 Kamsoft S.A.

Edytuj umożliwia edycję wprowadzonych zapisanych danych takich jak wnioskowany okres, oświadczenie jakiego miesiąca wniosek dotyczy oraz treści uzasadnienia.



Informacja:

Aby uzyskać zgodę na rozliczenie rachunku bez wykonania należy posiadać zatwierdzony przez operatora w OW wniosek o rozliczenie do wysokości limitu. Można wtedy przekazać do OW rachunek bez szablonu, który nie ma pokrycia w bieżącej wysokości wykonania.

Rachunki takie mogą być przekazywane elektronicznie (eFaktura). Rachunek w formie elektronicznej dla którego nie wygenerowany został szablon za świadczenia rozliczane za wykonanie będzie mógł być zaimportowany do systemu pod warunkiem istnienia w systemie na dany okres sprawozdawczy zgody na rozliczenie do wysokości limitu zaakceptowany przez operatora w OW.

- Możliwość składania wniosku o zgodę na wystawianie rachunków bez szablonu będzie możliwe za miesiąc należący maksymalnie do przedziału 01.2021 do 12.2021, dla konkretnej umowy. Wnioski można składać dla jednego miesiąca lub dla kilku miesięcy od razu (w zależności od ustawionego parametru).

- W systemie dla danej umowy dla danego miesiąca może istnieć tylko jeden wniosek w statusie „Zatwierdzony", za wyjątkiem przypadku, kiedy podjęta przez operatora w OW decyzja skróciła okres obowiązywania wniosku. Jeśli świadczeniodawca złożył wniosek do miesiąca października 2021 i już po jego akceptacji chciałby rozszerzyć okres wniosku np. do grudnia 2021 powinien złożyć nowy wniosek dla miesięcy listopad 2021 – grudzień 2021. Jeśli świadczeniodawca złożył wniosek o rozliczenie bez sprawozdawczości dla miesięcy październik 2021 - grudzień 2021 a operator zatwierdził wniosek tylko dla miesięcy październik 2021 – listopad 2021 to, aby w przypadku zmienionej sytuacji finansowej świadczeniodawca mógł uzyskać zgodę na rozliczenie bez sprawozdawczości w miesiącu grudzień 2021 musi złożyć ponownie wniosek.

© 2026 Kamsoft S.A.

- Oświadczenie (par. 3b rozporządzenia OWU) będzie można złożyć na dowolnym statusie wniosku innym niż anulowany (przez świadczeniodawcę) i rozpatrzony negatywnie (przez OW NFZ) co pozwoli na ewentualne złożenie oświadczenia dla wniosków już przekazanych do rozpatrzenia przez OW NFZ lub wniosków rozpatrzonych pozytywnie na moment wdrożenia modyfikacji systemu.

- Wnioski o rozliczenie bez udzielania świadczeń składane dla miesięcy styczeń 2021 – marzec 2021 nie będą posiadały funkcjonalności wnioskowania o zgodę na rozliczanie należności z tytułu art. 3a lub 3b Rozporządzenia OWU.

- Wszelkie informacje dotyczące wcześniej składanych wniosków o rozliczenie bez sprawozdawczości (dla okresów marzec 2020 do sierpień 2020) pozostaną w systemie dostępne, jednak możliwość składania przez świadczeniodawców wniosków dla miesięcy marzec – wrzesień 2020 pozostanie zablokowana w systemie.
- Nie ma konieczności drukowania takiego wniosku.
- Nie będzie zaimplementowana funkcjonalność przekazywania lub dołączania przez operatora załączników do takiego wniosku.
- **Funkcjonalność składania będzie dostępna w zależności od ustawionych parametrów: Wcześniejsze rozliczenie świadczeń - data od oraz Wcześniejsze rozliczenie świadczeń - data do.**
- Dla wniosków o rozliczenie bez sprawozdawczości, składanych w miesiącach kwiecień - grudzień 2021 dodano weryfikacje:
  1. Podczas przekazywania wniosku do OW system sprawdzi czy dla umowy, której dotyczy ten wniosek, został też złożony i zaakceptowany w OW wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego umowy formalno-prawnej na rok 2021 przynajmniej do 31 grudnia 2021 (jeśli umowa formalno-prawna posiada okres obowiązywania dłuższy niż 31.12.2021) lub daty wcześniejszej niż 31.12.2021 (w przypadku krótszego niż 31.12.2021 okresu obowiązywania umowy formalno-prawnej).
  2. W przypadku złożenia wniosku dotyczącego dowolnego miesiąca styczeń – czerwiec 2021 system sprawdzi czy istnieje wniosek o rozliczenie bez sprawozdawczości.

  Poza powyższymi walidacjami rejestracja wniosków o ustalenie należności i złożenie rachunków za okresy kwiecień – czerwiec będzie procedowana na zasadach tożsamych z zasadami procedowania wniosków o rozliczenie bez sprawozdawczości, jakie obowiązywały w miesiącach poprzednich (styczeń – marzec 2021).

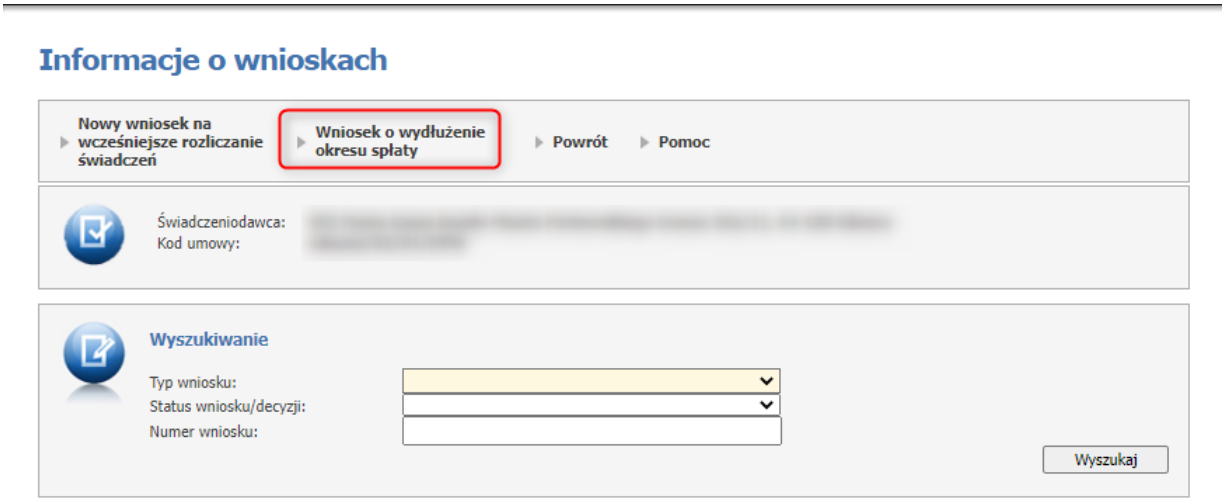
- Wystawiane rachunki bez szablonu nie mogą przekroczyć limitów wykorzystanych przez wygenerowane wcześniej szablony. Na etapie zatwierdzania rachunków system będzie badał wysokość wykorzystanego limitu i nie będzie możliwe zatwierdzenie rachunku, jeśli limit narastający zostanie przekroczony.
- Zmiana zatwierdzenia rachunku w taki sposób by system przy obecności zaakceptowanego wniosku traktował że efektywny limit odpowiada narastająco planowi pozycji z umowy od pierwszego miesiąca okresu rozliczeniowego do miesiąca za który przekazano rachunek (okres rozliczeniowy wynika z miesiąca, za który przekazano rachunek) - suma zatwierdzanych rachunków nie może przekroczyć narastając przysługującego efektywnego limitu - tak jak obecnie
- Limit dla wysokości wystawianych rachunków bez szablonów: Rachunek bez szablonu (suma rachunków bez szablonów przekazana przez świadczeniodawcę w danym miesiącu) nie może przekraczać wartości limitu w bieżącym okresie rozliczeniowym podzielonej przez liczbę miesięcy bieżącego okresu rozliczeniowego

© 2026 Kamsoft S.A.

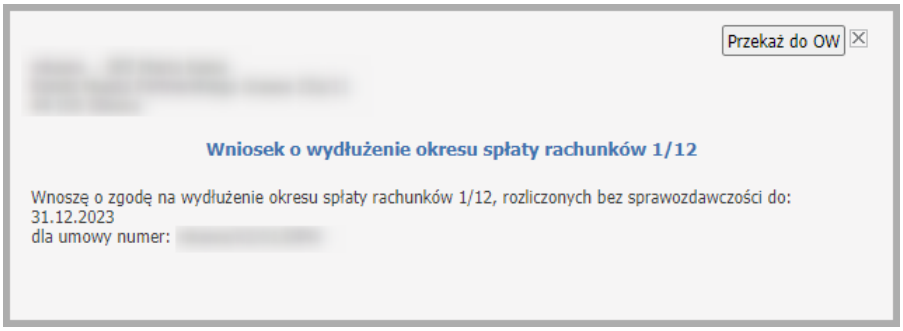
pomniejszonej o wartość bieżącego wykonania w danym miesiącu liczonego jako wartość rachunków wystawionych na podstawie szablonów.

4.2.2.15.3 Wnioski o wydłużenie okresu rozliczeniowego

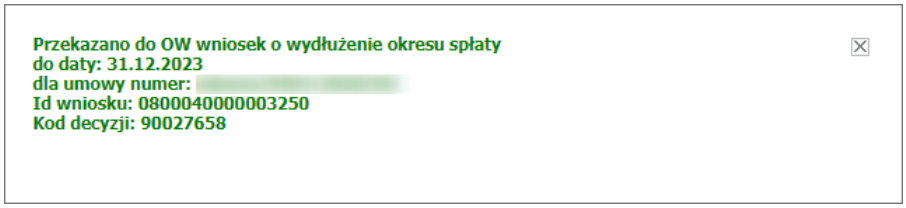
Wnioski o wcześniejsze rozliczanie świadczeń są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach**. Przycisk **Wniosek o wydłużenie okresu rozliczeniowego** umożliwia złożenie nowego wniosku.



Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy przekazać wniosek za pomocą przycisku ***Przekaż do OW***. Wniosku nie można edytować, zostaje on od razu przekazany do oceny w OW NFZ.
Przedłużenie okresu rozliczeniowego jest możliwe maksymalnie do 31.12.2022.



Po przekazaniu wniosku wyświetla się okno z danymi dla których został wniosek przekazany: do jakiej daty jest wniosek o przedłużenie okresu rozliczeniowego, numer umowy, identyfikator wniosku oraz kod decyzji.

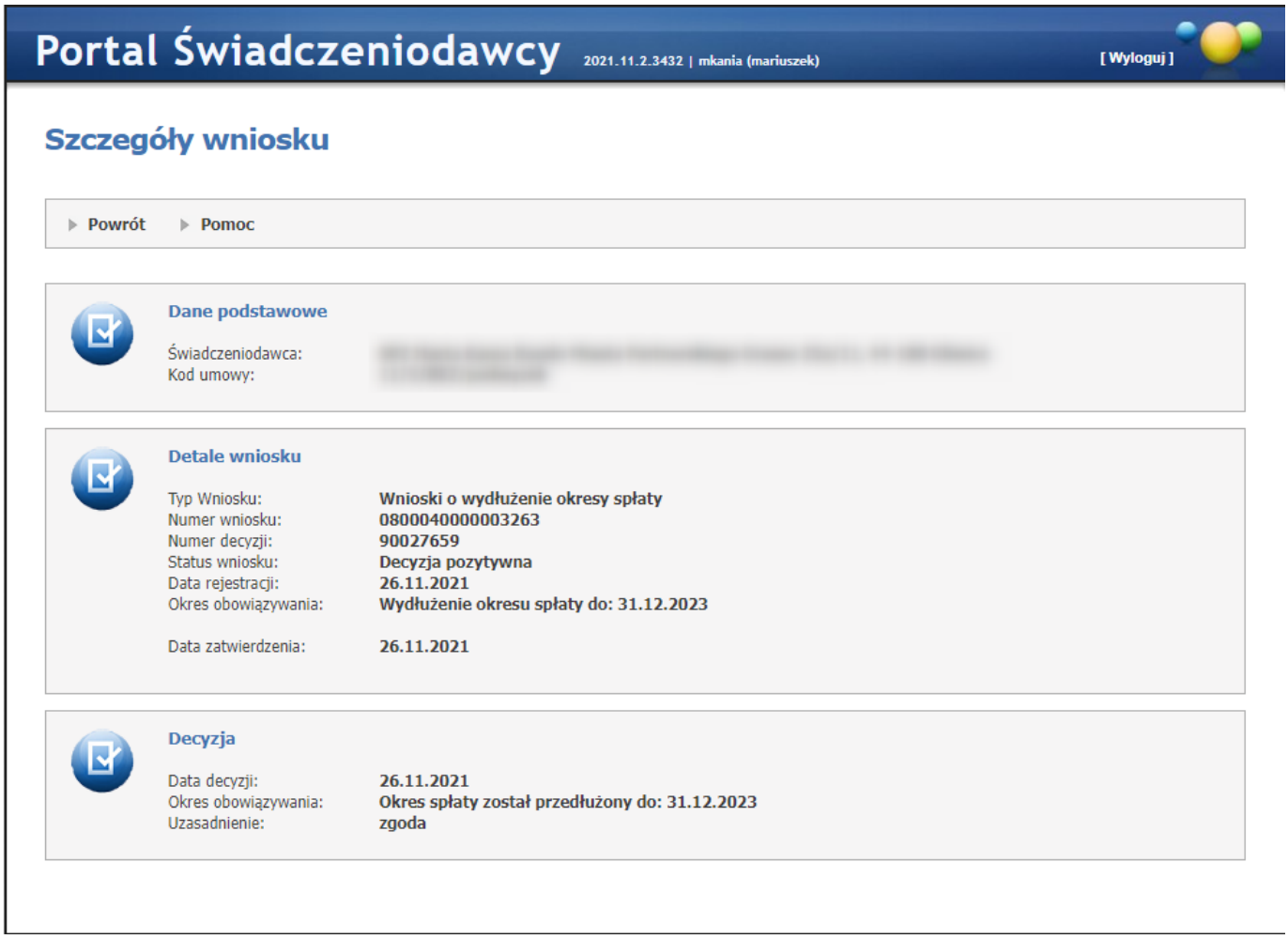


Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.

© 2026 Kamsoft S.A.

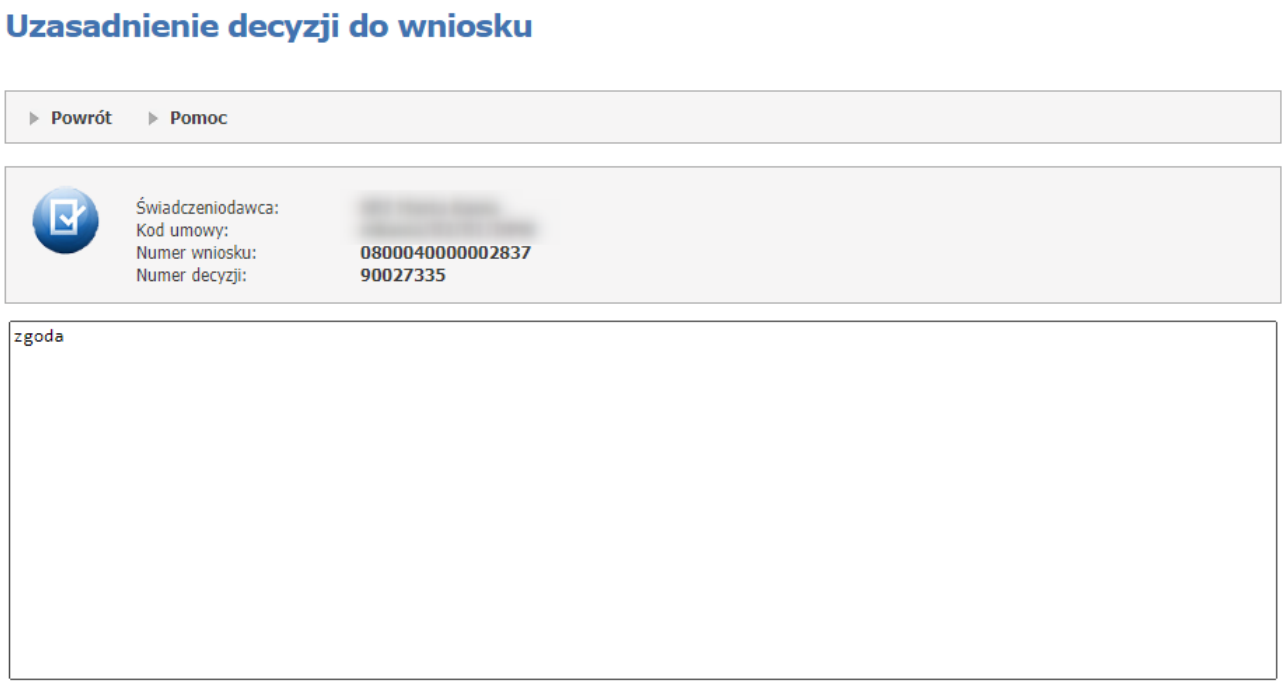
Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800040000003250	26.11.2021	Wnioski o wydłużenie okresu spłaty		grudzień 2023	Decyzja pozytywna	26.11.2021		grudzień 2023	Pokaż	Szczegóły
0800040000003241	26.11.2021	Wnioski o wydłużenie okresu spłaty		grudzień 2023	Decyzja negatywna	26.11.2021			Pokaż	Szczegóły
0800040000003045	06.07.2021	Wnioski o wydłużenie okresu spłaty		grudzień 2021	Decyzja pozytywna	06.07.2021		grudzień 2021	Pokaż	Szczegóły
0800040000002468	25.01.2021	Wnioski o wydłużenie okresu spłaty		czerwiec 2021	Decyzja pozytywna	25.01.2021		czerwiec 2021	Pokaż	Szczegóły

Przycisk **Szczegóły** przenosi użytkownika do okna **Szczegóły wniosku**, gdzie są wyświetlane dane wniosku.



Przycisk **Uzasadnienie decyzji/Pokaż** przenosi użytkownika do okna **Uzasadnienie decyzji do wniosku**, gdzie jest wyświetlona decyzja oraz uzasadnienie.
Uzasadnienie decyzji jest możliwe do wglądu dopiero po ocenie wniosku przez OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.



Do danego załącznika rzeczowo-finansowego może istnieć tylko jeden wniosek o statusie Zaakceptowany - decyzja pozytywna.
W sekcji **Wyszukiwanie**, operator może wyszukać dany wniosek za pomocą dostępnych filtrów: typ wniosku, status wniosku/decyzji, numer wniosku.

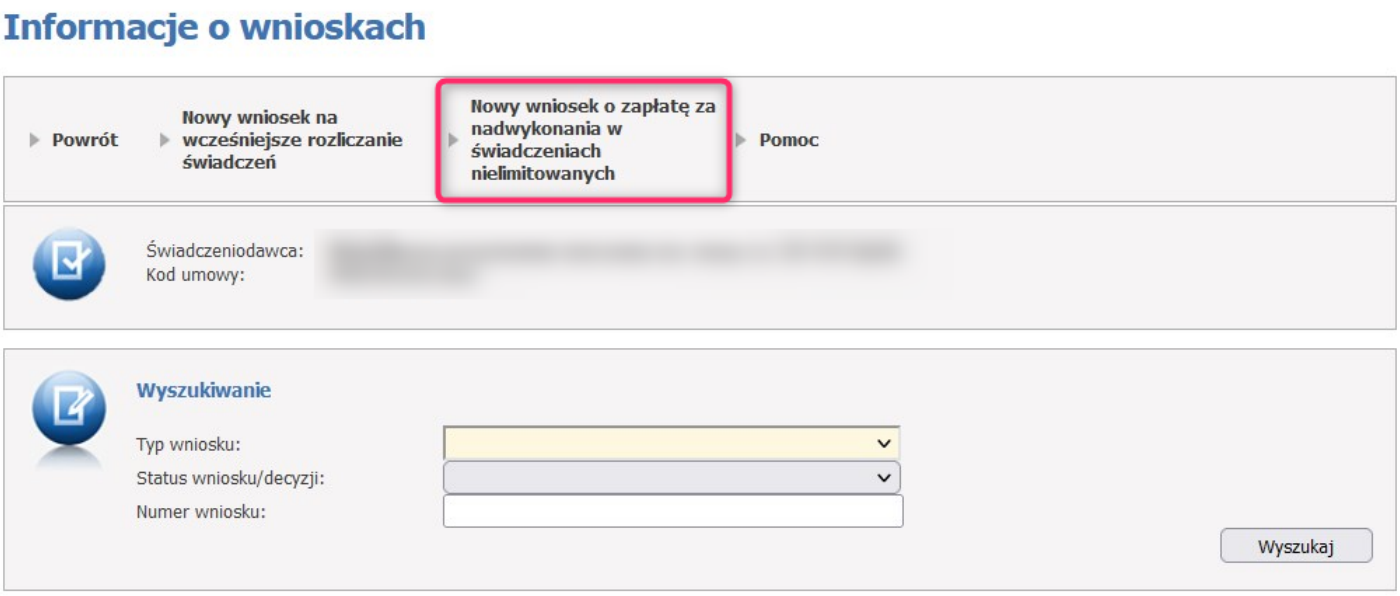
Stan wniosku określany jest przez jego status, który zmienia się wraz z postępem procesu:
- Przekazany;
- W trakcie rozpatrywania;
- Zaakceptowany - decyzja pozytywna;
- Odrzucony - decyzja negatywna.

Uwaga: złożenie wniosku wniosek o wydłużenie okresu spłaty zadłużenia do 31.12.2023 musi być poprzedzone pozytywnie rozpatrzonym wnioskiem o przedłużenie okresu rozliczeniowego do dnia 31 grudnia 2021, złożonym do załącznika rzeczowo-finansowego na rok 2020.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.15.4 Wniosek o zapłatę za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych

Wnioski o zapłatę za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach**.



Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wnioskowany okres na który ma zostać złożony wniosek o zapłatę za nadwykonanie w świadczeniach nielimitowanych.

© 2026 Kamsoft S.A.

Detale wniosku

Kod umowy: **01221/POZ/15/kop**

Data obowiązywania umowy: **01.01.2023 - 30.06.2023**

Wyświetl raport wykorzystania bieżącego limitu dla każdego z punktów umowy

Dane na miesiąc: Grudzień

Wyświetl

		Punkty w aktualnym planie umowy		Punkty faktycznego wykonania dla punktu umowy		Nierozliczone punkty przypięte do FM		Nierozliczone punkty nieprzypięte do FM pozytywnie zweryfikowanych	
Kod usługi	Porządek	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość
01.0010.120.11	1	2	240	brak	brak	brak	brak	brak	brak
01.0010.120.11	1	2	240	brak	brak	brak	brak	brak	brak
01.0010.120.11	1	2	240	brak	brak	brak	brak	brak	brak
01.0010.120.11	1	2	240	brak	brak	brak	brak	brak	brak
01.0010.120.11	1	2	240	brak	brak	brak	brak	brak	brak
01.0010.120.11	1	2	240	brak	brak	brak	brak	brak	brak

Wniosek o zapłatę za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych

Wnoszę o zapłatę za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych

wnioskowany okres: Kwiecień Czerwiec

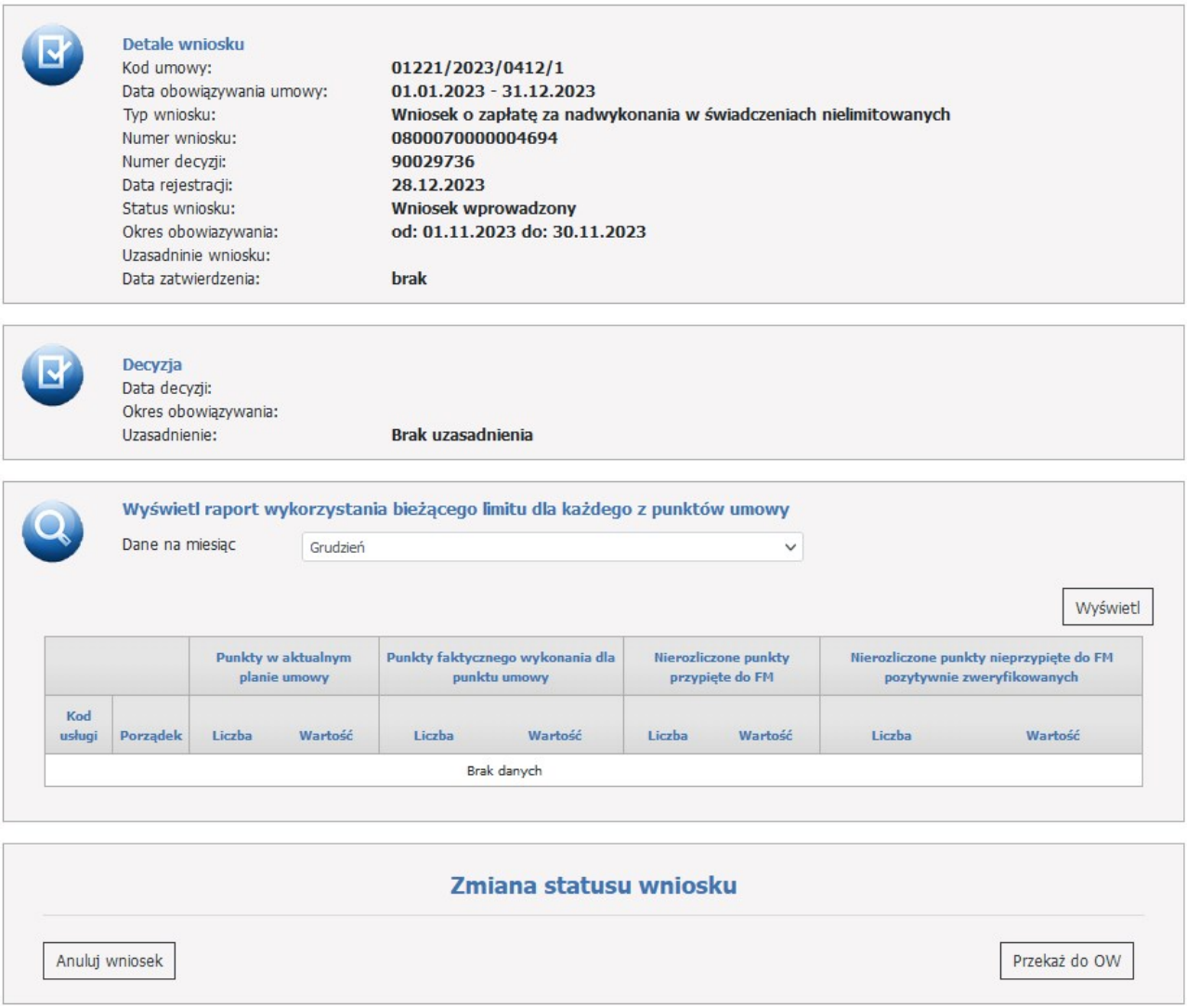
nr umowy: 01221/POZ/15/kop,

w rodzaju: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA.

Wprowadź

Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek można przekazać do OW lub anulować.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, data obowiązywania umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku.

W części **Decyzja** znajduje się data decyzji, okres obowiązywania oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

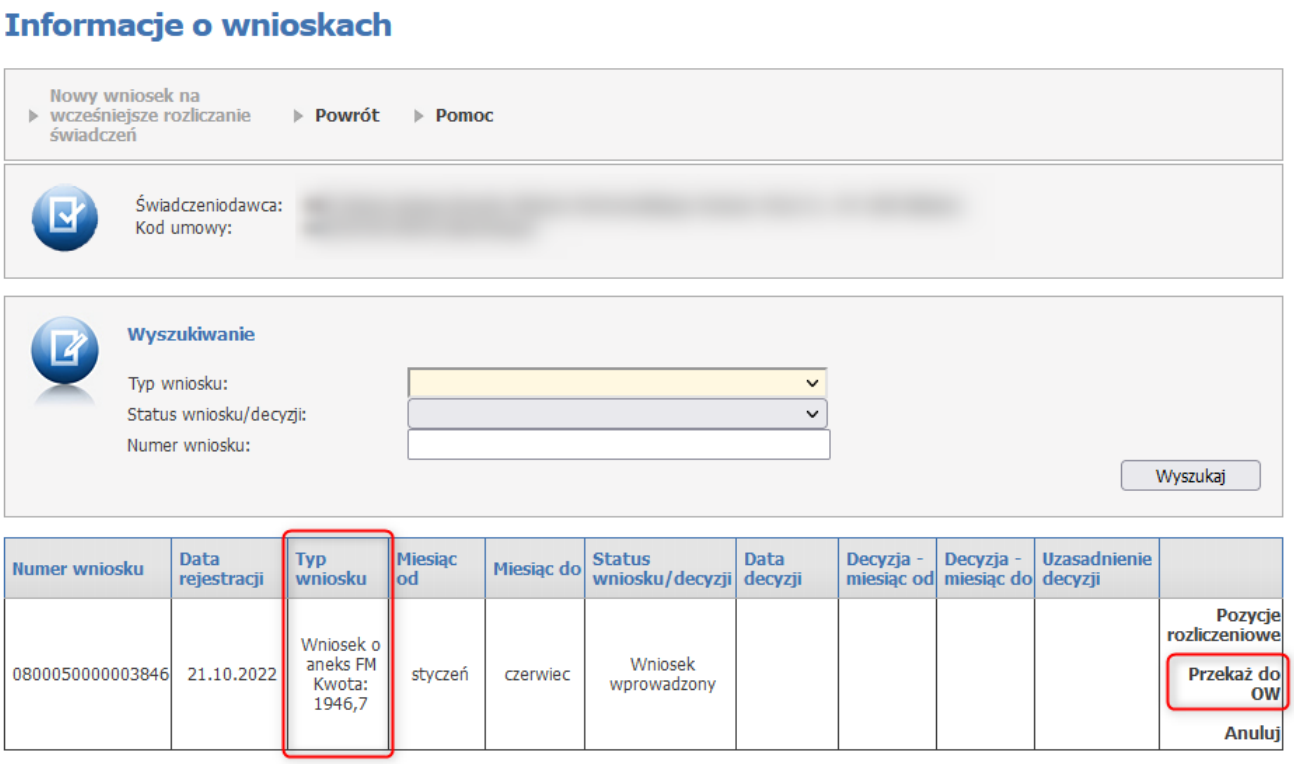
W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania wniosku.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.2.15.5 Wniosek o aneks planu FM

Wnioski o o aneks planu FM są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach**.
Zostanie wysłane powiadomienie o przygotowanym wniosku i potrzebie jego przekazania do OW, jeśli dla danej umowy i dla okresu rozliczeń z FM został przygotowany wniosek o utworzenie aneksu FM (oczekujący na przekazanie do OW NFZ).



W sekcji ***Typ wniosku*** jest prezentowana sumaryczna kwota świadczeń wskazanych aktualnie do rozliczenia w ramach Funduszu Medycznego.
Informacja o sumarycznej kwocie świadczeń wskazanych do rozliczenia jest aktualizowana jeśli w ramach naliczania do planu podstawowego świadczenia zostaną ponownie oznaczone do FM.
Prezentowana kwota jest zawsze równa aktualnej wartości świadczeń wskazanych do rozliczenia w ramach FM dotyczących okresu rozliczania z FM, którego dotyczy wniosek.
Kwota będzie wskazywała wartość pozycji podpiętych pod plan FM niezależnie od ich aktualnego statusu weryfikacji.
Wnioski będą wyświetlane w kontekście umowy, której dotyczy wniosek.
Dla każdej umowy i dla każdego okresu rozliczeń z FM będzie mógł istnieć jeden wniosek, wnioski będą istniały tylko dla okresów, dla których istnieją świadczenia możliwe do
rozliczenia z FM a więc utworzenie aneksu FM jest zasadne.

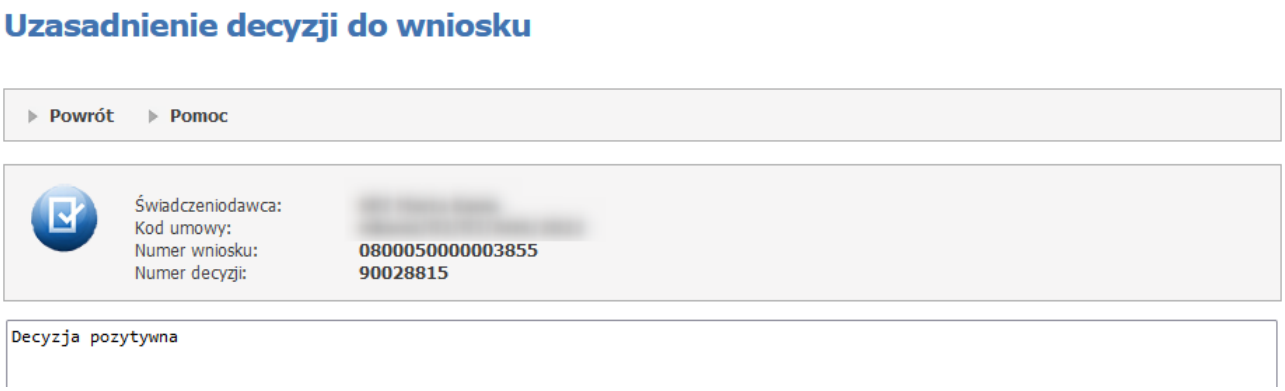
Przekazanie wniosku następuje po kliknięciu w **Przekaż do OW**.
Można wycofać wniosek wcześniej przekazany do OW, służy do tego przycisk **Anuluj**.
Uwaga: Wycofanie wniosku o aneks FM będzie możliwe tylko w sytuacji gdy dla danego okresu rozliczeń z FM, dla danej umowy, nie istnieje aneks FM (w dowolnym statusie).

© 2026 Kamsoft S.A.

Stan wniosku/ decyzji określany jest przez jego status, który zmienia się wraz z postępem procesu:
- Przekazany;
- W trakcie rozpatrywania;
- Decyzja pozytywna;
- Decyzja negatywna,
- Wniosek anulowany.

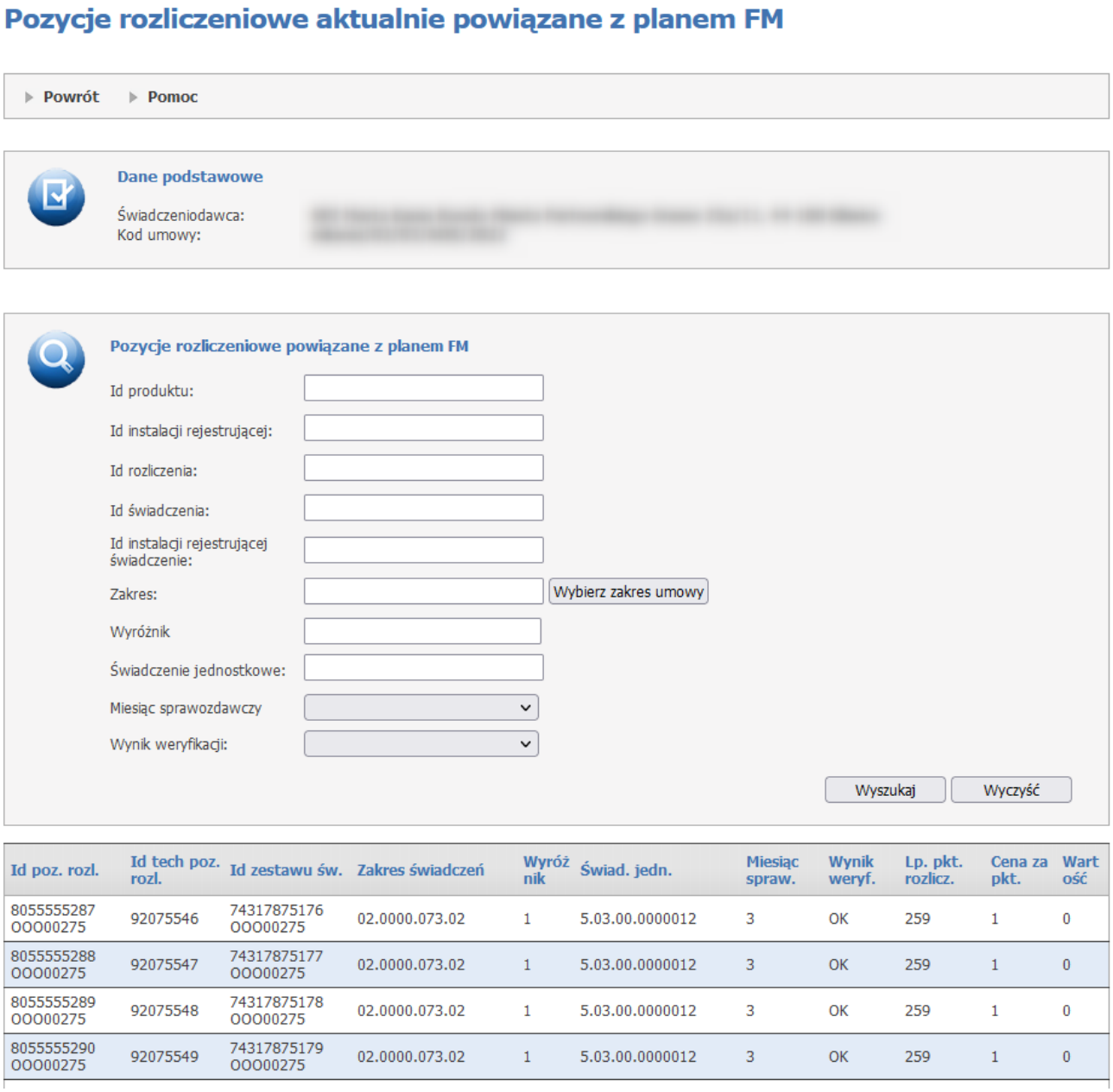
Przycisk **Uzasadnienie decyzji/Pokaż** przenosi użytkownika do okna **Uzasadnienie decyzji do wniosku**, gdzie jest wyświetlona decyzja oraz uzasadnienie.
Uzasadnienie decyzji jest możliwe do wglądu dopiero po ocenie wniosku przez OW NFZ.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800050000003855	21.10.2022	Wniosek o aneks FM Kwota: 2072	styczeń	czerwiec	Decyzja pozytywna	21.10.2022	styczeń	czerwiec	Pokaż	Pozycje rozliczeniowe



Sekcja: ***Pozycje rozliczeniowe*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)
Link ***Pozycje rozliczeniowe*** przenoszą użytkownika do raportu prezentującego aktualny stan pozycji rozliczeniowych wytypowanych do FM w ramach rozliczenia z FM dokonywanego w okresie, którego dotyczy wniosek.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części **Pozycje rozliczeniowe powiązane z planem FM** znajdują się filtry, dzięki którym operator może zawęzić listę interesujących go pozycji.

Dostępne filtry:

- Id produktu,
- Id instalacji rejestrującej,
- Id rozliczenia,
- Id świadczenia,
- Id instalacji rejestrującej świadczenie
- Zakres - wybór ze słownika zakresów umów,
- Wyróżnik,
- Świadczenie jednostkowe,
- Miesiąc - możliwe do wyboru z rozwijanej listy: 1-12,
- Wynik weryfikacji - możliwe do wyboru z rozwijanej listy: Niezweryfikowane, Błąd, OK.

Po ustawieniu filtrów operator zatwierdza wybór za pomocą przycisku ***Wyszukaj***.

© 2026 Kamsoft S.A.

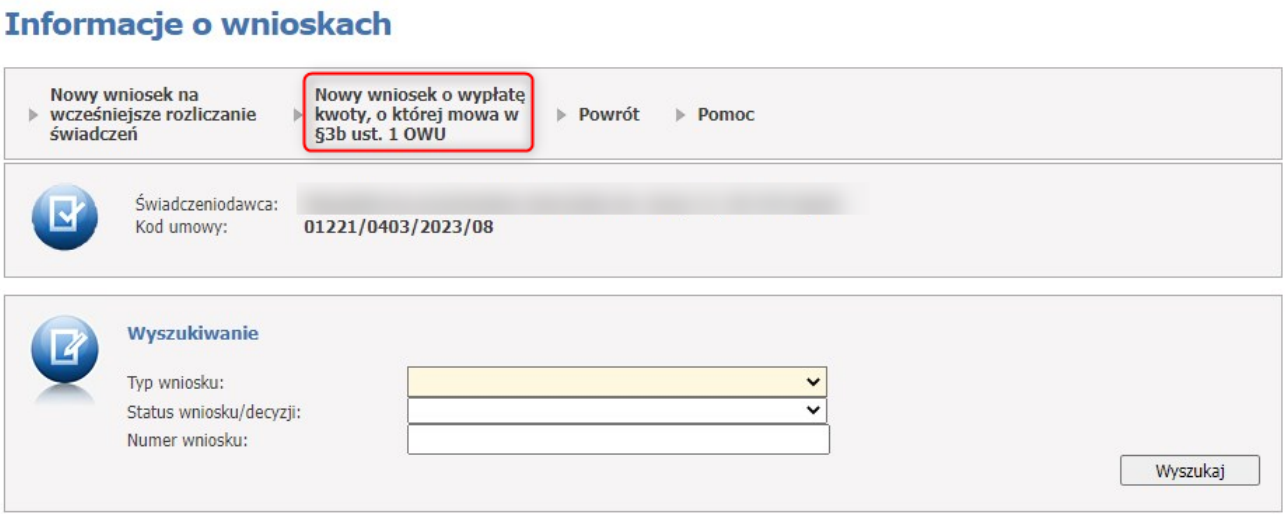
Wyszukane rekordy widoczne są w postaci listy.

Id pozycji rozliczeniowej składa się z: Id produktu oraz Id instalacji rejestrującej.
Id zestawu świadczeń składa się z: Id świadczenia oraz Id instalacji rejestrującej świadczenie.

Id poz. rozl.	Id tech poz. rozl.	Id zestawu św.	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Świad. jedn.	Miesiąc spraw.	Wynik weryf.	Lp. pkt. rozlicz.	Cena za pkt.	Wartość
8055555276 00000275	92075528	74317875167 00000275	02.1220.001.02	3	5.03.00.0000021	6	OK	309	0,9	0

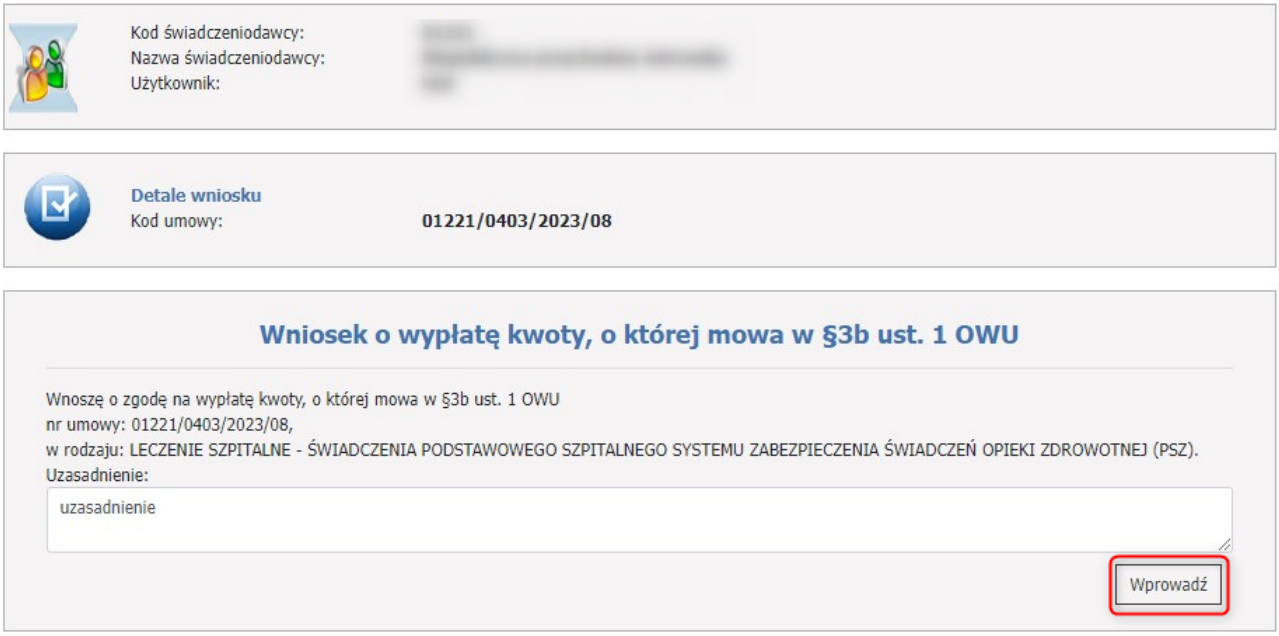
4.2.2.15.6 Wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU

Wnioski o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach.**
Złożenie nowego wniosku jest możliwe dla świadczeniodawcy posiadającego umowę typu 03/8 LECZENIE SZPITALNE - ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ) obowiązującą w roku 2023.



Przycisk **Nowy wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU** umożliwia złożenie nowego wniosku.
Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wpisać uzasadnienie.

© 2026 Kamsoft S.A.



Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek nie jest jeszcze przekazany do rozpatrzenia w OW NFZ i cały czas można go edytować.

Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800060000004556	11.05.2023	Wnioski o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU			Wniosek wprowadzony					Szczegóły Edytuj

Sekcja: ***Szczegóły*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)
Szczegóły umożliwiają przegląd danych wniosku wraz z możliwością sprawdzenia czy świadczeniodawca uzyskał zgodę na wypłatę.

© 2026 Kamsoft S.A.

W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku (możliwe statusy: Wniosek wprowadzony, Wniosek przekazany do OW NFZ, Wniosek pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna), uzasadnienie wniosku, data zatwierdzenia.

W części **Decyzja** znajduje się data decyzji oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania wniosku.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Przycisk **Uzasadnienie decyzji/Pokaż** przenosi użytkownika do okna **Uzasadnienie decyzji do wniosku**, gdzie jest wyświetlona decyzja oraz uzasadnienie.
Uzasadnienie decyzji jest możliwe do wglądu dopiero po ocenie wniosku przez OW NFZ.

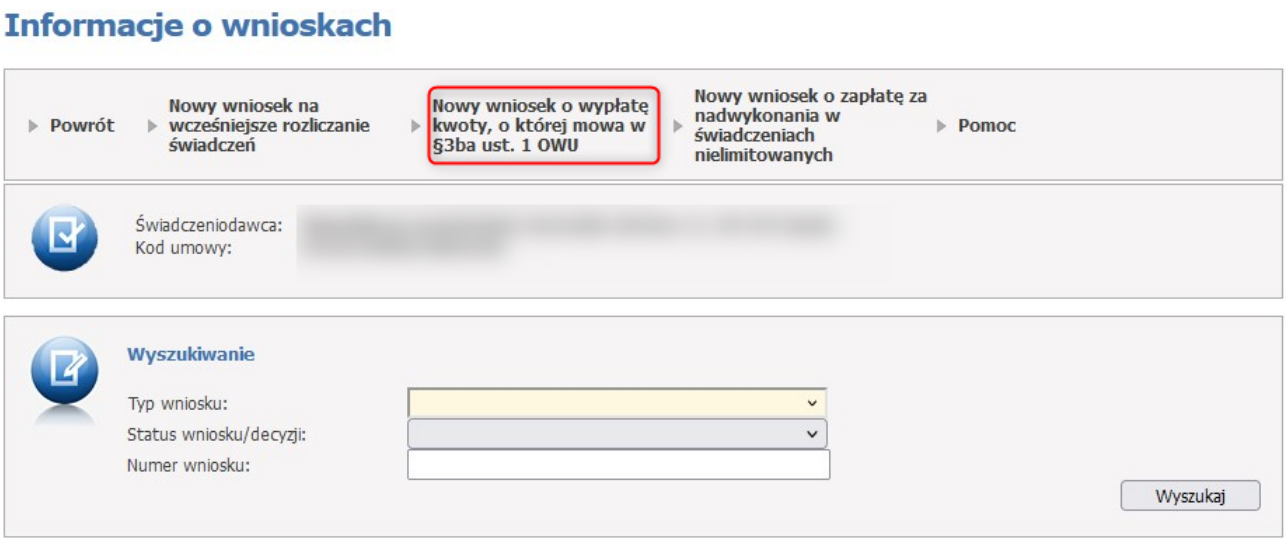
© 2026 Kamsoft S.A.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800060000004527	05.05.2023	Wnioski o wypłatę kwoty, o której mowa w §3b ust. 1 OWU			Decyzja negatywna	11.05.2023			Pokaż	Szczegóły

Dla danej umowy może występować co najwyżej jeden wniosek posiadający jeden ze statusów: Wprowadzony, Przekazany, Zatwierdzony.

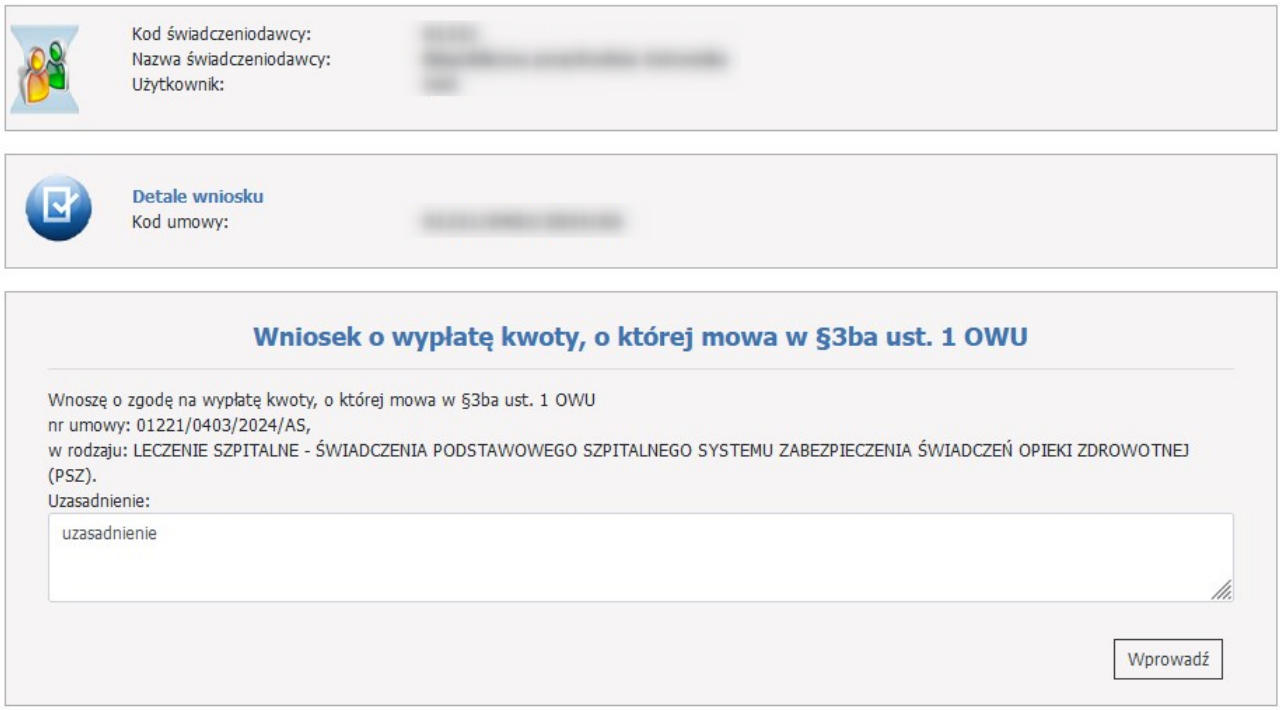
4.2.2.15.7 Wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU

Wnioski o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach.**
Złożenie nowego wniosku jest możliwe dla świadczeniodawcy posiadającego umowę typu 03/8 LECZENIE SZPITALNE - ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ) obowiązującą w roku 2024.



Przycisk **Nowy wniosek o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU** umożliwia złożenie nowego wniosku.
Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wpisać uzasadnienie.

© 2026 Kamsoft S.A.



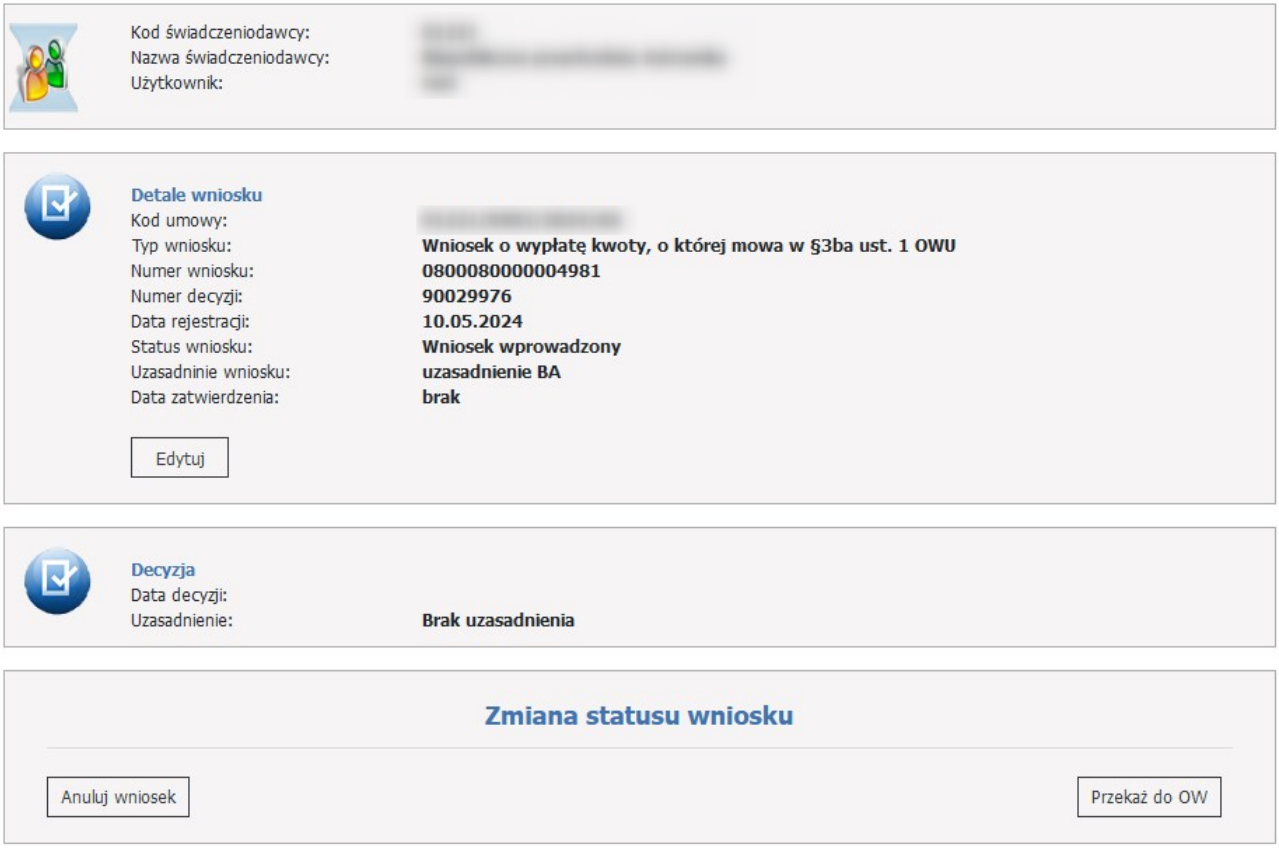
Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek nie jest jeszcze przekazany do rozpatrzenia w OW NFZ i cały czas można go edytować.

Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/ decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800080000004981	10.05.2024	Wnioski o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU			Wniosek wprowadzony					Szczegóły Edytuj

Sekcja: ***Szczegóły*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)
Szczegóły umożliwiają przegląd danych wniosku wraz z możliwością sprawdzenia czy świadczeniodawca uzyskał zgodę na wypłatę.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku (możliwe statusy: Wniosek wprowadzony, Wniosek przekazany do OW NFZ, Wniosek pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna), uzasadnienie wniosku, data zatwierdzenia.

W części **Decyzja** znajduje się data decyzji oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania wniosku.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Przycisk **Uzasadnienie decyzji/Pokaż** przenosi użytkownika do okna **Uzasadnienie decyzji do wniosku**, gdzie jest wyświetlona decyzja oraz uzasadnienie.
Uzasadnienie decyzji jest możliwe do wglądu dopiero po ocenie wniosku przez OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

Numer wniosku	Data rejestracji	Typ wniosku	Miesiąc od	Miesiąc do	Status wniosku/ decyzji	Data decyzji	Decyzja - miesiąc od	Decyzja - miesiąc do	Uzasadnienie decyzji	
0800080000004981	10.05.2024	Wnioski o wypłatę kwoty, o której mowa w §3ba ust. 1 OWU			Decyzja negatywna	10.05.2024			Pokaż	Szczegóły

Dla danej umowy może występować co najwyżej jeden wniosek posiadający jeden ze statusów: Wprowadzony, Przekazany, Zatwierdzony.

4.2.2.15.8 Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i § 3ba OWU) do 31.12.2025

Wnioski o przedłużenie terminu rozliczenia środków, o której mowa w §3b i §3ba OWU są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach.**
Złożenie nowego wniosku jest możliwe dla świadczeniodawcy posiadającego umowę typu 03/8 LECZENIE SZPITALNE - ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ) obowiązującą w roku 2025 i realizuje on świadczenia z jednym z OW:
- Lubuski OW,
- Śląski OW,
- Opolski OW,
- Dolnośląski OW.

Nie jest wymagane przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie.

Przycisk **Nowy wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§3b i §3ba OWU) do 31.12.2025** umożliwia złożenie nowego wniosku.
Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wpisać uzasadnienie.

Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek nie jest jeszcze przekazany do rozpatrzenia w OW NFZ i cały czas można go edytować.

Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.

Sekcja: ***Szczegóły*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)
Szczegóły umożliwiają przegląd danych wniosku wraz z możliwością sprawdzenia czy świadczeniodawca uzyskał zgodę na przedłużenie terminu rozliczenia środków.

W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku (możliwe statusy: Wniosek wprowadzony, Wniosek przekazany do OW NFZ, Wniosek

© 2026 Kamsoft S.A.

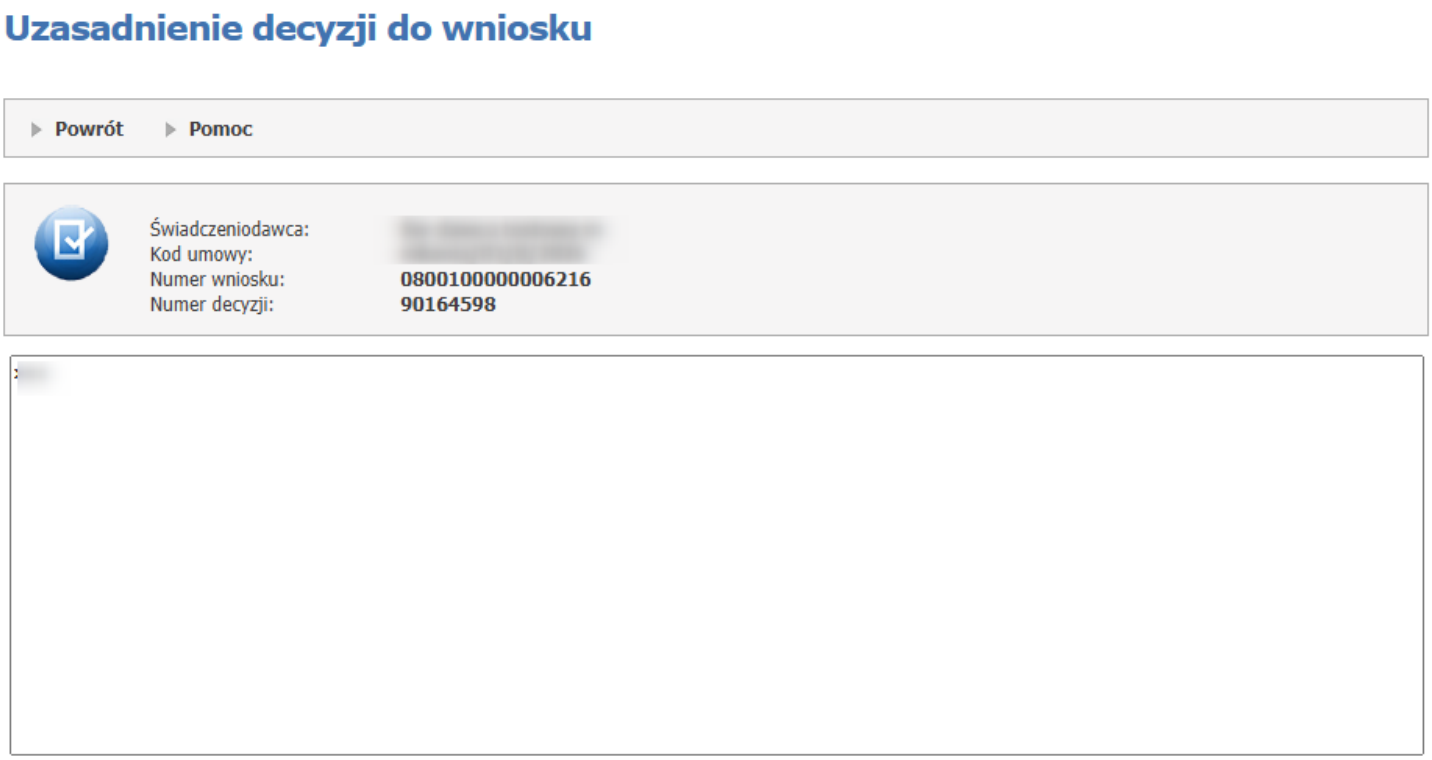
pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna), uzasadnienie wniosku, data zatwierdzenia.

W części **Decyzja** znajduje się data decyzji oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania wniosku.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Przycisk **Uzasadnienie decyzji/Pokaż** przenosi użytkownika do okna **Uzasadnienie decyzji do wniosku**, gdzie jest wyświetlona decyzja oraz uzasadnienie.
Uzasadnienie decyzji jest możliwe do wglądu dopiero po ocenie wniosku przez OW NFZ.
Dla danej umowy może występować co najwyżej jeden wniosek posiadający jeden ze statusów: Wprowadzony, Przekazany, Zatwierdzony.



4.2.2.15.9 Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i § 3ba OWU) do 31.12.2026

Wnioski o przedłużenie terminu rozliczenia środków, o której mowa w §3b i §3ba OWU są dostępne z pozycji formatki **Informacje o wnioskach.**
Złożenie nowego wniosku jest możliwe dla świadczeniodawcy posiadającego umowę typu 03/8 LECZENIE SZPITALNE - ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ) obowiązującą w roku 2026 oraz dla świadczeniodawcy, który złożył wcześniej wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§ 3b i §3ba OWU) do 31.12.2025 i wniosek ten został zaakceptowany przez oddział.
Dodatkowo realizuje on świadczenia z jednym z OW:
- Lubuski OW,
- Śląski OW,
- Opolski OW,
- Dolnośląski OW.

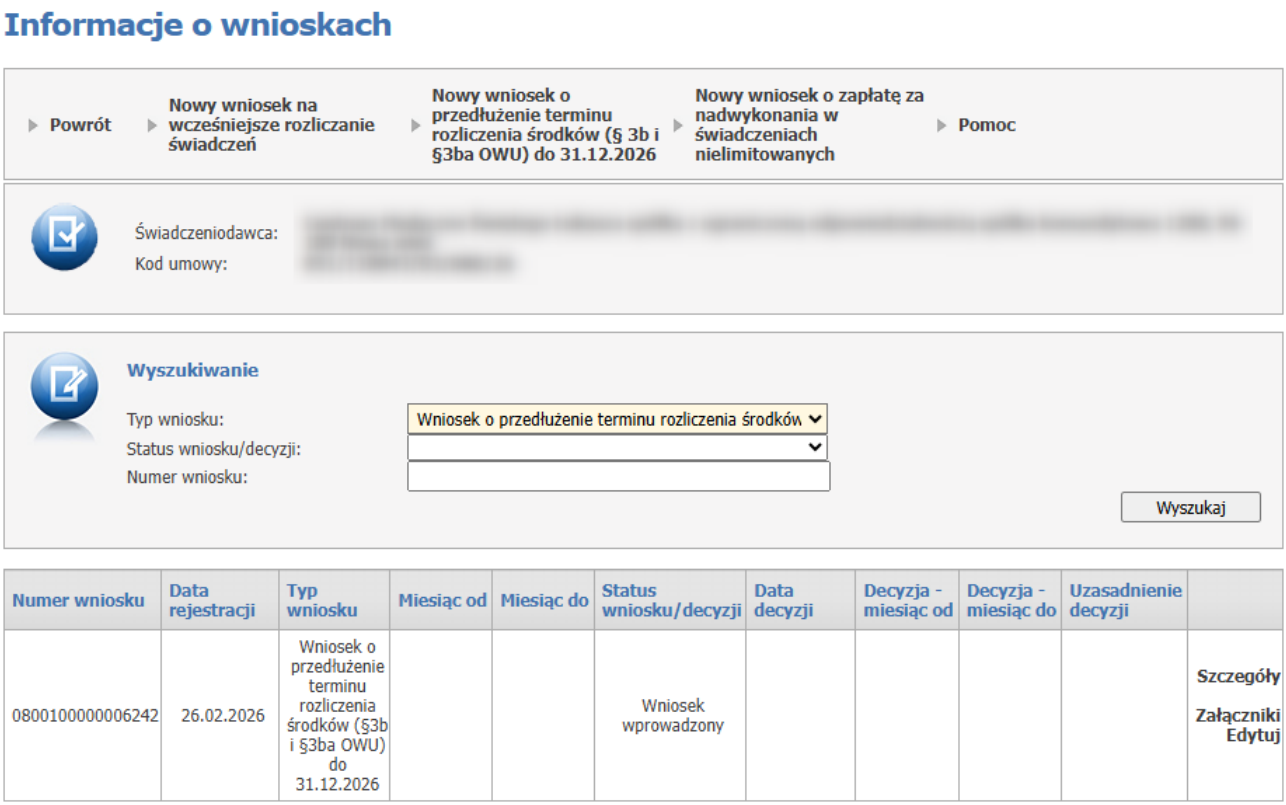
Nie jest wymagane przekazanie dokumentu podpisanego elektronicznie.

Przycisk **Nowy wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia środków (§3b i §3ba OWU) do 31.12.2026** umożliwia złożenie nowego wniosku.
Po jego kliknięciu otworzy się nowe okno, w którym należy określić wpisać uzasadnienie.

Przycisk **Wprowadź** pozwala na wprowadzenie wniosku do systemu. Po wprowadzeniu wniosek nie jest jeszcze przekazany do rozpatrzenia w OW NFZ i cały czas można go edytować.

Wprowadzony wniosek wyświetla się na liście na stronie **Informacje o wnioskach**.

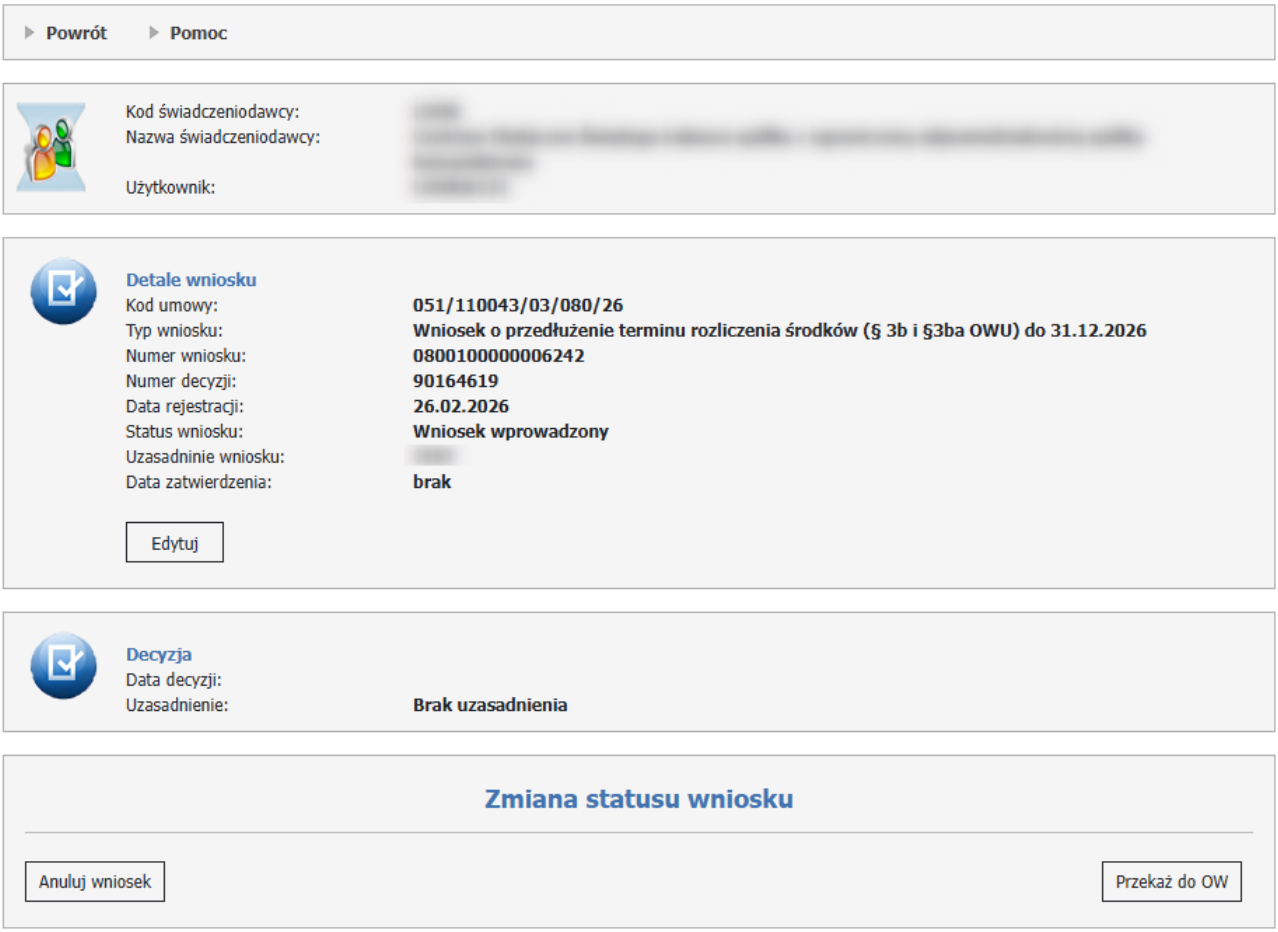
© 2026 Kamsoft S.A.



Sekcja: ***Szczegóły*** (dostępna z formatki głównej **Informacje o wnioskach**)

Szczegóły umożliwiają przegląd danych wniosku wraz z możliwością sprawdzenia czy świadczeniodawca uzyskał zgodę na przedłużenie terminu rozliczenia środków.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części **Detale wniosku** znajduje się kod umowy, typ wniosku, numer wniosku, numer decyzji, data rejestracji, status wniosku (możliwe statusy: Wniosek wprowadzony, Wniosek przekazany do OW NFZ, Wniosek pozostawiony bez rozpoznania, Wniosek anulowany, Wniosek rozpatrywany, Decyzja negatywna, Decyzja pozytywna), uzasadnienie wniosku, data zatwierdzenia.

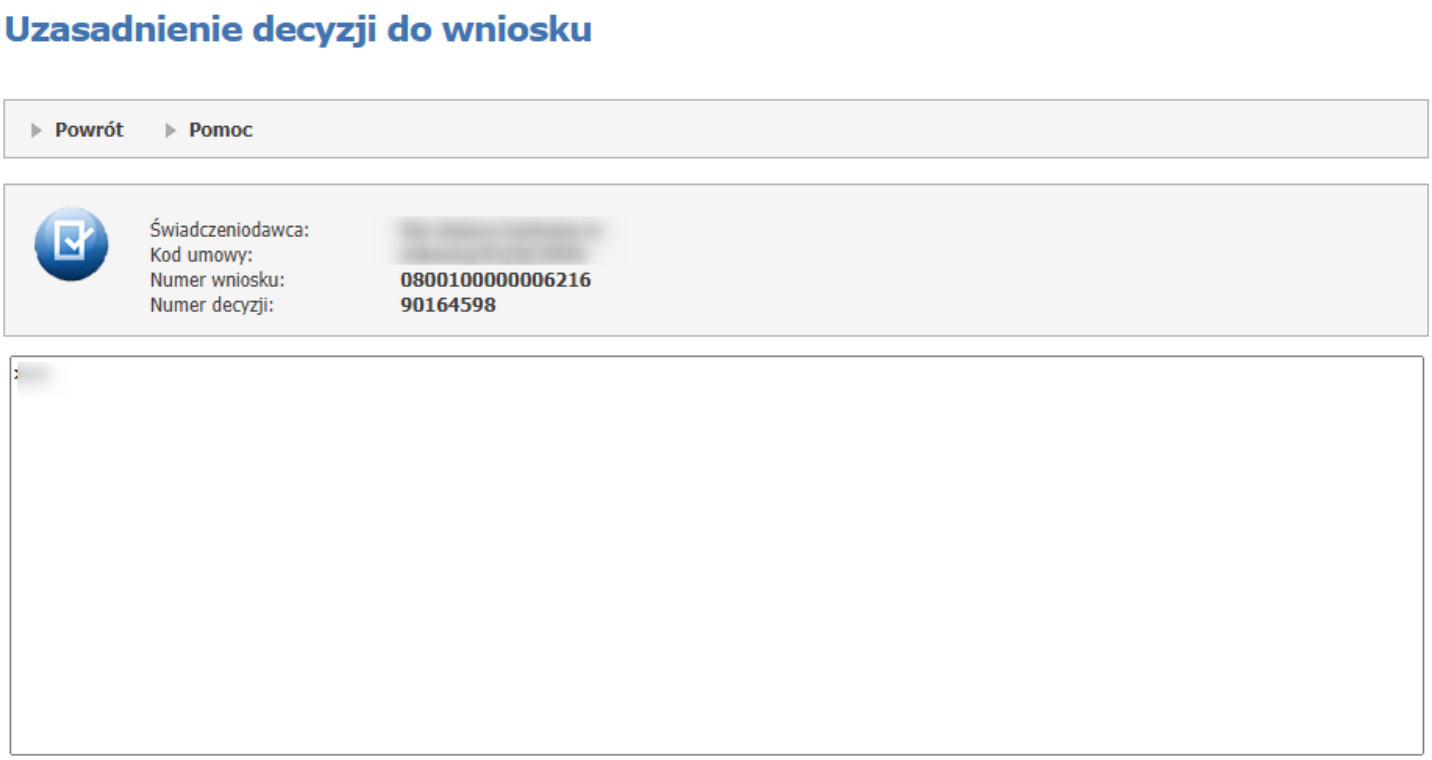
W części **Decyzja** znajduje się data decyzji oraz uzasadnienie, które pojawi się jeśli operator po stronie OW NFZ takie poda (w innym wypadku będzie się wyświetlał komunikat: Brak uzasadnienia).

W części **Zmiana statusu wniosku** użytkownik ma możliwość przesłania wniosku.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

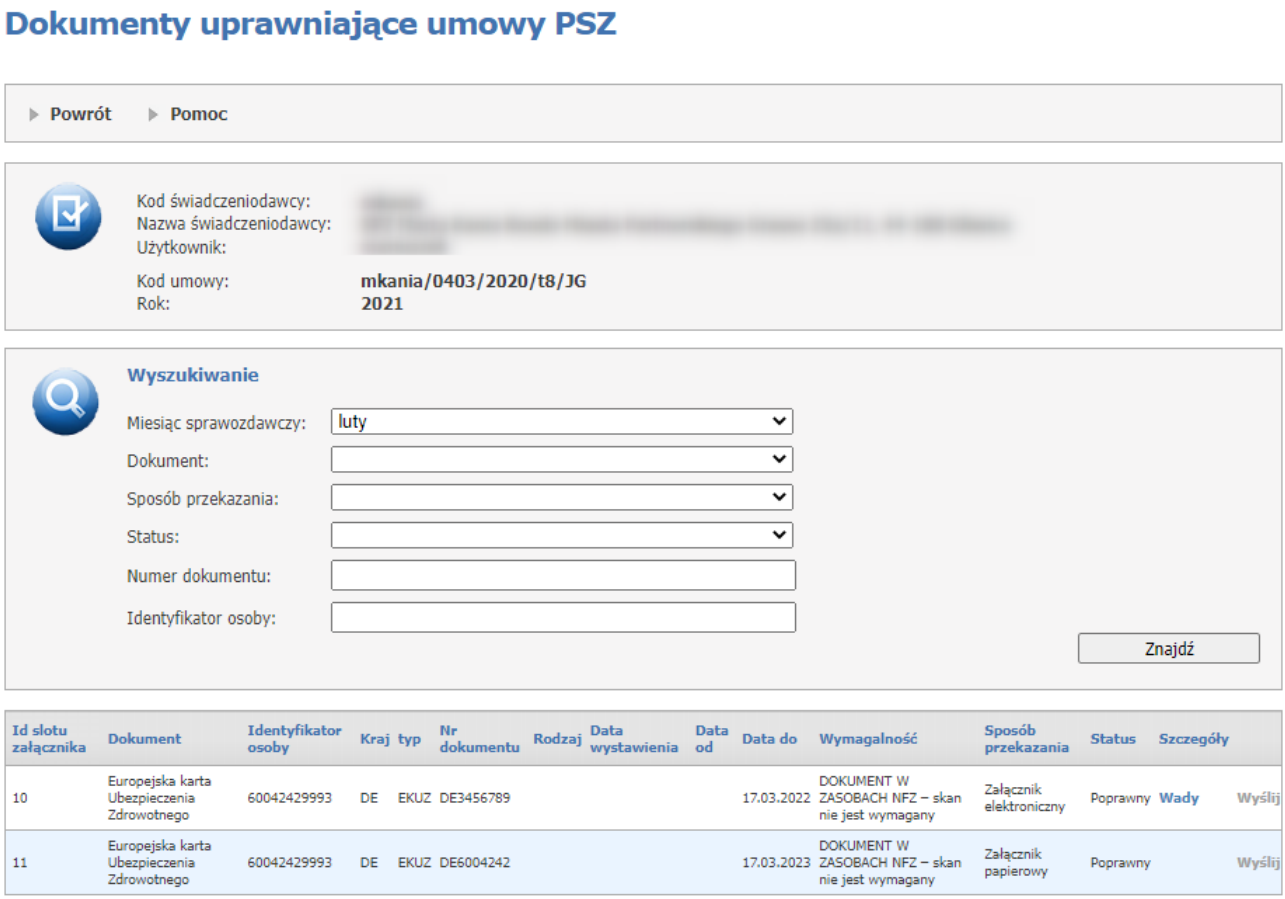
© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk **Uzasadnienie decyzji/Pokaż** przenosi użytkownika do okna **Uzasadnienie decyzji do wniosku**, gdzie jest wyświetlona decyzja oraz uzasadnienie.
Uzasadnienie decyzji jest możliwe do wglądu dopiero po ocenie wniosku przez OW NFZ.
Dla danej umowy może występować co najwyżej jeden wniosek posiadający jeden ze statusów: Wprowadzony, Przekazany, Zatwierdzony.



4.2.2.16 Dokumenty uprawniające umowy PSZ

Na stronie ***Dokumenty uprawniające umowy PSZ*** możliwy jest przegląd oraz składanie dokumentów potwierdzających prawo pacjenta do świadczeń gwarantowanych.



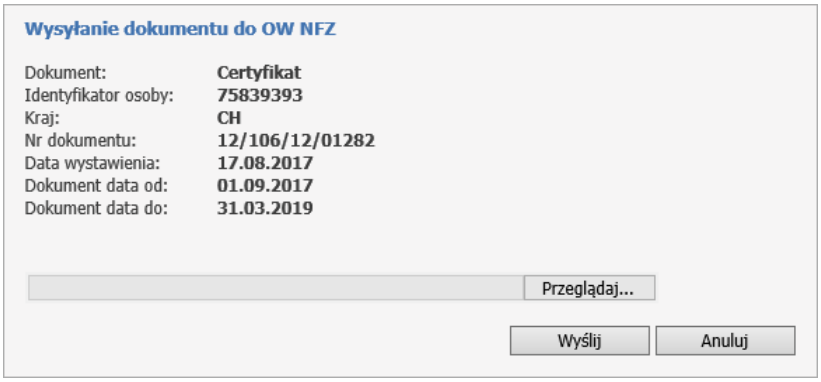
Pola *Miesiąc sprawozdawczy*, *Dokument*, *Sposób przekazania*, *Status*, *Numer dokumentu* i *Identyfikator osoby* pozwalają na precyzowanie warunków wyszukiwania dokumentów, które zostaną wyszukane po kliknięciu przycisku **Znajdź**.

Wyszukane dokumenty prezentowane są w tabelce znajdującej się w dolnej części okna.

W ostatniej kolumnie znajdują się przyciski **Wyślij** i **Usuń**.

Przycisk **Wyślij** znajdujący się w każdym wierszu tabeli pozwala na wysłanie dokumentu. Po jego kliknięciu wyświetli się poniższe okno, w którym należy kliknąć przycisk **Przeglądaj...** co spowoduje otwarcie standardowego okienka systemu Windows® pozwalającego na wybór pliku. Po wybraniu pliku należy w okienku ***Wysyłanie dokumentu do OW NFZ*** kliknąć przycisk **Wyślij**, co spowoduje wysłanie dokumentu.

© 2026 Kamsoft S.A.



Przycisk **Usuń** pozwala na usunięcie poprawnie przesłanego dokumentu.

4.2.2.17 Podpisywanie eUmów

Oddział OW NFZ ma możliwość przygotowania i opublikowania w Portalu Świadczeniodawcy dokumentów umowy oraz dokumentów aneksów w postaci elektronicznej, opatrzonych podpisem kwalifikowanym osoby upoważnionej do podpisywania tych dokumentów w imieniu OW NFZ (Dyrektora OW NFZ lub osobę przez niego upoważnioną). Dokumenty, które zostały opublikowane przez OW NFZ na Portalu nie będą przekazywane do Świadczeniodawcy w sposób tradycyjny.
Dokumenty są publikowane w Portalu w postaci jednego pliku PDF zawierającego wszystkie dokumenty związane z umową (umową główną lub aneksem do umowy).
W celu podpisania umowy lub jej aneksu oddział NFZ oczekuje zwrotu podpisanego pliku podpisem świadczeniodawcy. Świadczeniodawca powinien pobrać plik z Portalu na własny dysk, podpisać go i dostarczyć podpisany dokument do OW NFZ. Świadczeniodawca może zdecydować o formie składanego przez siebie podpisu i sposobie przekazywania podpisanego dokumentu.
Świadczeniodawca ma możliwość złożenia podpisu cyfrowego – musi to być podpis kwalifikowany lub złożenia podpisu w sposób tradycyjny na pobranym i wydrukowanym dokumencie.
Dokument podpisany przez świadczeniodawcę podpisem kwalifikowanym zwracany jest przez Portal, a podpisany tradycyjnie w dotychczasowy sposób.
Oddział NFZ określa termin na zwrot podpisanego dokumentu. W przypadku zwrotu przez Portal dokumentu w postaci elektronicznej (podpisanego cyfrowym podpisem kwalifikowanym), po upływie określonego terminu funkcja umożliwiająca zwrot podpisanego dokumentu będzie niedostępna.
Plik zwracany przez Portal podlega weryfikacji przez system. Jeśli zwracany dokument jest niepoprawny, to nie zostanie wczytany.
Zwrócony przez świadczeniodawcę dokument – w postaci cyfrowej lub tradycyjnej - podlega w OW NFZ ocenie przez pracownika merytorycznego. Pracownik merytoryczny może skierować zwrócony dokument do poprawy, informując świadczeniodawcę o powodzie zwrotu.

© 2026 Kamsoft S.A.

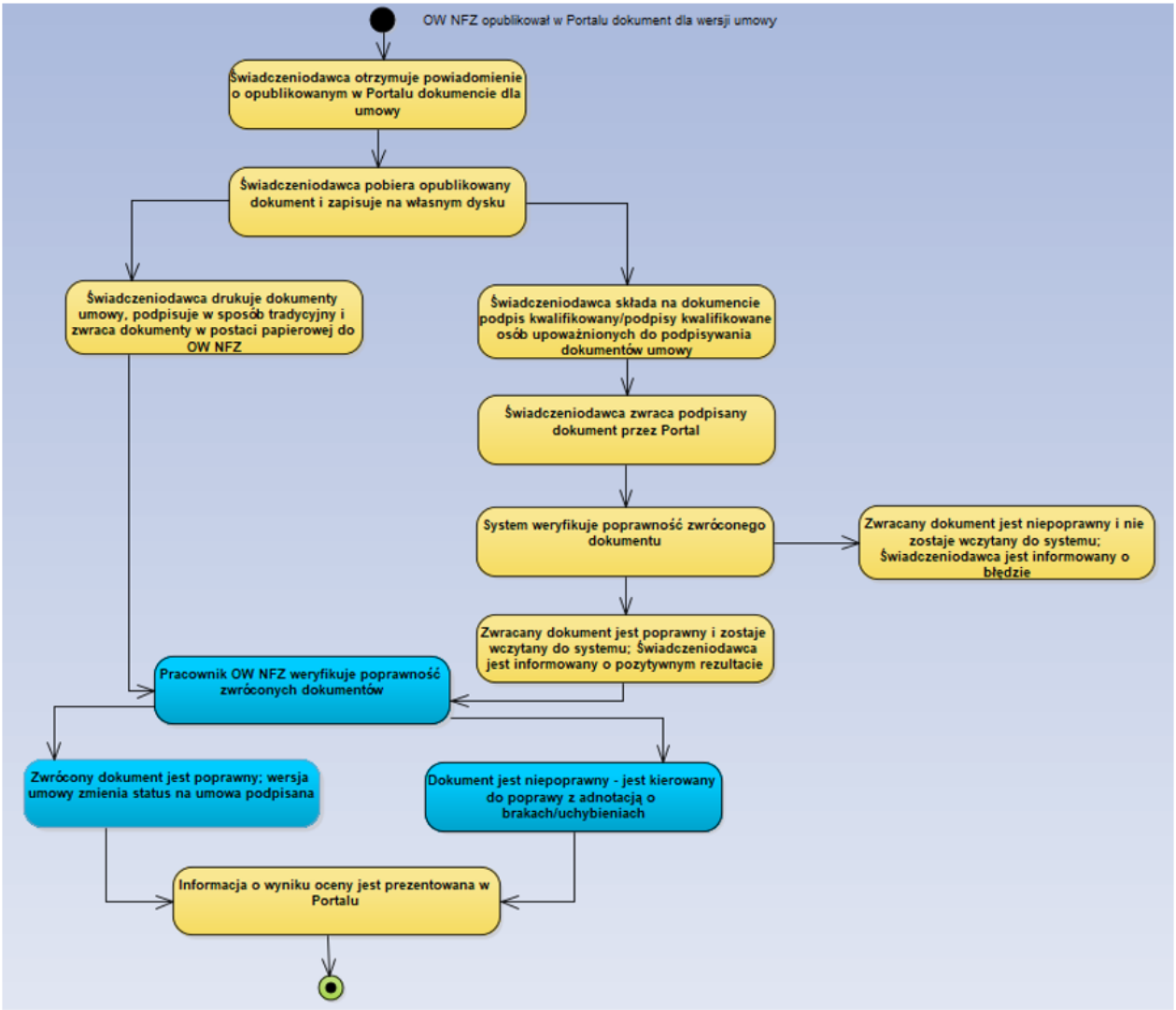


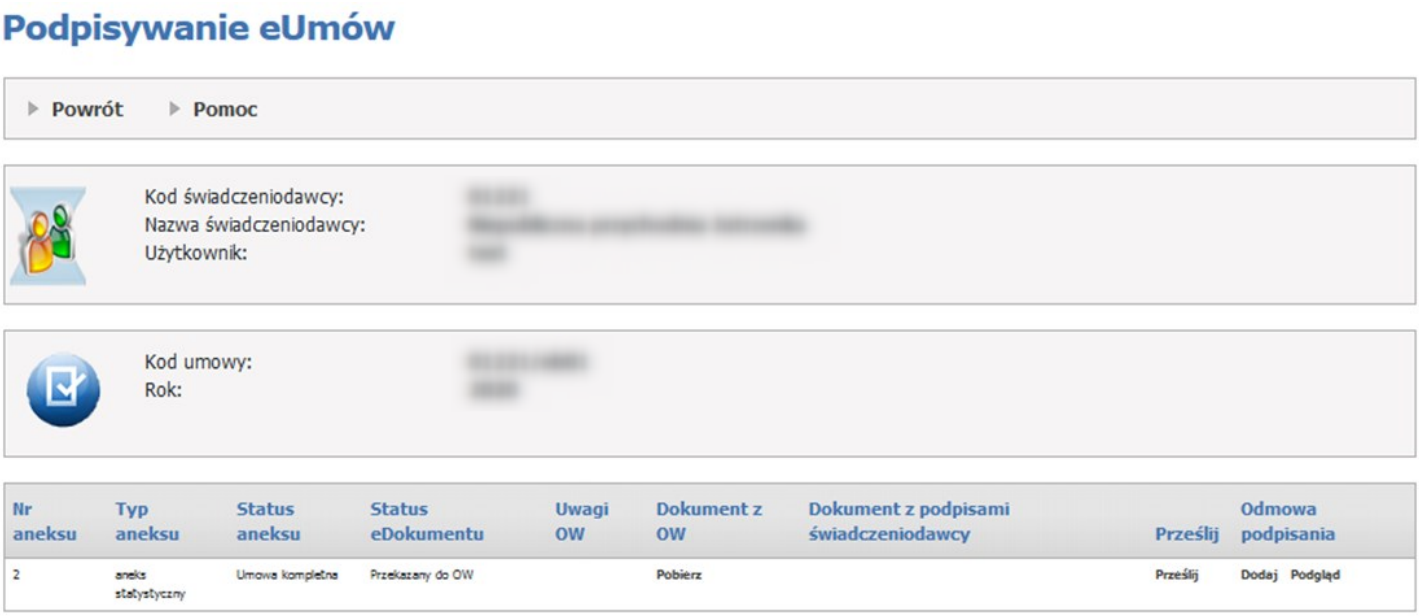
Diagram ukazujący kroki podczas obsługi dokumentu umowy podpisanego cyfrowo przez OW NFZ i udostępnionego w Portalu Świadczeniodawcy.

4.2.2.17.1 Podpisywanie eUmów - szczegóły

Na stronie **Podpisywanie eUmów** dostępne są dla świadczeniodawcy dokumenty umowy przekazane przez OW NFZ w celu ich podpisania.
Dokumenty są publikowane w Portalu w postaci jednego pliku PDF zawierającego wszystkie dokumenty związane z umową (umową główną lub aneksem do umowy).

Na Portalu będą widoczne do pobrania dokumenty umowy wyłącznie dla statusu wersji umowy **Umowa kompletna** i tylko dokumenty w statusie **Opublikowany w portalu**, **Przekazany do OW** oraz dla wersji umowy **Umowa podpisana**, dla której dokumenty były podpisane cyfrowo przynajmniej przez OW NFZ i ostatecznie uzyskały status **dokument poprawny**. Po zmianie statusu umowy na **Rozwiązana** pliki umowy, udostępnione wcześniej w Portalu, nie będą już dostępne do pobrania.

© 2026 Kamsoft S.A.



Odnośnik **Pobierz** znajdujący się w kolumnie **Dokument z OW** pozwala świadczeniodawcy na pobranie dokumentu podpisanego cyfrowo przez OW NFZ.

Po pobraniu pliku i zapisaniu na dysku świadczeniodawca może wybrać jeden ze sposobów podpisu:

- podpisać dokument podpisem kwalifikowanym w aplikacji zewnętrznej – poza Portalem Świadczeniodawcy i zwrócić do OW NFZ przez Portal,
- wydrukować dokument, podpisać tradycyjnie i zwrócić w tradycyjny sposób do OW podpisane dokumenty w formie papierowej.

Sposobem rekomendowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest podpisywanie dokumentów cyfrowym podpisem kwalifikowanym świadczeniodawcy i zwracanie przez Portal dokumentów w postaci elektronicznej.

Uwaga – Informacja dla realizatorów zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Od 01.01.2023 został zmieniony szablon załącznika do umowy „Harmonogram-zasoby". W załączniku nie będzie prezentowana zawartość oferowanego wykazu produktów. Ta informacja zostanie zastąpiona identyfikatorem zestawu i numerem wersji zestawu. Szczegółowe informacje na temat każdego z zestawów można zobaczyć w portalu, można też zawartość zestawu zapisać do pliku.

Podpisany cyfrowo dokument operator zwraca na Portal za pomocą funkcji **Prześlij**.

Funkcja *Prześlij* jest dostępna:

- przez określoną liczbę dni lub
- do czasu, kiedy OW NFZ rozpocznie ocenę zwróconego dokumentu lub
- do czasu wycofania udostępnionego wcześniej dokumentu.

© 2026 Kamsoft S.A.

Nr aneksu	Typ aneksu	Status aneksu	Status eDokumentu	Uwagi OW	Dokument z OW	Dokument z podpisami świadczeniodawcy	Prześlij
1	Umowa główna	Umowa kompletna	Opublikowany w Portalu		Pobierz	Pobierz	Prześlij

Przy zwracaniu pliku podpisanego przez świadczeniodawcę system sprawdzi, czy świadczeniodawca zwraca plik:

- do właściwej wersji umowy
- czy jest to ten sam plik, który był przekazany przez OW NFZ
- czy w zwracanym dokumencie znajduje się co najmniej o jeden podpis kwalifikowany więcej i czy ten podpis jest ważny.

Jeśli wszystkie te warunki zostały spełnione, to plik zostaje wczytany i dokument na ścieżce cyfrowej uzyskuje status – **Przekazany do OW-oczekuje na weryfikację**.

Nr aneksu	Typ aneksu	Status aneksu	Status eDokumentu	Uwagi OW	Dokument z OW	Dokument z podpisami świadczeniodawcy	Moduł podpisów elektornicznych	Prześlij
91	aneks formalny	Umowa kompletna	Przekazany do OW – oczekuje na weryfikację		Pobierz		Podpisz	Prześlij

Jeśli któryś z warunków nie jest spełniony, system uniemożliwi wczytanie pliku informując o przyczynie.

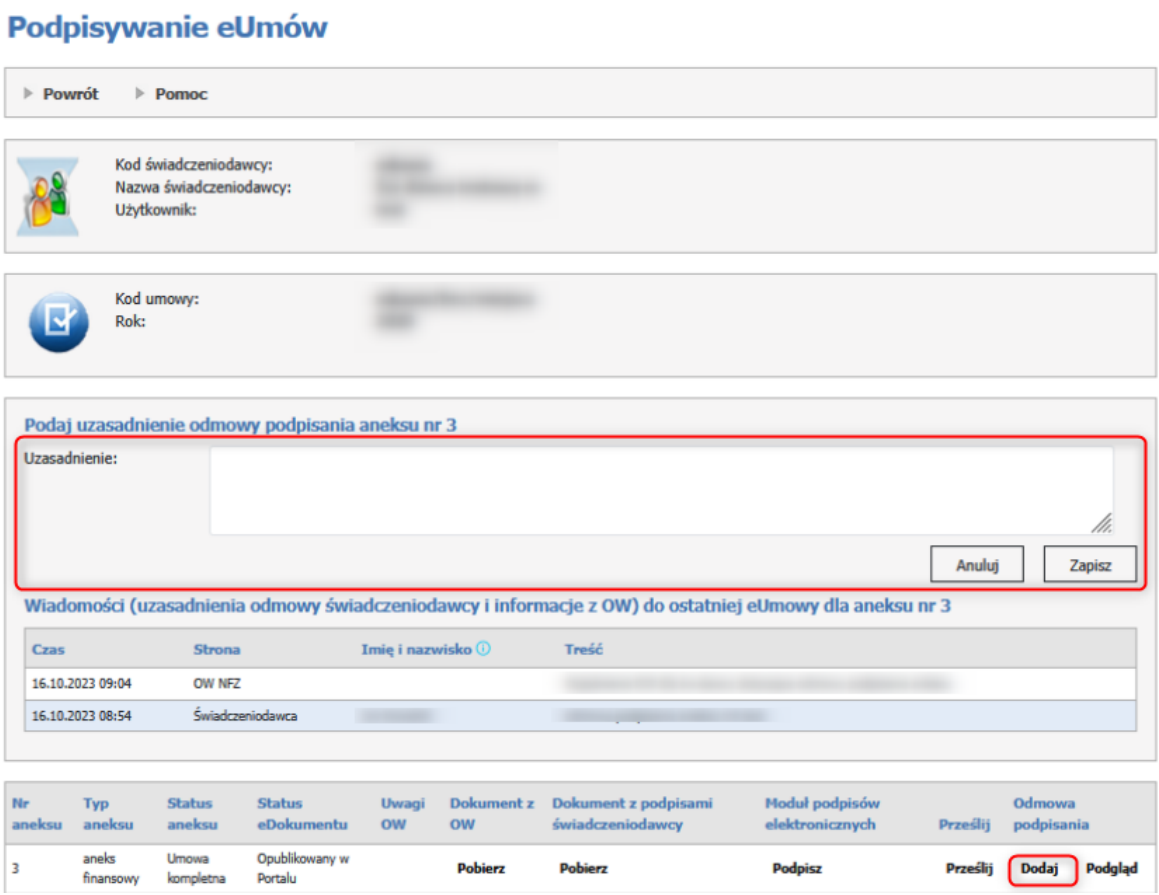
Gdy umowa jest aneksowana, to jeśli taki aneks nie jest podpisywany przez świadczeniodawcę, to z chwilą udostępnienia tego dokumentu na portal, zmieni on status na **Umowa podpisana** oraz zostanie wyświetlona dodatkowa informacja w części **Prześlij**: Nie wymaga podpisu przez świadczeniodawcę.

Nr aneksu	Typ aneksu	Status aneksu	Status eDokumentu	Uwagi OW	Dokument z OW	Dokument z podpisami świadczeniodawcy	Prześlij
8	aneks finansowy	Umowa podpisana	Opublikowany w Portalu		Pobierz		Nie wymaga podpisu przez świadczeniodawcę

Odmowa podpisania przez Świadczeniodawcę.

Świadczeniodawca oprócz przesłania podpisanej eUmowy może także odmówić jej podpisania.
W tym celu należy kliknąć przycisk **Dodaj** w kolumnie ***Odmowa podpisania***.
Pojawi się pole tekstowe na uzasadnienie, które należy uzupełnić.
Jeżeli pracownik OW NFZ uzna, że należy wyjaśnić jakieś kwestie, to odpowie na uzasadnienie przesłane przez świadczeniodawcę, a taka odpowiedź pojawi się na portalu.
W celu sprawdzenia uzasadnień przesłanych przez świadczeniodawcę oraz odpowiedzi z OW NFZ należy kliknąć **Podgląd** w kolumnie ***Odmowa podpisania***.

© 2026 Kamsoft S.A.



Prezentacja imienia i nazwiska operatora świadczeniodawcy, który w portalu wprowadził informacje o odmowie podpisania umowy/aneksu do umowy będę dostępne dla umów i aneksów zawartych po 1.02.2024.

Przesłanie odmowy podpisania jest możliwe tylko wtedy, gdy nie została jeszcze przesłana podpisana eUmowa. Po przesłaniu odmowy podpisania nie będzie możliwe przesłanie podpisanej eUmowy, chyba, że oddział OW NFZ wyśle odpowiedź, wtedy ponownie będzie można wysyłać podpisaną eUmowę lub powtórnie przesłać odmowę.
Samo użycie funkcji **Odmawiam podpisania** nie spowoduje zmiany statusu aneksu.

Dokument zwrócony do OW NFZ wymaga uzupełnienia przez Świadczeniodawcę.

Jeśli świadczeniodawca będzie zwracał do OW dokument podpisany tradycyjnie, to status dokumentu do momentu rozpoczęcia oceny pozostaje bez zmian, tj. **Opublikowany w portalu** (przyjęcie pliku dostarczonego w formie tradycyjnej i zmiana na jego podstawie statusu umowy na **Podpisana** będzie możliwe tylko w sytuacji, jeżeli nie został zwrócony przez świadczeniodawcę plik podpisany podpisem cyfrowym).

Świadczeniodawca może zwrócić do OW NFZ dokument udostępniony mu w Portalu w następujący sposób:

- dokument w postaci elektronicznej, podpisany podpisem kwalifikowanym – zwrot dokumentu następuje przez Portal
- dokument w postaci papierowej, wydrukowany i podpisany tradycyjnie – zwrot dokumentu następuje w sposób tradycyjny (pocztą lub osobiście).

© 2026 Kamsoft S.A.

Sposobem rekomendowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest podpisywanie dokumentów cyfrowym podpisem kwalifikowanym świadczeniodawcy i zwracanie przez portal dokumentów w postaci elektronicznej.
Dokument zwrócony przez świadczeniodawcę do OW NFZ podlega ocenie, w tym weryfikacji czy podpis został złożony przez osoby upoważnione do podpisywania umów w imieniu świadczeniodawcy.
Jeśli operator OW NFZ w wyniku oceny zwróconego dokumentu podejmie decyzję o konieczności jego uzupełnienia przez Świadczeniodawcę, a dokument został zwrócony przez świadczeniodawcę w postaci elektronicznej to informacja o potrzebie uzupełnienia zostanie przekazana na Portal a udostępniany przez OW NFZ dokument uzyska status **Opublikowany w Portalu**.

Przywrócenie dokumentowi statusu Opublikowany w portalu spowoduje, że świadczeniodawca będzie miał możliwość ponownego przekazania dokumentu przez portal.
Świadczeniodawca powinien poprawić dokument zgodnie z uwagami OW NFZ np. uzupełnić brakujące podpisy pod dokumentem i zwrócić go do OW NFZ (przez Portal).

Jeżeli operator OW NFZ w wyniku oceny zwróconego dokumentu podejmie decyzję o konieczności jego uzupełnienia przez świadczeniodawcę, a dokument został zwrócony przez świadczeniodawcę w sposób tradycyjny to również uzupełnienie dokumentu i ponowne jego zwrócenie do OW będzie się odbywało w sposób tradycyjny – świadczeniodawca uzupełnia wydrukowany dokument i ponownie dostarcza go do OW NFZ.

Wycofanie dokumentu opublikowanego przez OW NFZ z Portalu.

OW NFZ może wycofać dokument, który wcześniej został przygotowany i udostępniony świadczeniodawcy (opublikowany w portalu) Wycofanie opublikowanego dokumentu może nastąpić np. w sytuacji, gdy wystąpi potrzeba jego zmiany – w miejsce udostępnionego wcześniej dokumentu zostanie udostępniony świadczeniodawcy inny, poprawiony dokument.
W takiej sytuacji kontynuacja przez świadczeniodawcę pracy z dokumentem jest bezprzedmiotowa. Dokument (wycofany) nie powinien być podpisywany przez świadczeniodawcę i przekazywany do OW NFZ.
W sytuacji, kiedy OW NFZ wycofa opublikowany dokument umowy z Portalu świadczeniodawca otrzyma komunikat w części Portalu Świadczeniodawcy - Wiadomości i akcje.
Umowa ... - dokument wycofano z Portalu Świadczeniodawcy.
O nowej publikacji dokumentu (ponownej dla tej wersji umowy) świadczeniodawca zostanie poinformowany stosownym komunikatem:
Umowa ... - przekazany dokument wymaga poprawy.
Będzie to oznaczało, że składanie podpisów pod dokumentem i zwrot dokumentu do OW NFZ powinno dotyczyć nowego (później opublikowanego) dokumentu. W przypadku przekazywania dokumentu w postaci elektronicznej (przez portal) system zweryfikuje czy przekazywanym dokumentem jest dokument ostatnio opublikowany. Przekazanie dokumentu wcześniej opublikowanego nie będzie możliwa.
W przypadku dokumentu przekazywanego w formie tradycyjnej (dokumentu wydrukowanego i podpisanego tradycyjnie) zgodność wersji sprawdzi operator OW NFZ przyjmujący dokument.

Jeśli OW NFZ anuluje dokument opublikowany już w Portalu, to w Portalu będzie widoczna informacja o anulowaniu dokumentu i zwrot dla takiego dokumentu nie będzie możliwy.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.3 Moje rozliczenia

Strona ***Dokumenty rozliczeniowe*** umożliwia obsługę różnych typów dokumentów, które stosowane są do rozliczenia z NFZ zrealizowanych świadczeń:
- import dokumentów rozliczeniowych w formacie e-Faktury NFZ (komunikaty RACH/FAKT/NOTA)
- import dokumentu rozliczeniowego w formacie REF (dotyczy archiwalnych rozliczeń, gdy nie obowiązywał komunikat e-Faktury)
- obsługa faktur ustrukturyzowanych KSeF (przekazanych do NFZ za pośrednictwem KSeF, bądź przekazanych do NFZ w trybie awaryjnym lub do weryfikacji)

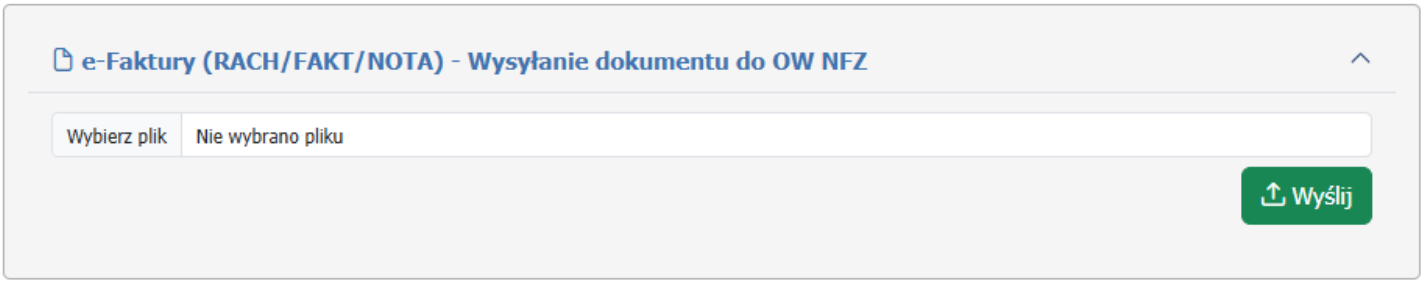
Strona składa się z poszczególnych sekcji:
- e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA) - Wysyłanie dokumentu do OW NFZ
- Walidacja faktur KSeF (FA)
- Zarejestruj numer KSeF w celu śledzenia statusu przetwarzania faktury ww OW NFZ
- Wyślij fakturę w trybie AWARIA
- Przegląd dokumentów rozliczeniowych

W celu rozwinięcia wybranej sekcji, należy kliknąć ikonę strzałki .

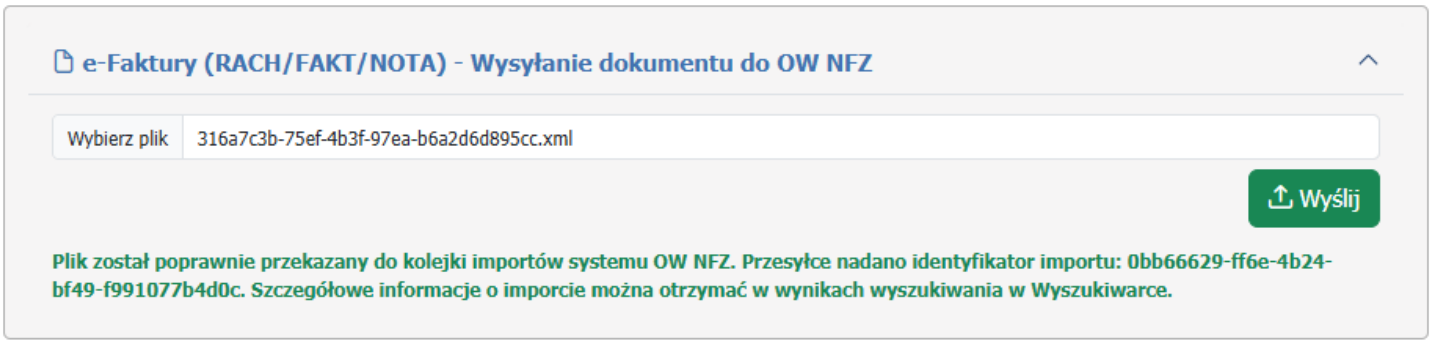
© 2026 Kamsoft S.A.

e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA) - Wysyłanie dokumentu do OW NFZ

Sekcja pozwala na przekazanie do OW NFZ dokumentu rozliczeniowego w formacie e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA) - format stosowany w NFZ przed wdrożeniem KSeF.
Dedykowana jest dla świadczeniodawców. których nie dotyczy obowiązek wystawiania faktur ustrukturyzowanych w systemie KSeF.



Dokonuje się tego klikając przycisk **Wybierz plik.**
Po dołączeniu pliku i jego wysłaniu poniżej pojawi się komunikat potwierdzający dodanie go do kolejki importu.
Po prawidłowym zaimportowaniu dokumentu będzie on widoczny w tabeli dostępnej w sekcji **Przegląd dokumentów rozliczeniowych**.

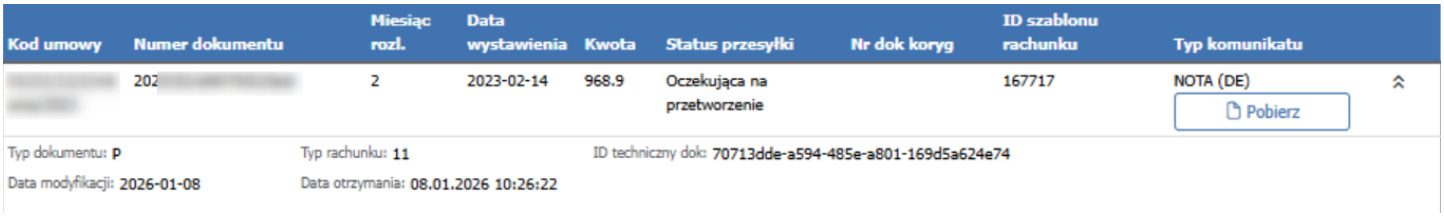


Możliwe jest przesłanie dokumentu w formacie xml lub spakowanego algorytmem zip.
W przypadku postaci spakowanej – wewnątrz archiwum musi się znajdować tylko jeden właściwy plik do przetworzenia, w innym przypadku przesyłka zostanie po stronie OW NFZ odrzucona.
Po wysłaniu przesyłki do OW NFZ wyświetlony jest poniższy komunikat oraz identyfikator przesyłki (importu) nadany jej w OW NFZ. Identyfikator ten umożliwia śledzenie etapów przetwarzania przesyłki po stronie OW NFZ:

Plik został poprawnie przesłany do OW NFZ. Przesyłce nadano identyfikator importu: 389f71b1-375a-4439-8be2-921d568eb530

Podczas wysyłania dokumentów rozliczeniowych na Portalu Świadczeniodawcy nie jest analizowana zawartość załączonego pliku.
Bezpośrednio po wysłaniu przesyłki do OW NFZ przesyłka otrzymuje status: „**Oczekująca na przetworzenie**” i jest prezentowana w następujący sposób:

© 2026 Kamsoft S.A.



Jedyne informacje jakie są dostępne na tym etapie to: ID techniczny dokumentu (przesyłki), status przesyłki oraz data ostatniej modyfikacji.
Wynikiem procedury identyfikacji typu przesyłek mogą być dwa stany jakie mogą przesyłce zostać przypisane:

a) Nieudana identyfikacja
W przypadku nieudanej identyfikacji typu przesyłki nadawany jest status: „**Nierozpoznana**”. Przesyłki w tym statusie nie podlegają dalszemu przetwarzaniu

b) Pomyślna identyfikacja
W przypadku pomyślnego zidentyfikowania przesłanej przesyłki przesyłka otrzymuje status: „**Oczekująca na przetworzenie**”.

INFORMACJA: W związku z wdrożeniem obowiązku wystawiania faktur ustrukturyzowanych w systemie KSeF, dotychczasowa funkcjonalność obsługi dokumentów rozliczeniowych e-Faktury (format RACH/FAKT/NOTA) została rozbudowana o funkcje związane z obsługą faktur ustrukturyzowanych

Walidacja faktur KSeF (FA)

Funkcja ta umożliwia weryfikację, czy wygenerowana faktura ustrukturyzowana (format FA(3)) jest zgodna z opublikowanymi przez NFZ wymaganiami. Funkcję tę można wykonać dla faktury ustrukturyzowanej przed zarejestrowaniem jej w systemie KSeF. Walidacja faktury w Portalu Świadczeniodawcy przed rejestracją w systemie KSeF nie jest wymagana.

Aby przejść do tej funkcji należy wybrać przycisk *Przejdź do okna walidacji*.

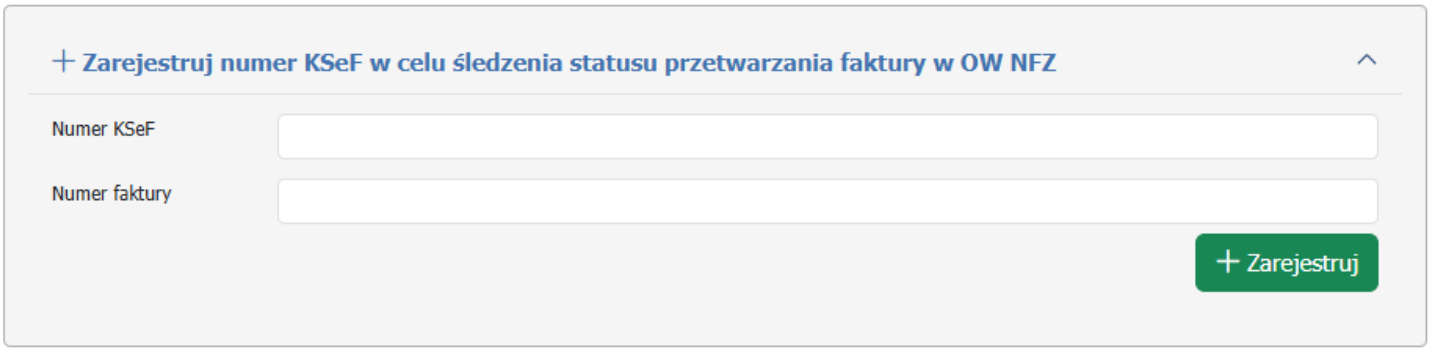
Przekazanie faktury do weryfikacji w Portalu Świadczeniodawcy nie zastępuje obowiązku rejestracji jej w systemie KSeF. Tylko poprawne zarejestrowanie faktury ustrukturyzowanej w systemie KSeF skutkuje przekazaniem jej do NFZ (z wyjątkiem trybu AWARIA systemu KSeF).

Zarejestruj numer KSeF w celu śledzenia statusu faktury w OW NFZ

Podstawowym obiegiem faktur ustrukturyzowanych jest ich wystawianie w systemie KSeF i automatyczne dostarczenie do systemu NFZ wprost z systemu KSeF (bez potrzeby ich dostarczenia do NFZ).

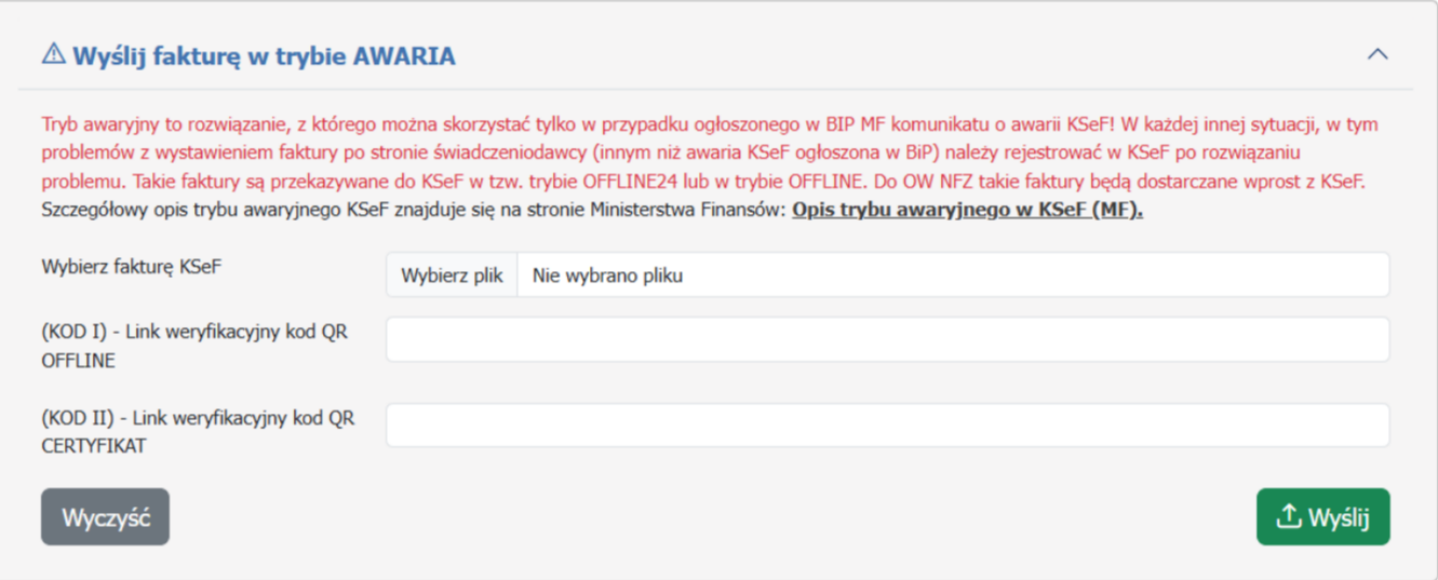
© 2026 Kamsoft S.A.

Sekcja posiada dwa pola *Numer KSeF i Numer faktury* co umożliwia rejestrację numeru KSeF faktury ustrukturyzowanej w systemie NFZ. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie w portalu informacji, czy faktura została przekazana z KSeF do NFZ oraz jaki jest jej status przetwarzania w systemie NFZ.
Po zatwierdzeniu przyciskiem **Zarejestruj** faktura KSeF pojawi się na liście w sekcji **Przegląd dokumentów rozliczeniowych**.



Wyślij fakturę w trybie AWARIA

Sekcja pozwala na przekazanie do OW NFZ faktury ustrukturyzowanej KSeF w trybie awarii systemu KSeF. Należy z niej skorzystać gdy system KSeF nie jest dostępny i nie udało się w nim zarejestrować faktury.



Na formularzu znajdują się następujące pola:

- Wybierz fakturę KSeF - należy wybrać plik z komputera
- (KOD I) - Link weryfikacyjny kod QR OFFLINE - pole wymagane, więcej inf. https://ksef.podatki.gov.pl/informacje-ogolne-ksef-20/kody-weryfikujace-qr/
- (KOD II) - Link weryfikacyjny kod QR CERTYFIKAT - pole wymagane, więcej inf. https://ksef.podatki.gov.pl/informacje-ogolne-ksef-20/kody-weryfikujace-qr/
- Wyślij - przycisk umożliwiający wysłanie pliku faktury

© 2026 Kamsoft S.A.

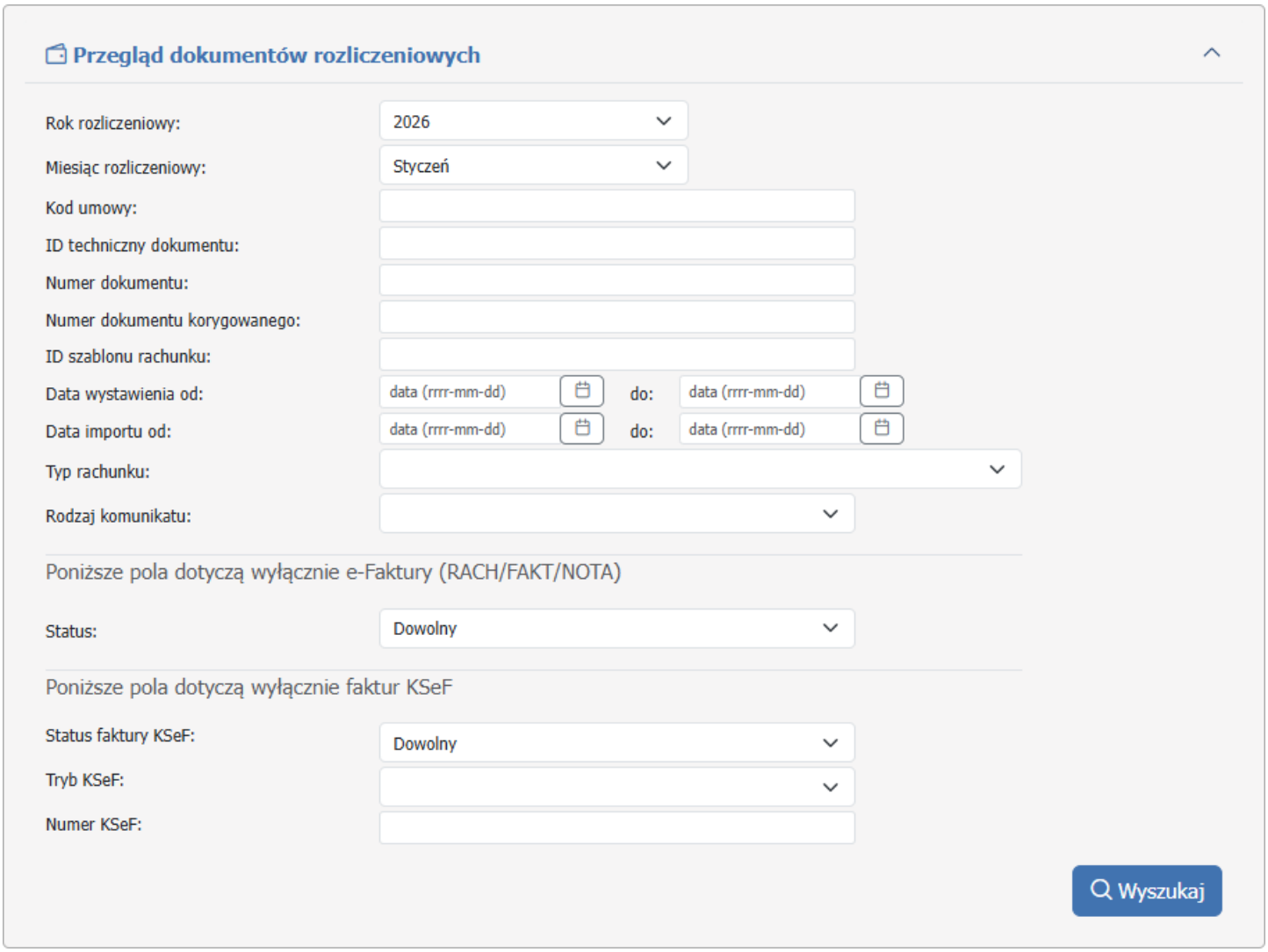
- Wyczyść - przycisk umożliwiający usunięcie wszystkich wprowadzonych danych w powyższych polach

Po prawidłowym wprowadzeniu i wysłaniu danych wyświetli się komunikat potwierdzający ich dodanie.
Po zatwierdzeniu przyciskiem **Wyślij** faktura KSeF pojawi się na liście w sekcji **Przegląd dokumentów rozliczeniowych**.

Przegląd dokumentów rozliczeniowych

Sekcja zawiera listę wszystkich dokumentów rozliczeniowych przekazanych do OW NFZ:

- dokumenty rozliczeniowe w formacie e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA) - format stosowany w NFZ przed wdrożeniem KSeF
- zarejestrowane przez świadczeniodawcę numery KSeF faktur zarejestrowanych w tym systemie
- faktury zarejestrowane w systemie KSeF, które skutecznie zostały dostarczone do OW NFZ
- faktury ustrukturyzowane zgodne z KSeF zarejestrowane w trybie AWARIA - w sytuacji awarii systemu KSeF



Panel wyszukiwania umożliwia zawężenie kryteriów wyszukiwania dokumentów i został on podzielony na trzy części (ogólna, e-Faktury, KSeF).

© 2026 Kamsoft S.A.

Część ogólna posiada pola:

- Rok rozliczeniowy: filtr obowiązkowy
- Miesiąc rozliczeniowy: filtr obowiązkowy
- Kod umowy
- ID techniczny dokumentu: identyfikator sygnalizowany po przesłaniu przesyłki
- Numer dokumentu
- Numer dokumentu korygowanego
- ID szablonu rachunku
- Data wystawienia od: (RRRR-MM-DD) do: (RRRR-MM-DD)
- Data importu od: do: (RRRR-MM-DD) do: (RRRR-MM-DD)
- Typ rachunku
- Rodzaj komunikatu

Poniższe pola dotyczą wyłącznie e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA) zawiera filtr:

- Status: umożliwia wyszukiwanie po statusie wyłącznie e-Faktur (RACH/FAKT/NOTA)

  Oczekujące na identyfikacje – faktura oczekuje na dopasowanie do istniejącego typu
  Oczekujące na walidację – faktura oczekuję na walidację
  Zakolejkowana do walidacji – faktura została pobrana i dodana do kolejki
  W trakcie walidacji –faktura jest walidowana
  Walidacja zakończona – faktura została zwalidowana
  Walidacja przerwana – wystąpiły błędy – import został przerwany z powodu wystąpienia istotnych błędów
  Nierozpoznana – faktura jest niezgodna

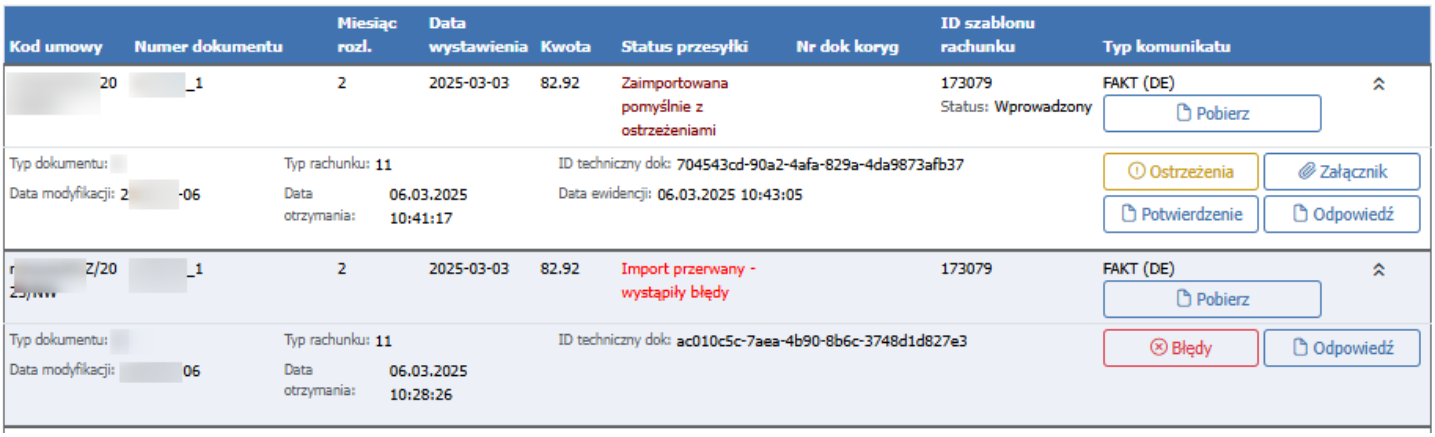
Poniższe pola dotyczą wyłącznie faktur KSeF zawiera filtry:

- Status faktury KSeF: umożliwia wyszukanie faktury po wybranym statusie
- Tryb KSeF: umożliwia wyszukiwanie faktur dodanych w zależności od trybu (ONLINE, AWARIA)
- Numer KSeF

INFORMACJA: Nie można jednocześnie użyć filtrów z części *e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA)* oraz *faktur KSeF*.
Dla e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA) przesyłki w stanie: "Nierozpoznana" lub "Oczekująca na identyfikację" będą wyświetlane bez względu na wybrany przez operatora rok, gdyż nie posiadają tej informacji.

Po kliknięciu przycisku ***Wyszukaj*** wyświetlana jest tabela zawierająca informacje dotyczące dokumentów i są one zależne od ich typu.
Każdy wiersz tabeli można dodatkowo rozwinąć, aby uzyskać więcej informacji. W tym celu należy wybrać przycisk *Rozwiń szczegóły*

.



Kolumna Typ komunikatu może zawierać opcje:

• Pobierz – umożliwia pobranie pliku XML

Po rozwinięciu wybranego wiersza poprzez przycisk pojawią się szczegółowe informację dotyczące dokumentu.

Dostępne mogą być przyciski:

• Ostrzeżenia – otwiera nowe okno z listą ostrzeżeń wykrytych podczas importu,

• Błędy – otwiera nowe okno z listą błędów klasy: merytoryczne i/lub krytyczne – rozumiane jako błędy powiązane z danymi przesłanymi w dokumencie rozliczeniowym.

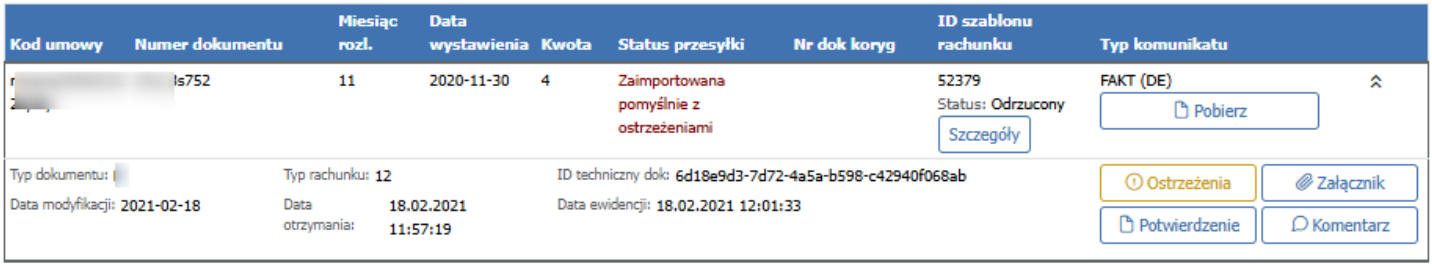
• Załączniki – przenosi użytkownika do widoku Załączniki dokumentu rozliczeniowego

• Potwierdzenie – umożliwia pobranie pliku z potwierdzeniem wpływu dokumentu do systemu oddziałowego

• Odpowiedź – umożliwia pobranie pliku XML

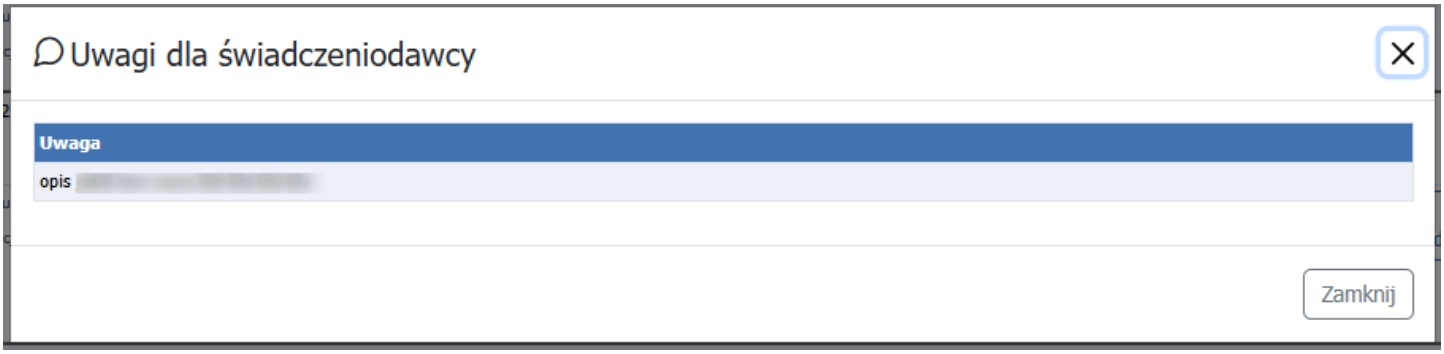
• Komentarz - umożliwia wyświetlenie treści komunikatu dla dokumentu rozliczeniowego

• Uwagi dla świadczeniodawcy - otwiera okno zawierające komunikat dotyczący faktur, które nie mogą zostać przyjęte do realizacji



Po wybraniu przycisku **Uwagi dla świadczeniodawcy** zostanie wyświetlone okno zawierające treść uwag przekazanej świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.



UWAGA dla *e-Faktury (RACH/FAKT/NOTA)*: W przypadku wystąpienia błędów merytorycznych lub krytycznych przetwarzanie dokumentu rozliczeniowego kończy się ze statusem: "Import przerwany – wystąpiły błędy". W przypadku wystąpienia błędów systemowych rozumianych jako błędy środowiska wykonawczego: błędy bazy danych, błędy aplikacji czyli błędy które nie mają swojego odzwierciedlenia w treści przesłanego dokumentu import jest z oczywistych przerwanych wystąpieniem krytycznego wyjątku jednak przesyłka nie otrzymuje status błędnego przetworzenia. Przetwarzanie takiej przesyłki zostanie wznowione po przywróceniu poprawnego stanu składników środowiska wykonawczego.

Kolumna *Numer dokumentu* dla faktury wprowadzonej w trybie AWARIA istnieje możliwość uzupełnienia numeru KSeF poprzez kliknięcie przycisku **Wprowadź numer KSeF** Wprowadź numer KSeF.

W tym celu należy go wprowadzić w nowym oknie i zapisać zmiany przyciskiem **Zapisz**.

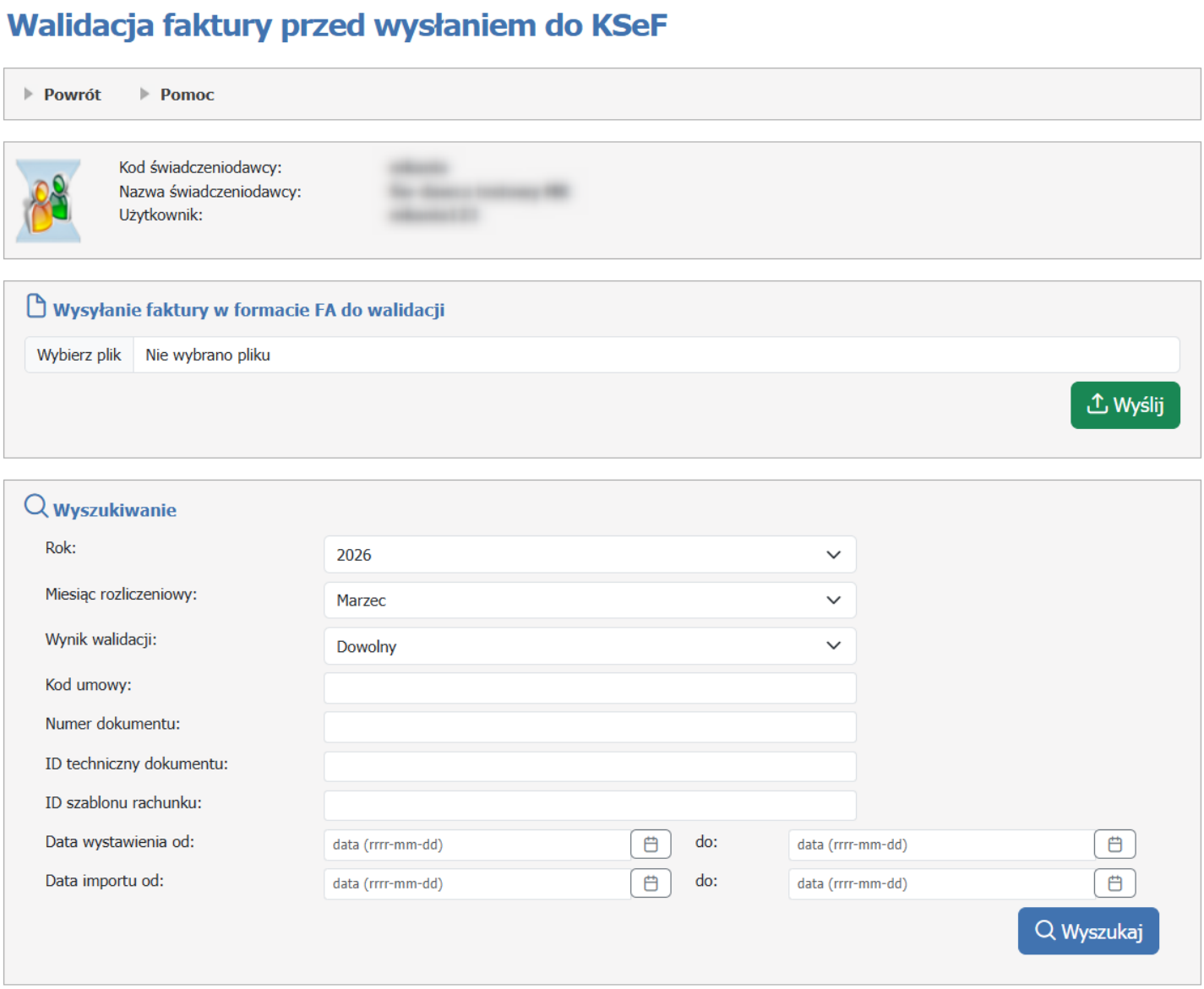
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.3.1 Walidacja faktur FA

Walidacja faktury przed wysłaniem do KSeF

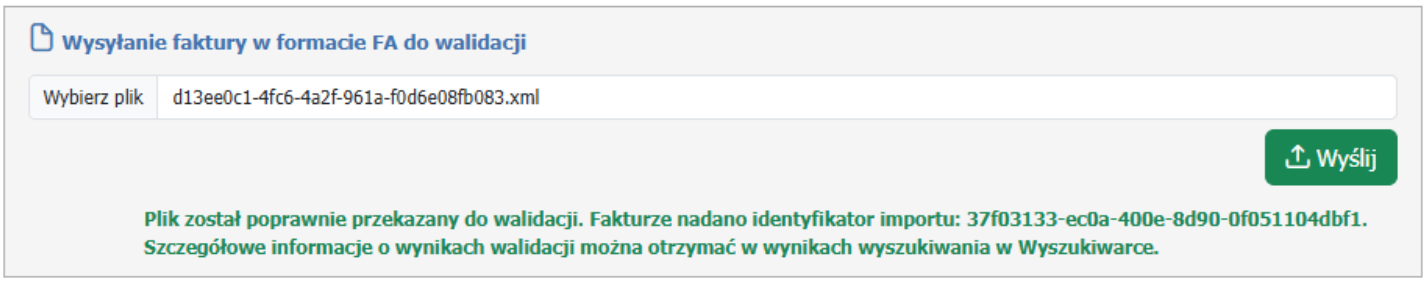
Strona ta pozwala zweryfikować w systemie NFZ, czy faktura ustrukturyzowana ma poprawną strukturę, zanim zostanie ona przekazana do KSeF. Dokument przekazany w tym trybie nie jest traktowany jako pełnoprawny dokument rozliczeniowy i nie będzie przyjęty przez NFZ.
W systemie NFZ będą przetwarzane tylko dokumenty wystawione dla NFZ i zarejestrowane w KSeF lub zarejestrowane w portalu NFZ w trybie awaryjnym.

W celu wysłania dokumentu należy wskazać jego lokalizację. Dokonuje się tego klikając przycisk **Wybierz plik**. Po jego kliknięciu otworzy się standardowe dla systemu Windows® okienko dialogowe, w którym należy wskazać plik. Po wskazaniu pliku jego nazwa pojawi się on na formatce Portalu Świadczeniodawcy.

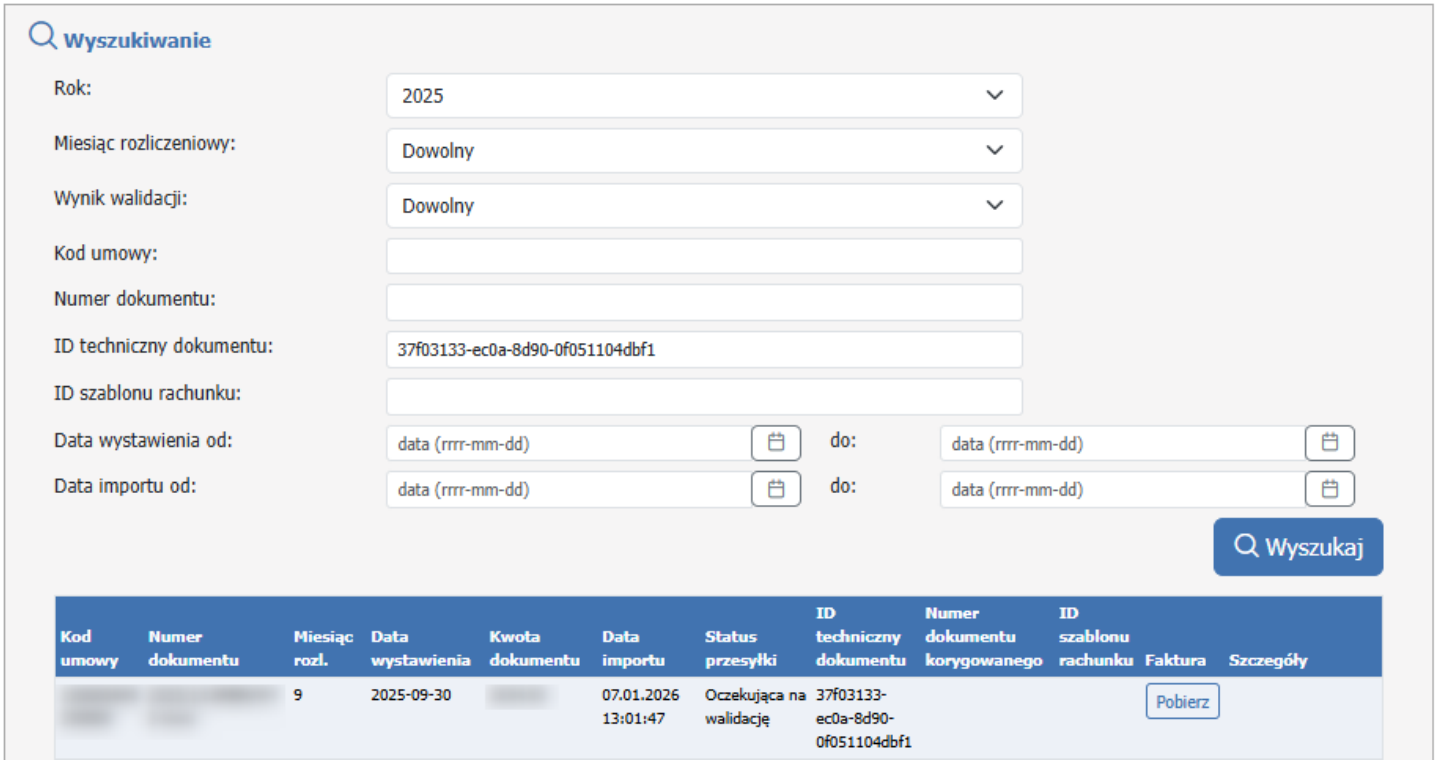


© 2026 Kamsoft S.A.

Po kliknięciu przycisku **Wyślij** nastąpi jego wysłanie, a następnie w tej samej sekcji pojawi się informacja o przesłaniu pliku.



Wysłanie faktury w formacie FA



Wyszukanie faktury po ID technicznym dokumentu i oczekiwanie na wynik walidacji

Sekcja *Wyszukiwanie* umożliwia zawężenie kryteriów wyszukiwania przesłanych plików która zawiera pola:

- Rok
- Miesiąc rozliczeniowy
- Wynik walidacji
- Kod umowy
- Numer dokumentu
- ID techniczny dokumentu (identyfikator sygnalizowany po przesłaniu przesyłki)
- Data wystawienia od: (RRRR-MM-DD) do: (RRRR-MM-DD)
- Data importu od: do: (RRRR-MM-DD) do: (RRRR-MM-DD)
- Wyszukaj - przycisk umożliwiający wyszukanie pliku

© 2026 Kamsoft S.A.

Kod umowy	Numer dokumentu	Miesiąc rozl.	Data wystawienia	Kwota dokumentu	Data importu	Status przesyłki	ID techniczny dokumentu	Numer dokumentu korygowanego	ID szablonu rachunku	Faktura	Szczegóły
[illegible]	[illegible]	1	2025-01-31	-2004	25.02.2026 16:09:02	Walidacja zakończona	5d2fe8d3-1bb1-46c7-8995-f2eaa1689d24	FV/2025/173033_4	173868	Pobierz	Wyniki walidacji - Z Ostrzeżeniami
[illegible]	[illegible]	1	2025-01-31	-2004	25.02.2026 15:48:16	Walidacja zakończona	47f22360-d99a-411f-a722-8f66f182253b	FV/2025/173033_4	173868	Pobierz	Wyniki walidacji - Poprawna
[illegible]	[illegible]	1	2025-01-31	-2004	25.02.2026 15:30:10	Walidacja zakończona	a60a4fb8-c3ff-4e6e-a238-bc009b94fd1e	FV/2025/173033_4	173868	Pobierz	Wyniki walidacji - Niepoprawna

Przykłady trzech różnych wyników walidacji

Po przesłaniu pliku będą możliwe dostępne statusy przesyłek:
Oczekujące na identyfikacje – faktura oczekuje na dopasowanie do istniejącego typu
Oczekujące na walidację – faktura oczekuję na walidację
Zakolejkowana do walidacji – faktura została pobrana i dodana do kolejki
W trakcie walidacji –faktura jest walidowana
Walidacja zakończona – faktura została zwalidowana
Walidacja przerwana – wystąpiły błędy – import został przerwany z powodu wystąpienia istotnych błędów
Nierozpoznana – faktura jest niezgodna

Kolumna *Faktura* posiada przycisk **Pobierz** umożliwiający pobranie dokumentu.
W kolumnie *Szczegóły* może być dostępny przycisk **Wyniki walidacji**. Po jego kliknięciu otworzy się okno **Wyniki walidacji faktury** pozwalające na przegląd rezultatów walidacji.
Wynik można filtrować, korzystając z przełącznika **Pokaż tylko błędne wyniki.** Po jego aktywowaniu wyświetlane będą wyłącznie błędne wyniki.

© 2026 Kamsoft S.A.

Podgląd wyniku walidacji faktury

Kod	Typ	Opis
45103	✕	Kwota na dokumencie jest niezgodna z rzeczywistą kwotą na produktach kontraktowych.(45103). Umowa: mkania/02/1/2025, miesiąc rozliczeniowy: 1 sumaryczna wartość sprawozdania: 0,00 jest niezgodna z kwotą z dokumentu: -2004,00

Dodatkowy opis wyniku walidacji faktury z błędem

Kod	Typ	Opis
45009	⚠	Umowa o wskazanym numerze nie istnieje w systemie.(45009). Nie znaleziono umowy o numerze 150005608250000

Dodatkowy opis wyniku walidacji faktury z ostrzeżeniem

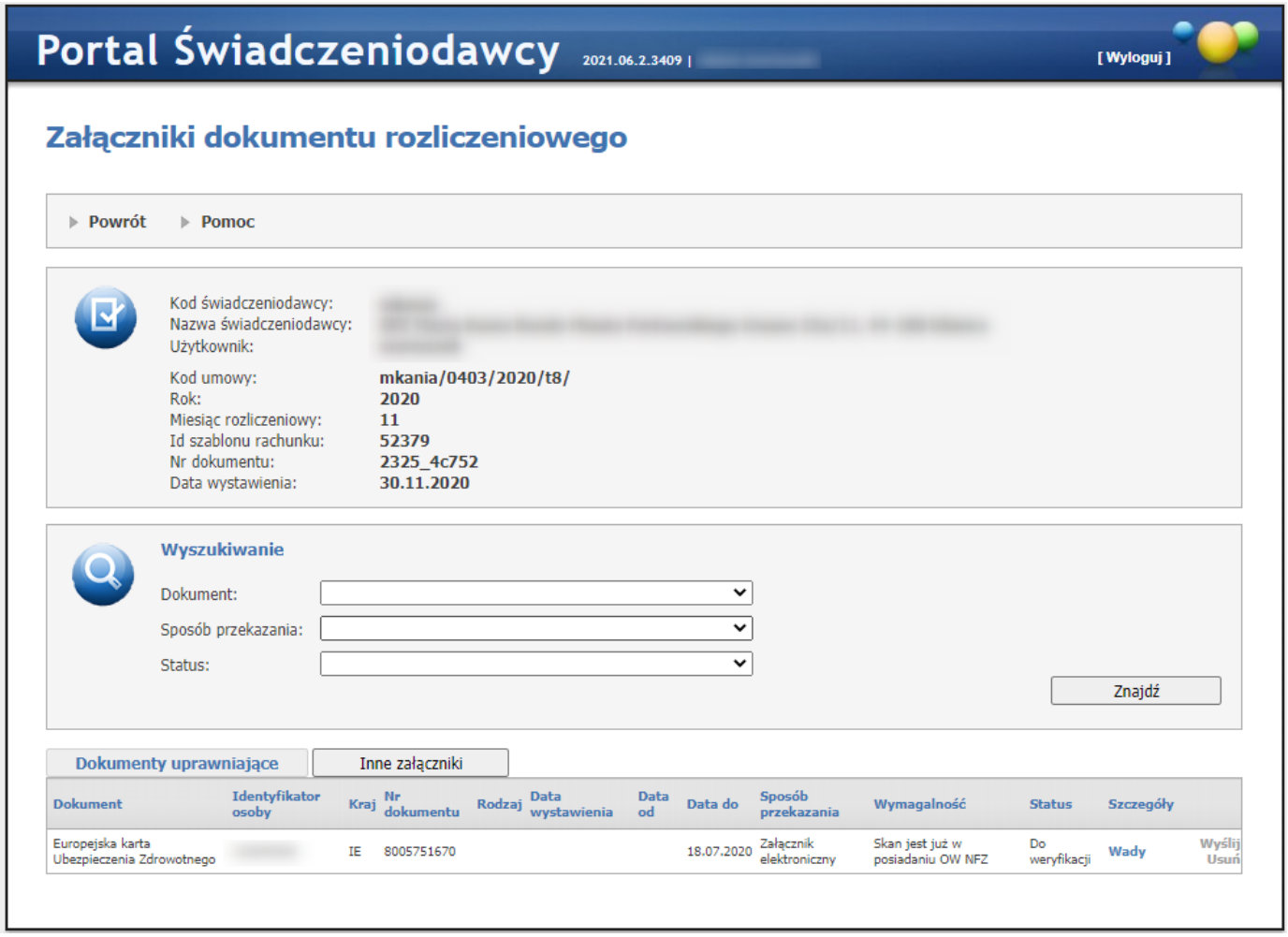
4.2.3.2 Dodawanie załączników

Dodawanie załączników

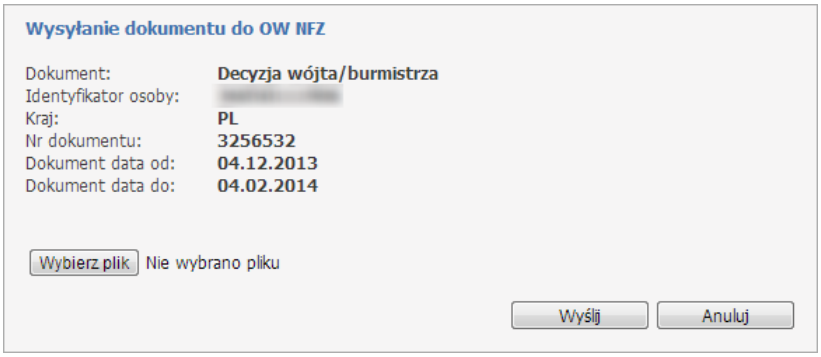
Po prawidłowym zaimportowaniu pliku dotyczących dokumentów typu ***12 - Dokument za świadczenia udzielone pacjentowi na podstawie dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji***, lub typu ***13 - Dokument za świadczenia udzielone świadczeniobiorcy na podstawie wydanej zgody wójta/burmistrza gminy***, w ostatniej kolumnie dostępny będzie przycisk **Załączniki**, który umożliwia dodanie załączników do zaimportowanego dokumentu.

Kod umowy	Numer dokumentu	Typ dok.	Typ rach.	Miesiąc rozl.	Data wystawienia	Kwota dokumentu	Data modyf.	Status przesyłki	ID importu	Numer dokumentu korygowanego	ID szablonu rachunku	Plik wysłany do OW NFZ	Szczegóły
1/5/02/AOS/m	fak-dok	P	13	12	2013-12-28	3500.00	2014-01-06	Zaimportowana pomyślnie	73702cfa-f35c-4199-b16e-671f1d32bb3b		17965	FAKT Pobierz	Data ewidencji 2014-01-06 01:12:12 Załączniki

Po kliknięciu otworzy się nowe okno funkcjonalnie zbudowane w taki sam sposób jak większość okien w **Portalu Świadczeniodawcy**.



W dolnej części okna znajdują się informacje o zaimportowanych dokumentach. Z prawej strony każdego wiersza dostępne są przyciski **Wyślij** i **Usuń**. Kliknięcie przycisku **Wyślij** umożliwia wysłanie załącznika do dokumentu. Po jego kliknięciu otworzy się następne okienko, w którym należy kliknąć przycisk **Wybierz plik** i w standardowym okienku dialogowym systemu Windows® wskazać plik załącznika do wysłania.

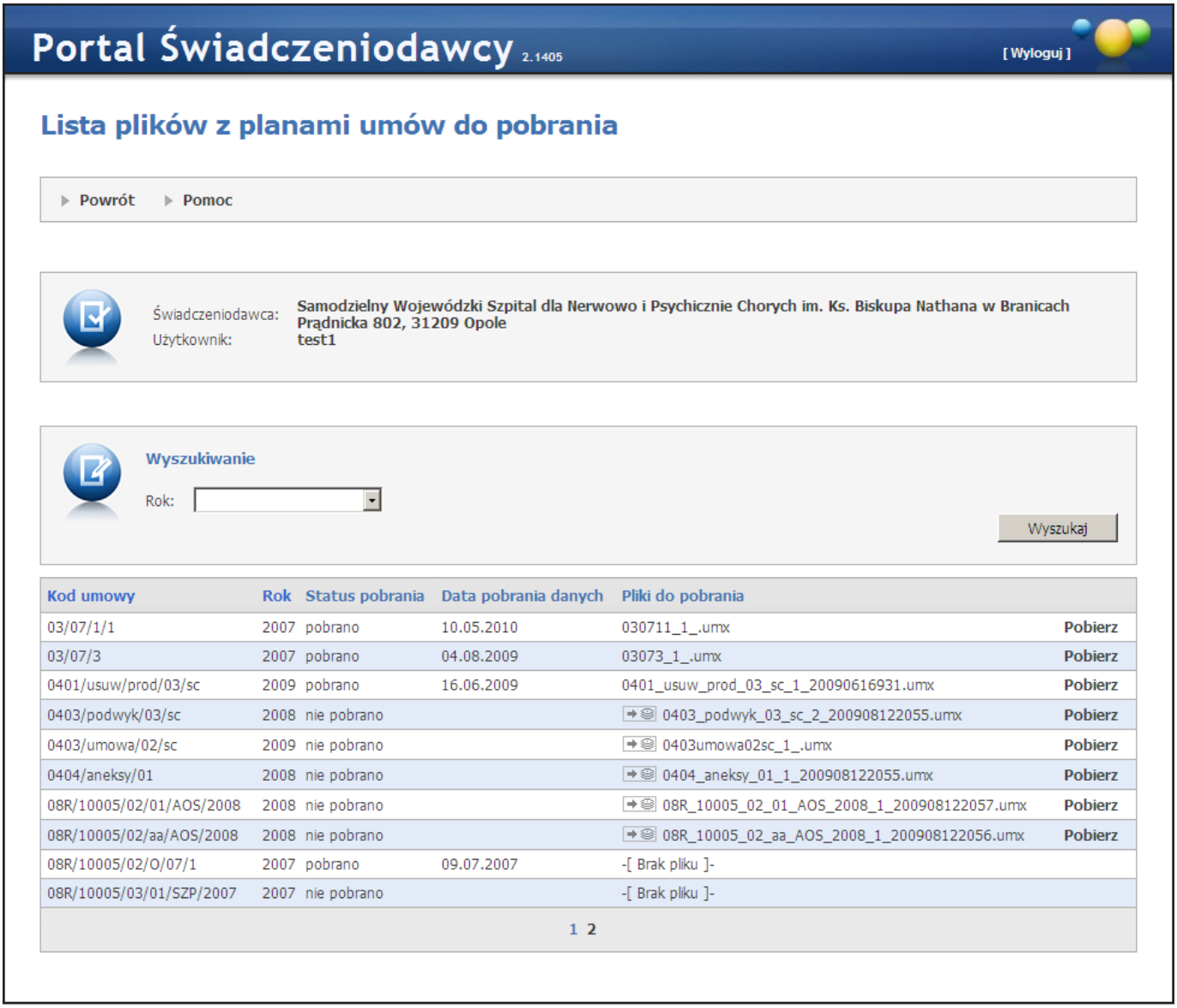


© 2026 Kamsoft S.A.

Wysłanie wskazanego pliku następuje po kliknięciu przycisku **Wyślij**. Jeśli zostanie wysłany plik załącznika do dokumentu, który już wcześniej miał wysłany plik załącznika, to poprzedni załącznik zostanie nadpisany nowym. Załączniki mogą być w formacie pdf, png lub jpg i mogą mieć maksymalnie 10MB wielkości.

4.2.4 Pliki z umowami do pobrania

Wybranie tej opcji ze strony głównej **Portalu Świadczeniodawcy** powoduje wyświetlenie poniższej strony:

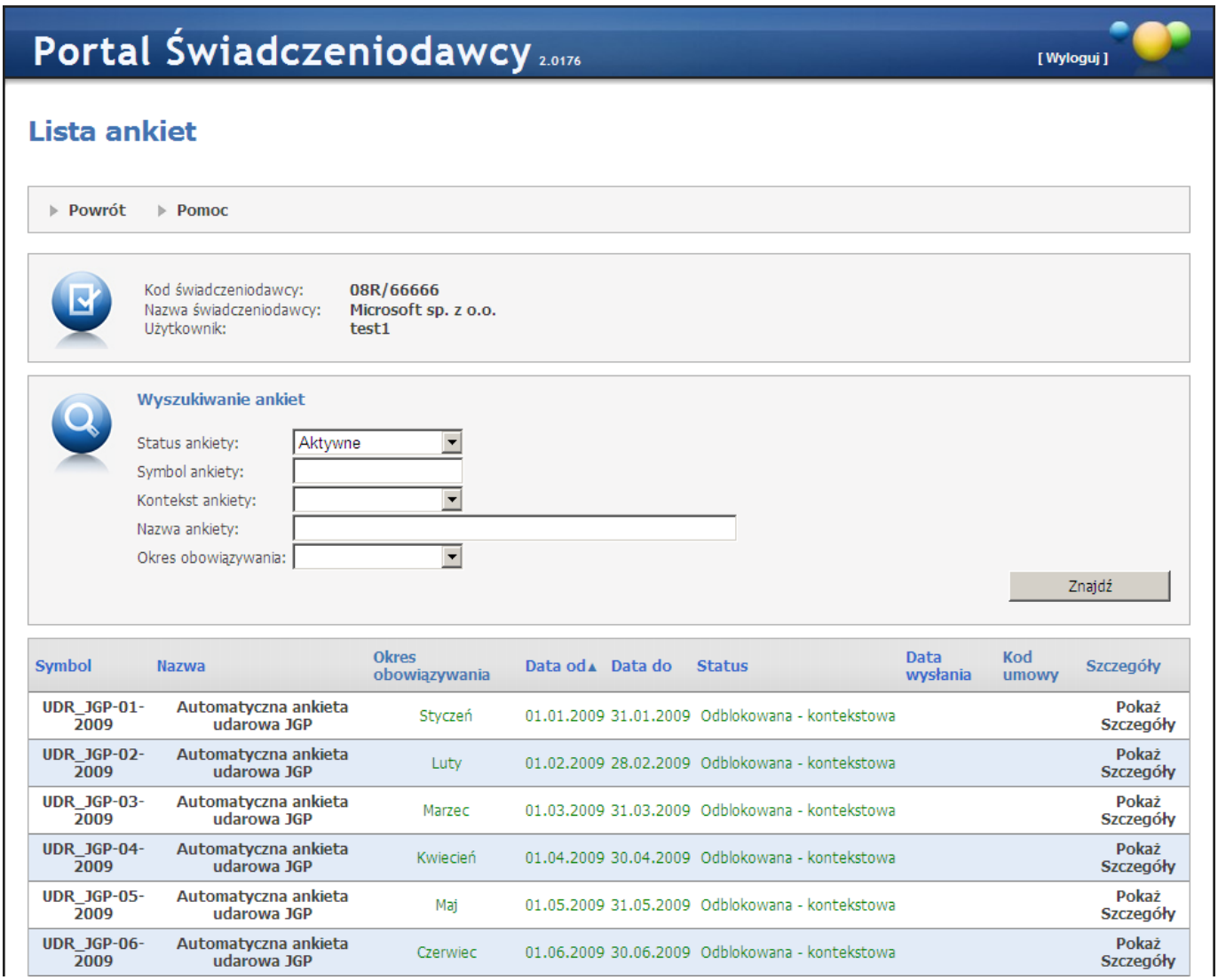


Funkcja ta umożliwia pobieranie plików z wersją elektroniczną umowy. Posiada filtr "*Rok*" umożliwiający wyszukanie umów na konkretne lata. W oknie prezentowane są podstawowe informacje o umowach. Poszczególne umowy Świadczeniodawcy wyświetlane są w kolejnych wierszach. W przypadku, gdy dla umowy został wygenerowany w SINFZ plik z umową, w ostatniej kolumnie dostępny jest przycisk **Pobierz**, a przedostatnia kolumna zawiera nazwę pliku. W celu pobrania pliku, należy wybrać przycisk **Pobierz**. Plik jest zapisywany w środowisku klienta za pośrednictwem okna dialogowego **Zapisz jako...**

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.5 Ankiety do wypełnienia

Wybranie tej opcji ze strony **Portalu Świadczeniodawcy** powoduje wyświetlenie strony jak poniżej:



W sekcji ***Wyszukiwanie ankiet*** istnieje możliwość wyboru z listy rozwijanej ankiet o różnym statusie. Są to:

- Aktywne,
- Do uzupełnienia,
- Edytowane,
- Odblokowane,
- Odrzucone,
- Wszystkie,
- Zamknięte.

Wyboru dokonujemy po określeniu interesującego nas statusu ankiety i naciśnięciu przycisku **Znajdź**. Wyświetlona zostaje lista ankiet o określonym wcześniej statusie. Jeżeli kod umowy jest określony, to jest on widoczny na liście ankiet oraz w danych ankiety (odnośnik **Pokaż Szczegóły**). Na listach ankiety **odrzucone** prezentowane są za pomocą koloru czerwonego. Taką ankietę można edytować i wysłać ponownie (chyba, że upłynął termin ankiety).

© 2026 Kamsoft S.A.

LB12-on07-2007	Zapytanie	12.07.2007	30.08.2007	Dostępna do uzupełnienia - nieuzupełniona			Pokaż Szczegóły
POZ-08-2007	załącznik nr 4 do umowy - POZ	01.08.2007	31.08.2007	Dostępna do uzupełnienia - odrzucona przez OW	24.08.2007	0401/XXXX/05/MN	Pokaż Szczegóły
14-08t2-2007	Test ankiety Ortopedia	14.08.2007	19.08.2007	Dostępna do uzupełnienia - kontekstowa			Pokaż Szczegóły

Ankiety **odblokowane** dla pojedynczych świadczeniodawców oznaczone są kolorem zielonym. Natomiast ankiety odblokowane dla wszystkich świadczeniodawców są widziane jak każde inne ankiety.

UDR-03-2008	Automatyczna ankieta udarowa	01.03.2008	06.03.2009	Dostępna do uzupełnienia - kontekstowa		Pokaż Szczegóły
POZ-08-2008	Załącznik nr 5 do umowy POZ	01.08.2008	31.08.2008	Odblokowana - nieuzupełniona	1261/marta	Pokaż Szczegóły
POZ-1p-2009	załącznik nr 6 do umowy - POZ	01.01.2009	30.06.2009	Dostępna do uzupełnienia - nieuzupełniona	1899/m/scal	Pokaż Szczegóły

Filtr **Okres obowiązywania** pozwala na filtrowanie ankiet na podstawie wybranego z rozwijanej listy okresu obowiązywania.

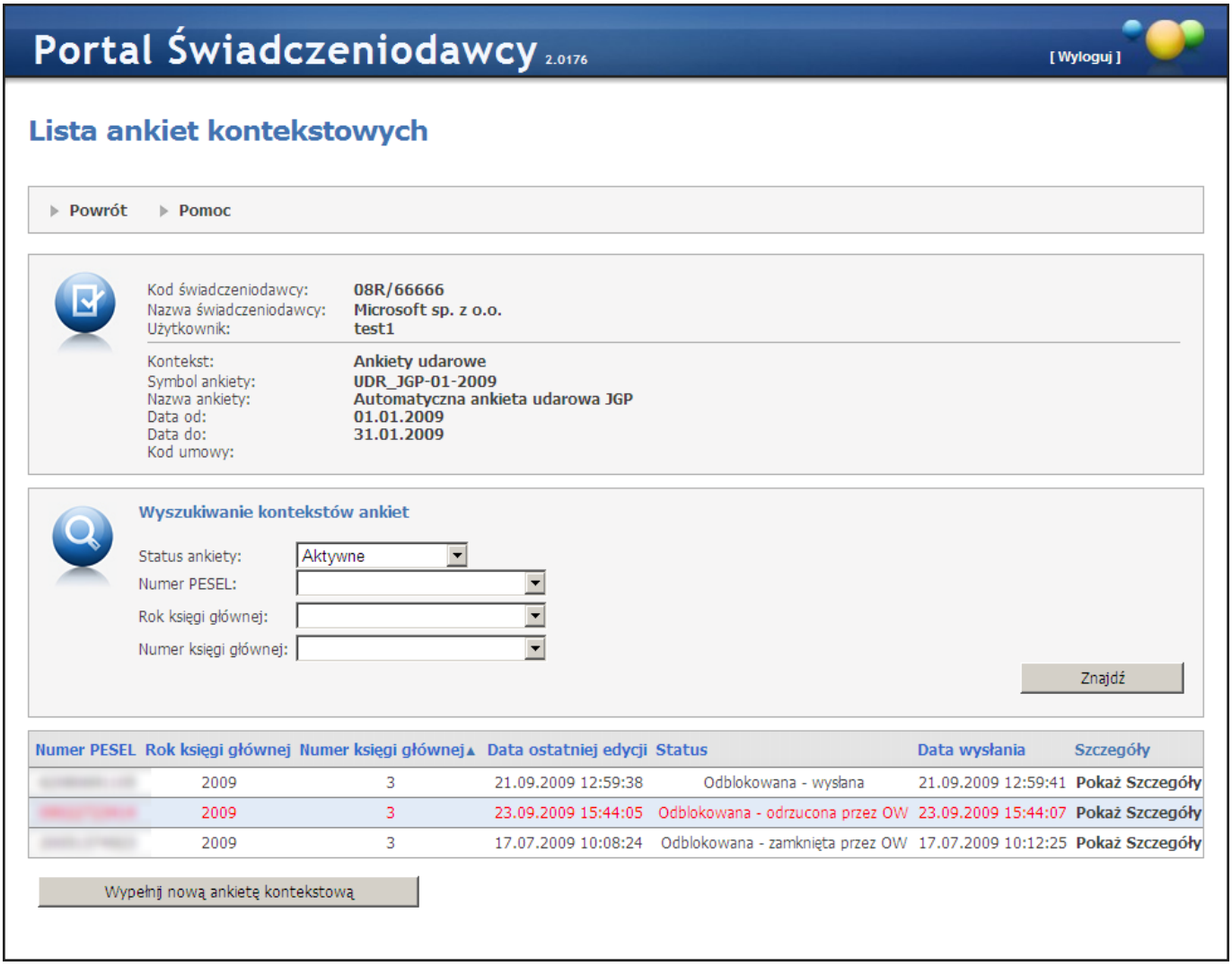
4.2.5.1 Lista ankiet kontekstowych

Uwaga: od dnia 01.07.2020 nie ma możliwości wypełniania ankiet kontekstowych w Portalu Świadczeniodawcy. Pozostaje tylko możliwość edycji i zapisywania ankiet już powstałych przed tą datą. Od wyżej wymienionego dnia ankiety udarowe będą dostępne na dedykowanym portalu centralnym dostępnym pod adresem: https://udary.nfz.gov.pl.

W celu dostępu do centralnej aplikacji **Ankiety udarowe** operator musi mieć nadane przez administratora świadczeniodawcy odpowiednie uprawnienia w menadżerze nadawania uprawnień do systemów centralnych KAAS-ADM-SYS. Opis nadawania uprawnień został opisany w rozdziale Nadawanie uprawnień do systemów centralnych [KAAS-ADM-SYS]. Więcej informacji o aplikacji **Ankiety udarowe** w dedykowanej dokumentacji.

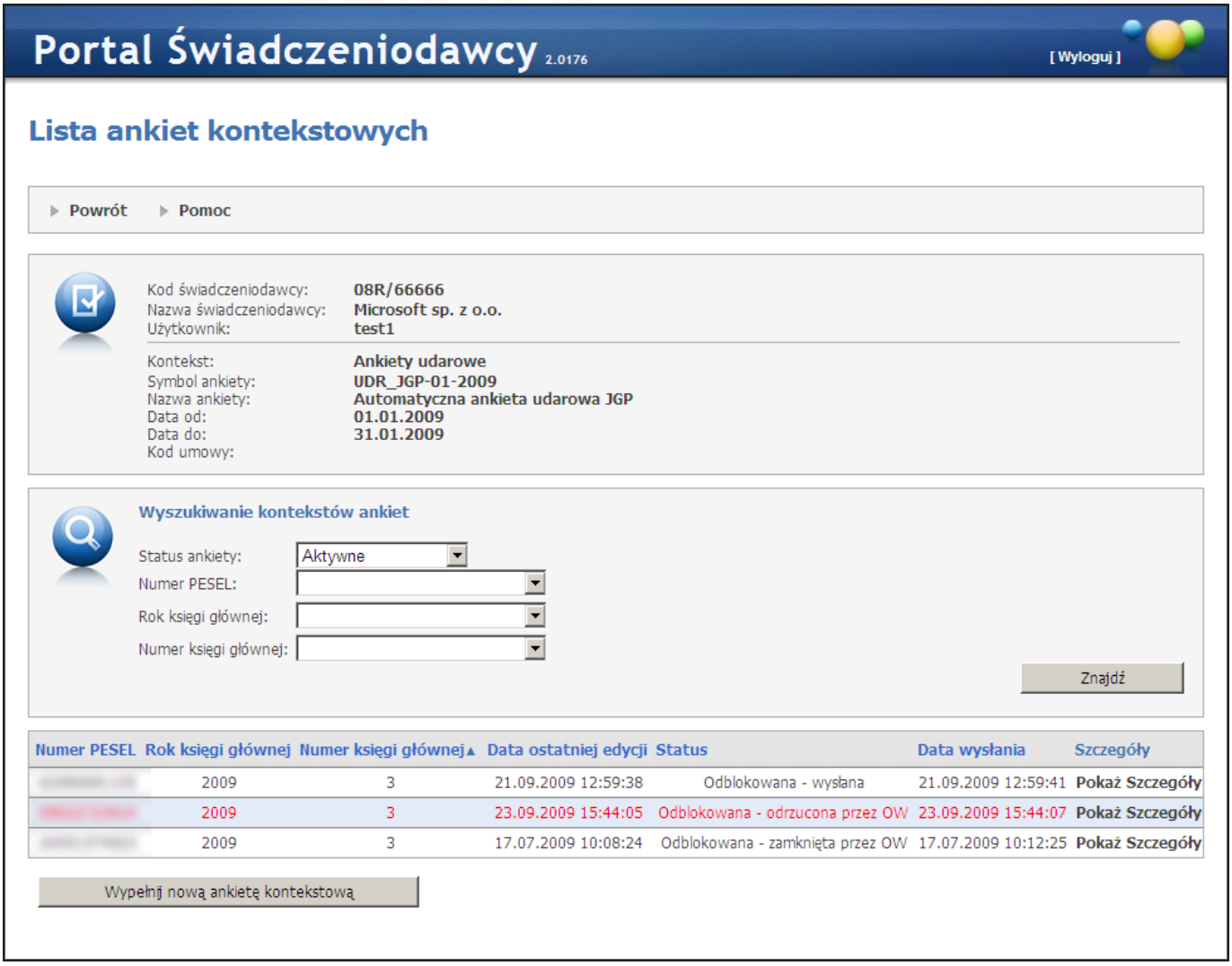
Filtr **Kontekst ankiety** - pozwala na znalezienie ankiet kontekstowych opartych na konkretnym kontekście. W przypadku istnienia zdefiniowanego schematu ankiet kontekstowych, w tabeli prezentującej ankiety pojawi się wiersz, którego status będzie brzmiał **Dostępna do uzupełnienia - kontekstowa**. Oznacza to, że dana ankieta jest ankietą kontekstową. Jeżeli cykl takiej ankiety ulegnie zamknięciu jej status zmieni się na **Zamknięta - kontekstowa**. Po kliknięciu w szczegóły ankiety kontekstowej (**Pokaż Szczegóły**) pojawi się strona, na której prezentowane są dane na temat Świadczeniodawcy oraz dane na temat kontekstu i czasu trwania ankiety.

© 2026 Kamsoft S.A.



Po kliknięciu w szczegóły ankiety kontekstowej (**Pokaż Szczegóły**) pojawi się strona, na której prezentowane są dane na temat Świadczeniodawcy oraz dane na temat kontekstu i czasu trwania ankiety.

© 2026 Kamsoft S.A.



W tabeli prezentowane są wszystkie wypełnione ankiety kontekstowe w ramach cyklu (jeżeli jakieś istnieją). Możliwe jest ich filtrowanie na podstawie numeru PESEL, roku księgi głównej lub numeru księgi głównej. Znajduje się tam również przycisk **Wypełnij nową ankietę kontekstową**, którego naciśnięcie spowoduje przejście do nowej ankiety kontekstowej.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.5.1.1 Szczegóły ankiety

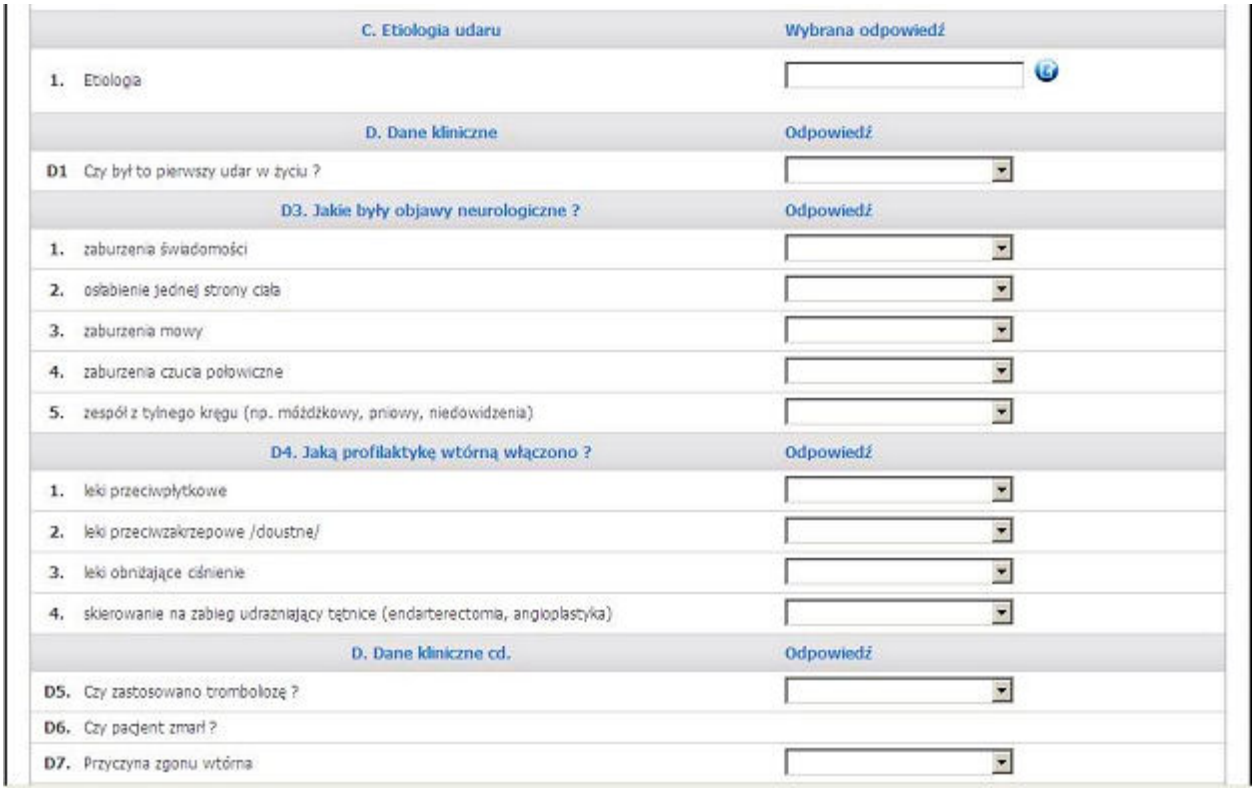
Ostatnia kolumna *Szczegóły* wraz z odsyłaczem **Pokaż Szczegóły** umożliwia wyświetlenie strony widocznej poniżej. Opcja ta pozwala na wypełnienie pozycji **Odpowiedź** na postawione w sąsiedniej kolumnie **Pytanie**.

W przypadku konieczności edytowania danych wypełnionej już raz ankiety (przed wysłaniem do operatora NFZ), należy ponownie wybrać odsyłacz **Pokaż Szczegóły** na liście ankiet i na stronie Szczegóły ankiety, wybrać przycisk **Edycja**. Umożliwi to właściwe wypełnienie pozycji (błędnych) w ankiecie, następnie naciskamy przycisk **Zapisz** powodując zatwierdzenie zmian.

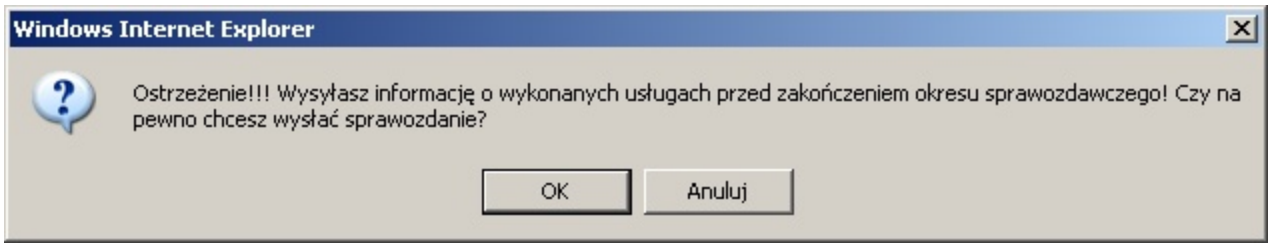
- Przycisk **Wyślij** powoduje, że wypełniona przez użytkownika ankieta, z poprawnie zatwierdzonymi zmianami może zostać przesłana do operatora NFZ.
- Przycisk **Przywróć** umożliwia ponowne przywrócenie ankiety, pomimo jej wysłania. Istnieje możliwość przywrócenia do edycji ankiety, która został już wysłana pod warunkiem, że cykl do którego należy nie jest jeszcze zamknięty (ankieta jest możliwa do wypełnienia).
- Przycisk **Drukuj** umożliwia wydruk ankiety.
- Przycisk **Zapisz** powoduje rejestrację informacji (odpowiedzi) w ankiecie.
- Przycisk **Powrót** powoduje przejście do strony Listy ankiet.

W tabeli prezentowane są wszystkie wypełnione ankiety kontekstowe w ramach cyklu (jeżeli jakieś istnieją). Możliwe jest ich filtrowanie na podstawie numeru PESEL, roku księgi głównej lub numeru księgi głównej. Znajduje się tam również przycisk **Wypełnij nową ankietę kontekstową**, którego naciśnięcie spowoduje przejście do nowej ankiety kontekstowej.

© 2026 Kamsoft S.A.



Ankieta kontekstowa od zwykłej ankiety różni się tylko nagłówkiem kontekstowym. Jeżeli w trakcie generacji schematu zostało wybrane źródło danych dla nagłówka, to dane kontekstowe można wybrać poprzez naciśnięcie ikonki słownika i wybranie odpowiednich danych. Jeżeli nie - dane kontekstowe należy wpisać ręcznie. Jeżeli typ się nie zgadza użytkownik zostanie o tym powiadomiony. Nowa ankieta kontekstowa zostanie utworzona po naciśnięciu przycisku **Zapisz**. Ankietę kontekstową, której status jest różny od wysłana można usunąć. Podczas wysyłania ankiety, za okres który się jeszcze nie zakończył pojawia się ostrzeżenie przed wysłaniem ankiety.

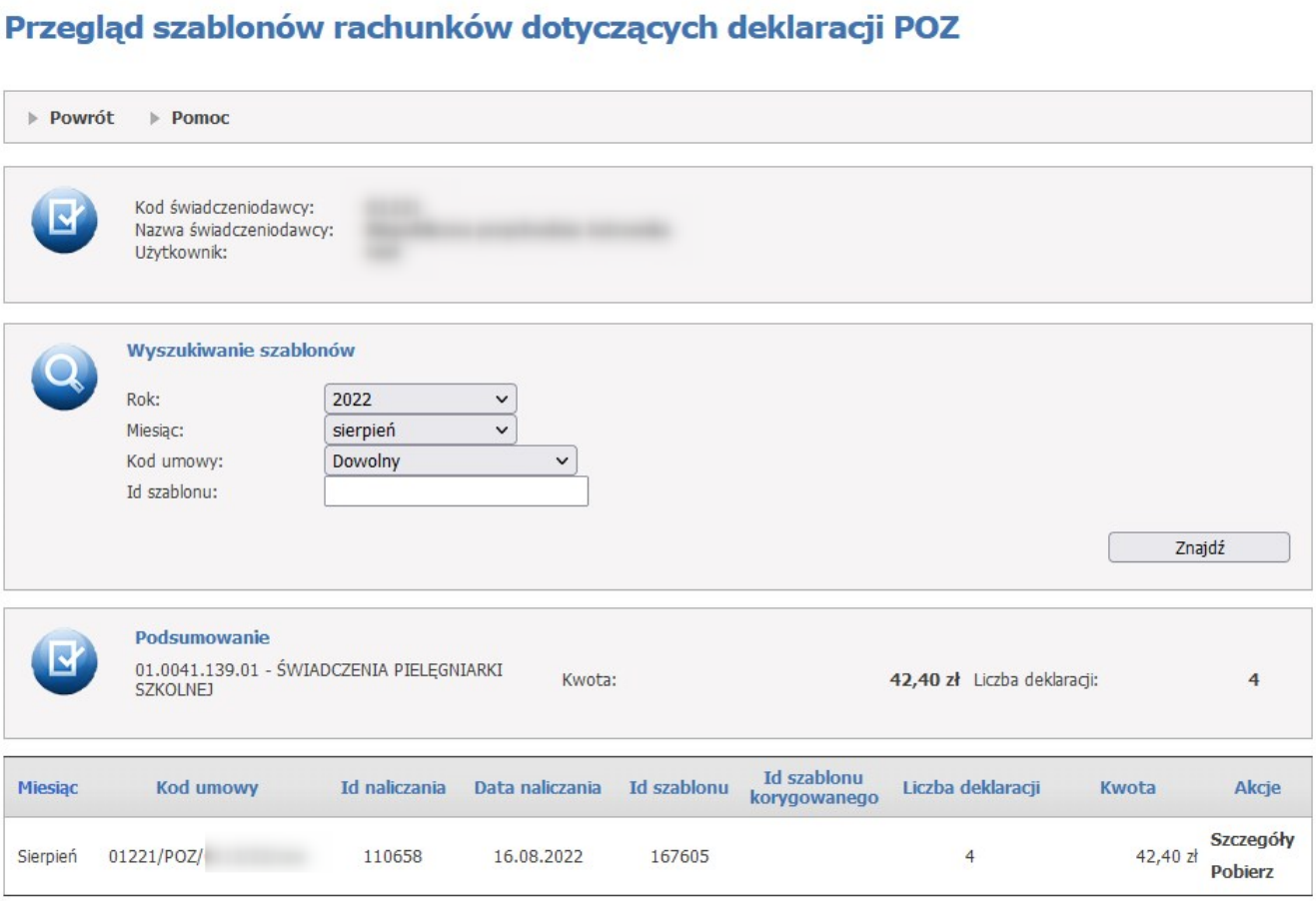


Po anulowaniu zatwierdzenia ankiety udarowej przez OW, świadczeniodawca ma możliwość jej poprawienia. Po poprawieniu ankiety może ponownie zatwierdzić ją do dalszego procedowania w OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.6 Przegląd danych o deklaracjach POZ

Formatka **Przegląd szablonów rachunków dotyczących deklaracji POZ** służy do przeglądu szablonów wg określonych przez operatora filtrów.



Operator ma możliwość wyszukiwania szablonów za pomocą sekcji **Wyszukiwanie szablonów** i przycisku **Znajdź**.

Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Rok;
- Miesiąc;
- Kod umowy;
- Id szablonu.

Wyszukane rekordy widoczne są w postaci listy poniżej.

Każdy rekord na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośniki:

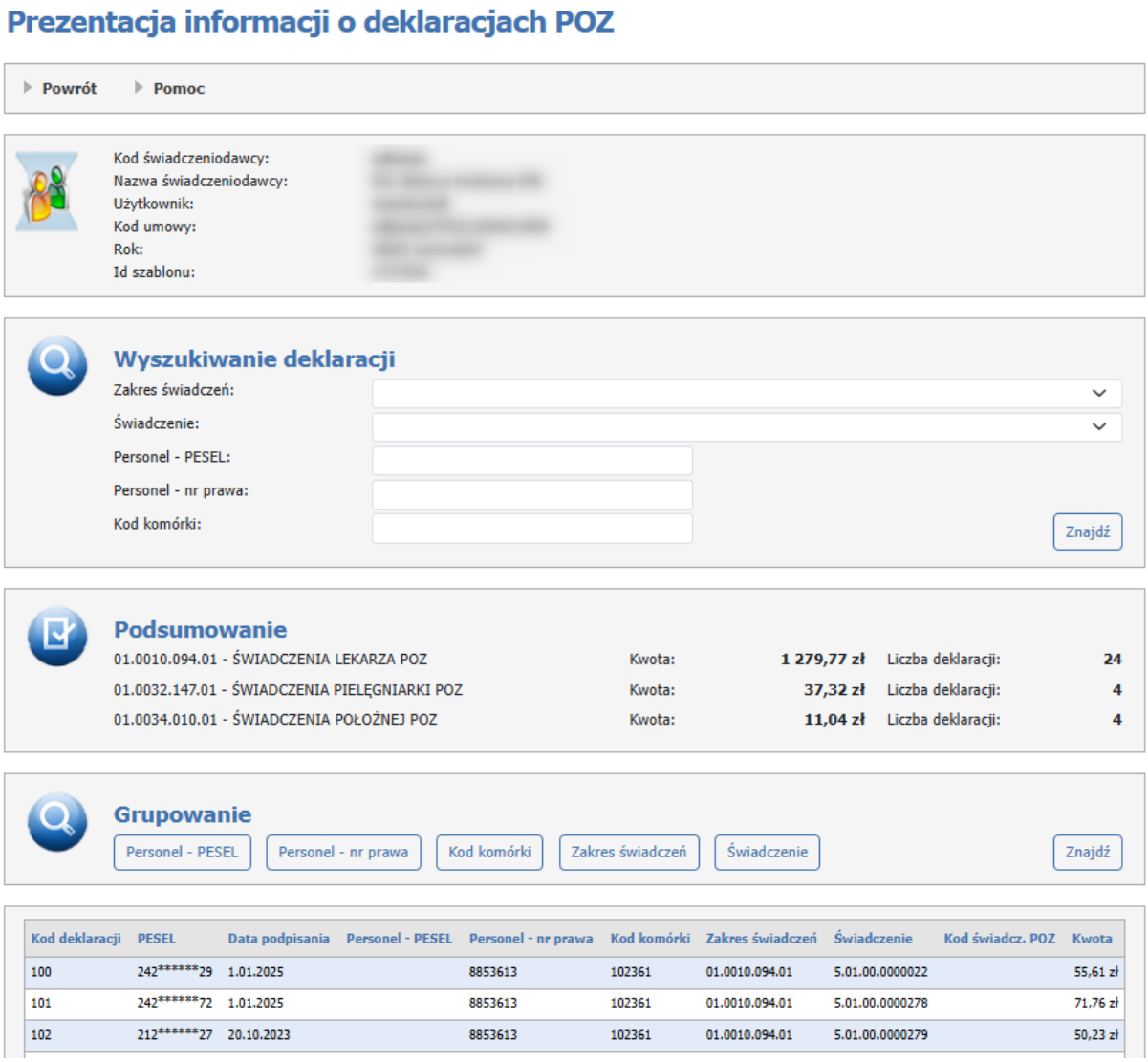
- **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnej deklaracji powiązanej z szablonem;
- **Pobierz** którego kliknięcie pozwali na pobranie szablonu rozliczenia R_UMX w formacie ZIP.

W części ***Informacja o wskaźniku wykonania badań lekarza POZ*** prezentowana jest informacja o wartości wskaźnika WWBD, bądź informacja o błędzie. Panel ze wskaźnikiem WWBD widoczny jest tylko w sytuacji, kiedy wskaźnik został opublikowany przez operatora w OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.6.1 Prezentacja informacji o deklaracjach POZ

Formatka **Prezentacja informacji o deklaracjach POZ** służy do przeglądu deklaracji powiązanej z szablonem.



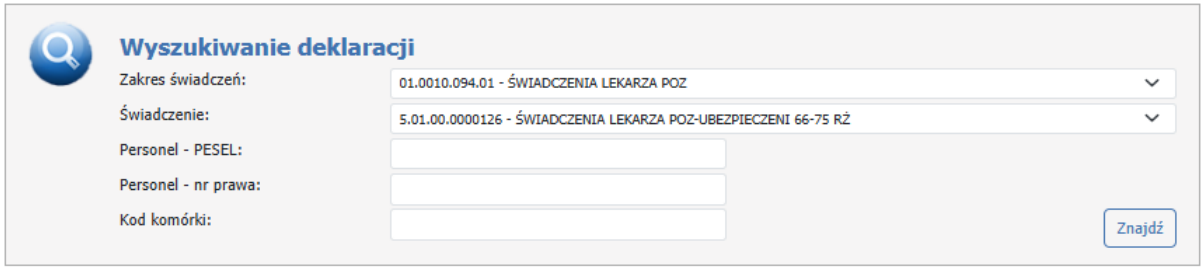
Wyszukiwanie deklaracji

Operator ma możliwość wyszukiwania deklaracji za pomocą sekcji **Wyszukiwanie deklaracji** i przycisku **Znajdź**.

Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Zakres świadczeń;
- Świadczenie;
- Personel - PESEL;
- Personel - nr prawa;
- Kod komórki;

© 2026 Kamsoft S.A.



Podsumowanie

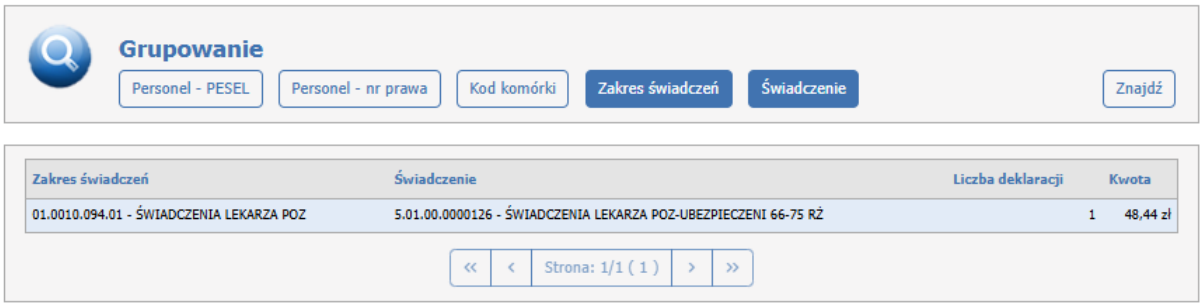
Wyniki wyszukiwania prezentowane są w sekcji **Podsumowanie**, zawierającej zakres świadczeń, kwoty oraz liczbę deklaracji spełniających wskazane kryteria.

Grupowanie

Dodatkowo świadczeniodawca może grupować dane według wybranego kryterium:

- Personel - PESEL;
- Personel - nr prawa;
- Kod komórki;
- Zakres świadczeń;
- Świadczenie;

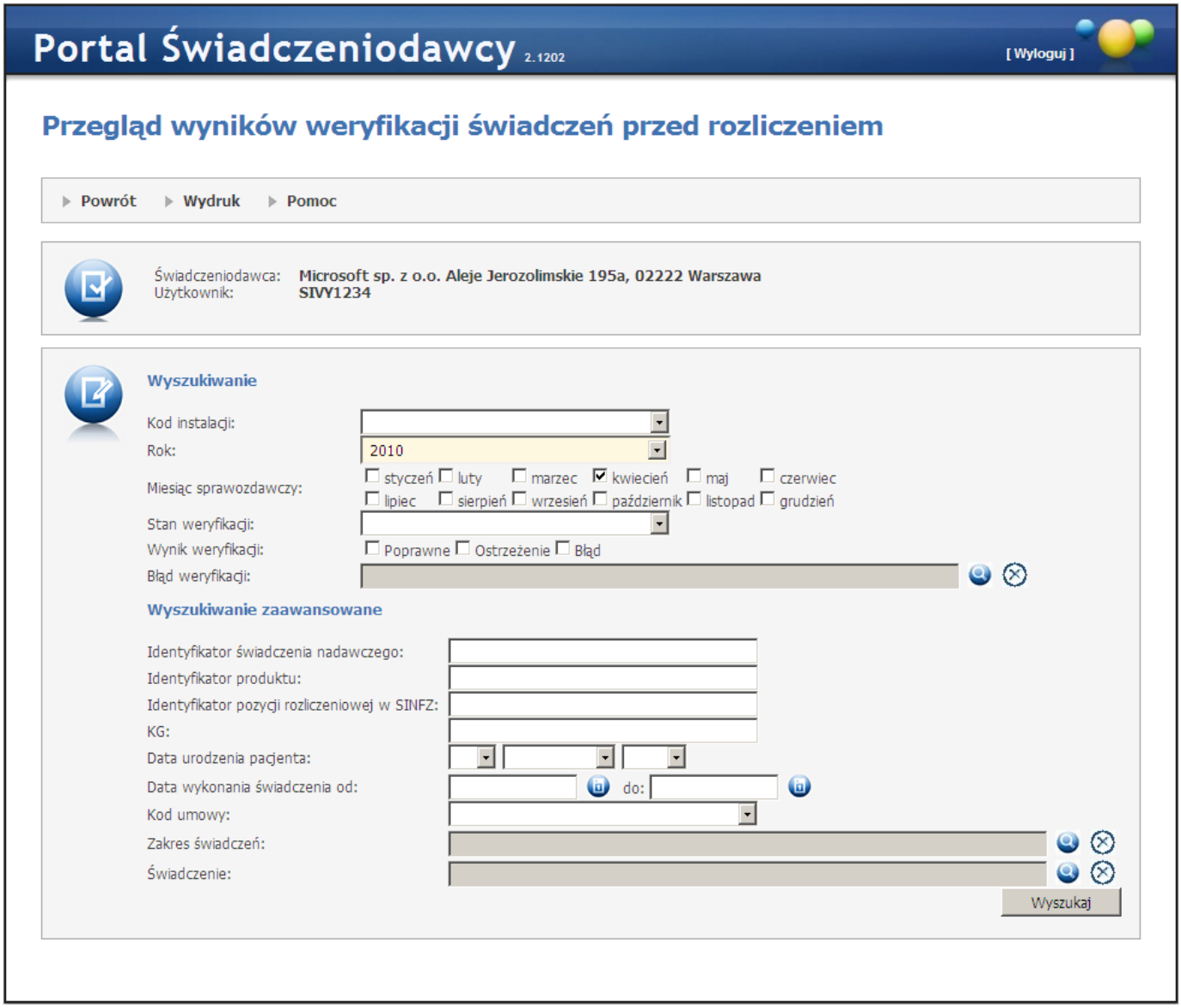
Po wybraniu odpowiedniego sposobu grupowania i zatwierdzeniu operacji przyciskiem **Znajdź**, system wyświetla tabelę zgodnie z wybranym kryterium.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.7 Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

Wybór linku powoduje przejście do strony przeglądu negatywnych wyników weryfikacji wg świadczeń, prezentowanych w postaci listy, wyselekcjonowanych wg warunków założonych w filtrach sekcji ***Wyszukiwanie***.

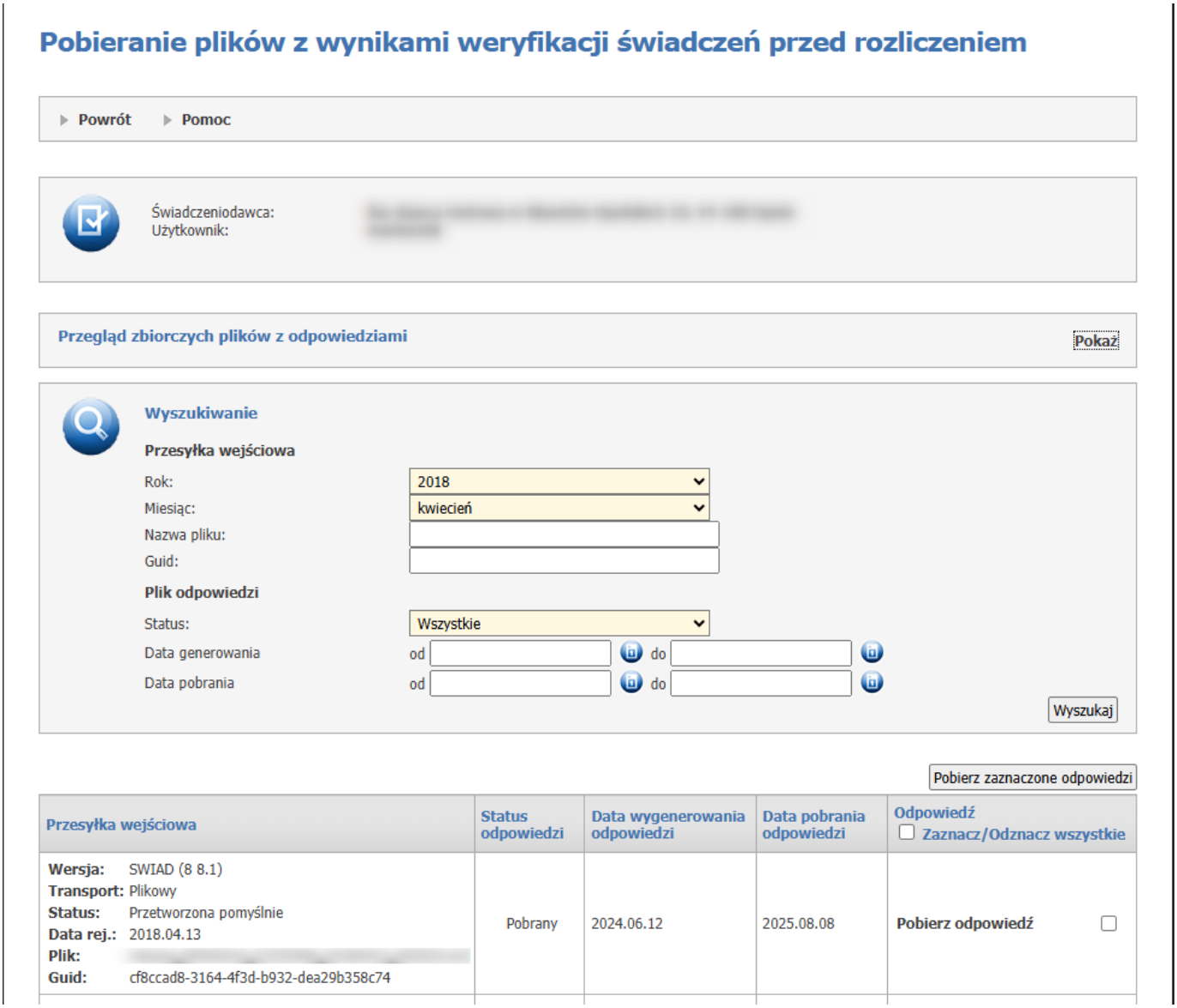


W sekcji ***Wyszukiwanie*** zawęzimy listę interesujących nas pozycji do tych spełniających warunki założone w filtrach oraz przyciskiem **Wyszukaj** potwierdzamy wybór. Za pomocą ***Wyszukiwania zaawansowanego*** zawęzimy przedział negatywnych wyników weryfikacji wg Id: świadczenia nadawczego, produktu, pozycji rozliczeniowej w SINFZ, KG. Za pomocą **Wydruku** można wydrukować lub wyeksportować w formacie XML bądź CSV, wykaz wyszukanych świadczeń.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.8 Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

Wybranie tej opcji pozwala na pobranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed ich rozliczeniem.



Dla przesyłek wejściowych o statusie *Nowy* użytkownik może zgłosić żądanie wygenerowania pliku z wynikami weryfikacji świadczeń klikając **Wygeneruj odpowiedź** w kolumnie *Odpowiedź*. Po wygenerowaniu odpowiedzi plik z nią będzie dostępny w tej samej kolumnie po kliknięciu **Pobierz odpowiedź**. Pomyślne pobranie pliku skutkuje wypełnieniem daty pobrania. Pliki odpowiedzi można pobierać wielokrotnie.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przesyłka wejściowa	Status odpowiedzi	Data wygenerowania odpowiedzi	Data pobrania odpowiedzi	Odpowiedź
Wersja: SWIAD (8 7.0) **Transport:** Email **Status:** Przetworzona pomyślnie **Data rej.:** 2016-01-15 12:19:54 **Plik:** 71-plan-51690028.xml **Guid:** a1c7a649-09fe-4e0d-8c7f-7c0df484a0e3	Do pobrania (wygenerowany)	2016.07.26		**Pobierz odpowiedź**
Wersja: SWIAD (8 7.0) **Transport:** Email **Status:** Przetworzona pomyślnie **Data rej.:** 2016-01-15 12:40:41 **Plik:** 71-plan-51690028.xml **Guid:** 5d648e5f-5ba3-4fc1-bc7c-0a8de942492a	Do pobrania (wygenerowany)	2016.07.26		**Pobierz odpowiedź**

Możliwe jest również pobranie wielu plików odpowiedzi jednocześnie w postaci spakowanego archiwum ZIP. W tym celu należy zaznaczyć odpowiednie pliki odpowiedzi - służy do tego puste pole znajdujące się w kolumnie *Odpowiedź* - a następnie kliknąć przycisk Pobierz zaznaczone odpowiedzi. Po kliknięciu przycisku zostanie zarejestrowanie zlecenie spakowania plików odpowiedzi do ZIP, które będzie widoczne w części ***Przegląd zbiorczych plików z odpowiedziami***.

Przegląd zbiorczych plików z odpowiedziami **Ukryj**

Odśwież

Przesyłki wejściowe	Przesyłki wejściowe - numery GUID	Liczba plików	Data rejestracji zlecenia	Status zlecenia	Data zakończenia zlecenia	
Rok: 2015 **Miesiąc:** marzec	2f74cd3f-6140-46e2-9a13-bcce601fd489 bc831231-876b-453e-a984-243e0068a7af c794e2ff-f3a7-497f-9268-535abb8f22a9 6cadac23-1f2a-458c-9e92-b26d1ad6ce62 9a9eb284-1e87-40fa-80b4-a82ecbcf02a4	5	27.07.2016 09:05:59	zakończone	27.07.2016 09:06:10	**Pobierz** **Usuń z listy**
Rok: 2015 **Miesiąc:** marzec	bc831231-876b-453e-a984-243e0068a7af	1	27.07.2016 09:04:02	zakończone	27.07.2016 09:04:34	**Pobierz** **Usuń z listy**
Rok: 2015 **Miesiąc:** marzec	2f74cd3f-6140-46e2-9a13-bcce601fd489	1	27.07.2016 09:03:49	zakończone	27.07.2016 09:03:57	**Pobierz** **Usuń z listy**
Rok: 2015 **Miesiąc:** marzec	2f74cd3f-6140-46e2-9a13-bcce601fd489 bc831231-876b-453e-a984-243e0068a7af c794e2ff-f3a7-497f-9268-535abb8f22a9 6cadac23-1f2a-458c-9e92-b26d1ad6ce62	4	27.07.2016 09:01:59	zakończone	27.07.2016 09:02:19	**Pobierz** **Usuń z listy**

Na przeglądzie zbiorczych plików z odpowiedziami są takie kolumny jak:

- Przesyłki wejściowe (zawiera informację o roku i miesiącu)
- Przesyłki wejściowe - numery GUID
- Liczba plików
- Data rejestracji zlecenia
- Status zlecenia (przyjmuje wartości: oczekuje, przetwarzane, zakończone)
- Data zakończenia zlecenia
- przyciski akcji: **Anuluj**, **Pobierz**, **Usuń z listy** dostępne w zależności od statusu zlecenia.

Dla statusów zlecenia

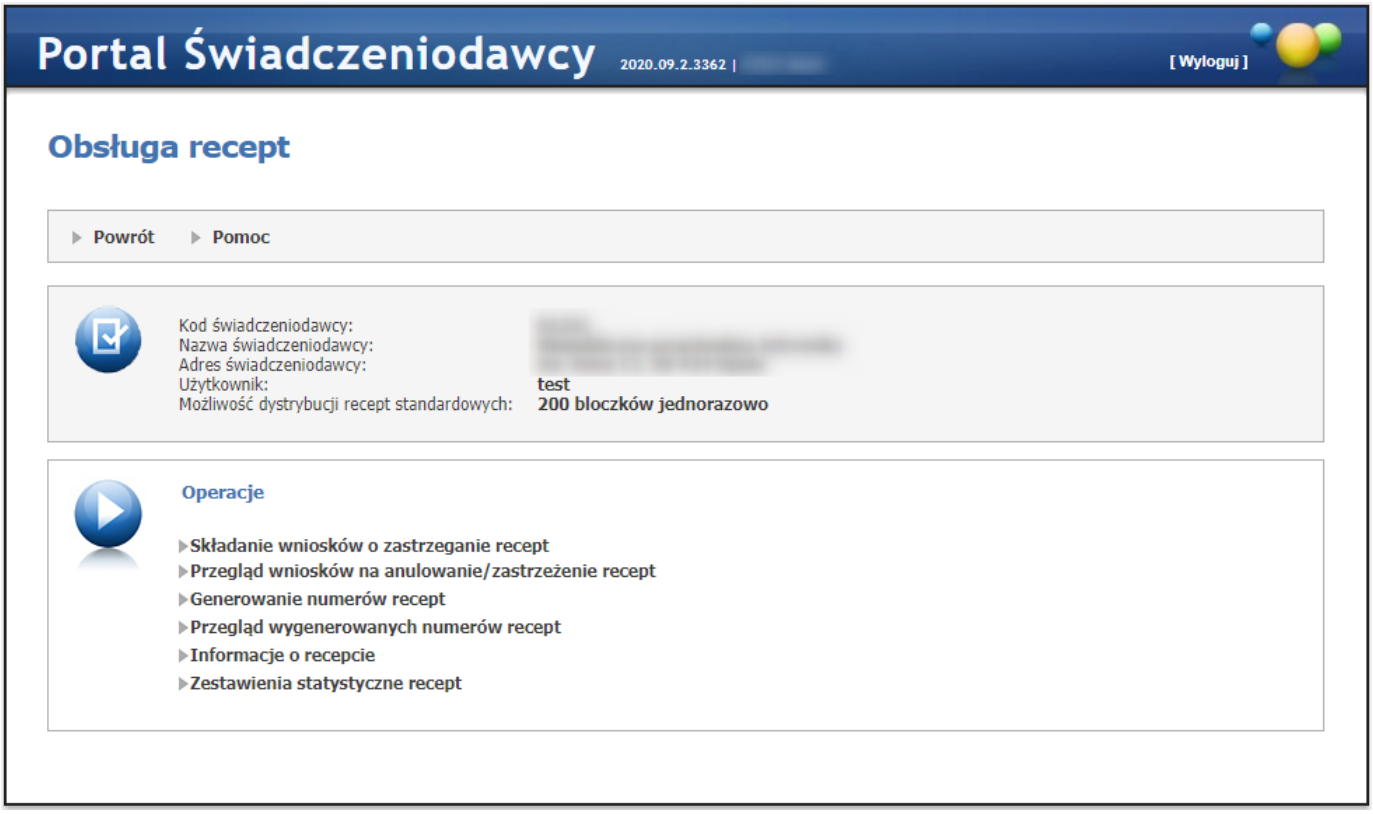
- oczekuje - jest widoczny tylko przycisk **Anuluj**.
- przetwarzane - brak przycisków (podczas wykonywania zlecenia nie można go anulować)
- zakończone - są widoczne przyciski **Pobierz** i **Usuń z listy**.

Przycisk **Pobierz** służy do pobierania plików odpowiedzi spakowanych do pliku ZIP.
Przycisk **Usuń z listy** usuwa zakończone zlecenia z listy.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.9 Recepty

Odsyłacz **Recepty** prowadzi do podstrony z funkcjonalnością obsługi recept.



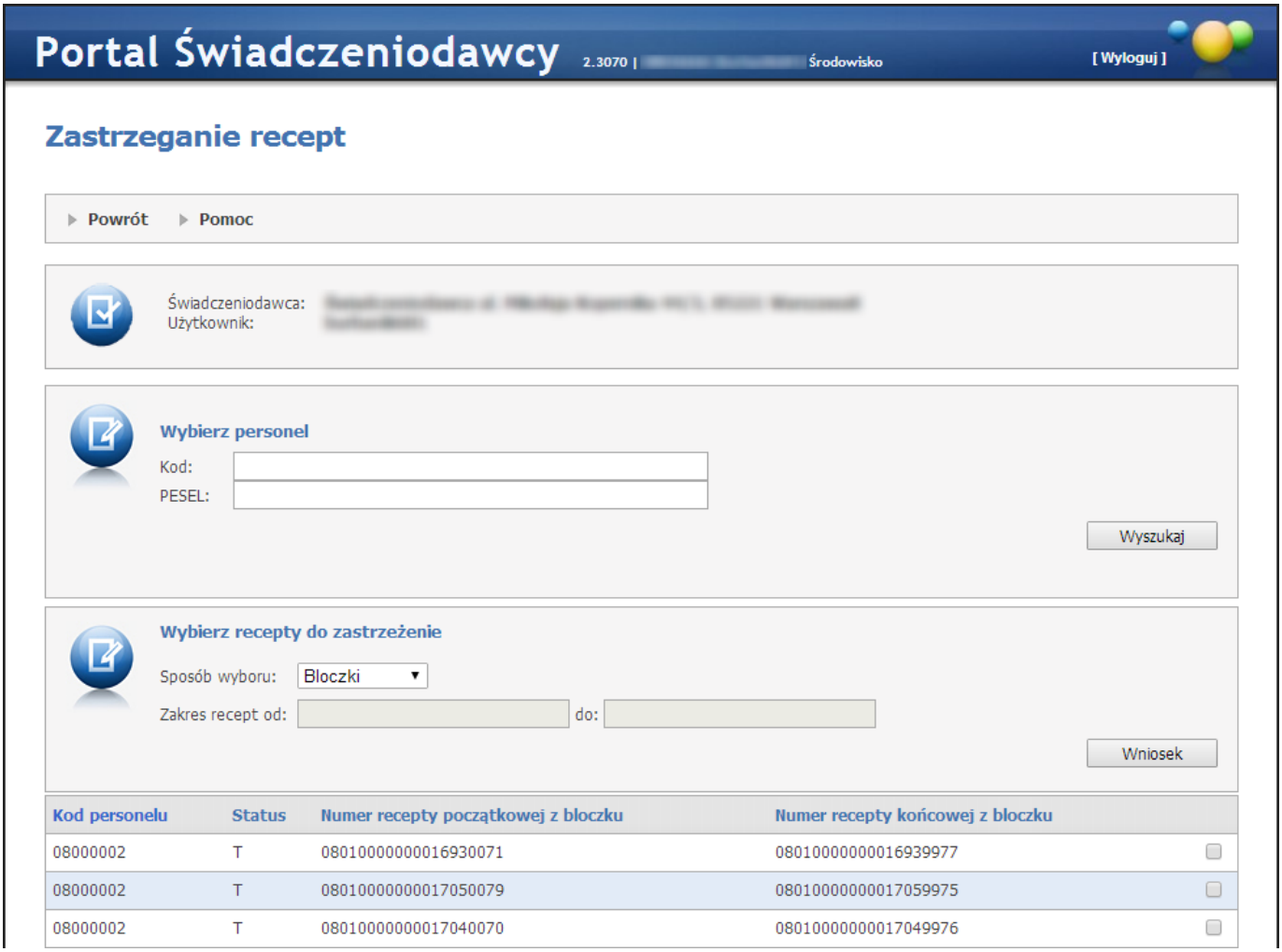
Na stronie dostępne są odnośniki:

- Składanie wniosków o zastrzeganie recept
- Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept
- Generowanie numerów recept
- Przegląd wygenerowanych numerów recept
- Informacje o recepcie
- Zestawienie statystyczne recept

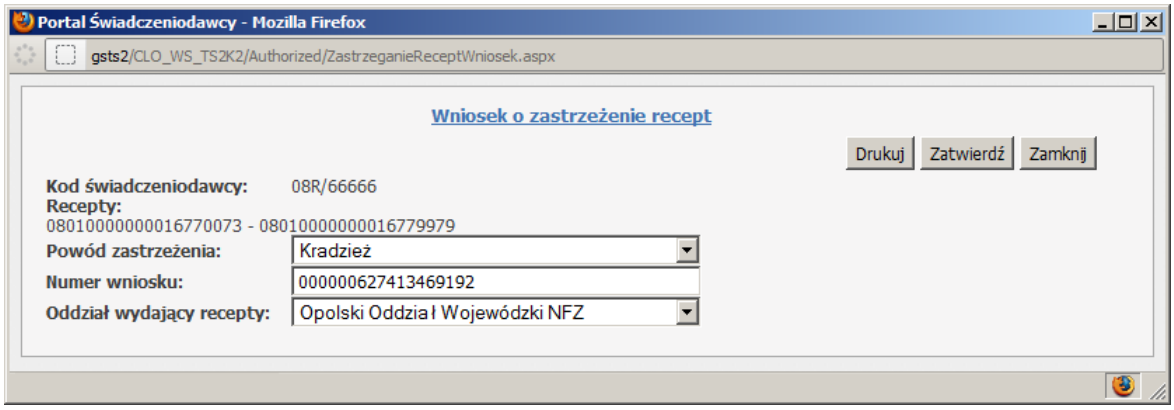
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.9.1 Składanie wniosków o zastrzeganie recept

Składanie wniosków o zastrzeganie recept - prowadzi do okna ***Zastrzeganie recept***, na której Świadczeniodawca może zastrzegać wydane mu recepty. Filtry na kod i PESEL personelu są opcjonalne i powodują wyświetlenie tylko tych recept, które zostały wydane wskazanemu Świadczeniodawcy dla danego personelu. W przypadku kiedy nie podajemy opcjonalnych danych w filtrach, wyświetlane są wszystkie recepty wydane Świadczeniodawcy.



Po wybraniu recept do zastrzeżenia (poprzez zakres lub listę bloczków) należy nacisnąć przycisk **Wniosek** co powoduje wyświetlenie wniosku, na którym należy uzupełnić dodatkowe dane, następnie wniosek należy zatwierdzić. Po zatwierdzeniu wniosek można wydrukować.

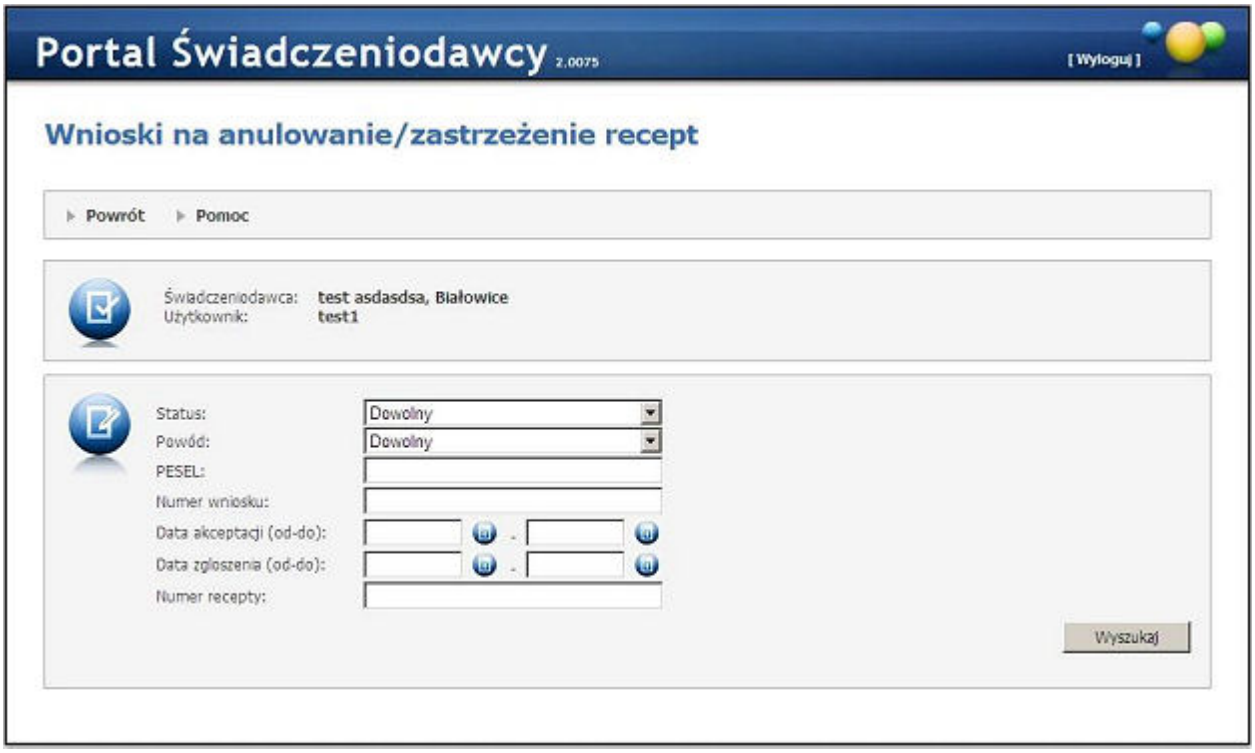


© 2026 Kamsoft S.A.

Przed zatwierdzeniem wniosku o zastrzeżenie recept, wykonywana jest walidacja zakresów w ramach wniosków. Operator jest informowany o zakresach, które nie mogą być zastrzeżone lub dla których wystąpiły niezgodności. W przypadku niezgodności operator musi potwierdzić (zaznaczenie odpowiedniego atrybutu przy zakresie) operację zastrzeżenia.

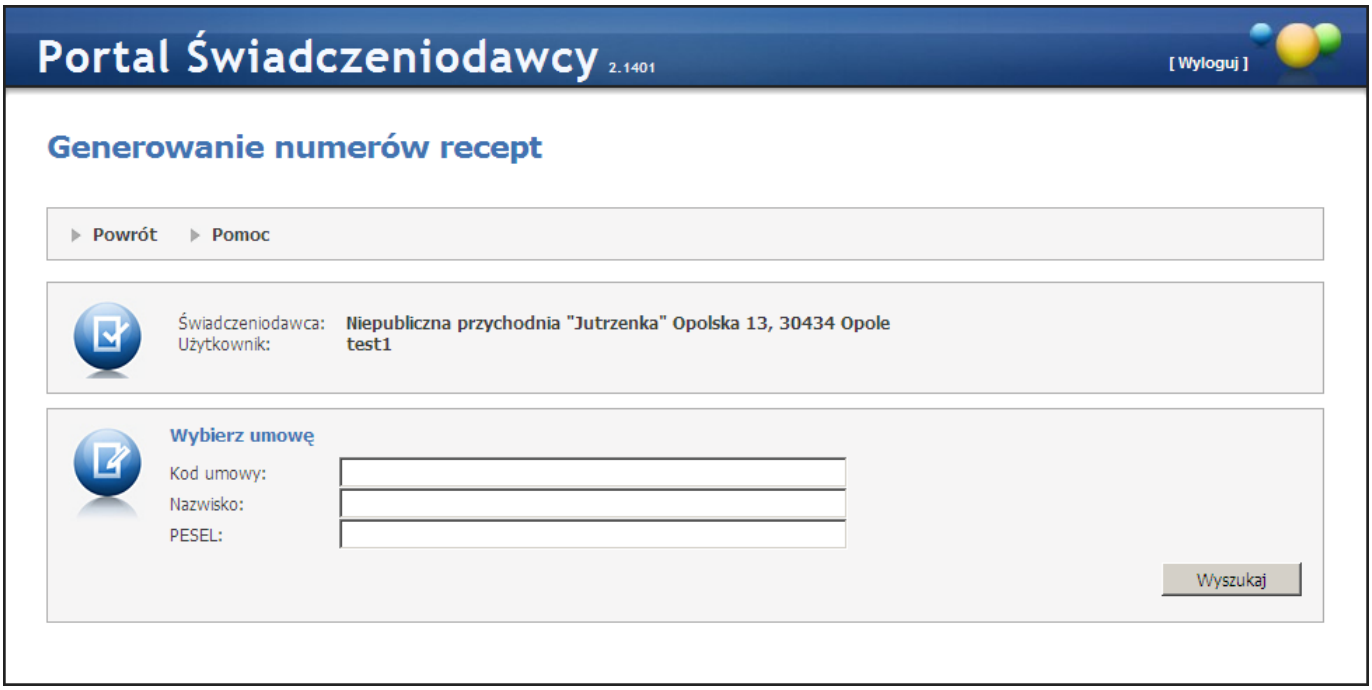
4.2.9.2 Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept

Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept - prowadzi do podstrony ***Wnioski na anulowanie/zastrzeżenie recept***, na której Świadczeniodawca może przeglądać dotyczące go wnioski na anulowanie bądź zastrzeganie recept. Dostępne filtry pozwalają ograniczyć zakres prezentowanych wniosków. Przycisk **Recepty** w tabeli z wnioskami wyświetla listę recept podanych w ramach wniosku.

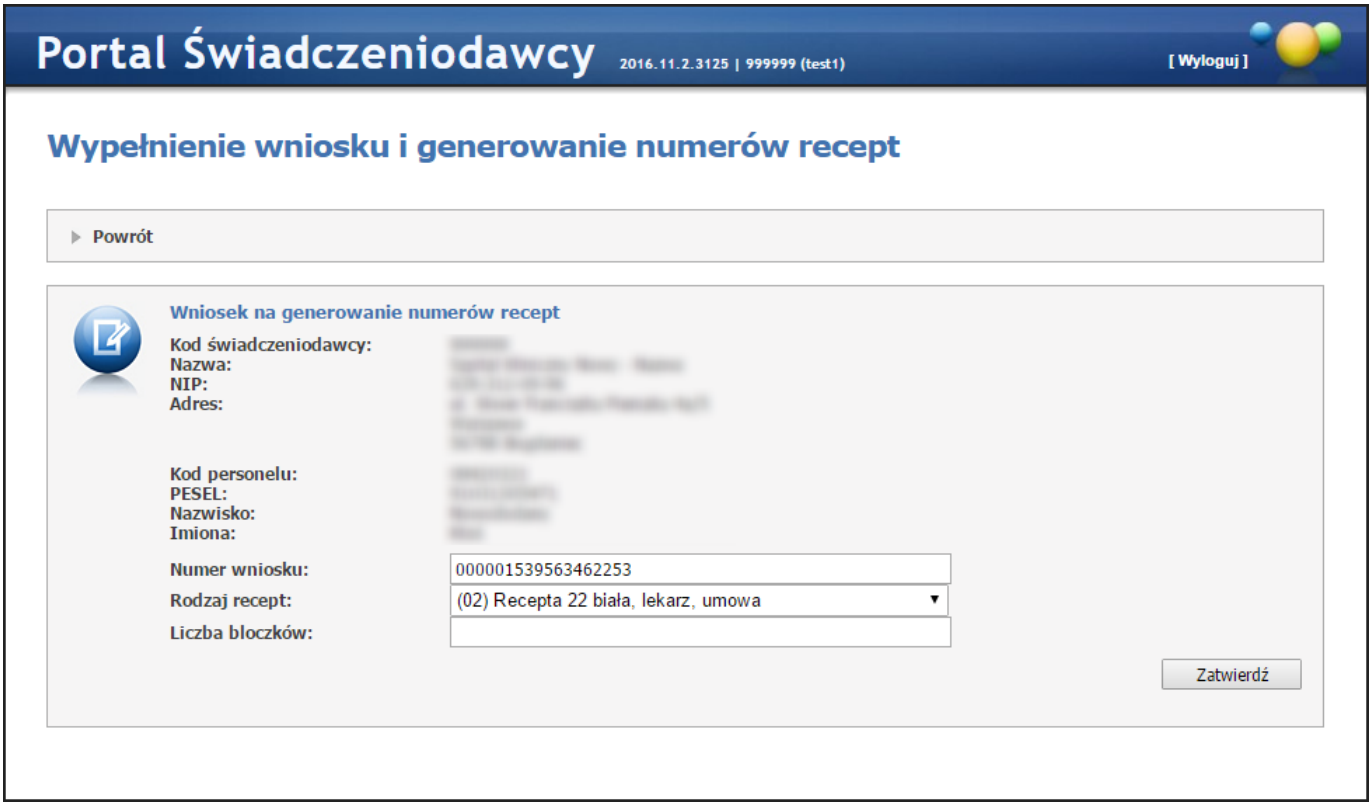


4.2.9.3 Generowanie numerów recept

Generowanie numerów recept - prowadzi do funkcjonalności pozwalającej wygenerować nowe numery recept, po opcjonalnym uzupełnieniu wartości w filtrach zostanie wyświetlona lista umów Świadczeniodawcy.

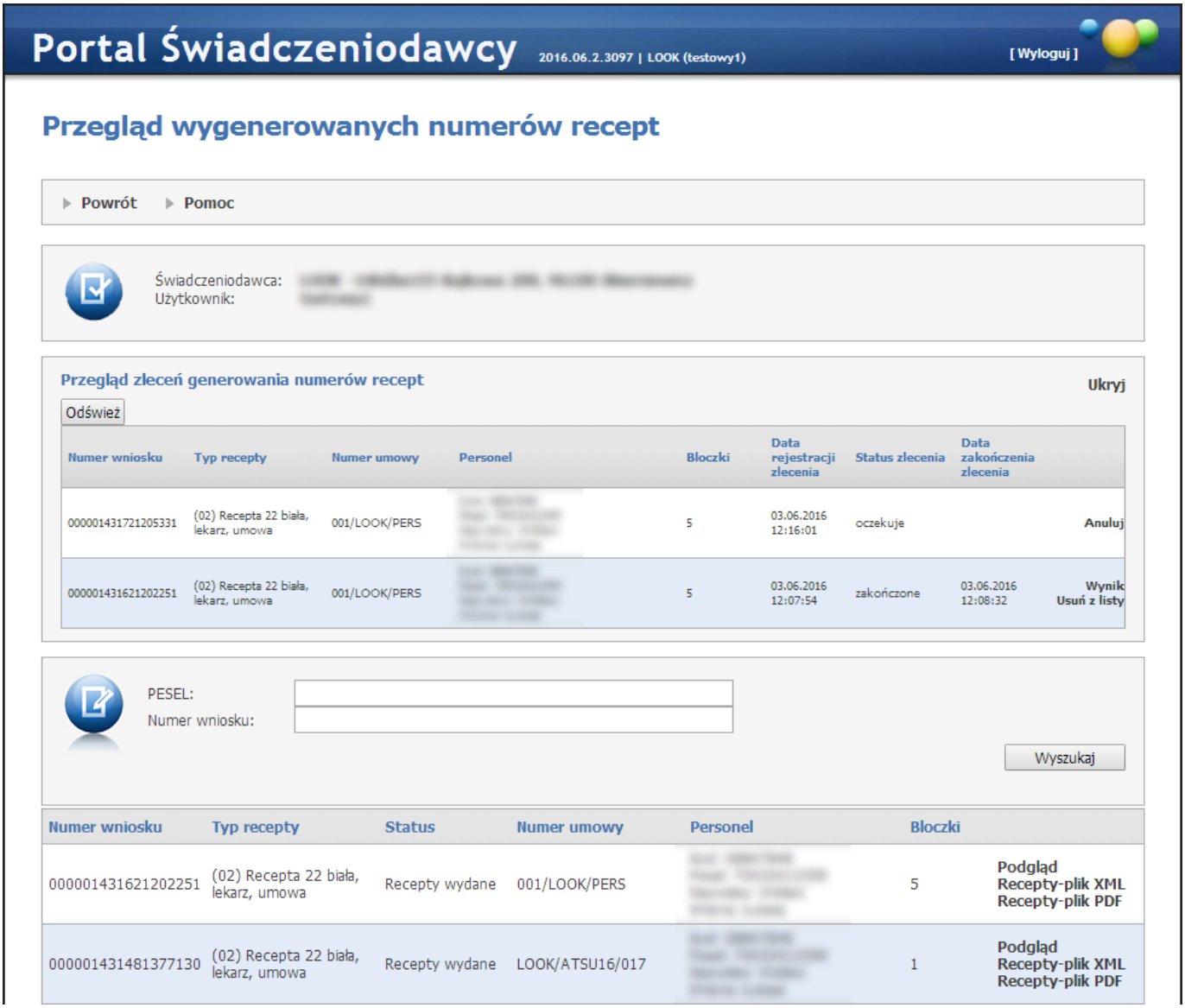


Po użyciu przycisku **Personel umowy** zostanie wyświetlona lista personelu w ramach umowy, po użyciu przycisku **Wniosek** przy konkretnym personelu nastąpi przeniesienie do podstrony ***Wypełnienie wniosku i generowanie numerów recept***.



© 2026 Kamsoft S.A.

Na tej stronie należy wybrać rodzaj recept, uzupełnić liczbę bloczków i kliknąć przycisk **Zatwierdź**, co spowoduje dodanie zlecenia do kolejki i wyświetlenie przeglądu wygenerowanych numerów recept. W przypadku gdy świadczeniodawca może jeszcze posługiwać się receptami numerowanymi starym sposobem (20 znaków) dodatkowo jest dostępny wybór rodzaju recept, w którym należy dokonać wyboru pomiędzy receptami z numerami 20-cyfrowymi, a 22-cyfrowymi.



Na przeglądzie wygenerowanych numerów recept, w części ***Przegląd zleceń generowania numerów recept***, widoczne są zlecenia wygenerowania numerów recept. Zlecenia oczekujące na wygenerowanie można usunąć z kolejki klikając **Anuluj** znajdujące się w ostatniej kolumnie. Po wygenerowaniu w miejscu **Anuluj** widoczne są **Wynik** i **Usuń z listy**. Kliknięcie **Wynik** spowoduje wyświetlenie informacji o wyniku generowania. Kliknięcie **Usuń z listy** spowoduje usunięcie zakończonego zlecenia z przeglądu. Przycisk **Odśwież** znajdujący się ponad tabelką umożliwia na odświeżenie danych w tabelce.

Poniżej prezentowane są wnioski zrealizowane. **Podgląd** znajdujący się w ostatniej kolumnie pozwala na przejrzenie pliku z danymi dla drukarni. Przycisk **Recepty-plik XML** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku xml. Przycisk **Recepty-plik PDF** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku pdf. Przycisk **Recepty-plik PDF** będzie niewidoczny w przypadku przekroczenia maksymalnej dozwolonej liczby

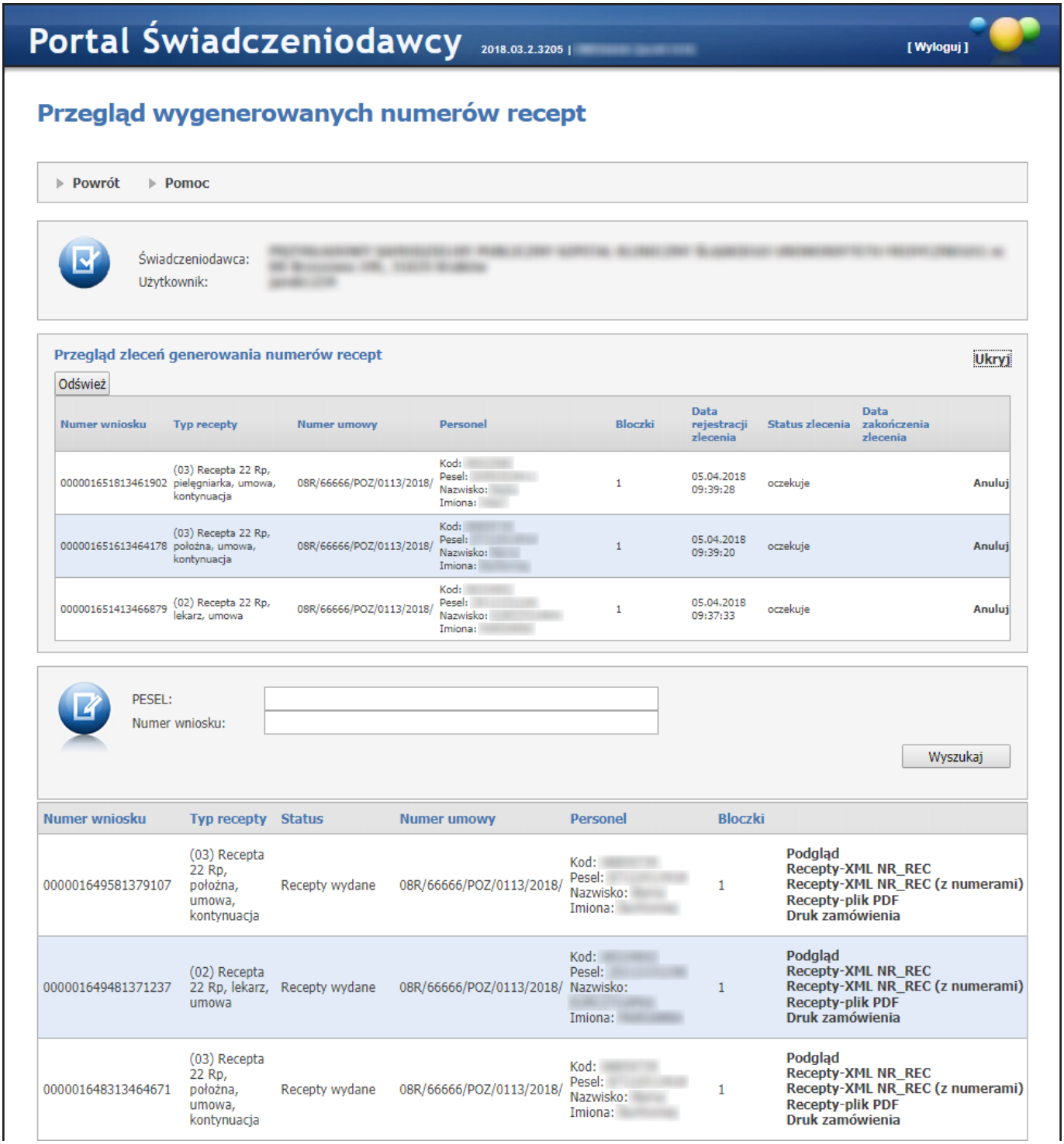
© 2026 Kamsoft S.A.

recept znajdujących się w pliku pdf. Przycisk będzie widoczny, ale niedostępny dla recept z 20-cyfrowymi numerami.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.9.4 Przegląd wygenerowanych numerów recept

Świadczeniodawca może przejrzeć historię wniosków złożonych samodzielnie w portalu za pomocą funkcjonalności **Przegląd historii złożonych wniosków** w Obsłudze Recept.



Po użyciu opcji **Podgląd** przy danym wniosku wyświetlany jest przegląd pliku z danymi dla drukarni, na przeglądzie umieszczona jest informacja, że zakresy mogły zostać już przekazane do drukarni (patrz rys. poniżej). Przycisk **Recepty-plik XML NR_REC** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku z komunikatem NR_REC niezawierającego elementów <recepta>. Przycisk **Recepty-plik XML NR_REC (z numerami)** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku z komunikatem NR_REC zawierającego

© 2026 Kamsoft S.A.

elementy <recepta> z numerami recept. Przycisk **Recepty-plik PDF** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku pdf. Przycisk **Recepty-plik PDF** będzie niewidoczny w przypadku przekroczenia maksymalnej dozwolonej liczby recept znajdujących się w pliku pdf. Przycisk będzie widoczny, ale niedostępny dla recept z 20-cyfrowymi numerami.

Przycisk **Druk zamówienia** umożliwia wydruk zamówienia dla drukarni.

© 2026 Kamsoft S.A.

Zamówienie do drukarni

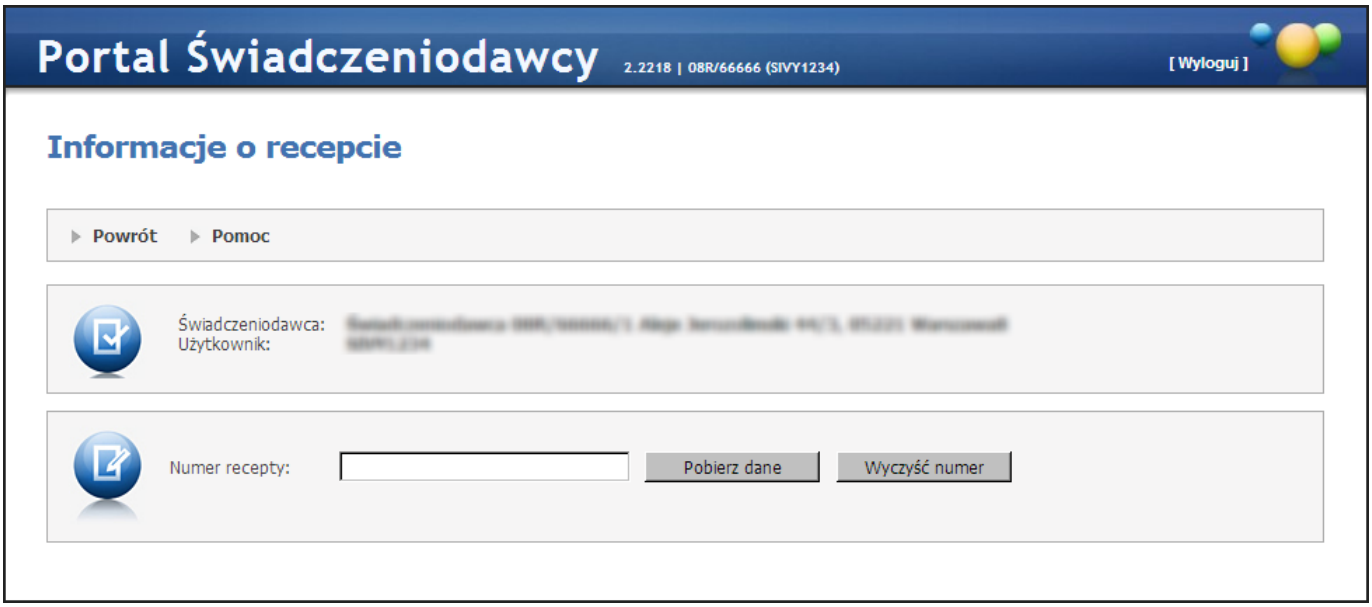
Dane personelu	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	2682919
Nazwa świadczeniodawcy	
Numer REGON świadczeniodawcy	

Lp.	Numer początkowy recepty	Numer końcowy recepty	Liczba recept
1.	0208010000000004270086	0208010000000004279982	100
2.	0208010000000004280085	0208010000000004289981	100
3.	0208010000000004290084	0208010000000004299980	100
4.	0208010000000004300080	0208010000000004309986	100
5.	0208010000000004310089	0208010000000004319985	100

Data zamówienia ..... Podpis .....

4.2.9.5 Informacje o recepcie

Funkcjonalność pozwala uzyskać na podstawie wprowadzonego numeru recepty, dane lekarza, dla którego dany numer recepty został wygenerowany w SI OW NFZ oraz informację czy numer ten jest zastrzeżony.



Dla podanego numeru recepty po kliknięciu przycisku **Pobierz dane** zostaną pobrane następujące informacje (według danych SI OW NFZ na moment wykonania zapytania):

© 2026 Kamsoft S.A.

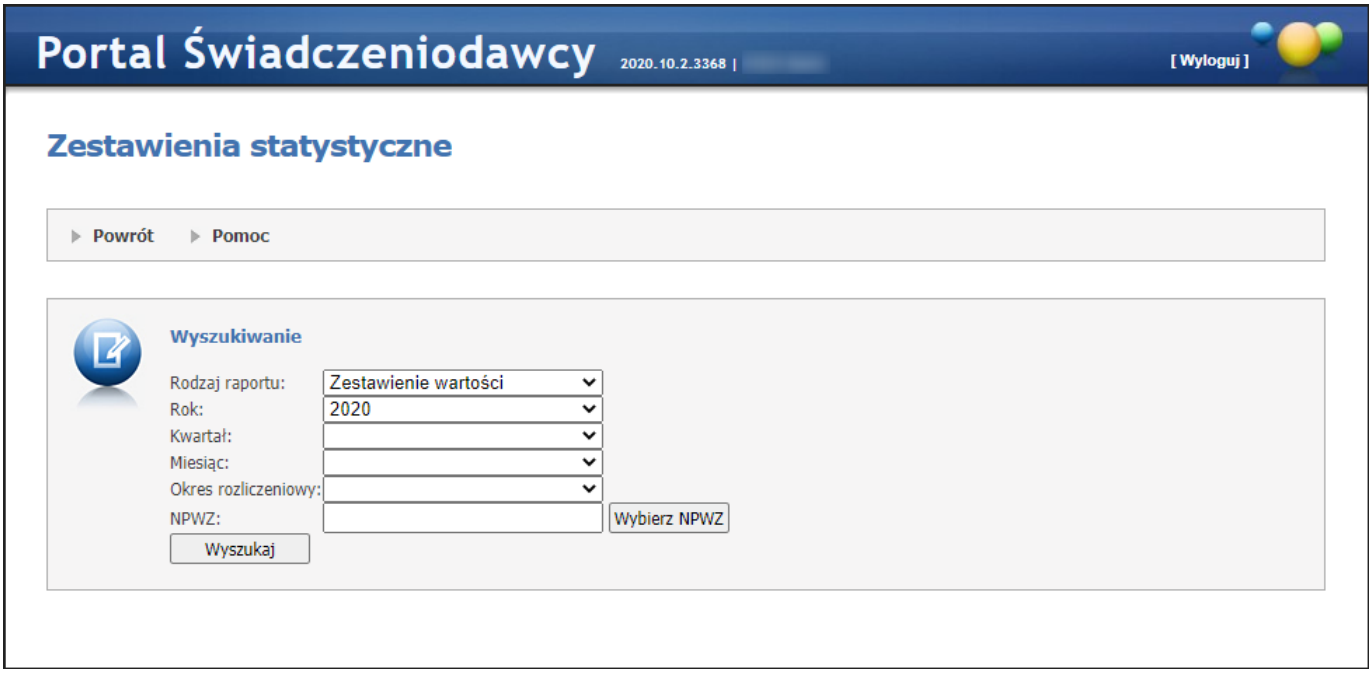
a) dane lekarza, dla którego recepta zostały wygenerowana, takie jak: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu
b) informacja, czy recepta jest zastrzeżona - jeli tak to pojawi się napis "Recepta zastrzeżona" .

Informacje te są możliwe do uzyskania wyłącznie dla podanych numerów recept, które zostały wygenerowane w SI określonego OW NFZ dla personelu wykazanego w umowach danego świadczeniodawcy. Jeśli dana recepta nie została przydzielona dla personelu danego świadczeniodawcy kliknięcie **Pobierz dane** spowoduje wyświetlenie się komunikatu: "Brak informacji o recepcie. Recepta nie została wygenerowana w ramach umów tego świadczeniodawcy."

Kliknięcie przycisku Wyczyść numer spowoduje wyczyszczenie pola *Numer recepty*.

4.2.9.6 Zestawienia statystyczne recept

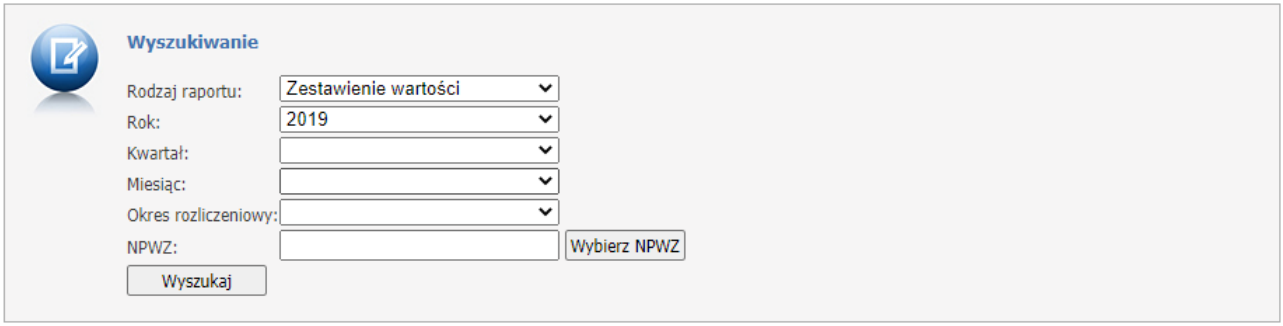
Zestawienia statystyczne przedstawiają dane refundacji wynikające z danych recept wystawionych w ramach świadczeniodawcy przez uprawnione do wystawiania recept osoby personelu tego świadczeniodawcy.



Na formatce w sekcji ***Wyszukiwanie*** znajdują się filtry, pozwalające na doprecyzowanie warunków wyszukiwania danych.
Filtr ***Rodzaj raportu*** odpowiada za wyświetlenie/wybór pozostałych filtrów oraz danych, które zostaną wyświetlone po wyszukaniu w tabeli poniżej.

Wyszukiwanie po rodzaju raportu: **Zestawienie wartości** - zestawienie dotyczy wszystkich osób personelu lub wybranej osoby personelu.

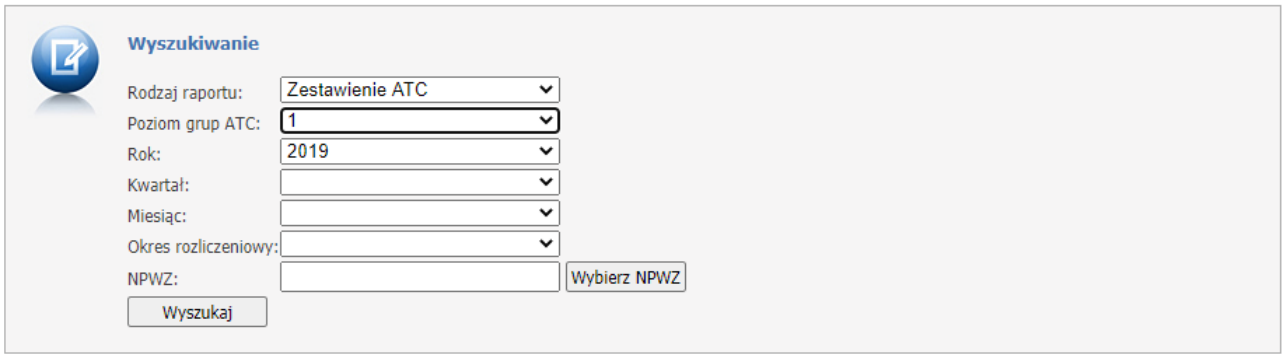
© 2026 Kamsoft S.A.



Rok	Kwartał	Miesiąc	Okres	Liczba leków	Refundacja dla NPWZ	Średnia refundacja	Refundacja łącznie
2019	4	październik	19	1	37,14	18,57	37,14

Możliwe dodatkowe filtry do wyboru:
- Rok - rok z okresu rozliczeniowego dla aptek;
- Kwartał - kwartał danego roku;
- Miesiąc - miesiąc z okresu rozliczeniowego dla aptek,
- Okres rozliczeniowy - okres rozliczeniowy dla aptek;
- NPWZ - numer prawa wykonywania zawodu osoby personelu wystawiającej receptę, opcja możliwa do wyboru również ze słownika.

Wyszukiwanie po rodzaju raportu: **Zestawienie ATC** - zestawienie przedstawia wartość refundacji w podziale na grupy ATC.
Podział według grup ATC nie uwzględnia niesklasyfikowanych pozycji.



Podział według grup ATC nie uwzględnia niesklasyfikowanych pozycji.

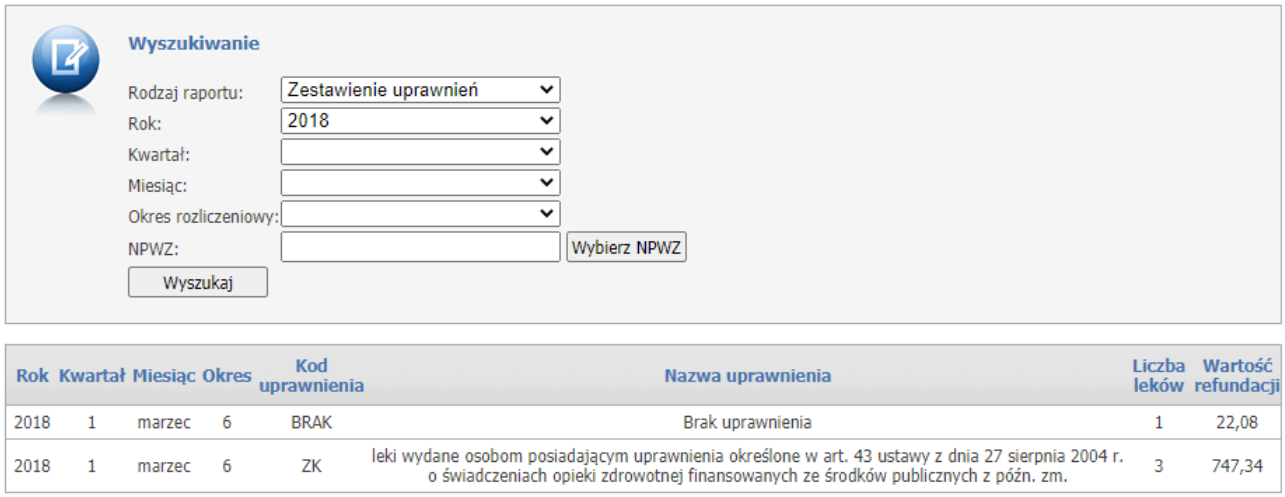
Rok	Kwartał	Miesiąc	Okres	Kod Grupy	Nazwa grupy	Liczba leków	Wartość refundacji
2019	1	luty	3	V	RÓŻNE	1	18,57

Możliwe dodatkowe filtry do wyboru:
- Poziom grup ATC - możliwy podział wartości kwot refundacji do poziomu 4-go;
- Rok - rok z okresu rozliczeniowego dla aptek;
- Kwartał - kwartał danego roku;
- Miesiąc - miesiąc z okresu rozliczeniowego dla aptek,
- Okres rozliczeniowy - okres rozliczeniowy dla aptek;

© 2026 Kamsoft S.A.

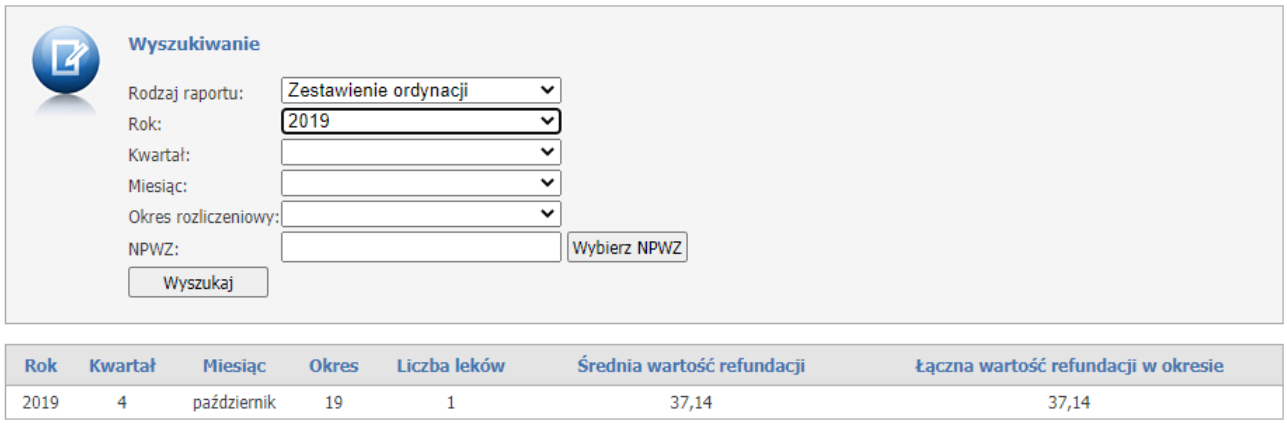
- NPWZ - numer prawa wykonywania zawodu osoby personelu wystawiającej receptę, opcja możliwa do wyboru również ze słownika.

Wyszukiwanie po rodzaju raportu: **Zestawienie uprawnień** - zestawienie przedstawia wartość refundacji w podziale na grupy uprawnień pacjentów.



Możliwe dodatkowe filtry do wyboru:
- Rok - rok z okresu rozliczeniowego dla aptek;
- Kwartał - kwartał danego roku;
- Miesiąc - miesiąc z okresu rozliczeniowego dla aptek,
- Okres rozliczeniowy - okres rozliczeniowy dla aptek;
- NPWZ - numer prawa wykonywania zawodu osoby personelu wystawiającej receptę, opcja możliwa do wyboru również ze słownika.

Wyszukiwanie po rodzaju raportu: **Zestawienie ordynacji** - zestawienie przedstawia dane w podziale na poszczególne osoby personelu świadczeniodawcy.

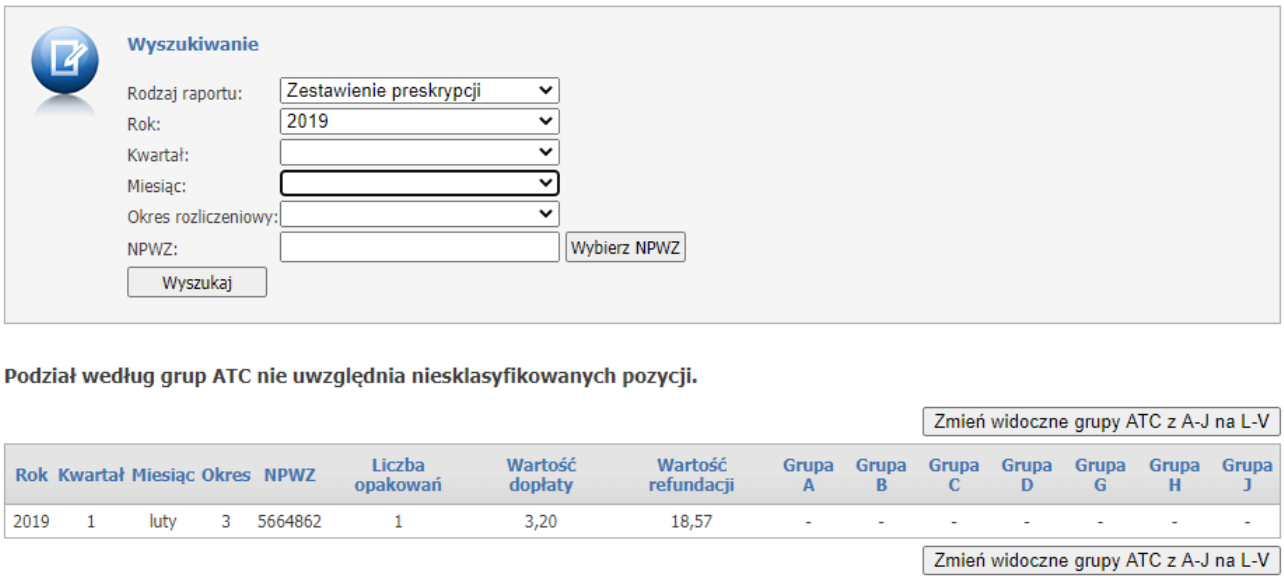


Możliwe dodatkowe filtry do wyboru:
- Rok - rok z okresu rozliczeniowego dla aptek;
- Kwartał - kwartał danego roku;
- Miesiąc - miesiąc z okresu rozliczeniowego dla aptek,

© 2026 Kamsoft S.A.

- Okres rozliczeniowy - okres rozliczeniowy dla aptek;
- NPWZ - numer prawa wykonywania zawodu osoby personelu wystawiającej receptę, opcja możliwa do wyboru również ze słownika.

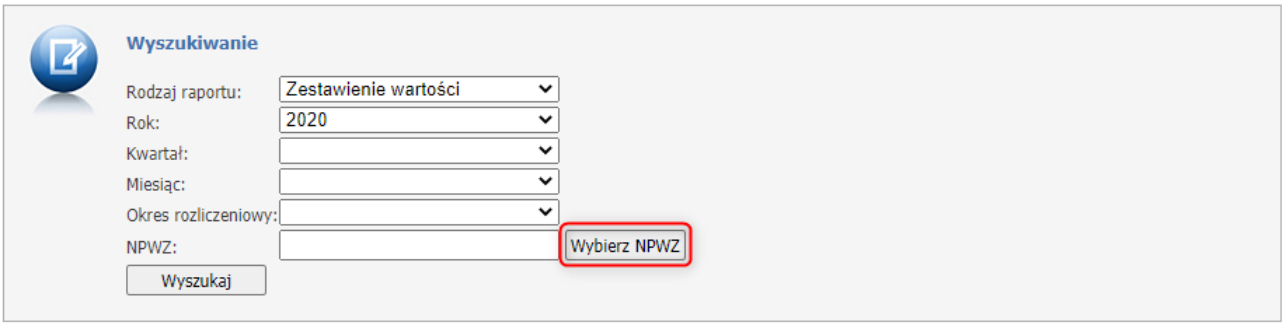
Wyszukiwanie po rodzaju raportu: **Zestawienie preskrypcji** - zestawienie przedstawia dane w podziale na poszczególne osoby personelu świadczeniodawcy.
Podział według grup ATC nie uwzględnia niesklasyfikowanych pozycji.



Możliwe dodatkowe filtry do wyboru:
- Rok - rok z okresu rozliczeniowego dla aptek;
- Kwartał - kwartał danego roku;
- Miesiąc - miesiąc z okresu rozliczeniowego dla aptek,
- Okres rozliczeniowy - okres rozliczeniowy dla aptek;
- NPWZ - numer prawa wykonywania zawodu osoby personelu wystawiającej receptę, opcja możliwa do wyboru również ze słownika.

Przycisk ***Zmień widoczne grupy ATC z A-J na L-V*** służy do zmiany widoku w tabeli.

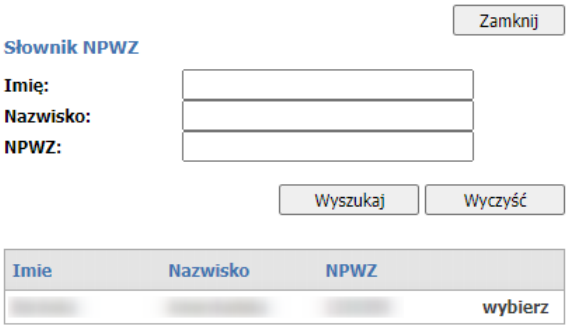
Do wybrania NPWZ osoby personelu ze słownika służy przycisk ***Wybierz NPWZ***.



Po kliknięciu w przycisk otworzy się słownik personelu z osobami personelu zatrudnionymi u świadczeniodawcy.

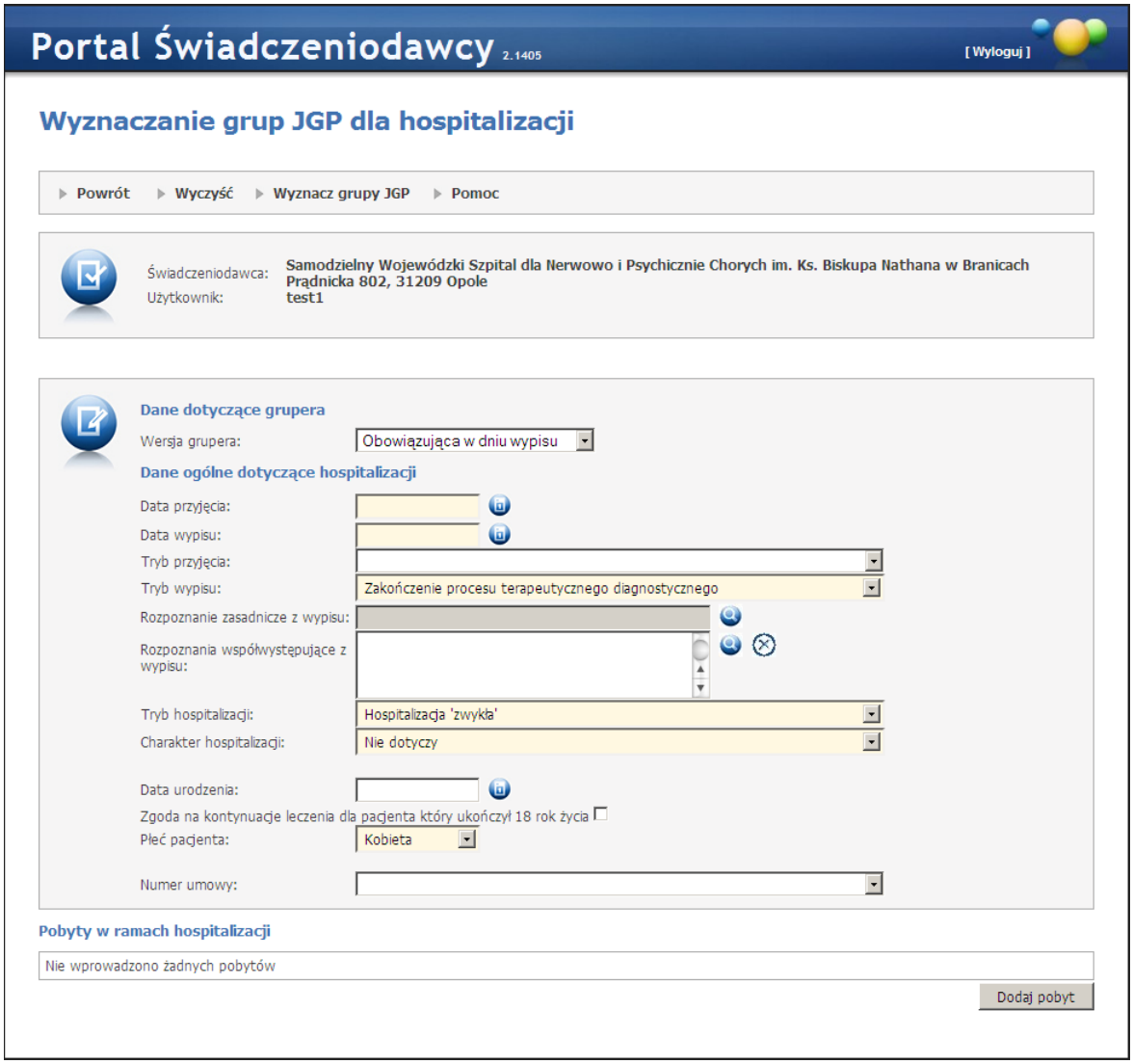
© 2026 Kamsoft S.A.

Możliwe jest wyszukanie osoby personelu po imieniu, nazwisku lub numerze NPWZ.



4.2.10 Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji

Odsyłacz **Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji** przenosi nas do okna prezentowanego poniżej:



<u>Na stronie Użytkownik wprowadza</u>

Dane dotyczące grupera

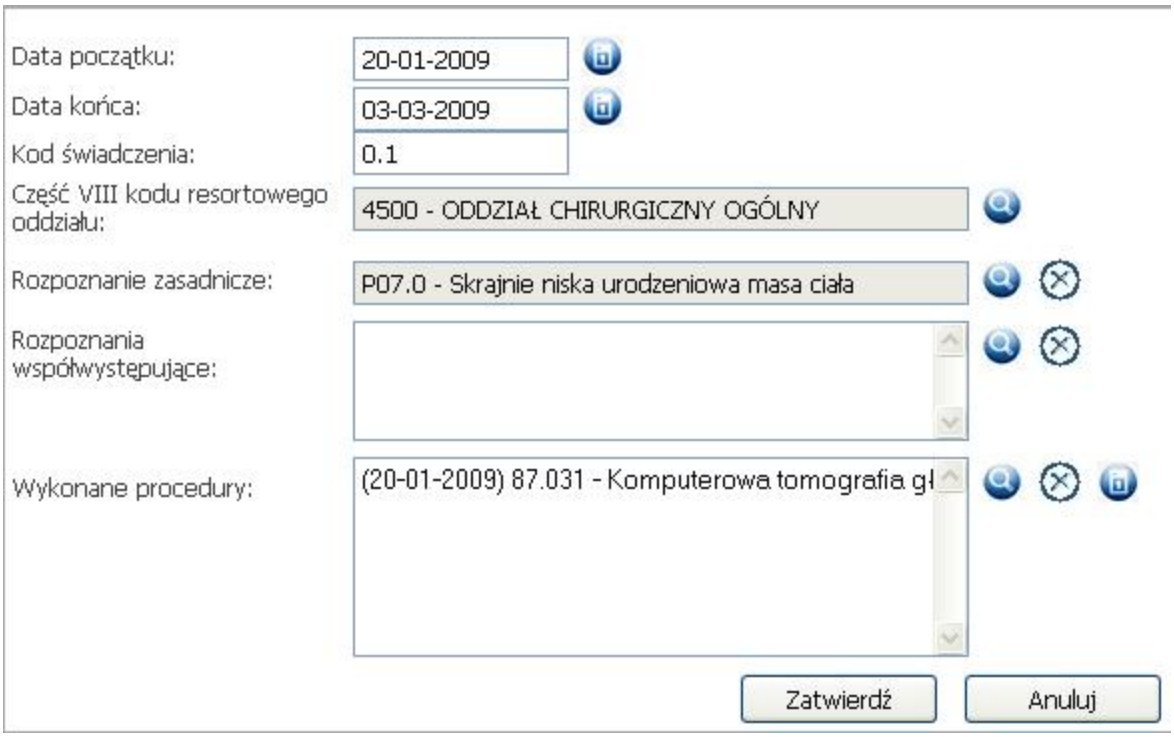
- *Wersja grupera* - lista wyboru pozwalająca na wybranie wersji jaka ma zostać użyta do wyznaczenia grup (domyślną wartością jest wersja grupera odpowiednia dla dnia wypisu), gruper powinien użyć wskazanej wersji do wyznaczenia grup.

Dane ogólne dotyczące hospitalizacji:

- Okres hospitalizacji w oparciu o *datę przyjęcia*, *datę wypisu* i *tryb wypisu*; data przyjęcia jest obowiązkowa i nie może być późniejsza niż data aktualna; data wypisu jest obowiązkowa, nie może być późniejsza niż data aktualna i wcześniejsza niż data przyjęcia.
- *Tryb przyjęcia* nie jest polem obowiązkowym, natomiast
- *Tryb wypisu* jest polem wymaganym zawsze tak jak i pole
- *Rozpoznanie zasadnicze z wypisu* - pole obowiązkowe
- *Rozpoznania współistniejące z wypisu*
- *Tryb hospitalizacji* (wartość wybierana z listy)
- *Charakter hospitalizacji* - pole obowiązkowe (wartość wybierana z listy)
- *Płeć pacjenta*, które należy koniecznie wypełnić.
- Wiek pacjenta w oparciu o *datę urodzin* bądź podany bezpośrednio (nie jest polem wymaganym)
- *Numer umowy szpitalnej* (nieobowiązkowy, wybierany z listy)
- *Lista pobytów* (musi być podany przynajmniej jeden)

Przycisk **Wyczyść** pozwala wyczyścić wszystkie pola na formularzu w celu łatwiejszego wprowadzenia danych o następnej hospitalizacji.

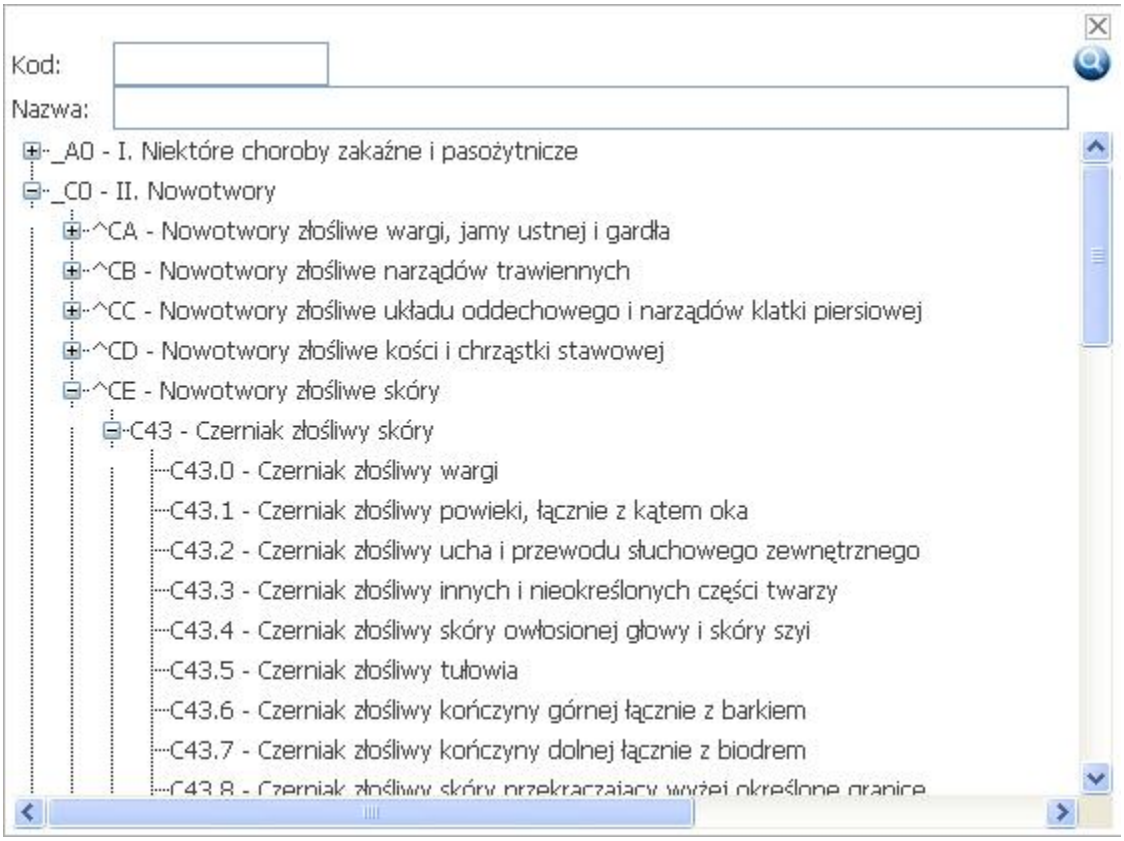
Dodanie nowego pobytu odbywa się za pomocą przycisku **Dodaj pobyt**, dodawany jest za pomocą okna dialogowego, na którym można wprowadzić:



- *Kod świadczenia* - wg rozporządzenia Ministra Zdrowia.
- *Część VIII kodu resortowego oddziału* (pole wymagane, wybierane ze słownika)
- *Rozpoznanie zasadnicze* (wybierane ze słownika)
- *Rozpoznania współwystępujące* (wybierane ze słownika, aby je podać musi być podane rozpoznanie zasadnicze, nie można podać więcej niż trzech rozpoznań współwystępujących w ramach pobytu)

© 2026 Kamsoft S.A.

- *Wykonane procedury* (wybierane ze słownika, można podać dowolną ilość) - podanie daty wykonania dla każdej wykonanej procedury jest wymagane.
  Dla ułatwienia procesu wyboru rozpoznania należy za pomocą ikony skorzystać ze słownika, gdzie można wyszukać wybraną pozycję wpisując Kod i/lub Nazwę.



  Aby przypisać datę wykonania należy zaznaczyć konkretną procedurę i skorzystać z ikony kalendarza .
  Data zostanie przypisana do procedury.

Po wprowadzeniu wszystkich danych Użytkownik może wyznaczyć listę grup JGP korzystając z przycisku **Wyznacz grupy JGP** w górnym menu strony. Wyświetlana jest lista wyznaczonych grup lub opis zwróconego błędu. Tabela wyników prezentuje wyznaczone grupy w postaci kolumn:

1. Grupa - która prezentuje zarówno kod jak i nazwę wyznaczonej grupy;
2. Kod produktu jednostkowego;
3. Taryfa;
4. Taryfa dodatkowa;
5. Numer pobytu.

© 2026 Kamsoft S.A.

Świadczeniodawca: **Dawca 1/5 poprawiona AAA AAA/ AAA, 11111 AAA**
Użytkownik: **marta**

Poniżej prezentowane są grupy wyznaczone z wykorzystaniem JGP w wersji 5.6.12

Grupa	Kod produktu jednostkowego	Taryfa	Taryfa dodatkowa	Numer pobytu
Kod: N21 **Nazwa:** Ciężka patologia noworodka > 30 dni	5.51.01.0013021	1000	216	1
Kod: N25 **Nazwa:** Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	5.51.01.0013025	55	102	1

Dane dotyczące grupera

Wersja grupera: 5.6.12

Dane ogólne dotyczące hospitalizacji

Data przyjęcia: 20.01.2009
Data wypisu: 03.03.2009
Tryb przyjęcia: Przyjęcie planowe
Tryb wypisu: Zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego
Tryb hospitalizacji: Hospitalizacja 'zwykła'
Charakter hospitalizacji: Nie dotyczy

Data urodzenia: 20.01.2009
Zgoda na kontynuacje leczenia dla pacjenta który ukończył 18 rok życia ☐
Płeć pacjenta: Kobieta

Numer umowy:

Pobyty w ramach hospitalizacji

Numer pobytu	Data początku	Data końca	Część VIII kodu resortowego oddziału	Kod świadczenia	Ropoznanie zasadnicze	Rozpoznania współwystępujące	Wykonane procedury
1	20-01-2009	03-03-2009	4500 - ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	0.1	P07.0 - Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała		○ (20-01-2009) 87.031 - Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi bez kontrastu **Edytuj** **Usuń**

Dodaj pobyt

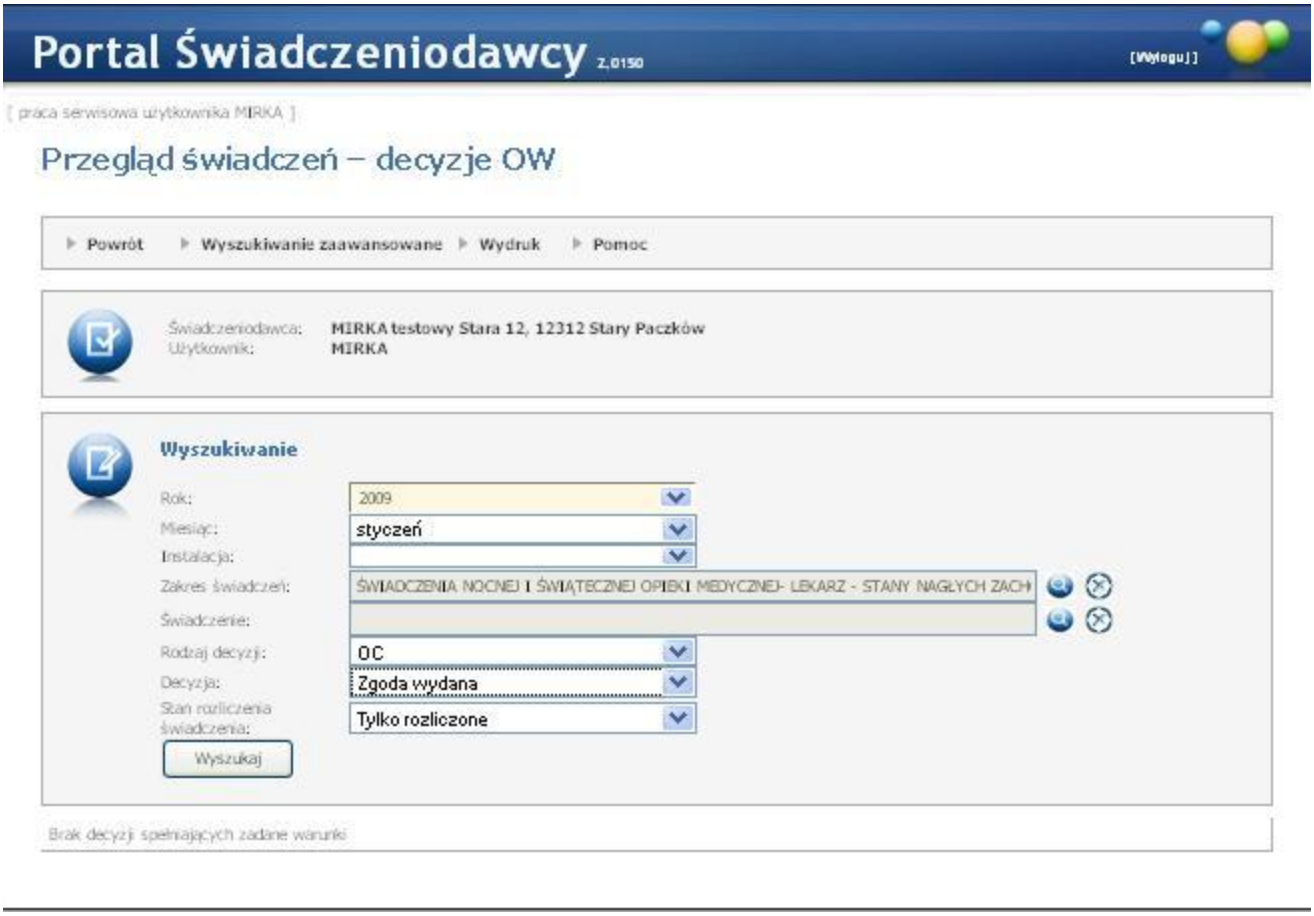
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.11 Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP

Dostęp do funkcjonalności z sekcji ***Umowy na realizację świadczeń/Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP***. Funkcjonalność ta pozwala na wysłanie komunikatu z danymi do wyznaczania JGP. Użytkownik wybiera plik z komunikatem i wybiera przycisk **Wyślij**. Prezentowana jest również lista wysłanych plików, wraz z możliwością pobrania wygenerowanych już komunikatów zwrotnych.

4.2.12 Przegląd świadczeń - decyzje OW

Funkcjonalność umożliwia przegląd decyzji wydanych przez OW.



Wyszukiwanie ułatwiają dostępne filtry:

- Rok (filtr obowiązkowy)
- Miesiąc
- Instalacja
- Zakres świadczeń (wybór ze słownika, zawartość słownika zależy od wybranego roku)
- Świadczenie (wybór ze słownika, zawartość słownika zależna od wybranego roku, lub roku wraz miesiącem i zakresem świadczeń)
- Rodzaj decyzji (filtr obowiązkowy)
- Decyzja ("*Puste pole*" - wszystkie świadczenia dla wybranego rodzaju decyzji, "*Zgoda wydana*", "*Brak zgody*", "*Brak decyzji*")
- Stan rozliczenia świadczenia - tylko w przypadku wyboru opcji "*Pole puste*" lub "*Zgoda wydana*" w filtrze "Decyzja" ("*Niewskazane i nierozliczone*", "*Wskazane do rozliczenia lub rozliczone*", "*Tylko wskazane do rozliczenia*", "*Tylko rozliczone*")

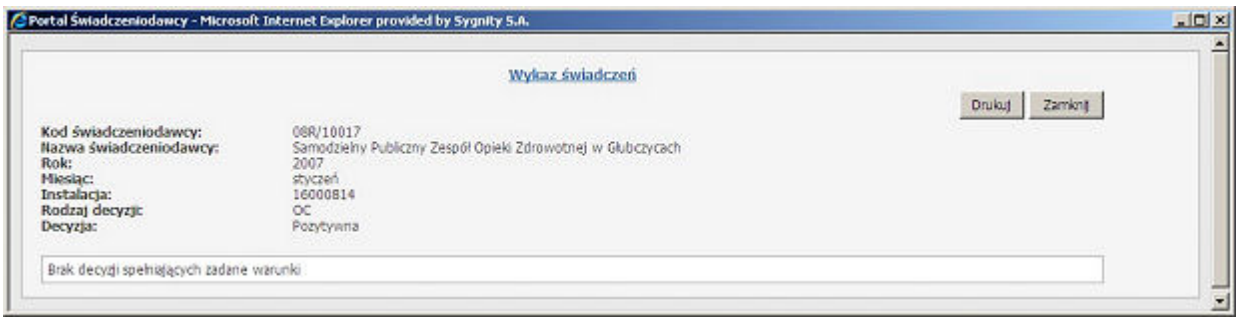
Przejście do wyszukiwania rozszerzonego następuje po wyborze pozycji z menu ***Wyszukiwanie zaawansowane***. Wyniki wyszukiwania są wyświetlane w tabeli poniżej. Filtry do wyszukiwania zaawansowanego to:

- PESEL pacjenta
- Data wykonania świadczenia od - do
- Nr pisma
- Identyfikator rozliczenia SINFZ
- Identyfikator świadczenia

© 2026 Kamsoft S.A.

- Identyfikator świadczenia (pobytu/porady)
- Identyfikator pozycji rozliczeniowej

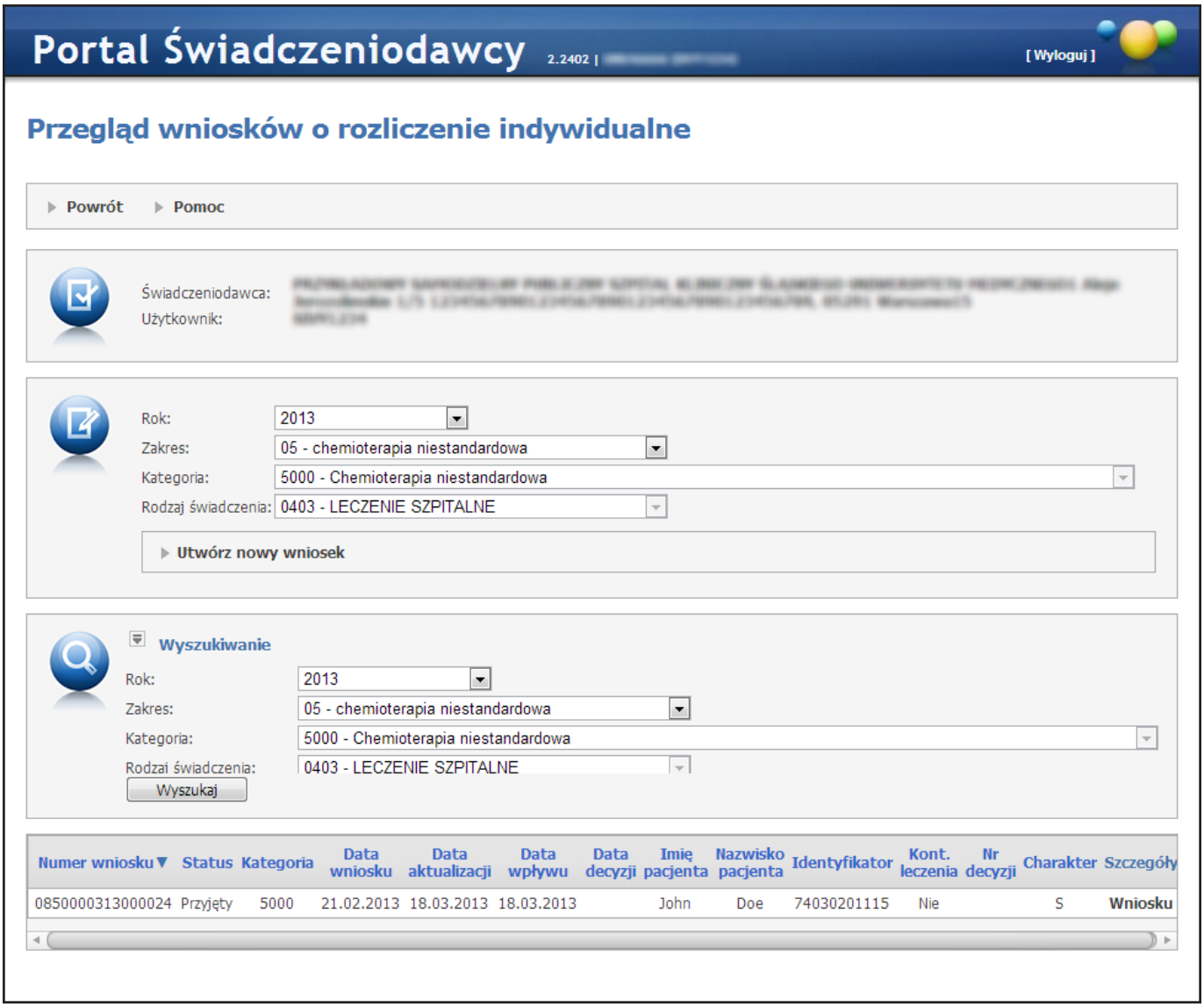
W ramach funkcjonalności został dodany przycisk **Wydruk**, który powoduje wyświetlenie formatki wydruku decyzji dla aktualnie wprowadzonych warunków wyszukiwania. Zakres danych na wydruku jest identyczny z zakresem danych dostępnych na przeglądzie. Wartości wprowadzonych warunków wyszukiwania również są umieszczane na wydruku.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.13 Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne

Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie okna które pozwala na przegląd wprowadzonych wniosków na chemioterapię niestandardową lub rozliczenie indywidualne oraz wprowadzanie nowych wniosków.

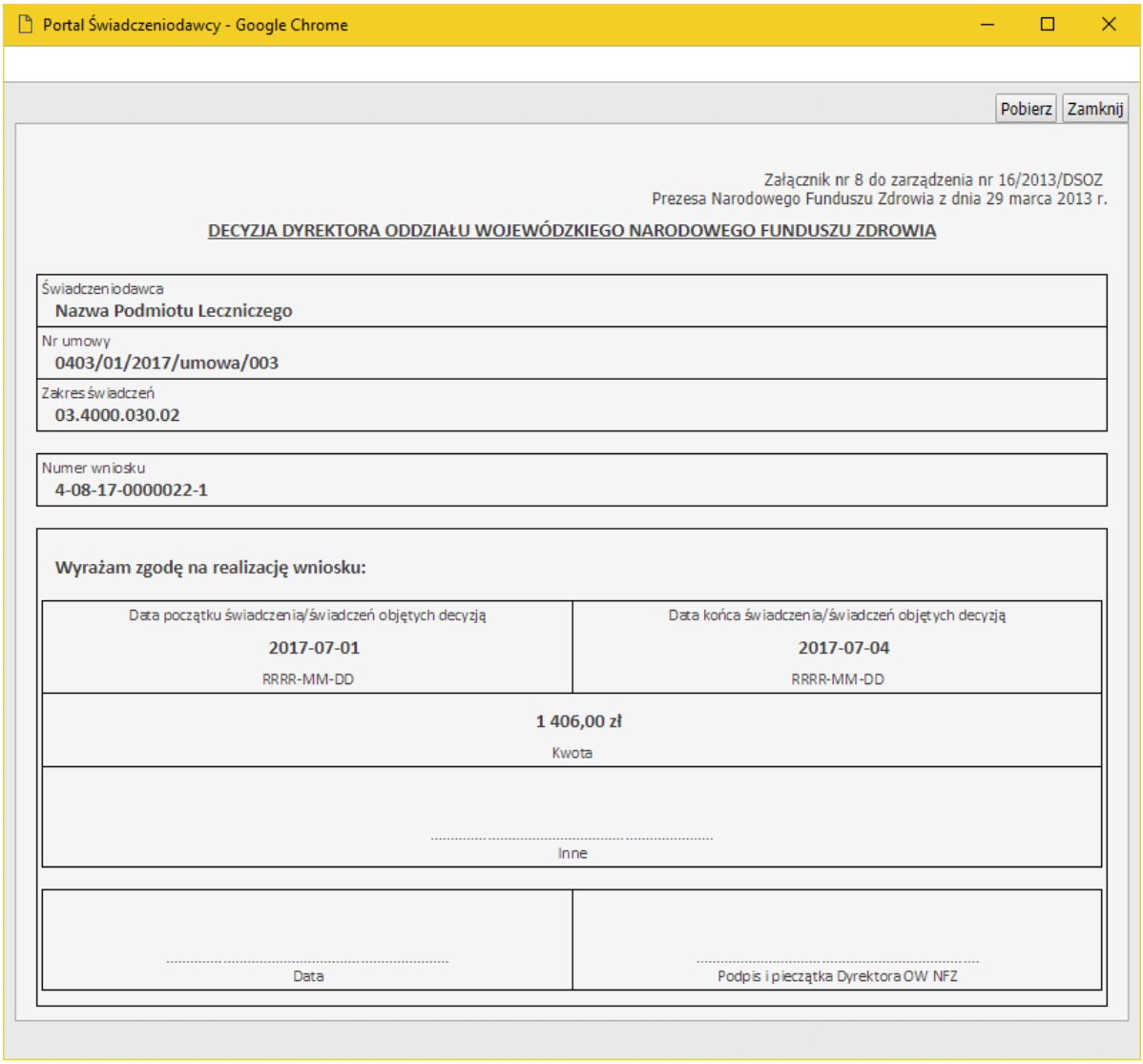


Przycisk **Utwórz nowy wniosek** pozwala na utworzenie nowego wniosku odpowiedniego dla zakresu określonego w polu *Zakres*. W przypadku wyboru zakresu *'06 - określone świadczenia'* przed kliknięciem przycisku **Utwórz nowy wniosek** należy wybrać kategorię wniosku oraz rodzaj świadczenia.
Przycisk **Wyszukaj** Wyszukuje wnioski wg założonych kryteriów.
Przycisk **Powrót** powoduje przejście do strony poprzedniej.
W tabelce z listą wniosków, w kolumnie *Szczegóły* znajdują się linki:

- ***Wniosku*** - kliknięcie powoduje wyświetlenie formularza wniosku. W przypadku gdy wniosek ma status *Do uzupełnienia* dodatkowo możliwa jest edycja tego wniosku. Edycja możliwa jest po kliknięciu przycisku **Uzupełnienie wniosku**.

© 2026 Kamsoft S.A.

- ***Korekty*** - link jest widoczny tylko gdy do wniosku o chemioterapię niestandardową (wniosek typu 05) wprowadzone zostały korekty. Kliknięcie powoduje przejście do przeglądu korekt. Formatka zawiera informacje dla świadczeniodawcy odnośnie statusu wystawionych wniosków o korektę dat ważności decyzji pozytywnej. W tabeli z korektami wniosków znajduje się pole *Kwota*. Przedstawia ono kwotę decyzji (nową - jeśli wniosek obejmuje zmianę kwoty; poprzednią jeśli wniosek obejmuje jedynie zmianę dat obowiązywania decyzji). W polach *Wnioskowana data od* , *Wnioskowana data do* oraz *Kwota* wprowadzono następującą zmianę:
  - - jeśli wniosek wprowadza zmianę danego pola to tekst jest wyświetlany pogrubioną czcionką
  - - jeśli dane pole się nie zmieniło wyświetlanie normalne
- ***Decyzja*** - kliknięcie powoduje wyświetlenie formularza z decyzją dyrektora OW. Przycisk **Pobierz** znajdujący się w oknie z decyzją pozwala na zapisanie decyzji we wskazanej przez użytkownika lokalizacji.



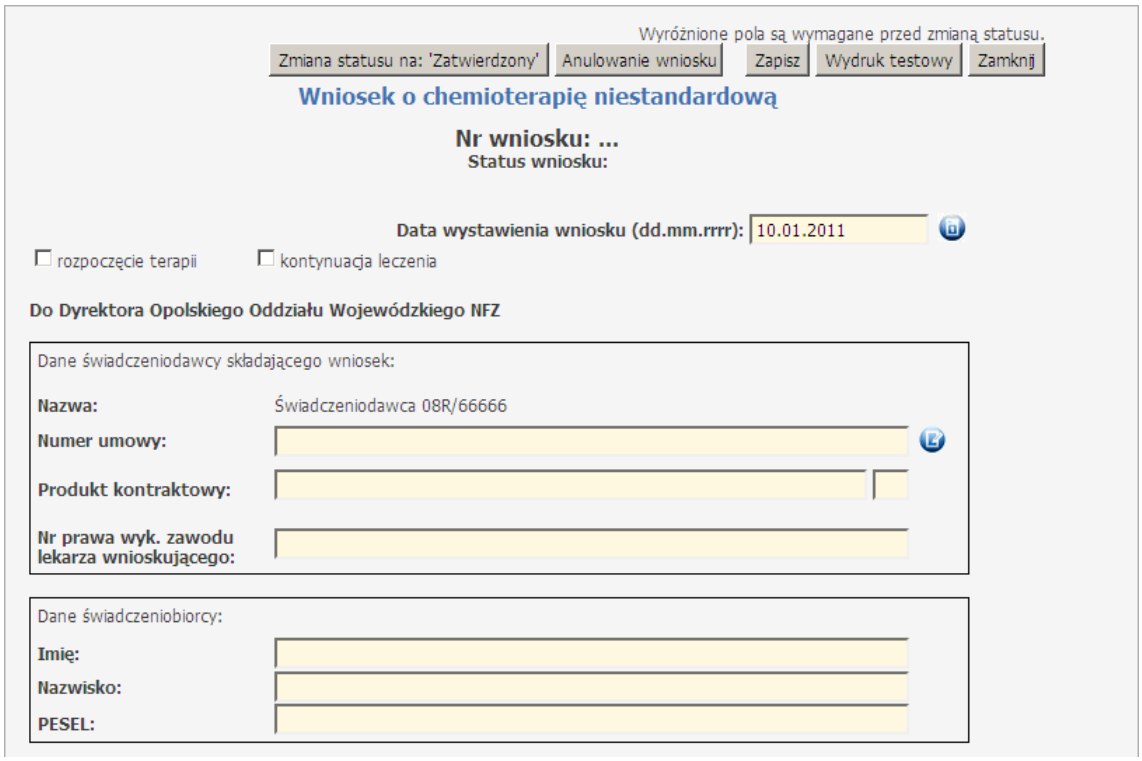
Dla wniosku kategorii 5000 - jeśli data wystawienia wniosku jest po 01.01.2015 to nie ma możliwości utworzenia wniosku o nowe leczenie - pole wyboru jest nieaktywne. Możliwa jest tylko kontynuacja.
Przy zapisie/zatwierdzaniu wniosku o kontynuację jest sprawdzane czy istnieje wcześniejszy wniosek o rozpoczęcie leczenia. Jeśli nie istnieje po pojawia się komunikat: "Dla składanego wniosku na kontynuację leczenia brak w systemie wniosku pierwotnego dla podanego numeru PESEL i rozpoznania, dla którego została wydana zgoda."

© 2026 Kamsoft S.A.

Obecnie nie ma możliwości utworzenia nowego wniosku o rozliczenie świadczeń udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia na oddziale psychogeriatrycznym (6109). Możliwy jest tylko przegląd wniosków archiwalnych tego typu.

Dla wniosków z zakresu **7 - świadczenia wysokospecjalistyczne** szablon wydruku wniosku będzie zależny od daty wprowadzenia wniosku:
- przed datą 01.04.2020 wnioski będą drukowane wg obowiązującego do tej pory szablonu, odpowiedniego dla każdej z kategorii wniosku,
- od daty 01.04.2020 wnioski będą drukowane wg nowego wzoru.

4.2.13.1 Chemioterapia niestandardowa



W nowym wniosku zostanie wpisany data oraz zakres taki jak wybrany w oknie przeglądu wniosków. Wszystkie żółte pola należy uzupełnić. W pierwszej części wniosku, gdy jest wybrana *kontynuacja leczenia* są widoczne dodatkowo sekcje ***Ocena efektu leczenia wg RECIST*** i ***Ocena tolerancji leczenia***. Dodając wniosek na bieżący rok można korzystać z niektórych umów z poprzedniego roku, jeżeli zakończyły się one nie później niż 3 miesiące temu. Dodanie wniosku na lata poprzednie jest niemożliwe.
Przy wprowadzaniu danych świadczeniodawcy składającego wniosek pole *Nr prawa wyk. zawodu lekarza wnioskującego* aplikacja sprawdza czy istnieje w bazie lekarz o podanym numerze. Gdy numer nie istnieje, ale ma prawidłowy format, użytkownik ma możliwość warunkowego zapisania wniosku.
W górnej części wniosku znajduje się pole *Uzasadnienie decyzji OW*. Jest w nim wyświetlany status wniosku i uzasadnienie wpisane przez OW, jednakże tylko dla statusów, w których OW faktycznie podjął decyzję: 'Przyjęty', 'Do uzupełnienia', Decyzja pozytywna' lub 'Decyzja negatywna'. W ramach wniosku można dodać kilka definicji cykli. W ramach definicji cyklu określa się liczbę leków i terminy cykli. Przy wprowadzaniu długości cyklu jest sprawdzana jego poprawność. Gdy liczba cykli nie przekracza 3, to długość cyklu może wynosić maksymalnie 90

© 2026 Kamsoft S.A.

dni. Natomiast w przypadku większej liczby cykli, suma dni we wszystkich cyklach nie może przekroczyć 90 dni. Istnieje możliwość zdefiniowania do 14 cykli.
Można zapisać niekompletny wniosek, natomiast przed zmianą statusu wszystkie pola we wniosku są wymagane.
Przed zmianą statusu na 'Zatwierdzony' trzeba wypełnić całą część A wniosku, a w części B (konsultacja) należy wybrać konsultanta. Przed przejściem do statusu 'Potwierdzony' konieczne jest wypełnienie pola *Uzasadnienie opinii* oraz *Opcja terapeutyczna przy niezastosowaniu wnioskowanej terapii*.
Przycisk **Zapisz** wykonuje walidację i aktualizację wniosku w bazie.
Przycisk **Anulowanie wniosku** nadaje status 'Anulowany'.
Użycie przycisku **Drukuj** powoduje wydruk wniosku, na którym są widoczne dodatkowo pola z pieczątkami i miejscem na podpis(y) pod częścią A i B wniosku.
Przycisk **Rezygnacja** dostępny jest z poziomu podglądu wniosku/decyzji. Pozwala on na rezygnację z decyzji w sytuacji, gdy do wniosku została wydana decyzja pozytywna ale nie zostały wykorzystane jeszcze żadne świadczenia. Rezygnując z decyzji pozytywnej, konieczne jest podanie powodu rezygnacji - pojawia się pole tekstowe gdzie można wprowadzić powód. Po wykonaniu rezygnacji status wniosku zmienia się na 'Rezygnacja', a status akceptacyjny wniosku na 'Decyzja negatywna'. Na wniosku, do którego zrobiono rezygnację nie można już nic modyfikować.
Przycisk **Zamknij** zamyka okno i następuje powrót do okna przeglądu wniosków.

4.2.13.2 Rozliczenia indywidualne

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 65/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (z późn. zm.) w określonych przypadkach Świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia do właściwego ze względu na umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dyrektora OW NFZ z wnioskiem o sfinansowanie zrealizowanego świadczenia na podstawie rozliczenia indywidualnego.

W takim przypadku Świadczeniodawca powinien przekazać do Dyrektora oddziału Funduszu wniosek, którego szablon został określony w niniejszym zarządzeniu.

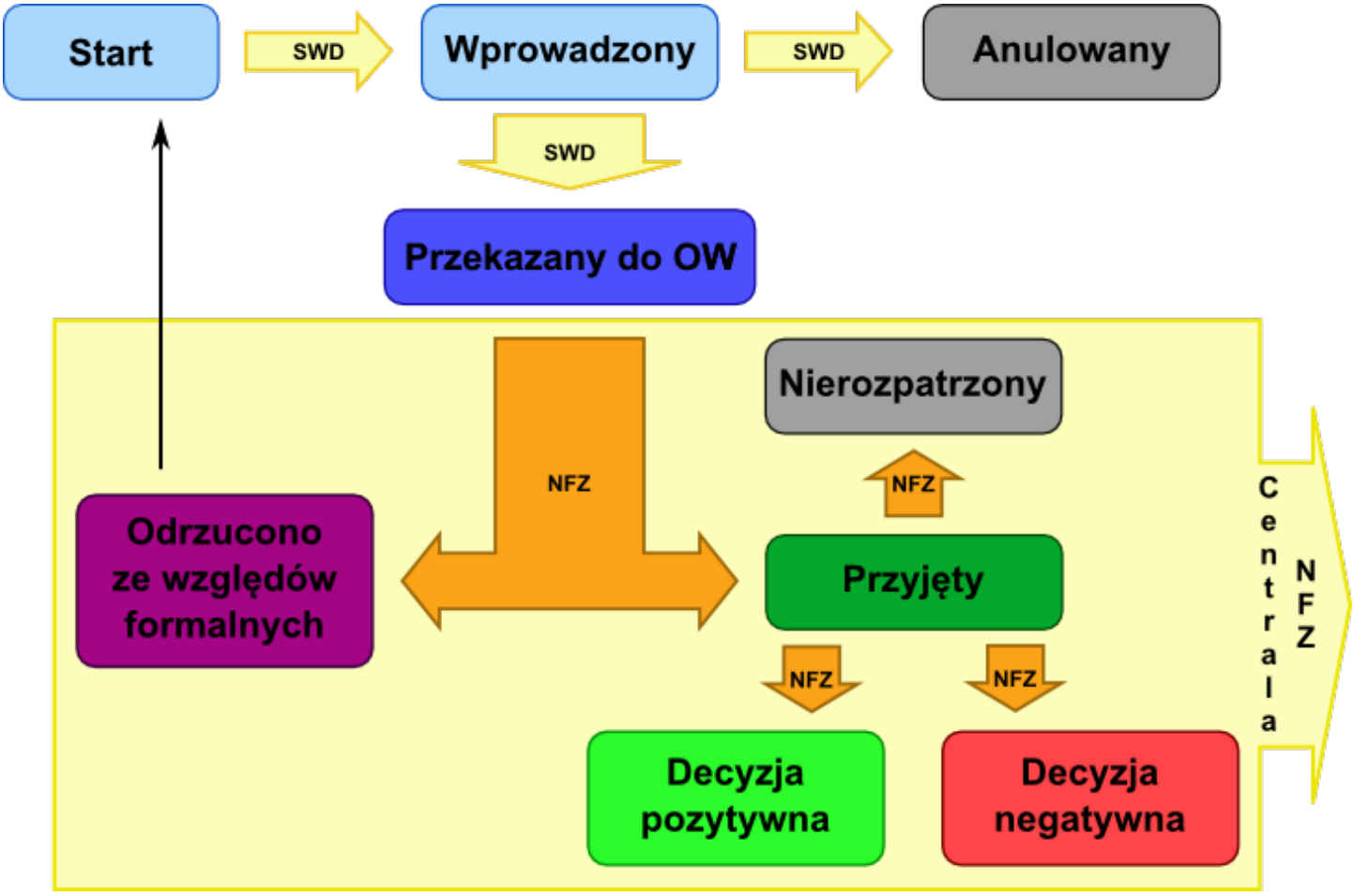
Wniosek ten powinien być wprowadzony przez Świadczeniodawcę do systemu informatycznego NFZ poprzez udostępnioną stronę WWW na Portalu Świadczeniodawcy. Następnie Świadczeniodawca powinien go elektronicznie przekazać do OW, oraz wydrukować i podpisać. W takiej formie (papierowej) powinien go dostarczyć do oddziału Funduszu (wraz z kosztorysem – jeżeli jest to wymagane).

Ogólny obiegu elektronicznego wniosku

Z poziomu Portalu Świadczeniodawcy wnioskujący posiada możliwość ustawienia następujące statusów wniosków (patrz rys. poniżej):

- **Wprowadzony** – dostępna jest edycja wniosku, nie jest sprawdzana jego poprawność, wniosek nie może być drukowany
- **Przekazany do OW** – przed przejściem do tego statusu ma miejsce walidacja jego zawartości pod względem formalnym (wypełnienie wszystkich wymaganych pól), po zatwierdzeniu brak jest możliwości jego edycji, wniosek posiada numer oraz kod kreskowy, może zostać wydrukowany
- **Anulowany** – przejście do tego statusu możliwe jedynie ze statusu „Wprowadzony" oraz „Odrzucono ze wzgl. formalnych" (status nadawany przez pracownika OW NFZ np. w przypadku niezgodności wersji papierowej i elektronicznej wniosku)

© 2026 Kamsoft S.A.



Po rozpatrzeniu wniosku przez Dyrektora OW NFZ wniosek może przyjąć następujące statusy:

- **Odrzucono ze wzgl. formalnych** – wniosek posiada błędy formalne, np. brak pieczątki / niezgodność pomiędzy wersją papierową i elektroniczną itd.) – status „Do uzupełnienia" nie pozwala świadczeniodawcy na zmianę treści wniosku, a jedynie do jego anulowania/złożenia nowego na podstawie starego.
- **Decyzja pozytytwna** – decyzja pozytywna Dyrektora OW NFZ
- **Decyzja negatywna** – decyzja negatywna Dyrektora OW NFZ
- **Nierozpatrzony** – status wniosku ustawiany w OW NFZ na podstawie informacji ze strony Świadczeniodawcy, oznaczający brak decyzji (np. śmierć pacjenta)

4.2.13.2.1 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci (6100)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

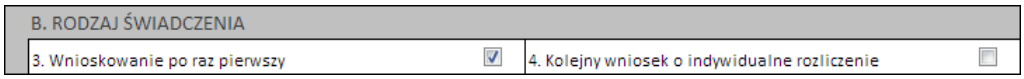
Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci

Część B

© 2026 Kamsoft S.A.

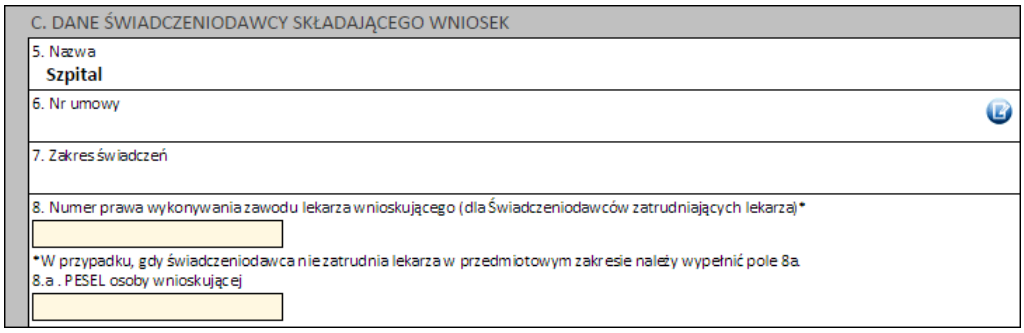
Należy wybrać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:



Część C

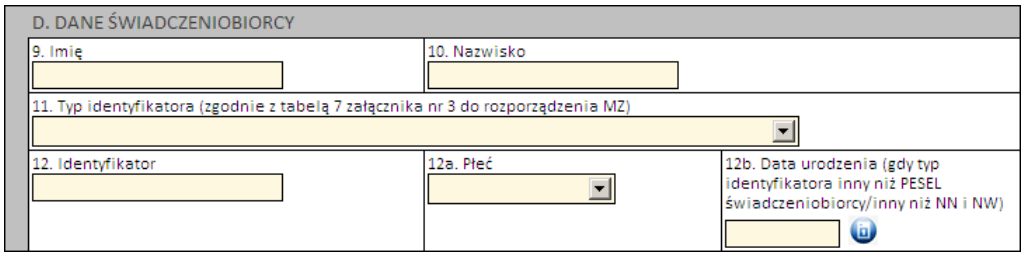
Należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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



Część D

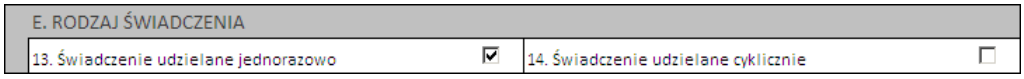
Należy wprowadzić dane pacjenta:



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.

Część E

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).



© 2026 Kamsoft S.A.

Część F

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

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

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
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	26. Kod procedury medycznej
27. Kod procedury medycznej	28. Kod procedury medycznej
F.3. DANE 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).

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie. Ważne – dla świadczeń psychiatrycznych konieczne jest podanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki.

© 2026 Kamsoft S.A.

G. UZASADNIENIE

G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI

30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Inne

Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 30-32. opcji „inne")

33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki

G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY INNEJ PŁCI, NIŻ WSKAZUJE NA TO PROFIL KOMÓRKI UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIE

34. Opis

NIE DOTYCZY

Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

35. Data od (RRRR-MM-DD)	36. Data do (RRRR-MM-DD)

I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU

37. Data (RRRR-MM-DD)	38. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego
2011-01-10	.....
39. Data (RRRR-MM-DD)	40. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
	.....

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

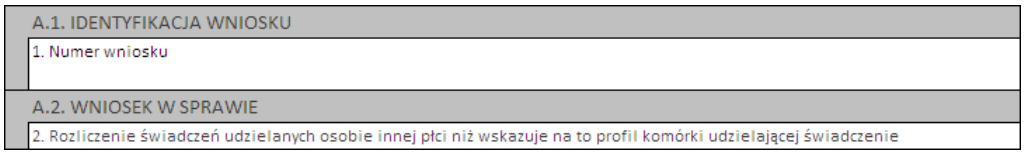
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.13.2.2 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie (6101)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

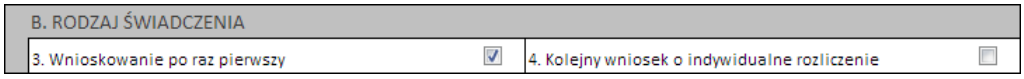
Część A

Wypełnia się automatycznie.



Część B

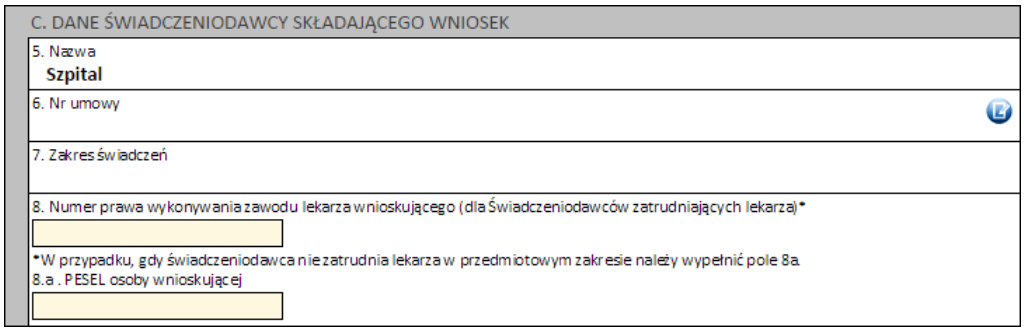
Należy wybrać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:



Część C

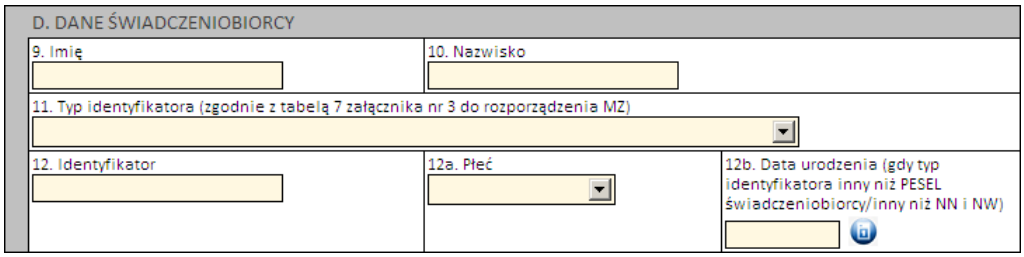
Należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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



Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:



© 2026 Kamsoft S.A.

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.

Część E

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 ☐

Część F

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

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

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
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	26. Kod procedury medycznej
27. Kod procedury medycznej	28. Kod procedury medycznej
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
29. Kod JGP	
29a. Kod świadczenia	

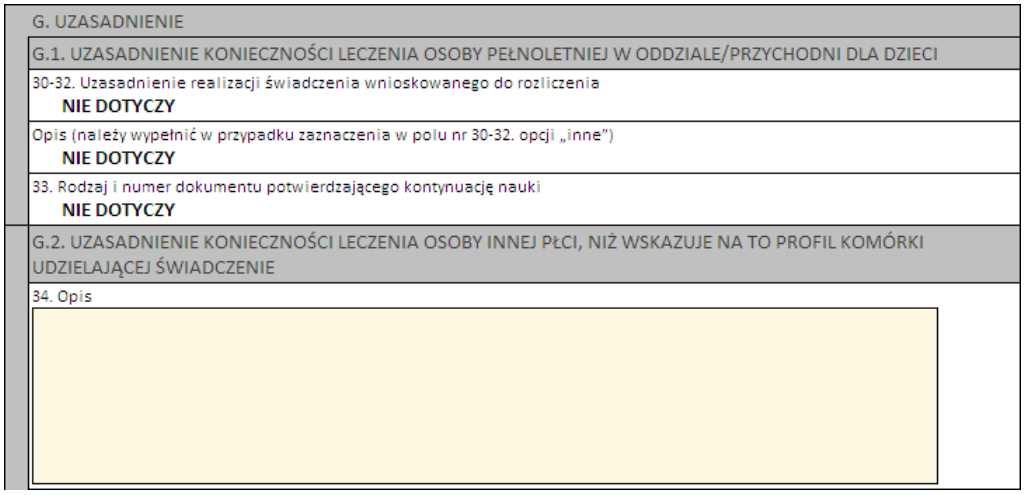
Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

© 2026 Kamsoft S.A.

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).

Część G

W tym miejscu dostępne jest miejsce na wpisanie opisu uzasadnienia konieczności leczenie osoby innej płci, niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenia.


G. UZASADNIENIE

G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI

30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia
NIE DOTYCZY

Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 30-32. opcji „inne")
NIE DOTYCZY

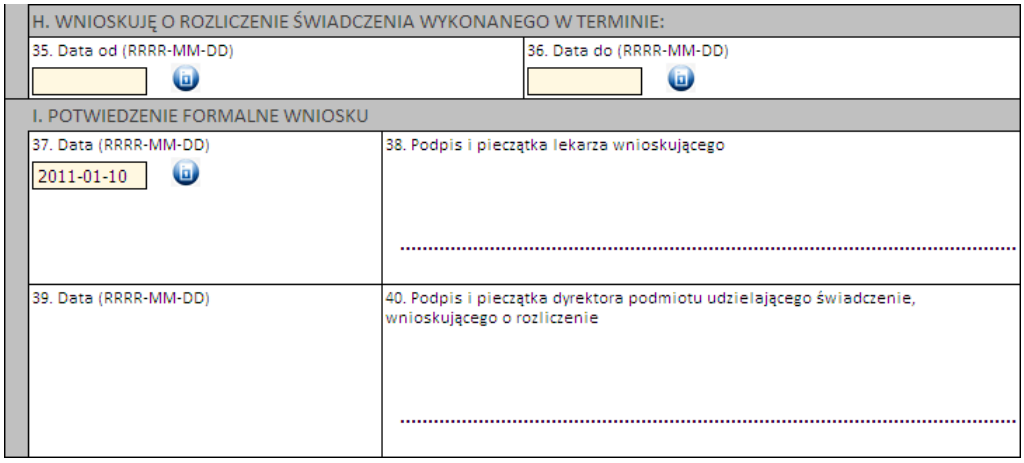
33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki
NIE DOTYCZY

G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY INNEJ PŁCI, NIŻ WSKAZUJE NA TO PROFIL KOMÓRKI UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIE

34. Opis

Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.


H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

35. Data od (RRRR-MM-DD)

36. Data do (RRRR-MM-DD)

I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU

37. Data (RRRR-MM-DD)
2011-01-10

38. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego

39. Data (RRRR-MM-DD)

40. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

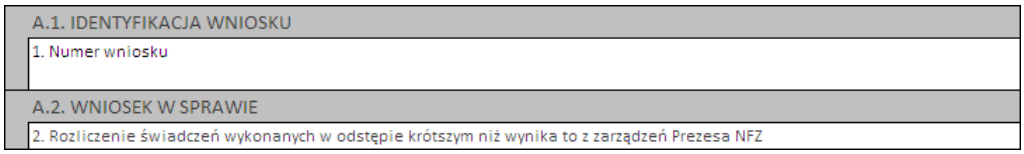
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.13.2.3 Wniosek o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ (6102)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

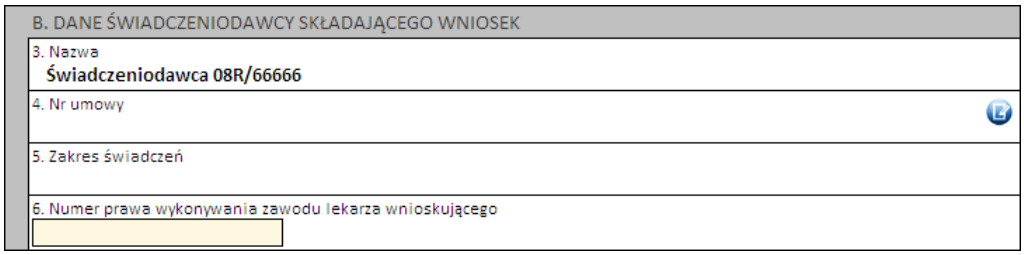
Wypełnia się automatycznie.



Część B

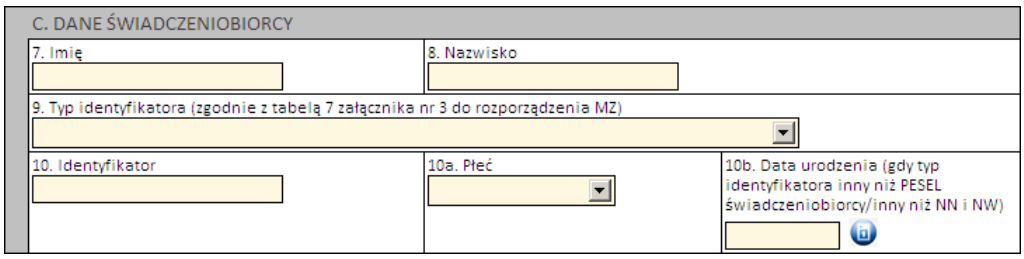
Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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



Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:



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.

Część D

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 określonych we wniosku zestawów świadczeń (np. dwóch hospitalizacji następujących po sobie w odstępie krótszym, niż wynika to z Zarządzeń Prezesa NFZ).

© 2026 Kamsoft S.A.

D. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
11. Świadczenie udzielane jednorazowo ☑	12. Świadczenie udzielane cyklicznie ☐

Część E

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek o rozliczenie indywidualne – odpowiada to świadczeniu drugiemu w kolejności, które rozpoczęło się w okresie krótszym, niż wynika to z Zarządzenia Prezesa NFZ,

E. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
E.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
13. Kod rozpoznania zasadniczego	
14. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
15. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
16. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
E.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
17. Kod procedury medycznej	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	26. Kod procedury medycznej
E.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
27. Kod JGP	
27a. 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).

Wartości podawane w sekcjach E.3 i F.3 muszą być takie same z dokładnością do typu (grupa/świadczenie) i podanego kodu

Część F

Zawiera dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) – wypełnia się ją identycznie, jak w przypadku sekcji E.

© 2026 Kamsoft S.A.

F. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA (POPRZEDNIE ŚWIADCZENIE)

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

28. Kod rozpoznania zasadniczego

29. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

30. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

31. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego

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

32. Kod procedury medycznej	33. Kod procedury medycznej
34. Kod procedury medycznej	35. Kod procedury medycznej
36. Kod procedury medycznej	37. Kod procedury medycznej
38. Kod procedury medycznej	39. Kod procedury medycznej
40. Kod procedury medycznej	41. Kod procedury medycznej

F.3. DANE ROZLICZONEJ JGP/ŚWIADCZENIA

42. Kod JGP

42a. Kod świadczenia

Wartości podawane w sekcjach E.3 i F.3 muszą być takie same z dokładnością do typu (grupa/świadczenie) i podanego kodu

Część G

Należy uzasadnić wniosek.

G. UZASADNIENIE

43. Opis

Części H, I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do

- świadczenia poprzedniego
- świadczenia kolejnego(-nych) udzielonego(-nych) w odstępie krótszym, niż wynika to z Zarządzeń Prezesa NFZ (odpowiada okresowi ważności decyzji)
- datę wystawienia wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

H. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:	
44. Data od (RRRR-MM-DD)	45. Data do (RRRR-MM-DD)
I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
46. Data od (RRRR-MM-DD)	47. Data do (RRRR-MM-DD)
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
48. Data (RRRR-MM-DD) 2011-01-10	49. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego
50. Data (RRRR-MM-DD)	51. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4.2.13.2.4 Wniosek o rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ (6103)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.
Ważne – aktualnie wniosek z tej kategorii można złożyć jedynie dla świadczeń z rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ

Część B

Należy wybierać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy ☑	4. Kolejny wniosek o indywidualne rozliczenie ☐

Część C

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

© 2026 Kamsoft S.A.

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa
Świadczeniodawca 08R/66666

6. Nr umowy

7. Zakres świadczeń

8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

9. Imię	10. Nazwisko	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
12. Identyfikator	12a. Płeć	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

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.

Część E

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 ☐

Część F

W zależności od rodzaju świadczeń system różnie sprawdza wymagalność, jeżeli chodzi o liczbę wymaganych do podania informacji na temat rozpoznań wg ICD-10 oraz proceduru medycznych wg ICD-9

© 2026 Kamsoft S.A.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
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	26. Kod procedury medycznej
27. Kod procedury medycznej	28. Kod procedury medycznej
F.3. DANE 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).

Część G

Należy wpisać uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE
G.1. UZASADNIENIE konieczności przedłużenia pobytu ponad limit dni określony w zarządzeniu Prezesa NFZ
30. Opis

Części H i I

Należy uzupełnić:

- datę początku udzielania świadczeń
- datę od/do okresu udzielania świadczeń (powyżej limitu), których dotyczy wniosek (propozycja okresu ważności decyzji)
- datę wystawienia wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

H. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

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

H.1. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

32. Data od (RRRR-MM-DD)	33. Data do (RRRR-MM-DD)

I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU

34. Data (RRRR-MM-DD)	35. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego
2011-01-10	.....
36. Data (RRRR-MM-DD)	37. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
	.....

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status Zatwierdzony, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie Wprowadzony nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4.2.13.2.5 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ (6104)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

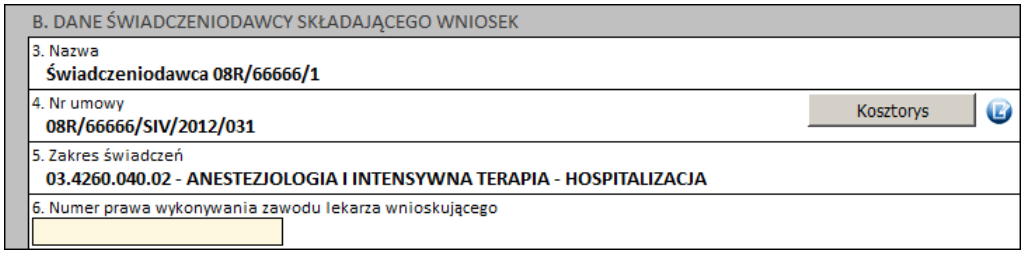
2. Rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk . Po wskazaniu umowy pojawi się przycisk Kosztorys pozwalający na wypełnienie kosztorysu.
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

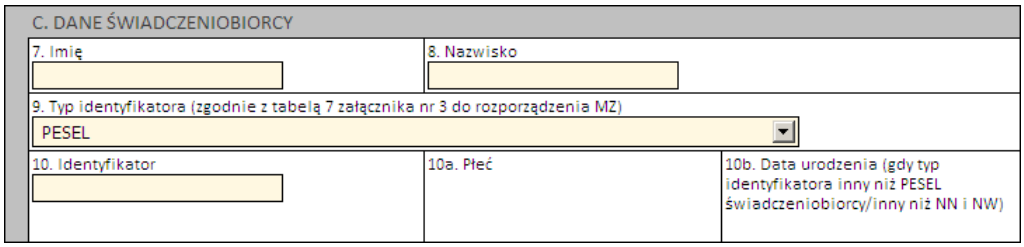
© 2026 Kamsoft S.A.



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.

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:



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.

Część D

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

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

© 2026 Kamsoft S.A.

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI

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

11. Kod rozpoznania zasadniczego

12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

14. Kod trzeciego 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
17. Kod procedury medycznej	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

D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA

25. Kod JGP

25a. Kod świadczenia

26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (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 (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E, F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE

49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Inne

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

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

© 2026 Kamsoft S.A.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA

51. Wartość w zł
0,00

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)

J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU

54. Data (RRRR-MM-DD)	55. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego
2011-01-10	.....
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
	.....

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4.2.13.2.5.1 Kosztorys

W przypadku tworzenia wniosku kategorii 6104 "rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ" należy również wypełnić kosztorys. Przycisk umożliwiający wypełnienie kosztorysu dostępny jest po wskazaniu umowy w części B wprowadzanego wniosku.

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa
Świadczeniodawca 08R/66666/1

4. Nr umowy
08R/66666/SIV/2012/031 Kosztorys

5. Zakres świadczeń
03.4260.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Po otwarciu kosztorysu dostępne są następujące elementy:

- ***Sekcja A - Specyfikacja kosztowa wniosku***

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU

1. Numer wniosku

© 2026 Kamsoft S.A.

Poz. 1 w kosztorysie jest automatycznie przepisana z wniosku

- ***Sekcja B - Termin realizacji świadczenia***

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA		
1a. Numer umowy		
2. Zakres świadczeń w którym rozliczane jest świadczenie	3. Cena za punkt	
4. Data od (RRRR-MM-DD) **2014-10-30**	5. Data do (RRRR-MM-DD) **2014-11-20**	6. Osobodni : **21**

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

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

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

Poz. 2 jest automatycznie przepisana z danych o umowie i jej zakresie.
Poz. 3 jest automatycznie przepisana z danych o umowie i jej zakresie.
Poz. 4 i poz. 5
– przepisane z wcześniej wypełnionego wniosku (poz. 52 i poz. 53 wniosku – jeżeli wypełnione),
– poz. 4 przyjmuje automatycznie wartość pola nr 9, natomiast poz. 4 przyjmuje wartość z poz. 10n (n – dla ostatniego świadczenia, np. 10c)

Poz. 6 jest automatycznie wyliczona z różnicy poz. 5 i poz. 4
– przy założeniu, że pierwszy i ostatni dzień liczy się jako jeden

- ***Sekcja C - Realizacja świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych***

C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH [Dodaj świadczenie] [Usuń ostatnie świadczenie]

Liczba podsekcji (np. C1.1, C2.1, C3.1, ..., Cx) jest zmienna i dodawana dynamicznie przez użytkownika
Data zakończenia wcześniejszego pobytu równa jest dacie początku kolejnego

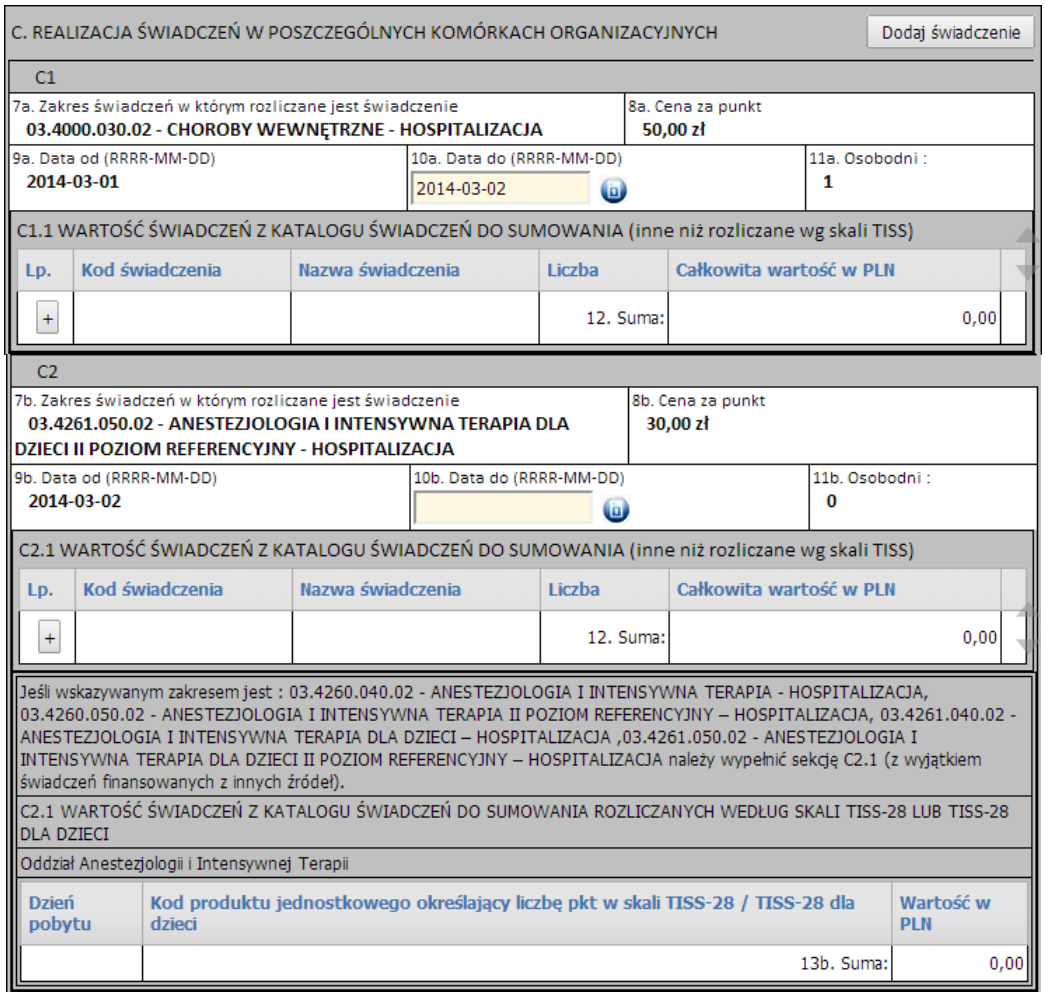
Dodanie kolejnego zakresu ma miejsce poprzez kliknięcie przycisku i wybranie umowy ze słownika, w którym:

- jeśli podany jest zakres i świadczenia – postać opisu będzie taka jak C1.1 na wzorze

© 2026 Kamsoft S.A.

- jeśli podany jest zakres „specjalny” (czyli to co wymienione pomiędzy C2.1 i C2.2 na wzorze) wtedy opcje są następujące:
  - świadczeniodawca może wypełnić równocześnie sekcję Cx.1 i CX.2,
  - świadczeniodawca może wypełnić tylko Cx.1 albo tylko Cx.2,
  - świadczeniodawca może nie wypełnić żadnej z sekcji tj. ani Cx.1 ani Cx.2, tylko samą część Cx.

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



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

© 2026 Kamsoft S.A.

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	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj		Suma :	0,00	

D2. Badania histopatologiczne

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj		Suma :	0,00	

D3. Diagnostyka nie laboratoryjna

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj		Suma :	0,00	

D4. Środki farmaceutyczne

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj		Suma :	0,00	

D5. Materiały medyczne

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj		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	
	Suma :	0,00	

D7. Koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj		Suma :	0,00	

D8. Koszty transportu sanitarnego (nie finansowanego odrębnie)

Lp.	Nazwa	Wartość w PLN	
+	Importuj z pliku: Wybierz plik Nie wybrano pliku Importuj	Suma : 0,00	

22. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (innych niż świadczenia z katalogu do sumowania tj. poz. 14+15+16+17+18+19+20+21)	0,00

Każda z podsekcji części D posiada możliwość importu danych z pliku tekstowego. Wybór pliku umożliwia przycisk Wybierz plik, a rozpoczęcie importu przycisk Importuj. 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:

© 2026 Kamsoft S.A.

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***

E. KOSZTY MEDYCZNE HOSPITALIZACJI (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
Wartość punktowa	0,0000

Poz. 24 – edytowalna i uzupełniana przez świadczeniodawcę

Kliknięcie przycisku **OK** spowoduje zatwierdzenie kosztorysu jednakże nie spowoduje zapisania go w bazie danych. Zapisanie kosztorysu spowoduje kliknięcie przycisku **Zapisz** znajdującego się na wniosku.

4.2.13.2.6 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym (6105)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

© 2026 Kamsoft S.A.

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa
Świadczeniodawca 08R/66666

4. Nr umowy

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

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.

Część D

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

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

© 2026 Kamsoft S.A.

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI

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

11. Kod rozpoznania zasadniczego

12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

14. Kod trzeciego 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
17. Kod procedury medycznej	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

D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA

25. Kod JGP

25a. Kod świadczenia

26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (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 (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E, F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część G

Należy wskazać predefiniowaną odpowiedź:

G. UZASADNIENIE

49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Odmowa świadczeniodawcy o wyższym poziomie referencyjnym

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

NIE DOTYCZY

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA

51. Wartość w zł

0,00

Część I i J

© 2026 Kamsoft S.A.

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
54. Data (RRRR-MM-DD) 2011-01-10	55. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego .....
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie .....

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status Zatwierdzony, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie Wprowadzony nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4.2.13.2.7 Wniosek o rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki (6106)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki - w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, - inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala, - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem, - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego, - odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

© 2026 Kamsoft S.A.

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa
Świadczeniodawca 08R/66666

4. Nr umowy

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

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.

Część D

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

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

© 2026 Kamsoft S.A.

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego 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
17. Kod procedury medycznej	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
D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP	
25a. Kod świadczenia	
26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (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 (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E

W pierwszej kolejności należy potwierdzić, że świadczenie wszystkie warunki niezbędne do rozliczenia dodatkowej grupy JGP, tj.

- w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
- inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
- jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
- nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
- odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie

Zaznaczenie odpowiedzi innej niż *„Spełnia jednocześnie wszystkie warunki”* zablokuje możliwość zatwierdzenia wniosku i jego wydruku.

W kolejnej części (część E.2., E.3. i E.4.) należy uzupełnić dane świadczenia dodatkowego – dokładnie w ten sam sposób, jak ma to miejsce dla świadczenia podstawowego (patrz część D).

© 2026 Kamsoft S.A.

E. DANE DOTYCZĄCE DODATKOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA

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

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

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

30. Kod rozpoznania zasadniczego

31. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

32. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

33. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego

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

34. Kod procedury medycznej	35. Kod procedury medycznej
36. Kod procedury medycznej	37. Kod procedury medycznej
38. Kod procedury medycznej	39. Kod procedury medycznej
40. Kod procedury medycznej	41. Kod procedury medycznej
42. Kod procedury medycznej	43. Kod procedury medycznej

E.4. DANE DODATKOWEJ GRUPY JGP

44. Kod JGP

44a. Kod świadczenia

45. Data początku (RRRR-MM-DD)	46. Data końca (RRRR-MM-DD)

Część F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE

49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Inne

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

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

© 2026 Kamsoft S.A.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA

51. Wartość w zł
0,00

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)

J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU

54. Data (RRRR-MM-DD)	55. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego
2011-01-10	.....
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
	.....

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4.2.13.2.8 Wniosek o rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych (6107)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

2. Rozliczenie świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

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

© 2026 Kamsoft S.A.

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

3. Nazwa
Świadczeniodawca 08R/66666

4. Nr umowy

5. Zakres świadczeń

6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

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.

Część D

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

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

© 2026 Kamsoft S.A.

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI

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

11. Kod rozpoznania zasadniczego

12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

14. Kod trzeciego 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
17. Kod procedury medycznej	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

D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA

25. Kod JGP

25a. Kod świadczenia

26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (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 (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część F

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

F. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZANIA PRZESZCZEPIENIA KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH

47. Ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych

2 Aktualizuj

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

01. 02.

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie.

© 2026 Kamsoft S.A.

G. UZASADNIENIE

49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Inne

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

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA

51. Wartość w zł

0,00

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)

J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU

54. Data (RRRR-MM-DD)	55. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego
2011-01-10	.....
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
	.....

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

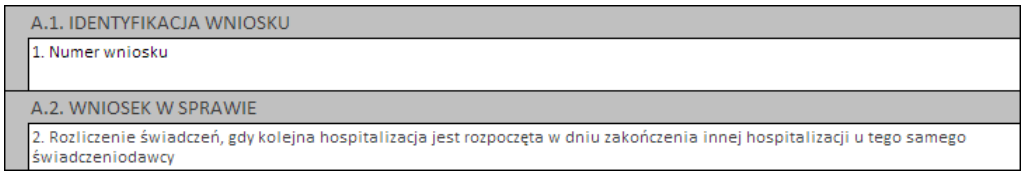
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.13.2.9 Wniosek o rozliczenie świadczeń, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy (6108)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

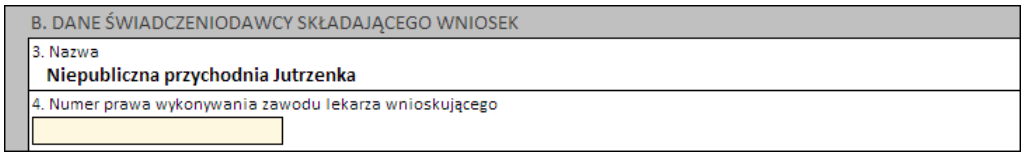
Wypełnia się automatycznie.



Część B

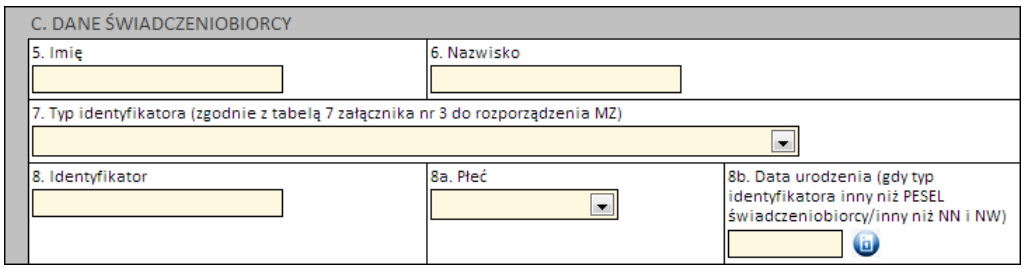
Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego



Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:



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.

Część D

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

- numer umowy i zakres świadczeń – przycisk
- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

© 2026 Kamsoft S.A.

D. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
9. Nr umowy	
10. Zakres świadczeń	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego 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
17. Kod procedury medycznej	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
D.3. DANE WNIOSKOWANEGO ŚWIADCZENIA /JGP	
25. Kod JGP	
25a. 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 (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Dla dodawanych do wniosku świadczeń w w typie umowy 03/3 niemożliwe jest wskazanie grupy JGP, natomiast możliwe jest wskazanie świadczenia z katalogu „1e" dla umowy i wybranego zakresu świadczeń.

Część E

Część ta dotyczy przebiegi dotychczasowego leczenia (poprzedniego świadczenia), którego dotyczy wniosek. Wymagane jest podanie:

- numer umowy i zakres świadczeń – przycisk
- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

© 2026 Kamsoft S.A.

E. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA (POPRZEDNIE ŚWIADCZENIE)

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

26. Nr umowy

26a. Zakres świadczeń

27. Kod rozpoznania zasadniczego

28. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

29. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

30. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego

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

31. Kod procedury medycznej

32. Kod procedury medycznej

33. Kod procedury medycznej

34. Kod procedury medycznej

35. Kod procedury medycznej

36. Kod procedury medycznej

37. Kod procedury medycznej

38. Kod procedury medycznej

E.3. DANE ROZLICZONEJ JGP/ŚWIADCZENIA

39. Kod JGP

39a. 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 (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część F

W tej sekcji należy podać uzasadnienie wniosku.

F. UZASADNIENIE

40. Opis

Część G

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

G. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:

41. Data od (RRRR-MM-DD)

42. Data do (RRRR-MM-DD)

42a. Czas wypisu (HH:MM)

42b. Tryb wypisu

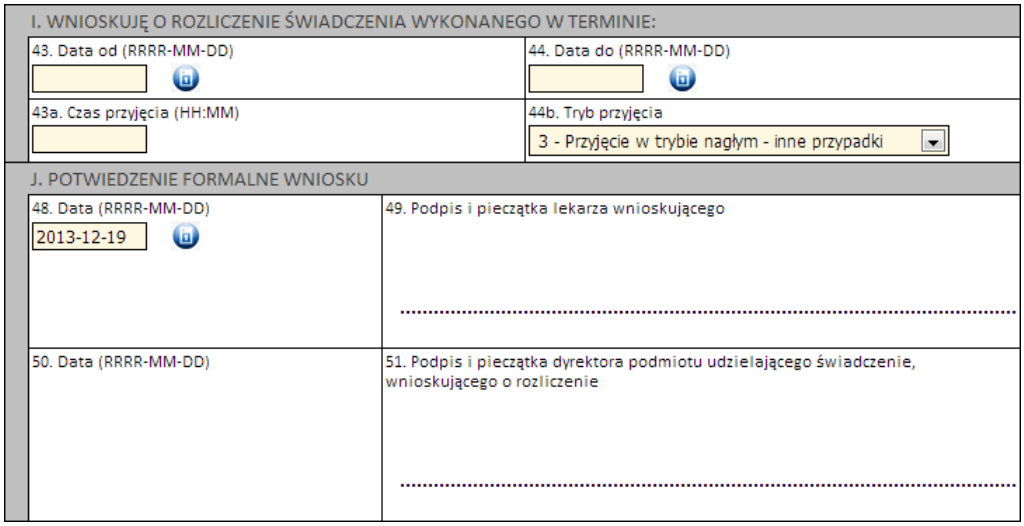
Część H

© 2026 Kamsoft S.A.

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji), czas i tryb przyjęcia oraz datę wystawienia wniosku.



Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

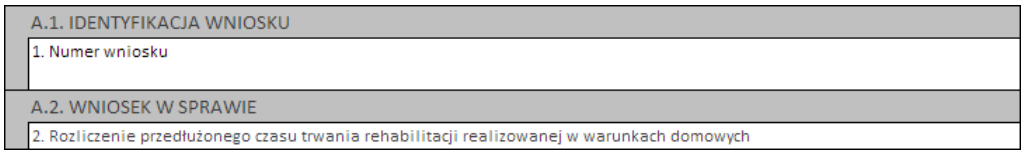
Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4.2.13.2.10 Wniosek o rozliczenie przedłużonego czasu rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych (6110)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

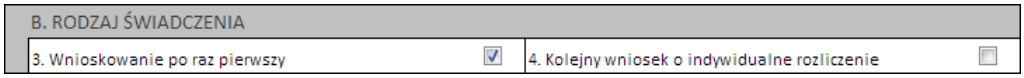
Część A

Wypełnia się automatycznie.



Część B

Należy wybierać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:



© 2026 Kamsoft S.A.

Część C

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
- numer PESEL fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa
PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO1

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 8 b wpisać numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej (zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z późn. zmianami). Do wersji papierowej poniższego wniosku należy dołączyć ww. decyzję pod rygorem odrzucenia wniosku.

8.a . PESEL fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową

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

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

9. Imię	10. Nazwisko	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
12. Identyfikator	12a. Płeć	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

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.

Część E

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

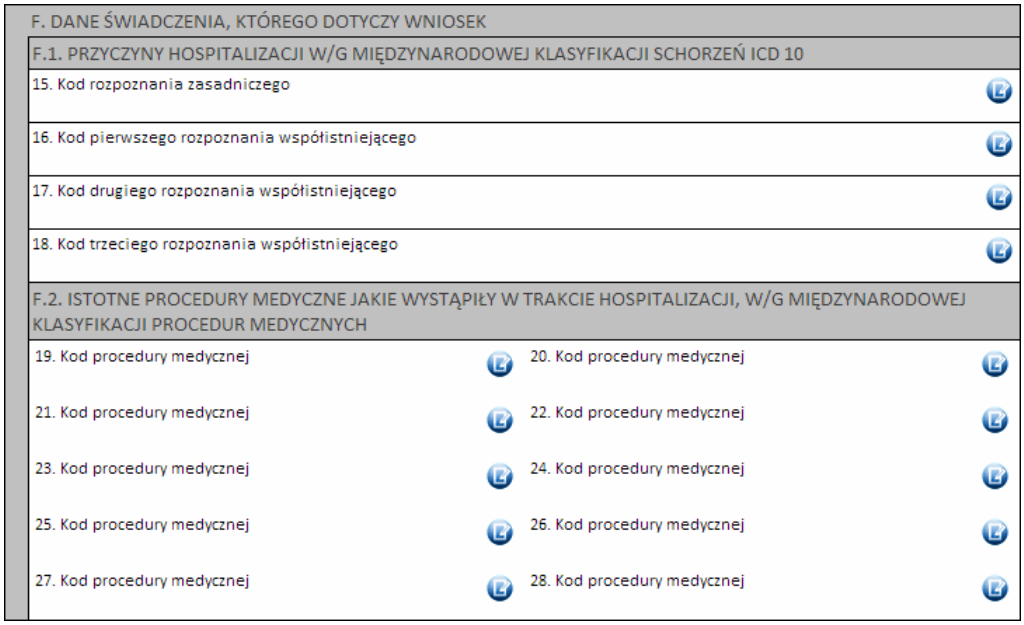
13. Świadczenie udzielane jednorazowo ☑	14. Świadczenie udzielane cyklicznie ☐

Część F

© 2026 Kamsoft S.A.

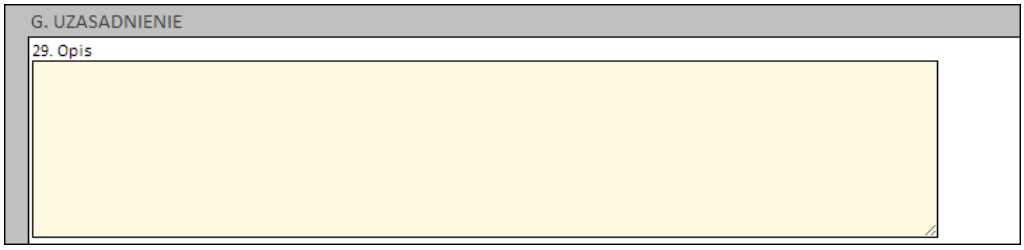
W zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku lecznictwa zamkniętego wymagane jest podanie:

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



Część G

W tym miejscu dostępne jest miejsce na wpisanie opisu uzasadnienia konieczności przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej.



Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu początku udzielania świadczenia) oraz datę wystawienia wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

H. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:	
30. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)	
H.1. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
31. Data od (RRRR-MM-DD)	32. Data do (RRRR-MM-DD)
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
33. Data (RRRR-MM-DD) 2013-12-19	34. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego .....
35. Data (RRRR-MM-DD)	36. Podpis i pieczątka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie .....

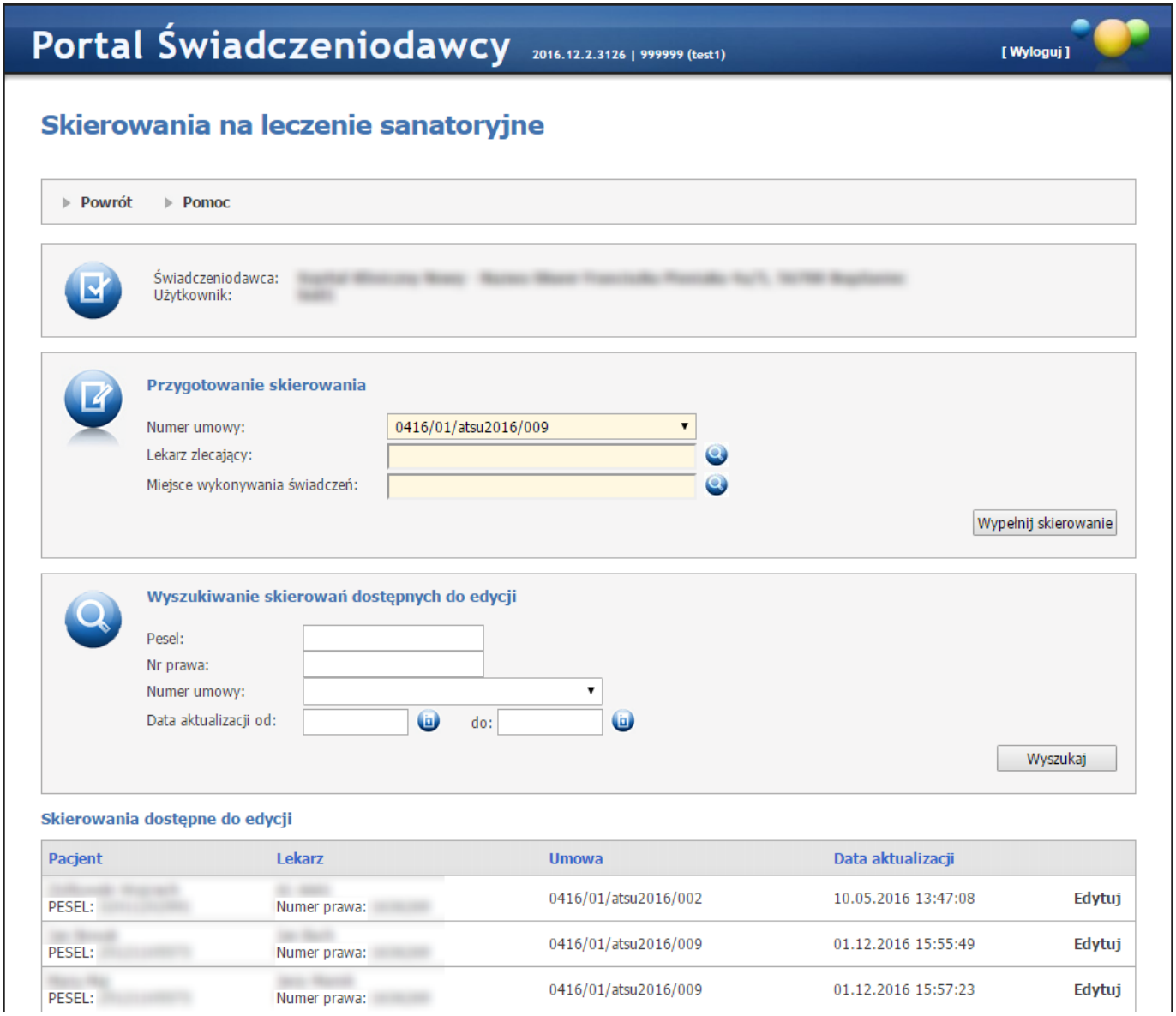
Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.14 Skierowania na leczenie sanatoryjne

Funkcjonalność dostępna w portalu, w sekcji ***Umowy na realizację świadczeń*** pod linkiem **Skierowania na leczenie sanatoryjne**.



Funkcjonalność umożliwia:

- przygotowanie skierowania po uprzednim wyborze umowy, lekarza zlecającego i miejsca wykonywania świadczeń,
- wydruk skierowania,
- zapis skierowania,
- ponowną edycję skierowania bezpośrednio po zapisie lub wydruku,
- późniejszą edycję skierowań zapisanych (wybór skierowania z listy).

<u>Walidacje w ramach skierowania:</u>

- *Nazwisko i imię* - pole wymagane,
- *PESEL* - pole wymagane oraz wartość walidowana na zgodność z formatem,
- *Adres* - wszystkie pola oprócz numeru lokalu są wymagane,
- *Telefon* - pole wymagane,
- *Nazwisko i imię opiekuna prawnego* - pole wymagane, gdy pacjent ma mniej niż 18 lat,

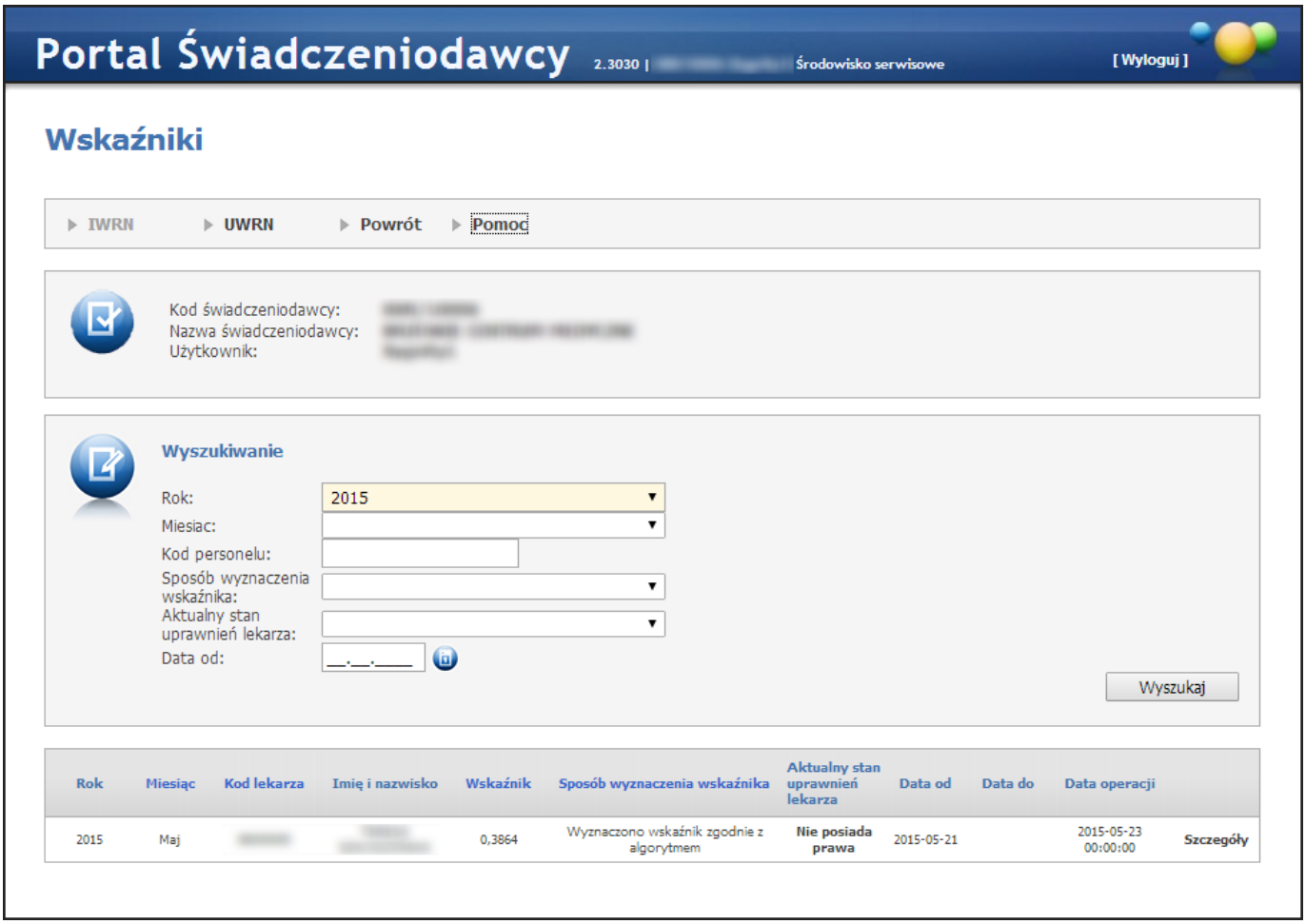
© 2026 Kamsoft S.A.

- *PESEL opiekuna prawnego* - pole wymagane gdy pacjent ma mniej niż 18 lat,
- *Rozpoznanie zasadnicze* - pole wymagane.

Informacja:
Interaktywny wzór druku skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową został zmodyfikowany w sposób umożliwiający lekarzom wypełnienie skierowania , które można edytować.
Wnioski wystawione do momentu opublikowania nowej wersji systemu będą wizualizowane do postaci formularza zgodnej z obowiązującym do 18 lipca 2019 stanem prawnym; wystawione po udostępnieniu będą zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz.U.2019 poz.1136).

4.2.15 Prezentacja wartości wskaźników IWRN i UWRN

Okno pozwala na przegląd informacji o wartości Indywidualnych Wskaźników Rozpoznawania Nowotworów (IWRN) dla lekarzy oraz Uśrednionego Wskaźnika Rozpoznawania Nowotworów (UWRN) dla świadczeniodawcy.Przegląd indywidualnych wskaźników dla lekarzy jest możliwy dla lekarzy, którzy są wykazani przynajmniej w jednej umowie świadczeniodawcy, dotyczącej bieżącego roku. Informacja o wartości UWRN jest przekazywana do OW tym samym komunikatem, w którym przekazywane są informacje o wskaźnikach IWRN. Komunikat, umożliwia również przekazywanie informacji o zablokowaniu i przywróceniu uprawnienia do wydawania kart DiLO dla lekarza w kontekście świadczeniodawcy.



Ponad listą różnic znajdują się odnośniki **IWRN** i **UWRN**, pozwalające na zmianę przeglądanych informacji. Domyślnie jako pierwsze wyświetlane są informacje dotyczące **IWRN**.

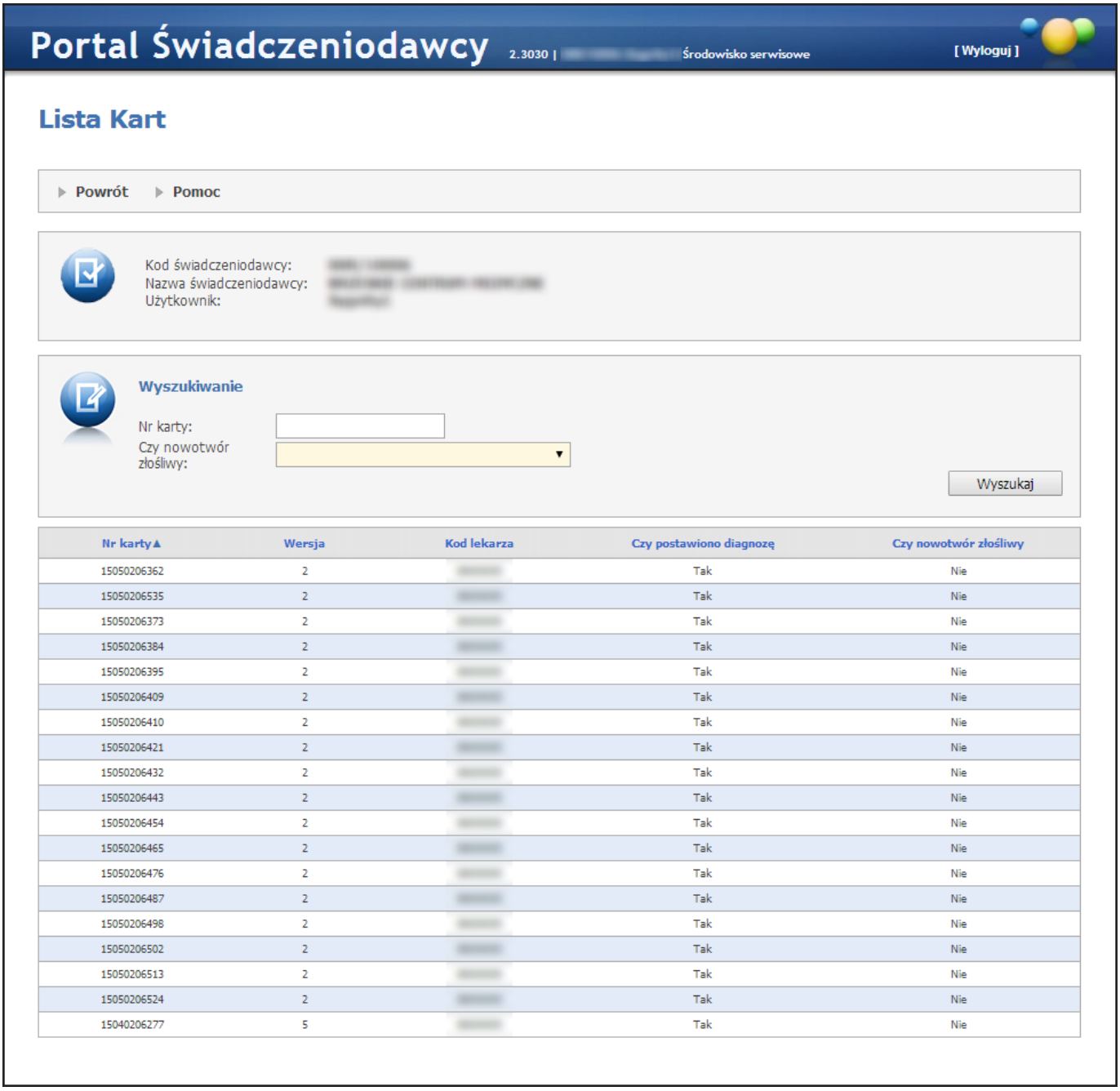
4.2.15.1 IWRN

Wskaźnik IWRN obliczany jest dla wszystkich lekarzy, którzy w analizowanym okresie, nie dłuższym niż 12 miesięcy, wystawili karty DiLO w poradni POZ i dla tych kart postawiono ostateczną diagnozę. Dla lekarza obliczanych jest kilka wartości wskaźników IWRN dla każdego miesiąca (w kontekście każdego świadczeniodawcy oddzielnie). O tym, czy karta jest zaliczona do grupy kart wystawionych zasadnie decyduje potwierdzenie podejrzenia nowotworu złośliwego (rozpoznanie potwierdzające nowotwór) stwierdzone w ramach diagnostyki wstępnej albo konsylium. Do obliczania wskaźnika IWRN brane są pod uwagę jedynie karty DiLO wystawione przez danego lekarza w poradni POZ. Jeśli zdarzyłoby się tak, że lekarz wystawił karty DiLO również w poradni specjalistycznej lub szpitalu to karty wystawione w innych miejscach niż POZ nie będą brane pod uwagę ani przy wyliczaniu wskaźnika IWRN dla lekarza ani UWRN dla świadczeniodawcy. Wyliczanie IWRN dla lekarza u danego świadczeniodawcy rozpocznie się wtedy, kiedy liczba analizowanych kart, wystawionych przez lekarza u tego świadczeniodawcy dla których została postawiona diagnoza ostateczna przekroczy 30. Jeśli dla danego lekarza nie ma możliwości obliczenia wskaźnika IWRN w kontekście danego świadczeniodawcy (nie została postawiona ostateczna diagnoza dla wystarczająco dużej liczby kart DiLO wystawionych przez lekarza lub żadnej karty) albo wskazany lekarz zaprzestał udzielania świadczeń (pracy) u danego świadczeniodawcy - wskaźnik IWRN nie jest wyliczany. W sytuacji, gdy lekarzowi zablokowano uprawnienia do wystawiania kart i do dnia wykonania obliczeń to uprawnienie nie zostało przywrócone (uprawnienie nadal jest zablokowane) wskaźnika nie wyznacza się. Jako powód niewyliczenia wskaźnika – lekarz ma zablokowane uprawnienie do wystawiania kart DiLO. W sytuacji, gdy lekarzowi zablokowano uprawnienia do wystawiania kart a następnie przywrócono i przywrócenie uprawnień nastąpiło do dnia obliczeń to wskaźnik IWRN w kontekście danego świadczeniodawcy oblicza się pod warunkiem, że liczba kart wystawionych przez lekarza w kontekście danego świadczeniodawcy, posiadających postawioną diagnozę ostateczną a wystawionych od momentu przywrócenia uprawnienia jest większa od wartości minimalnej dla takiego przypadku (w chwili obecnej wartość ta wynosi 15). Do obliczania wskaźnika IWRN w przedstawionej sytuacji uwzględniane są tylko karty wydane w okresie po przywróceniu uprawnień do wystawiania kart DiLO. W sytuacji, gdy lekarzowi zablokowano uprawnienia do wystawiania kart i przywrócenie uprawnień (dla ostatniego z okresów zablokowania) nastąpiło do dnia obliczeń, ale liczba analizowanych kart, wystawionych przez lekarza nie jest większa od wartości minimalnej (w chwili obecnej wartość ta wynosi 15) - wskaźnika nie wyznacza się. Przyczyną niewyznaczenia wskaźnika jest brak dostatecznej ilości kart z postawiona diagnozą ostateczną wydanych po przywróceniu prawa.

Rok	Miesiąc	Kod lekarza	Imię i nazwisko	Wskaźnik	Sposób wyznaczenia wskaźnika	Aktualny stan uprawnień lekarza	Data od	Data do	Data operacji	
2015	Maj	[illegible]	[illegible]	0,3864	Wyznaczono wskaźnik zgodnie z algorytmem	**Nie posiada prawa**	2015-05-21		2015-05-23 00:00:00	**Szczegóły**

Kliknięcie na odnośniku **Szczegóły** znajdującym się przy każdej pozycji raportu w prawej, skrajnej kolumnie spowoduje wyświetlenie listy kart uwzględnionych podczas wyliczania IWRN.

© 2026 Kamsoft S.A.



Nr karty▲	Wersja	Kod lekarza	Czy postawiono diagnozę	Czy nowotwór złośliwy
15050206362	2		Tak	Nie
15050206535	2		Tak	Nie
15050206373	2		Tak	Nie
15050206384	2		Tak	Nie
15050206395	2		Tak	Nie
15050206409	2		Tak	Nie
15050206410	2		Tak	Nie
15050206421	2		Tak	Nie
15050206432	2		Tak	Nie
15050206443	2		Tak	Nie
15050206454	2		Tak	Nie
15050206465	2		Tak	Nie
15050206476	2		Tak	Nie
15050206487	2		Tak	Nie
15050206498	2		Tak	Nie
15050206502	2		Tak	Nie
15050206513	2		Tak	Nie
15050206524	2		Tak	Nie
15040206277	5		Tak	Nie

4.2.15.2 UWRN

Wskaźnik UWRN jest obliczany dla świadczeniodawcy na podstawie stanu kart DiLO wystawionych przez lekarzy w ramach jego umowy/umów. Dla każdego świadczeniodawcy i dla każdego miesiąca obowiązuje jedna wartość obliczona na podstawie wszystkich kart wystawionych przez lekarzy zatrudnionych w każdym z jego punktów umowy/umów, zawierających zakresy świadczeń wskazane w pliku konfiguracji.

Sposób obliczenia UWRN

- Czy dla świadczeniodawcy był już wcześniej wyznaczany UWRN
  - Jeśli tak to należy wyznaczyć UWRN

© 2026 Kamsoft S.A.

  - Jeśli nie to UWRN będzie wyznaczany, jeżeli ramach umów świadczeniodawcy w okresie objętym obliczeniami wydano przynajmniej 1 kartę DiLO i przynajmniej dla jednego lekarza wykazanego w umowie obliczono IWRN
- Wyznaczenie UWRN nastąpi na podstawie wybranych kart (zasady wyboru tych kart będą opisane poniżej). Jeżeli z liczby analizowanych kart będzie wynikał brak możliwości wyliczenia wskaźnika np. liczba = 0 to dla świadczeniodawcy zostanie przyjęta domyślna wartość wskaźnika
- Analizowane będą wszystkie karty DiLO (które nie zostały później anulowane) i które były wydane w związku z umowami danego świadczeniodawcy w analizowanym okresie czasu.
- Zostanie obliczona liczba kart analizowanych i liczba kart zaliczonych. Dla danego miesiąca X wg następujących warunków:
  - Zostały wydane w okresie 12 miesięcy, poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany
  - Dla których została postawiona diagnoza ostateczna w rozumieniu definicji z punktu 7.4.1
  - Karty wystawione przez lekarzy w kontekście danego świadczeniodawcy, którzy w miesiącu prowadzenia obliczeń nie są już u niego zatrudnieni nadal są brane pod uwagę.
  - Karty wystawione przez lekarzy w kontekście danego świadczeniodawcy, którzy w danym miesiącu utracili prawo wydawania kart DiLO będą również brane pod uwagę. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy dany lekarz jest jedynym lekarzem zgłoszonym do realizacji umowy u świadczeniodawcy – wtedy zaprzestaje się wyliczania UWRN i przyjmuje się dla tego świadczeniodawcy wartość domyślną wskaźnika do czasu ponownego wyznaczenia dla lekarza IWRN.
  - Jeżeli lekarz odbył szkolenie z zakresu rozpoznawania nowotworów i już po przedstawieniu w OW zaświadczenia o jego odbyciu wyliczony dla niego wskaźnik rozpoznawania nowotworów spadł poniżej minimum Fundusz nie blokuje takiemu lekarzowi prawa do wydawania kart DiLO a jedynie zaprzestaje wyliczania wskaźnika IWRN do czasu przekroczenia przez lekarza liczby 15 kart z postawioną diagnozą ostateczną. Powyżej opisana sytuacja skutkuje „wyzerowaniem" stanu kart wystawionych przez lekarza u danego świadczeniodawcy. Wyzerowane karty nie biora udziału w wyznaczaniu UWRN u danego świadczeniodawcy.
- Wyliczony wskaźnik UWRN będzie ilorazem liczby trafnych diagnoz i liczby postawionych diagnoz ostatecznych.
- Jeśli po tak przeprowadzonej selekcji wyliczenie wskaźnika UWRN okaże się matematycznie niemożliwe (liczba postawionych diagnoz będąca mianownikiem ułamka będzie równa 0 – dla takiego świadczeniodawcy przyjmujemy wartość domyślną wskaźnika UWRN

Przykład:

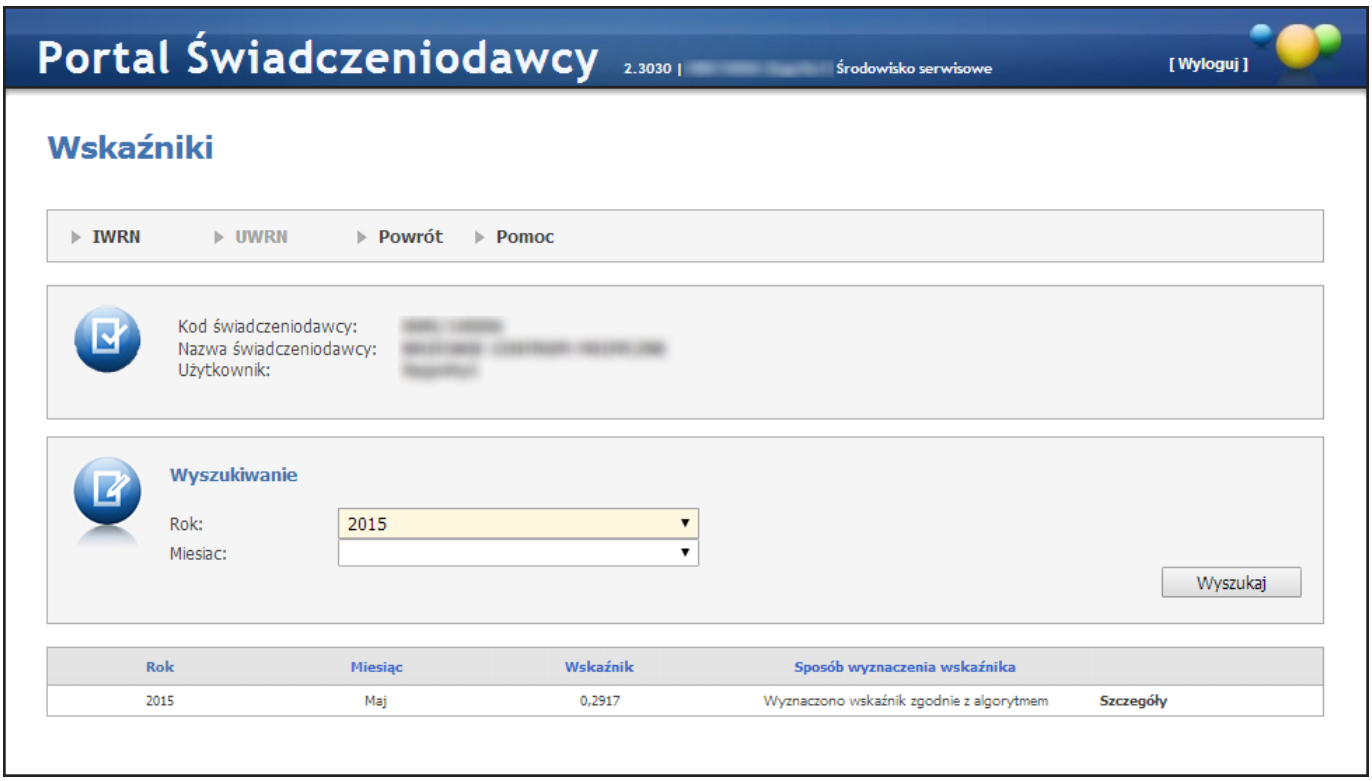
W kontekście danego świadczeniodawcy karty DiLO wydało 4 lekarzy.

Jeśli żaden z lekarzy nie ma policzonego wskaźnika IWRN w kontekście tego świadczeniodawcy – wskaźnik UWRN przyjmuje wartość domyślną.

W sytuacji, w której jeden z lekarzy osiągnie wymagany poziom wystawionych kart DiLO z postawioną diagnozą ostateczną i zostanie mu wyliczony wskaźnik IWRN dla świadczeniodawcy zostanie wyznaczony wskaźnik UWRN. Do wyznaczenia wskaźnika UWRN będą brane pod uwagę karty wszystkich lekarzy zatrudnionych u świadczeniodawcy, niezależnie czy został dla nich wyznaczony wskaźnik UWRN czy też nie i niezależnie od tego czy są w dalszym ciągu zatrudnieni u świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.

Do wyznaczania wskaźnika UWRN będą brane pod uwagę karty lekarzy, którym zablokowano prawo do wystawiania kart DiLO. Jednak jeśli lekarz ukończył szkolenie i utracone prawo zostało mu przywrócone – stan wystawionych przez niego kart zostanie „wyzerowany" i od tego momentu do obliczania wskaźników IWRN oraz UWRN będą brane pod uwagę tylko karty wystawione po zakończeniu szkolenia.
Gdyby zdarzyło się tak, że po pewnym czasie od przywrócenia prawa wystawiania kart DiLO lekarz ponownie osiągnie niski wskaźnik IWRN poniżej poziomu dla którego powinno nastąpić zablokowanie prawa do wystawiania kart DiLO – stan wystawionych przez niego kart biorących udział w obliczeniach wskaźników ponownie ulega „wyzerowaniu" (karty wystawione przed momentem „wyzerowania stanu" nie biora udziału w obliczeniach UWRN).



Kliknięcie na odnośniku **Szczegóły** znajdującym się przy każdej pozycji raportu w prawej, skrajnej kolumnie spowoduje wyświetlenie listy kart uwzględnionych podczas wyliczania UWRN.

© 2026 Kamsoft S.A.

Portal Świadczeniodawcy 2.3030 | [redacted] Środowisko serwisowe [Wyloguj]

Lista Kart

Powrót Pomoc

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

Wyszukiwanie

Nr karty:
Kod lekarza
Czy nowotwór złośliwy:

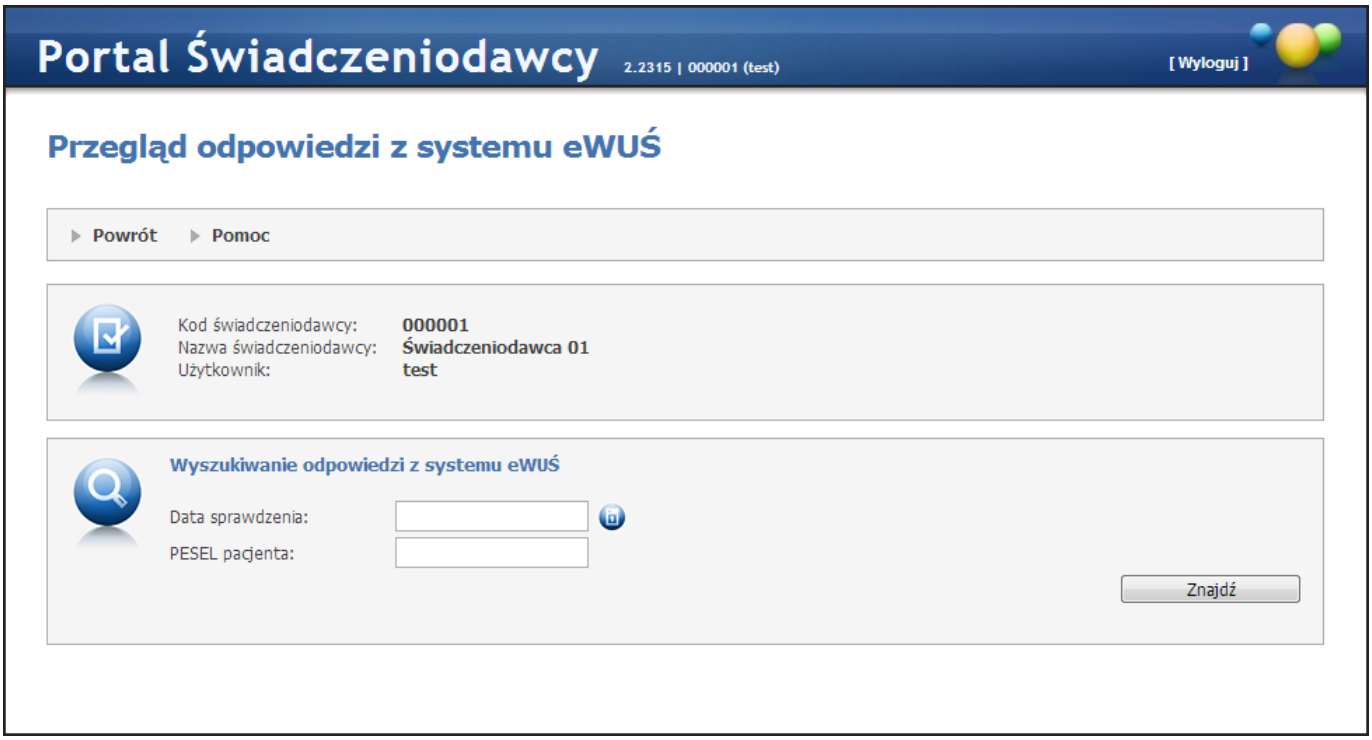
Wyszukaj

Nr karty▲	Wersja	Kod lekarza	Czy postawiono diagnozę	Czy nowotwór złośliwy
15050206362	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206535	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206373	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206384	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206395	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206409	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206410	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206421	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206432	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206443	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206454	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206465	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206476	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206487	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206498	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206502	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206513	2	[redacted]	Tak	Nie
15050206524	2	[redacted]	Tak	Nie
15040206277	5	[redacted]	Tak	Nie

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.16 Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ

Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ pozwala na przegląd wygenerowanych wcześniej odpowiedzi z systemu eWUŚ (tzw. tokenów).



Dostęp do tego przeglądu ma tylko użytkownik świadczeniodawcy, który jest operatorem eWUŚ oraz posiada odpowiednie uprawnienie.

Strona **Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ** zawiera:

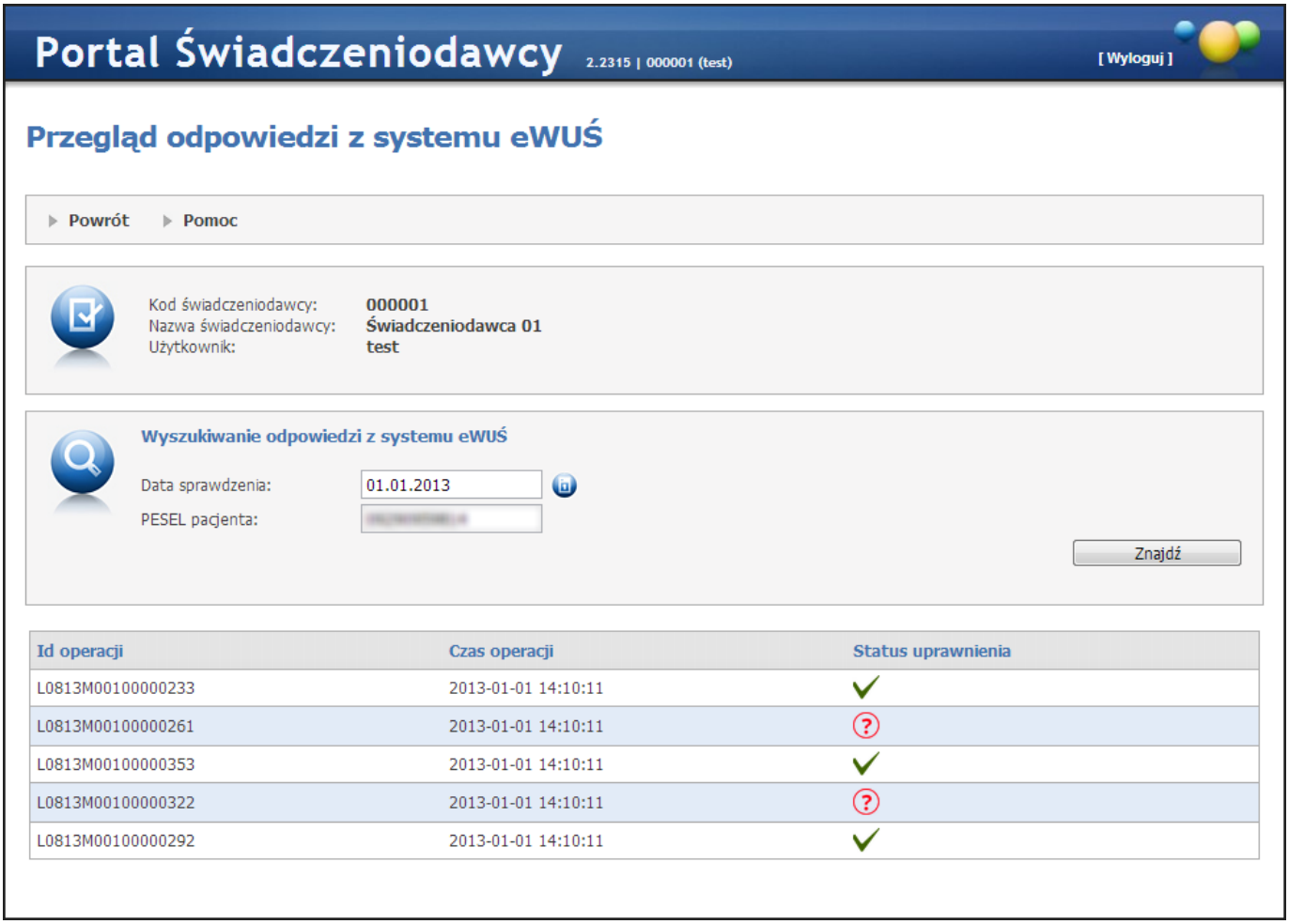
- pole *Data sprawdzenia* - pole pozwala wprowadzić datę, na jaki dzień ma zostać zweryfikowane ubezpieczenie,
- pole *PESEL pacjenta* - pole pozwala wprowadzić numer PESEL weryfikowanego pacjenta.

Po kliknięciu przycisku **Znajdź** wyświetlona zostanie tabelka z odpowiedziami zawierająca:

- Id operacji,
- Czas operacji,
- Status uprawnienia:
  - potwierdzone uprawnienia - oznaczone ikoną ✔,
  - niepotwierdzone uprawnienia - oznaczone ikoną ?.

W wyniku zapytania zostaną wyświetlone informacje o wszystkich zapytaniach dotyczących wskazanej osoby w podanym dniu, nawet jeżeli tych zapytań było wiele.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dla operacji odczytu danych operator musi podać datę wykonywania sprawdzenia i numer PESEL osoby, której dotyczy sprawdzenie. Ponieważ w systemie eWUŚ przyjęto zasadę, że wysyłane zapytania dotyczą uprawnienia na dzień bieżący (data sprawdzenia i data uprawnienia to te same daty), to data którą świadczeniodawca podaje w zapytaniu jest datą, na którą system eWUŚ przekazał informację o uprawnieniu. Gdy użytkownik nie wypełni obu pól lub któreś z pól będzie błędnie wypełniona to zostanie o tym fakcie poinformowany.

W przypadku braku w systemie odpowiedzi z systemu eWUŚ zgodnych z filtrem wyszukiwania, użytkownik otrzyma jeden z dwóch komunikatów:

Nie znaleziono w systemie informacji o potwierdzeniach z systemu eWUŚ dla podanego numeru PESEL i podanej daty - taki komunikat pojawi się w sytuacji, gdy minęły dwa dni od daty o którą pyta świadczeniodawca (pole *Data sprawdzenia*) i dodatkowo wszystkie paczki (z tokenami) zostały zreplikowane do OW.

Nie znaleziono w systemie informacji o potwierdzeniach z systemu eWUŚ dla podanego numeru PESEL i podanej daty. Może to wynikać np. z faktu, że nie wszystkie dane zostały jeszcze przekazane do systemu oddziałowego NFZ. Proszę sprawdzić później - taki komunikat pojawi się w sytuacji, gdy nie minęły dwa dni od daty o którą pyta świadczeniodawca (pole *Data sprawdzenia*) lub nie wszystkie paczki (z tokenami) zostały zreplikowane do OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.17 Infomacje o etatach: pielęgniarek i położnych, lekarzy specjalistów, ratowników medycznych itp.

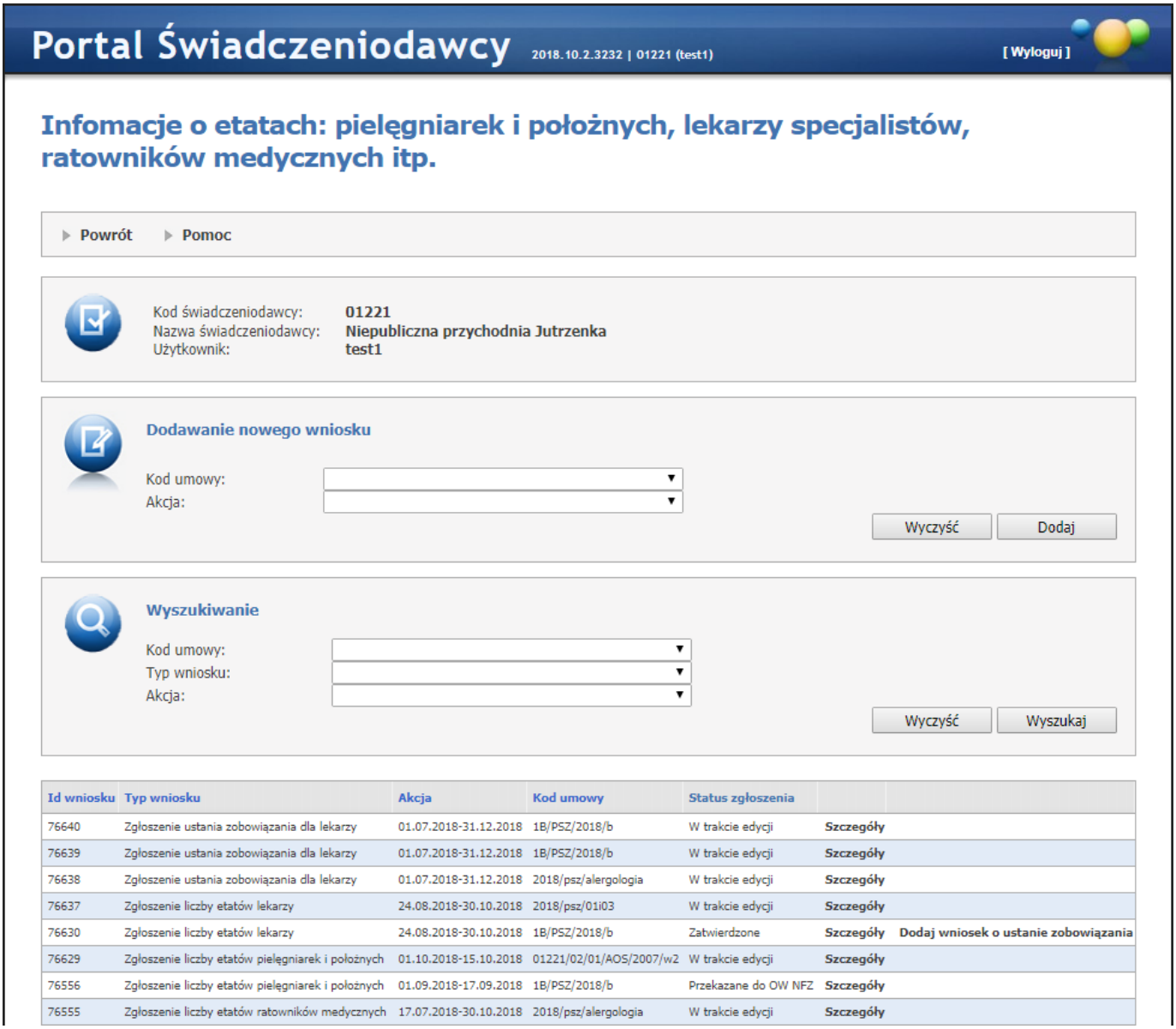
Funkcja **Zgłoszenie liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów** pozwala na obsługę procesu dotyczącego przekazywania przez świadczeniodawców informacji o lekarzach specjalistach, pielęgniarkach i położnych oraz ratownikach medycznych w celu przekazania przez NFZ środków na podwyżki wynagrodzeń dla tych osób, obsługi aneksów z tym związanych oraz pozostałych wymagań wynikających z:

- Ratownicy
  - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
  - Zarządzenie Prezesa NFZ nr 76/2018/DSOZ

- Pielęgniarki
  - Rozporządzenie MZ z dnia 14 października 2015 zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628)
  - Rozporządzenia MZ z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
  - Zarządzenie Prezesa NFZ nr 68/2017/DSOZ
  - Zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2016/DSOZ
  - Zarządzenie Prezesa NFZ nr 89/2016/DSOZ
  - Zarządzenia Prezesa NFZ nr 99 - 101/2018/DSOZ

- Lekarze specjaliści
  - Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
  - Zarządzenie Prezesa NFZ nr 88/2018/DSOZ

© 2026 Kamsoft S.A.



W części ***Dodawanie nowego wniosku*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanego pola *Kod umowy* wybrać umowę, a z rozwijanego pola *Akcja* wybrać akcję w ramach której rejestrowany jest wniosek. Akcje dostępne w polu *Akcja* determinowane są przez umowy wybrane w polu *Kod umowy* i odwrotnie - umowy dostępne w polu *Kod umowy* determinowane są przez akcje wybrane w polu *Akcje* - w zależności od tego co zostanie wybrane jako pierwsze. Jeśli akcja nie jest dostępna dla wybranej umowy znaczy to, że wybrana umowa nie spełnia warunków akcji. Natomiast, jeżeli akcja nie jest dostępna w ogóle, to znaczy że Świadczeniodawca nie ma umów spełniających warunki akcji.

Po wybraniu umowy i akcji należy kliknąć przycisk **Dodaj**. W zależności od wybranej akcji zostanie wyświetlona formatka:

- Szczegóły zgłoszenia etatów pracowników wykonujących zawód medyczny
- Szczegóły zgłoszenia liczby etatów pielęgniarek i położnych w podziale na formy zatrudnienia
- Szczegóły zgłoszenia liczby ratowników medycznych
- Szczegóły zgłoszenia liczby ratowników medycznych dla umowy RTM
- Szczegóły zgłoszenia liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów
- Wniosek o ustaniu zobowiązania

© 2026 Kamsoft S.A.

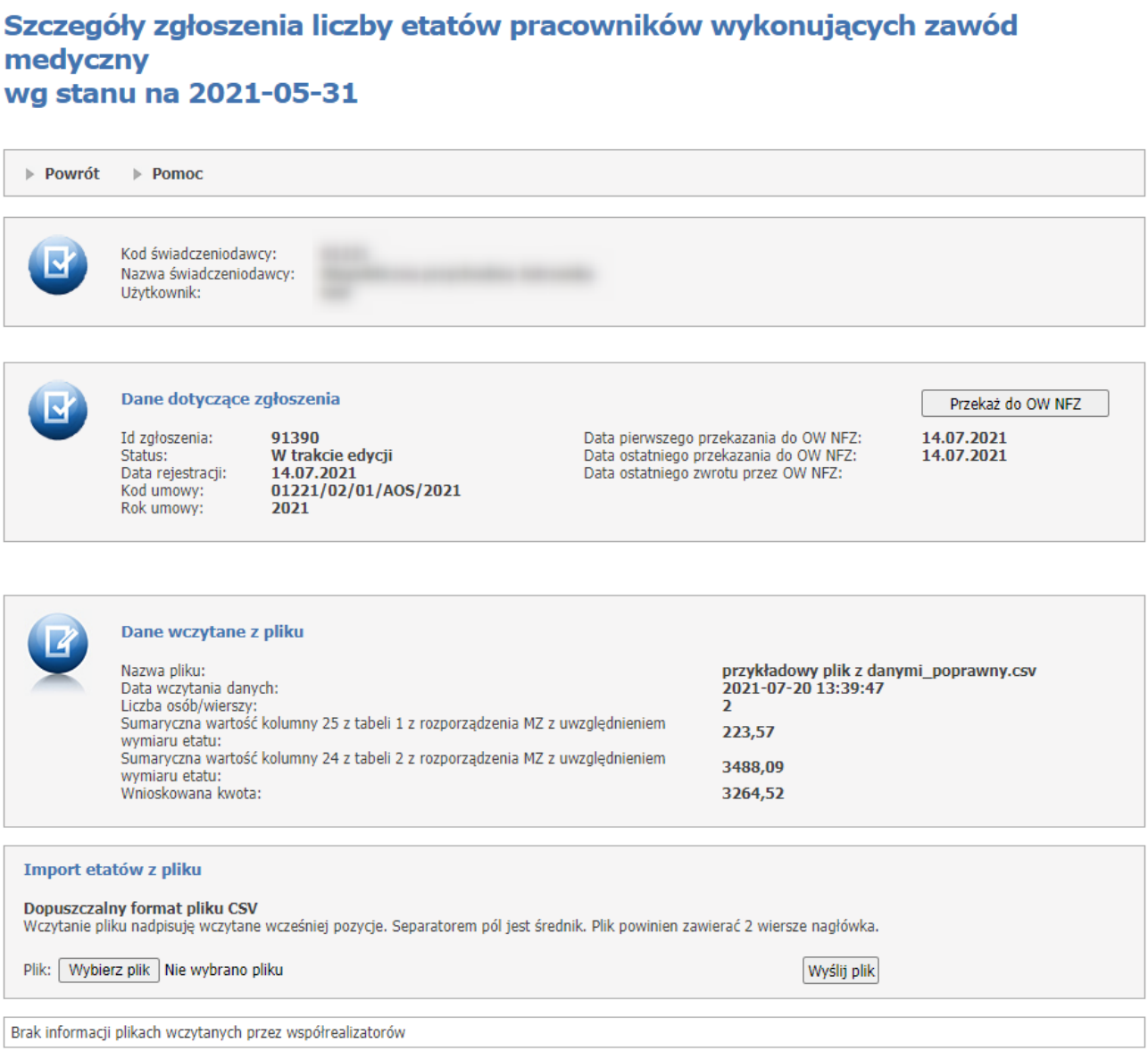
W dolnej części formatki prezentowana jest lista zgłoszeń. Listę można filtrować według kodu umowy, typu wniosku oraz akcji. Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukiwanie***.
Każde zgłoszenie na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki odpowiedniej dla akcji w ramach której złożono wniosek, a zawierającej szczegóły zgłoszenia.
Jeśli na liście zgłoszeń występuje zgłoszenie dotyczące liczby etatów lekarzy i mające status ***Zatwierdzone***, w ostatniej kolumnie będzie dostępny odnośnik **Dodaj wniosek o ustanie zobowiązania** umożliwiający złożenie wniosku o ustaniu zobowiązania dla umowy, której dotyczy zgłoszenie, a odnośnik **Szczegóły** będzie znajdował się w przedostatniej kolumnie.

4.2.17.1 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów pracowników wykonujących zawód medyczny

Na tej formatce użytkownik ma możliwość dodawania, przeglądu oraz modyfikacji (w formie nadpisywania) liczby etatów pracowników wykonujących zawód medyczny.

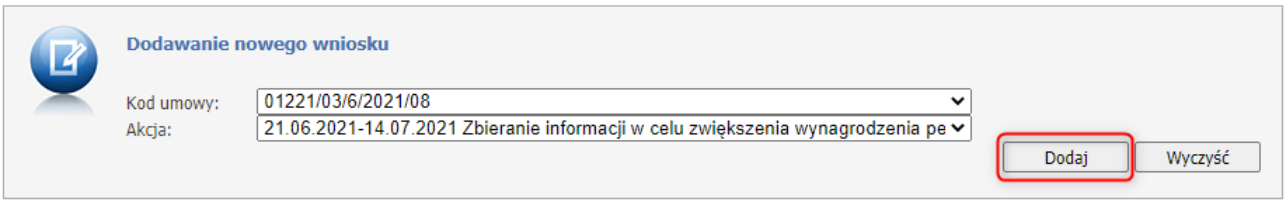
- Przekazywanie informacji o liczbie etatów dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych u świadczeniodawcy na podstawie umowy o pracę, należących do jednej z 11 grup zawodowych według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku zdefiniowanych w załączniku do *Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*.
- Przekazywanie informacji nie dotyczy osób zatrudnionych u podwykonawcy. Wyjątkiem od tej zasady są osoby udzielające świadczeń w ramach umowy RTM. W tym przypadku wszyscy świadczeniodawcy występujący w umowie w charakterze współrealizatorów, będą mogli przekazać informację w odniesieniu do personelu zatrudnionego u nich, na podstawie umowy o pracę.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dodawanie nowego wniosku.

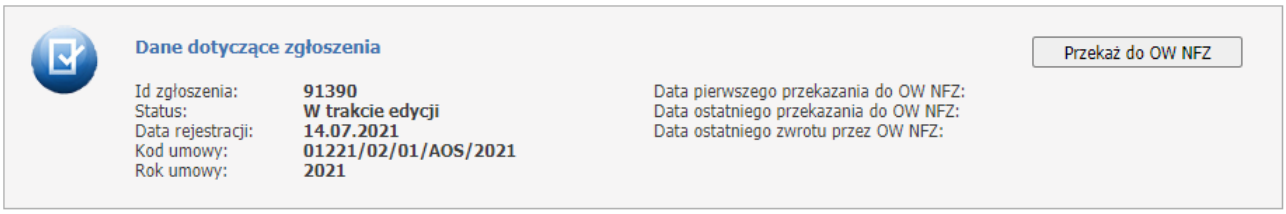
W sekcji **Dodawanie nowego wniosku**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera akcję oraz kod umowy dla której chce zgłosić pracowników wykonujących zawód medyczny. Akcja jest definiowana za pomocą tabeli konfiguracji.
Po wybraniu kodu umowy i akcji, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.



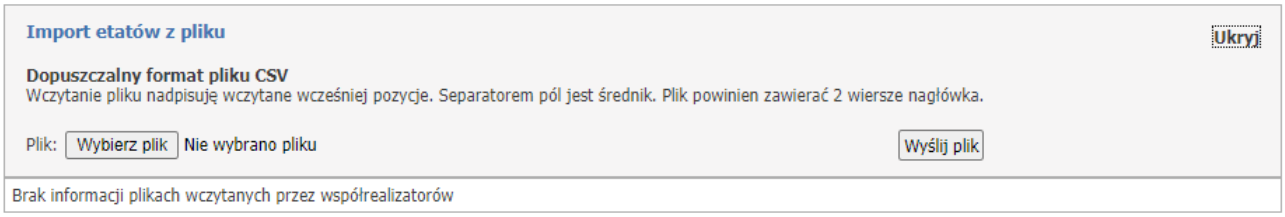
Każdy wniosek składa się z:
- Id zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;

© 2026 Kamsoft S.A.

- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Kod umowy - kod umowy dla której jest dodawany personel;
- Rok umowy - rok umowy dla której jest dodawany personel;
- Data pierwszego przekazania do OW NFZ - data wyświetli się, kiedy pierwszy raz zostanie przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ostatniego przekazania do OW NFZ - data przekazania ostatniego wniosku do OW NFZ;
- Data ostatniego zwrotu przez OW NFZ - data ostatniego przekazanego wniosku do poprawy świadczeniodawcy.



W części ***Import etatów z pliku*** należy zaimportować plik CSV z danymi o pracownikach wykonujących zawód medyczny. Domyślnie funkcja związana z importem jest niewidoczna - zostanie ona wyświetlona po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.



Importowany plik musi być zapisany jako CSV (rozdzielany przecinkami)(*.csv). Format Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(*.csv) nie będzie możliwy do wczytania.

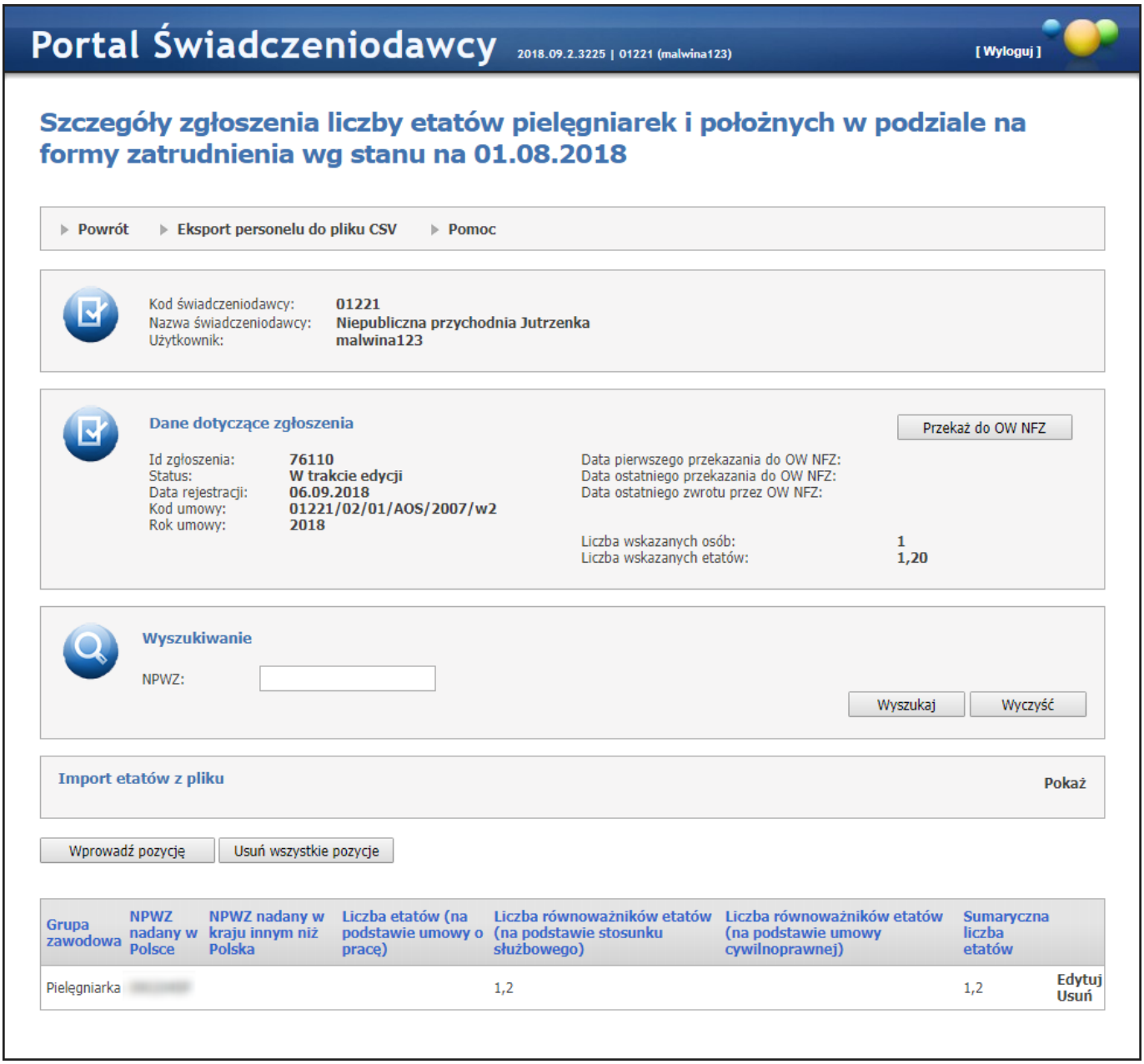
Zapisany plik CSV należy wskazać wybierając go poprzez **Wybierz plik** a następnie wczytać za pomocą **Wyślij plik**.
Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów z pliku***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu.

Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie jest przetwarzany przez OW można go pobrać do poprawy za pomocą przycisku **Przywróć do edycji.**

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.17.2 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów pielęgniarek i położnych w podziale na formy zatrudnienia

Szczegóły zgłoszenia umożliwiają przegląd oraz modyfikację liczby etatów pielęgniarek i położnych dla umowy.

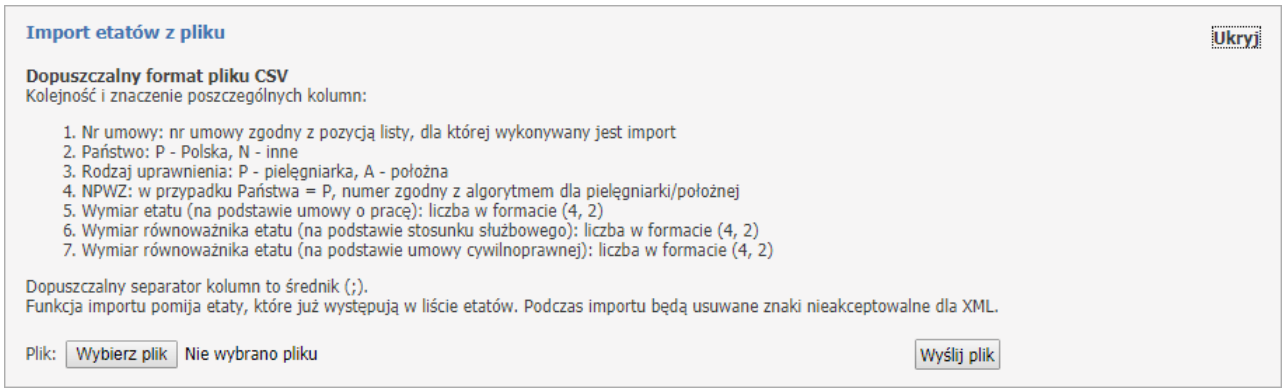


W części ***Dane dotyczące zgłoszenia*** znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data rejestracji, kod umowy której zgłoszenie dotyczy, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ i liczbie osób oraz etatów. W części tej znajduje się też przycisk **Przekaż do OW NFZ** którego kliknięcie spowoduje przekazywanie zgłoszenia do OW NFZ. Po przekazaniu zgłoszenia do OW będzie ono miało status ***Przekazane do OW NFZ*** oraz nie będzie możliwa jego dalsza edycja. Zgłoszenie będzie miało również wyświetloną datę pierwszego i ostatniego przekazania do OW NFZ.

W części ***Wyszukiwanie*** możliwe jest wyszukiwanie konkretnych etatów po numerze prawa wykonywania zawodu.

© 2026 Kamsoft S.A.

W części ***Import etatów*** możliwy jest import informacji o liczbie etatów pielęgniarek i położnych z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.

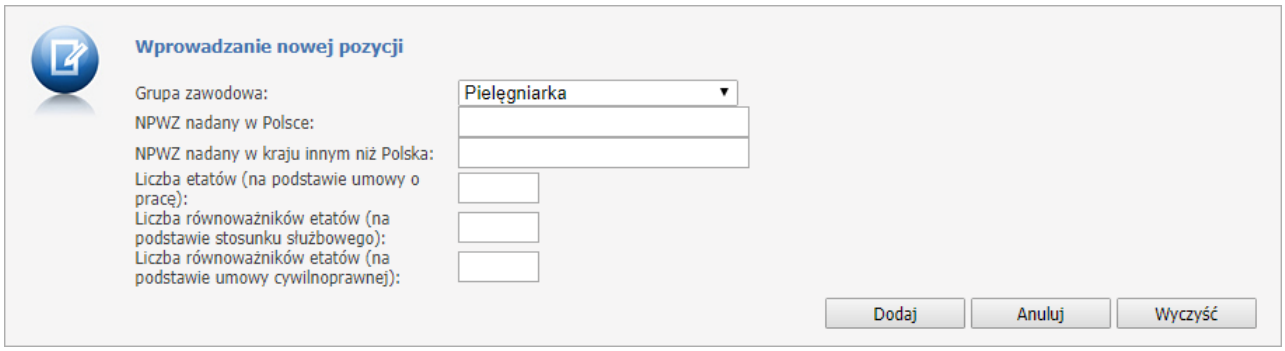


Po wyświetleniu całej zawartości części ***Import etatów z pliku*** dostępny stanie się przycisk **Wybierz plik** umożliwiający wskazanie pliku z danymi do zaimportowania. Przycisk **Wyślij plik** umożliwia wysłanie wskazanego pliku. Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu. Poniżej zaprezentowana jest prawidłowa struktura pliku CSV otwartego w aplikacji Microsoft® Excel®.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	nr umowy	państwo	rodzaj uprawnienia	npwz	wym. etatu	wym. et. na podst stos. sł.	wym. et. na podst. um. cyw.	
2	23519328-282	P	P	0000001P	1,2	0,4	0,3	
3	72635912-352	P	P	0000002P	1,1	0,5	0,7	
4								

Pod częścią ***Import etatów z pliku*** dostępne są następujące przyciski:

- **Wprowadź pozycję** - umożliwia ręczne wprowadzenie danych o etacie. Po jego kliknięciu dostępna stanie się część ***Wprowadzanie nowej pozycji***, w której dostępne są pola umożliwiające wybór grupy zawodowej, numeru prawa wykonywania zawodu oraz liczby etatów. Wymagane jest podanie grupy zawodowej oraz liczby etatów. W przypadku gdy wprowadzony zostanie polski NPWZ, to powinien on być zgodny z kategorią grupy zawodowej. Sumaryczna liczba etatów powinna być większa od 0 ale nie większa niż 4. Może mieć precyzję do dwóch znaków po przecinku. Liczba etatów może przyjmować dwie wartości po przecinku. Po wprowadzeniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj** co spowoduje dodanie informacji do zgłoszenia i jednocześnie spowoduje wyczyszczenie pól edycyjnych umożliwiając wprowadzenie następnych danych. Wyjście z trybu wprowadzania danych umożliwia przycisk **Anuluj**.



- **Usuń wszystkie pozycje** - umożliwia usunięcie wszystkich pozycji ze zgłoszenia.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wprowadzone szczegóły etatów widoczne są w postaci listy:

Grupa zawodowa	NPWZ nadany w Polsce	NPWZ nadany w kraju innym niż Polska	Liczba etatów (na podstawie umowy o pracę)	Liczba równoważników etatów (na podstawie stosunku służbowego)	Liczba równoważników etatów (na podstawie umowy cywilnoprawnej)	Sumaryczna liczba etatów
Pielęgniarka			1,2	0,4	0,3	1,9
Pielęgniarka				1,4		1,4
Położna			1,1	0,5	0,7	2,3

Po wprowadzeniu każdą pozycję można edytować i usuwać. Służą do tego odnośniki **Edytuj** i **Usuń** znajdujące się przy każdej pozycji na liście szczegółów zgłoszenia.

Użycie przycisku **Przekaż do OW NFZ**, gdy we wniosku nie został wskazany żaden NPWZ, spowoduje wyświetlenie komunikatu: ***Przekazujesz do OW NFZ informację bez żadnego numeru NPWZ. Czy potwierdzasz wykonanie operacji?*** **TAK/NIE**; wybór **TAK** spowoduje przekazanie tzw. "wniosku zerowego".

Po przekazaniu wniosku do OW, w miejscu przycisku **Przekaż do OW NFZ** dostępny będzie przycisk **Wydruk informacji**. Pozwala on na wygenerowanie i zapisanie w formacie PDF informacji zbiorczej dotyczącej liczby etatów w celu jej wydrukowania, podpisania i przekazania do OW. Wydruk informacji jest dostępny dla informacji niezerowych i zerowych.

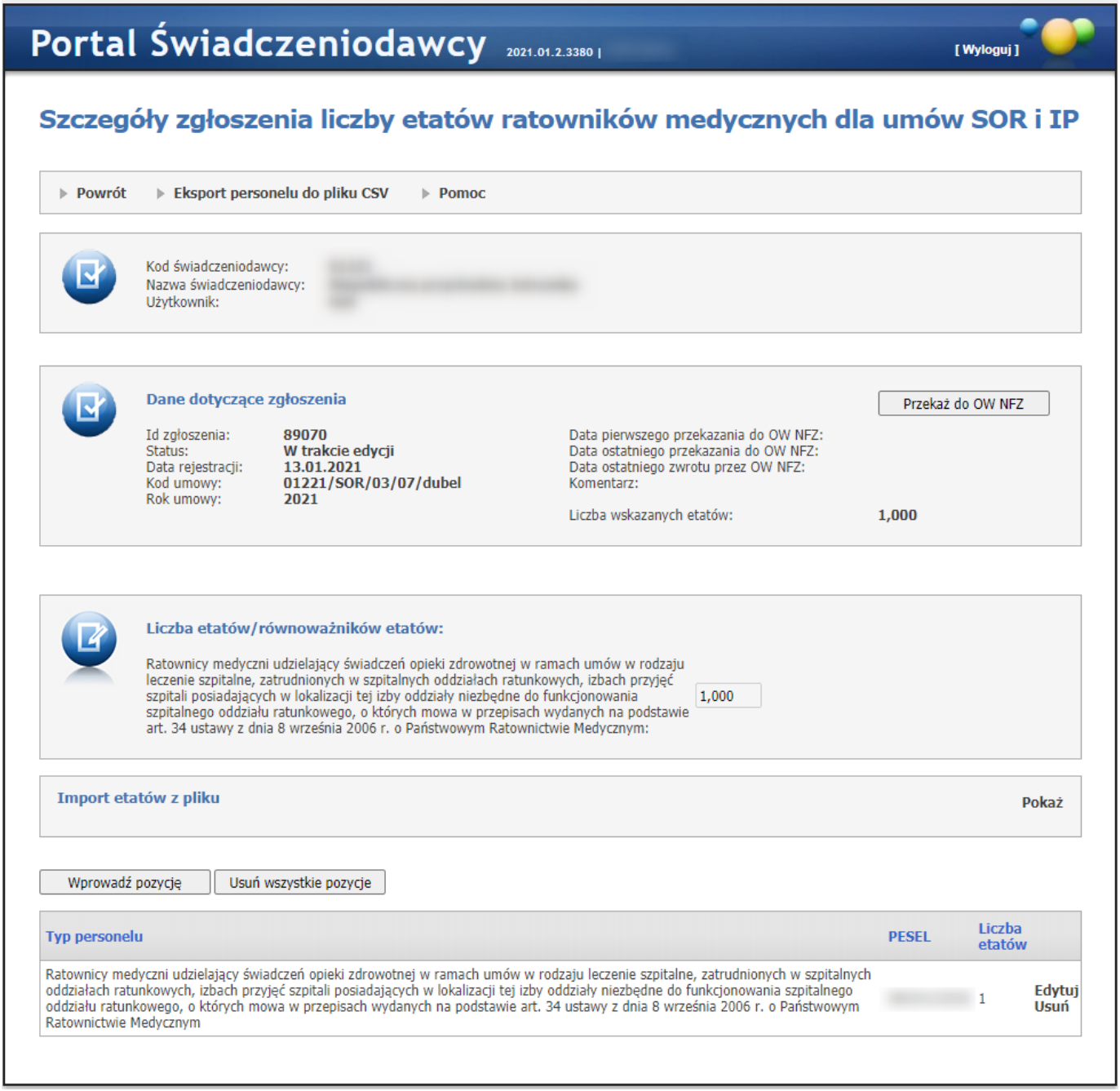
Odnośnik **Eksport personelu do pliku CSV** pozwala na zapisanie personelu występującego w zgłoszeniu w postaci pliku CSV. Po kliknięciu opcji wyświetlone zostanie standardowe okno systemu Microsoft® Windows® pozwalające na wskazanie miejsca zapisania pliku.

4.2.17.3 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów SOR i IP

Na tej formatce użytkownik ma możliwość dodawania, przeglądu oraz modyfikacji liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ oraz LSZ-PSZ.

W tym typie wniosku świadczeniodawca może wprowadzić informacje dotyczące grupy personelu:
- Ratownicy medyczni udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, zatrudnionych w szpitalnych oddziałach ratunkowych, izbach przyjęć szpitali posiadających w lokalizacji tej izby oddziały niezbędne do funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

© 2026 Kamsoft S.A.



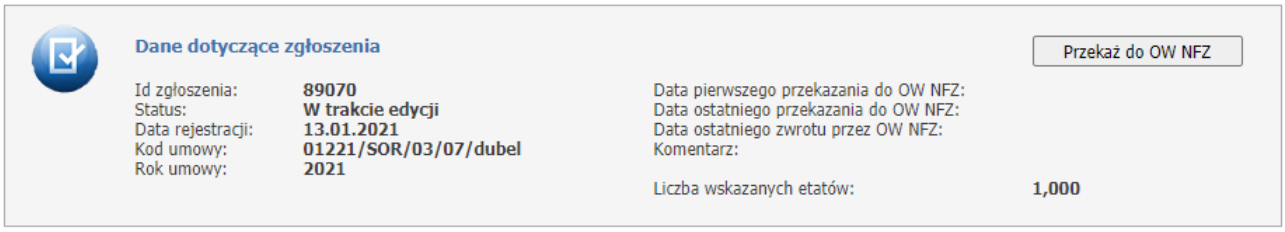
Dodawanie nowego wniosku.

W sekcji **Dodawanie nowego wniosku**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera akcję oraz kod umowy dla której chce zgłosić ratowników medycznych. Akcja jest definiowana za pomocą tabeli konfiguracji.
Po wybraniu kodu umowy i akcji, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.

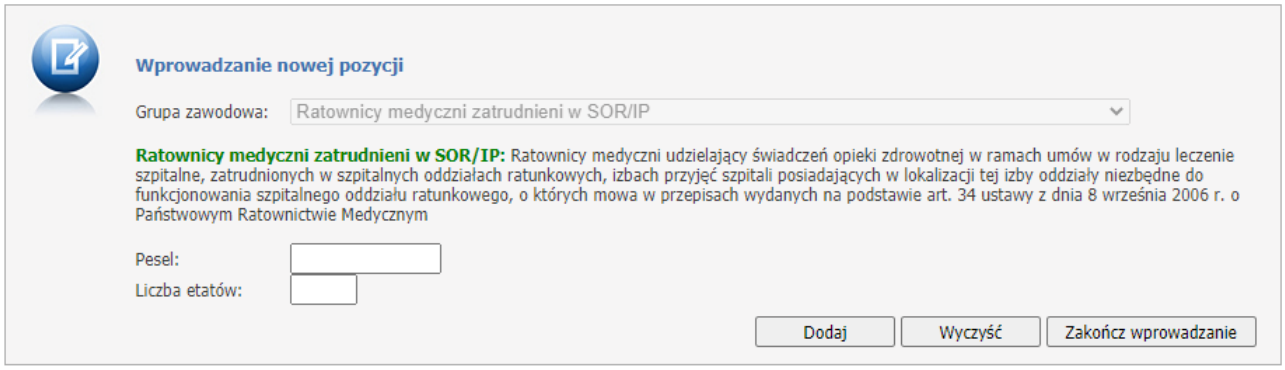
Każdy wniosek składa się z:
- Id zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Kod umowy - kod umowy dla której jest dodawany personel;

© 2026 Kamsoft S.A.

- Rok umowy - rok umowy dla której jest dodawany personel;
- Data pierwszego przekazania do OW NFZ - data wyświetli się, kiedy pierwszy raz zostanie przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ostatniego przekazania do OW NFZ - data przekazania ostatniego wniosku do OW NFZ;
- Data ostatniego zwrotu przez OW NFZ - data ostatniego przekazanego wniosku do poprawy świadczeniodawcy;
- Komentarz - komentarz, który wyświtla się po dodaniu go przez OW NFZ;
- Liczba wskazanych etatów - sumaryczna liczba etatów.

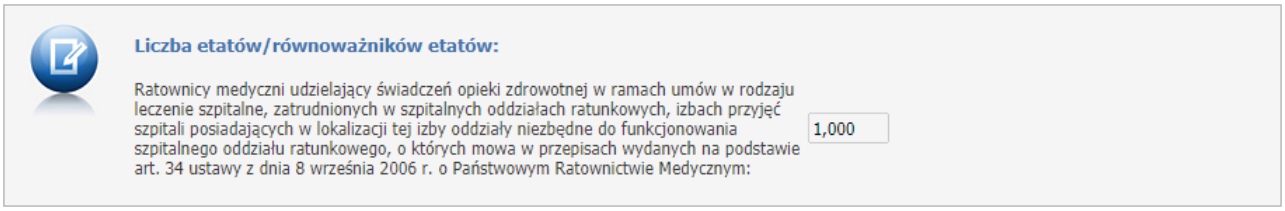


Za pomocą przycisku **Wprowadź pozycję** użytkownik może dodawać ratowników do wniosku. Wprowadzana pozycja musi zawierać PESEL oraz liczbę etatów.
Wszystkie pola są wymagane.



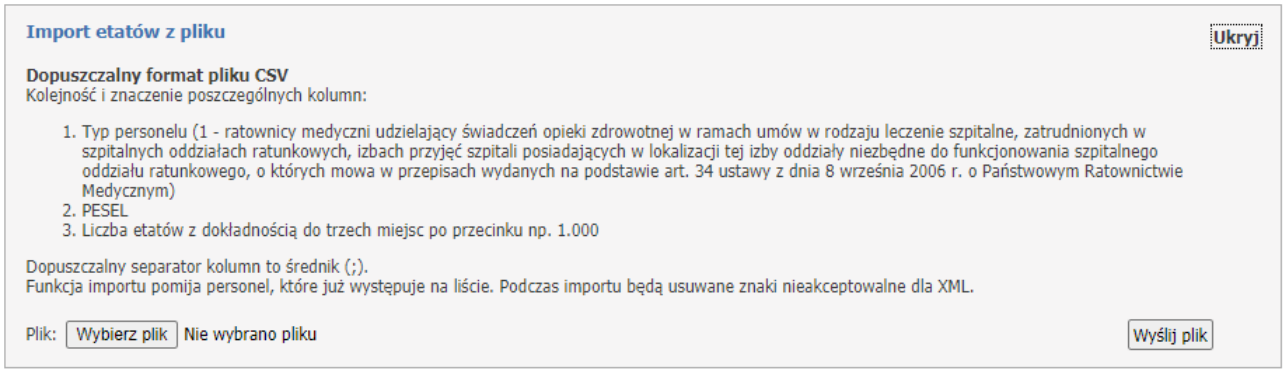
Każdy personel użytkownik zatwierdza za pomocą przycisku **Dodaj**. Po wprowadzeniu wszystkich ratowników należy użyć przycisku **Zakończ wprowadzanie**. Dodany personel można edytować lub usunąć.

W części ***Liczba etatów/równoważników etatów*** jest wyświetlana suma wprowadzonych ratowników.



© 2026 Kamsoft S.A.

W części ***Import etatów z pliku*** możliwy jest import informacji o liczbie ratowników medycznych z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.



Importowany plik musi być zapisany jako CSV (rozdzielany przecinkami)(*.csv). Format Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(*.csv) nie będzie możliwy do wczytania.

Zapisany plik CSV należy wskazać wybierając go poprzez **Wybierz plik** a następnie wczytać za pomocą **Wyślij plik**.
Zaczytana lista osób może być modyfikowana tak samo jak w przypadku wprowadzania ręcznego.
Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów z pliku***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu.

Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie jest przetwarzany przez OW można go pobrać do poprawy za pomocą przycisku **Przywróć do edycji**.

Odnośnik **Eksport personelu do pliku CSV** znajdujący się w górnej części formatki pozwala na zapis danych szczegółowych dotyczących pozycji wniosku do pliku.

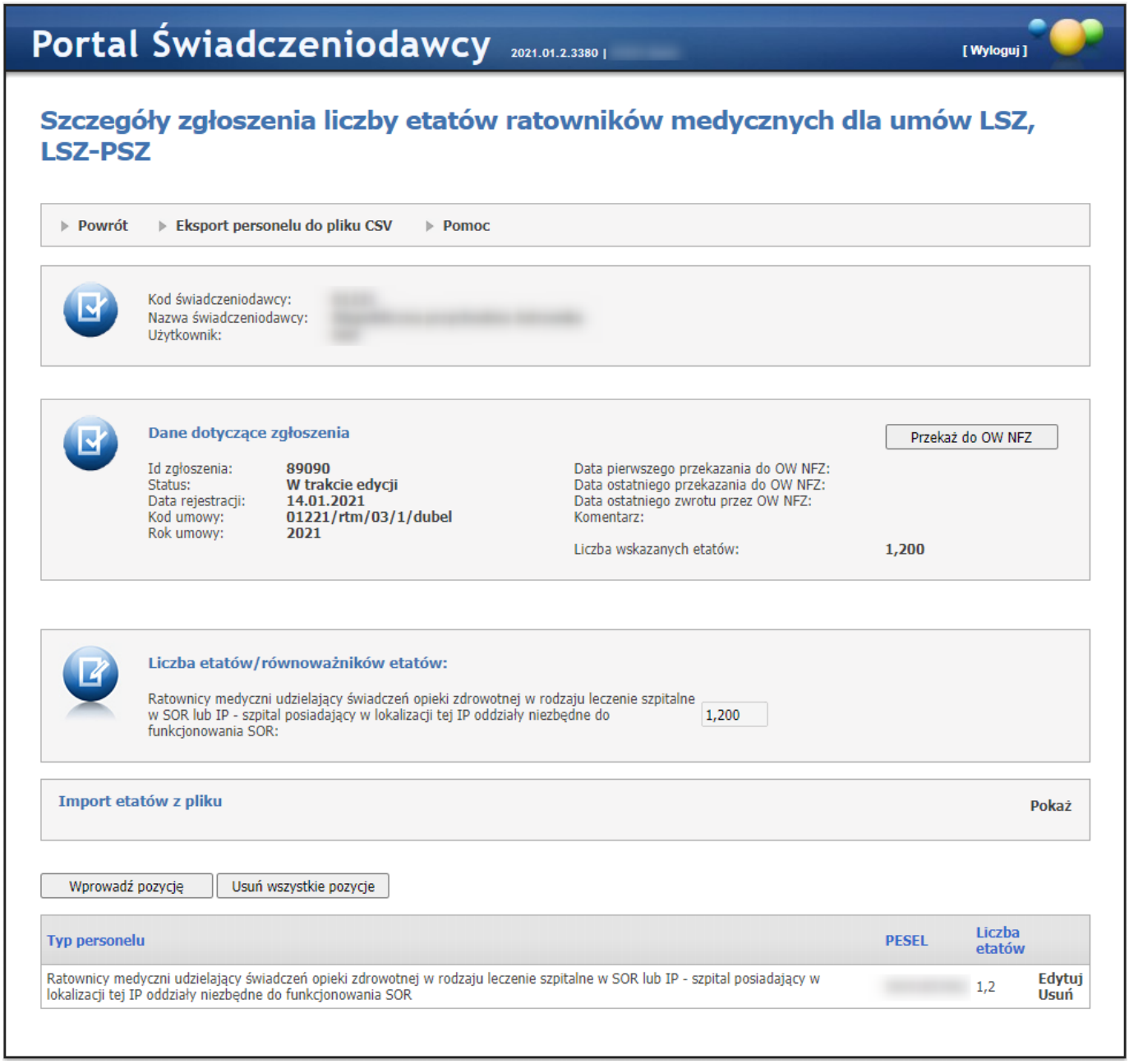
Uwaga: od 08.01.2021 nie ma już możliwości wprowadzania etatów dla grupy Ratownicy medyczni udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, zatrudnionych w izbach przyjęć szpitali nieposiadających w lokalizacji tej izby oddziałów niezbędnych do funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.17.4 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ, LSZ-PSZ

Na tej formatce użytkownik ma możliwość dodawania, przeglądu oraz modyfikacji liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ oraz LSZ-PSZ.

W tym typie wniosku świadczeniodawca może wprowadzić informacje dotyczące grypy personelu:
- Ratownicy medyczni udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w SOR lub IP - szpital posiadający w lokalizacji tej IP oddziały niezbędne do funkcjonowania SOR.



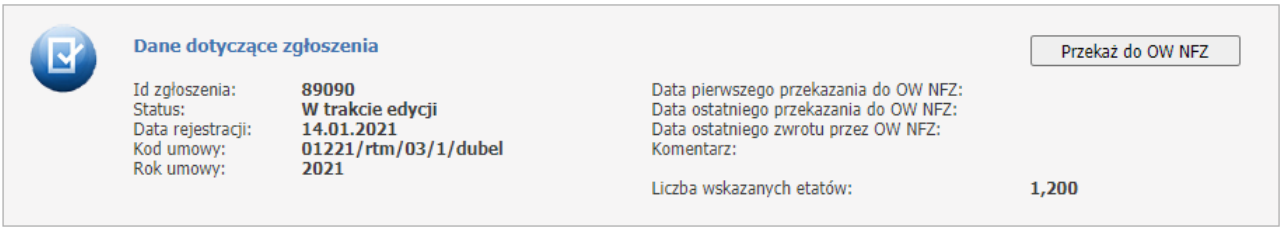
Dodawanie nowego wniosku.

W sekcji **Dodawanie nowego wniosku**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera akcję oraz kod umowy dla której chce zgłosić ratowników medycznych. Akcja jest definiowana za pomocą tabeli konfiguracji.

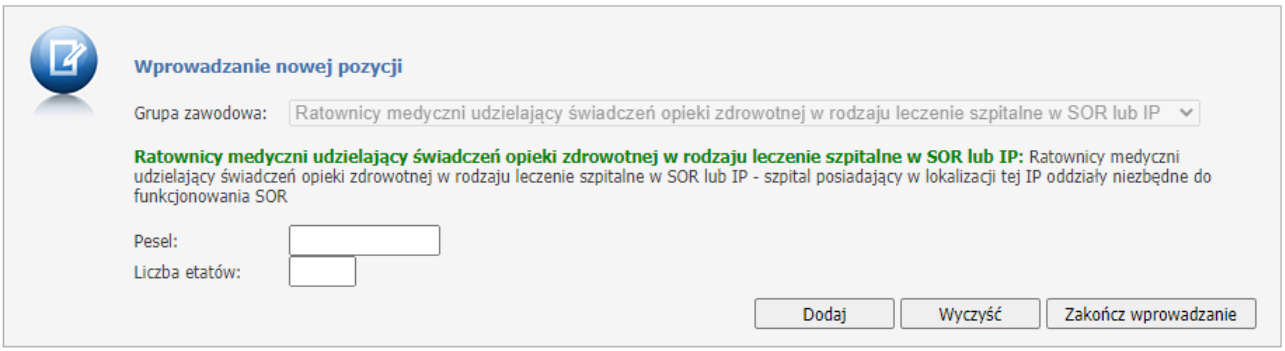
© 2026 Kamsoft S.A.

Po wybraniu kodu umowy i akcji, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.

Każdy wniosek składa się z:
- Id zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Kod umowy - kod umowy dla której jest dodawany personel;
- Rok umowy - rok umowy dla której jest dodawany personel;
- Data pierwszego przekazania do OW NFZ - data wyświetli się, kiedy pierwszy raz zostanie przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ostatniego przekazania do OW NFZ - data przekazania ostatniego wniosku do OW NFZ;
- Data ostatniego zwrotu przez OW NFZ - data ostatniego przekazanego wniosku do poprawy świadczeniodawcy;
- Komentarz - komentarz, który wyświtla się po dodaniu go przez OW NFZ;
- Liczba wskazanych etatów - sumaryczna liczba etatów.



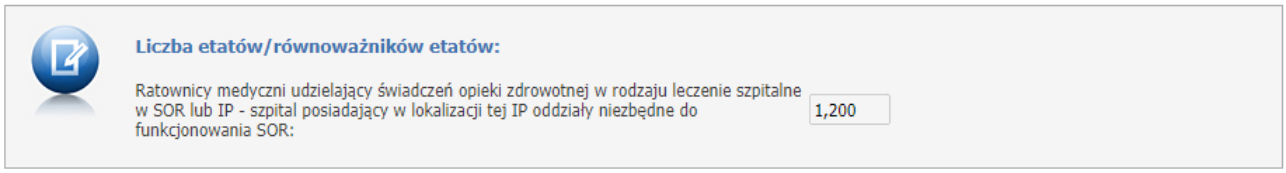
Za pomocą przycisku **Wprowadź pozycję** użytkownik może dodawać ratowników do wniosku. Wprowadzana pozycja musi zawierać PESEL oraz liczbę etatów.
Wszystkie pola są wymagane.



Każdy personel użytkownik zatwierdza za pomocą przycisku **Dodaj**. Po wprowadzeniu wszystkich ratowników należy użyć przycisku **Zakończ wprowadzanie**. Dodany personel można edytować lub usunąć.

W części ***Liczba etatów/równoważników etatów*** jest wyświetlana suma wprowadzonych ratowników z dokładnością do danej grupy.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części ***Import etatów z pliku*** możliwy jest import informacji o liczbie ratowników medycznych z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.

Importowany plik musi być zapisany jako CSV (rozdzielany przecinkami)(*.csv). Format Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(*.csv) nie będzie możliwy do wczytania.

Zapisany plik CSV należy wskazać wybierając go poprzez **Wybierz plik** a następnie wczytać za pomocą **Wyślij plik**.
Zaczytana lista osób może być modyfikowana tak samo jak w przypadku wprowadzania ręcznego.
Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów z pliku***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu.

Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie jest przetwarzany przez OW można go pobrać do poprawy za pomocą przycisku **Przywróć do edycji**.

Odnośnik **Eksport personelu do pliku CSV** znajdujący się w górnej części formatki pozwala na zapis danych szczegółowych dotyczących pozycji wniosku do pliku.

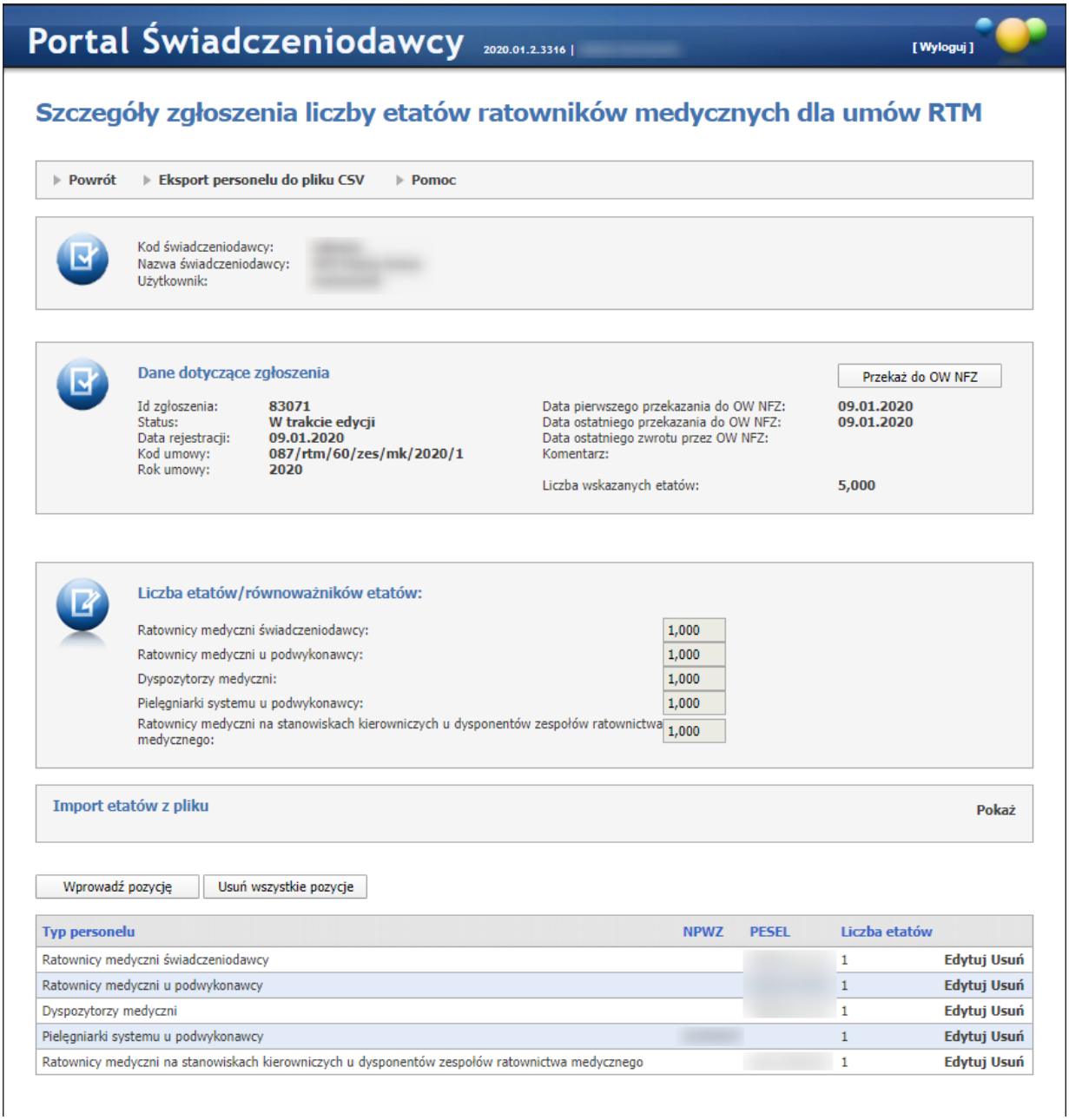
Uwaga: od 08.01.2021 nie ma już możliwości wprowadzania etatów dla grupy Ratownicy medyczni - pozostałe oddziały szpitalne.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.17.5 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów RTM

Na tej formatce użytkownik ma możliwość dodawania, przeglądu oraz modyfikacji liczby etatów ratowników medycznych dla umów RTM.

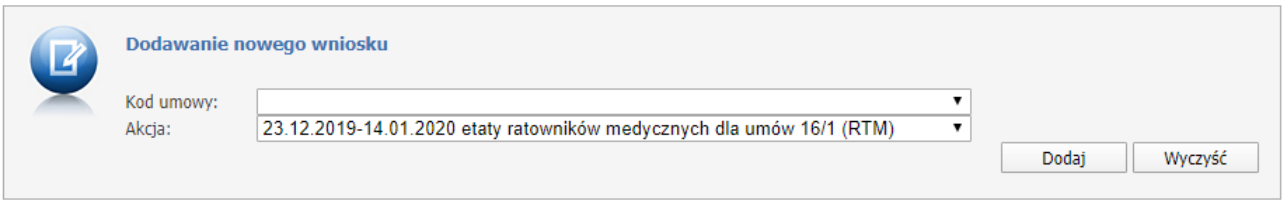
W tym typie wniosku świadczeniodawca może wprowadzić informacje dotyczące pięciu grup personelu:
- Ratownicy medyczni świadczeniodawcy,
- Ratownicy medyczni u podwykonawcy,
- Dyspozytorzy medyczni,
- Pielęgniarki systemu u podwykonawcy,
- Ratownicy medyczni na stanowiskach kierowniczych u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.



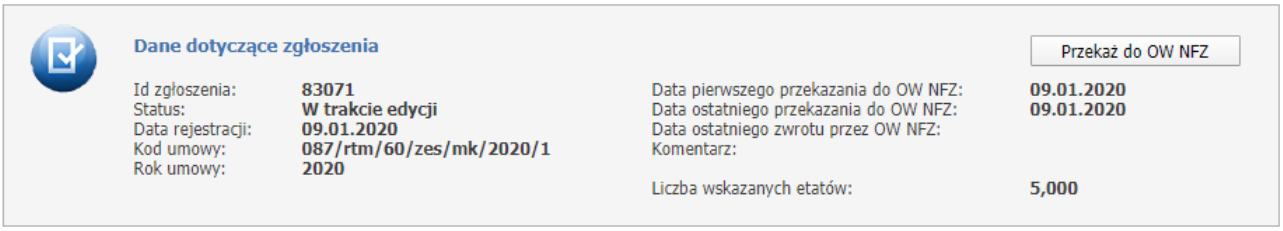
Dodawanie nowego wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

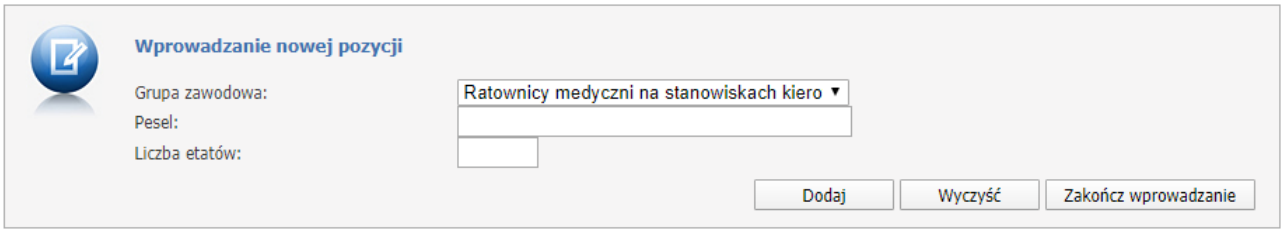
W sekcji **Dodawanie nowego wniosku**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera akcję oraz kod umowy dla której chce zgłosić ratowników medycznych. Akcja jest definiowana za pomocą tabeli konfiguracji.
Po wybraniu kodu umowy i akcji, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.



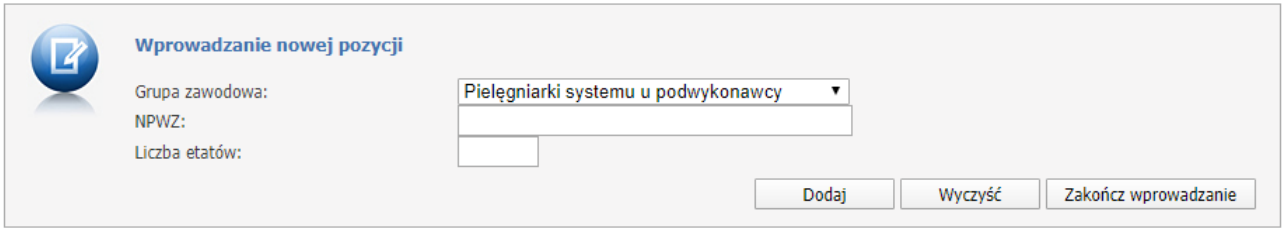
Każdy wniosek składa się z:
- Id zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Kod umowy - kod umowy dla której jest dodawany personel;
- Rok umowy - rok umowy dla której jest dodawany personel;
- Data pierwszego przekazania do OW NFZ - data wyświetli się, kiedy pierwszy raz zostanie przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ostatniego przekazania do OW NFZ - data przekazania ostatniego wniosku do OW NFZ;
- Data ostatniego zwrotu przez OW NFZ - data ostatniego przekazanego wniosku do poprawy świadczeniodawcy;
- Komentarz - komentarz, który wyświtla się po dodaniu go przez OW NFZ;
- Liczba wskazanych etatów - sumaryczna liczba etatów.



Za pomocą przycisku **Wprowadź pozycję** użytkownik może dodawać personel do wniosku. Wprowadzana pozycja musi zawierać grupę zawodową, PESEL - w przypadku pielęgniarek NPWZ oraz liczbę etatów.
Wszystkie pola są wymagane.

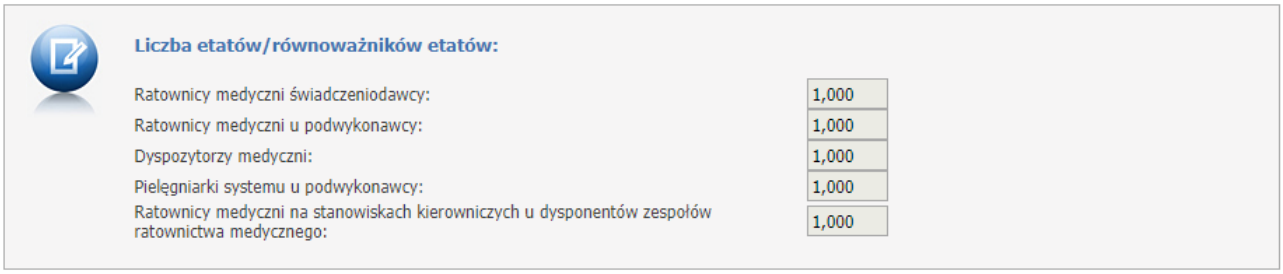


© 2026 Kamsoft S.A.

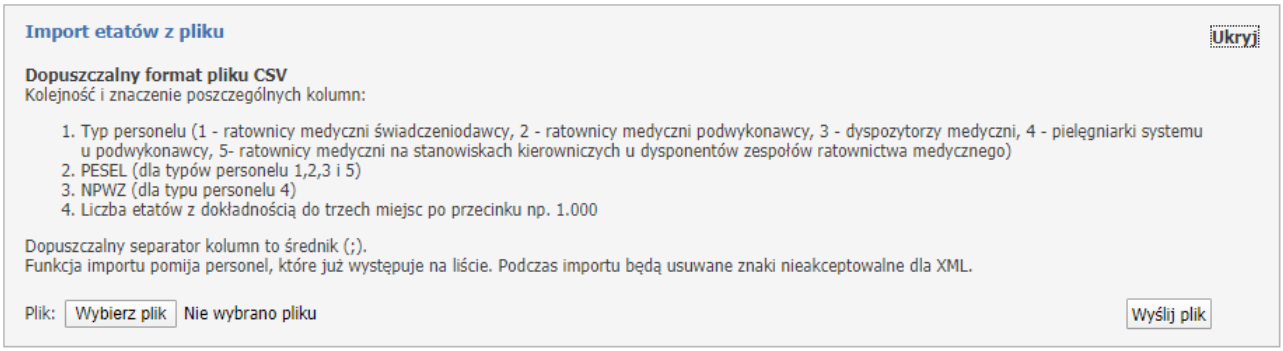


Każdy personel użytkownik zatwierdza za pomocą przycisku **Dodaj**. Po wprowadzeniu wszystkich ratowników należy użyć przycisku **Zakończ wprowadzanie**. Dodany personel można edytować lub usunąć.

W części ***Liczba etatów/równoważników etatów*** jest wyświetlana suma wprowadzonych ratowników z dokładnością do danej grupy.



W części ***Import etatów z pliku*** możliwy jest import informacji o liczbie ratowników medycznych z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.



Importowany plik musi być zapisany jako CSV (rozdzielany przecinkami)(*.csv). Format Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(*.csv) nie będzie możliwy do wczytania.

Zapisany plik CSV należy wskazać wybierając go poprzez **Wybierz plik** a następnie wczytać za pomocą **Wyślij plik**.
Zaczytana lista osób może być modyfikowana tak samo jak w przypadku wprowadzania ręcznego.
Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów z pliku***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu.

© 2026 Kamsoft S.A.

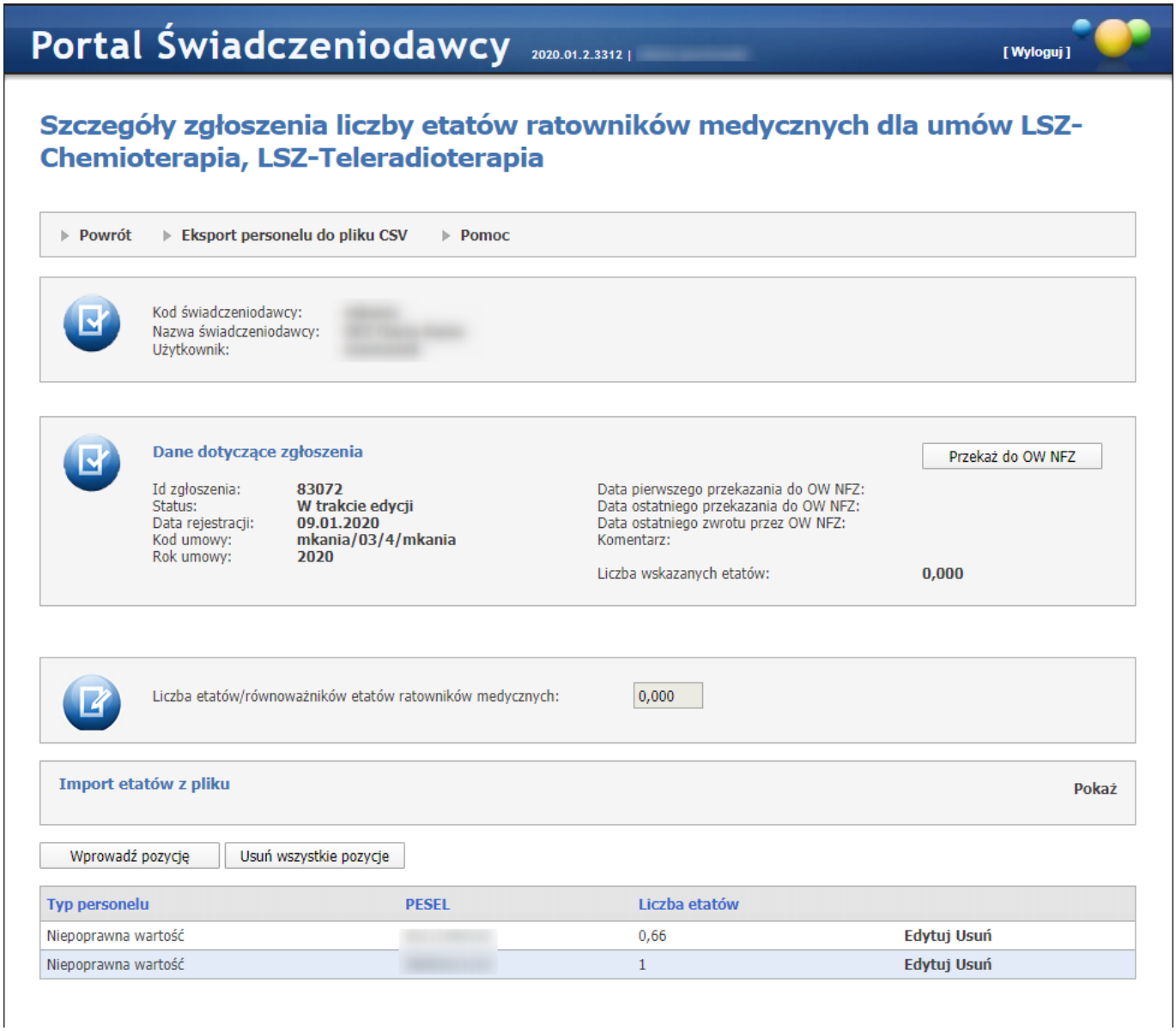
Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie jest przetwarzany przez OW można go pobrać do poprawy za pomocą przycisku **Przywróć do edycji**.

Odnośnik **Eksport personelu do pliku CSV** znajdujący się w górnej części formatki pozwala na zapis danych szczegółowych dotyczących pozycji wniosku do pliku.

4.2.17.6 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ-Chemioterapia, LSZ-Teleradioterapia

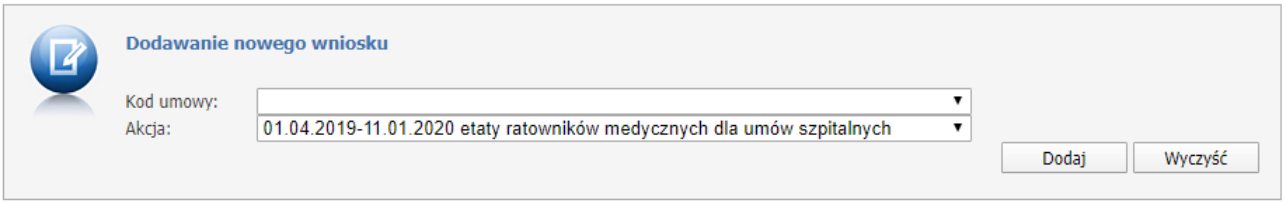
Na tej formatce użytkownik ma możliwość dodawania, przeglądu oraz modyfikacji liczby etatów ratowników medycznych dla umów LSZ oraz LSZ-PSZ.

W tym typie wniosku świadczeniodawca może wprowadzić informacje dotyczące jednej grupy personelu:
- Ratownicy medyczni.

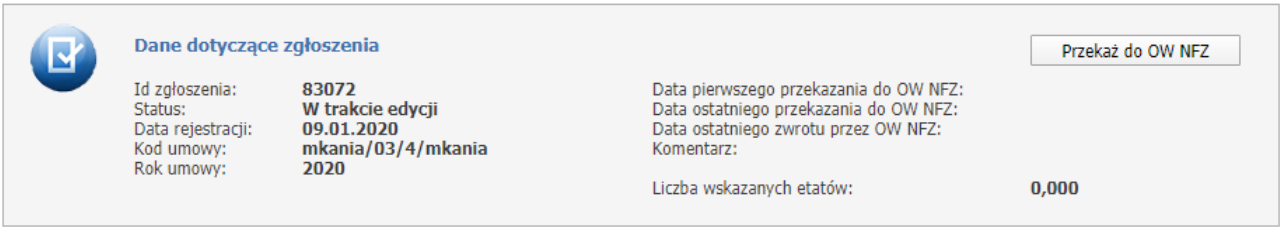


Dodawanie nowego wniosku.

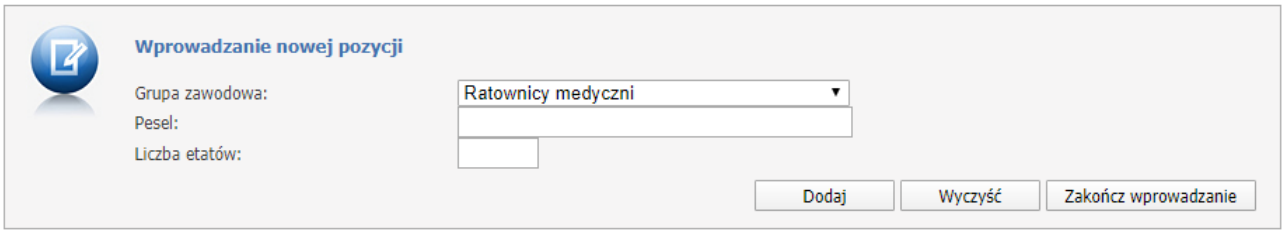
W sekcji **Dodawanie nowego wniosku**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera akcję oraz kod umowy dla której chce zgłosić ratowników medycznych. Akcja jest definiowana za pomocą tabeli konfiguracji.
Po wybraniu kodu umowy i akcji, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.



Każdy wniosek składa się z:
- Id zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Kod umowy - kod umowy dla której jest dodawany personel;
- Rok umowy - rok umowy dla której jest dodawany personel;
- Data pierwszego przekazania do OW NFZ - data wyświetli się, kiedy pierwszy raz zostanie przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ostatniego przekazania do OW NFZ - data przekazania ostatniego wniosku do OW NFZ;
- Data ostatniego zwrotu przez OW NFZ - data ostatniego przekazanego wniosku do poprawy świadczeniodawcy;
- Komentarz - komentarz, który wyświtla się po dodaniu go przez OW NFZ;
- Liczba wskazanych etatów - sumaryczna liczba etatów.



Za pomocą przycisku **Wprowadź pozycję** użytkownik może dodawać ratowników do wniosku. Wprowadzana pozycja musi zawierać grupę zawodową, PESEL oraz liczbę etatów.
Wszystkie pola są wymagane.



© 2026 Kamsoft S.A.

Każdy personel użytkownik zatwierdza za pomocą przycisku **Dodaj**. Po wprowadzeniu wszystkich ratowników należy użyć przycisku **Zakończ wprowadzanie**. Dodany personel można edytować lub usunąć.

W części ***Liczba etatów/równoważników etatów ratowników medycznych*** jest wyświetlana suma wprowadzonych ratowników.

W części ***Import etatów z pliku*** możliwy jest import informacji o liczbie ratowników medycznych z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.

Importowany plik musi być zapisany jako CSV (rozdzielany przecinkami)(*.csv). Format Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami)(*.csv) nie będzie możliwy do wczytania.

Zapisany plik CSV należy wskazać wybierając go poprzez **Wybierz plik** a następnie wczytać za pomocą **Wyślij plik**.
Zaczytana lista osób może być modyfikowana tak samo jak w przypadku wprowadzania ręcznego.
Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów z pliku***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu.

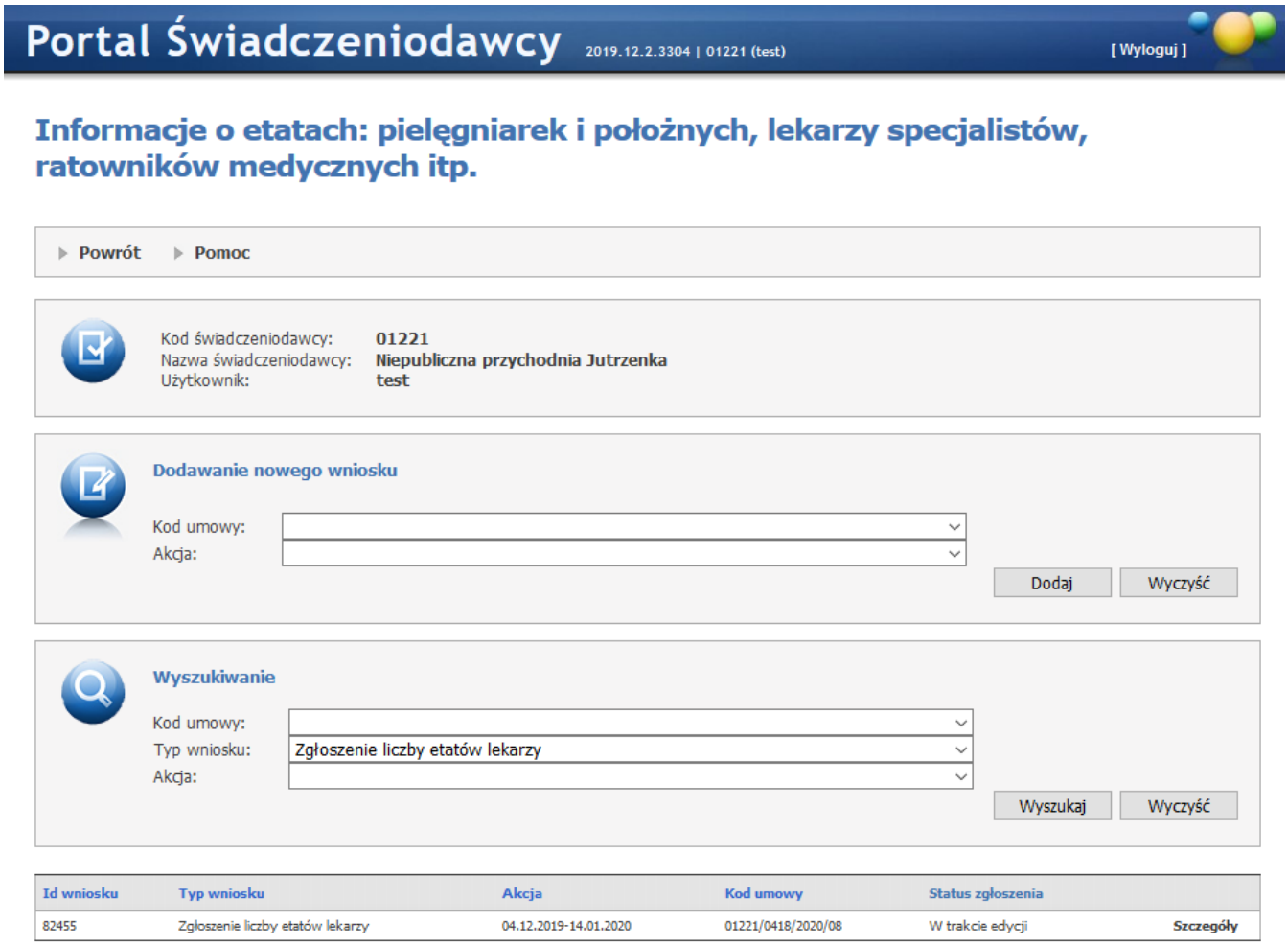
Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie jest przetwarzany przez OW można go pobrać do poprawy za pomocą przycisku **Przywróć do edycji**.

Odnośnik **Eksport personelu do pliku CSV** znajdujący się w górnej części formatki pozwala na zapis danych szczegółowych dotyczących pozycji wniosku do pliku.

© 2026 Kamsoft S.A.

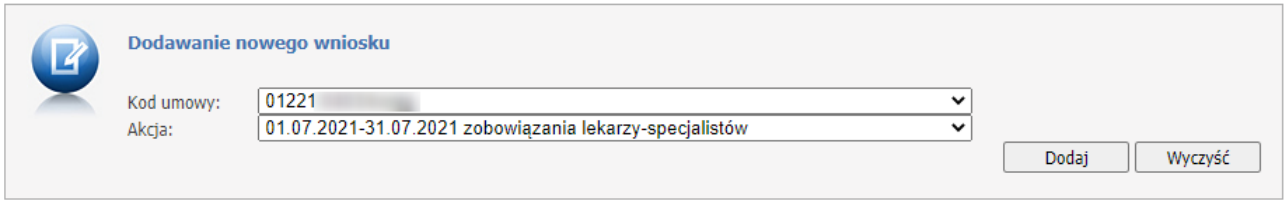
4.2.17.7 Szczegóły zgłoszenia liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów

Formatka **Szczegóły zgłoszenia liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów** umożliwia dodawanie, przegląd oraz modyfikację liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów. Typ wniosku jest prezentowany w filtrze jako *Zgłoszenie liczby etatów lekarzy*.



Dodawanie nowego wniosku.

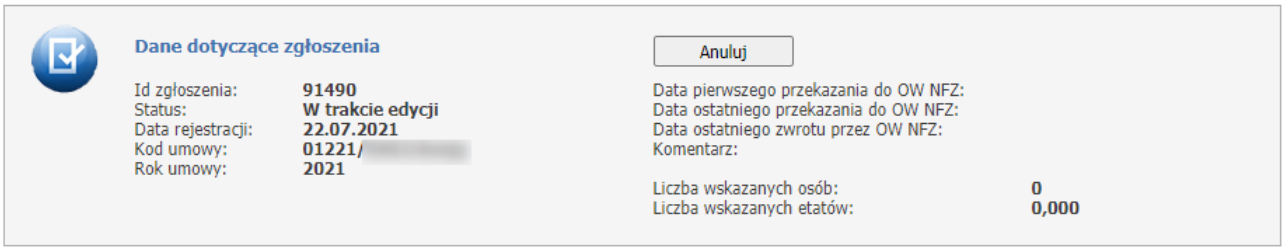
W sekcji **Dodawanie nowego wniosku**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera akcję oraz kod umowy dla której chce zgłosić lekarzy lub/i lekarzy dentystów. Akcja jest definiowana za pomocą tabeli konfiguracji.
Po wybraniu kodu umowy i akcji, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.



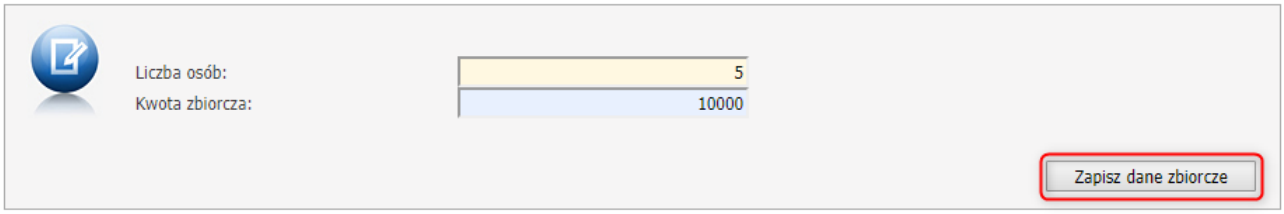
Każdy wniosek składa się z:

© 2026 Kamsoft S.A.

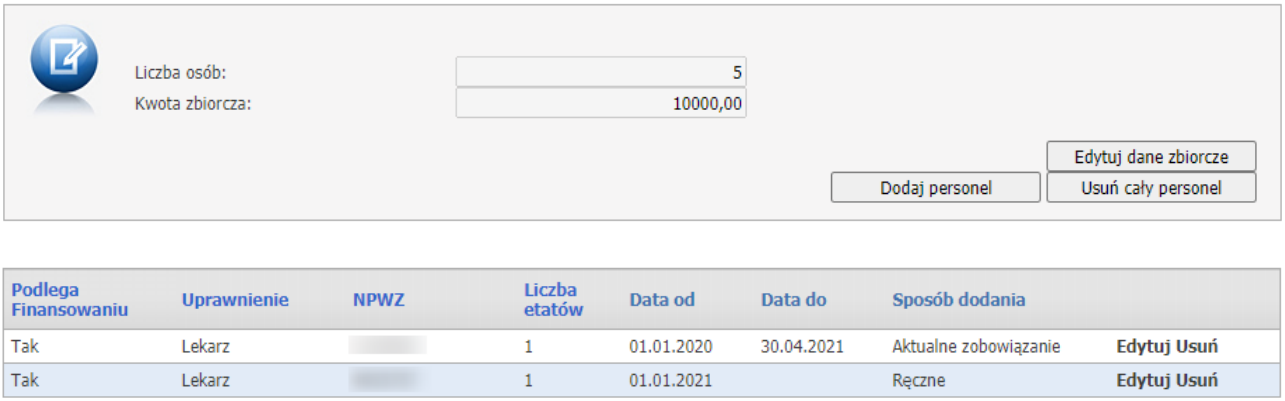
- Id zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Kod umowy - kod umowy dla której jest dodawany personel;
- Rok umowy - rok umowy dla której jest dodawany personel;
- Data pierwszego przekazania do OW NFZ - data wyświetli się, kiedy pierwszy raz zostanie przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ostatniego przekazania do OW NFZ - data przekazania ostatniego wniosku do OW NFZ;
- Data ostatniego zwrotu przez OW NFZ - data ostatniego przekazanego wniosku do poprawy świadczeniodawcy;
- Komentarz - komentarz, który wyświtla się po dodaniu go przez OW NFZ;
- Liczba wskazanych osób - sumaryczna liczba personelu;
- Liczba wskazanych etatów - sumaryczna liczba etatów.



Użytkownik najpierw musi uzupełnić dane zbiorcze, gdzie należy wykazać liczbę osób zgłaszanych do podwyżki oraz zbiorczą kwotę. Pola te można dowolną ilość razy edytować.
Świadczeniodawca może również jak do tej pory przekazać zerowe wnioski.



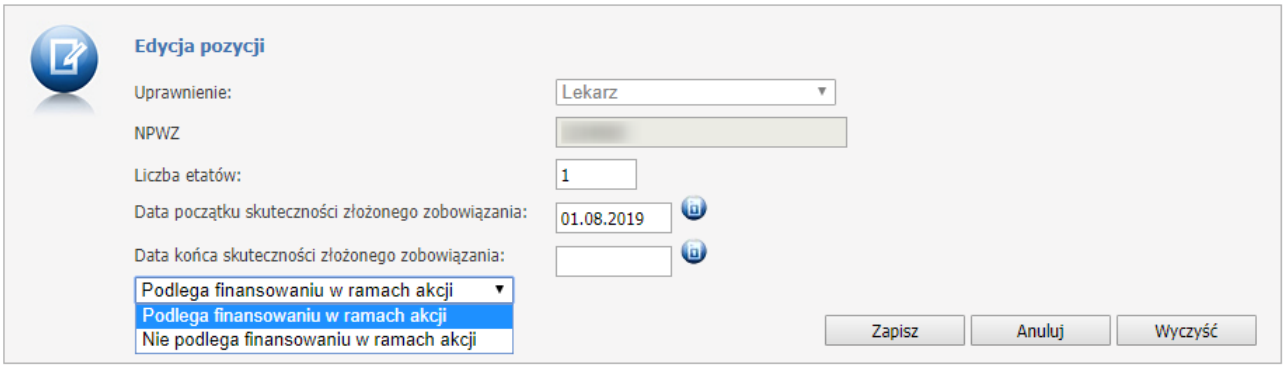
Po zapisaniu danych zbiorczych pojawią się funkcyjne przyciski.



Każdy personel na wniosku jest edytowalny. Klikając w **Edytuj** dostępna stanie się część ***Edycja pozycji***, w której dostępne są pola, które można zmienić czyli: liczba etatów, data początku skuteczności złożonego zobowiązania,

© 2026 Kamsoft S.A.

data końca skuteczności złożonego zobowiązania - tu zależności od edycji są różne walidacje, wybór czy dana osoba podlega finansowaniu w tej akcji - jeśli będzie oznaczone, to podczas zatwierdzania wniosku zostanie wygenerowany wniosek o wycofanie.



Jeśli data początku skutku zobowiązania zostanie zmieniona wtedy taka pozycja nie jest już oznaczona jako 'Aktulane zobowiązanie' i jest traktowana jako pozycja wprowadzona ręcznie.

Podlega Finansowaniu	Uprawnienie	NPWZ	Liczba etatów	Data od	Data do	Sposób dodania	
Tak	Lekarz		1	01.08.2019		Ręczne	Edytuj Usuń
Tak	Lekarz		1	01.08.2019		Aktualne zobowiązanie	Edytuj Usuń
Tak	Lekarz		1	01.08.2019		Aktualne zobowiązanie	Edytuj Usuń

Po wprowadzeniu danych należy kliknąć przycisk **Zapisz**. Wyjście z trybu wprowadzania danych umożliwia przycisk **Anuluj**.

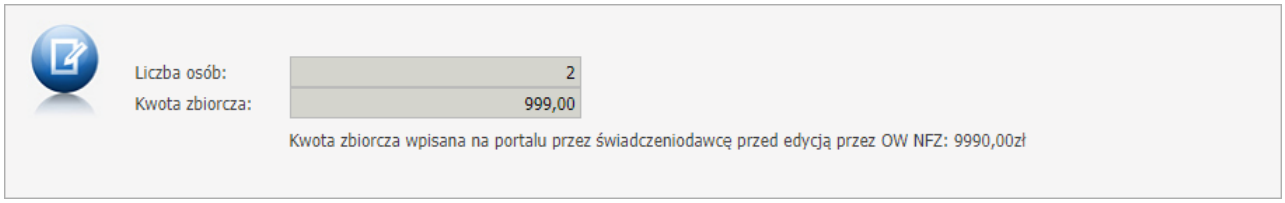
❖ *Dodaj personel* - umożliwia ręczne wprowadzenie danych o etacie. Po jego kliknięciu dostępna stanie się część ***Wprowadzanie nowej pozycji***, w której dostępne są pola umożliwiające wybór uprawnienia, NPWZ, liczby etatów oraz daty początku oraz końca skuteczności złożonego zobowiązania. W przypadku gdy wprowadzony zostanie polski NPWZ, to powinien on być zgodny z kategorią grupy zawodowej. Liczba etatów zapisywana jest z dokładnością do trzech miejsc po przecinku. Po wprowadzeniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj** co spowoduje dodanie informacji do zgłoszenia i jednocześnie spowoduje wyczyszczenie pól edycyjnych umożliwiając wprowadzenie następnych danych. Wyjście z trybu wprowadzania danych umożliwia przycisk **Anuluj**.

❖ *Usuń cały personel* - umożliwia usunięcie wszystkich pozycji ze zgłoszenia.

Po przekazaniu wniosku do OW, w miejscu przycisku **Przekaż do OW NFZ** dostępny będzie przycisk **Wydruk informacji**. Pozwala on na wygenerowanie i zapisanie w formacie PDF informacji zbiorczej dotyczącej liczby etatów i kwot przekazywanych w akcji, w celu jej wydrukowania, podpisania i przekazania do OW. Wydruk informacji jest dostępny dla informacji niezerowych i zerowych.

W przypadku zmiany wprowadzonej kwoty przez OW informacja o tym będzie prezentowana poniżej pola z kwotą zbiorczą.

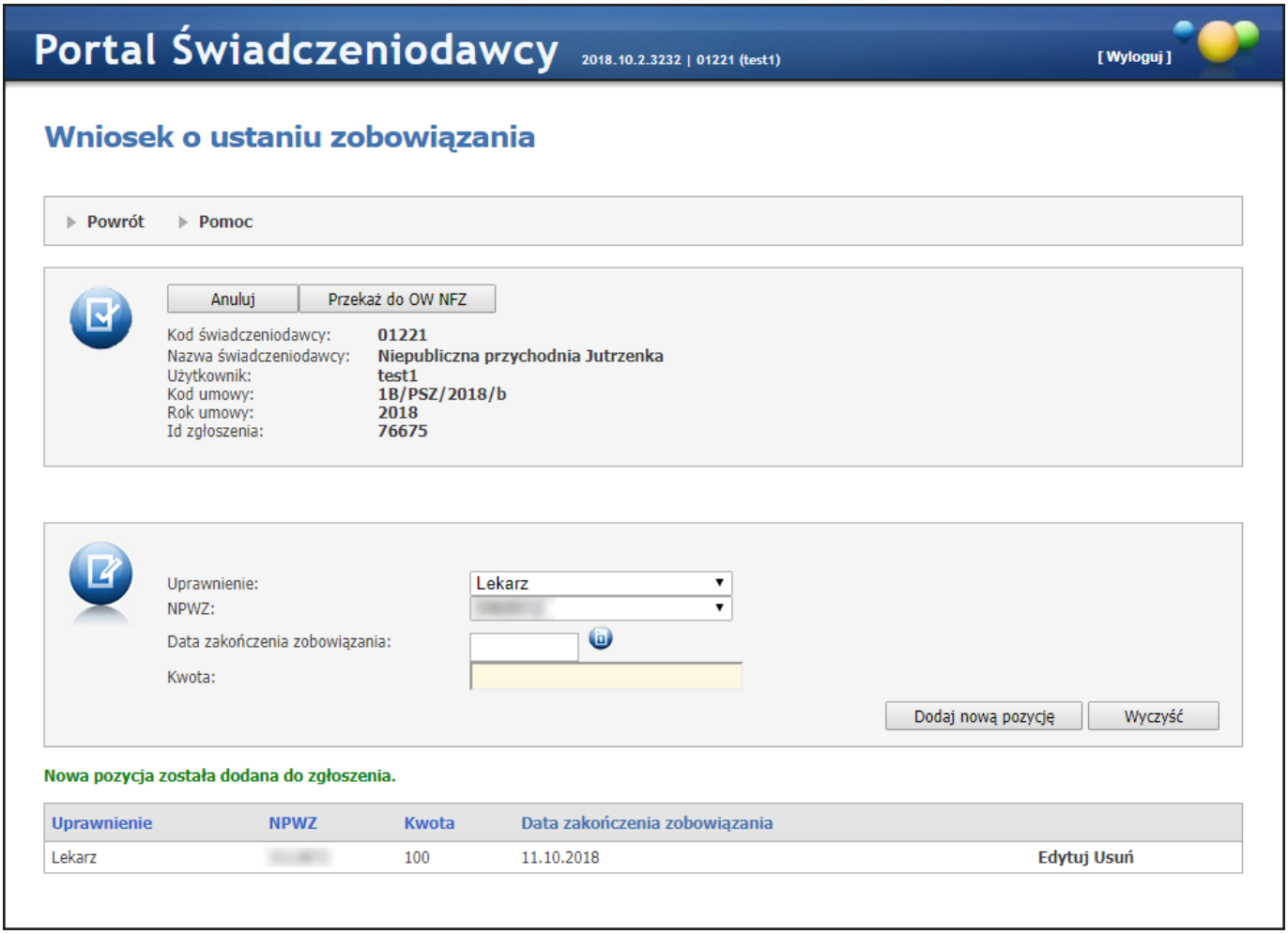
© 2026 Kamsoft S.A.



Dodatkowe informacje:
Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków za pomocą sekcji **Wyszukiwanie,** za pomocą rozwijanej listy i przycisku **Wyszukaj**. Do wyboru są możliwe tylko miesiące z bieżącej oraz wcześniejszych akcji.

4.2.17.8 Wniosek o ustaniu zobowiązania

Wniosek o ustaniu zobowiązania można dodać tylko jeśli do danej umowy istnieje już zatwierdzony wniosek zgłoszenia liczby etatów lekarzy i lekarzy dentystów.



© 2026 Kamsoft S.A.

W górnej części wniosku znajduje się kod świadczeniodawcy, jego nazwa, użytkownik, kod umowy, roku umowy oraz identyfikator zgłoszenia. W części tej znajdują się też przyciski **Anuluj** oraz **Przekaż do OW NFZ**. Kliknięcie **Anuluj** spowoduje anulowanie wniosku, a w miejscu przycisku anuluj pojawi się przycisk **W trakcie edycji** umożliwiający ponowne uaktywnienie wniosku i przejście w tryb edycji jego danych. Przycisk **Przekaż do OW NFZ** umożliwia przekazanie zgłoszenia do OW NFZ. Po przekazaniu zgłoszenia do OW będzie ono miało status ***Przekazane do OW NFZ*** oraz nie będzie możliwa jego dalsza edycja. Zgłoszenie będzie miało również wyświetloną datę pierwszego i ostatniego przekazania do OW NFZ.

W następnej części dostępne są rozwijane pola *Uprawnienie* oraz *NPWZ* (numer prawa wykonywania zawodu) - należy w nich wybrać osobę, wobec której ustało zobowiązanie. Następnie, uzupełnić pola: *Data zakończenia zobowiązania* oraz *Kwota* (kwota pomniejszenia zobowiązania funduszu wynikająca z faktu ustania zobowiązania dla wskazanego wcześniej lekarza) - przykładowo: jeśli w informacji o lekarzach, którzy złożyli zobowiązania, wpisano np. 3 NPWZ i kwotę 5.000 (pomyślaną jako suma kwot podwyżek dla tych 3 NPWZ, z czego dla lekarza X przypada przykładowo 100 zł na każdy z miesięcy lipiec-grudzień, czyli razem 600 zł); następnie lekarz X składa oświadczenie, na podstawie którego jego zobowiązanie utraci moc **od września**; wówczas powinien złożyć informację o ustaniu zobowiązania i przy tym NPZW lekarza X wpisać kwotę podwyżek **dla tego lekarza X**, o które wnioskował wcześniej, ale które teraz stają się nienależne, a zatem 100 zł za miesiące wrzesień-grudzień = 400 zł. Po uzupełnieniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj nową pozycję**, a wprowadzone dane zostaną zapisane i zaprezentowane w postaci wiersza tabeli. W jednym wniosku może być w ten sposób przekazanych kilka NPWZ i przy każdym z nich ta kwota będzie inna, wyliczona jednak wg powyższej reguły.
Znajdujące się z prawej strony odnośniki **Edytuj** oraz **Usuń** pozwalają na edycję pozycji (za wyjątkiem pola *NPWZ*) lub całkowite usunięcie pozycji z wniosku.

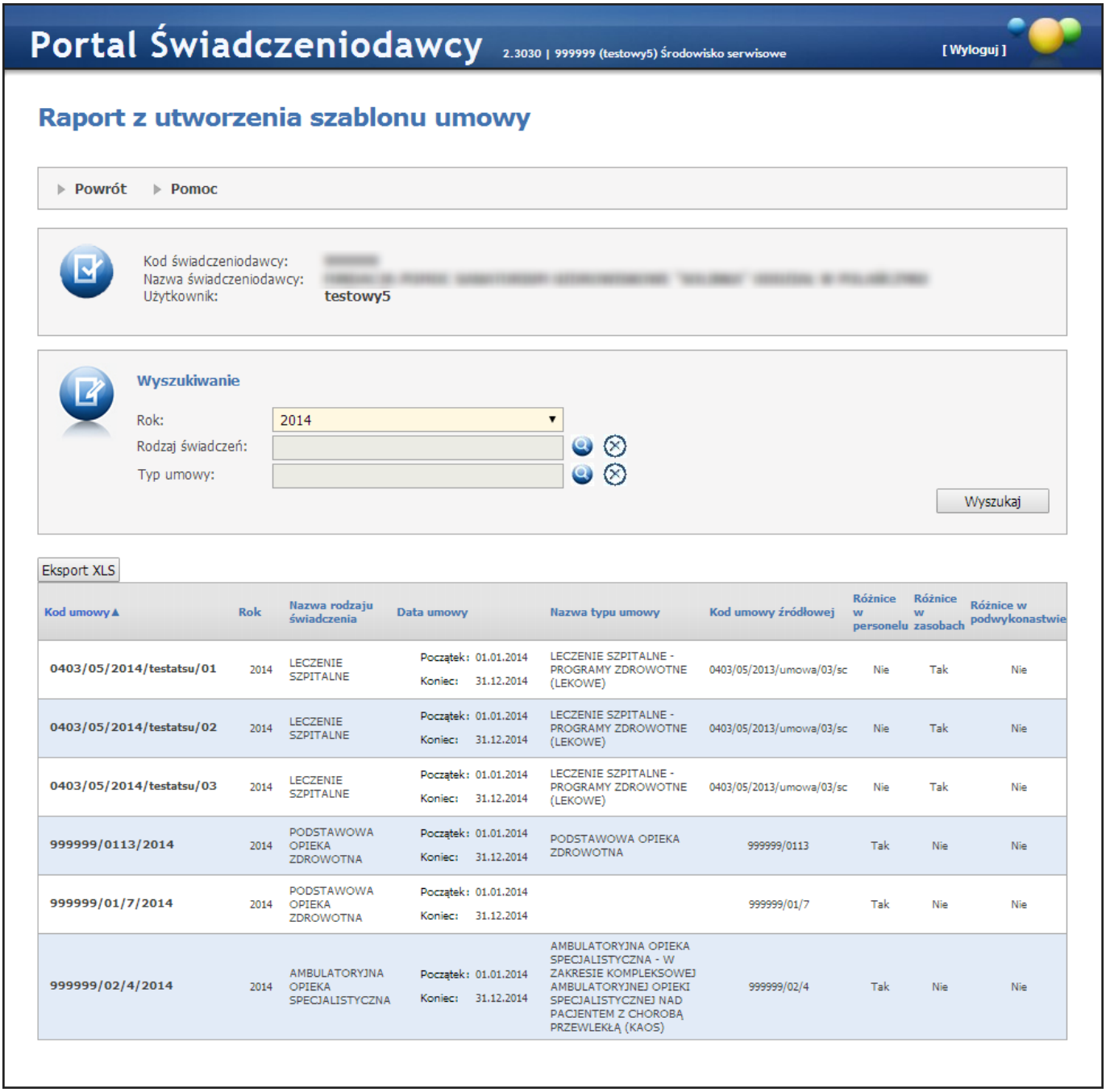
Nie ma możliwości złożenia wniosku o ustanie zobowiązania do tzw. wniosku zerowego, ponieważ przyjęto założenie, że wnioski o ustanie zobowiązania mogą dotyczyć tylko lekarzy, którzy wcześniej zostali zgłoszeni we wniosku o podjęciu zobowiązania.

4.2.18 Raport z utworzenia szablonu umowy

Raport zawiera informacje o potencjale umowy, który nie został przeniesiony do szablonu umowy utworzonego funkcją automatycznego tworzenia szablonu umów (ATSU). Na raporcie prezentowana jest lista umów świadczeniodawcy, spełniających następujące warunki:

- Warunki wyboru określone przez operatora (rok umowy, rodzaj świadczeń, typ umowy)
- Umowa został utworzona z wykorzystaniem funkcji ATSU
- Potencjał w umowie wynikowej (przepisany funkcją ATSU) różni się od potencjału umowy źródłowej, obowiązującego na ostatni dzień umowy źródłowej

© 2026 Kamsoft S.A.



Kod umowy	Rok	Nazwa rodzaju świadczenia	Data umowy	Nazwa typu umowy	Kod umowy źródłowej	Różnice w personelu	Różnice w zasobach	Różnice w podwykonastwie
0403/05/2014/testatsu/01	2014	LECZENIE SZPITALNE	Początek: 01.01.2014 Koniec: 31.12.2014	LECZENIE SZPITALNE - PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)	0403/05/2013/umowa/03/sc	Nie	Tak	Nie
0403/05/2014/testatsu/02	2014	LECZENIE SZPITALNE	Początek: 01.01.2014 Koniec: 31.12.2014	LECZENIE SZPITALNE - PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)	0403/05/2013/umowa/03/sc	Nie	Tak	Nie
0403/05/2014/testatsu/03	2014	LECZENIE SZPITALNE	Początek: 01.01.2014 Koniec: 31.12.2014	LECZENIE SZPITALNE - PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)	0403/05/2013/umowa/03/sc	Nie	Tak	Nie
999999/0113/2014	2014	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Początek: 01.01.2014 Koniec: 31.12.2014	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	999999/0113	Tak	Nie	Nie
999999/01/7/2014	2014	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Początek: 01.01.2014 Koniec: 31.12.2014		999999/01/7	Tak	Nie	Nie
999999/02/4/2014	2014	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Początek: 01.01.2014 Koniec: 31.12.2014	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ (KAOS)	999999/02/4	Tak	Nie	Nie

Lista umów zawiera następujące informacje:

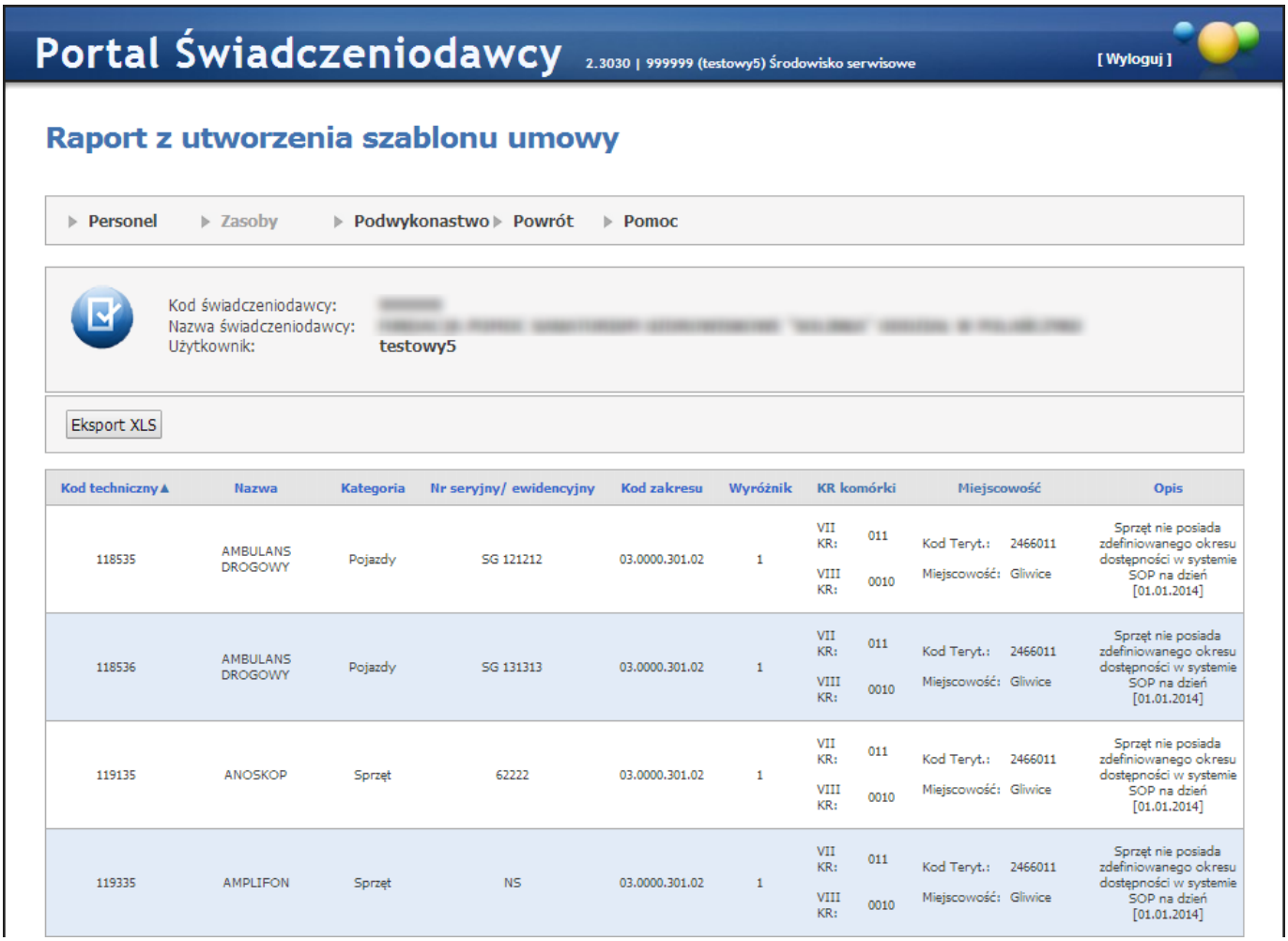
- Dane umowy (kod umowy, rodzaj świadczeń, typ umowy, daty obowiązywania umowy)
- Kod umowy źródłowej
- Obszar potencjału, w którym stwierdzono różnice (Personel, Zasoby, Umowy Podwykonawstwa). Może być wskazany jeden lub kilka obszarów

Klikając na kod wybranej umowy można otworzyć okno przedstawiające szczegółowe informacje o różnicach w potencjale w wybranym obszarze.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.18.1 Szczegóły z raportu utworzenia szablonu umowy

Szczegóły z raportu utworzenia szablonu umowy przedstawiają dane dotyczące różnic w potencjale w wybranym obszarze.



Ponad listą różnic znajdują się odnośniki **Personel**, **Zasoby** i **Podwykonawstwo**, pozwalające na zmianę obszaru wyświetlanych różnic. Domyślnie jako pierwsze wyświetlane są różnice w obszarze **Personel**, gdzie wyświetlana jest lista osób, które występowały w potencjale umowy źródłowej a nie występują w potencjale umowy wynikowej. O każdej osobie prezentowane są następujące informacje:

- Dane osoby: Kod techniczny, Nazwisko, Imię, PESEL, NPWZ, Kod i Nazwa Specjalności wskazanej w umowie,
- Dane punktu umowy źródłowej: Kod zakresu i wyróżnik z umowy źródłowej
- Dane punktu umowy wynikowej: Kod zakresu i wyróżnik
- Dane miejsca realizacji świadczeń: VII i VIII cz. KR komórki, Kod TERYT i Miejscowość organizacyjnej
- Opis przyczyny wystąpienia różnicy

Kliknięcie odnośnika **Zasoby** spowoduje wyświetlenie listy zasobów, które występowały w potencjale umowy źródłowej a nie występują w potencjale umowy wynikowej. O każdym zasobie będą wyświetlone następujące informacje:

- Dane zasobu: Kod techniczny, Nazwa, Kategoria, Numer seryjny/ewidencyjny
- Dane punktu umowy źródłowej: Kod zakresu i wyróżnik z umowy źródłowej

© 2026 Kamsoft S.A.

- Dane punktu umowy wynikowej: Kod zakresu i wyróżnik
- Dane miejsca realizacji świadczeń: VII i VIII cz. KR komórki, Kod TERYT i Miejscowość organizacyjnej
- Opis przyczyny wystąpienia różnicy

Kliknięcie odnośnika **Podwykonawstwo** spowoduje wyświetlenie listy umów podwykonawstwa, które występowały w potencjale umowy źródłowej a nie występują w potencjale umowy wynikowej. O każdej umowie będą wyświetlone następujące informacje:

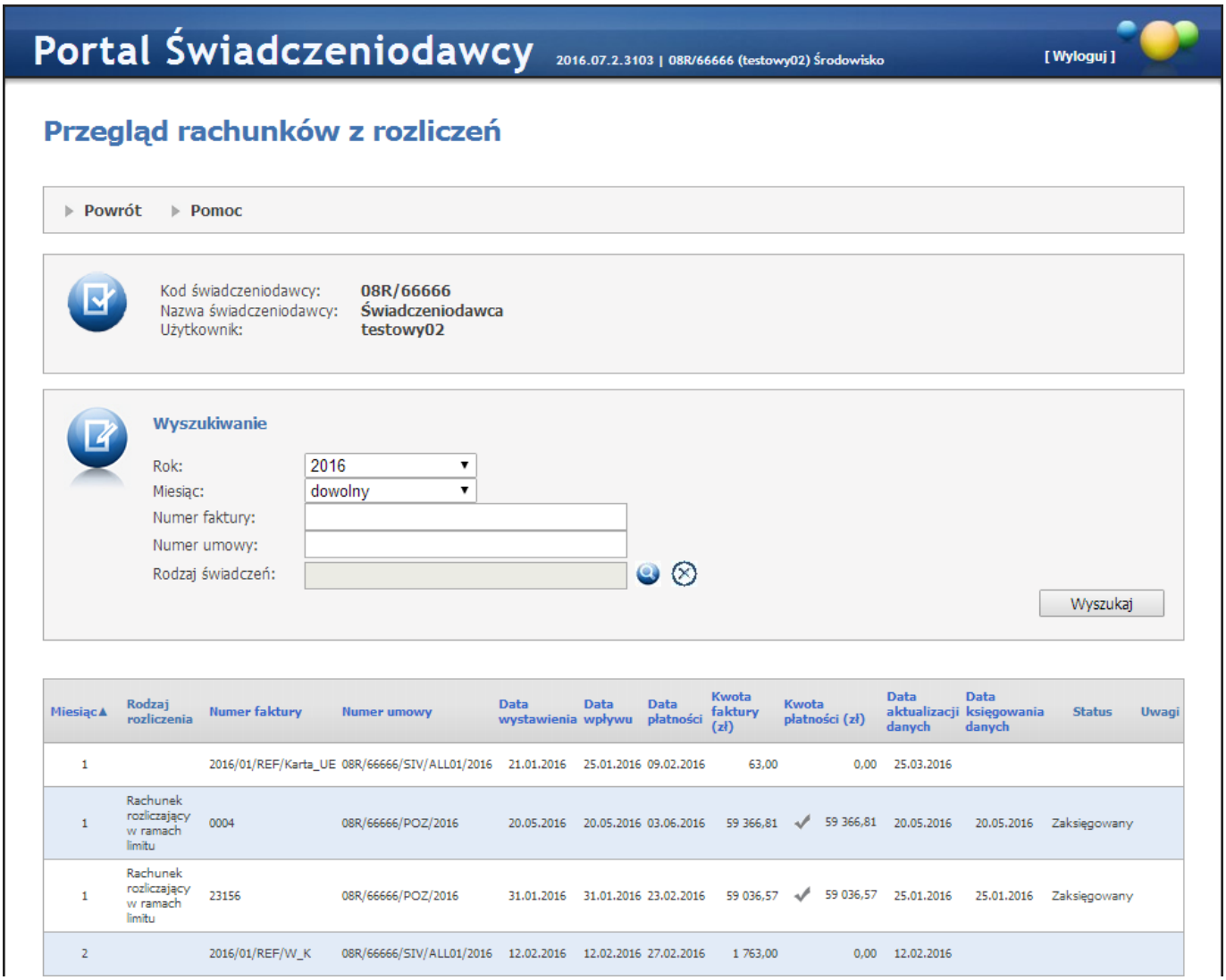
- Dane umowy podwykonawstwa: Kod techniczny umowy podwykonawstwa, Numer umowy podwykonawstwa, Kod podwykonawcy, Nazwa podwykonawcy
- Dane punktu umowy źródłowej: Kod zakresu i wyróżnik z umowy źródłowej
- Dane punktu umowy wynikowej: Kod zakresu i wyróżnik
- Dane miejsca realizacji świadczeń: VII i VIII cz. KR komórki, Kod TERYT i Miejscowość organizacyjnej
- Opis przyczyny wystąpienia różnicy

Przycisk Eksport XLS pozwala na zapisanie raportu w formacie Microsoft® Excel®

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.19 Przegląd faktur

Niniejszy przegląd pozwala na przegląd wszystkich faktur świadczeniodawcy, w odróżnieniu od przeglądu faktur związanych z rozliczeniem konkretnej umowy.



W części ***Wyszukiwanie*** znajdują się pola:

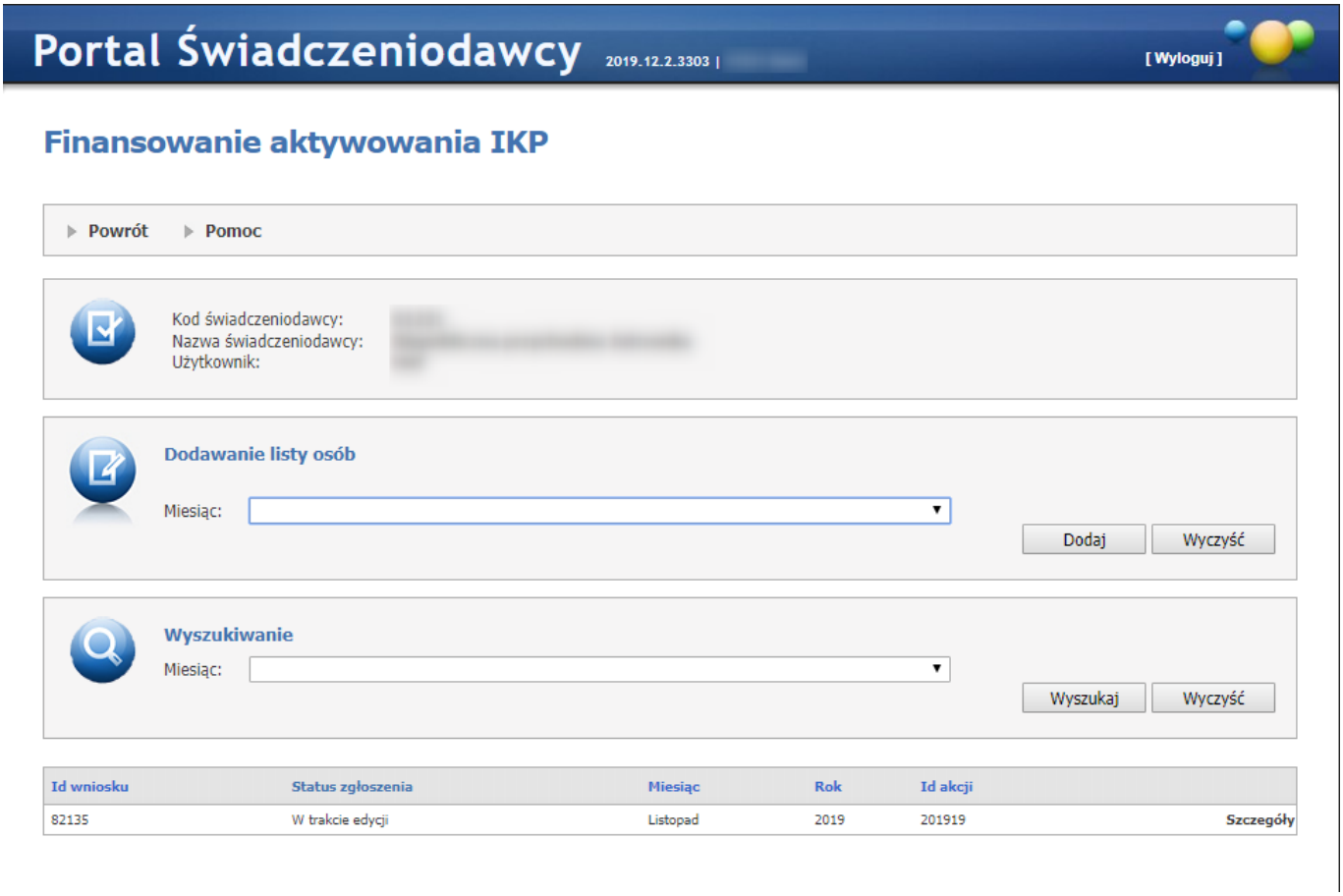
- *Rok*
- *Miesiąc*
- *Numer faktury*
- *Numer faktury*
- *Rodzaj świadczeń*

Pola te pozwalają na precyzowanie warunków wyszukiwania faktur. Wyszukiwanie faktur wg kryteriów określonych w filtrach następuje po kliknięciu przycisku Wyszukaj. Wyszukane faktury prezentowane są w formie tabeli i znajdują się w dolnej części okna.

© 2026 Kamsoft S.A.

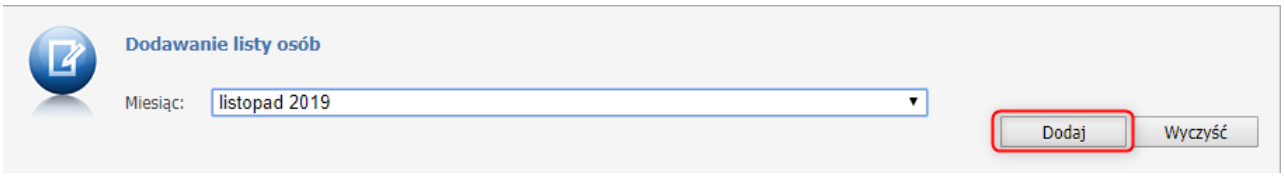
4.2.20 Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta

Formatka **Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta** umożliwia przekazanie przez świadczeniodawcę posiadającego aktywną umowę POZ (umowę obejmująca przynajmniej jeden z zakresów: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ) informacji o otwarciu Internetowych Kont Pacjenta do oddziału Funduszu.
Świadczeniodawca może przekazać tylko jedno zestawienie w danym miesiącu. Ponowne przekazanie zestawienia za dany miesiąc będzie możliwe tylko za zgodą pracownika OW NFZ.



Dodawanie listy osób.

W sekcji **Dodawanie listy osób**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera okres za który chce przesłać informację o ilości aktywowanych kont. Okres (czyli miesiąc) jest definiowany za pomocą tabeli konfiguracji (analogicznie jak w przypadku akcji podwyżkowych).
Po wybraniu miesiąca, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy wniosek, który pojawia się na liście.



Każdy wniosek składa się z:

- Id wniosku - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;

© 2026 Kamsoft S.A.

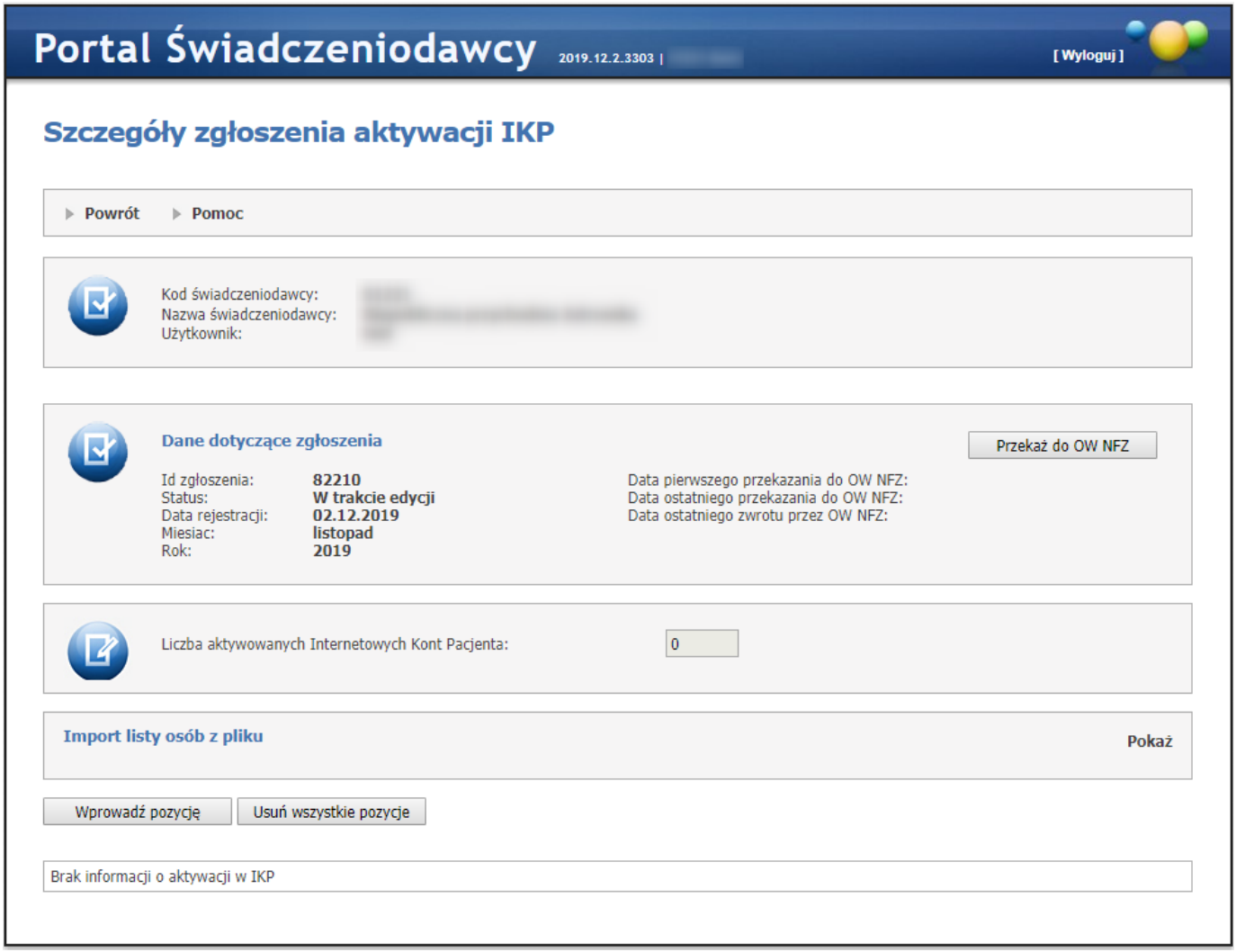
- Status zgłoszenia - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Zatwierdzony, Anulowany;
- Miesiąc - miesiąc na który użytkownik chce przesłać informację o ilości aktywowancyh kont;
- Rok - rok na który użytkownik chce przesłać informację o ilości aktywowancyh kont;
- Id akcji - Identyfikator akcji;
- Szczegóły - link do szczegółów wniosku.

Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków za pomocą sekcji **Wyszukiwanie,** za pomocą rozwijanej listy i przycisku **Wyszukaj**. Do wyboru są możliwe tylko miesiące z bieżącej oraz wcześniejszych akcji.

Szczegóły zgłoszenia aktywacji IKP.

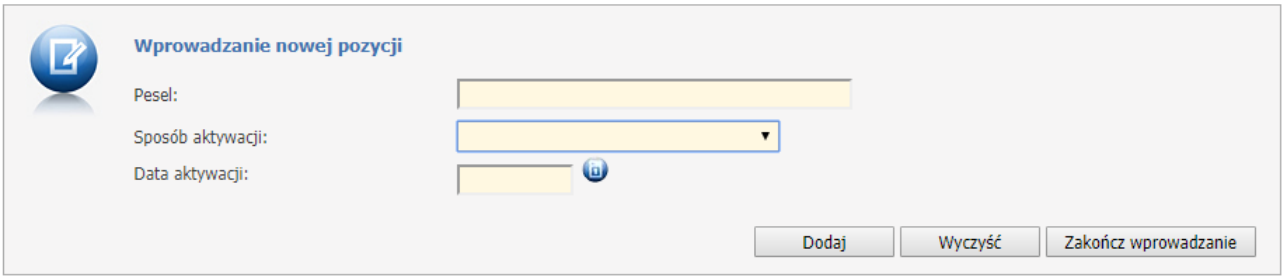
Po utworzeniu w poprzednim kroku wniosku, za pomocą linka **Szczegóły** użytkownik przechodzi do formatki na której może wprowadzić świadczeniobiorców. Zestawienie świadczeniobiorców można wprowadzać na dwa sposoby - ręcznie oraz poprzez import pliku CSV.

© 2026 Kamsoft S.A.



Ręczne wprowadzanie świadczeniobiorców.

Za pomocą przycisku **Wprowadź pozycję** użytkownikowi ukazuje się sekcja **Wprowadzanie nowej pozycji**.



Wszystkie pola są wymagane, należy więc uzupełnić:

•Pesel;

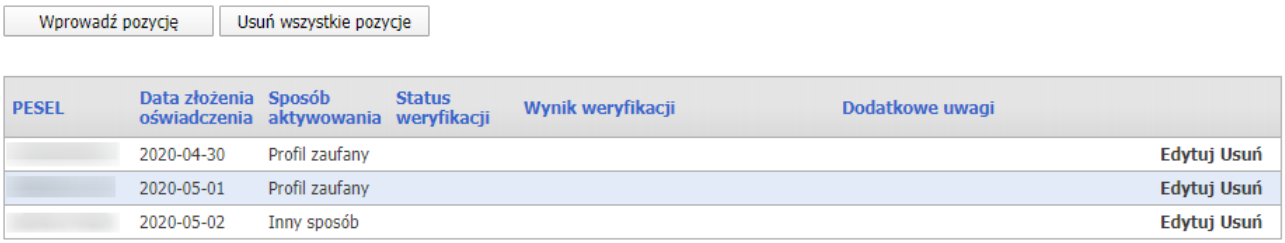
•Sposób aktywacji - sposób w jaki został aktywowany profil IKP, do wyboru *Profil zaufany* lub *Inny sposób*;

•Data aktywacji - data, kiedy świadczeniobiorca zalogował się do systemu IKP;

© 2026 Kamsoft S.A.

Każdorazowo operator zatwierdza nowo wpisaną osobę za pomocą przycisku **Dodaj**. Podczas jedej sesji operator może wprowadzić wiele osób. O prawidłowo wykonanej operacji użytkownik zostanie poinformowany za pomocą komunikatu: Nowa pozycja została dodana do zgłoszenia.
W przypadku wprowadzenia błędnych danych, za pomoca przycisku **Wyczyść** wszystki pola zostaną wyczyszczone.
Po wprowadzeniu wszystkich świadczeniobiorców, należy zakończyć wprowadzanie danych za pomocą przycisku **Zakończ wprowadzanie**.

Po zakończeniu wprowadzania danych, użytkownik ma możliwość edycji lub usunięcia konkretnej danej. Użytkownik ma również możliwość usunięcia wszystkich dodanych osób za jednym razem za pomoca przycisku **Usuń wszystkie pozycje**.



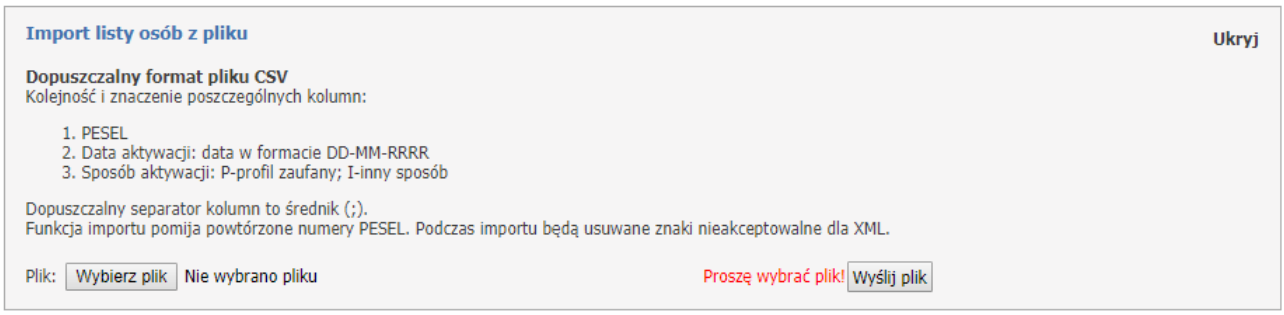
Każda dodana pozycja składa się z:
• PESEL - pesel świadczeniobiorcy;
• Data złożenia oświadczenia - data, kiedy świadczeniobiorca zalogował się do systemu IKP;
• Sposób aktywowania - sposób w jaki został aktywowany profil IKP (do wyboru: Profil zaufany/Inny sposób);
• Status weryfikacji - informacja o pozytywnej lub negatywnej weryfikacji danej pozycji;
• Wynik weryfikacji - wynik opatrzony komentarzem, który będzie widoczny jeżeli zostanie on dodany przez pracownika OW NFZ (po wysłaniu wniosku do OW NFZ);
• Dodatkowe uwagi - komentarz/uwaga będzie widoczna jeżeli zostanie ona dodana przez pracownika OW NFZ.

System zlicza ilość osób wprowadzonych na wniosku a użytkownk jest informowany o tym w sekcji : Liczba aktywowanych Internetowych Kont Pacjenta.

Wprowadzanie świadczeniobiorców za pomoca pliku CSV.

Żeby wprowadzić listę świadczniobiorców za pomocą pliku CSV, należy skorzystać z sekcji **Import listy osób z pliku**.

© 2026 Kamsoft S.A.



Struktutra pliku CSV powinna składać się z:

• PESEL - pesel świadczeniobiorcy;

• Data aktywacji - data, kiedy świadczeniobiorca zalogował się do systemu IKP, w formacie przykładowo 01-01-2020;

• Sposób aktywacji - sposób w jaki został aktywowany profil IKP, do wyboru: P - profil zaufany, I - inny sposób.

Plik należy zapisać jako CSV (rozdzielany przecinkami)(*.csv). Format Plik CSV UTF-8 (rozdzielany przecinkami) (*.csv) nie będzie możliwy do wczytania.

Zapisany plik CSV należy wskazać wybierając go poprzez **Wybierz plik** a następnie wczytać za pomocą **Wyślij plik**.

Zaczytana lista osób może być modyfikowana tak samo jak w przypadku wprowadzania ręcznego.

Podczas wczytywania danych następuje walidacja. Jeśli jakaś dana w pliku jest błędnie wprowadzona zostanie wyświetlone okno z komunikatem, który poniformuje użytkownika o niepoprawnych pozycjach, które należy poprawić.

Możliwe komunikaty:

Nie można zaimportować pliku, ponieważ przekracza dopuszczalny rozmiar 2MB;

Nie można zaimportować pliku, ponieważ edycja zgłoszenia jest niemożliwa;

Podano niepoprawny numer pesel;

Nie można dodać pozycji z datą późniejszą niż okres trwania akcji;

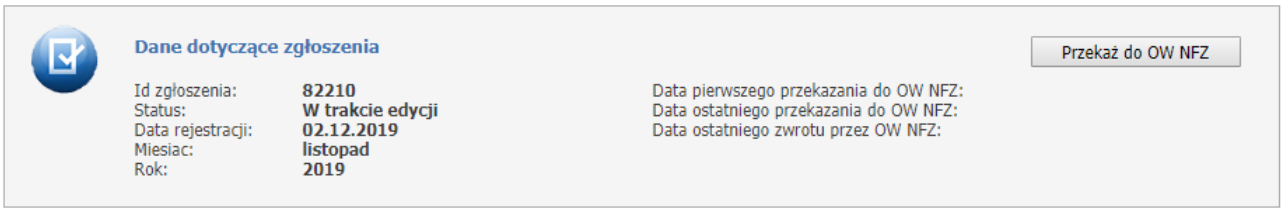
Istnieje już pozycja o takim numerze PESEL.

Po zakończeniu wczytywania pojawi się komunikat podsumowujący (na niebiesko).

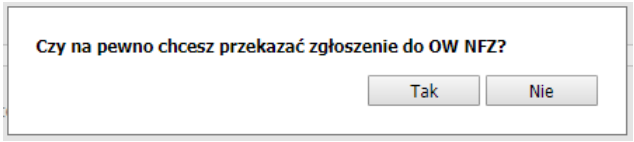
© 2026 Kamsoft S.A.

- Został wczytany plik z listą etatów
- Liczba wczytanych pozycji: 1
- Liczba pozycji pominiętych (występujących już w słowniku, bądź błędnych): 0

Po zakończeniu wprowadzania wszystkich danych świadczeniobiorców wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW NFZ**.



System poprosi o potwierdzenie wykonania czynności, wyświetlając komunikat:



Zgłoszenie przyjmuje status **Przekazano do OW NFZ**.
Istnieje jeszcze możliwość edycji wniosku, poprzez kliknięcie w przycisk **Przywróć do edycji** dopóki OW NFZ nie rozpocznie oceny wniosku.

Po weryfikacji wniosku przez pracownika OW, pojawi się na portalu w miejscu ***Status weryfikacji*** informacja o poprawności weryfikacji oraz jej wynik w sekcji ***Wynik weryfikacji***.
Informacja o wyniku weryfikacji może mieć następujące treści:
- Data aktywowania IKP nie mieści się w okresie obowiązywania umowy ze świadczeniodawcą o finansowanie aktywowania IKP;
- Data złożenia oświadczenia nie mieści się w okresie obowiązywania umowy ze świadczeniodawcą o finansowanie aktywowania IKP;
- Data złożenia oświadczenia nie mieści się w okresie obowiązywania umowy ze świadczeniodawcą o potwierdzanie profilu zaufanego;
- PESEL został zweryfikowany pozytywnie w miesiącach wcześniejszych;
- Data złożenia oświadczenia jest wcześniejsza niż data aktywacji IKP;
- Świadczeniobiorca nie występuje na liście POZ świadczeniodawcy;
- Data złożenia oświadczenia jest wcześniejsza niż data graniczna;
- Dla danego numeru PESEL nie istnieje aktywowane IKP;
- Dla danego numeru PESEL IKP zostało aktywowane wcześniej niż data graniczna;
- Miesiąc złożenia oświadczenia jest wcześniejszy niż miesiąc aktywacji IKP;
- Data złożenia oświadczenia wcześniejsza niż data podpisania umowy ze świadczeniodawcą.

Jeżeli dla jakiegoś świadczeniobiorcy będzie widniała więcej niż jedna uwaga weryfikacji, wtedy zostaną one wszystkie wyświetlone.

© 2026 Kamsoft S.A.

PESEL	Data złożenia oświadczenia	Sposób aktywowania	Status weryfikacji	Wynik weryfikacji	Dodatkowe uwagi
	2020-05-01	Profil zaufany	Negatywny	Świadczeniobiorca nie występuje na liście POZ świadczeniodawcy. Dla danego numeru PESEL nie istnieje aktywowane IKP. Data złożenia oświadczenia nie mieści się w okresie obowiązywania umowy ze świadczeniodawcą o potwierdzanie profilu zaufanego.	Dodatkowa uwaga do pozycji
	2020-05-01	Inny sposób	Pozytywny		

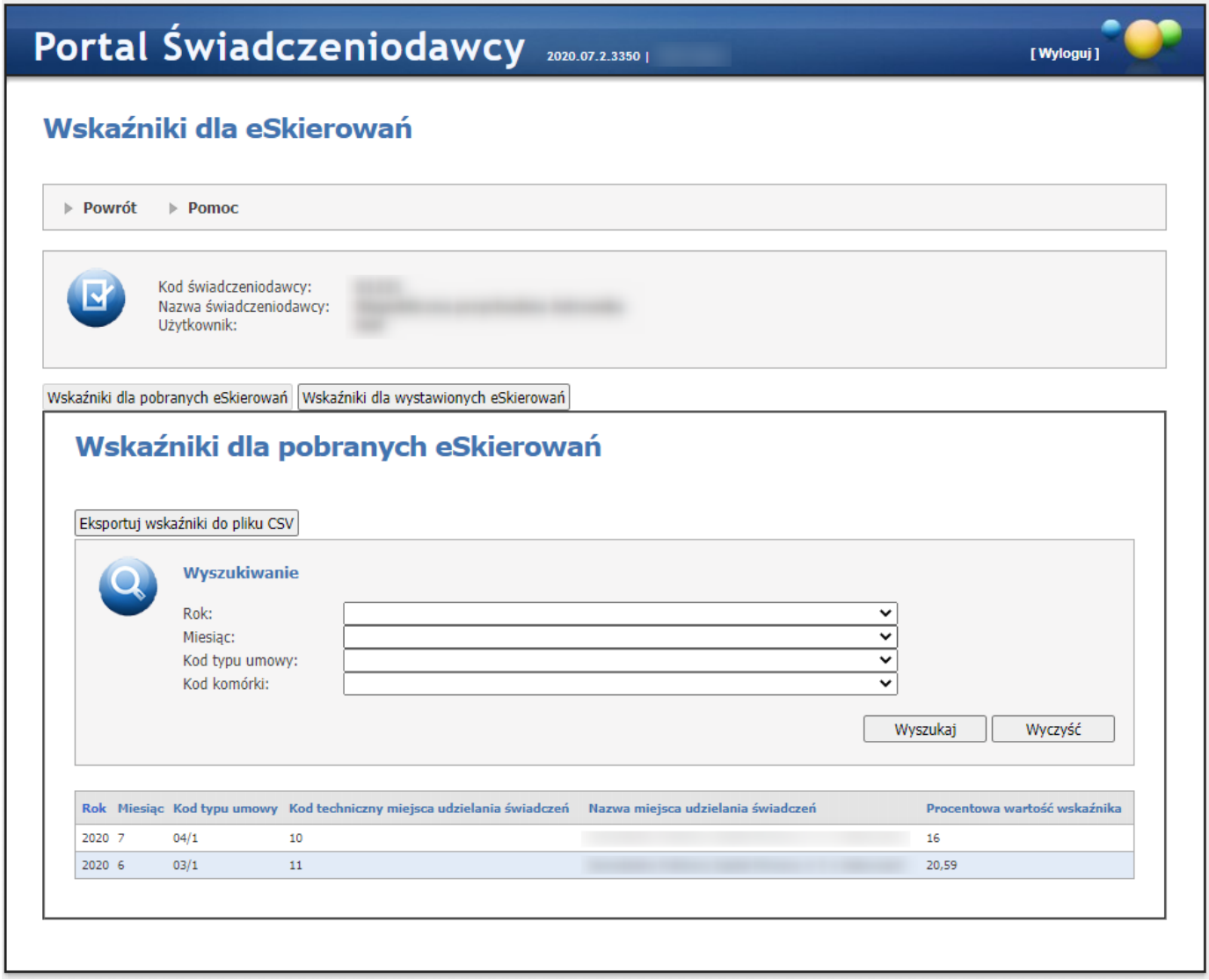
Po zmianie statusu wniosku przez pracownika OW oraz przekazaniu go do edycji świadczeniodawca może poprawić ewentualne błędy. Użytkownik ma możliwość edycji lub usunięcia konkretnej danej. Po zapisaniu poprawionych danych komentarz nie przestaje być widoczny aż do kolejnego zweryfikowania wniosku przez pracownika OW.
Wniosek tak jak wcześniej, należy przekazać za pomoca przycisku **Przekaż do OW NFZ**.

Za pomocą sekcji **Eksport personelu do pliku CSV** można pobrać plik z wynikiem weryfikacji.

© 2026 Kamsoft S.A.

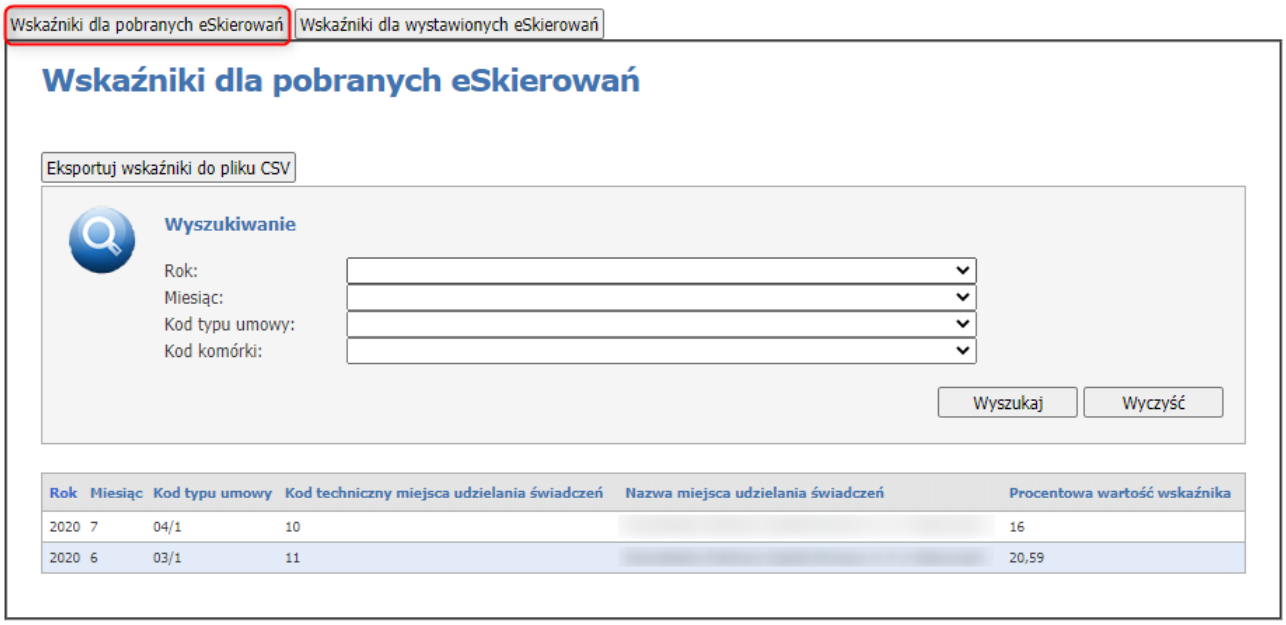
4.2.21 Wskaźniki dla eSkierowań

Formatka **Wskaźniki dla eSkierowań** prezentuje miejsca w punktach umowy objęte procesem premiowania. Świadczeniodawca będzie mógł odczytać wartości obliczonych dla niego wskaźników, które są powiązane z jego umową w rodzaju AOS.
Świadczeniodawca będzie mógł również pobrać te wskaźniki w postaci plików CSV.



Wskaźniki dla pobranych eSkierowań

© 2026 Kamsoft S.A.



W sekcji *Wskaźniki dla pobranych eSkierowań* są prezentowane wartości wskaźników dotyczące pobierania eSkierowań.
Wyświetlone pozycje składają się z:

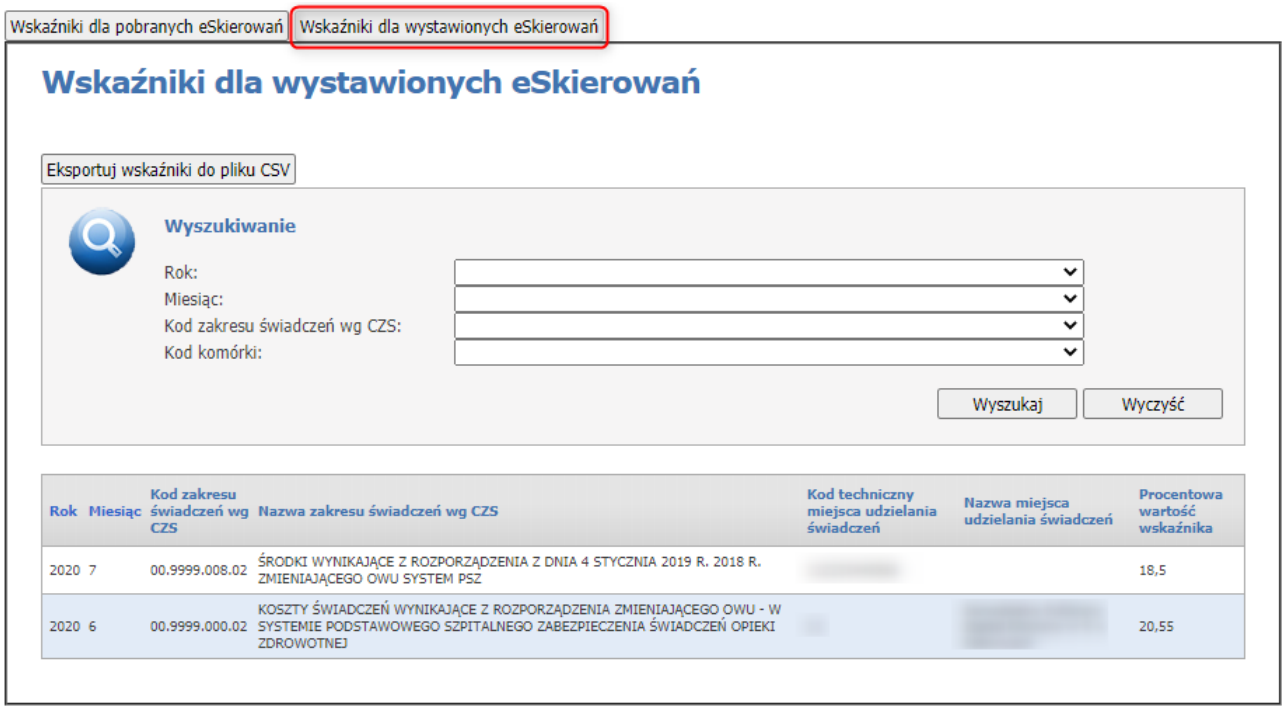
- Rok,
- Miesiąc,
- Kod typu umowy,
- Kod techniczny miejsca udzielania świadczeń,
- Nazwa miejsca udzielania świadczeń,
- Procentowa wartość wskaźnika.

Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wskaźników za pomocą sekcji **Wyszukiwanie** oraz rozwijanej listy i przycisku **Wyszukaj**.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Rok,
- Miesiąc,
- Kod typu umowy,
- Kod komórki.

Wskaźniki dla wystawionych eSkierowań

© 2026 Kamsoft S.A.



W sekcji *Wskaźniki dla wystawionych eSkierowań* są prezentowane wartości wskaźników dotyczące wystawiania eSkierowań.
Wyświetlone pozycje składają się z:

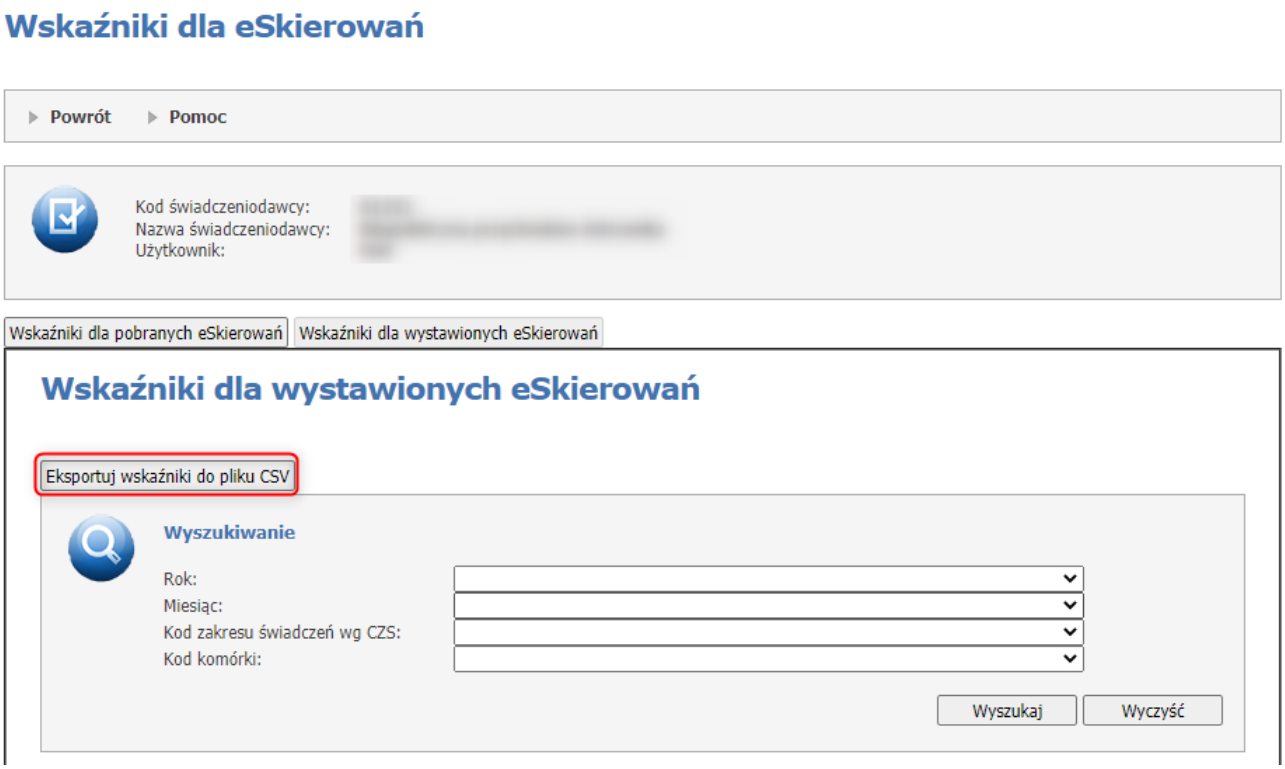
- Rok,
- Miesiąc,
- Kod zakresu świadczeń wg CZS,
- Nazwa zakresu świadczeń wg CZS,
- Kod techniczny miejsca udzielania świadczeń,
- Nazwa miejsca udzielania świadczeń,
- Procentowa wartość wskaźnika.

Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wskaźników za pomocą sekcji **Wyszukiwanie** oraz rozwijanej listy i przycisku **Wyszukaj**.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Rok,
- Miesiąc,
- Kod zakresu świadczeń wg CZS,
- Kod komórki.

Eksport pliku CSV

© 2026 Kamsoft S.A.



Przycisk **Eksportuj wskaźniki do pliku CSV** znajduje się na obu zakładkach i pozwala na eksport wskaźników do pliku.

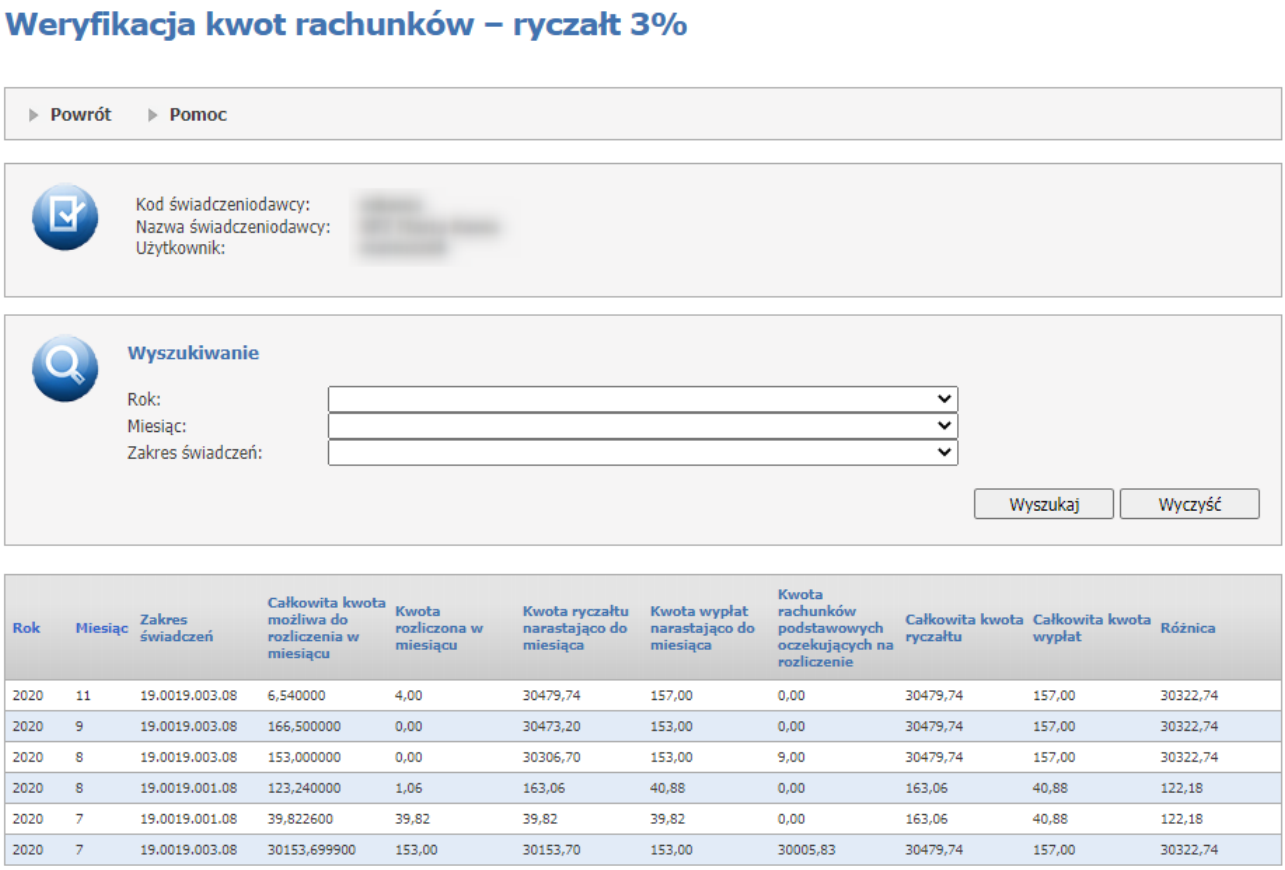
W przypadku eksportu pobranych wskaźników, plik posiada pięć kolumn na które składają się: rok, miesiąc, kod typu umowy, kod techniczny miejsca udzielania świadczeń oraz procentowa wartość wskaźnika.

W przypadku eksportu wystawionych wskaźników, plik posiada pięć kolumn na które składają się: rok, miesiąc, kod zakresu świadczeń wg CZS, kod techniczny miejsca udzielania świadczeń oraz procentowa wartość wskaźnika.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.22 Weryfikacja kwot rachunków – ryczałt 3%

Formatka **Weryfikacja kwot rachunków – ryczałt 3%** prezentuje aktualny stan rozliczeń z tytułu opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym oraz aktualnej możliwej do rozliczenia kwoty.



Rok	Miesiąc	Zakres świadczeń	Całkowita kwota możliwa do rozliczenia w miesiącu	Kwota rozliczona w miesiącu	Kwota ryczałtu narastająco do miesiąca	Kwota wypłat narastająco do miesiąca	Kwota rachunków podstawowych oczekujących na rozliczenie	Całkowita kwota ryczałtu	Całkowita kwota wypłat	Różnica
2020	11	19.0019.003.08	6,540000	4,00	30479,74	157,00	0,00	30479,74	157,00	30322,74
2020	9	19.0019.003.08	166,500000	0,00	30473,20	153,00	0,00	30479,74	157,00	30322,74
2020	8	19.0019.003.08	153,000000	0,00	30306,70	153,00	9,00	30479,74	157,00	30322,74
2020	8	19.0019.001.08	123,240000	1,06	163,06	40,88	0,00	163,06	40,88	122,18
2020	7	19.0019.001.08	39,822600	39,82	39,82	39,82	0,00	163,06	40,88	122,18
2020	7	19.0019.003.08	30153,699900	153,00	30153,70	153,00	30005,83	30479,74	157,00	30322,74

Użytkownik ma możliwość wyszukiwania kwot do weryfikacji za pomocą sekcji **Wyszukiwanie** oraz rozwijanej listy i przycisku **Wyszukaj**.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Rok;
- Miesiąc;
- Zakres świadczeń.

Wyszukane rekordy widoczne są w postaci listy.

Uwagi:
Kwota ryczałtu narastająco do miesiąca - jest to suma dla każdego zakresu świadczeń z wszystkich kwot 3% wyznaczonych na podstawie rachunków za świadczenia, zatwierdzonych dla poszczególnych punktów umowy, dla których miesiąc rozliczeniowy nie jest późniejszy niż miesiąc, dla którego wykonywane są obliczenia,

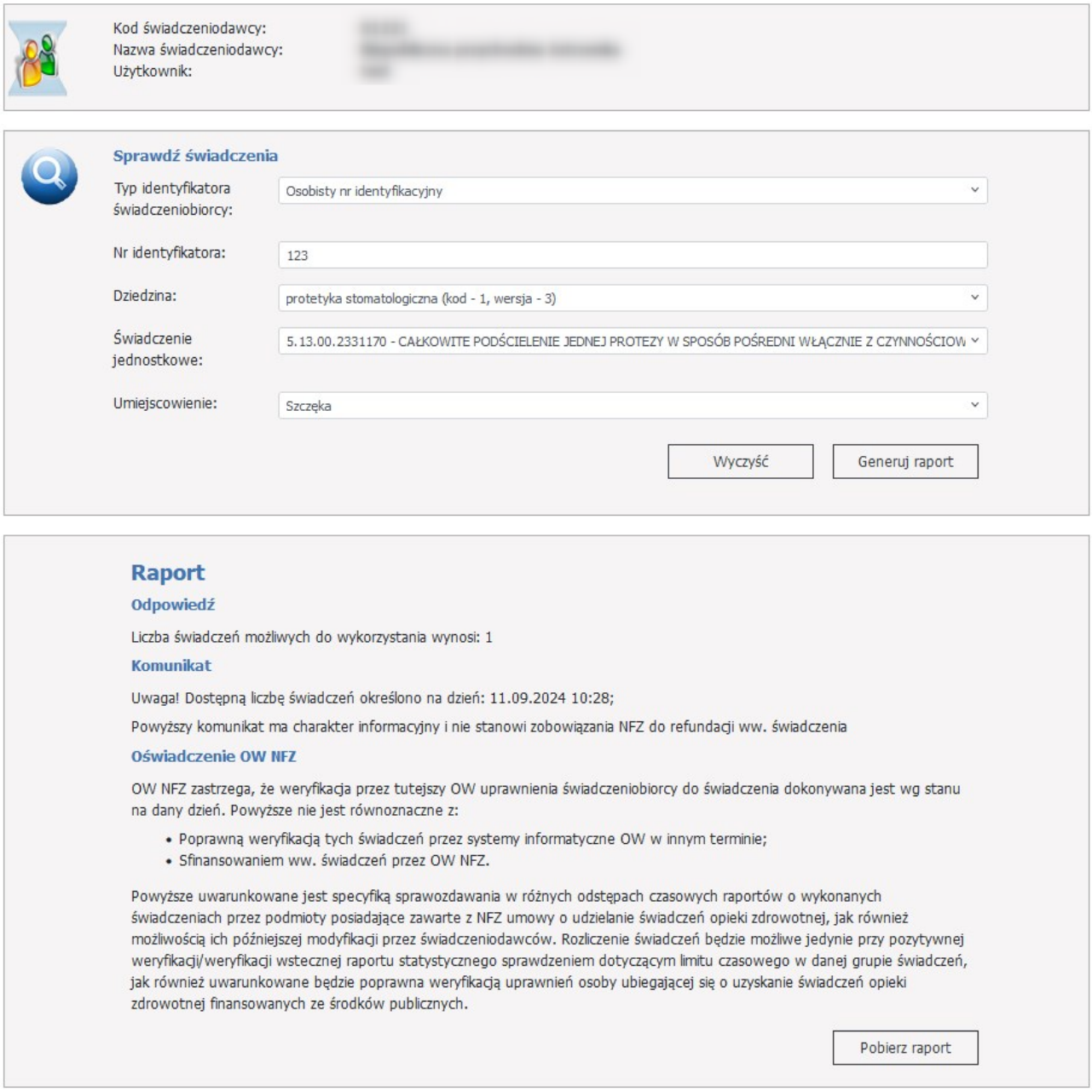
© 2026 Kamsoft S.A.

Kwota wypłat narastająco do miesiąca - jest wyznaczana dla danego zakresu świadczeń jako suma wszystkich zatwierdzonych rachunków, dla których miesiąc rozliczeniowy nie jest późniejszy niż miesiąc, dla którego wykonywane są obliczenia.

4.2.23 Raport dostępności świadczeń

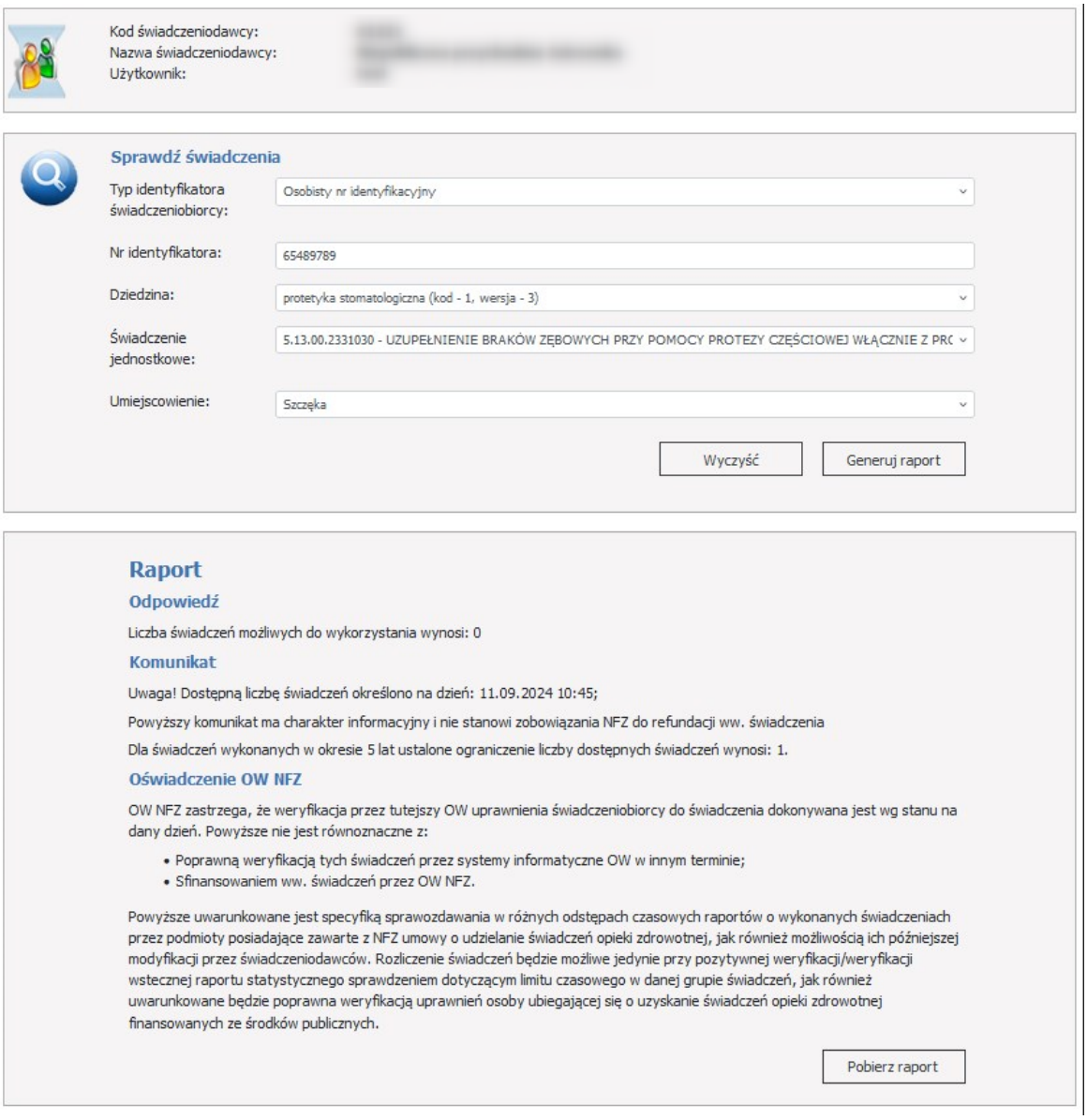
Raport jest dostępny dla świadczeniodawców, którzy posiadają aktualną umowę z NFZ w ramach wskazanego rodzaju świadczenia, należącego do niego typu umowy i posiadają co najmniej jeden ze zdefiniowanych zakresów świadczeń (o ile określono).
Wyszukiwanie ma miejsce w Centralnej Bazie Świadczeń (CBS) OW NFZ dla wskazanego typu i identyfikatora świadczeniobiorcy świadczenia zrealizowanego w ramach OW NFZ dla wskazanego umiejscowienia/obszaru.
Sprawdzane są świadczenia, które są wykonane i nieusunięte.
Na podstawie wskazanego świadczenia system identyfikuje wszystkie grupy świadczeń, w których występuje to świadczenie**. Wynikiem raportu jest liczba pozostałych świadczeń możliwych do wykonania dla pacjenta o podanym identyfikatorze.**
Raport nie jest nigdzie zapisywany. Można go pobrać w formie pliku **pdf**.

© 2026 Kamsoft S.A.



Raport, jeśli są świadczenia.

© 2026 Kamsoft S.A.



Raport, jeśli nie ma świadczeń.

W części ***Sprawdź świadczenia*** możliwe jest wyszukiwanie świadczeń.

Operator ma możliwość wyszukania świadczeń za pomocą wyboru pól:

- Typ identyfikatora świadczeniobiorcy, możliwy do wyboru: Paszport, Osobisty nr identyfikacyjny, Seria i nr dowodu osobistego, Nazwa, seria i numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, Unikalny identyfikator osoby, Unikalny identyfikator dziecka do 6 miesiąca życia;
- Numer identyfikatora;
- Dziedzina;
- Świadczenie jednostkowe;
- Umiejscowienie - jest wyświetlane tylko dla świadczeń z rodzaju 07/1 - LECZENIE STOMATOLOGICZNE.

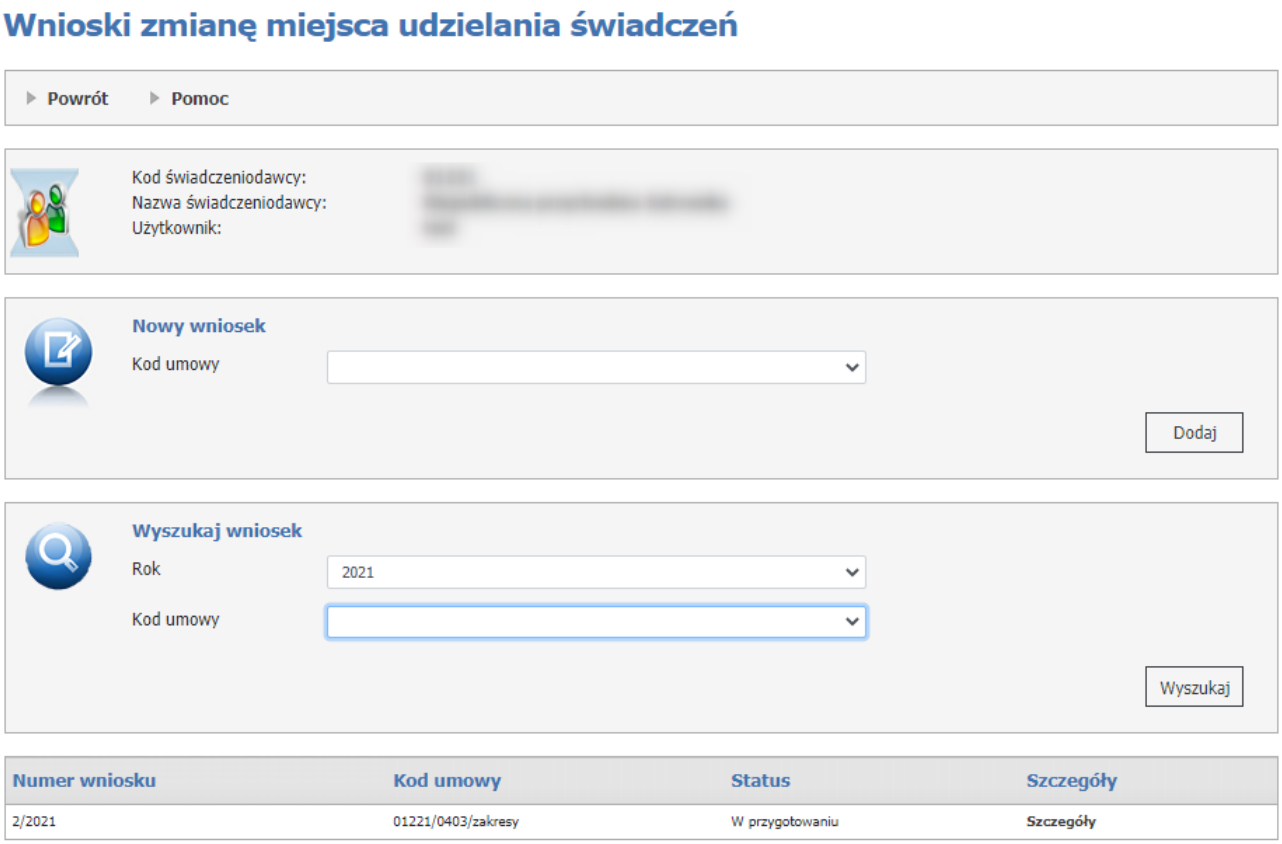
Odświeżenie strony kasuje wyświetlone wyniki.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.24 Wniosek o zmianę miejsca realizacji świadczeń

Funkcja **Wniosek z zmianę miejsca realizacji świadczeń** pozwala na obsługę wniosków o zmianę miejsca udzielania świadczeń określonego w umowie.

Wniosek może zostać być złożony do podpisanych umów dowolnego typu.
We wniosku można zamknąć wiele miejsc udzielania świadczeń z umowy. Dla zamykanego miejsca można, ale nie trzeba, wybrać miejsce zastępujące. Miejsce zastępujące jest wybierane z miejsc potencjału świadczeniodawcy.

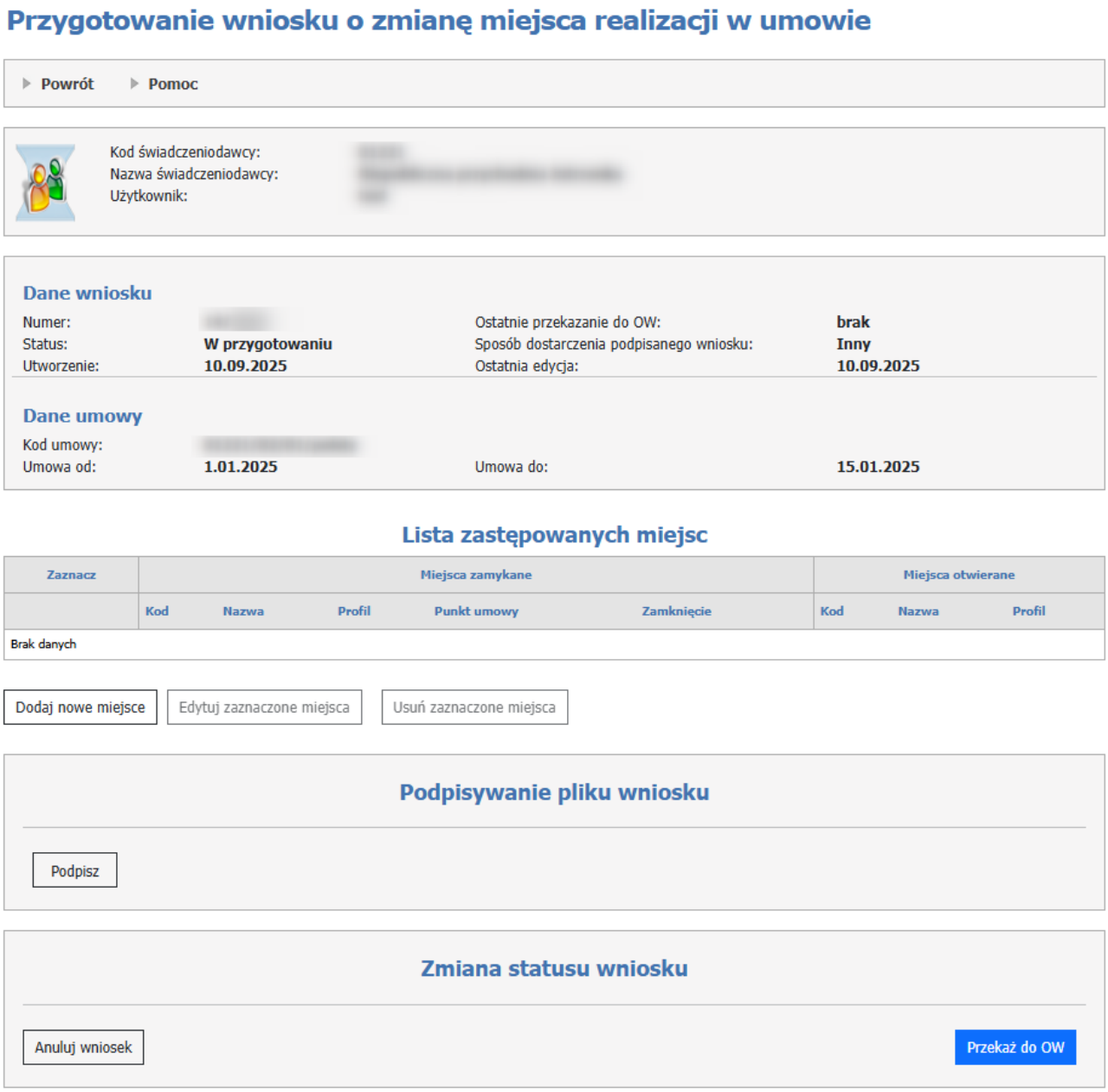


W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanego pola *Kod umowy* wybrać umowę. Po wybraniu umowy należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według roku oraz kodu umowy. Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku dla umowy, a zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Przygotowanie nowego wniosku o zmianę miejsca realizacji w umowie.

© 2026 Kamsoft S.A.

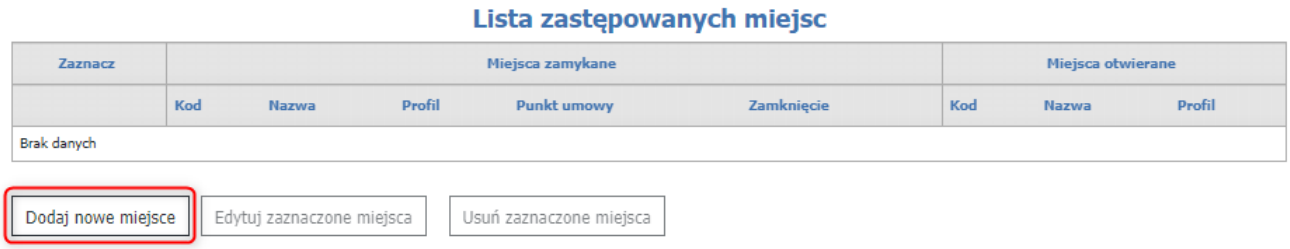


W części ***Dane wniosku*** znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data utworzenia, kod umowy (z datami na jaki okres jest dana umowa) której zgłoszenie dotyczy, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ.

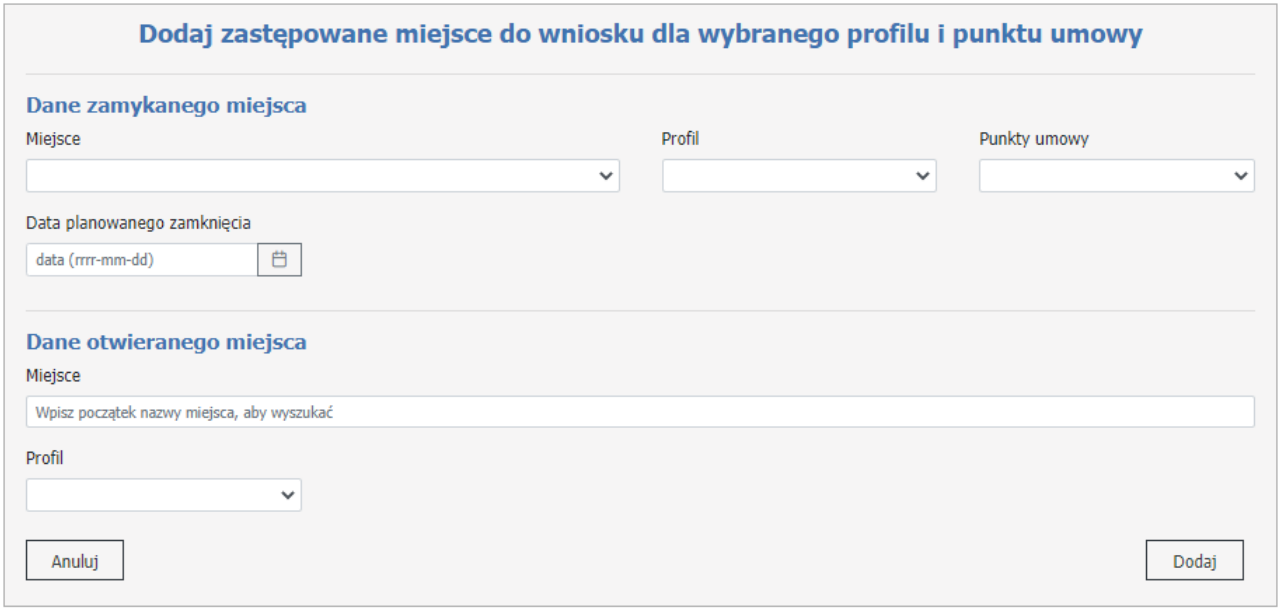
Lista zastępowanych miejsc.

Za pomocą przycisku **Dodaj nowe miejsce** użytkownik może dodać miejsce do wniosku dla wybranego profilu i punktu umowy.

© 2026 Kamsoft S.A.



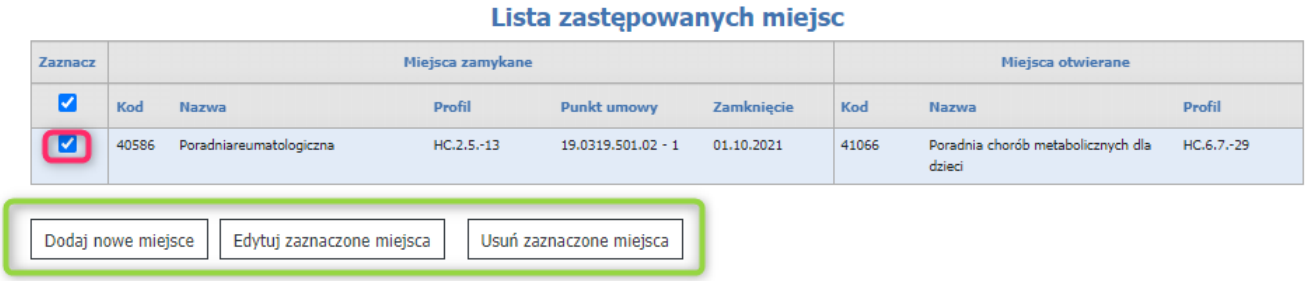
Po kliknięciu w przycisk pojawi się sekcja, w której użytkownik wypełnia dane zamykanego i otwieranego miejsca.



Miejsce udzielania świadczeń należy wybrać z listy miejsc występujących w wybranej umowie.
Wybór profilu komórki jest opcjonalny, jeżeli zostanie on wskazany to będzie oznaczało, że wniosek o zmianę miejsca będzie dotyczył tylko tych punktów umowy i tych miejsc w umowie, w których dane miejsce zostało wskazane z podanym profilem, jeżeli dla profilu zostanie wskazana opcja "wszystkie" to wniosek nie będzie ograniczony do
punktów umowy, w których wykazano podany profil – będzie dotyczył wszystkich punktów umowy, w których występuje wskazane miejsce.
W przypadku, gdy w umowie jest wykazany tylko jeden profil dla wybranego miejsca, to zostanie on uzupełniony automatycznie.

W przypadku, gdy dla jednego miejsca udzielania świadczeń w umowie występuje więcej profili (w poszczególnych punktach umowy miejsce wskazane z różnymi profilami), to w celu zmiany miejsca w różnych punktach umowy, z różnymi profilami świadczeniodawca jako profil wybierze opcje "wszystkie", jeśli zmiana ma nastąpić w konkretnym punkcie umowy, to należy go wskazać. Jeżeli zmiana ma dotyczyć danego miejsca we wszystkich punktach umowy, należy wybrać opcje "wszystkie".

© 2026 Kamsoft S.A.

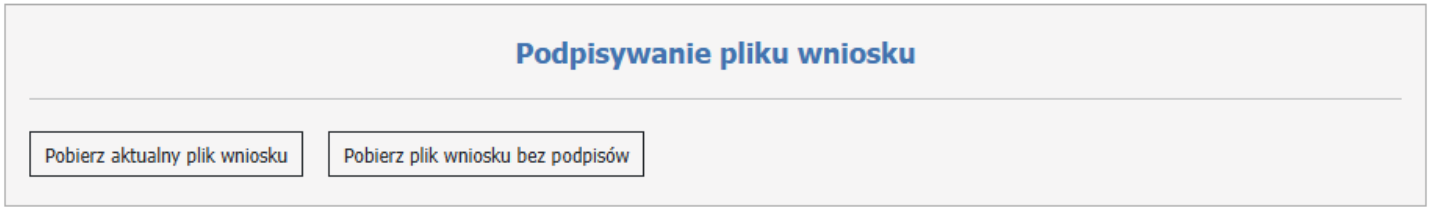


Dodane miejsce pojawi się na liście. Za pomocą znacznika, miejsce można edytować (*Edytuj zaznaczone miejsca*) lub usunąć (*Usuń zaznaczone miejsca*). Można też dodać kolejne miejsce (*Dodaj nowe miejsce*).

Podpisywanie pliku wniosku - ścieżka cyfrowa

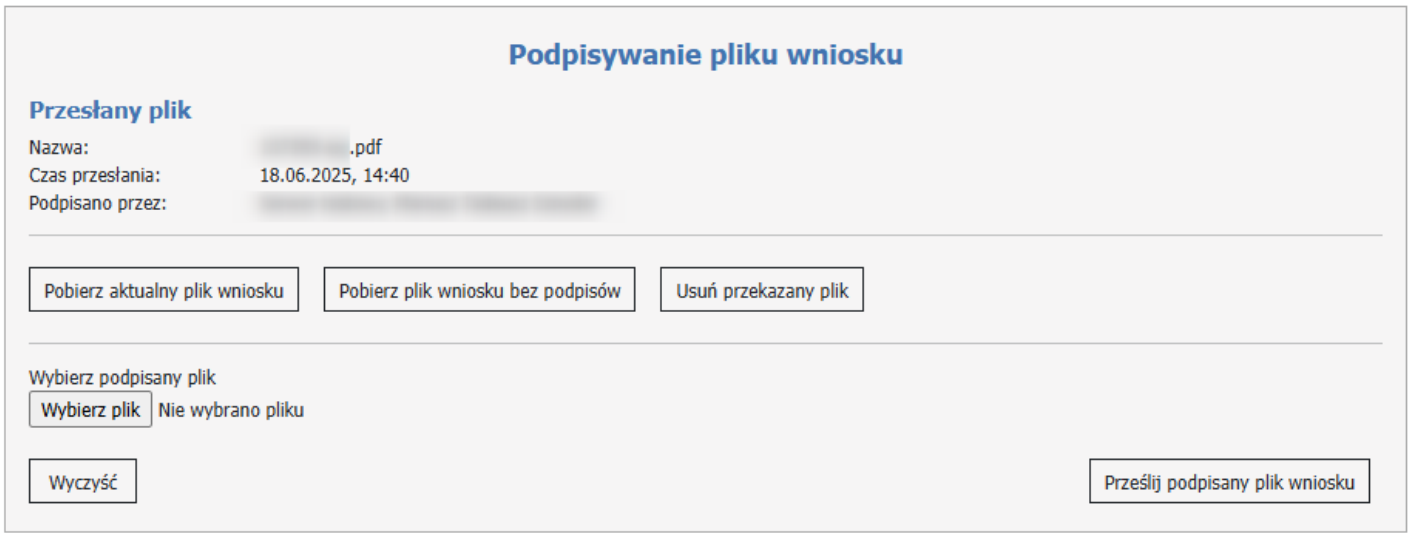
Jeżeli OW NFZ nie obsługuje modułu podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku** zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym.
Pobierz plik wniosku bez podpisów pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik wniosku**, ale pobiera on wniosek bez podpisu złożonego przez użytkownika. W przypadku pobrania w formacie PDF będzie on zawierał podpis serwerowy.



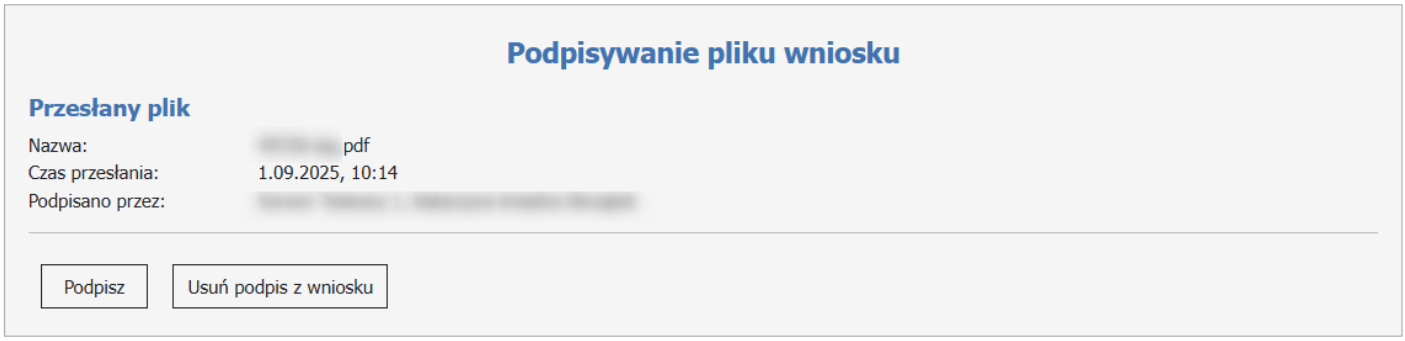
Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części sekcji Przesłany plik. Składa się on z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik**.
Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**

© 2026 Kamsoft S.A.



Jeżeli OW NFZ obsługuje moduł podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie
- pobrania pliku dokumentu PDF (zawiera podpis serwerowy)
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy



Informacja o przesłanym pliku pojawi się w sekcji **Podpisywanie pliku wniosku**. Składa się ona z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń podpis z wniosku.**

© 2026 Kamsoft S.A.

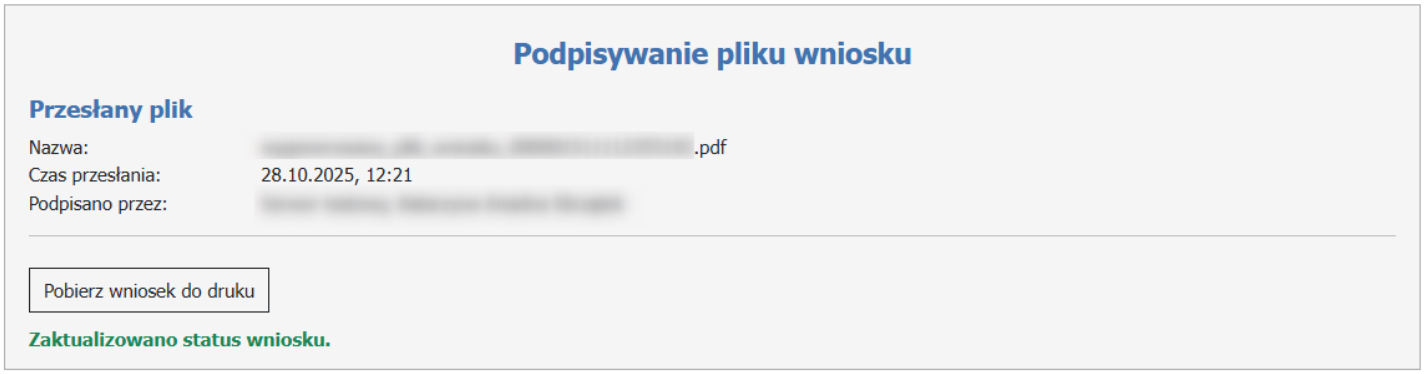
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.

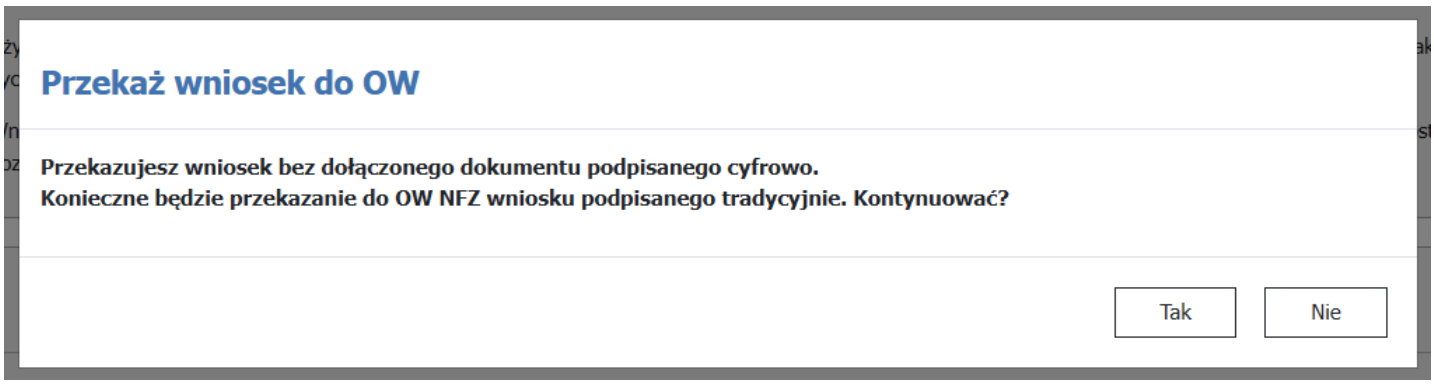
Wniosek można anulować za pomocą przycisku Anuluj wniosek.



Przygotowanie wniosku - ścieżka tradycyjna, papierowa

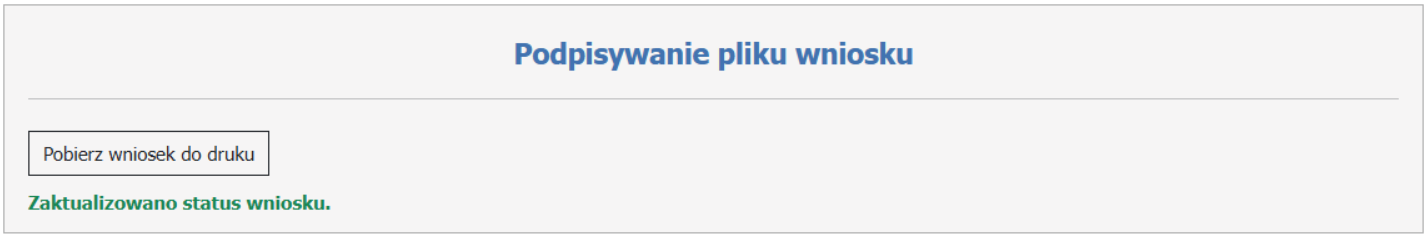
Jeżeli operator zdecyduje na przekazanie wniosku w wersji papierowej, należy od razu przekazać wniosek za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Podczas przekazywania wniosku, zostanie wyświetlony komunikat.

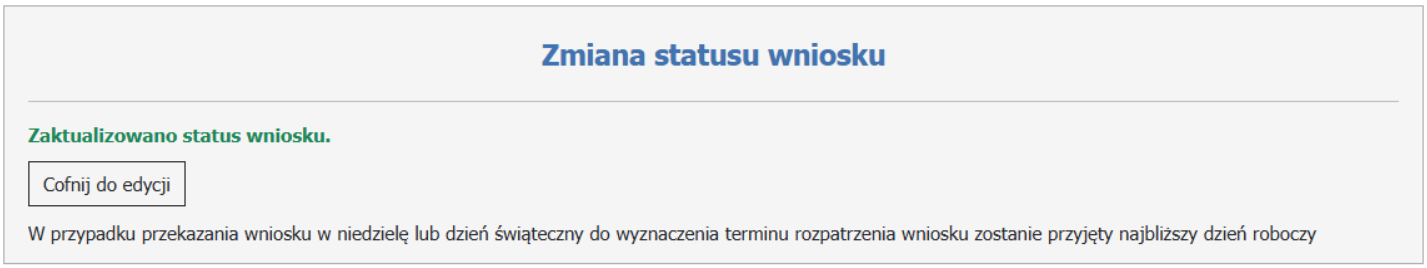


Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) użytkownik będzie miał możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.



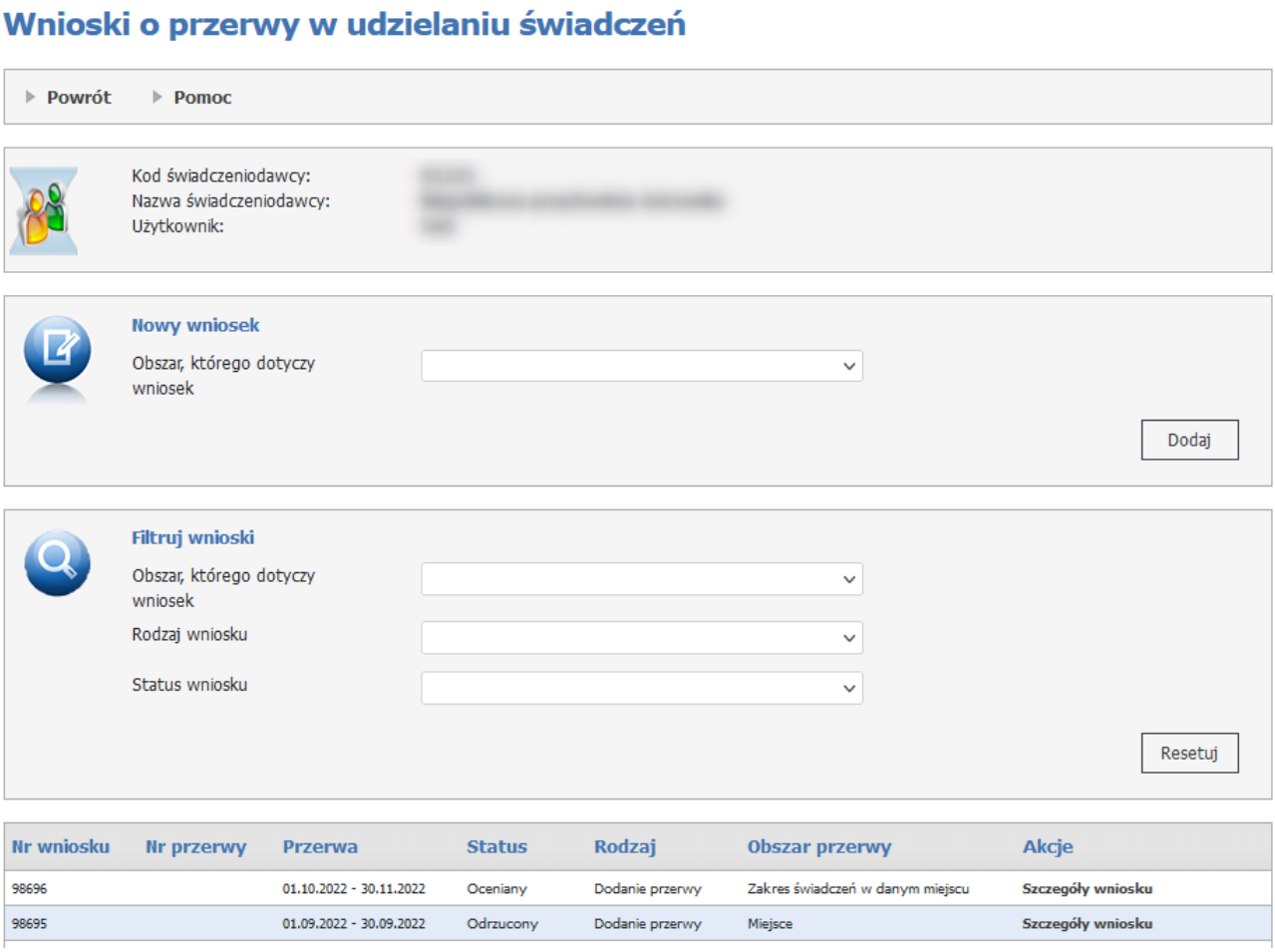
Uwaga: w trakcie testów polegających na wielokrotnym podpisywaniu tego samego pliku XML przez oprogramowanie pochodzące od różnych dostawców, natrafiono na sytuacje w których nie było możliwe dodanie kolejnego podpisu do już podpisanego pliku XML. Zdarzało się to wtedy, gdy pierwszy podpis był złożony innym programem niż drugi i kolejne podpisy. Problem może dotyczyć oprogramowania niektórych zewnętrznych dostawców. W takich sytuacjach zalecamy użycie profilu zaufanego.

Oprogramowanie podmiotów zewnętrznych, umożliwiające składanie podpisów elektronicznych nie jest dostarczane, serwisowane ani w żaden sposób obsługiwane przez Kamsoft S.A. Wszelkie pytania i problemy z działaniem tych aplikacji należy zgłaszać bezpośrednio do ich producentów.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.25 Wnioski o przerwy w udzielaniu świadczeń

Funkcja **Wniosek o przerwy w udzielaniu świadczeń** pozwala na obsługę wniosków o przerwy w udzielaniu świadczeń.



W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanego pola *Obszar, którego dotyczy wniosek* wybrać obszar.
Użytkownik ma możliwość wyboru obszaru pomiędzy:
- Cała działalność;
- Miejsce;
- Zakres świadczeń w danym miejscu;
- Świadczenie kolejkowe w danym miejscu.

Po wybraniu obszaru należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według:
- Obszar, którego dotyczy wniosek: - Cała działalność, Miejsce, Zakres świadczeń w danym miejscu, Świadczenie kolejkowe w danym miejscu;
- Rodzaj wniosku: Dodanie przerwy, Edycja przerwy, Usunięcie przerwy;
- Status wniosku: Inny, Przygotowany, Przekazany do OW, Oceniany, Anulowany, Przyjęty, Odrzucony

© 2026 Kamsoft S.A.

oraz
- Przyjęty z uwagami: w *Szczegółach wniosku* jest wyświetlany Komentarz OW NFZ
- Do uzupełnienia - zostaje wyświetlony dodatkowy filtr >
- Czy minął termin uzupełnienia: Tak, Nie oraz w *Szczegółach wniosku* jest wyświetlane Uzasadnienie OW NFZ oraz Termin na uzupełnienie, do kiedy powinno ono nastąpić. Status ten ma taką samą funkcję jak W przygotowaniu - można anulować lub przekazać wniosek do OW.

Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Filtruj wnioski***.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły wniosku**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku dla obszaru, a zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Przygotowanie nowego wniosku > Dodanie przerwy dla obszaru: Cała działalność

Dla każdej działalności może istnieć tylko jeden aktywny wniosek (jako wniosek aktywny jest rozumiany wniosek w statusie innym niż Anulowany, Przyjęty, Odrzucony) dotyczący tego samego przedziału czasu (wnioski dotyczące różnych – rozłącznych okresów nawet dla tej samej działalności mogą być składane i obsługiwane niezależnie).

W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data utworzenia, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

Dodanie przerwy dla obszaru: Cała działalność

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Numer wniosku:	1	Utworzenie:	**30.10.2025**
Status wniosku:	**Przygotowany**	Ostatnie przekazanie do OW:	**brak**

Data rozpoczęcia przerwy: data (rrrr-mm-dd)

Data zakończenia przerwy: data (rrrr-mm-dd)

Rodzaj przerwy:

Powód:
- [ ] Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego
- [ ] Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- [ ] Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- [ ] Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19
- [ ] Przyczyna o charakterze technicznym
- [ ] Przyczyna o charakterze kadrowym
- [ ] Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy

Powód zgłoszenia - opis:

Świadczeniodawca zastępujący: Należy wybrać Świadczeniodawcę ze słownika. Wpisz kod lub nazwę aby wyszukać.

Kod Świadczeniodawcy:

- [ ] Zastępstwo nie jest możliwe

Edytuj

Dokument potwierdzający zastępstwo

Brak dokumentu potwierdzającego zastępstwo

Dodaj dokument potwierdzajacy zastępstwo

Załącznik do wniosku

Brak załącznika do wniosku

Dodaj zalacznik

Zmiana statusu wniosku

Anuluj wniosek

Przekaż do OW

© 2026 Kamsoft S.A.

Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, gdzie należy wypełnić dane wymagane do dodania przerwy dla całej działalności.

Dane do wypełnienia:

- Data rozpoczęcia przerwy;
- Data zakończenia przerwy;
- Rodzaj przerwy: Planowana/Doraźna;
- Powód: Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego; Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej; Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy;

- Powód zgłoszenia - opis: opis jest wymagany, jeżeli został zaznaczony jeden z trzech powodów: Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna

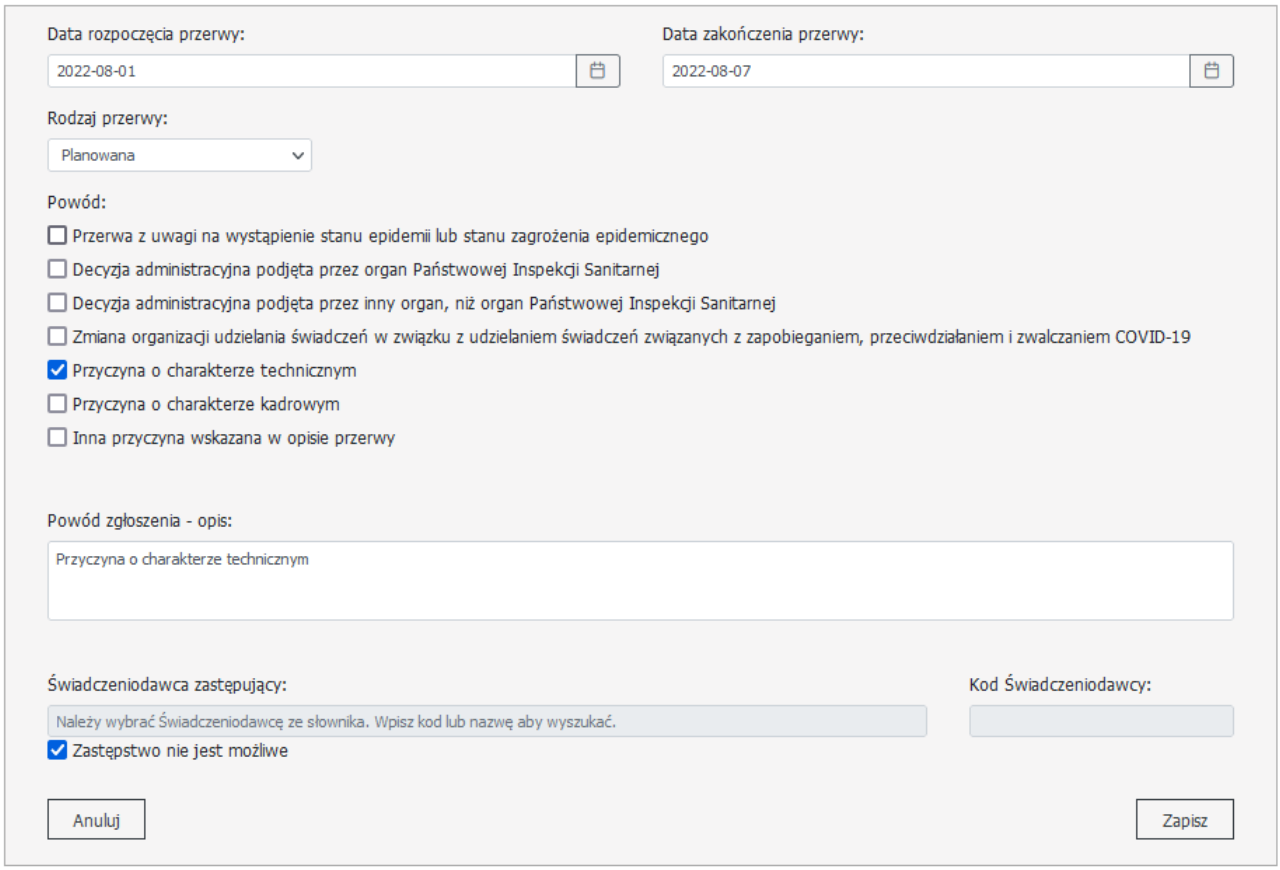
przyczyna wskazana w opisie przerwy;

- Świadczeniodawca zastępujący (Zastępstwo nie jest możliwe): należy wskazać zastępstwo, jeżeli we wnioskowanym okresie przerwy świadczeniodawca posiada co najmniej jeden

punkt umowy, który dotyczy:

- punktów umów w typie umowy - 0113 - Świadczenia lekarza POZ, Pielęgniarki POZ, Położnej i Higienistki szkolnej,
- punktów umów, w których występuje rozliczany ryczałtem zakres świadczeń z w zakresach: 03.4900.008.03, 03.4900.009.03, 03.3300.008.03, 03.3300.009.03, 04.4900.008.03, 04.9901.400.03, 04.9902.400.03, 04.9903.400.03, 18.9900.400.03;
- punktów umów PSZ w których w okresie przerwy występuje zakres świadczeń finansowany w ramach ryczałtu PSZ.

© 2026 Kamsoft S.A.



Operator może dołączyć dokument potwierdzający zastępstwo. W zależności od zakresów, których dotyczy przerwa, dokument może być wymagany, może tez być konieczne podpisanie tego dokumentu..
Plik w formie PDF można dołączyć w sekcji *Dokument potwierdzający zastępstwo* za pomocą przycisku **Dodaj dokument potwierdzający zastępstwo .**

Informacja o dodanym pliku pojawi się w tej samej sekcji, w niej: nazwa, data przesłania oraz opcje **Pobierz** i **Usuń** przekazany plik.

© 2026 Kamsoft S.A.

Operator może dołączyć do wniosku jeden plik PDF w sekcji *Załączniki do wniosku* i może mieć on maksymalnie 10MB. Dołączenie pliku PDF jest opcjonalne.
Do załącznika można dodać dodatkowy opis (do 200 znaków).

Przygotowanie nowego wniosku > Dodanie przerwy dla obszaru: Miejsce

Dla każdego miejsca może istnieć tylko jeden aktywny wniosek (jako wniosek aktywny będzie rozumiany wniosek w statusie innym niż Anulowany, Przyjęty, Odrzucony) dotyczący tego samego przedziału czasu (wnioski dotyczące różnych – rozłącznych okresów nawet dla tego samego miejsca mogą być składane i obsługiwane niezależnie).
Mogą oczywiście istnieć niezależnie wnioski dotyczące różnych miejsc świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.

Dodanie przerwy dla obszaru: Miejsce

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Numer wniosku:	10	Utworzenie:	**30.10.2025**
Status wniosku:	**Przygotowany**	Ostatnie przekazanie do OW:	**brak**

Miejsce

Wpisz fragment nazwy miejsca, kodu nfz lub kodu K.R.VII, aby wyszukać (na liście widać na raz 10 pozycji).

K.R.VII:

K.R.VIII:

Nazwa specjalności:

Adres:

Data rozpoczęcia przerwy: data (rrrr-mm-dd)

Data zakończenia przerwy: data (rrrr-mm-dd)

Rodzaj przerwy:

Powód:

- ☐ Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego
- ☐ Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- ☐ Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- ☐ Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19
- ☐ Przyczyna o charakterze technicznym
- ☐ Przyczyna o charakterze kadrowym
- ☐ Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy

Powód zgłoszenia - opis:

Świadczeniodawca zastępujący:

Należy wybrać Świadczeniodawcę ze słownika. Wpisz kod lub nazwę aby wyszukać.

Kod Świadczeniodawcy:

☐ Zastępstwo nie jest możliwe

Edytuj

Dokument potwierdzający zastępstwo

Brak dokumentu potwierdzającego zastępstwo

Dodaj dokument potwierdzajacy zastępstwo

Załącznik do wniosku

Brak załącznika do wniosku

Dodaj zalacznik

Zmiana statusu wniosku

Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, gdzie należy wypełnić dane wymagane do dodania przerwy dla całej działalności.

Dane do wypełnienia:

- Miejsce (należy wpisać początek nazwy miejsca, żeby je wyszukać);
- Data rozpoczęcia przerwy;
- Data zakończenia przerwy;
- Rodzaj przerwy: Planowana/Doraźna;
- Powód: Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego; Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej; Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy;

- Powód zgłoszenia - opis: opis jest wymagany, jeżeli został zaznaczony jeden z trzech powodów: Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna

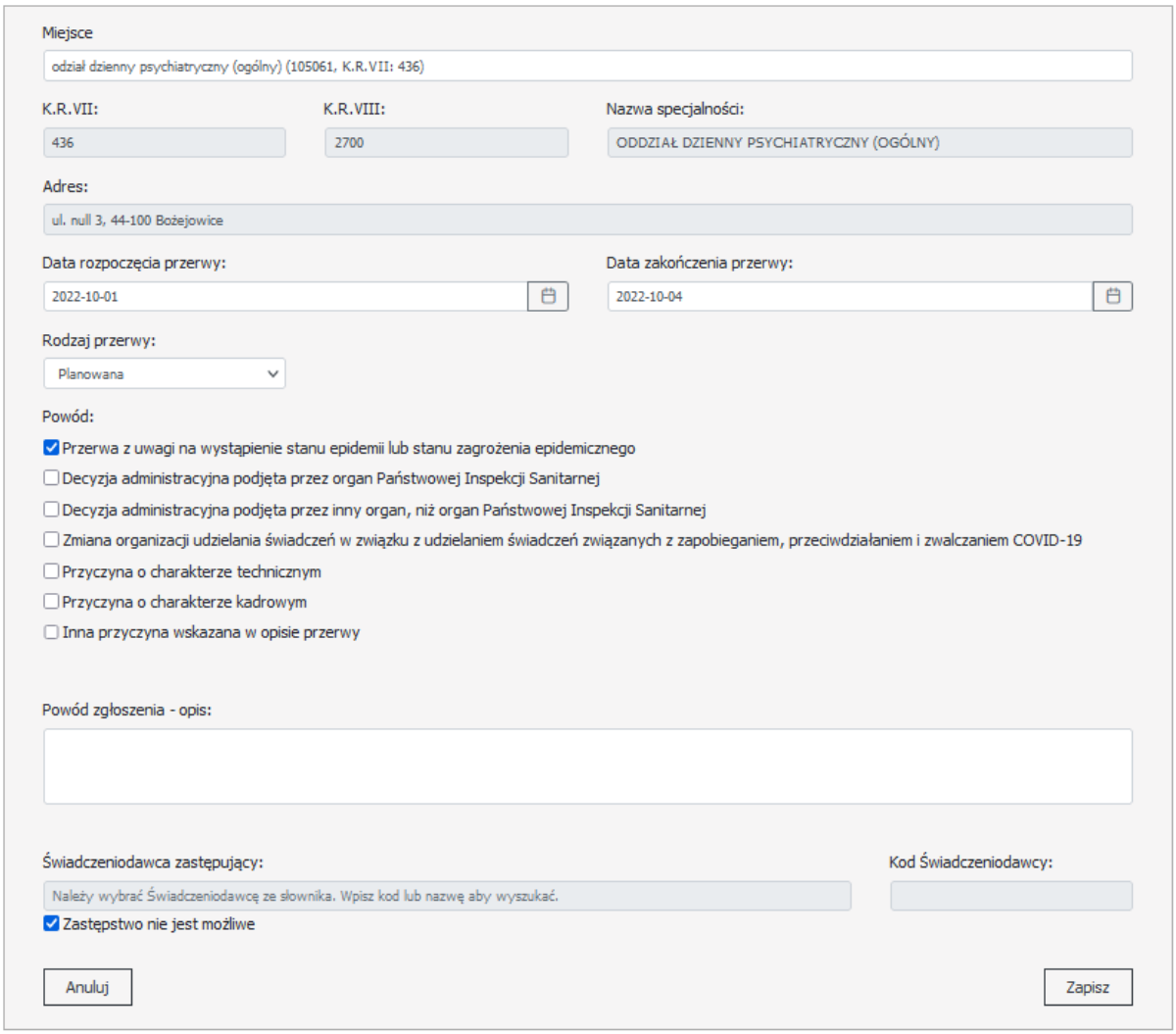
przyczyna wskazana w opisie przerwy;

- Świadczeniodawca zastępujący (Zastępstwo nie jest możliwe): należy wskazać zastępstwo, jeżeli we wnioskowanym okresie przerwy świadczeniodawca posiada co najmniej jeden

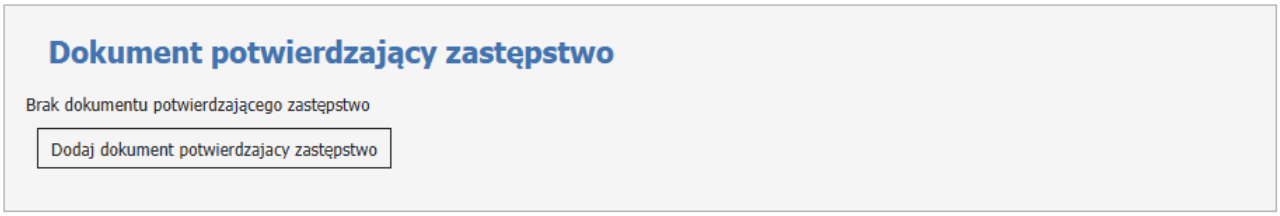
punkt umowy, który dotyczy:

- punktów umów w typie umowy - 0113 - Świadczenia lekarza POZ, Pielęgniarki POZ, Położnej i Higienistki szkolnej,
- punktów umów, w których występuje rozliczany ryczałtem zakres świadczeń z w zakresach: 03.4900.008.03, 03.4900.009.03, 03.3300.008.03, 03.3300.009.03, 04.4900.008.03, 04.9901.400.03, 04.9902.400.03, 04.9903.400.03, 18.9900.400.03;
- punktów umów PSZ w których w okresie przerwy występuje zakres świadczeń finansowany w ramach ryczałtu PSZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

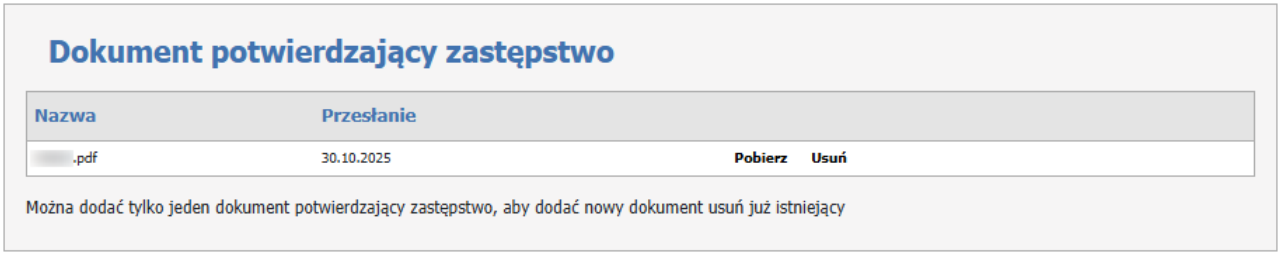


Operator może dołączyć dokument potwierdzający zastępstwo. W zależności od zakresów, których dotyczy przerwa, dokument może być wymagany, może tez być konieczne podpisanie tego dokumentu..
Plik w formie PDF można dołączyć w sekcji *Dokument potwierdzający zastępstwo* za pomocą przycisku **Dodaj dokument potwierdzający zastępstwo.**



Informacja o dodanym pliku pojawi się w tej samej sekcji, w niej: nazwa, data przesłania oraz opcje **Pobierz** i **Usuń** przekazany plik.

© 2026 Kamsoft S.A.



Operator może dołączyć do wniosku jeden plik PDF w sekcji *Załączniki do wniosku* i może mieć on maksymalnie 10MB. Dołączenie pliku PDF jest opcjonalne.
Do załącznika można dodać dodatkowy opis (do 200 znaków).

Przygotowanie nowego wniosku > Dodanie przerwy dla obszaru: Zakres świadczeń w danym miejscu

Dla każdego zakresu świadczeń realizowanego w danym miejscu może istnieć tylko jeden aktywny wniosek dotyczący tego samego przedziału czasu (tak samo jak w przypadku działalności i miejsc).
W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data utworzenia, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

Dodanie przerwy dla obszaru: Zakres świadczeń w danym miejscu

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Numer wniosku:	10	Utworzenie:	13.06.2024
Status wniosku:	Przygotowany	Ostatnie przekazanie do OW:	brak

Miejsce

Wpisz fragment nazwy miejsca, kodu nfz lub kodu K.R.VII, aby wyszukać (na liście widać na raz 10 pozycji)

K.R.VII: K.R.VIII: Nazwa specjalności:

Adres:

Umowa:

Jeżeli zgłaszana przerwa dotyczy udzielania świadczeń w zakresie podstawowym, a w tym samym miejscu, w okresie którego dotyczy przerwa, w umowie występują również zakresy do niego skojarzone, to zgłoszona przerwa będzie obejmowała te zakresy skojarzone

Zakres:

Rodzaj przerwy:

Data rozpoczęcia przerwy: data (rrrr-mm-dd)

Data zakończenia przerwy: data (rrrr-mm-dd)

Powód:

- Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego
- Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19
- Przyczyna o charakterze technicznym
- Przyczyna o charakterze kadrowym
- Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy

Powód zgłoszenia - opis:

Świadczeniodawca zastępujący:

Należy wybrać Świadczeniodawcę ze słownika. Wpisz kod lub nazwę aby wyszukać.

Kod Świadczeniodawcy:

Zastępstwo nie jest możliwe

Edytuj

Dokument potwierdzający zastępstwo

Brak dokumentu potwierdzającego zastępstwo

Dodaj dokument potwierdzajacy zastępstwo

Załącznik do wniosku

Brak załącznika do wniosku

Dodaj zalacznik

Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, gdzie należy wypełnić dane wymagane do dodania przerwy dla całej działalności.

Dane do wypełnienia:

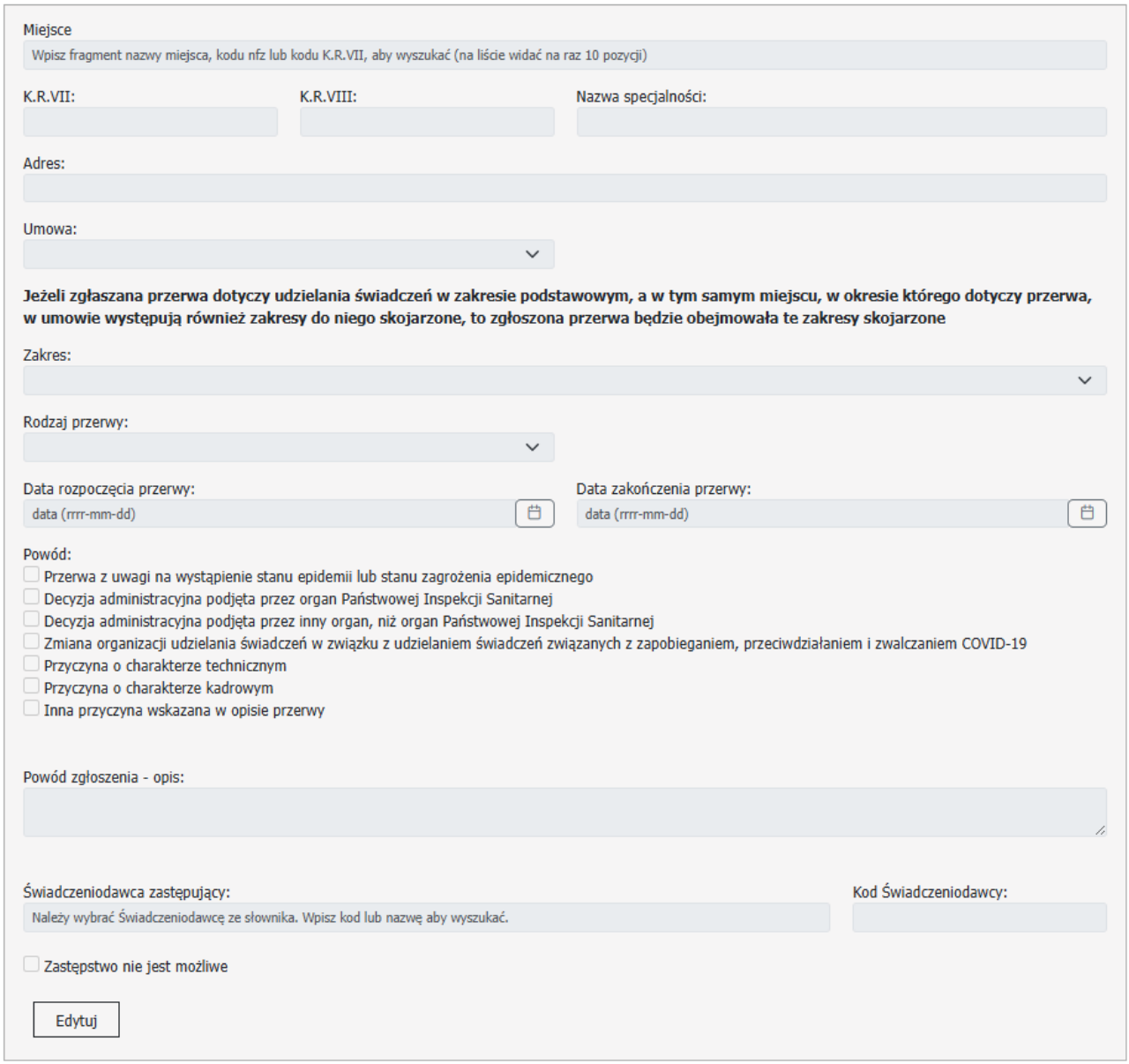
- Miejsce (należy wpisać początek nazwy miejsca, żeby je wyszukać);
- Umowa;
- Zakres;
- Data rozpoczęcia przerwy;
- Data zakończenia przerwy;
- Rodzaj przerwy: Planowana/Doraźna;
- Powód: Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego; Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej; Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy;

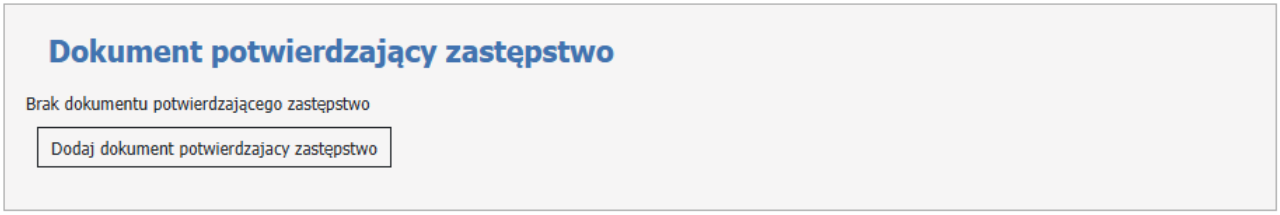
- Powód zgłoszenia - opis: opis jest wymagany, jeżeli został zaznaczony jeden z trzech powodów: Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy;
- Świadczeniodawca zastępujący (Zastępstwo nie jest możliwe): należy wskazać zastępstwo, jeżeli we wnioskowanym okresie przerwy świadczeniodawca posiada co najmniej jeden punkt umowy, który dotyczy:

- punktów umów w typie umowy - 0113 - Świadczenia lekarza POZ, Pielęgniarki POZ, Położnej i Higienistki szkolnej,
- punktów umów, w których występuje rozliczany ryczałtem zakres świadczeń z w zakresach: 03.4900.008.03, 03.4900.009.03, 03.3300.008.03, 03.3300.009.03, 04.4900.008.03, 04.9901.400.03, 04.9902.400.03, 04.9903.400.03, 18.9900.400.03;
- punktów umów PSZ w których w okresie przerwy występuje zakres świadczeń finansowany w ramach ryczałtu PSZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

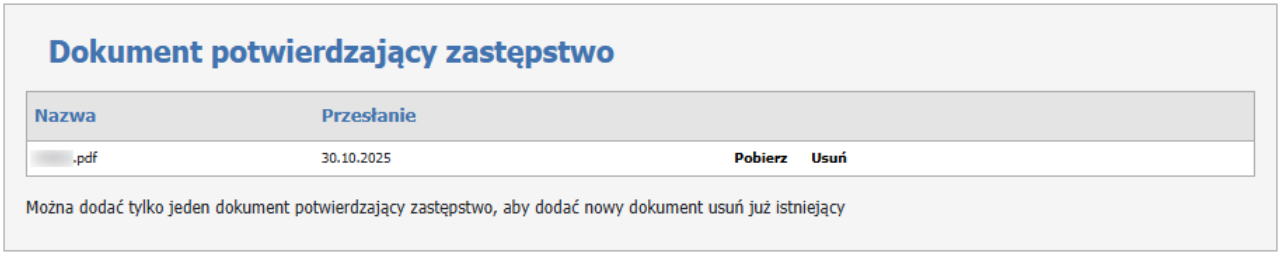


Operator może dołączyć dokument potwierdzający zastępstwo. W zależności od zakresów, których dotyczy przerwa, dokument może być wymagany, może tez być konieczne podpisanie tego dokumentu..
Plik w formie PDF można dołączyć w sekcji *Dokument potwierdzający zastępstwo* za pomocą przycisku **Dodaj dokument potwierdzający zastępstwo.**



Informacja o dodanym pliku pojawi się w tej samej sekcji, w niej: nazwa, data przesłania oraz opcje **Pobierz** i **Usuń** przekazany plik.

© 2026 Kamsoft S.A.

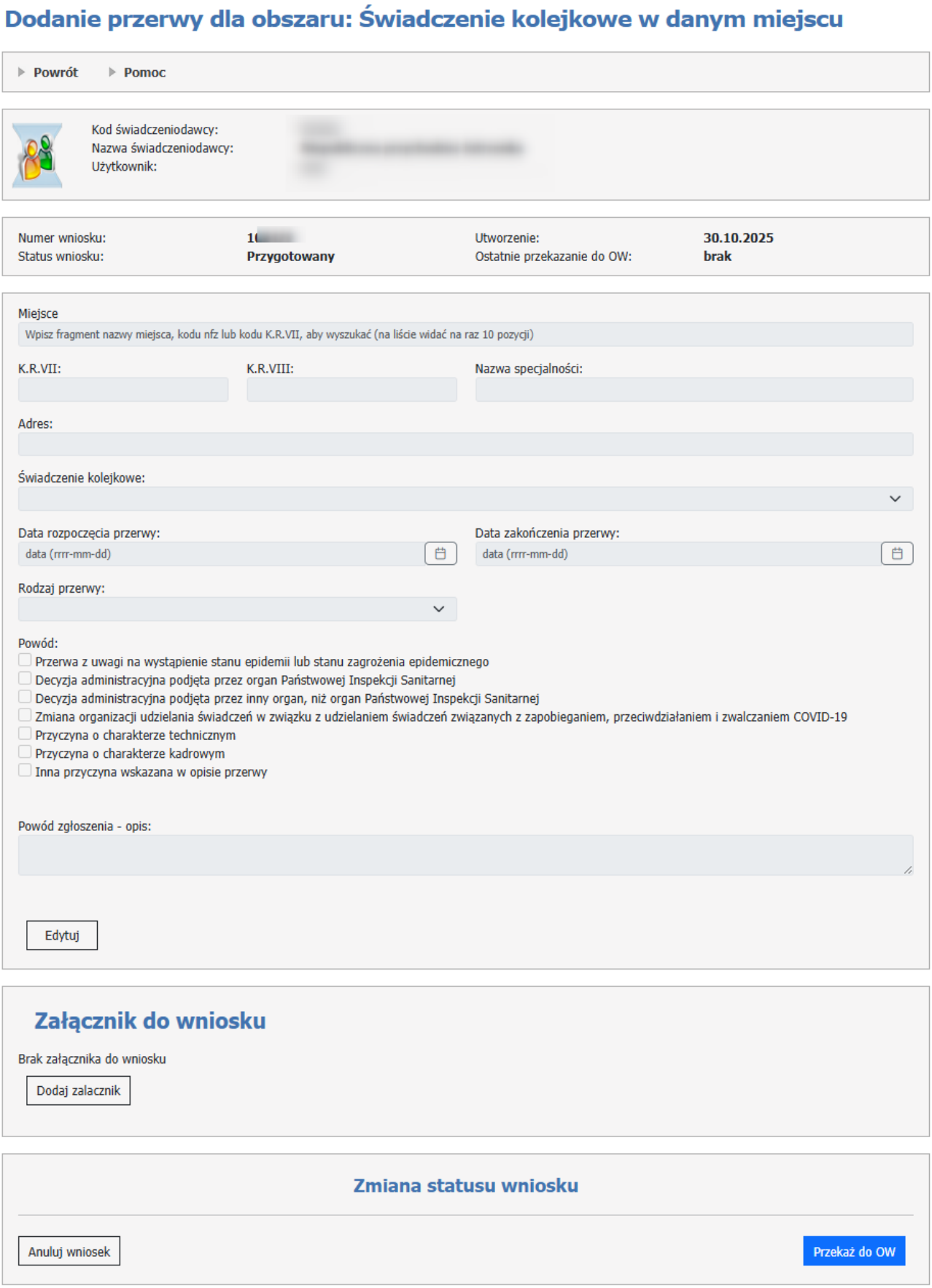


Operator może dołączyć do wniosku jeden plik PDF w sekcji *Załączniki do wniosku* i może mieć on maksymalnie 10MB. Dołączenie pliku PDF jest opcjonalne.
Do załącznika można dodać dodatkowy opis (do 200 znaków).

Przygotowanie nowego wniosku > Świadczenie kolejkowe w danym miejscu.

W przypadku potrzeby zgłoszenia przerwy dla więcej niż jednego świadczenia w danym miejscu wymagane jest wprowadzenie kolejnego wniosku.
W przypadku potrzeby wyłączenia wszystkich świadczeń w danym miejscu wystarczy zarejestrować przerwę w działaniu tego miejsca. Tak zarejestrowany wniosek po zatwierdzeniu w OW NFZ jest traktowany w procesie oceny sprawozdawczości do kolejek jako zgłoszenie przerw w realizacji wszystkich świadczeń w tym miejscu.

© 2026 Kamsoft S.A.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, gdzie należy wypełnić dane wymagane do dodania przerwy dla całej działalności.

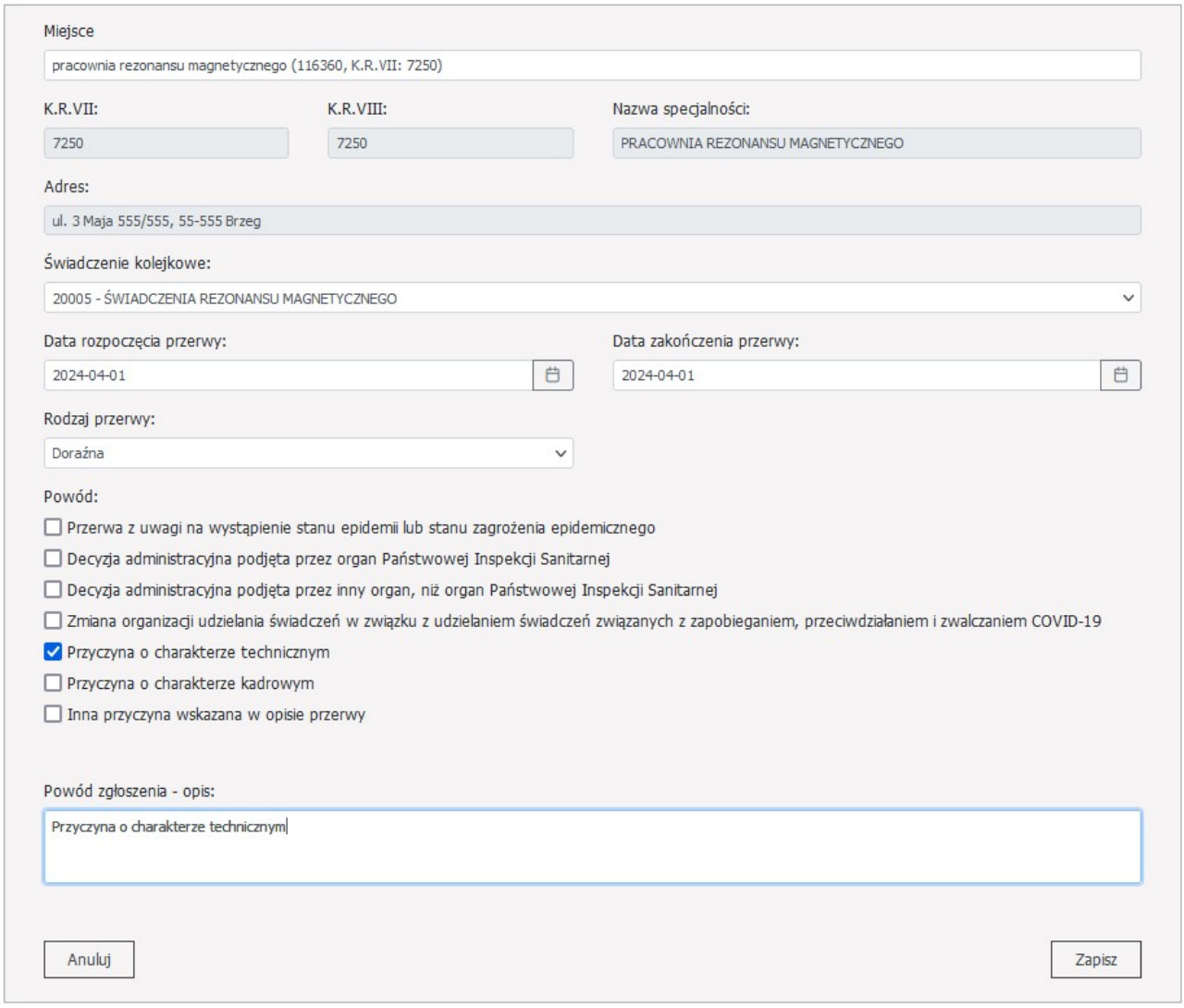
Dane do wypełnienia:

© 2026 Kamsoft S.A.

- Miejsce (należy wpisać początek nazwy miejsca, żeby je wyszukać);
- Świadczenie kolejkowe;
- Data rozpoczęcia przerwy;
- Data zakończenia przerwy;
- Rodzaj przerwy: Planowana/Doraźna;
- Powód: Przerwa z uwagi na wystąpienie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego; Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

Decyzja administracyjna podjęta przez inny organ, niż organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej; Zmiana organizacji udzielania świadczeń w związku z udzielaniem świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy;

- Powód zgłoszenia - opis: opis jest wymagany, jeżeli został zaznaczony jeden z trzech powodów: Przyczyna o charakterze technicznym; Przyczyna o charakterze kadrowym; Inna przyczyna wskazana w opisie przerwy;



Operator może dołączyć do wniosku jeden plik PDF i może mieć maksymalnie 10MB. Dołączenie pliku PDF jest opcjonalne.

Do załącznika można dodać dodatkowy opis (do 200 znaków).

© 2026 Kamsoft S.A.

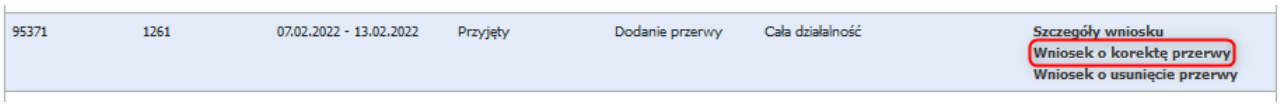
Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.
Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) użytkownik będzie miał możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.

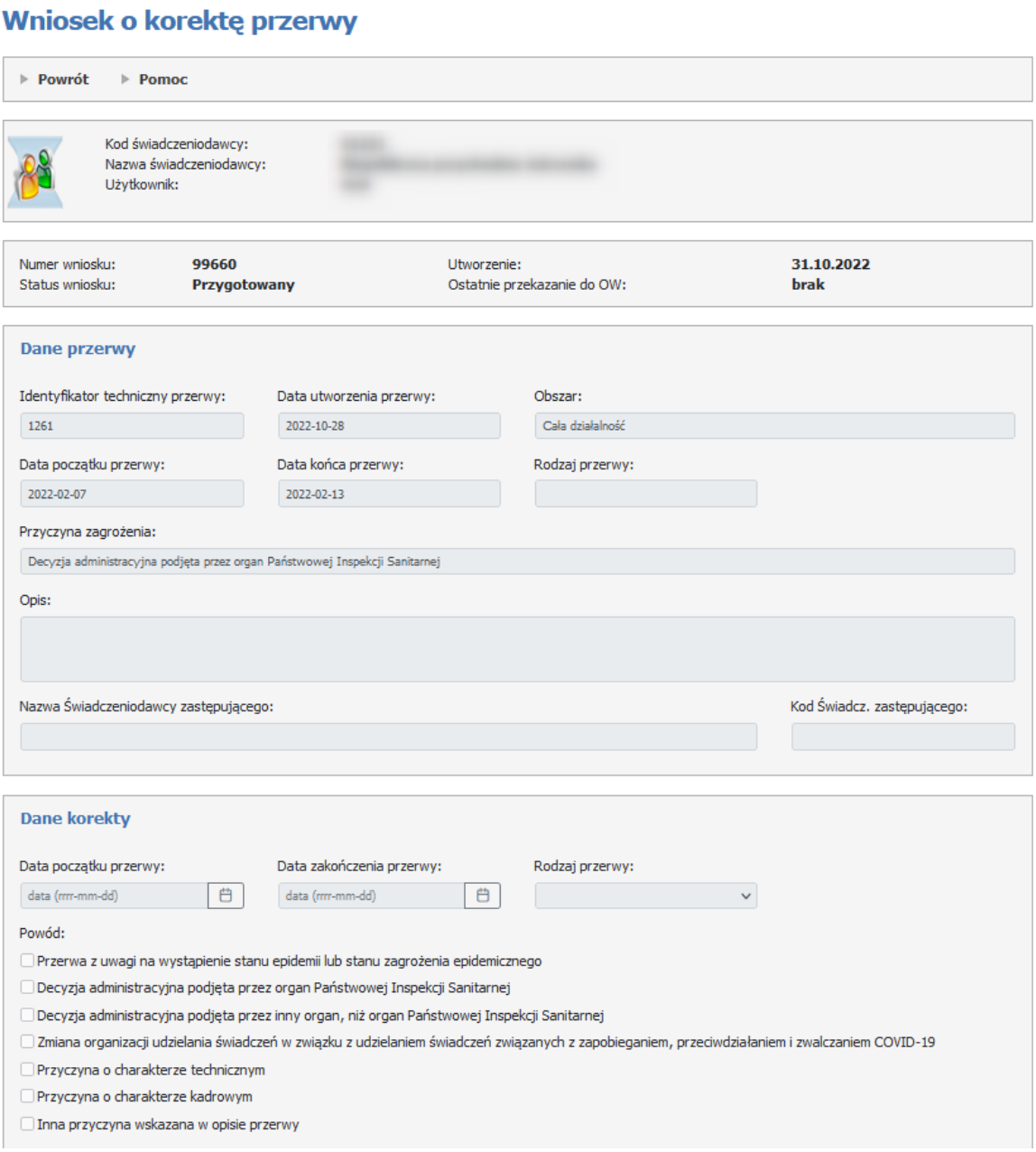
Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Szczegóły wniosku o korektę przerwy



Operator może zgłosić korektę wcześniej zgłoszonych informacji o przerwach jeżeli wystąpi taka potrzeba.
Operator musi wtedy utworzyć wniosek korekty danych dotyczących przerwy i w tym wniosku wskazać identyfikator przerwy, której dane chce poprawić.
Po wskazaniu identyfikatora system wyświetli podstawowe dane przerwy (czego dotyczy, data początku i data końca).

© 2026 Kamsoft S.A.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, gdzie należy wypełnić dane wymagane do zgłoszenia wnosku o korektę przerwy.

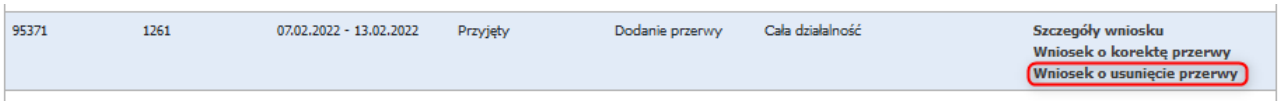
Operator dla wnioseku dotyczącego poprawy może wpisać nowe informacje:

- Data początku przerwy;
- Data zakończenia przerwy;
- Rodzaj przerwy;
- Powód;
- Wskazać świadczeniodawcę zastępującego, jeżeli dla wniosku jest konieczność wskazania zastępstwa lub zaznaczyć, że wskazanie zastępstwa nie jest możliwe.

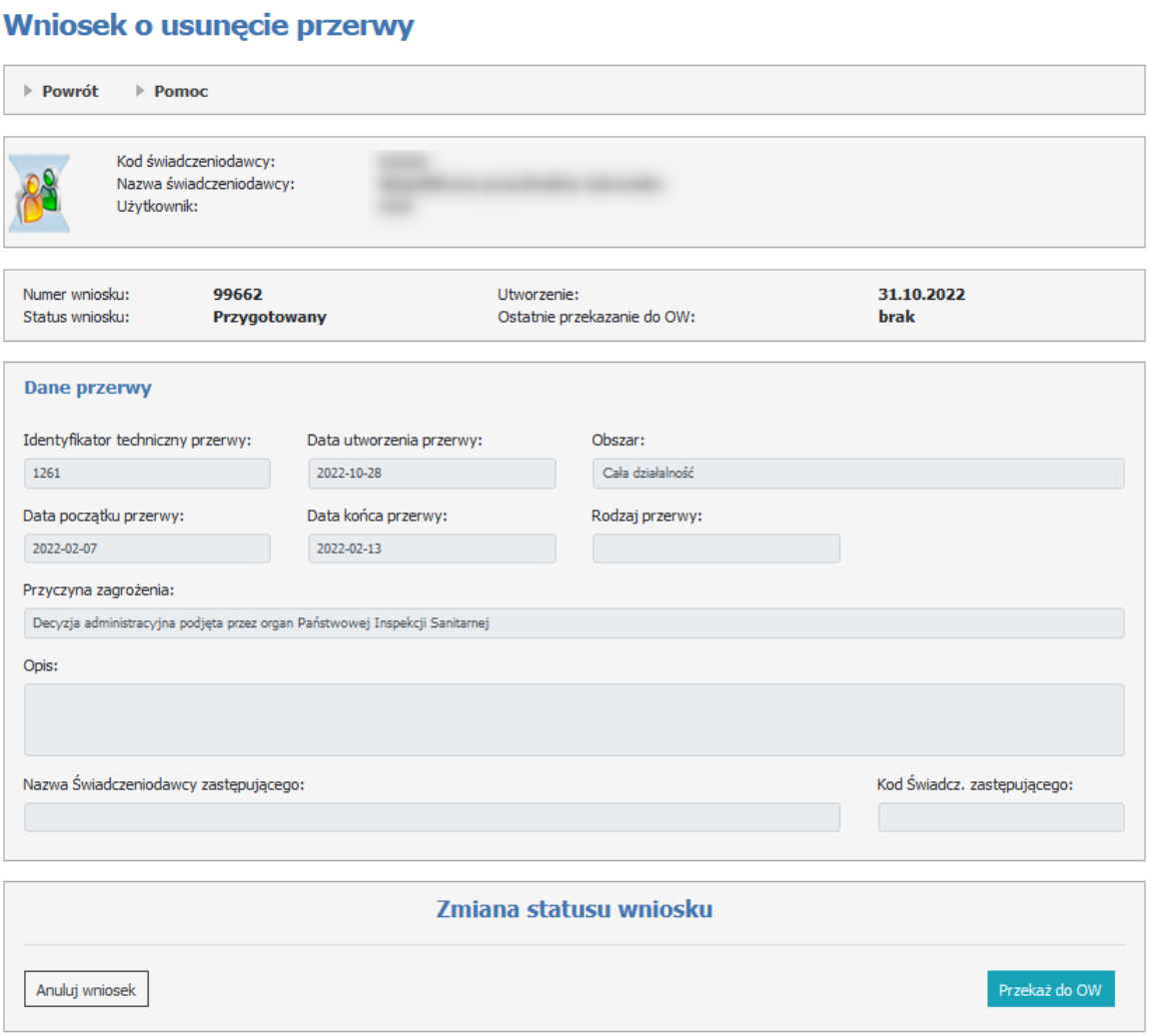
Po uzupełnieniu tych danych wniosek może zostać przekazany do OW.

Szczegóły wniosku o usunięcie przerwy

© 2026 Kamsoft S.A.



Operator może zgłosić wniosek o usunięcie informacji o przerwie jeżeli wystąpi taka potrzeba.
Operator musi wtedy utworzyć wniosek o usunięciu przerwy i w tym wniosku wskazać identyfikator przerwy, której dane chce usunąć.
Dla takiego wniosku nie ma potrzeby podawania dalszych informacji, wniosek może być przekazany od razu do OW NFZ.



Szczegóły przerwy

Jeżeli przerwa została utworzona przez OW NFZ, przed powstaniem wniosków, to można sprawdzić jej szczegóły.

© 2026 Kamsoft S.A.

Szczegóły przerwy

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Dane przerwy

Identyfikator techniczny przerwy: 1241	Data utworzenia przerwy: 2022-10-20	Obszar: Zakres świadczeń w danym miejscu	
Data początku przerwy: 2018-07-06	Data końca przerwy: brak	Rodzaj przerwy: Doraźna	
VII część kodu resortowego: 012	VIII część kodu resortowego: 0012	Nazwa VIII części kodu resortowego: PORADNIA (GABINET) POZ	
Kod umowy:	Kod zakresu świadczeń: 02.1010.001.02	Nazwa zakresu świadczeń: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERG(	Wyróżnik: 0

Przyczyna zagrożenia:
Decyzja administracyjna podjęta przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Opis:

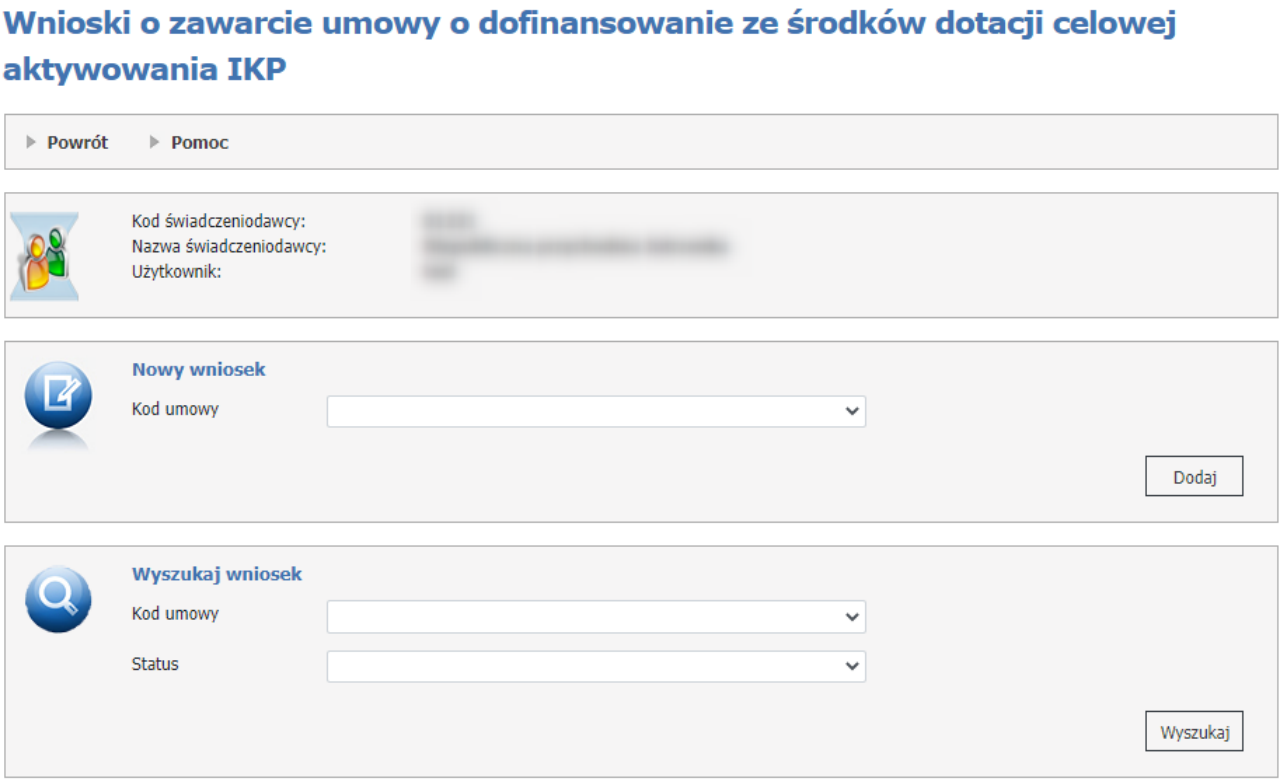
Nazwa Świadczeniodawcy zastępującego:

Kod Świadcz. zastępującego:

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.26 Wnioski o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania IKP

Funkcja **Wnioski o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania IKP** pozwala na przygotowanie i przekazanie do OW wniosków o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celewej aktywowania internetowego konta pacjenta.
Wniosek można składać tylko w przypadku gdy świadczeniodawca nie złożył jeszcze wniosku w roku 2022 bądź poprzedni jego wniosek składany w 2022 roku został odrzucony.



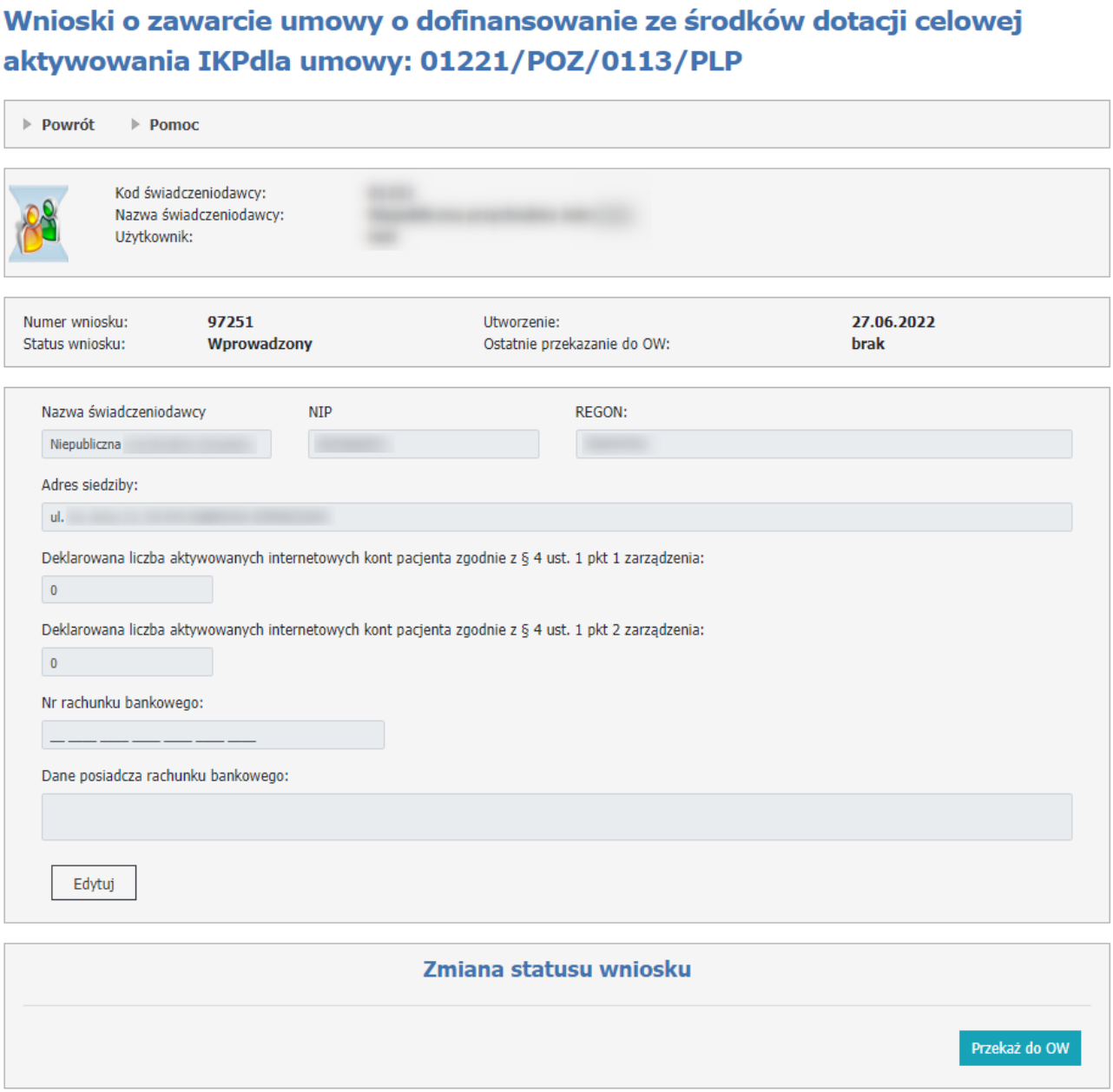
W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanego pola *Kod umowy* wybrać umowę. Po wybraniu umowy należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według kodu umowy oraz statusu. Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku dla umowy, a zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Przygotowanie nowego wniosku o zawarcie umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania IKP.

Numer umowy o udzielanie świadczeń jest podpowiadany automatycznie przez portal jako numer umowy POZ (w typie umowy 0113) świadczeniodawcy składającego wniosek, obowiązującej w roku 2022.
Uwaga: jeżeli świadczeniodawca nie posiada umowy POZ w roku 2022 to złożenie wniosku nie będzie możliwe.

© 2026 Kamsoft S.A.

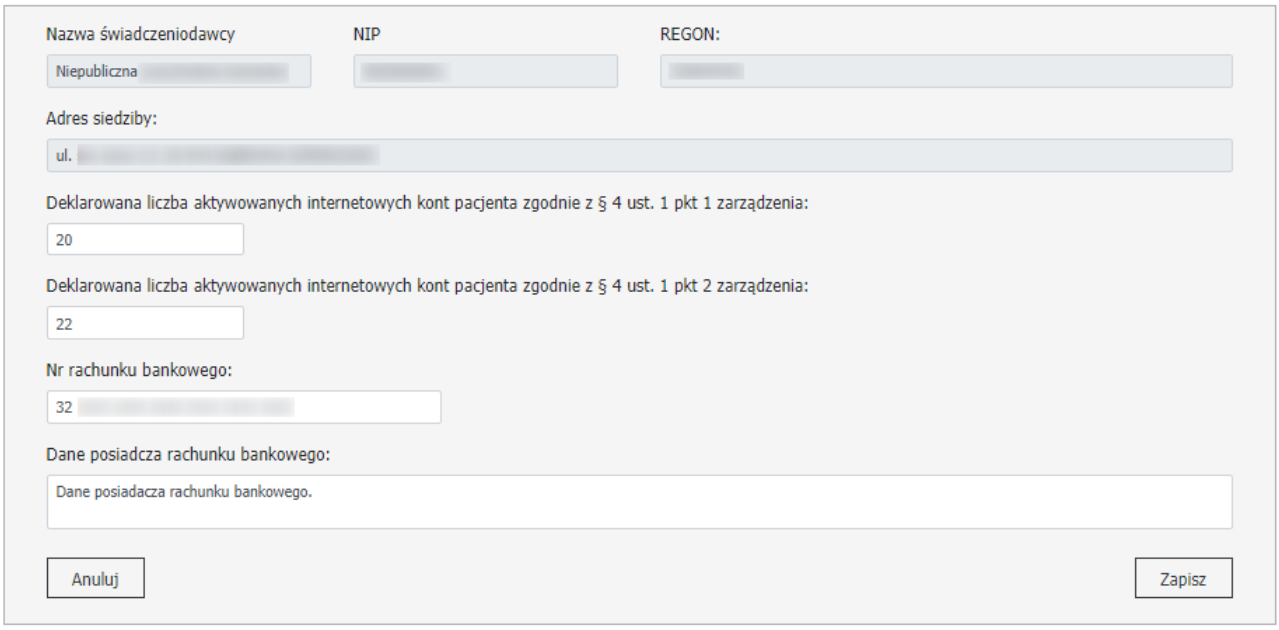


W górnej części formatki znajdują się informacje takie jak:
- Numer wniosku - unikalny numer wniosku,
- Utworzenie - czas utworzenia wniosku,
- Status wniosku - status w jakim obecnie znajduje się wniosek; możliwe statusy: Wprowadzony/
- Ostatnie przekazanie do OW - data ostatniego przekazania wniosku do OW.

Dane identyfikacyjne świadczeniodawcy takie jak nazwa, NIP, REGON oraz adres siedziby są podpowiadane automatycznie przez portal.

Za pomocą przycisku **Edytuj** operator przechodzi w tryb edycji wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.



Pola:
- Deklarowana liczba aktywowanych internetowych kont pacjenta zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 zarządzenia,
- Deklarowana liczba aktywowanych internetowych kont pacjenta zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 2 zarządzenia

są wymagane.

Numer rachunku bankowego jest wymagany i nie jest przy zapisie weryfikowana jego poprawność.
Dane posiadacza rachunku bankowego jest wymagane.

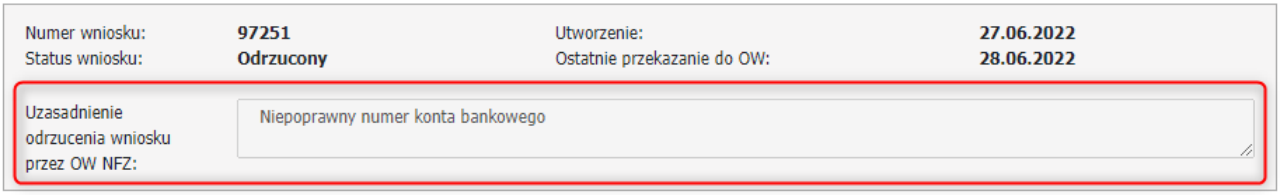
Przycisk **Zapisz** - zapisuje wprowadzone dane przez operatora, przycisk **Anuluj** nie zapisuje danych wprowadzonych przez operatora.

Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku Przekaż do OW.

W przypadku odrzucenia wniosku przez operatora OW NFZ widoczna jest treść uzasadnienia odrzucenia.
Nie można takiego wniosku edytować, należy przygotować i przekazać do OW kolejny wniosek.

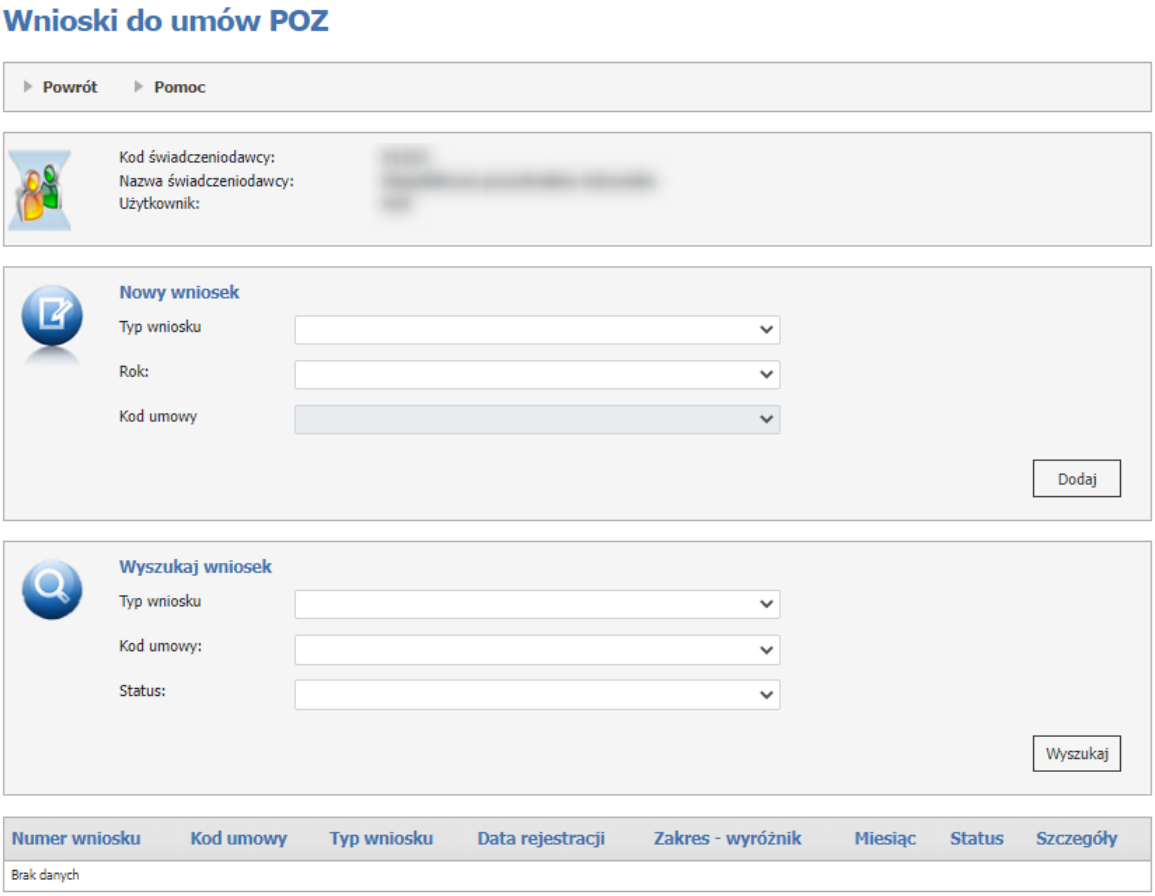
© 2026 Kamsoft S.A.



Nie ma możliwości drukowania wniosku z systemu oraz dołączania do wniosku załącznika zawierającego np. treść wniosku sporządzonego poza systemem.

4.2.27 Wnioski do umów POZ

Funkcja **Wnioski do umów POZ** pozwala na obsługę wniosków budżetu powierzonego dla umów POZ (typ umowy - 0113).



W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanych pól wybrać: typ wniosku, rok oraz kod umowy.
Operator ma możliwość wyboru typu wniosku pomiędzy:
- O częściowe wypowiedzenie umowy;
- Otwarty;
Po wybraniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według typu wniosku, kodu umowy oraz statusu. Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.

© 2026 Kamsoft S.A.

Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku dla jego typu, a zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Wniosek może przyjmować następujące statusy:

- W przygotowaniu – wniosek przygotowywany przez operatora;
- Anulowany – wniosek anulowany przez operatora (zmiana na Anulowany jest możliwa tylko ze statusu W przygotowaniu);
- Przekazany do OW – wniosek przekazany przez operatora. W tym statusie jest możliwość cofnięcia statusu do statusu „W przygotowaniu" w celu poprawy wniosku (operacja wycofania statusu wniosku dostępna dla operatora przed rozpoczęciem oceny przez OW NFZ);
- Oceniany – pracownik OW NFZ ocenia wniosek. Status wniosku nie może być już zmieniany przez operatora;
- Przyjęty – pracownik OW NFZ przyjął wniosek;
- Odrzucony – pracownik OW NFZ odrzucił wniosek. Operator ma możliwość złożenia nowego wniosku.

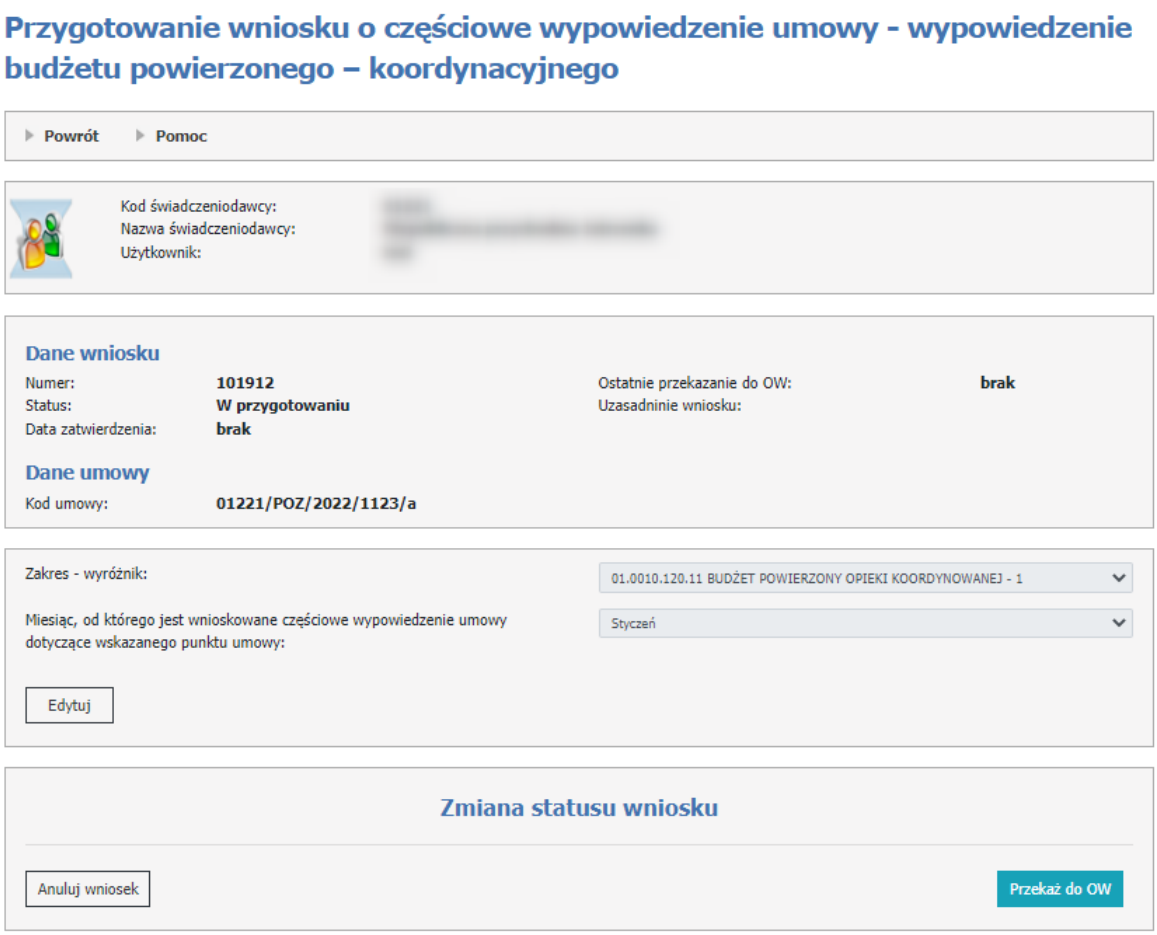
4.2.27.1 Wniosek o częściowe wypowiedzenie umowy

Wniosek o częściowe wypowiedzenie umowy - wypowiedzenie budżetu powierzonego - koordynacyjnego służy do przekazania informacji dla jakiego zakresu oraz od którego miesiąca następuje zmiana w umowie.

Dla każdej umowy może istnieć tylko jeden aktywny wniosek o częściowe wypowiedzenie umowy (jako wniosek aktywny jest rozumiany wniosek w statusie innym niż Anulowany, Zatwierdzony, Odrzucony).

W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data zatwierdzenia, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ, uzasadnienie oraz kod umowy.

© 2026 Kamsoft S.A.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, a następnie należy wypełnić dane wymagane dla częściowego wypowiedzenia umowy budżetu powierzonego - koordynacyjnego.
Dane do wypełnienia:

- Zakres - wyróżnik;
- Miesiąc, od którego jest wnioskowane częściowe wypowiedzenie umowy dotyczące wskazanego punktu umowy.

Uwaga: miesiąc, od którego faktycznie nastąpi zmiana w umowie należy od operatora OW NFZ. Miesciąc ustala pracownik OW NFZ, przygotowując i obsługując właściwy aneks do umowy.

Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

© 2026 Kamsoft S.A.

Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) użytkownik będzie miał możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.

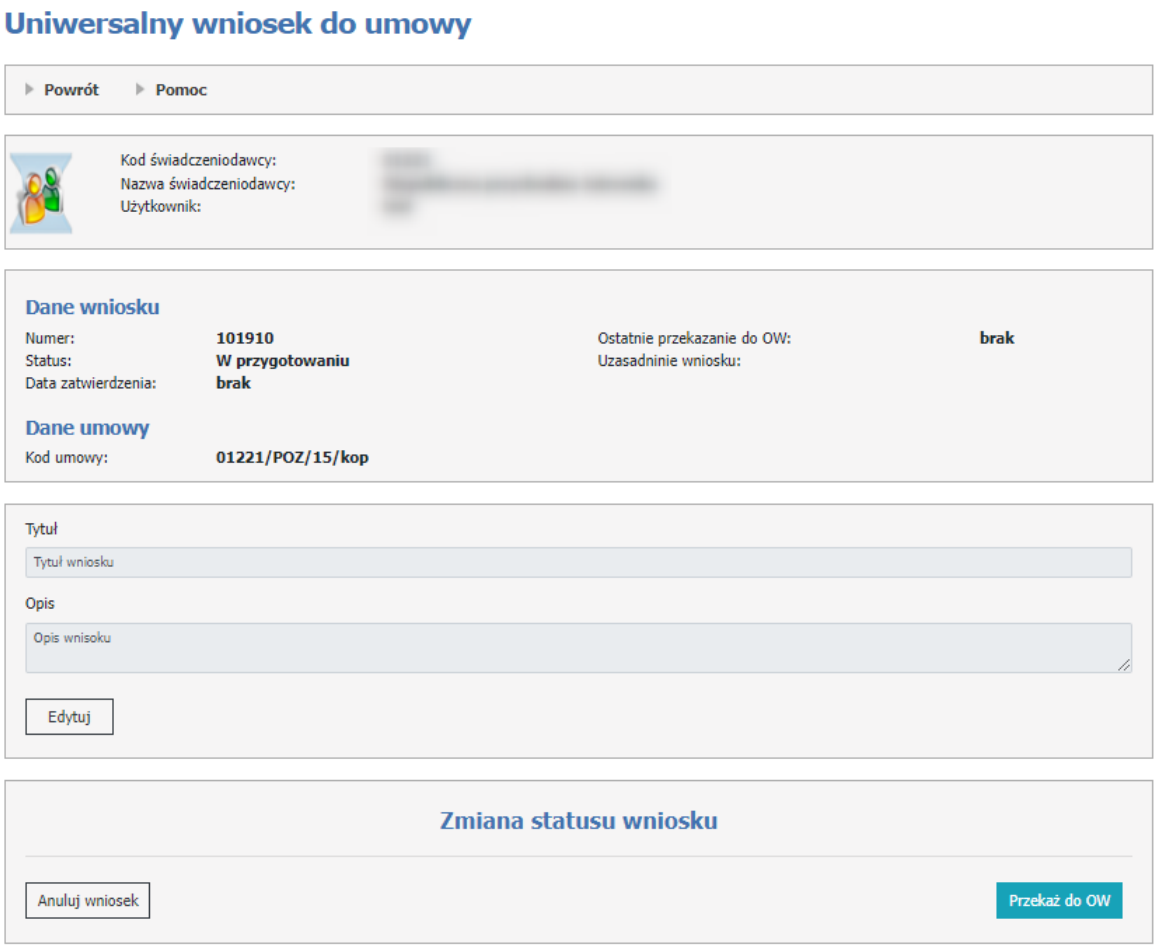
4.2.27.2 Wniosek otwarty

Wniosek otwarty (uniwersalny) służy do przekazania przez operatora zmiany wartości budżetu powierzonego - koordynacyjnego na potrzeby obsługi zmiany lub zmian w umowie POZ, czyli na przykład w sytuacji jeśli nastąpiła zmiana na liście lekarzy specjalistów zatrudnionych do realizacji budżetu powierzonego - koordynacyjnego i taka zmiana dostępnego personelu może być powodem wyceny wartości punktu w jego umowie.

Dla każdej umowy może istnieć tylko jeden aktywny wniosek tego typu (jako wniosek aktywny jest rozumiany wniosek w statusie innym niż Anulowany, Zatwierdzony, Odrzucony).

W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data zatwierdzenia, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ, uzasadnienie oraz kod umowy.

© 2026 Kamsoft S.A.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, gdzie należy wypełnić dane wymagane dla wniosku otwartego.

Dane do wypełnienia:

- Tytuł;
- Opis.

Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

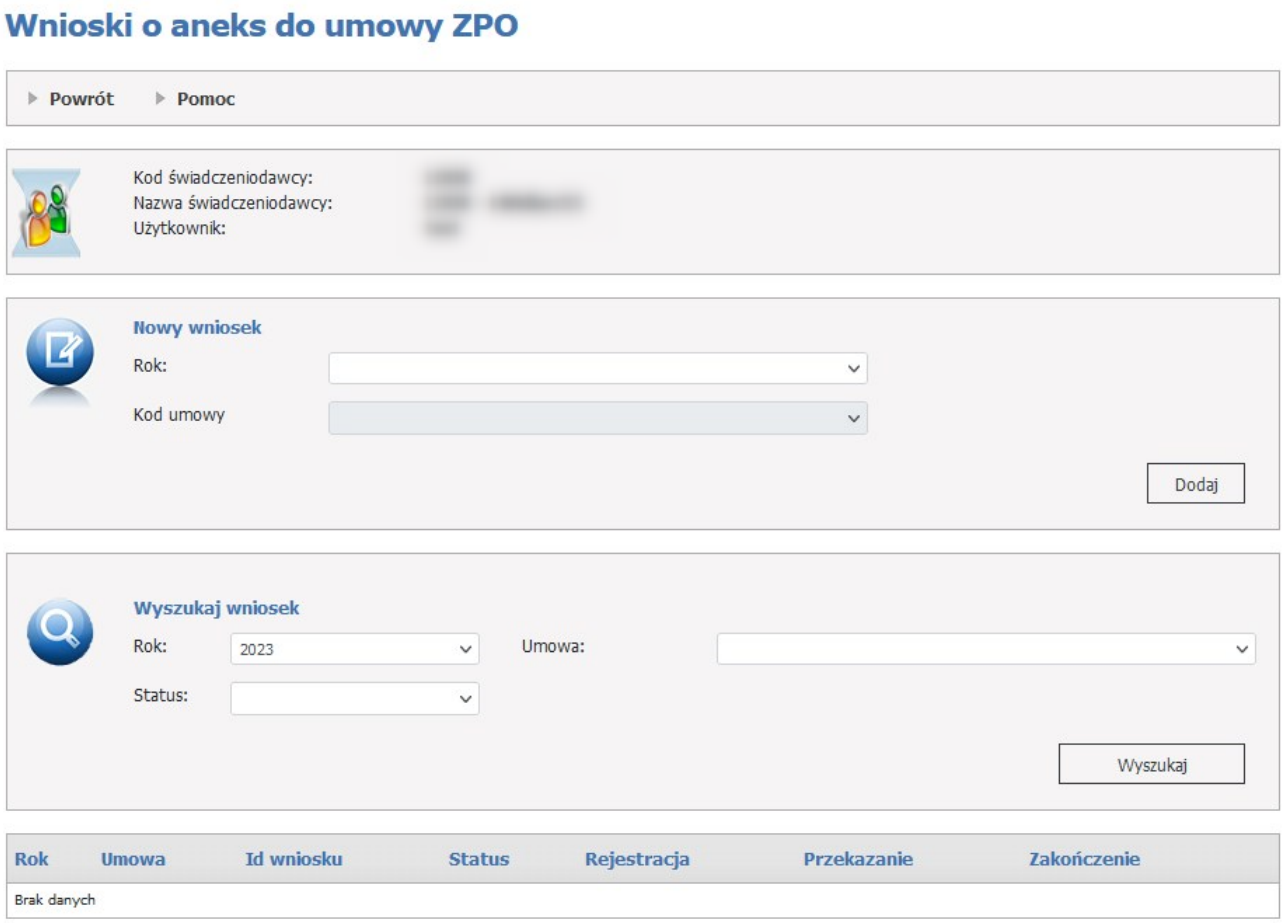
Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) użytkownik będzie miał możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.28 Wnioski do umów ZPO

Funkcja **Wnioski do umów ZPO** pozwala na obsługę wniosków o aneks do umowy ZPO.



W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanych pól wybrać: rok oraz kod umowy.
Po wybraniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według roku, umowy oraz statusu. Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Wniosek może przyjmować następujące statusy:

- W trakcie przekazywania do OW - po kliknięciu "Przekaż do OW" następuje zmiana statusu na "W trakcie przekazywania" (jeżeli zestawy są prawidłowe, to status się zmieni na "Przekazany do OW", jeśli są błędy, zostanie cofnięty do statusu "Wprowadzony" oraz będzie wyświetlona informacja o błędach);

© 2026 Kamsoft S.A.

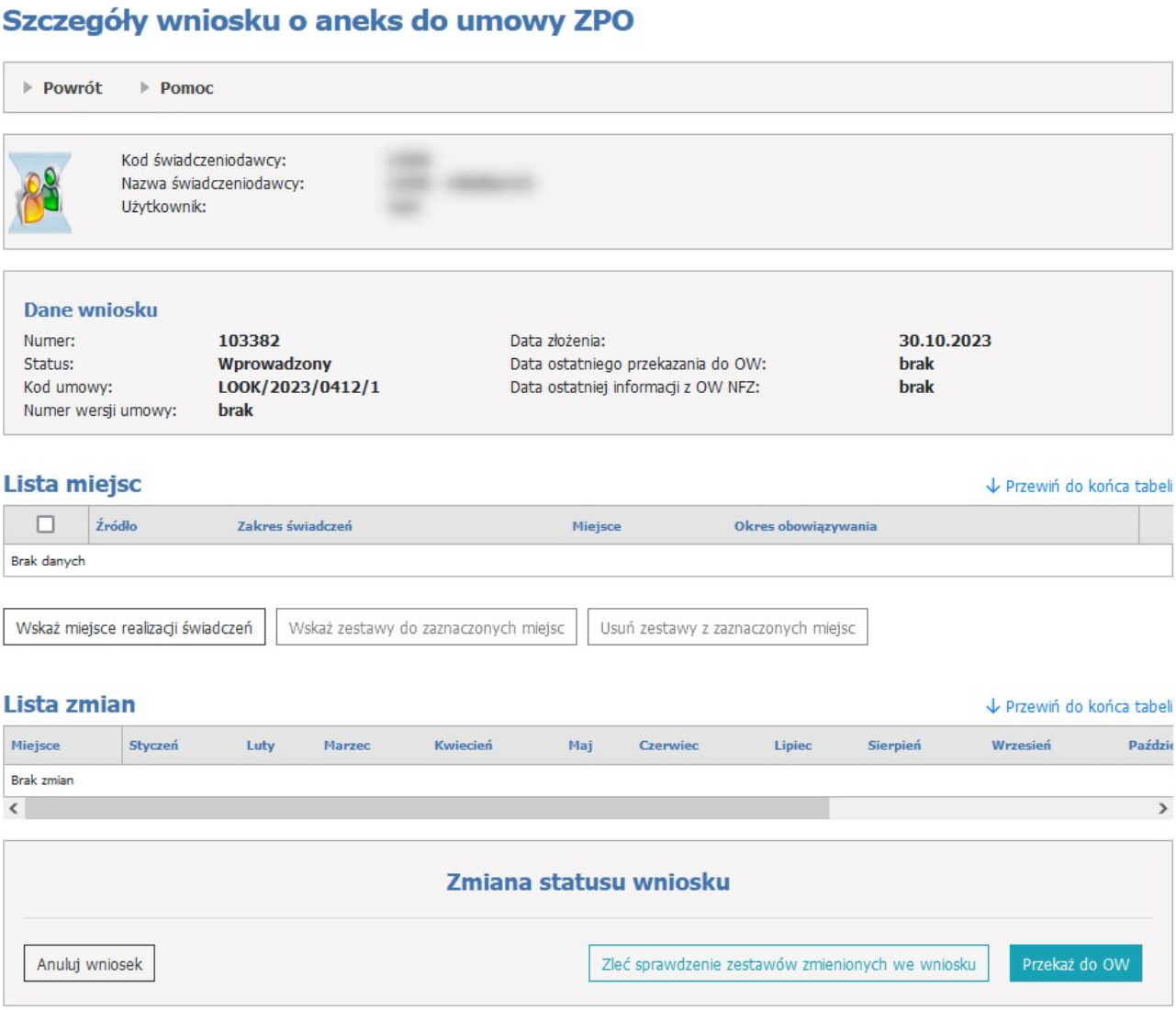
- Wprowadzony - wniosek jest w wprowadzony, można go edytować;
- Przekazany do OW NFZ - wniosek jest przekazany do OW, można go edytować;
- Do poprawy - wniosek został cofnięty do poprawy;
- Anulowany - wniosek, który już nie będzie dalej procedowany, nie został wykorzystany do zmiany danych w umowie;
- Zatwierdzony - koniec obsługi wniosku, operator OW potwierdził, że na podstawie tego wniosku zostanie przygotowany aneks do umowy;
- Odrzucony - koniec obsługi wniosku, operator OW zadecydował, że na podstawie tego wniosku nie zostanie przygotowany aneks do umowy.

4.2.28.1 Szczegóły wniosku o aneks do umowy ZPO

Wniosek o aneks do umowy ZPO służy do przekazania informacji o zmianach w wykazie produktów i ponownego zdefiniowania zestawów asortymentu.

W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, kod umowy z numerem wersji, a także informacje o datach złożenia i przekazania zgłoszenia do OW.
Wniosek może dotyczyć jednego lub wielu miejsc udzielania świadczeń.
Wniosek nie musi zawierać wszystkich miejsc występujących w umowie – miejsca dla których świadczeniodawca nie wnioskuje o wprowadzenie zmian nie wystąpią we wniosku.

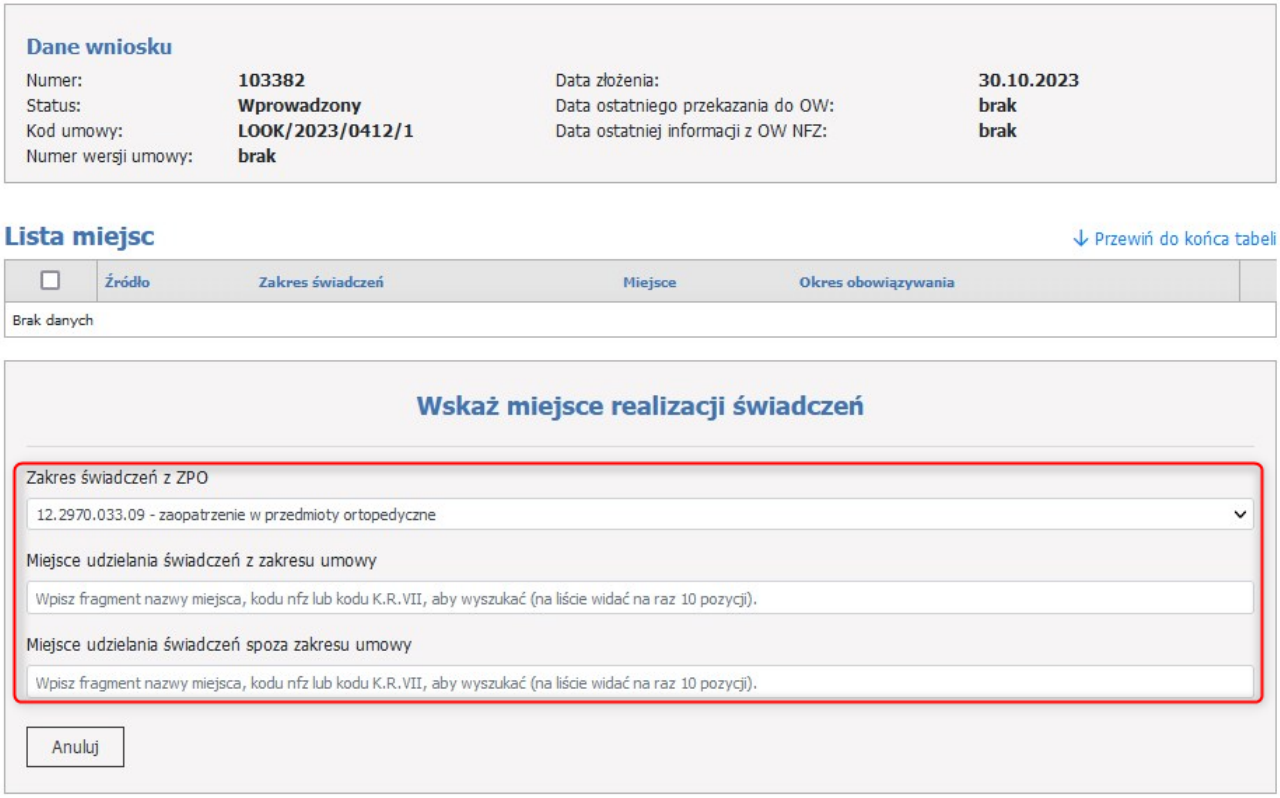
© 2026 Kamsoft S.A.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Wskaż miejsce realizacji świadczeń**, a następnie należy wskazać miejsce realizacji świadczeń wybierając dane z listy zakresu świadczeń.
Zakresy do wyboru:
- 12.2970.033.09 - zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne
- 12.2971.033.09 - zaopatrzenie w środki pomocnicze z wyłączeniem środków pomocniczych z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej
- 12.2972.033.09 - zaopatrzenie w zakresie optyki okularowej
- 12.2973.033.09 - zaopatrzenie w zakresie protetyki słuchu

Następnie należy wybrać miejsce udzielania świadczeń z zakresu umowy lub z zakresu spoza umowy.

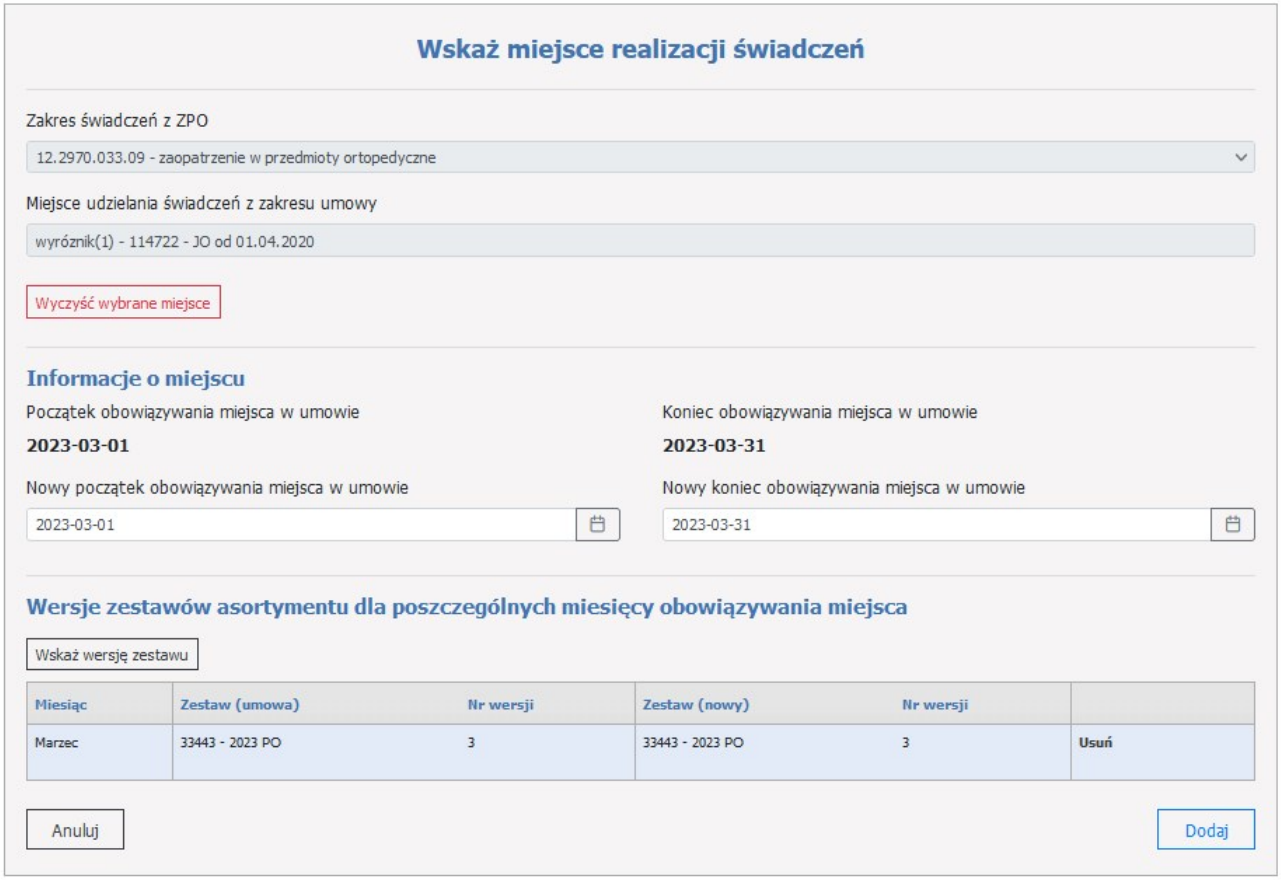
© 2026 Kamsoft S.A.



Pojawi się sekcja gdzie można podać nowy początek/koniec obowiązywania miejsca w umowie.

Dla wskazanego zakresu i miejsca należy wskazać okres obowiązywania miejsca. Dla miejsc już istniejących w umowie zostanie podpowiedziany obecnie zapisany okres występowania miejsca w punkcie umowy. Ten okres może pozostać bez zmian lub może zostać zmieniony.
Użytkownik może również zmienić datę końca występowania miejsca w punkcie umowy.
Data końca nie może być większa niż 31 grudnia roku, którego dotyczy umowa. Wpisanie daty późniejszej niż obecnie obowiązujący koniec okresu obowiązywania punktu umowy lub nawet całej umowy będzie rozumiany jako zawnioskowanie o wydłużenie okresu umowy.
Data końca nie może być późniejsza niż data końca funkcjonowania miejsca wg informacji zapisanych w portalu.
Dla każdego miesiąca występowania danego miejsca w punkcie umowy należy wskazać właściwe wersje zestawów asortymentu. Dla miesięcy, w których to miejsce już występuje w umowie, zostaną podpowiedziane identyfikatory zestawów i numery wersji zestawów aktualnie występujące w umowie. Informacje o zestawach można pozostawić bez zmian lub zmienić stosownie do potrzeb.
Dla nowych miesięcy konieczne jest wskazanie zestawu.

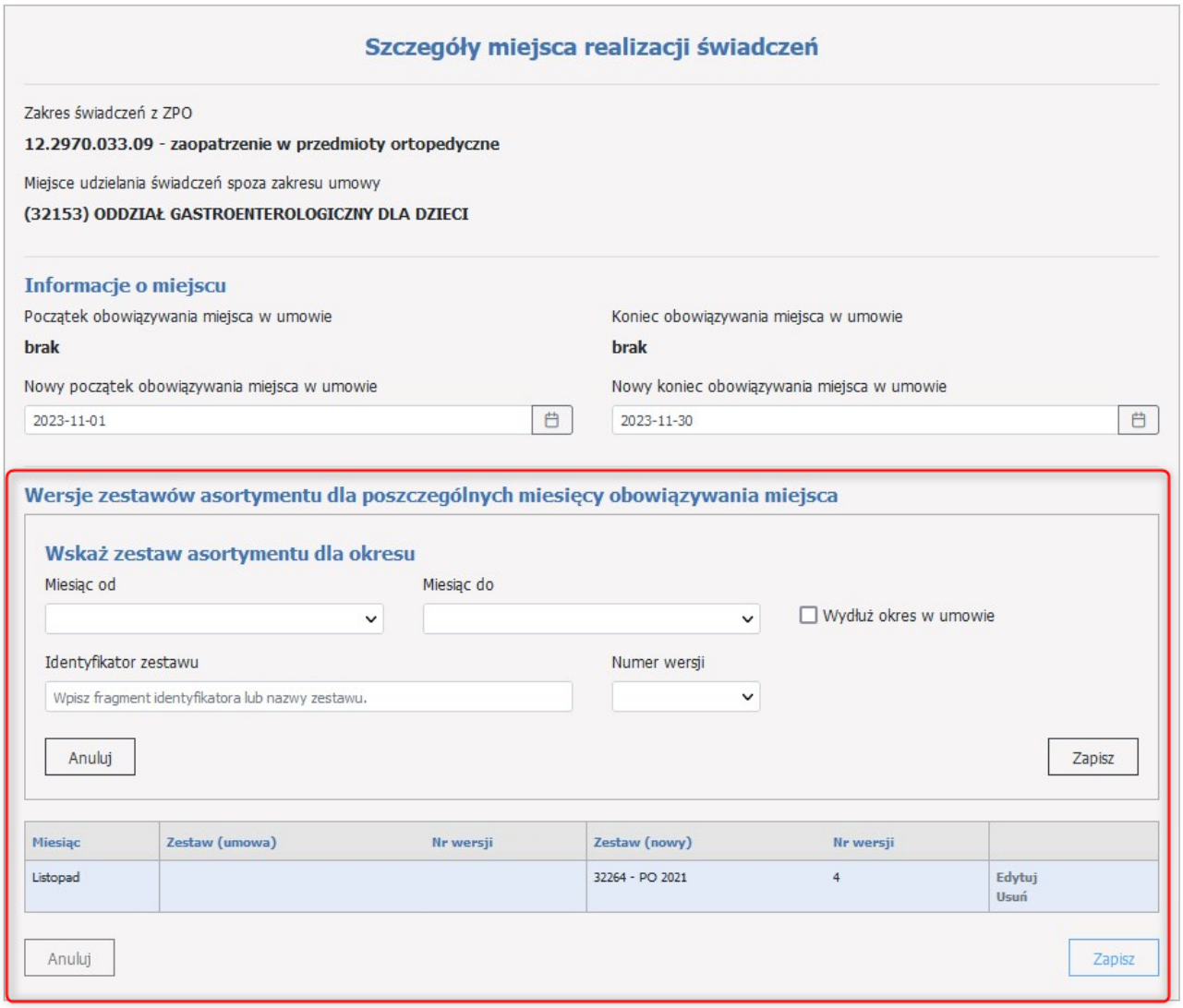
© 2026 Kamsoft S.A.



Wybranie miejsca niewystępującego jeszcze w umowie będzie oznaczało zawnioskowanie o dodanie nowego miejsca.
Wybranie zakresu niewystępującego w umowie oznacza zawnioskowanie o dodanie do umowy punktu umowy z nowym zakresem.

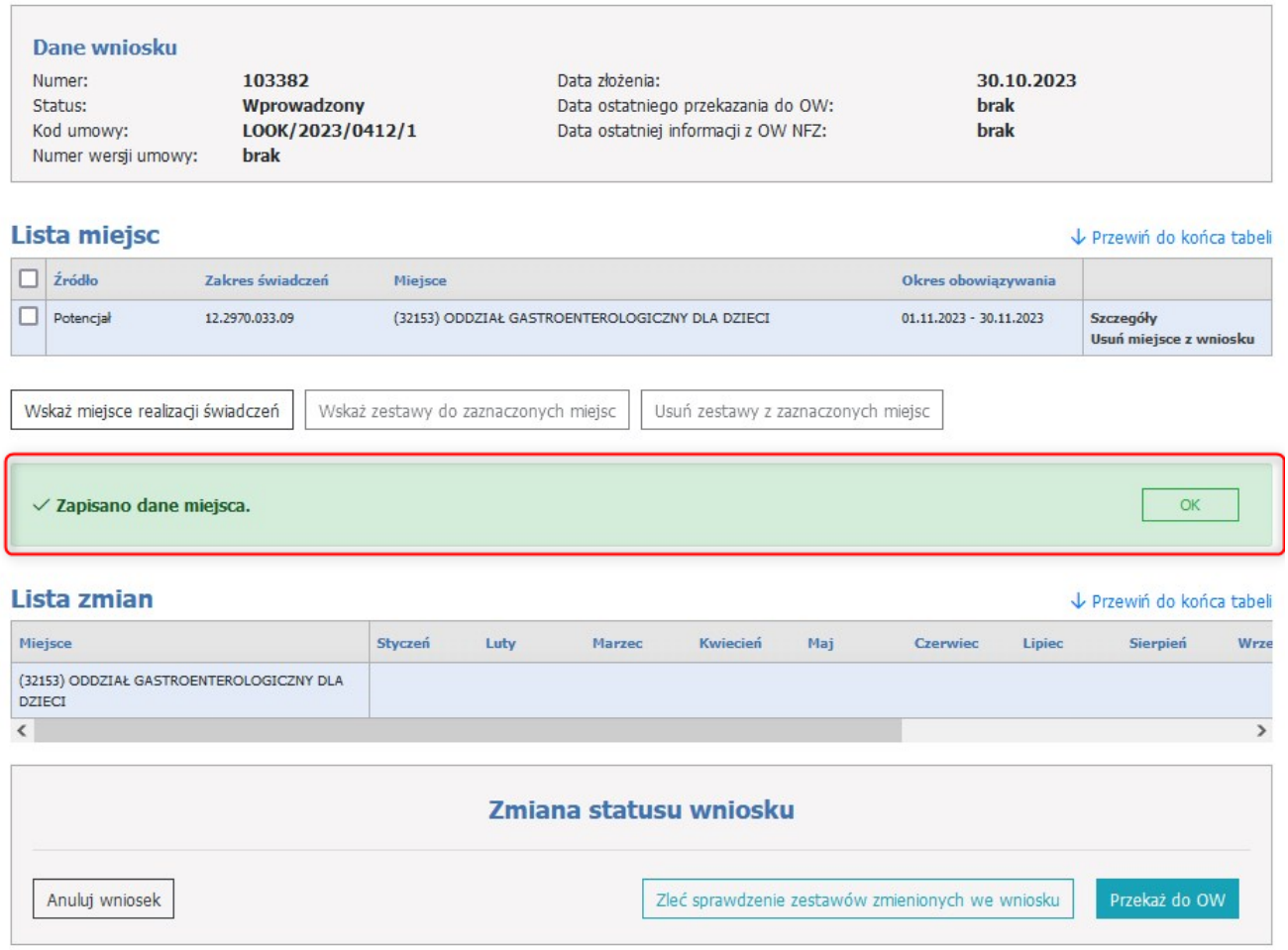
Następnie za pomocą przycisku **Wskaż wersję zestawu** operator wypełnia dane: miesiąc od/do, identyfikator zestawu oraz numer wersji. Zestaw zatwierdza sie za pomocą przycisku **Zapisz**.
Gdy wybrany okres dla zestawu przekraczy aktualny okres w umowie dla miejsca należy zaznaczyć opcję **Wydłuż okres w umowie**. W przeciwnym wypadku okres zestawu zostanie skrócony w celu dopasowania do okresu w umowie.

© 2026 Kamsoft S.A.



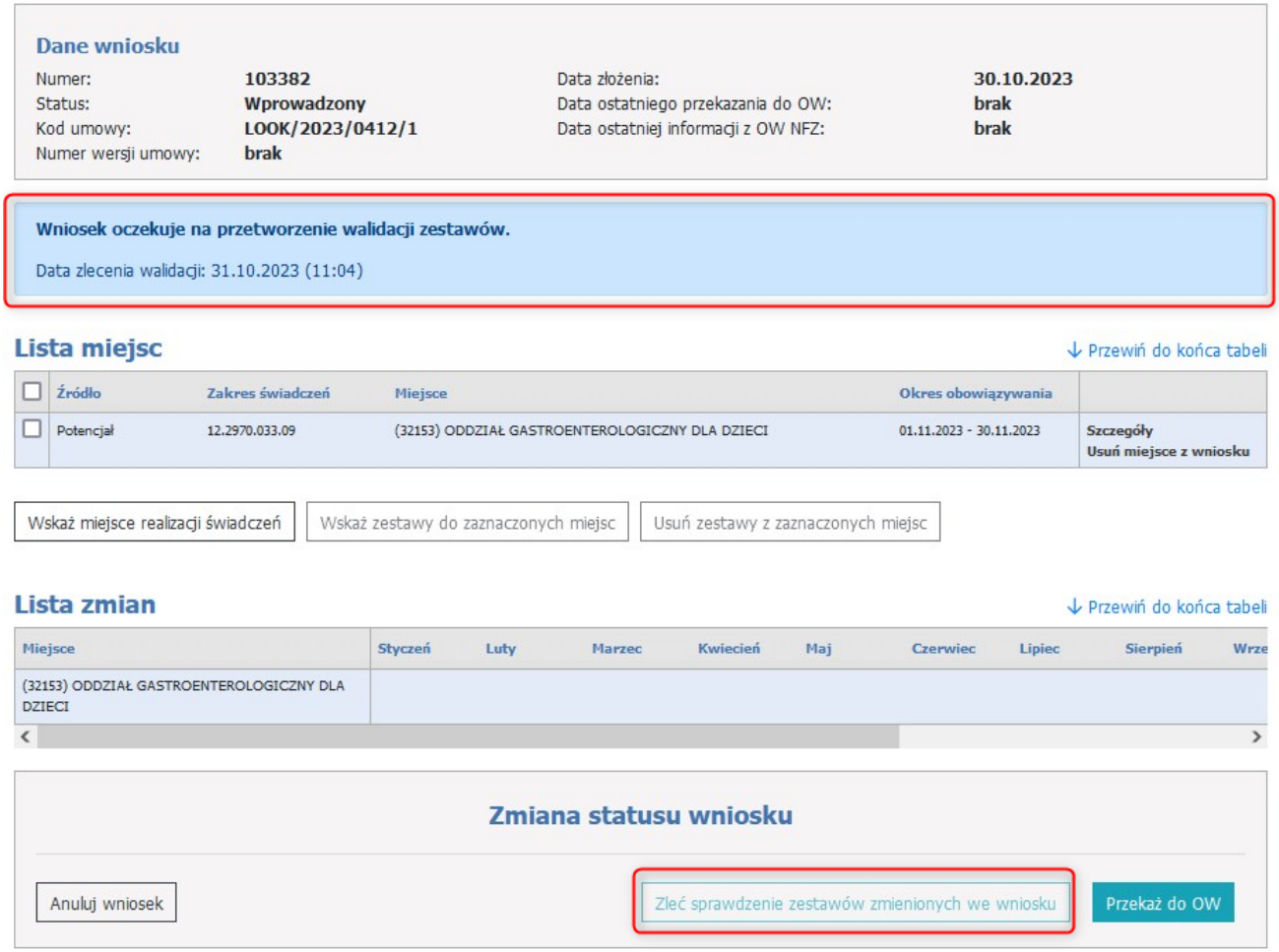
Po dodaniu zestawów za pomocą przycisku **Zapisz** użytkownik potwierdza zapisanie danych miejsca. Przycisk **Anuluj** nie zapisuje danych wprowadzonych przez operatora.

© 2026 Kamsoft S.A.



Operator może zlecić sprawdzenie zestawów, które zostały zmienione we wniosku. Służy do tego przycisk **Zleć sprawdzenie zestawów zmienionych we wniosku.**

© 2026 Kamsoft S.A.



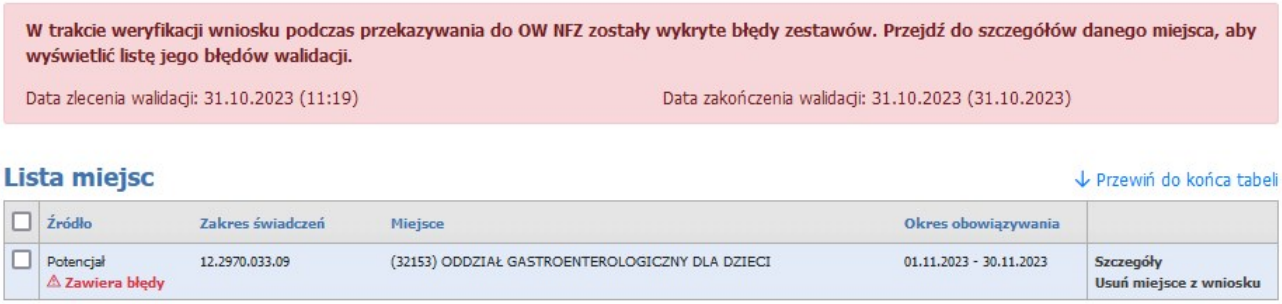
Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku Przekaż do OW.

W trakcie przekazywania wniosku, następuje sprawdzenie i weryfikacja zestawów o czym informuje komunikat.

Jeżeli weryfikacja zestawów przebiegnie z błędami, operator zostanie o tym poinformowany za pomocą opisu a także znacznika, ktory wskaże dla jakiego miejsca wystapiły błędy.

© 2026 Kamsoft S.A.



Kliknięcie w **Szczegóły** wyświetla listę błędów walidacji.

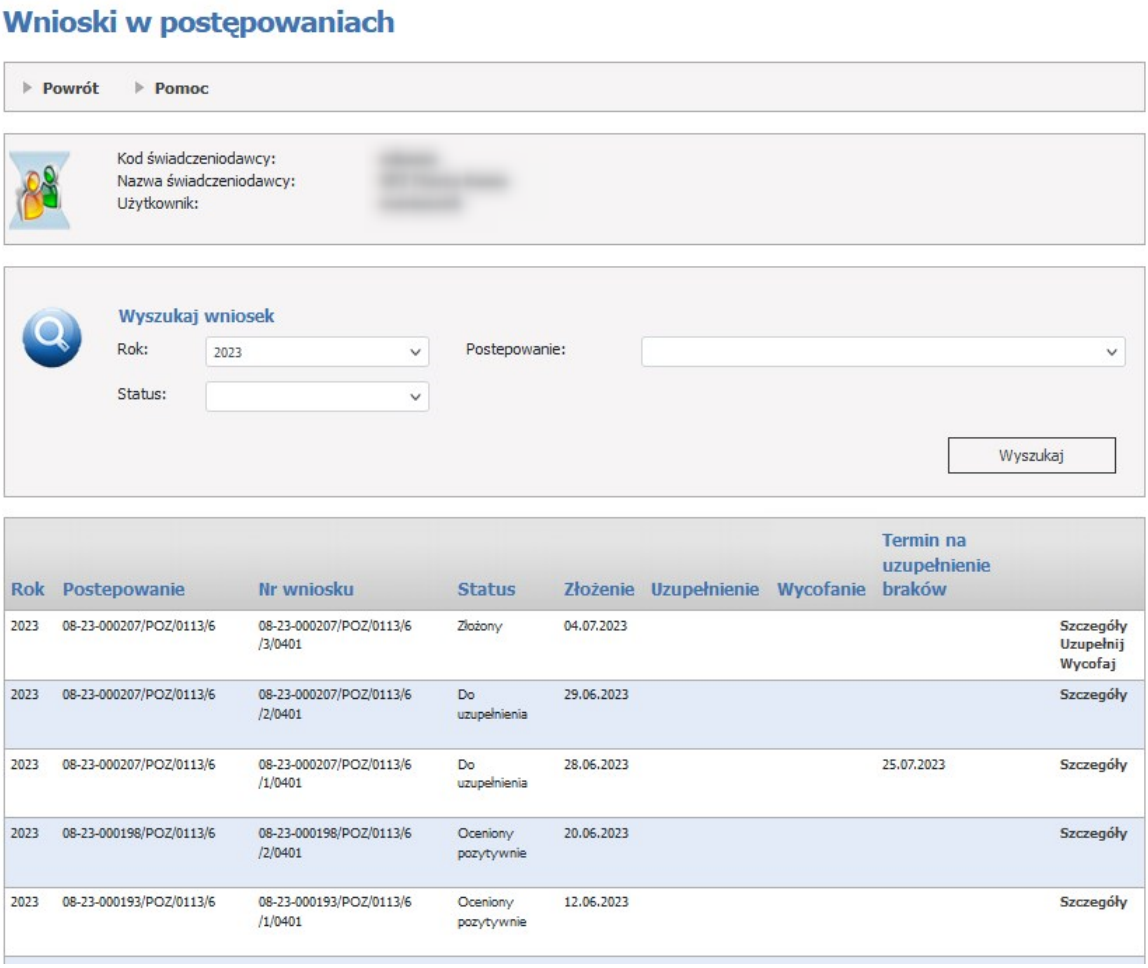
Jeżeli weryfikacja zestawów przebiegnie bez błędóww, operator zostanie o tym poinformowany za pomocą opisu.

Zaakceptowanie wniosku nie oznacza automatycznego utworzenia aneksu ani nie oznacza, że operator OW NFZ musi niezwłocznie utworzyć aneks. Gdy operator utworzy aneks do umowy lub pracuje nad przygotowaniem umowy głównej to może zmiany w umowie wprowadzać ręcznie ale będzie też mógł wykorzystać istniejący, zaakceptowany wniosek.
Wniosek może być przygotowany i przekazany do OW dla umowy głównej, jeszcze przed jej podpisaniem lub po jej podpisaniu dla aktualnej wersji umowy – aktualnie podpisanego aneksu.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.29 Wnioski do postępowań w sprawie zawarcia umów

Strona **Wnioski w postępowaniach** pozwala na przegląd oraz edycję wniosków w postępowaniu.



W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków.
Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków w sekcji **Wyszukaj wniosek**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomoca następujących pól:

- Rok,
- Postępowanie,
- Status.

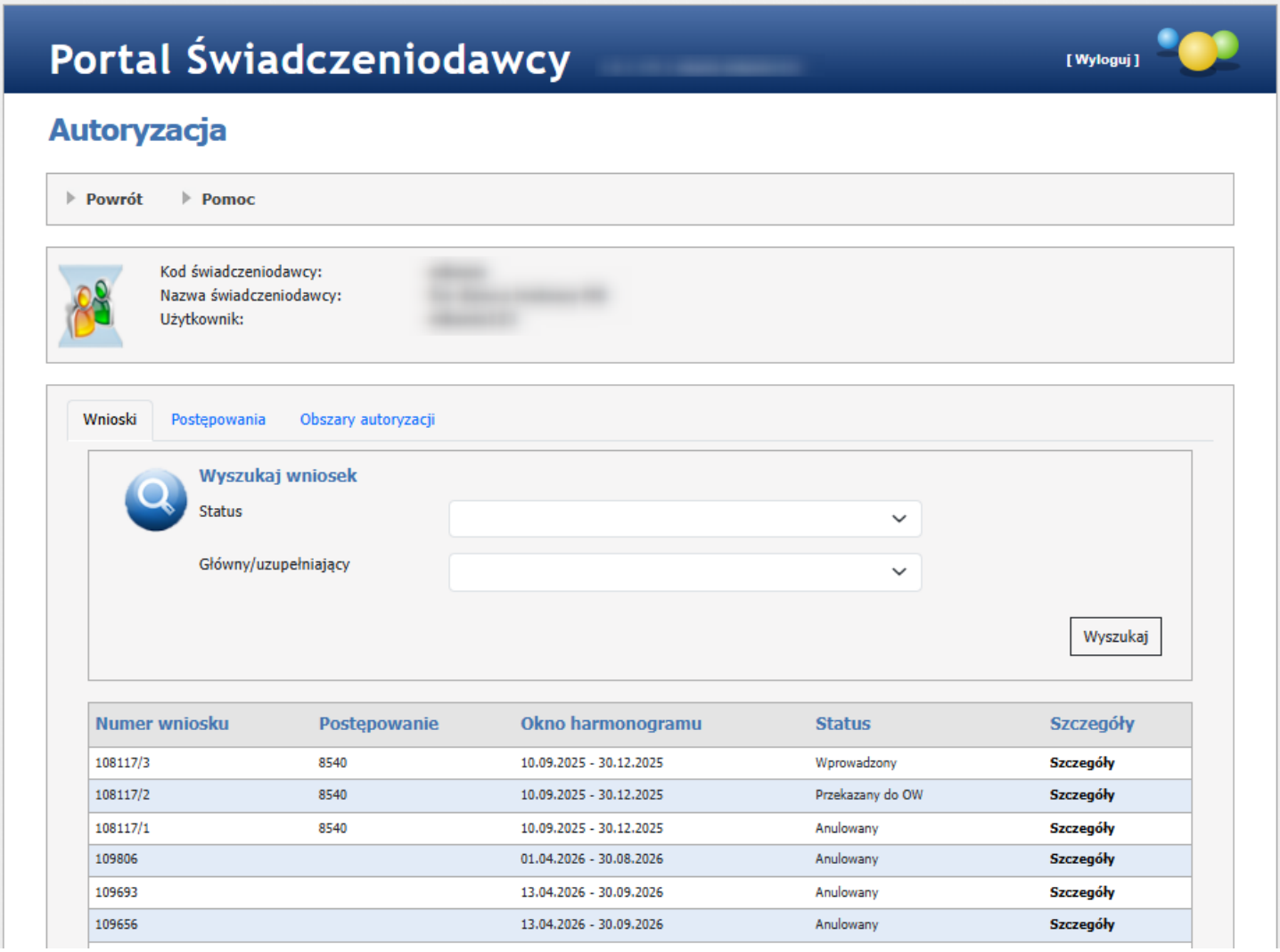
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośniki **Szczegóły** (**Uzupełnij, Wycofaj**), które zostały opisane w rozdziale Wniosek w postępowaniu.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30 Autoryzacja

Funkcja **Autoryzacja** pozwala na przygotowanie i przekazanie do OW wniosku o autoryzację w sposób elektroniczny oraz przegląd postępowań autoryzacyjnych.

Widok składa się z trzech zakładek:
- Wnioski
- Postępowania
- Obszary autoryzacji



.

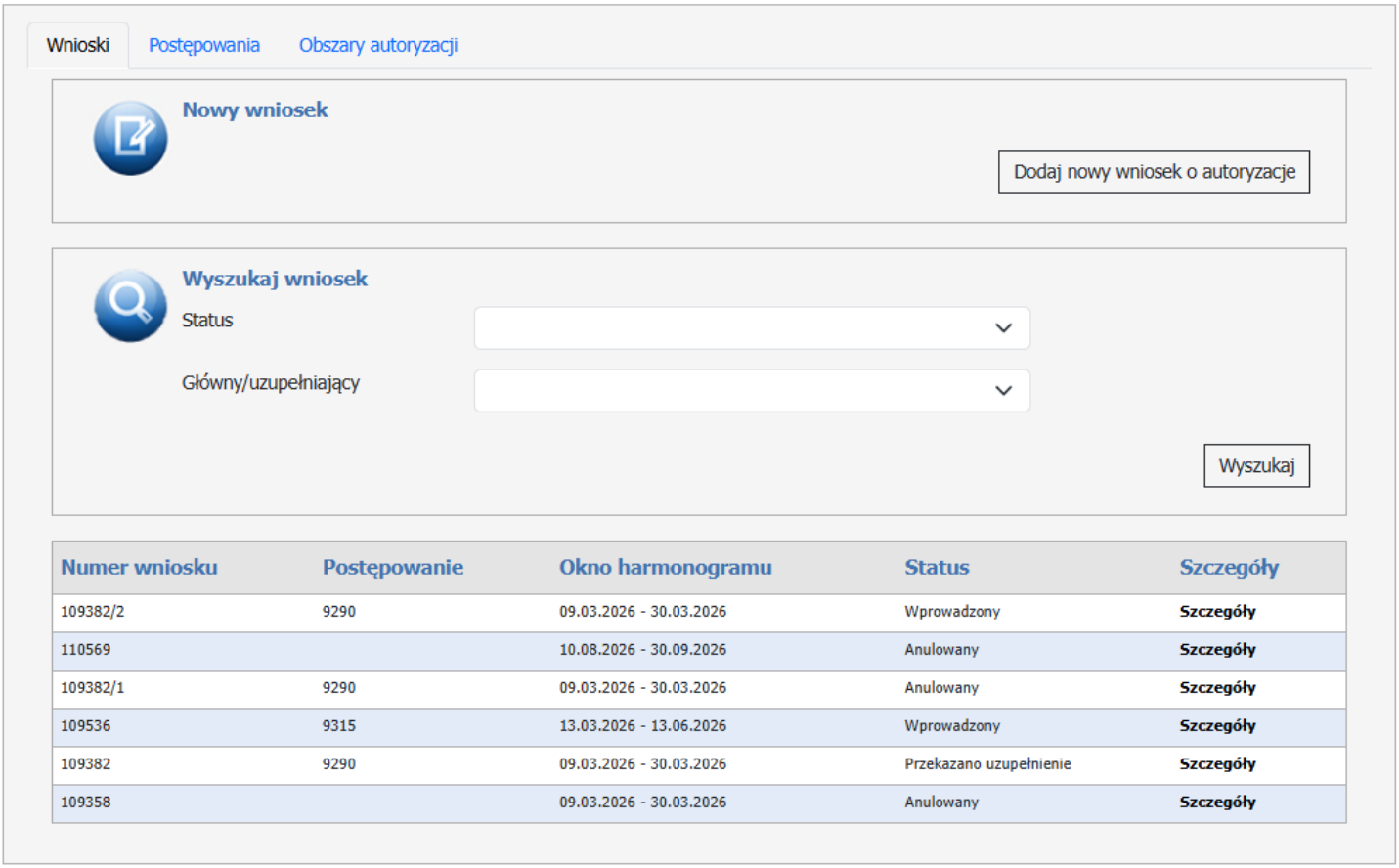
Wnioski

W pierwszej zakładce **Wnioski** użytkownik ma możliwość zarządzania wnioskami, zarówno podstawowymi jak i rozszerzającymi.
Numer wniosku rozszerzającego to "numer_wniosku_podstawowego/numer_kolejny".

W części ***Nowy wiosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. Przycisk **Dodaj nowy wniosek o autoryzacje** jest dostępny, gdy dla danego okna harmonogramu nie istnieje jeszcze żaden wniosek lub istniejący

© 2026 Kamsoft S.A.

wniosek jest w statusie anulowany. Rejestracja nowego wniosku jest możliwa przed otwarciem okna harmonogramu. Jednak jego przekazanie do OW jest możliwe dopiero w momencie otwarcia okna harmonogramu.

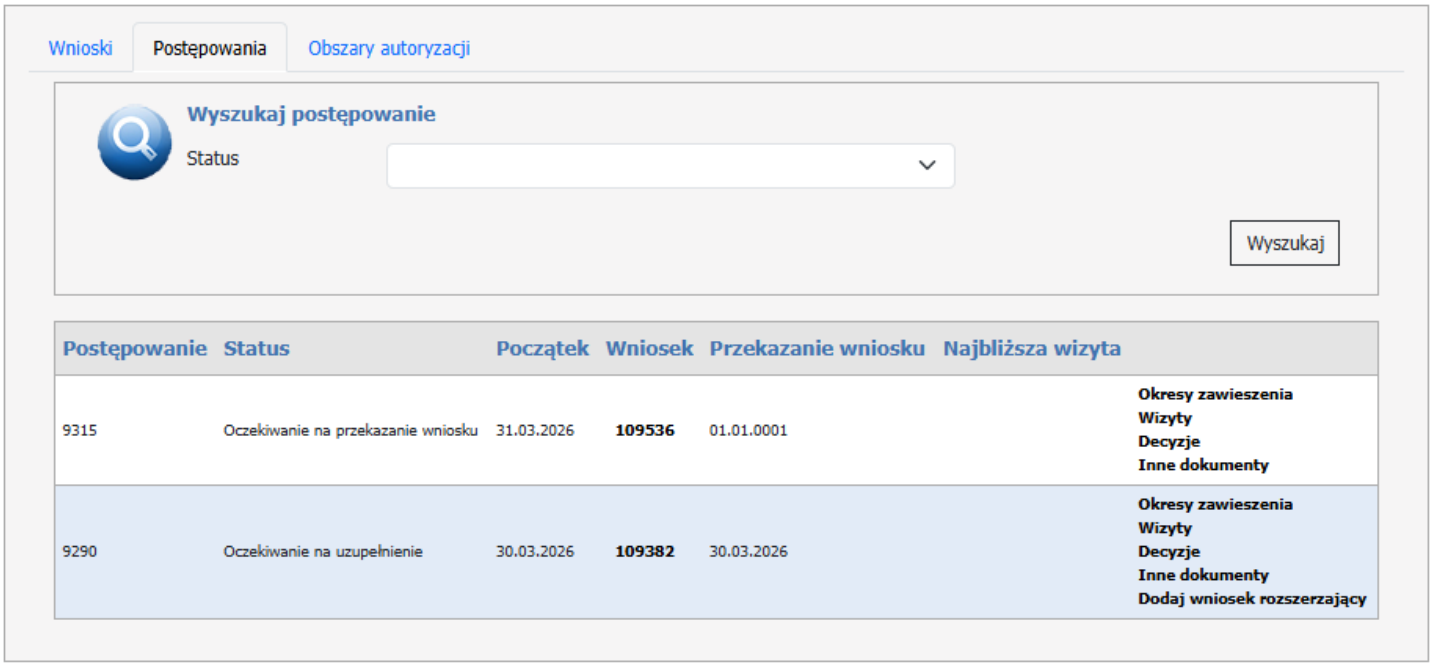


W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Użytkownik ma możliwość wyszukania wniosków w sekcji ***Wyszukaj wniosek***.
Wnioski można odfiltrować wybierając status.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku zawierającego jego szczegóły. Zostały one opisane w rozdziale wniosek o autoryzację.

Postępowania

Druga zakładka **Postępowania** zawiera przegląd postępowań dla danego świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.



W dolnej części formatki prezentowana jest lista postępowań. Do wyszukiwania postępowania służy sekcja ***Wyszukaj postępowanie***. Użytkownik może odfiltrować wyniki poprzez status.

Dla każdego postępowania świadczeniodawca może przejrzeć:

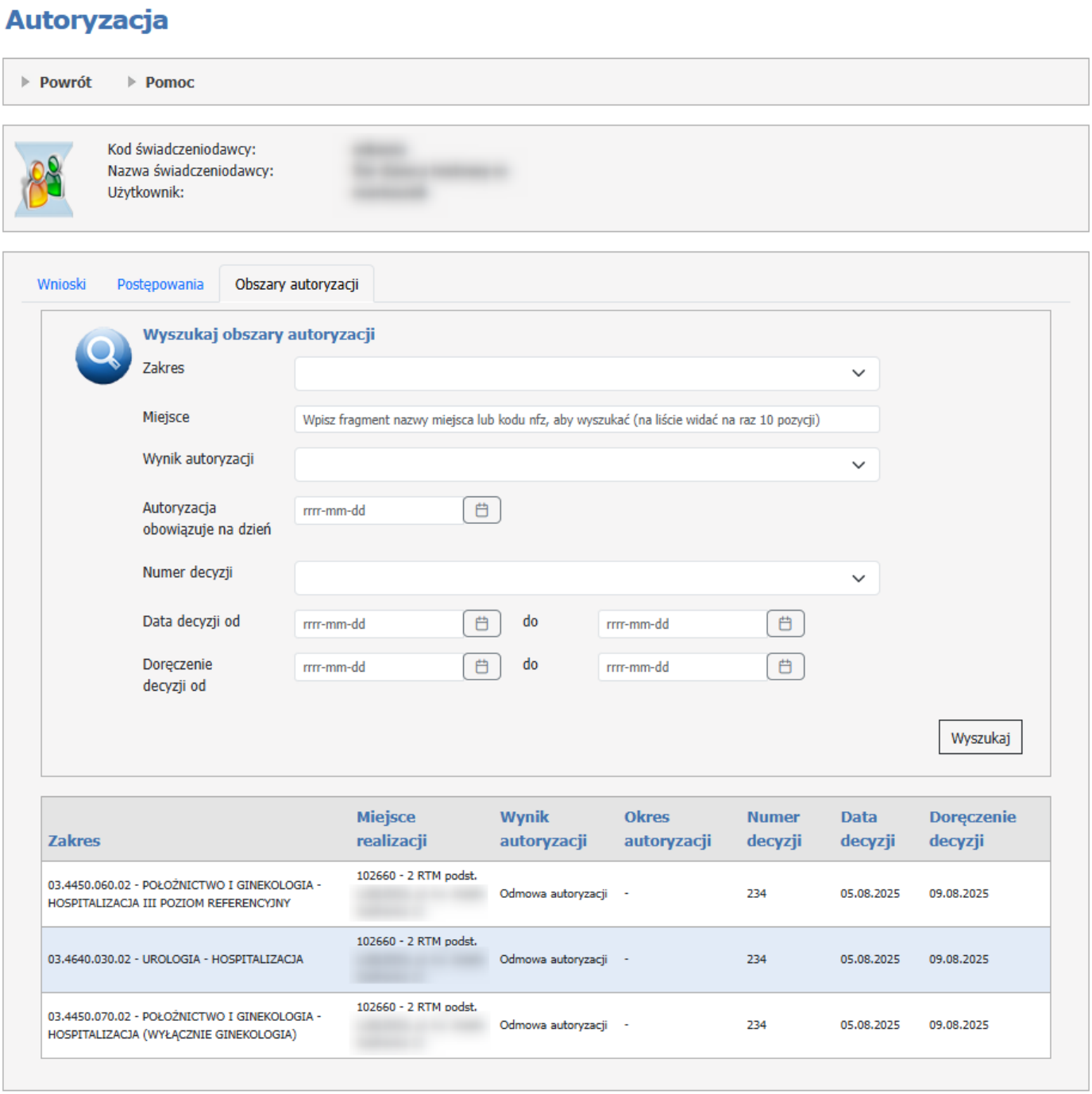
- Okresy zawieszenia
- Wizyty
- Decyzje
- Inne dokumenty
- Dodaj wniosek rozszerzający

Wszystkie szczegółowe informacje zostały opisane w wybranych rozdziałach.

Obszary autoryzacji

Trzecia zakładka **Obszary autoryzacji** służy do przeglądu obszarów autoryzacji.

© 2026 Kamsoft S.A.



Formatka zawiera listę filtrów ***Wyszukaj obszary autoryzacji***, składającą się z:

- Zakres,
- Miejsce (należy wpisać fragment kodu NFZ lub nazwy miejsca w celu wyszukania),
- Wynik autoryzacji,
- Autoryzacja obowiązuje na dzień (wyświetli wszystkie autoryzacje, które świadczeniodawca posiada w danym dniu),
- Numer decyzji,
- Datę decyzji od,
- Doręczenie decyzji od (data doręczenia decyzji).

© 2026 Kamsoft S.A.

W dolnej części świadczeniodawca może przejrzeć listę obszarów autoryzacji zgodnie z wybranymi filtrami. Informacje o danym obszarze autoryzacji to:

- Zakres (kod - nazwa),
- Miejsce realizacji (kod - nazwa oraz adres),
- Wynik autoryzacji,
- Okres autoryzacji,
- Numer decyzji,
- Data decyzji,
- Doręczenie decyzji (data doręczenia decyzji)

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.1 Wniosek o autoryzacje

Kliknięcie w **Szczegóły** spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku podstawowego lub rozszerzającego. Wniosek podstawowy jest opisany poniżej, a informację na temat wniosku rozszerzającego znajdują się TU.

Jeśli jest to kolejny wniosek o autoryzację, to mogą pojawić się obszary, których nie można zgłosić do autoryzacji. Więcej informacji w dokumentacji.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wniosek podstawowy o autoryzację

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Id wniosku:	**109332**	Okres okna harmonogramu:	**23.02.2026 - 16.03.2026**
Nr wersji:	**1**	Ostatnie przekazanie do OW:	**brak**
Status:	**Wprowadzony**		

Ankieta wspólna

Lista kontrolna WSZJiB

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów | Aktualizuj obszary | Braki w ankietach

Lista obszarów wniosku dla zakładu:

ukryj ▲

REGON: **Adres:**

Wniosek	Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
109332	03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Poradnia nefrologiczna	36809	KR7: 1130	1130 (PORADNIA NEFROLOGICZNA)	Dodany ręcznie	Tak	**Ankieta** **Usuń**
109332	03.4220.080.02 NEUROLOGIA SPECJALISTYCZNA - HOSPITALIZACJA	Poradnia gastroenterologiczna	39110	KR7: 1050	1050 (PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA)	Tak	Nie	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**
109332	03.4220.180.02 NEUROLOGIA SPECJALISTYCZNA - HOSPITALIZACJA - A48	Poradnia gastroenterologiczna	39110	KR7: 1050	1050 (PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA)	Tak	Nie	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera | Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Typ	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych			

Podpisywanie pliku wniosku

Pobierz aktualny plik wniosku | Pobierz plik wniosku bez podpisów

Wybierz podpisany plik

Wybierz plik Nie wybrano pliku

Dane wniosku

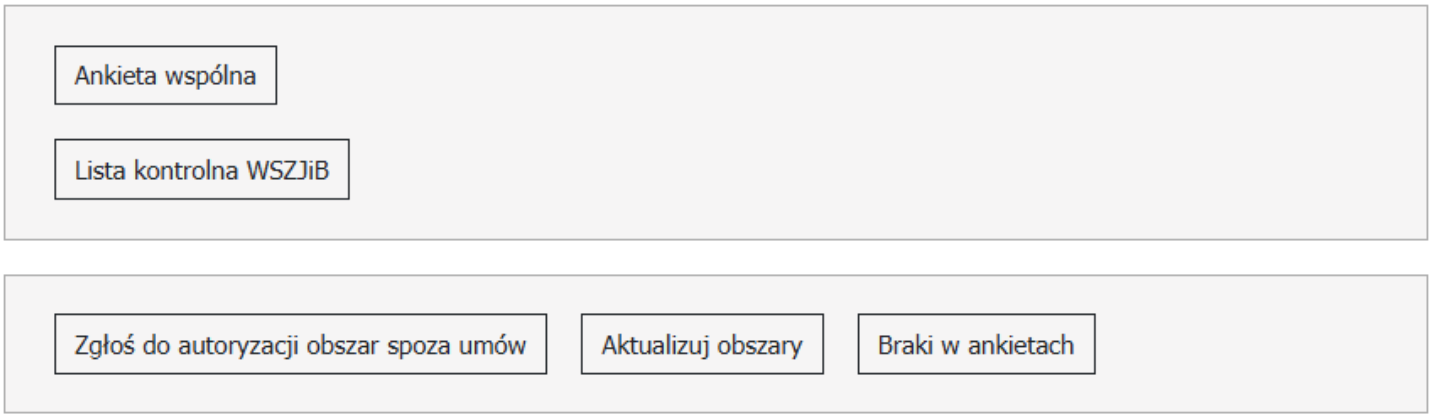
W górnej części wniosku znajdują się identyfikatory:

- *ID wniosku,*
- *Okres okna harmonogramu,*
- *Nr wersji,*
- *Ostatnie przekazanie do OW,*
- *Status.*

Ankiety, lista kontrolna i zarządzanie obszarami wniosku

Następnym elementem wniosku są dwie sekcje:

- sekcja górna - zawiera dwa przyciski: Wypełnij ankietę wspólna i Lista kontrolna WSZJiB
- sekcja dolna - zawiera dwa przyciski: Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów, Aktualizuj obszary i Braki w ankietach.



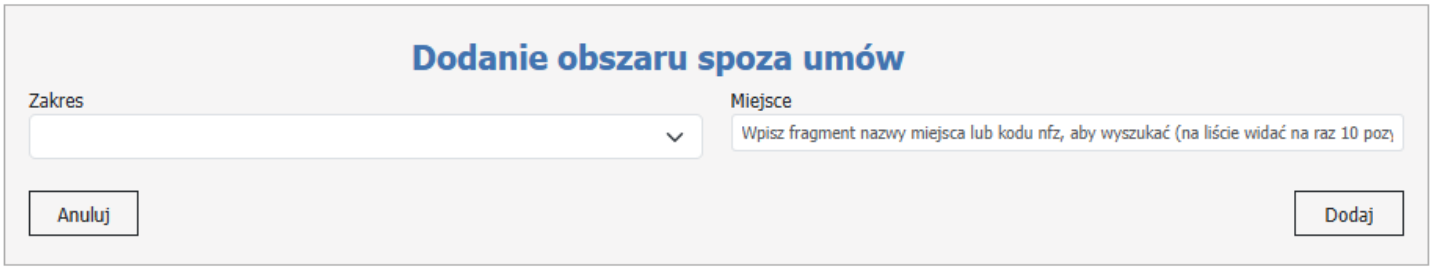
- Przycisk **Wypełnij ankietę wspólną** przeniesie użytkownika do formatki, na której on będzie mógł wypełnić warunki wspólne dla całego wniosku o autoryzacje. W momencie, gdy użytkownik na ankiecie zaznaczy pole wyboru ankieta zakończona to pojawi się informacja: Ankieta wspólna została oznaczona jako ukończona. Jest to tylko informacja pomocna dla użytkownika - w dalszym ciągu ankietę można edytować. Formatka z ankietami została opisana w rozdziale Ankieta wspólna/Ankieta dla obszaru.

  System podczas tworzenia wniosku automatycznie umieszcza na nim zakłady lecznicze wraz z obszarami (zakres świadczeń wraz z miejscem realizacji) zgodne z wytycznymi dla danego postępowania.
- Przycisk **Wypełnij listę kontrolną WSZJiB** przeniesie użytkownika do nowego widoku którym jest Lista kontrolna WSZJiB, tam będzie możliwość przekazania dokumentów związanych z WSZJiB.

  Informacja: Wyłącznie wnioski dodane po dn. 01.12.2025r. posiadają listę kontrolną WSZJiB.
- Przycisk **Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów** służy do zgłaszania obszarów, których świadczeniodawca aktualnie nie ma w umowie. Warunkiem dodania takiego obszaru jest istnienie obszaru w strukturze świadczeniodawcy w systemie OW NFZ. Dla tak dodanego obszaru w ankiecie nie będzie dostępnych opcji wykazania personelu, sprzętu oraz umów podwykonawczych. Operator po wybraniu opcji zgłoś do autoryzacji

© 2026 Kamsoft S.A.

obszar spoza umów zobaczy fragment formatki ***Dodanie obszaru spoza umów***. Należy na nim wybrać zakres, a następnie miejsce. Po kliknięciu **Dodaj** dane miejsce zostanie dodane do wniosku. Można też anulować operację.



- Przycisk **Aktualizuj obszary** - aktualizuje obszary zgodnie z aktualnym stanem umowy
- Przycisk **Braki w ankietach** wyświetla listę pytań pozostawionych bez odpowiedzi lub pytań, dla których udzielono odpowiedzi TAK i nie wskazano wymaganego potencjału.

Lista obszarów

Listy obszarów dla konkretnych zakładów leczniczych to kolejny element wniosku. Każdy obszar jest opisany poprzez:

- *Wniosek,*
- *Zakres,*
- *Nazwę miejsca,*
- *Kod NFZ,*
- *KR5/ KR7,*
- *KR8,*
- *Zgłaszany do autoryzacji,*
- *Ankieta zakończona,*
- *Szczegóły.*

© 2026 Kamsoft S.A.

Lista obszarów wniosku dla zakładu: [illegible]

ukryj ▲

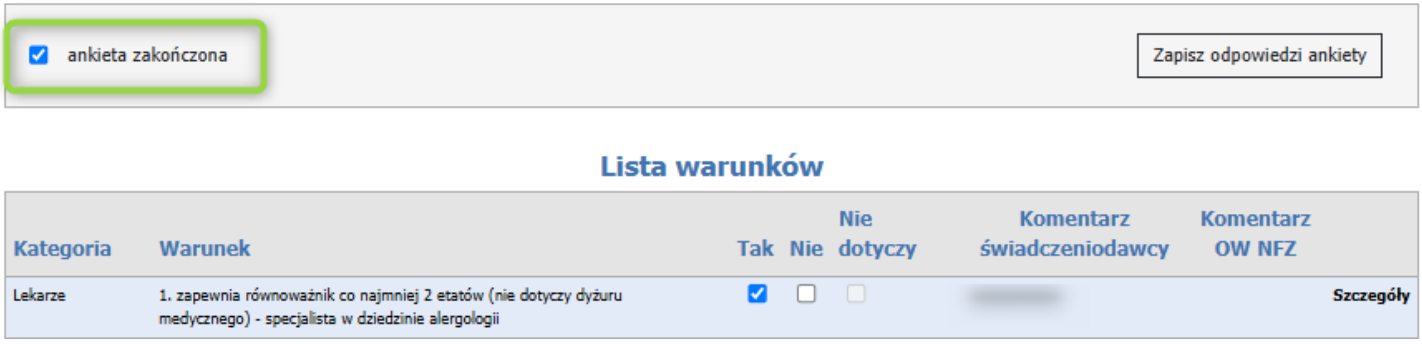
REGON: [illegible] Adres: [illegible]

Wniosek	Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
109332	03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Poradnia nefrologiczna	36809	KR7: 1130	1130 (PORADNIA NEFROLOGICZNA)	Dodany ręcznie	Nie	**Ankieta** **Usuń**
109332	03.4220.031.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	odział intensywnego nadzoru kardio	36386	KR7: 001	4106 (ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO)	Tak	Nie	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**
109332	03.4220.032.02 NEUROLOGIA - ZESPÓŁ OPIEKI DZIENNEJ	szczepienia ogólnodostępne	125764	KR7: 9994	9994 (APTEKA OGÓLNODOSTĘPNA)	Tak	Nie	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**
109332	03.4220.080.02 NEUROLOGIA SPECJALISTYCZNA - HOSPITALIZACJA	Poradnia gastroenterologiczna	39110	KR7: 1050	1050 (PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA)	Tak	Nie	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**
109332	03.4220.180.02 NEUROLOGIA SPECJALISTYCZNA - HOSPITALIZACJA - A48	Poradnia gastroenterologiczna	39110	KR7: 1050	1050 (PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA)	Tak	Nie	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**

Atrybut zgłaszany do autoryzacji może przyjmować wartości:

- ***Tak*** **-** automatycznie dodane obszary**,**
- ***Nie*** **-** jeśli użytkownik zdecyduje się na rezygnację danego obszaru z autoryzacji**,**
- ***Dodany ręcznie*** **-** w przypadku obszaru spoza umowy.

Dla każdego obszaru istnieją ankiety, które użytkownik może wypełnić wybierając przycisk **Ankieta**.
W kolumnie *Ankieta zakończona* znacznik na TAK ustawi się gdy użytkownik dla danego obszaru na ankiecie ustawi znacznik *Ankieta zakończona*,



☑ ankieta zakończona

Zapisz odpowiedzi ankiety

Lista warunków

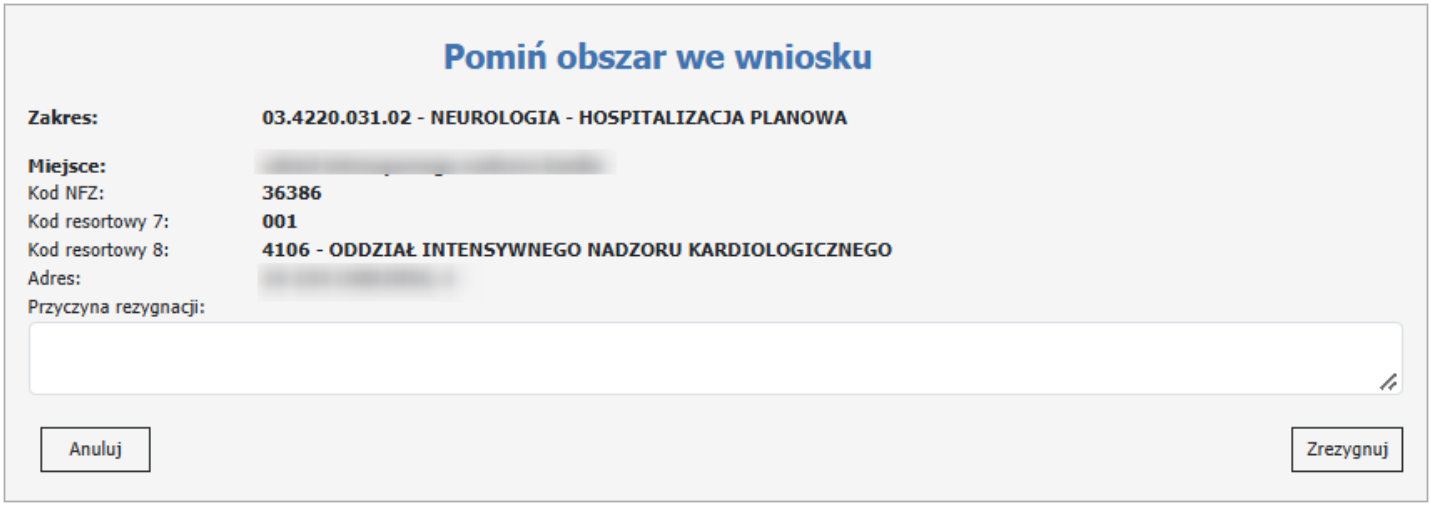
Kategoria	Warunek	Tak	Nie	Nie dotyczy	Komentarz świadczeniodawcy	Komentarz OW NFZ	
Lekarze	1. zapewnia równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie alergologii	☑	☐	☐	[illegible]		**Szczegóły**

Dla obszaru dodanego automatycznie dostępny jest przycisk **Pomiń we wniosku.**

© 2026 Kamsoft S.A.

Wniosek	Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
109332	03.4220.031.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	odział intensywnego nadzoru kardio	36386	KR7: 001	4106 (ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO)	Tak	Tak	**Ankieta** **Pomiń we wniosku**

W tym przypadku na formatce pojawi się obszar ***Pomiń obszar we wniosku***. Znajdują się na nim szczegóły obszaru oraz miejsce na uzasadnienie, które jest wymagane w trakcie rezygnacji.



Jeśli użytkownik zrezygnuje z autoryzacji obszaru dodanego automatycznie, obszar ten zostanie zaznaczony na liście kolorem czerwonym.
W tym momencie w szczegółach tego obszaru będą dostępne opcje **Przywróć do wniosku** oraz **Edytuj**.

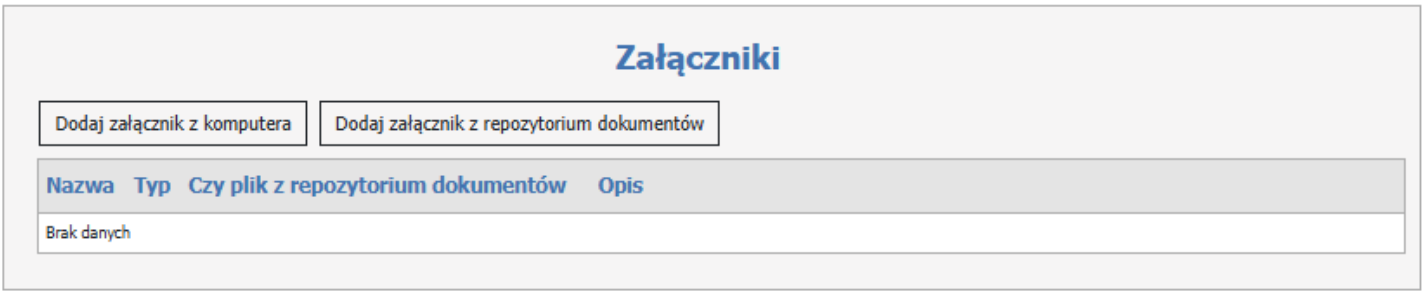
Wniosek	Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
109332	03.4220.031.02 NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	odział intensywnego nadzoru kardio	36386	KR7: 001	4106 (ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO)	**Nie**	Tak	**Przywróć do wniosku** **Edytuj**

- **Edytuj** - spowoduje wyświetlenie szczegółów obszaru wraz z wprowadzonym uzasadnieniem rezygnacji,
- **Przywróć do wniosku** - spowoduje ponowne ustawienie wartości pola *Zgłaszany do autoryzacji* na *Tak*. Jednocześnie czerwone oznaczenie obszaru na liście zostanie usunięte.

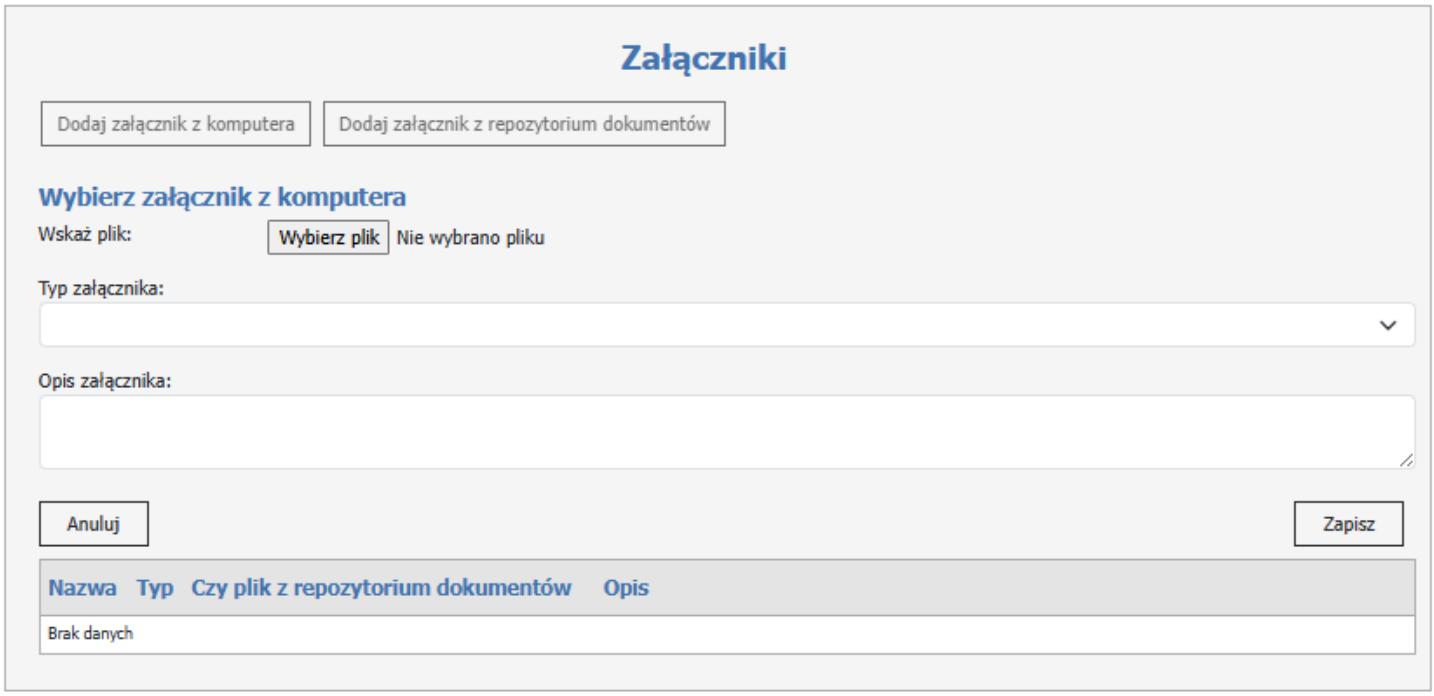
Załączniki

Obszar **Załączniki** umożliwia dodanie plików do wniosku. Operację można wykonać na dwa sposoby: **Dodaj załącznik z komputera** oraz **Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów.**

© 2026 Kamsoft S.A.

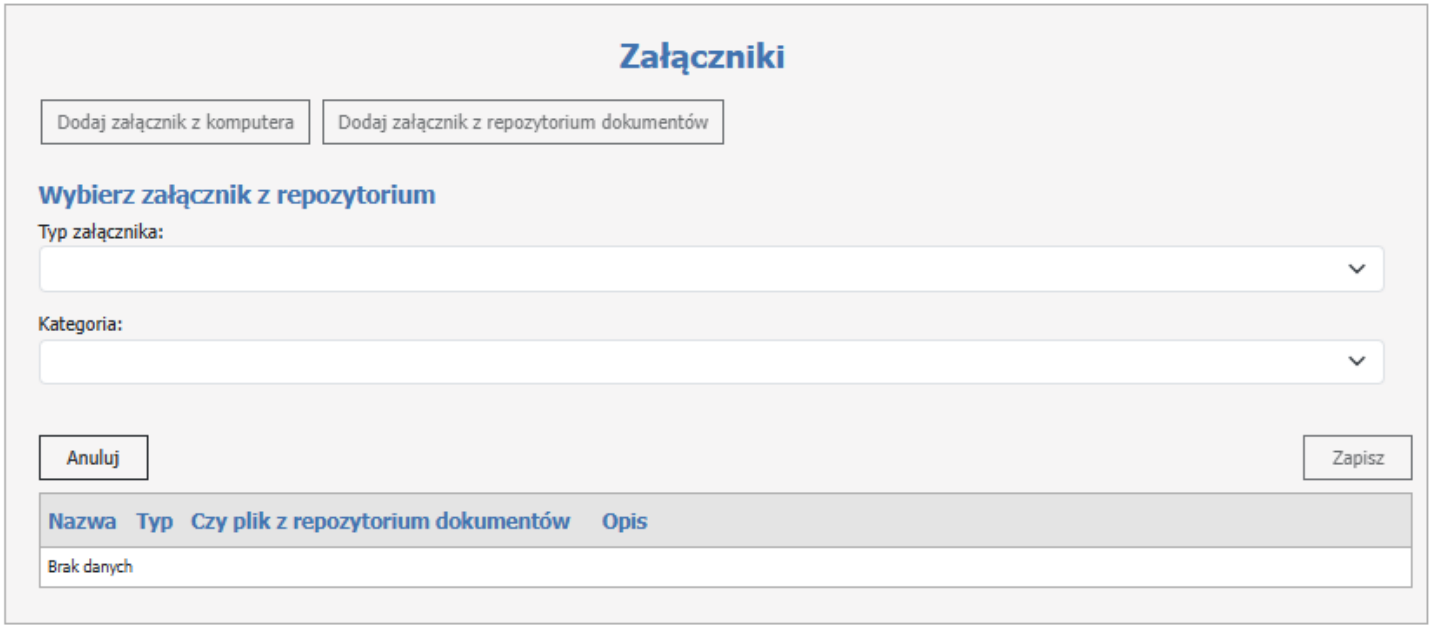


- **Dodanie załącznika z komputera** - należy wskazać *plik* z dysku świadczeniodawcy wybrać *Typ załącznika* (Pełnomocnictwo, Dokument WSZJiB, Inny) oraz *Opis załącznika*. Pola są wymagane.



- **Dodanie załącznika z repozytorium** - należy wskazać *Typ załącznika* (Pełnomocnictwo, Dokument WSZJiB, Inny) oraz *Kategorię* dokumentu po czym pojawi się okno *Plik z repozytorium*. Pola są wymagane.

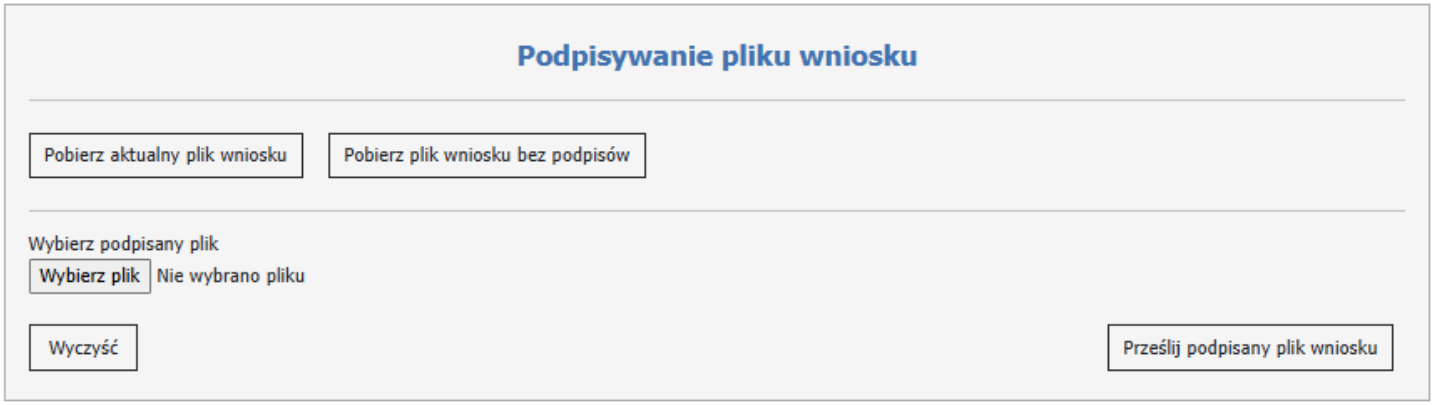
© 2026 Kamsoft S.A.



Dokumenty typu *WSZJiB* nie wymagają podpisu cyfrowego, natomiast dokumenty typu *Pełnomocnictwo* oraz *Inne* wymagają podpis cyfrowy.
Po dodaniu załącznika w wybranym obszarze należy kliknąć przycisk **Zapisz**, aby plik został zapisany.
W przypadku rezygnacji z operacji wystarczy kliknąć przycisk **Anuluj**.

Podpisywanie pliku wniosku

Podpisanie dokumentu elektronicznego jest obligatoryjne do przekazania wniosku do OW. Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku**, zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym.

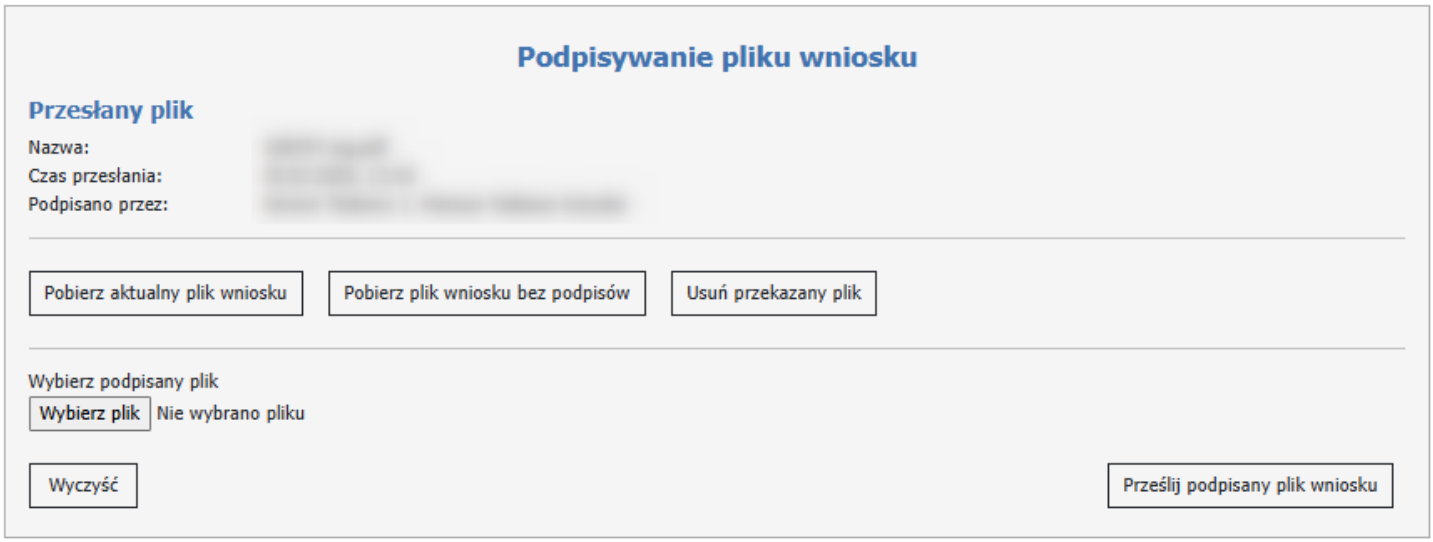


Przycisk **Pobierz plik wniosku bez podpisów** pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik wniosku**, z tą różnicą, że pobierany jest plik bez podpisów.
Wniosek może podpisać więcej osób, podpisy nie muszą być tego samego rodzaju (w jednym pliku mogą się znaleźć podpisy ePUAP i podpisy kwalifikowane – zawsze otoczone).
Plik, który jest podpisany poprzez Profil Zaufany, należy wgrać ręcznie na portal.

Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części w sekcji ***Przesłany plik,*** która składa się :

© 2026 Kamsoft S.A.

- Nazwa,
- Czas przesłania
- Danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany

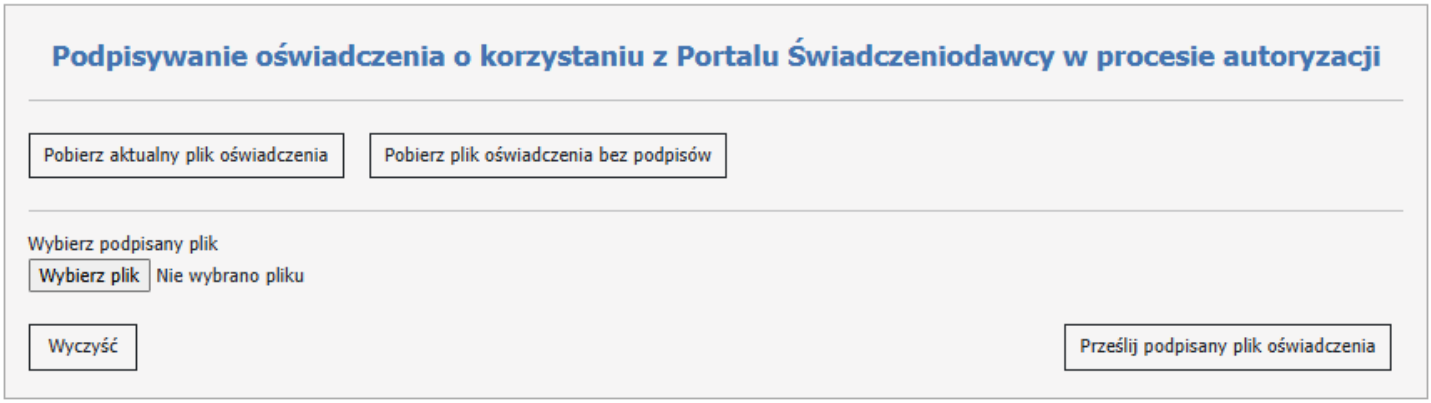


W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik**.
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.

Podpisywanie oświadczenia o korzystaniu z Portalu Świadczeniodawcy w procesie autoryzacji

Podpisanie dokumentu oświadczenia jest obligatoryjne do przekazania wniosku do OW. Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik oświadczenia**, zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym.

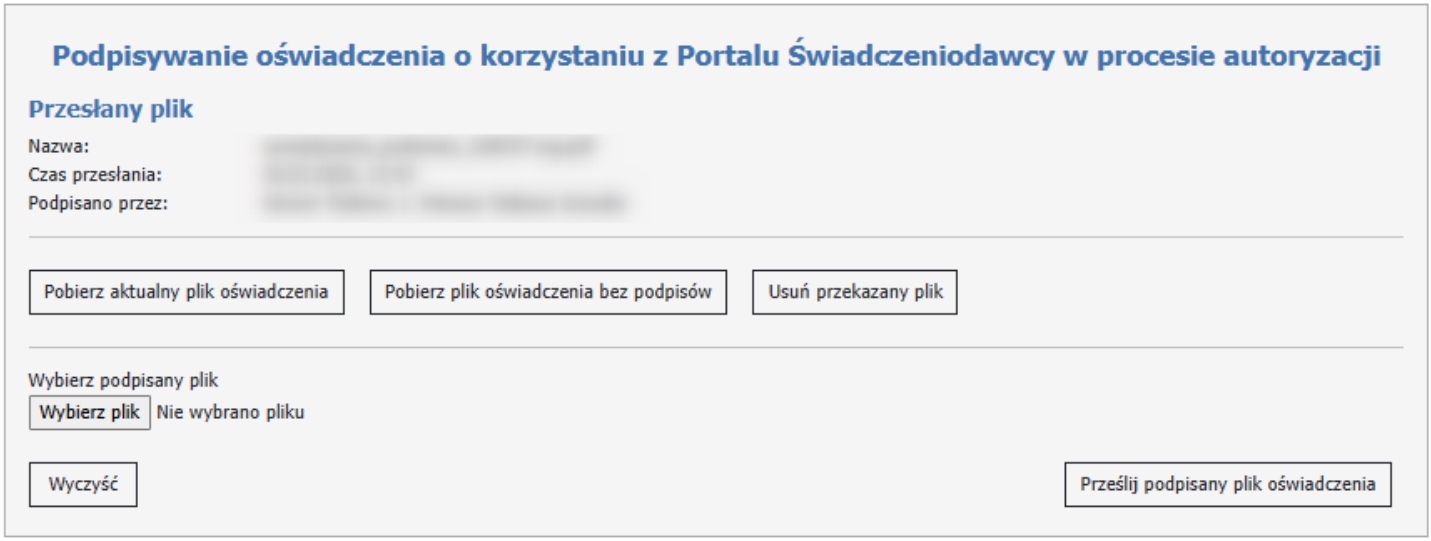


© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk **Pobierz plik oświadczenia bez podpisów** pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik oświadczenia**, ale pobiera on oświadczenie bez podpisów złożonych przez użytkowników.

Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części w sekcji ***Przesłany plik,*** która składa się :

- Nazwa,
- Czas przesłania
- Danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany



W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. oświadczenie zostałoby podpisane przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik**.
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek w oświadczeniu, proces z podpisami należy powtórzyć.

Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik oświadczenia**.

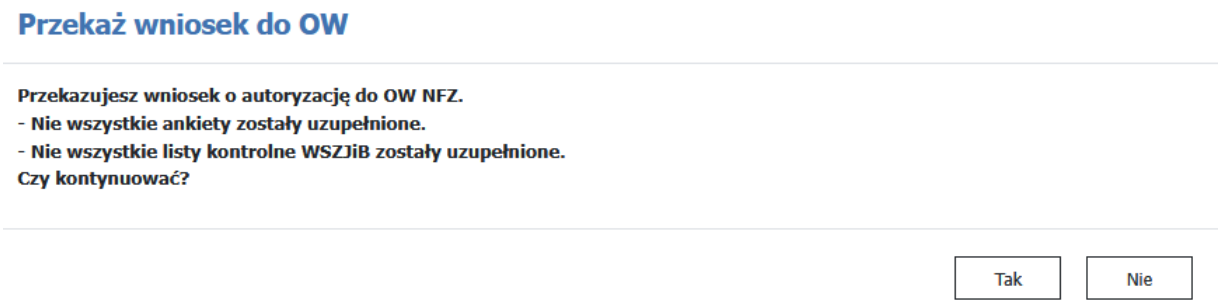
Zmiana statusu wniosku

Wypełniony wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

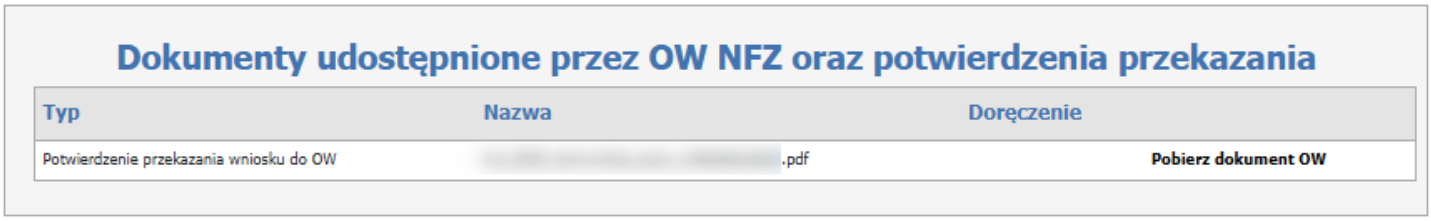
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż wniosek do OW**.

© 2026 Kamsoft S.A.

Podczas przekazania wniosku może pojawić się komunikat, o charakterze informacyjnym - nie wymaga reakcji użytkownika.



Po przekazaniu wniosku do OW będzie możliwe pobranie potwierdzenia za pomocą opcji **Pobierz dokument OW.**



Po wybraniu **Przekaż do OW** wniosek przez jakiś czas może pozostawać w statusie *W trakcie przekazywania do OW*.

Po przekazaniu wniosku do OW następuje jego ocena przez operatora.
W momencie, gdy operator OW przekaże wniosek *Do uzupełnienia* powstanie nowa wersja wniosku. Nie jest ona ograniczona oknem harmonogramu.
Wniosek ze statusem *Do uzupełnienia* posiada pewne ograniczenia. Nie możliwe jest do niego dodanie lub usunięcie obszarów do autoryzacji.
Możliwy jest natomiast przegląd i zmiana pytań ankietowych wspólnych, jak i dla poszczególnych zakresów. W pytaniach ankietowych mogą pojawić się komentarze OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

Lista warunków

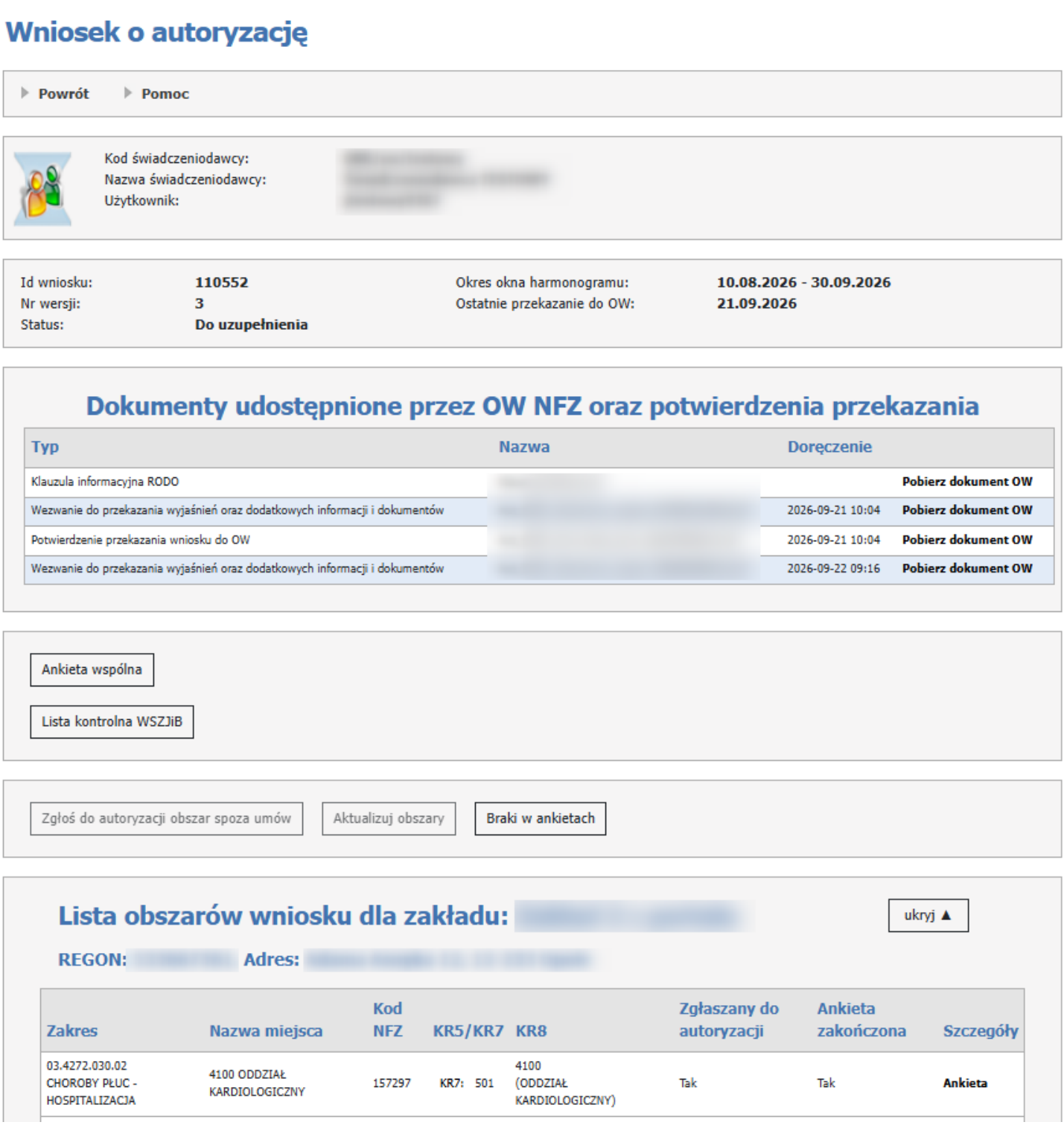
Kategoria	Warunek	Tak	Nie	Nie dotyczy	Personel	Sprzet	Umowa podwykonawstwa	Komentarz świadczeniodawcy	Komentarz OW NFZ	
Lekarze	1. zapewnia równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie alergologii	☑	☐	☐	**Wskazano 3**	Nie dotyczy	Nie dotyczy			**Szczegóły**

Ze względu na brak możliwości zmiany zadeklarowanych obszarów, nie ma potrzeby generowania nowego pliku PDF wniosku, opcja ta jest zablokowana. Nie ma też potrzeby przesyłania nowego oświadczenia o korzystaniu z PŚ w procesie autoryzacji.

Po uzupełnieniu braków, ankietę można ponownie wysłać do oddziału OW, służy do tego przycisk **Przekaż uzupełnienie do OW**.

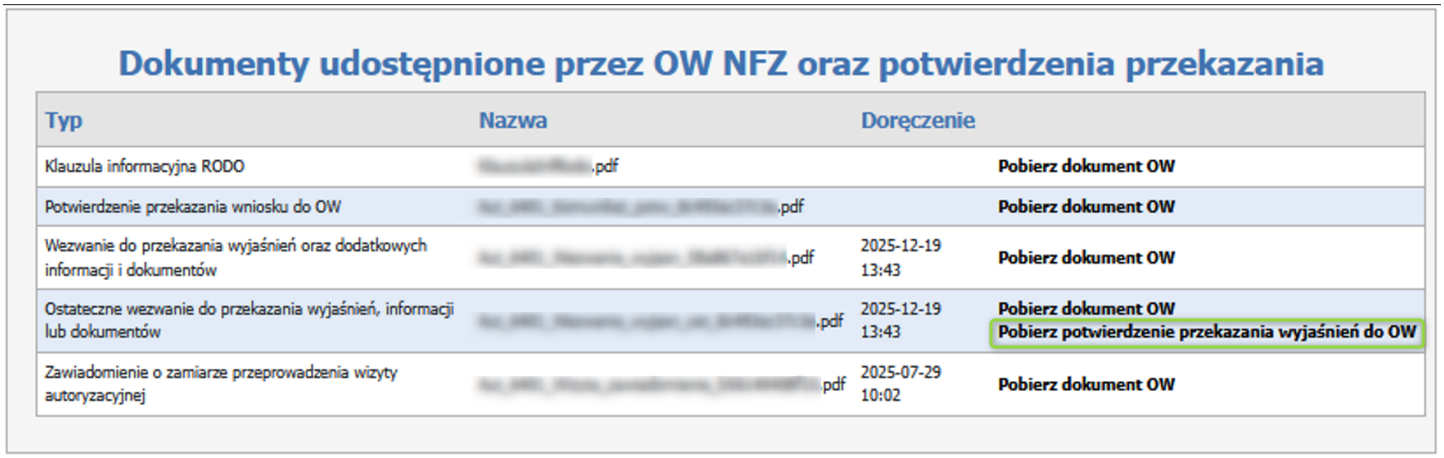
Po jego kliknięciu wniosek zmienia status na ***Przekazano uzupełnienie***, a jego edycja nie jest możliwa.

© 2026 Kamsoft S.A.



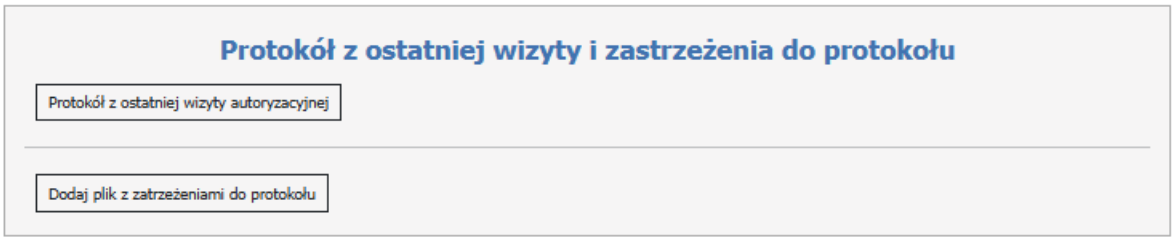
Po przekazaniu wniosku do OW będzie możliwe pobranie potwierdzenia przekazania wyjaśnień za pomocą opcji **Pobierz potwierdzenie przekazania wyjaśnień do OW**.

© 2026 Kamsoft S.A.

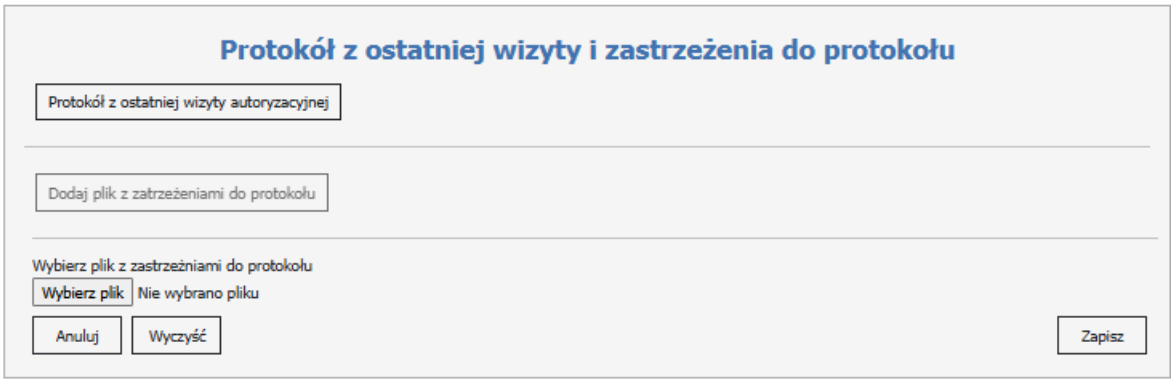


W momencie, gdy wniosek otrzyma status W trakcie oceny, możliwe jest przeprowadzenie wizyty autoryzacyjnej oraz związanych z nią czynności oceniających. Na portalu pojawią się wtedy odpowiednie dokumenty udostępnione przez OW NFZ.

Po przeprowadzonej wizycie na portalu zostanie udostępniony plik: protokół z ostatniej wizyty autoryzacyjnej. Operator może pobrać plik z postaci PDF.

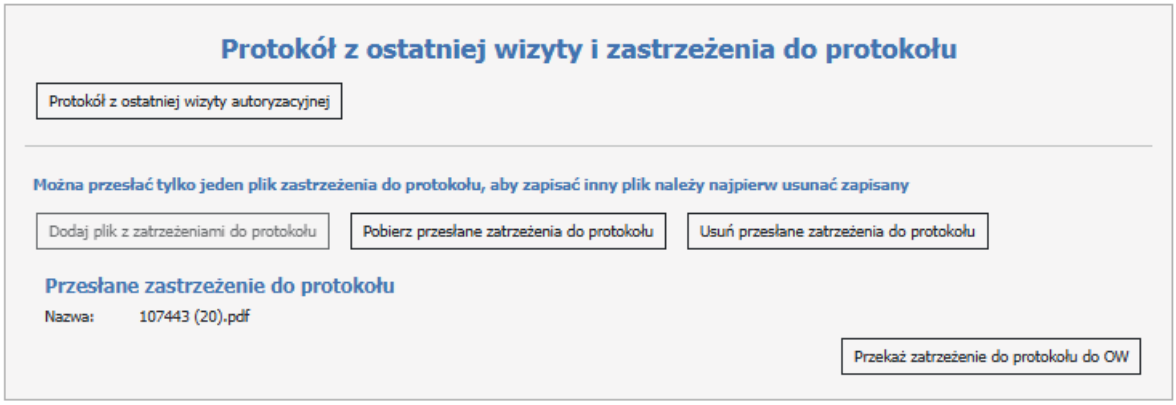


W przypadku zastrzeżeń do protokołu świadczeniodawca może przesłać plik z zastrzeżeniami. Przesłany plik musi być w formacie PDF oraz zostać podpisany przez świadczeniodawcę. Maksymalna wielkość pliku to 10 MB.



Po przesłaniu pliku można go pobrać. W razie pomyłki należy usunąć plik, a następnie przekazać nowy. W przypadku, gdy wszystko zostało zapisane poprawnie można przekazać zastrzeżenie do protokołu do OW.

© 2026 Kamsoft S.A.



Po kliknięciu Przekaż zastrzeżenie protokołu do OW NFZ pojawi się komunikat o nieodwracalności operacji.

Po przekazaniu zastrzeżenia do protokołu nie będzie możliwości jego edycji. Operator może tylko pobrać dokumenty przekazane przez OW oraz protokół z ostatniej wizyty autoryzacyjnej.

4.2.30.1.1 Wniosek o autoryzację z obszarami blokady

Tworzenie kolejnego wniosku o autoryzację w nowym oknie harmonogramu.

W sytuacji, kiedy świadczeniodawca chce złożyć kolejny wniosek o autoryzację w nowym otwartym dla niego oknie harmonogramu lub oknie dodatkowym, system na podstawie istniejących umów w rodzaju *Leczenie szpitalne* wygeneruje listę obszarów jako część wspólną punktów umów z posiadanych umów i obowiązującej listy zakresów podlegających autoryzacji opublikowanej przez Fundusz.
System wskaże te obszary, dla których zgłoszenie do autoryzacji jest możliwe.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wniosek o autoryzację

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Id wniosku:	**110569**	Okres okna harmonogramu:	**10.08.2026 - 30.09.2026**
Nr wersji:	**1**	Ostatnie przekazanie do OW:	**brak**
Status:	**Wprowadzony**		

Ankieta wspólna

Lista kontrolna WSZJiB

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów | Aktualizuj obszary | Usuń wszystkie obszary, które nie mogą zostać zgłoszone do autoryzacji

Braki w ankietach

Obszary, które nie moga zostać zgłoszone do autoryzacji (na czerwonym tle) zostaną automatycznie usunięte z wniosku podczas przekazywania wniosku do OW.

Lista obszarów wniosku dla zakładu:

ukryj ▲

REGON: **Adres:**

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Komentarz	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.0000.103.02 TELERADIOTERAPIA	Plastyka	156497	KR7: 151	1550 (PORADNIA CHIRURGII PLASTYCZNEJ)	**Nie**	Obszar jest w innym wniosku (,,)	Nie	**Usuń**
03.0000.105.02 TERAPIA IZOTOPOWA (LSZ)	Plastyka	156497	KR7: 151	1550 (PORADNIA CHIRURGII PLASTYCZNEJ)	**Nie**	Obszar jest w innym wniosku (,,)	Nie	**Usuń**
03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Plastyka	156497	KR7: 151	1550 (PORADNIA CHIRURGII PLASTYCZNEJ)	Tak		Nie	**Ankieta Pomiń we wniosku**

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera | Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Typ	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych			

Podpisywanie pliku wniosku

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

Zmiana statusu wniosku

Obszary możliwe do zgłoszenia

Do zgłoszenia można wybrać te obszary, dla których:

- nie obowiązuje autoryzacja warunkowa,
- nie trwa roczny okres karencji po odmowie lub cofnięciu autoryzacji,
- obszar nie znajduje się w innym wniosku będącym w trakcie obsługi (np. w ocenie, uzupełnianiu czy przekazany do OW) i nie wydano dla niego decyzji autoryzacyjnej

Obszary z autoryzacją pełną

Jeśli dla obszaru obowiązuje autoryzacja pełna, to operator decyduje, czy chce go zgłaszać do ponownej autoryzacji.

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Komentarz	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.3300.008.03 ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM	STERYLIZATORNIA	35923	KR7: 4930	4930 (STERYLIZATORNIA)	Tak	Autoryzacja pełna (...)	Tak	**Ankieta** **Zrezygnuj z autoryzacji**

Takie obszary pojawiają się jako w pełni dostępne — użytkownik może:

- wskazać je do autoryzacji,
- uzupełnić ankietę

Obszary z autoryzacją warunkową

Jeżeli w dniu końca okna harmonogramu w danym obszarze obowiązuje autoryzacja warunkowa, system wyświetla przy obszarze odpowiedni komentarz.

- użytkownik nie może wskazać obszaru do autoryzacji.
- system nie umożliwia uzupełnienia ankiety dla takiego obszaru
- obszar pozostaje na liście, ale jedynie informacyjnie — użytkownik widzi jego status, ale nie może podjąć żadnych działań, poza usunięciem z wniosku (**Usuń**).

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Komentarz	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4000.030.02 CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	Oddział neonatologiczny	101301	KR7: 4421	4421 (ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY)	**Nie**	Autoryzacja warunkowa (..)	Nie	**Usuń**

Obszary w okresie karencji

Jeżeli obszar znajduje się w rocznym okresie karencji po odmowie autoryzacji lub po cofnięciu autoryzacji:

- użytkownik nie może wskazać obszaru do autoryzacji.
- system nie umożliwia uzupełnienia ankiety dla takiego obszaru

© 2026 Kamsoft S.A.

- obszar pozostaje na liście, ale jedynie informacyjnie — użytkownik widzi jego status, ale nie może podjąć żadnych działań, poza usunięciem z wniosku (**Usuń**).
- system informuje użytkownika o obowiązywaniu karencji oraz wskazuje konkretną datę, po której możliwe będzie ponowne złożenie wniosku,

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Komentarz	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4010.030.02 ALERGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	PORADNIA PEDIATRYCZNA	39446	KR7: 5988	1401 (PORADNIA PEDIATRYCZNA)	Tak	Obowiązuje karencja (...)	Nie	**Usuń**

Obszary zgłoszone w innym wniosku

Jeśli obszar został zgłoszony wcześniej i znajduje się w wniosku będącym na jednym z etapów obsługi:

- przekazany do OW,
- w trakcie oceny,
- do uzupełnienia,
- zakończony (i nie została wydana dla niego decyzja autoryzacyjna)

system nie pozwala na ponowne zgłoszenie tego obszaru w nowym wniosku.

W takiej sytuacji pojawia się przycisk **Usuń**, który pozwala użytkownikowi wyłączyć obszar z bieżącego zestawienia.

Automatyczne usuwanie obszarów przy przekazywaniu wniosku

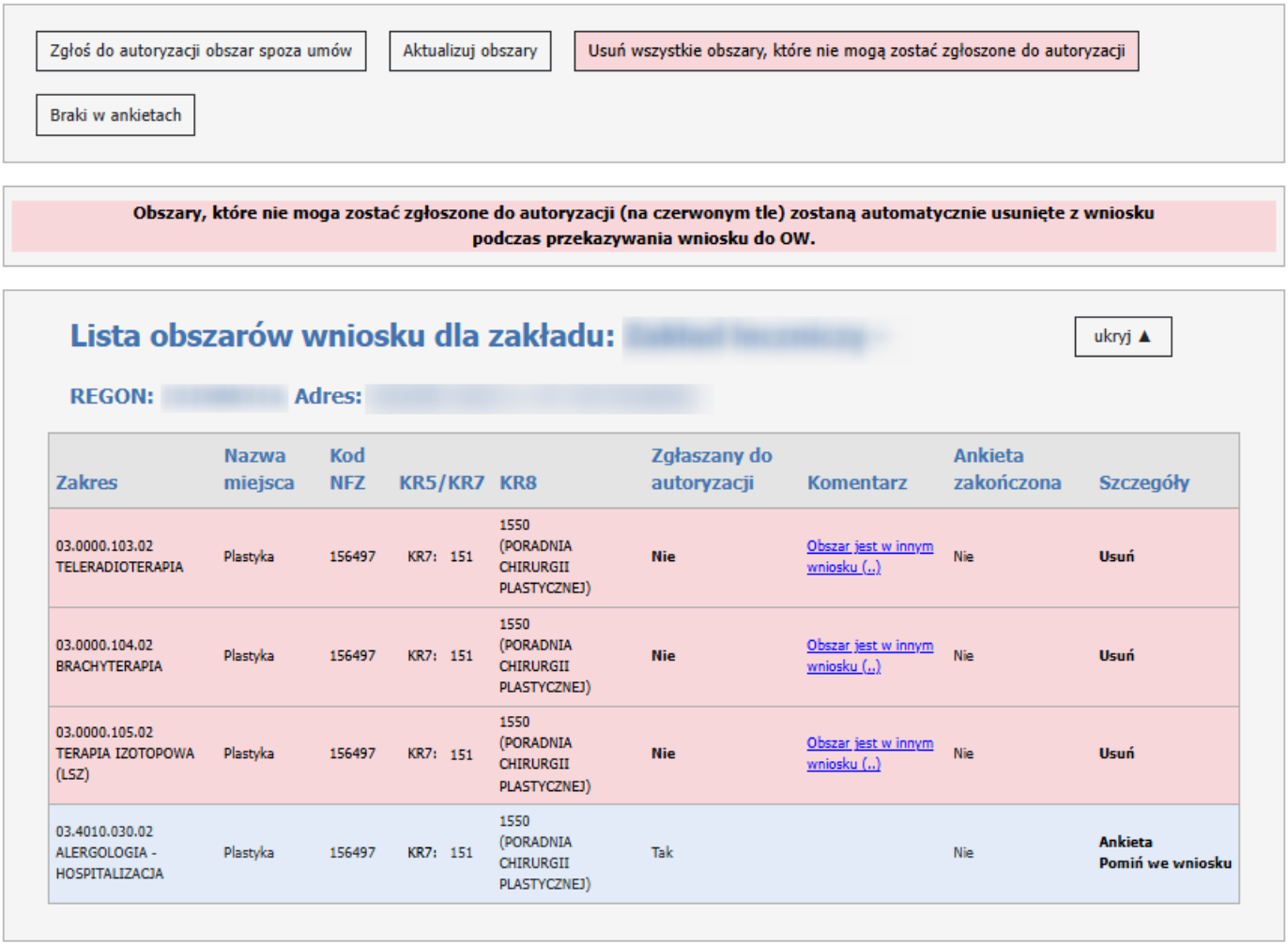
Obszary oznaczone na czerwono, czyli takie, których nie można zgłosić do autoryzacji, są automatycznie usuwane z wniosku w momencie jego przekazywania do OW.

Dodatkowo użytkownik może samodzielnie usunąć takie obszary wcześniej, korzystając z przycisków:

- Usuń wszystkie obszary, które nie mogą zostać zgłoszone do autoryzacji
- Usuń - dla pojedynczej pozycji

Dzięki temu lista wniosku może być uporządkowana jeszcze przed jego finalizacją.

© 2026 Kamsoft S.A.



Odświeżenie listy obszarów we wniosku na podstawie aktualnej umowy

Po wybraniu opcji **Aktualizuj obszary** - system sprawdza czy lista obszarów we wniosku jest aktualna. Porównuje obszary widniejące we wniosku z obszarami w bieżącej umowie i wskazuje różnice.

Jeśli w umowie pojawiły się nowe obszary, które nie figurują jeszcze we wniosku, system automatycznie je dodaje.

W sytuacji, gdy umowa nie zawiera już obszarów, które nadal znajdują się we wniosku, operator zdecyduje czy:

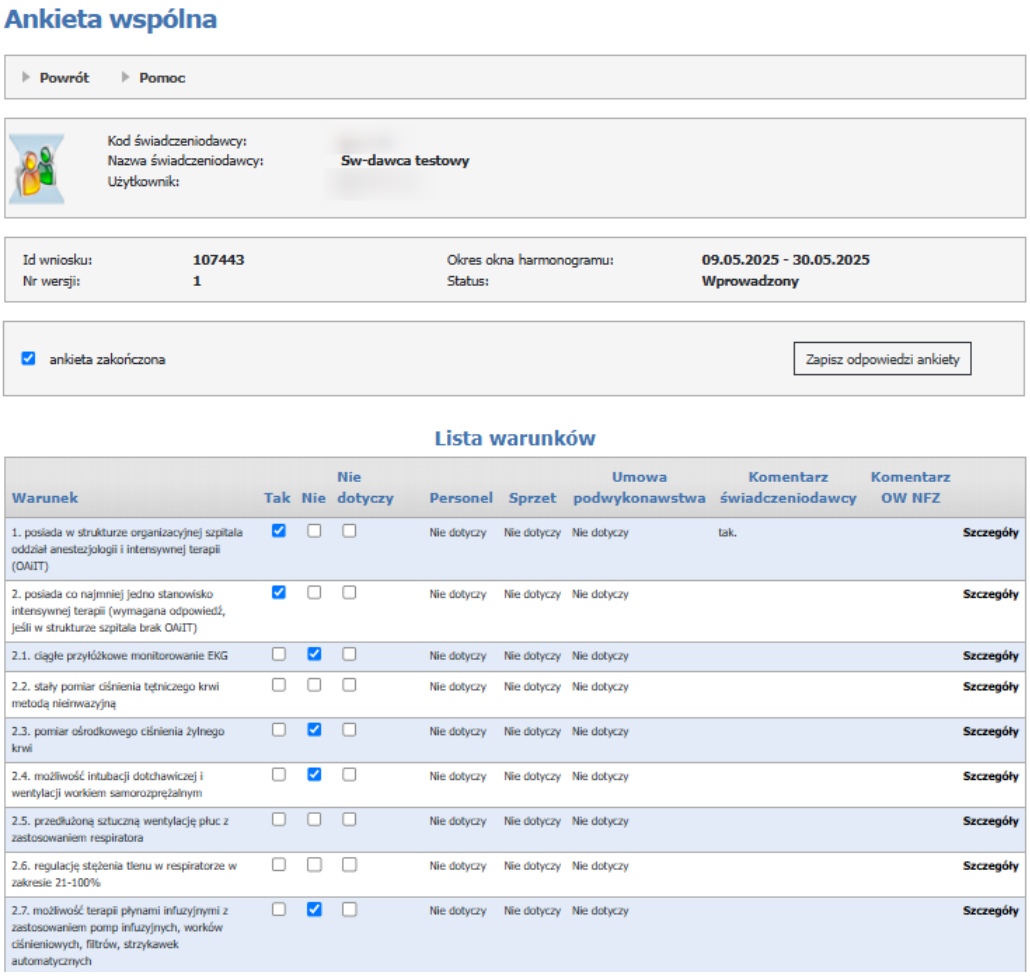
- usunąć takie obszary z wniosku,
- pozostawić je jako obszary dodane ręcznie

Dodatkowo, jeżeli obszar wcześniej wprowadzony ręcznie pojawi się później w umowie, system automatycznie zmieni jego status na *obszar z umowy*, umożliwiając uzupełnienie jego potencjału w ankiecie.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.1.2 Ankieta wspólna/Ankieta dla obszaru

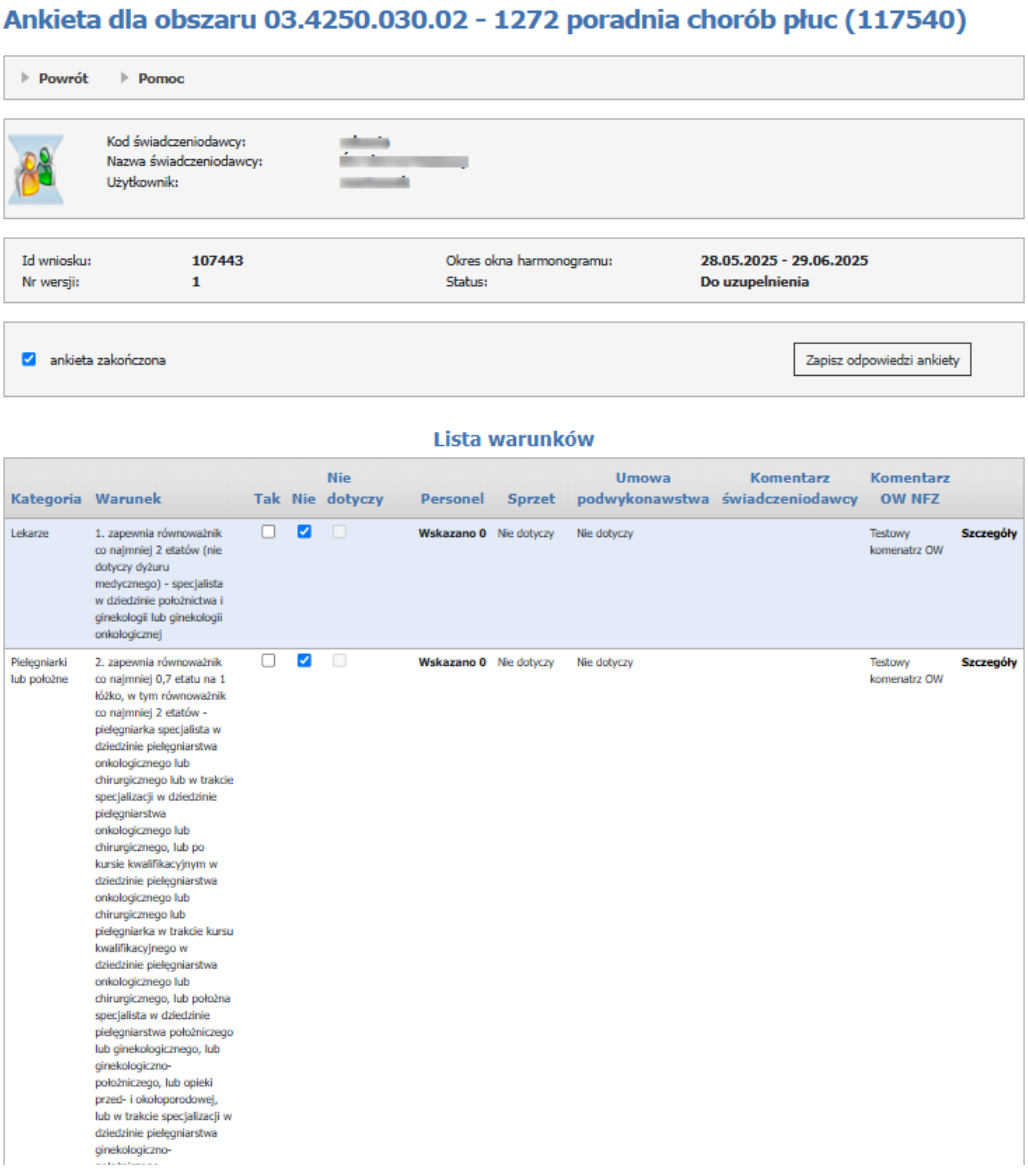
W procesie występują dwa rodzaje ankiet: *Ankieta wspólna i Ankieta dla każdego obszaru* oraz *Lista kontrolna WSZJiB*.. Mają one za zadanie ułatwić prace osób sprawdzających spełnienie wymaganych warunków.



Ankieta zawiera listę warunków. Dla każdego z warunków użytkownik może wybrać **Tak**, **Nie**, **Nie dotyczy** (opcja Nie dotyczy jest dostępna w zależności konfiguracji). Po uzupełnieniu pól należy zapisać odpowiedzi poprzez przycisk **Zapisz odpowiedzi ankiety**. Każdy warunek na liście zawiera w ostatniej kolumnie przycisk **Szczegóły**, jego kliknięcie spowoduje przejście do formatki zawierającej szczegóły konkretnego warunku.
Na formatce znajduje się także pole wyboru *ankieta zakończona*. Jest on informacją dla operatora czy ankieta została w całości wypełniona. Po jego zaznaczeniu pojawi się także odpowiednia informacja na wniosku – w przypadku ankiety wspólnej przy przycisku ankiety: **Ankieta wspólna została oznaczona jako ukończona**. W przypadku ankiety dla obszarów informacja zostanie udostępniona w odpowiedniej kolumnie *Ankieta zakończona*: **Tak**.

W momencie, kiedy wniosek znajduje się w statusie **do uzupełnienia** pytania ankiety zarówno wspólnej jak i dla każdego obszaru jest możliwa do edycji. W kolumnie komentarz OW NFZ mogą pojawić się komentarze zostawione przez operatora oceniającego wniosek.

© 2026 Kamsoft S.A.



Uwaga: W przypadku ankiet wspólnych lub ankiet dla obszaru, gdy wniosek jest w statusie "do uzupełnienia" można edytować tylko te ankiety, które zostały wskazane w Wezwaniu do przekazania wyjaśnień lub zostały odblokowane przez pracownika OW NFZ.

Opcja edycji będzie nieaktywna wraz z widocznym komunikatem „Możliwość edycji zablokowana przez OW NFZ. Jeżeli potrzebujesz zmienić treść zablokowanych ankiet, to skontaktuj się z OW NFZ.”
Szczegóły ankiety można nadal podejrzeć, wybierając przycisk **Szczegóły**.

© 2026 Kamsoft S.A.

Ankieta wspólna

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Id wniosku:	108117	Okres okna harmonogramu:	10.09.2025 - 30.12.2025
Nr wersji:	2	Status:	Do uzupełnienia

Możliwość edycji zablokowana przez OW NFZ. Jeżeli potrzebujesz zmienić treść zablokowanych ankiet, to skontaktuj się z OW NFZ.

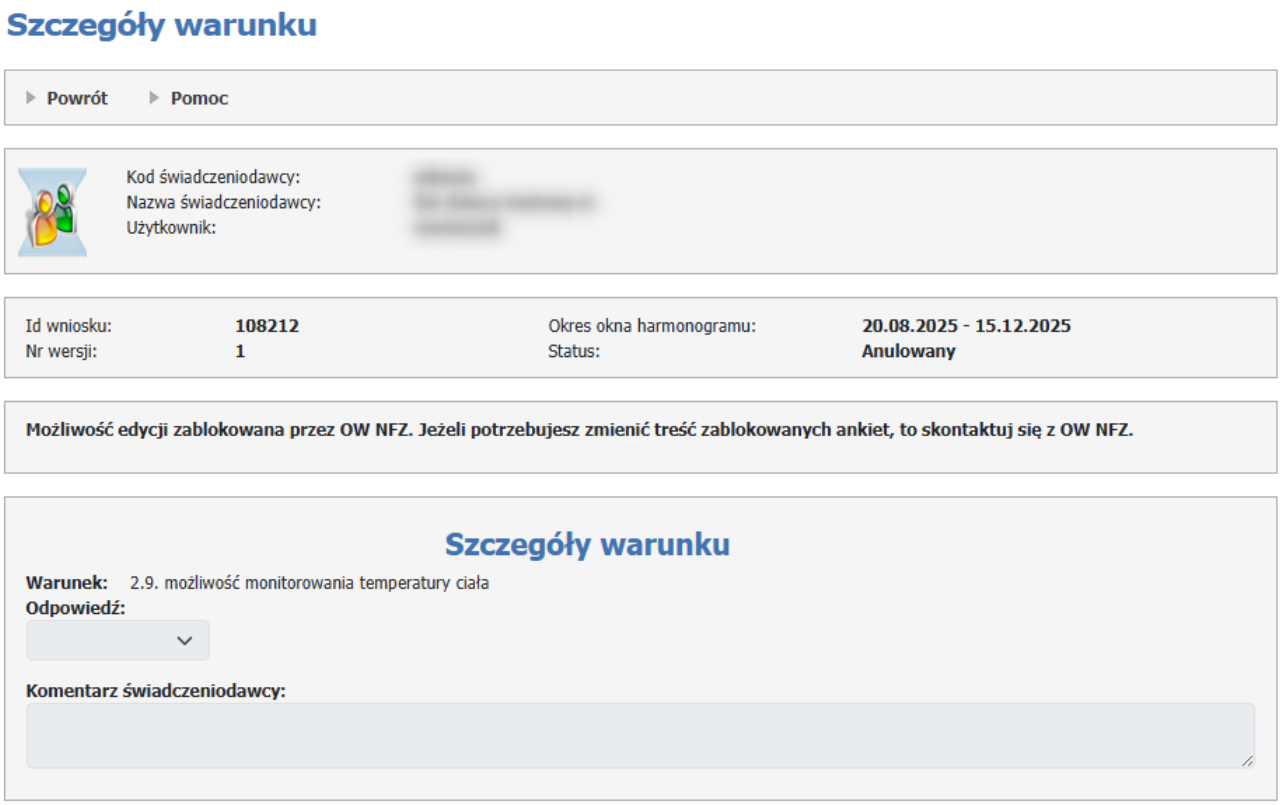
☑ ankieta zakończona

Lista warunków

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

Ankieta wspólna

© 2026 Kamsoft S.A.



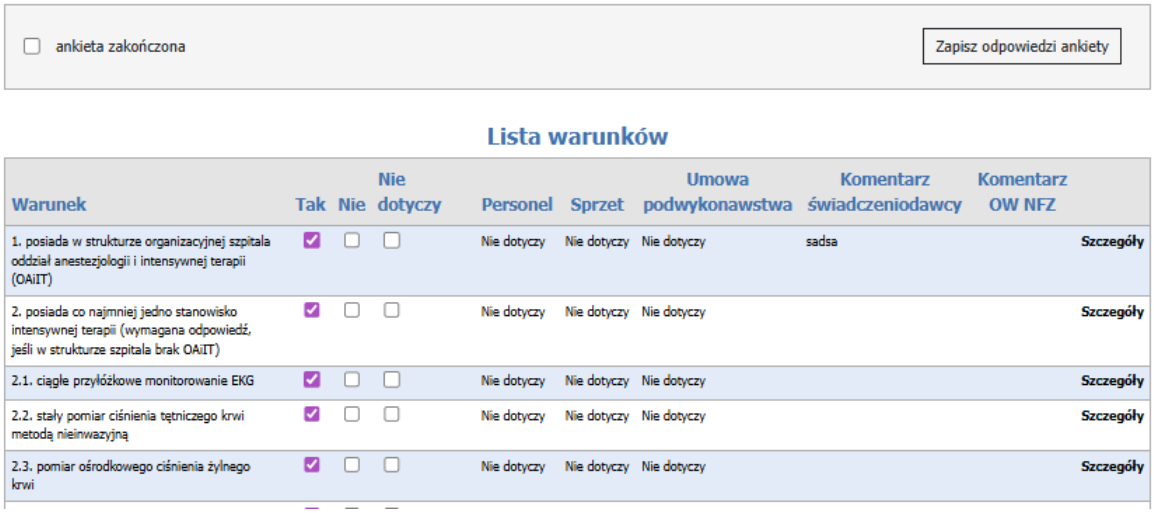
Szczegóły warunku

4.2.30.1.2.1 Warunki ankiety

Warunki ankiety wspólnej

W przypadku ankiety wspólnej, szczegóły warunku zawierają jego treść, odpowiedź oraz komentarz świadczeniodawcy. Za pomocą przycisku **Edytuj** można zmienić odpowiedź oraz dodać odpowiedni komentarz. Istnieją dwa typy obszarów dodane automatycznie oraz dodane ręcznie.

W przypadku ankiet dla obszarów dodanych ręcznie użytkownik nie będzie miał możliwości uzupełnienia potencjału. Nie będą również widoczne kolumny dotyczące personelu, sprzętu oraz umów podwykonawstwa.

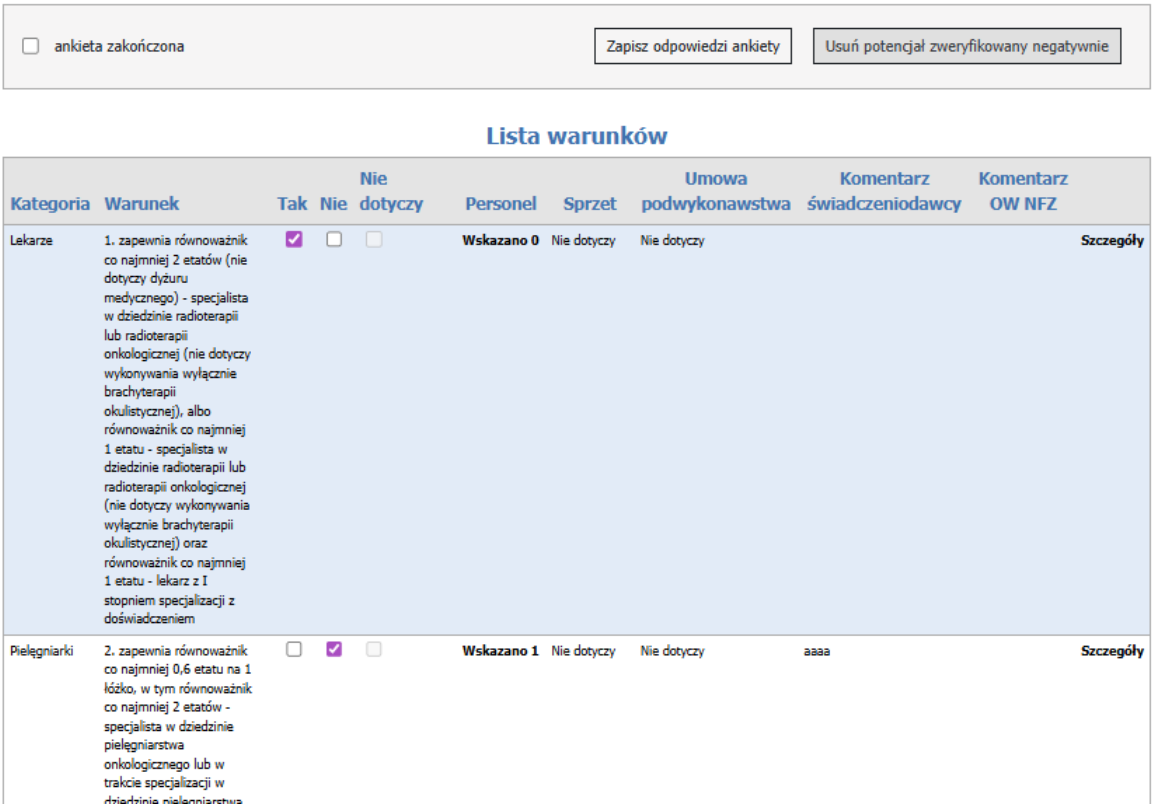


© 2026 Kamsoft S.A.

Warunki ankiety dla obszarów

Dla ankiet obszarów dodanych automatycznie użytkownik może dodać potencjał, a informacja o tym będzie widoczna w odpowiednich kolumnach.

Jeżeli w dowolnym warunku występuje potencjał zweryfikowany negatywnie, pojawi się przycisk **Usuń potencjał zweryfikowany negatywnie**, który usuwa negatywny potencjał w całym obszarze.



Wchodząc w szczegóły odpowiednich warunków można uzupełnić odpowiedź oraz komentarz.

W przypadku ankiety dla obszaru dodanego automatycznie możemy także wskazać potencjał. Pierwszym krokiem jest wskazanie punktu umowy, z którego potencjału chce korzystać. Można wskazać go tylko raz. Po wskazaniu punktu umowy pojawi się lista dla rodzaju potencjału związanego z warunkiem. Rodzaje potencjału to:

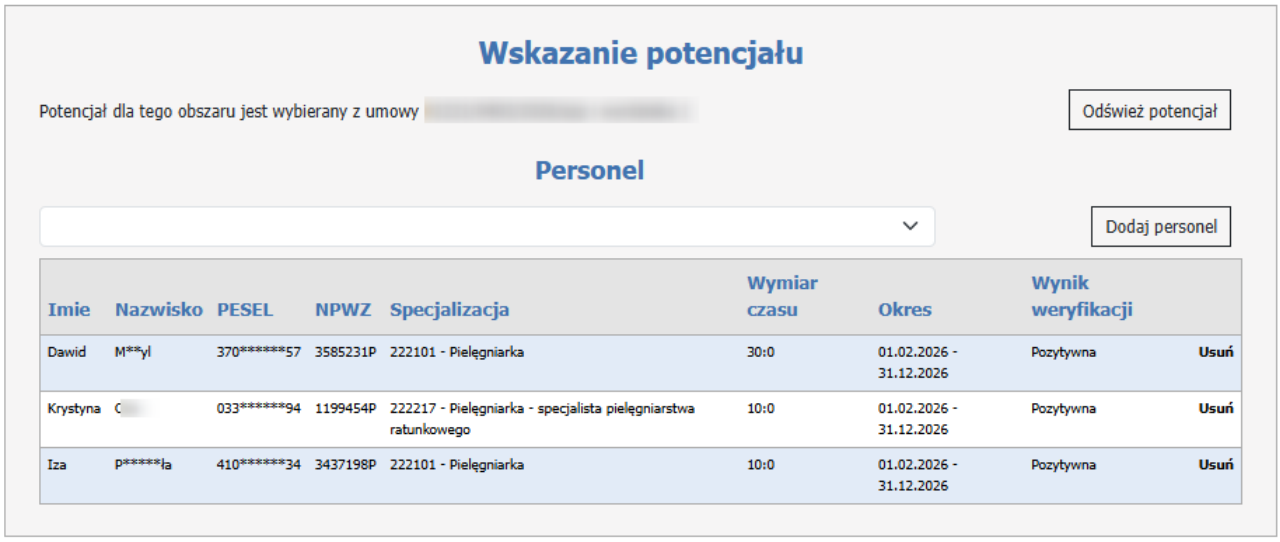
- Personel,
- Zasoby,
- Umowy podwykonawstwa.

Potencjał prezentowany do wyboru pochodzi z danego obszaru i jest zgodny z konfiguracją warunku. By dodać potencjał należy wybrać odpowiedni z listy, a następnie **Dodaj**. W przypadku, gdy operator doda nieodpowiedni potencjał może go usunąć klikając **Usuń** na odpowiednim wierszu.

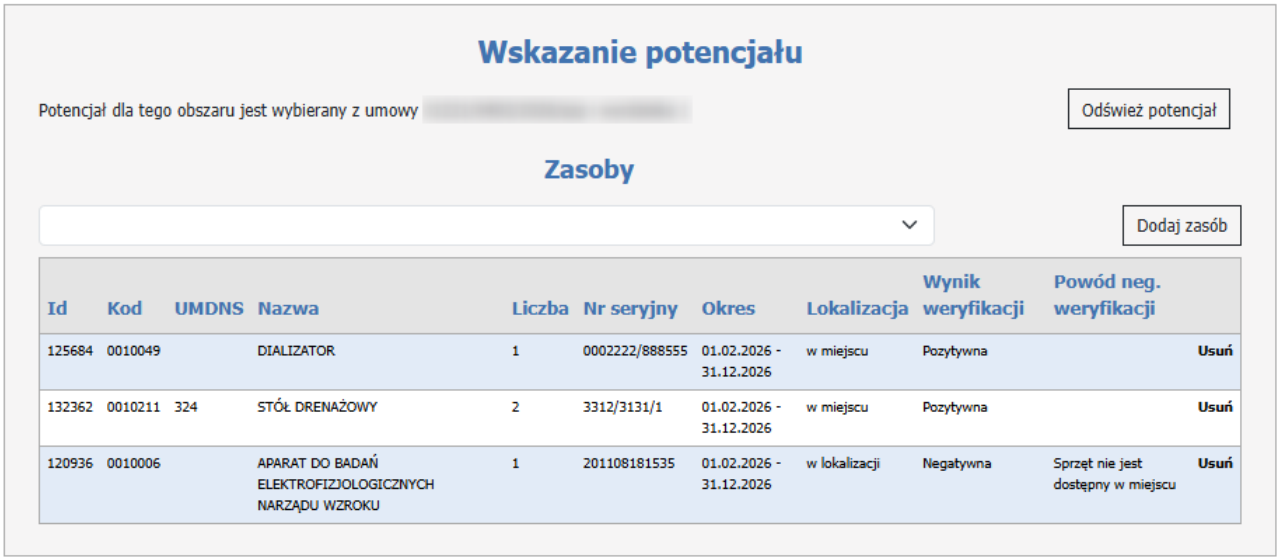
Jeżeli potencjał w umowie danego obszaru został zmieniony, a użytkownik chce go wykazać we wniosku należy kliknąć **Odśwież potencjał**.

Podczas odświeżania potencjału sprawdzana jest zgodność wybranego potencjału z umową. Jeżeli potencjału nie ma już w umowie lub został zmieniony w taki sposób że nie spełnia już warunków z pytania wówczas zostanie on oznaczony jako zweryfikowany negatywnie.

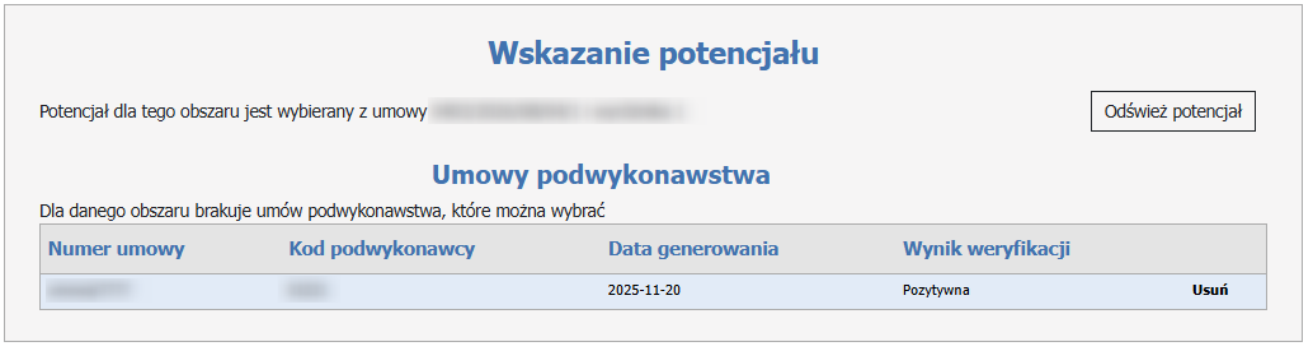
© 2026 Kamsoft S.A.



Wskazanie potencjału- Kategoria Pielęgniarki



Wskazanie potencjału- Kategoria Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

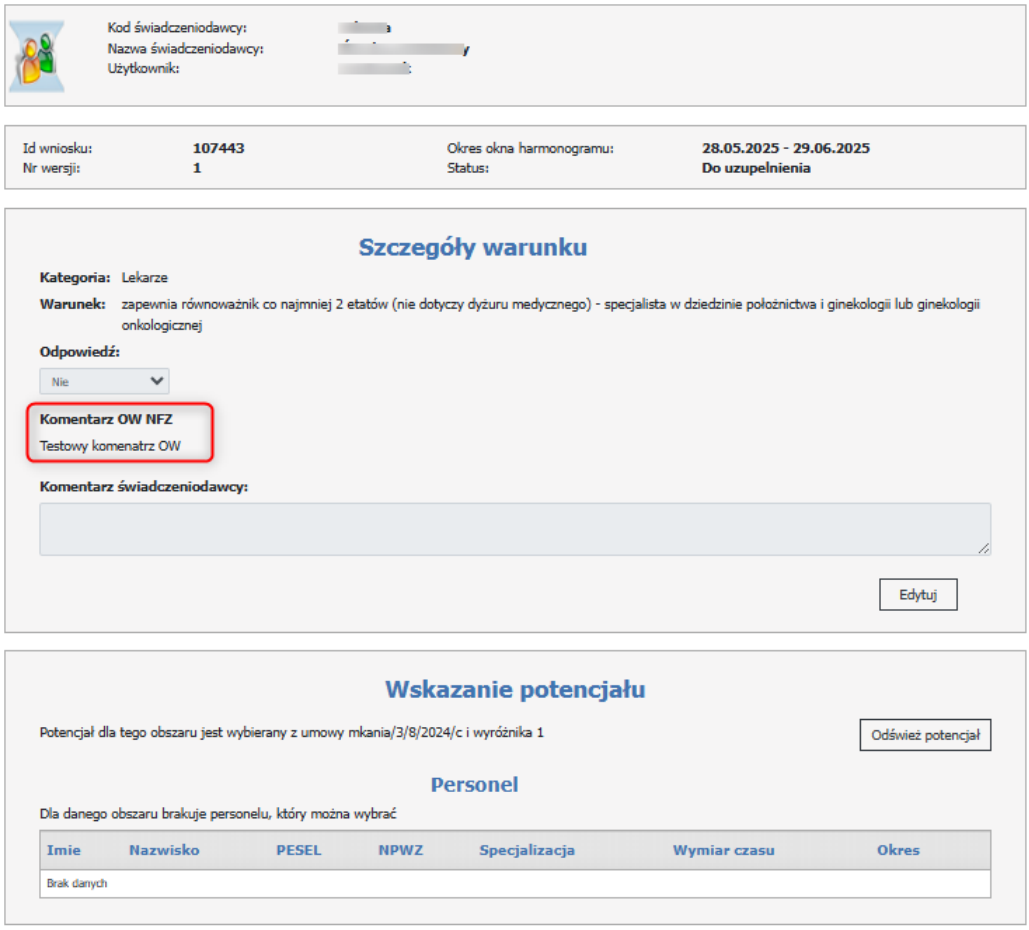


Wskazanie potencjału- Kategoria Zapewnienie realizacji badań

W momencie, gdy wniosek ma status Do uzupełnienia w konkretnych warunkach może pojawić się komentarz operatora OW NFZ.

Dla takiego wniosku operator świadczeniodawcy może zmienić swój komentarz, a także zmienić zadeklarowany personel, sprzęt czy umowy podwykonawcze.

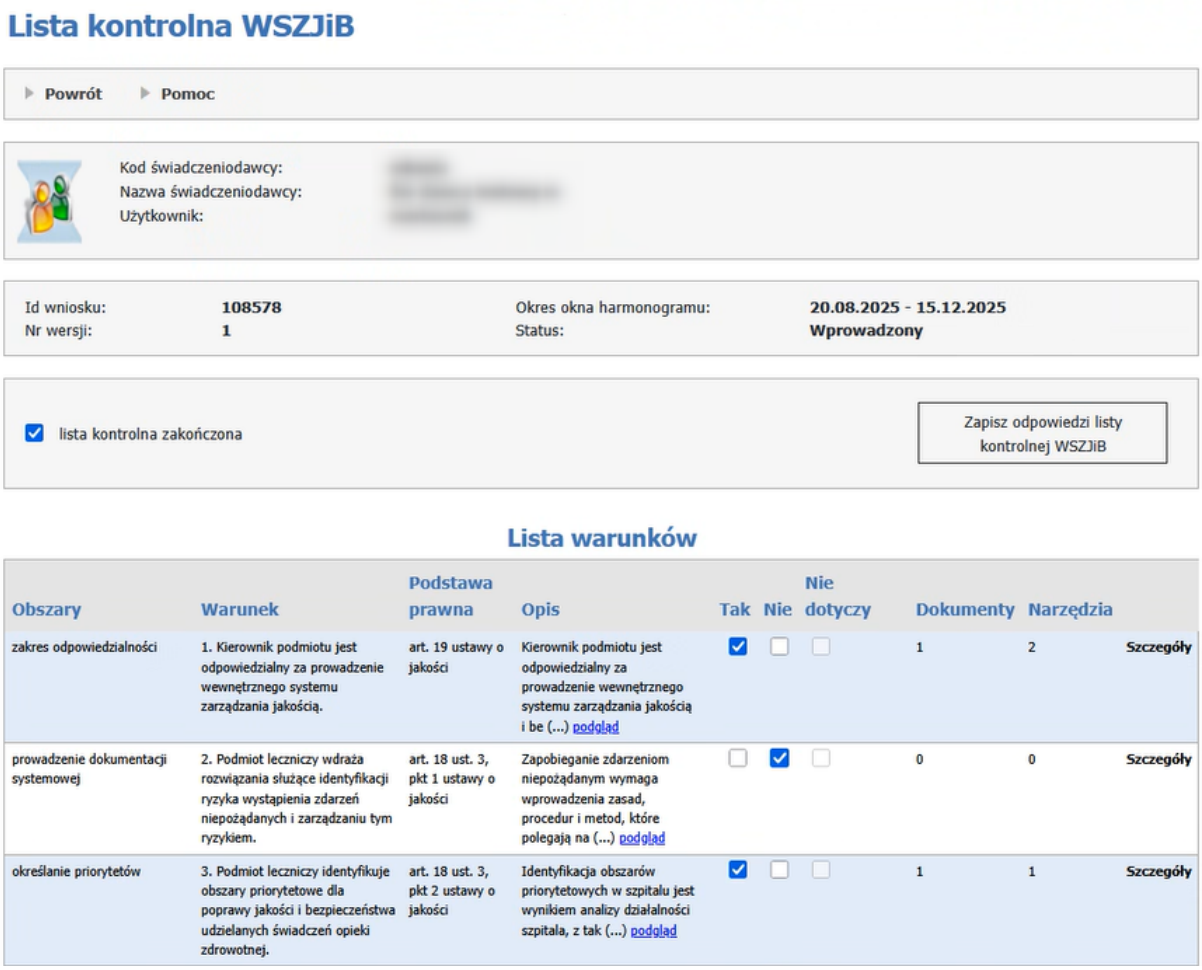
© 2026 Kamsoft S.A.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.1.3 Lista kontrolna WSZJiB

W procesie występują dwa rodzaje ankiet: *Ankieta wspólna i Ankieta dla każdego obszaru* oraz *Lista kontrolna WSZJiB*.. Mają one za zadanie ułatwić prace osób sprawdzających spełnienie wymaganych warunków.



Lista kontrolna WSZJiB zawiera listę wymagań. Dla każdego z wymagań użytkownik może wybrać **Tak**, **Nie**, **Nie dotyczy**. Po uzupełnieniu pól należy zapisać odpowiedzi poprzez przycisk **Zapisz odpowiedzi listy kontrolnej WSZJiB**. Każde wymaganie na liście zawiera w ostatniej kolumnie przycisk **Szczegóły**, jego kliknięcie spowoduje przejście do formatki zawierającej szczegóły konkretnego wymagania.
Na formatce znajduje się także pole wyboru *lista kontrolna zakończona*. Jest ona informacją dla operatora czy ankieta została w całości wypełniona. Po jego zaznaczeniu pojawi się także odpowiednia informacja na wniosku – w przypadku listy kontrolnej WSZJiB przy przycisku listy kontrolnej: **Lista kontrolna WSZJiB została oznaczona jako ukończona**.

Lista składa się z następujących kolumn:
- Obszary
- Warunek
- Podstawa prawna
- Opis- możliwość podejrzenia pełnego tekstu za pomocą przycisku Podgląd
- odpowiedzi: Tak, Nie, Nie dotyczy (opcja Nie dotyczy jest dostępna w zależności konfiguracji)
- Dokumenty: przedstawia liczbę dodanych dokumentów

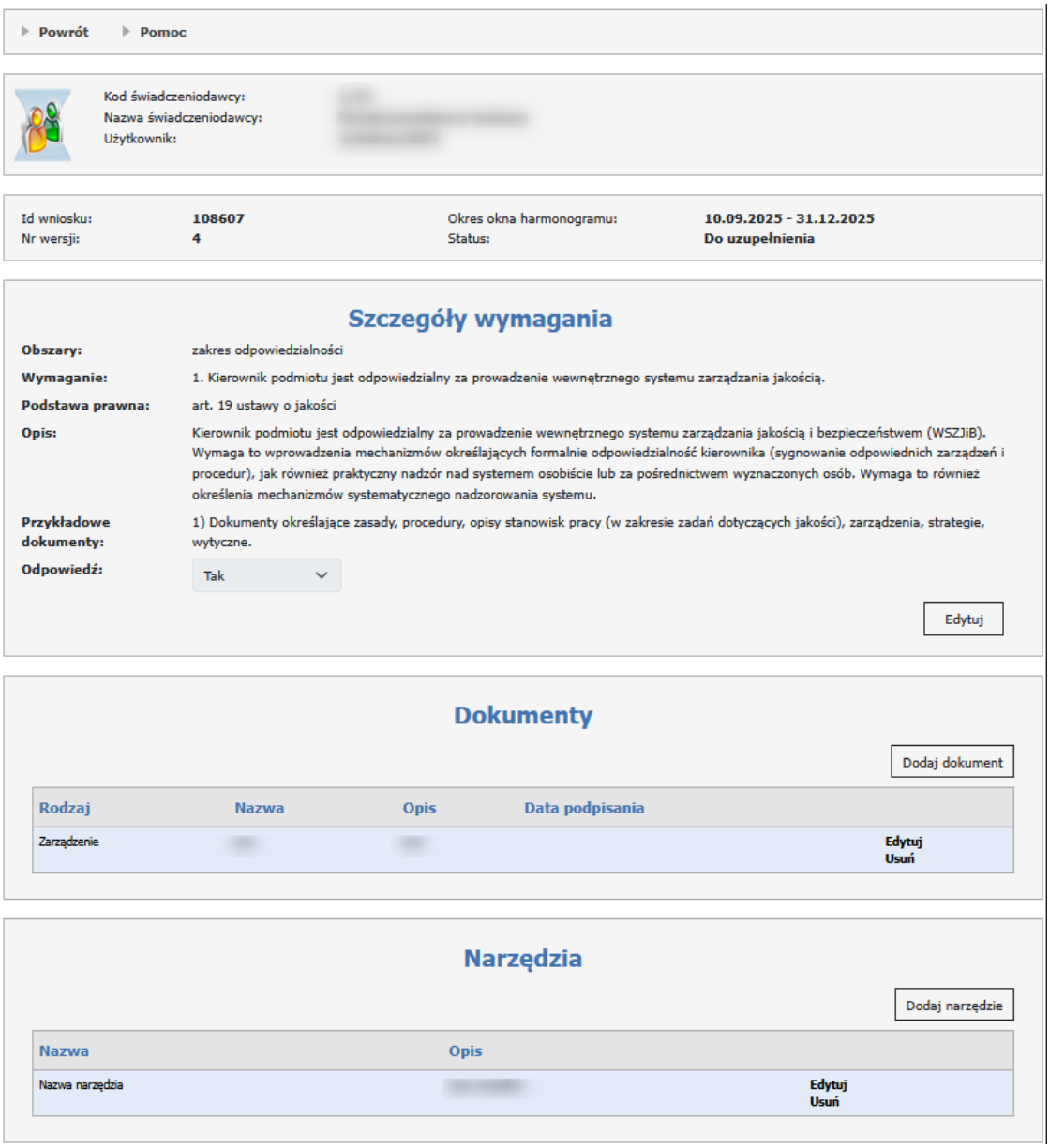
© 2026 Kamsoft S.A.

- Narzędzia: przedstawia liczbę dodanych narzędzi
- Szczegóły: przycisk umożliwiający przejście do szczegółu wymagania

4.2.30.1.3.1 Wymaganie WSZJiB

Szczegóły wymagania listy kontrolnej WSZJiB

W przypadku listy kontrolnej WSZJiB, szczegóły wymagania zawierają:obszar, treść wymagania, podstawę, opis prawną i odpowiedź. Za pomocą przycisku **Edytuj** można zmienić odpowiedź.



Dokumenty

W sekcji *Dokumenty* użytkownik ma możliwość dodania informacji dotyczących dokumentów.

Aby dodać informację, należy kliknąć przycisk **Dodaj dokument**.

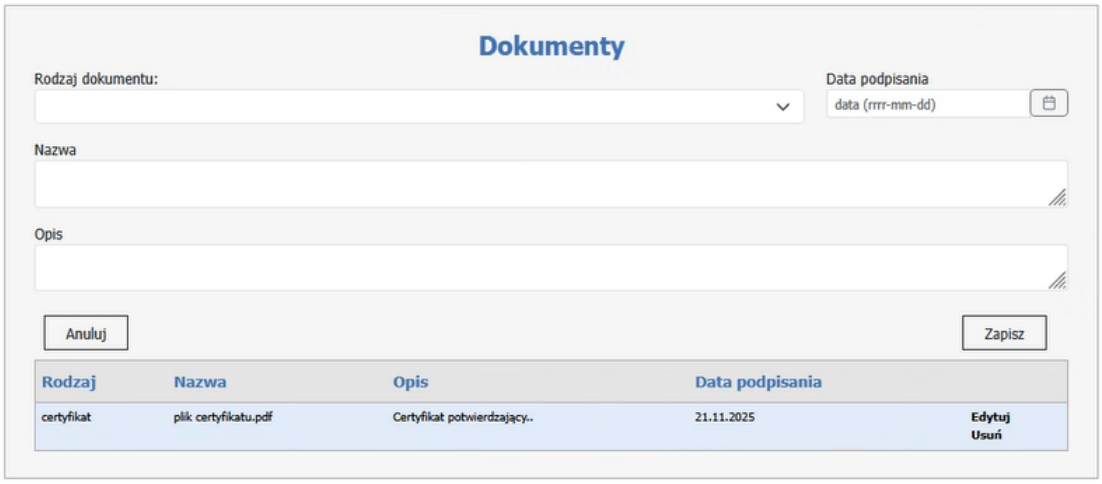
Po wykonaniu tej akcji wyświetli się formularz zawierający następujące pola:

- Rodzaj dokumentu - pole wymagane, wybór typu dokumentu z listy dostępnych opcji (Zarządzanie, Procedura, Strategia, Opisy stanowisk, Rejestr, Wytyczne, Certyfikat, Analiza, Raport, Inne)

© 2026 Kamsoft S.A.

- Nazwa dokumentu - pole wymagane, (max. 250 znaków)
- Opis - możliwość dopisania uwag dotyczących dokumentu (max 1000 znaków)
- Data podpisania - data, w której dokument został podpisany
- Przyciski Anuluj - rezygnacja z dodawania informacji
- Przycisk Zapisz - zapisanie wprowadzonych danych i dodanie informacji

Pliki dokumentów należy przekazać na wniosku w sekcji Załączniki. Dokumenty związane z WSZJiB, będące załącznikami do wniosku, nie wymagają podpisu cyfrowego.



Narzędzia

W sekcji *Narzędzia* użytkownik ma możliwość dodania informacji dotyczących narzędzi.
Aby dodać informację należy kliknąć przycisk **Dodaj narzędzie**.
Po wykonaniu tej akcji wyświetli się formularz zawierający następujące pola:

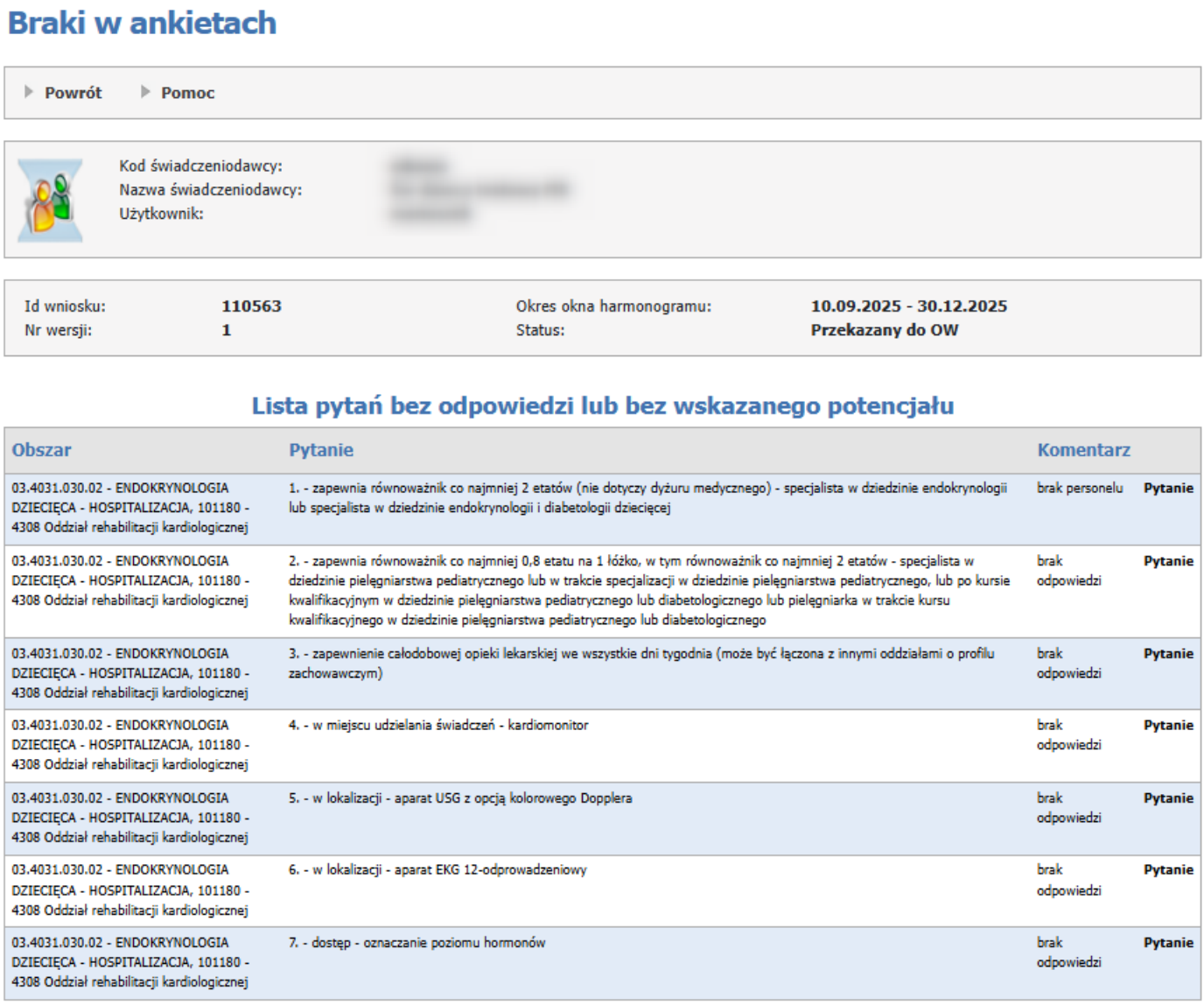
- Nazwa - pole wymagane, (max. 250 znaków)
- Opis - możliwość dopisania uwag (max 1000 znaków)
- Przyciski Anuluj - rezygnacja z dodawania informacji
- Przycisk Zapisz - zapisanie wprowadzonych danych i dodanie informacji

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.1.4 Braki w ankietach

Strona **Braki w ankietach** wyświetla listę pytań pozostawionych bez odpowiedzi lub pytań, dla których udzielono odpowiedzi TAK i nie wskazano wymaganego potencjału.
Jest ona dostępna zarówno we wniosku podstawowym jak i rozszerzonym.

Po wybraniu przycisku **Braki w ankietach** system prezentuje listę pytań, które wymagają uzupełnienia.



Braki w ankietach

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Id wniosku:	110563	Okres okna harmonogramu:	10.09.2025 - 30.12.2025
Nr wersji:	1	Status:	Przekazany do OW

Lista pytań bez odpowiedzi lub bez wskazanego potencjału

Obszar	Pytanie	Komentarz	
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	1. - zapewnia równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie endokrynologii lub specjalista w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej	brak personelu	Pytanie
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	2. - zapewnia równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego	brak odpowiedzi	Pytanie
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	3. - zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)	brak odpowiedzi	Pytanie
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	4. - w miejscu udzielania świadczeń - kardiomonitor	brak odpowiedzi	Pytanie
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	5. - w lokalizacji - aparat USG z opcją kolorowego Dopplera	brak odpowiedzi	Pytanie
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	6. - w lokalizacji - aparat EKG 12-odprowadzeniowy	brak odpowiedzi	Pytanie
03.4031.030.02 - ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, 101180 - 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	7. - dostęp - oznaczanie poziomu hormonów	brak odpowiedzi	Pytanie

Lista składa się z następujących kolumn:

- Obszar – zakres świadczeń, którego dotyczy pytanie,
- Pytanie – treść pytania wymagającego uzupełnienia,
- Komentarz – informacja o przyczynie wyświetlenia pozycji na liście, np.:brak odpowiedzi, brak personelu, brak potencjału,
- Pytanie – przejście bezpośrednio do formularza ankiety zawierającego wskazane pytanie.

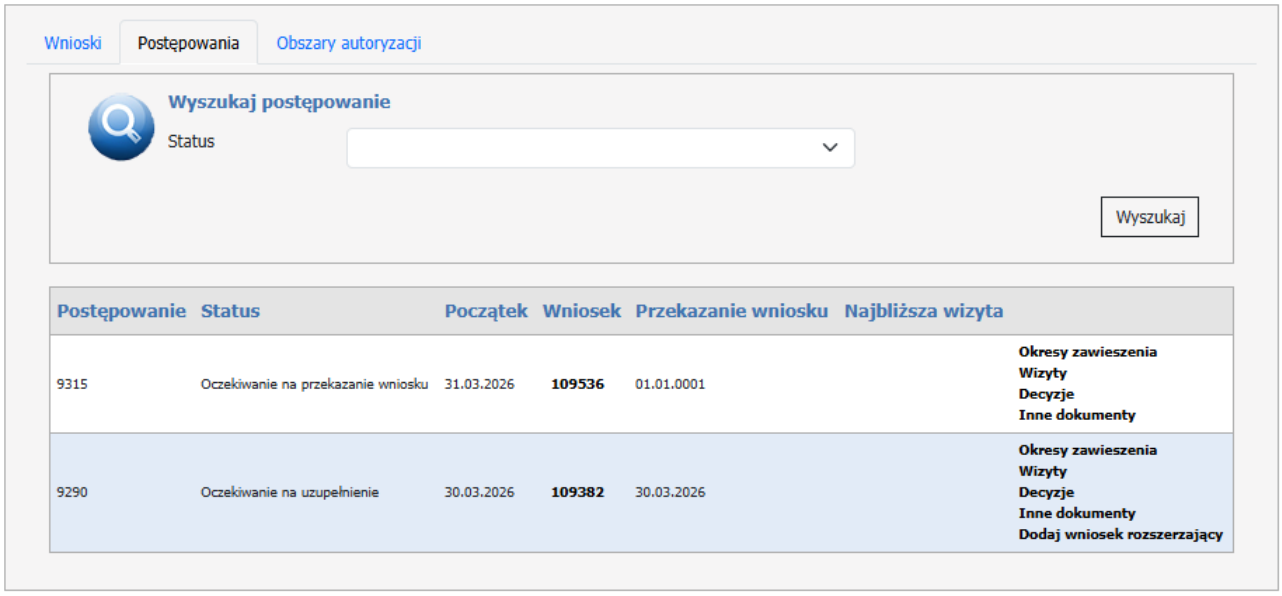
Po wybraniu przycisku **Pytanie** użytkownik zostaje przeniesiony do odpowiedniej ankiety, gdzie może uzupełnić brakujące dane.

© 2026 Kamsoft S.A.

Dla zgłaszanych obszarów ankiety są dostępne na zasadach analogicznych do wniosku podstawowego.

4.2.30.2 Potępowania

Postępowania zawiera przegląd postępowań dla danego świadczeniodawcy.



W dolnej części formatki prezentowana jest lista postępowań. Do wyszukiwania postępowania służy sekcja ***Wyszukaj postępowanie***. Użytkownik może odfiltrować wyniki poprzez status.
Dla każdego postępowania świadczeniodawca może przejrzeć:

- Okresy zawieszenia
- Wizyty
- Decyzje
- Inne dokumenty
- Dodaj wniosek rozszerzający

Wszystkie szczegółowe informacje zostały opisane w wybranych rodziałach.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.2.1 Okresy zawieszenia

Formatka **okresy zawieszenia** służy do przeglądu okresów zawieszenia.

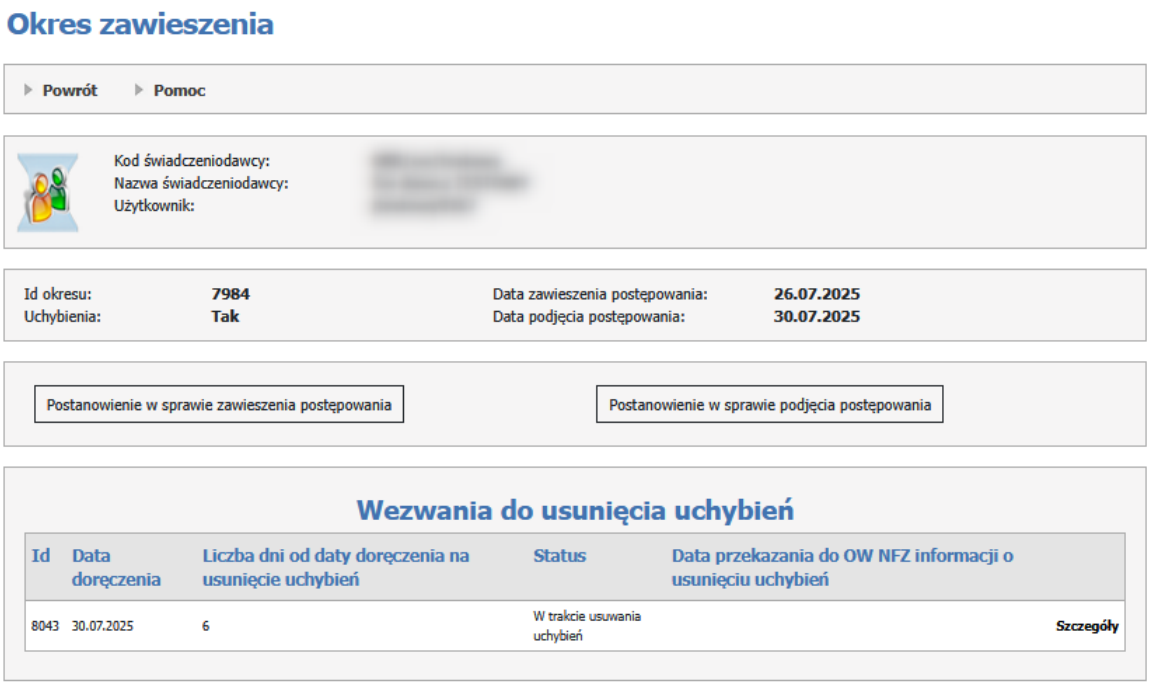
W dolnej części znajdują się okresy zawieszenia dla danego postępowania. Dla każdego okresu wyświetlane jest jego id, data zawieszenia, data podjęcia postępowania oraz uchybienia (czy okres zawieszenia postępowania wynika
z uchybień).
Ostatnia kolumna służy do przejścia do szczegółów danego okresu zawieszenia poprzez wybranie przycisku **Szczegóły.** Zostały one opisane tutaj.

Użytkownik może także odfiltrować wyniki poprzez filtr uchybienie. Po wybraniu odpowiedniej opcji oraz kliknięciu opcji **Wyszukaj** zostanie wyświetlona odfiltrowana lista okresów postępowań.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.2.1.1 Okres zawieszenia

Każdy okres zawieszenia dla postępowania zawiera dodatkowe informacje, które pojawiają się po wybraniu danego okresu zawieszenia z listy.



W szczegółach okresu zawieszenia znajdują się pliki udostępnione przez OW oraz informacje o id okresu, czy występują uchybienia, daty zawieszenia podstępowania oraz daty podjęcia postępowania.
Po odczytaniu wiadomości, o dokumentach, będą one dostępne do pobrania na portalu.

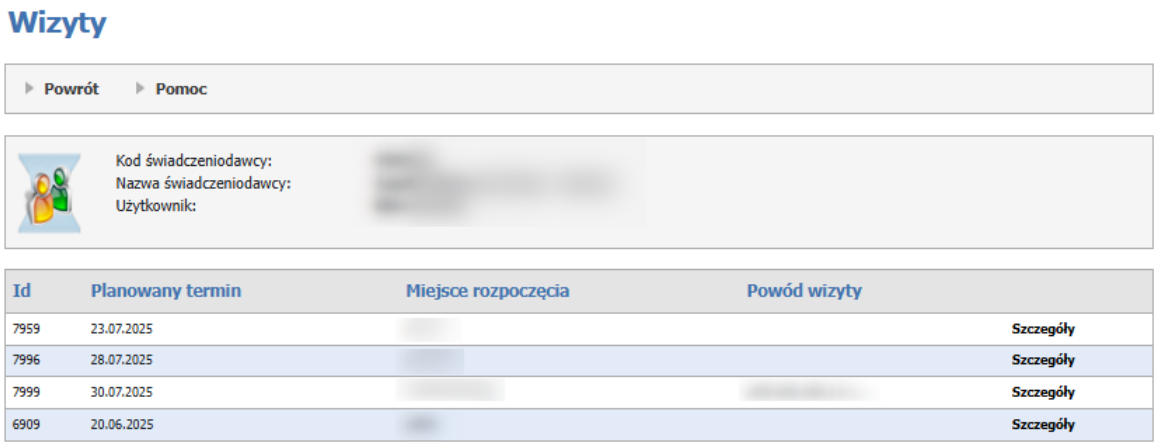
Wezwania do usunięcia uchybień

W przypadku, gdy występują uchybienia w dolnej części formatki będą znajdować się wezwania do uzupełnienia uchybień. Dla wezwań użytkownik zobaczy ich id, datę doręczenia, liczbę dni od daty doręczenia na usunięcie uchybień, status, datę przekazania do OW NFZ informacji o usunięciu uchybień oraz szczegóły.
Dokładniejszy opis wezwania do uzupełnienia uchybień został opisany w innym rozdziale.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.2.2 Wizyty

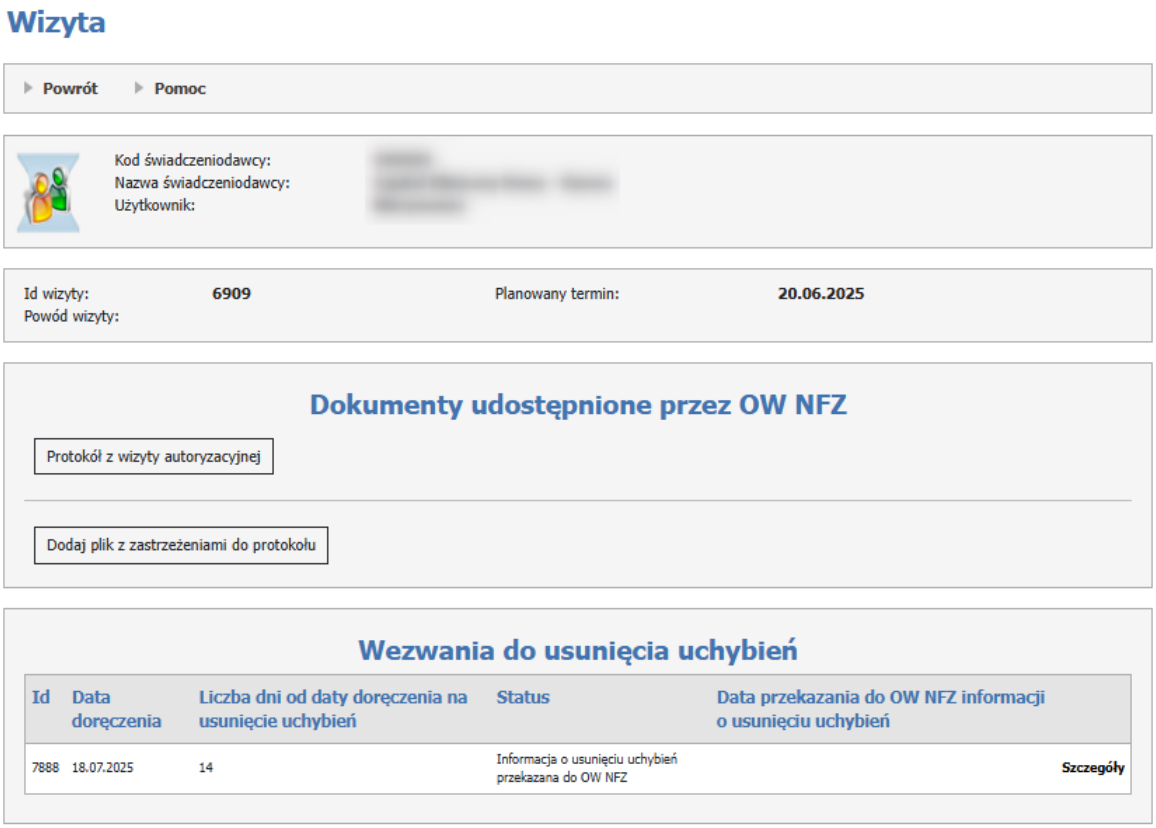
Funkcja **wizyty** służy do wyświetlania wizyt, które się odbyły w ramach postępowania.



Dla każdej wizyty wyświetlone jest jej id, planowany termin, miejsce rozpoczęcia oraz powód wizyty. W ostatniej kolumnie operator może wejść w **Szczegóły** danej wizyty. Zostały one opisane tutaj.

4.2.30.2.2.1 Wizyta

Szczegóły wizyty pokazują więcej informacji o konkretnej wizycie w ramach postępowania.

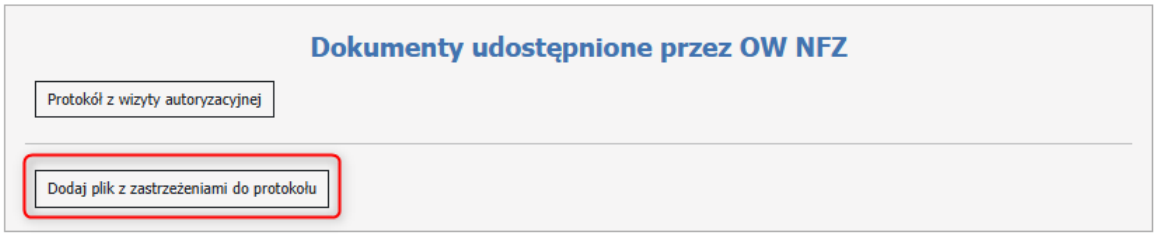


© 2026 Kamsoft S.A.

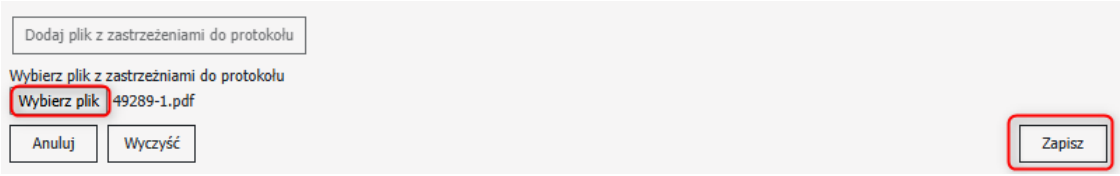
U górnej części formatki znajdują się informacje o wizycie: id, powód wizyty oraz planowany termin.

Dokumenty udostępnione przez OW NFZ

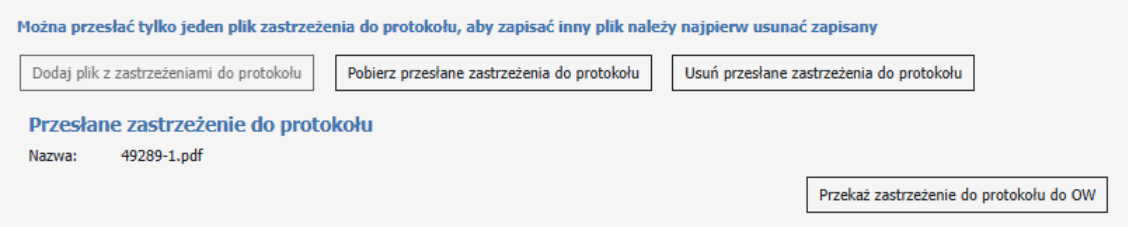
W przypadku, gdy w dokumentach udostępnionych przez OW NFZ znajduje się protokół z wizyty autoryzacyjnej operator może dodać plik z zastrzeżeniami do protokołu. Po odczytaniu wiadomości, o dokumentach, będą one dostępne do pobrania na portalu. Służy do tego przycisk **Dodaj plik z zastrzeżeniami do protokołu**. Po jego wybraniu pojawi się sekcja do wgrania pliku.



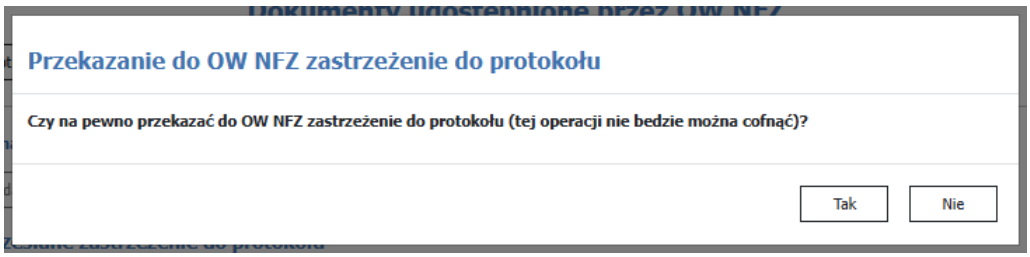
By załączyć plik należy wybrać plik z dysku, a następnie go zapisać. W przypadku, gdy użytkownik wybierze plik, ale jeszcze nie zapisze go może wyczyścić plik (pozwala na wybranie nowego pliku) lub anulować operację.



Zapisany plik zastrzeżenia można pobrać, usunąć lub przekazać do OW NFZ.

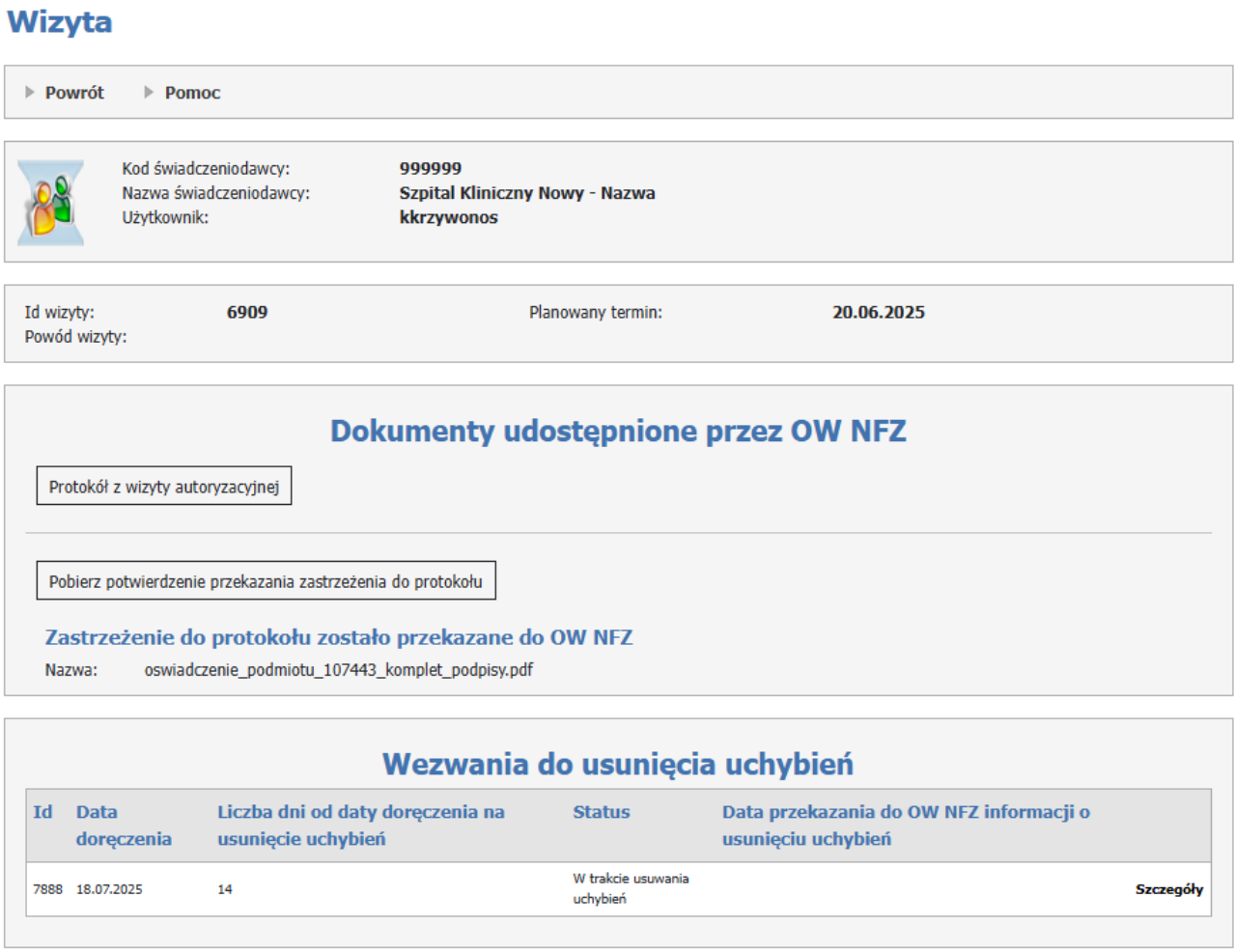


W momencie, gdy użytkownik zdecyduje się na przekazanie zastrzeżenia do protokołu do OW zostanie pokazany komunikat o nieodwracalności tej operacji.



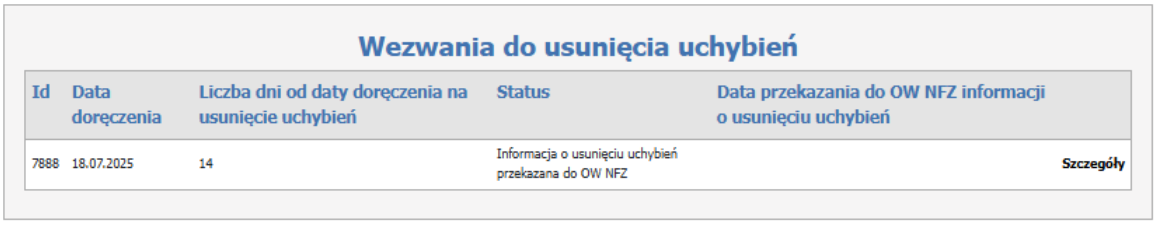
© 2026 Kamsoft S.A.

Po przekazaniu zastrzeżenia do protokołu z wizyty do OW NFZ użytkownik nie ma już możliwości dodania czy zmiany pliku. Dalej może pobrać protokół czy przejrzeć wezwania do usunięcia uchybień.
Po przekazaniu zastrzeżeń do protokołu z wizyty będzie możliwe pobranie potwierdzenia za pomocą przycisku **Pobierz potwierdzenie przekazania zastrzeżenia do protokołu.**



Wezwania do usunięcia uchybień

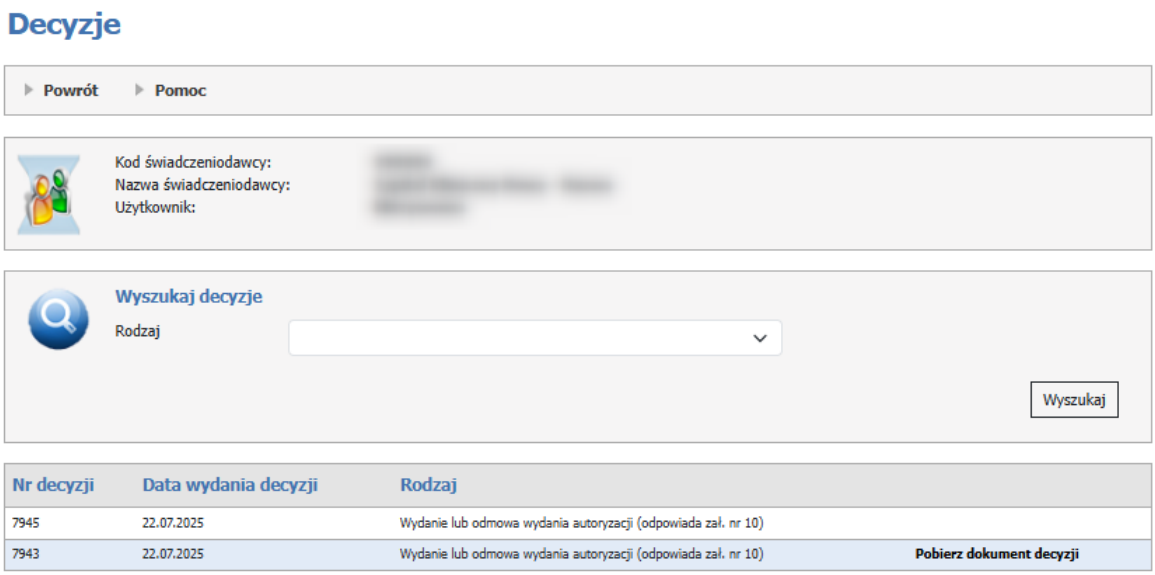
Ostatnim elementem formatki są wezwania do usunięcia uchybień. Pokazuje on id uchybień, datę doręczenia, liczby dni od daty doręczenia na usunięcie uchybień, status oraz datę przekazania do OW NFZ informacji o usunięciu uchybień.
Każde wezwanie do usunięcia uchybień posiada **Szczegóły**, które zostały opisane tutaj.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.2.3 Decyzje

Formatka służy do przeglądu wydanych decyzji w ramach danego postępowania.

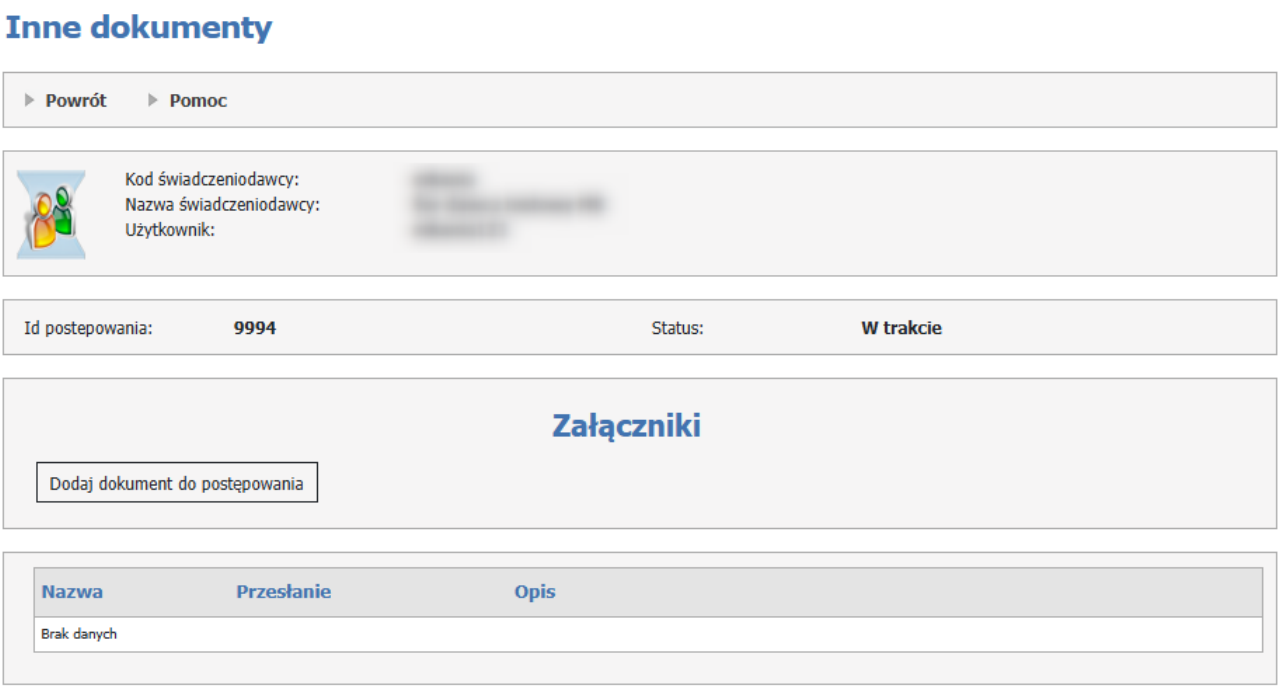


Operator może filtrować decyzje wg ich rodzaju. Dla każdej decyzji wyświetlany jest jej numer, data wydania oraz rodzaj.
W ostatniej kolumnie, jeśli został udostępniony dokument, będzie możliwość jego pobrania.

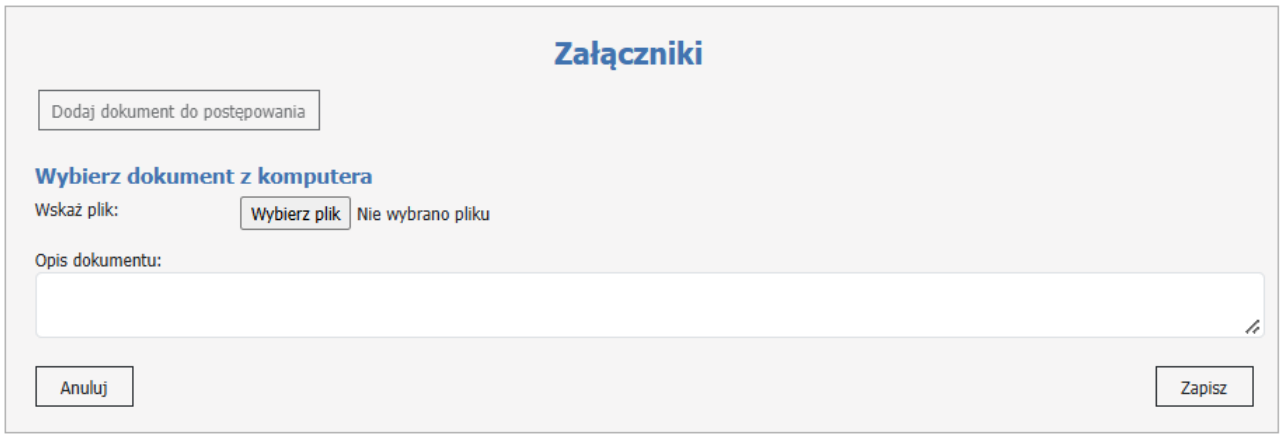
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.2.4 Inne dokumenty

Formatka służy przekazaniu do Oddziału Wojewódzkiego NFZ dodatkowych dokumentów przygotowanych poza systemem w ramach danego postępowania autoryzacyjnego.

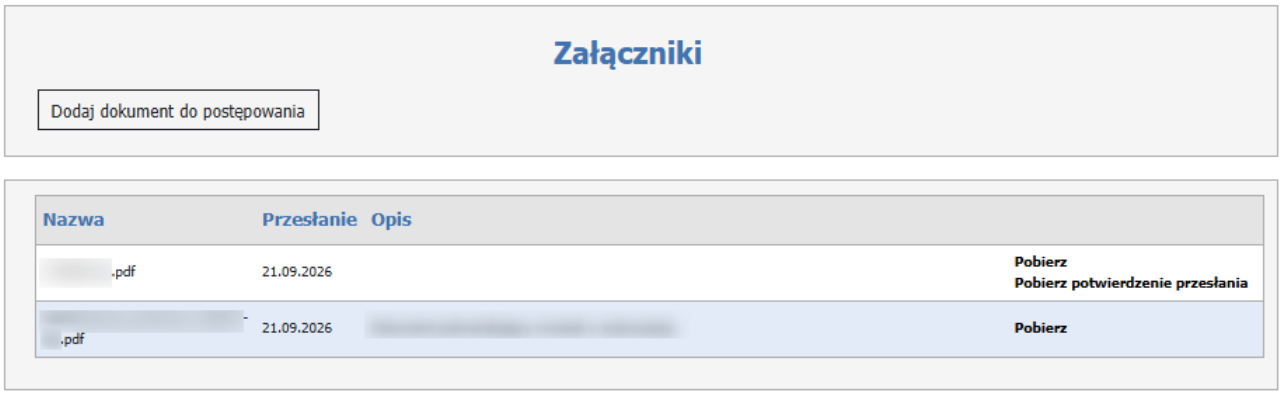


Możliwość dodawania dokumentów jest dostępna dla postępowań o statusie *W trakcie*.
W tym celu należy wybrać przycisk **Dodaj dokument do postępowania,** następnie należy wskazać plik z dysku świadczeniodawcy oraz dodać opcjonalnie uzupełnić opis dokumentu.
Przekazywany plik musi posiadać podpis.



Dodane dokumenty są prezentowane na liście załączników wraz z datą przekazania, opisem oraz możliwością ich pobrania.

© 2026 Kamsoft S.A.

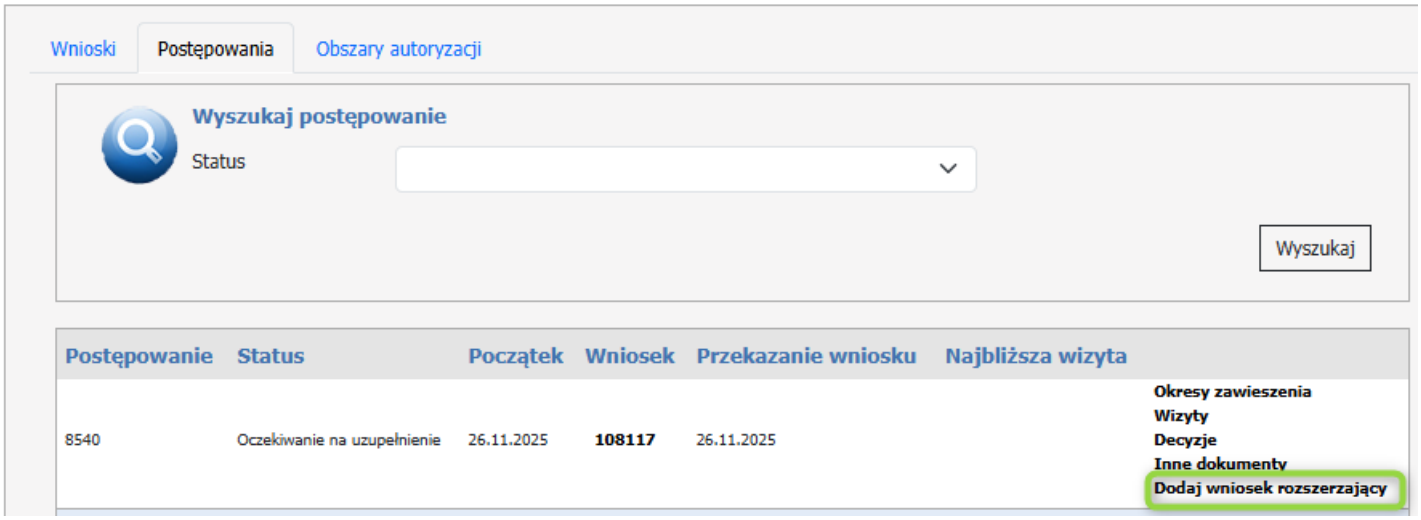


4.2.30.2.5 Wniosek rozszerzający

Formatka służy do utworzenia **wniosku rozszerzającego** w ramach prowadzonego postępowania autoryzacyjnego. Funkcjonalność umożliwia rozszerzenie listy obszarów zgłoszonych we wcześniej przekazanym wniosku o autoryzację.

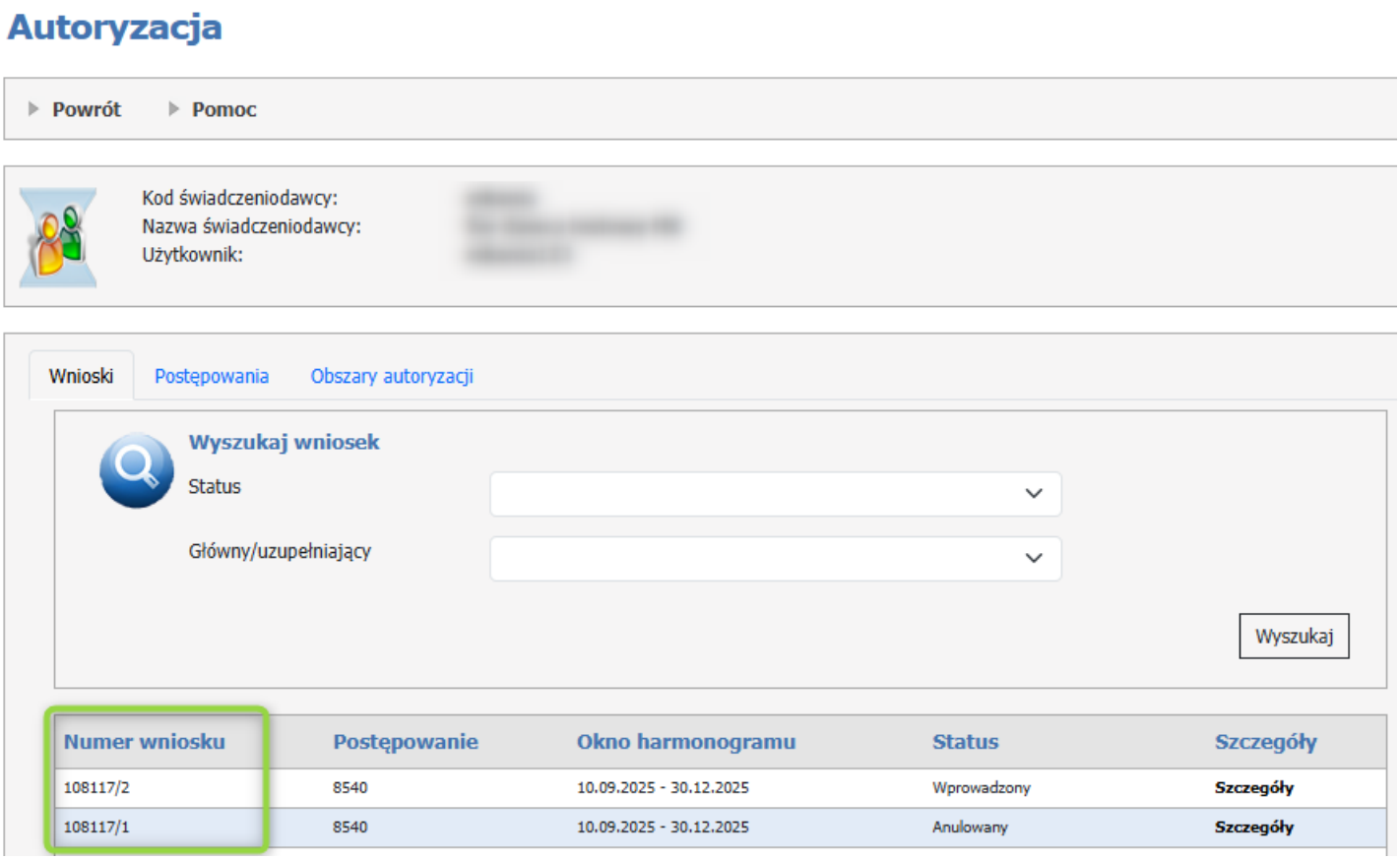
Możliwość utworzenia wniosku rozszerzającego jest dostępna wyłącznie dla:

- otwartego postępowania (w statusie *W trakcie*, *Oczekiwanie na uzupełnienie*);
- decyzja o autoryzacji nie została jeszcze przekazana świadczeniodawcy;
- nie istnieje inny wniosek rozszerzający w statusie *W przygotowaniu*.



Po wybraniu opcji Dodaj **wniosek rozszerzający** system tworzy nowy wniosek oznaczony numerem wniosku podstawowym oraz kolejnym numerem rozszerzenia (np. 108117/1) i przekierowuje użytkownika do formularza jego edycji.

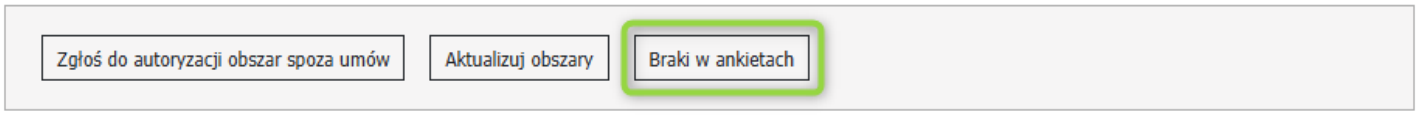
© 2026 Kamsoft S.A.



Aktualizacja obszarów i Braki w ankietach

Dla zgłaszanych obszarów świadczeniodawca ma możliwość uzupełnienia ankiet na zasadach analogicznych do wniosku podstawowego.
Dla wniosków rozszerzających nie są dostępne **Ankieta wspólna** oraz **Lista kontrolna WSZJiB**.

W formularzu udostępniony został przycisk **Braki w ankietach**, który wyświetla listę pytań pozostawionych bez odpowiedzi lub pytań, dla których udzielono odpowiedzi TAK i nie wskazano wymaganego potencjału.



Lista obszarów

Wniosek rozszerzający zawiera wyłącznie nowe obszary niezgłoszone wcześniej we wniosku podstawowym ani w innych rozszerzeniach.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wniosek rozszerzający o autoryzację

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Id wniosku:	108117/3	Okres okna harmonogramu:	10.09.2025 - 30.12.2025
Nr wersji:	1	Ostatnie przekazanie do OW:	brak
Status:	Wprowadzony		

Zgłoś do autoryzacji obszar spoza umów | Aktualizuj obszary | Braki w ankietach

Lista obszarów wniosku dla zakładu:

ukryj ▲

REGON: Adres:

Zakres	Nazwa miejsca	Kod NFZ	KR5/KR7	KR8	Zgłaszany do autoryzacji	Ankieta zakończona	Szczegóły
03.4450.070.02 POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	0010 Poradnia lekarza POZ	102360	KR7: 010	0010 (PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ)	Tak	Nie	Ankieta Pomiń we wniosku

Załączniki

Dodaj załącznik z komputera | Dodaj załącznik z repozytorium dokumentów

Nazwa	Typ	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Brak danych			

Podpisywanie pliku wniosku

Pobierz aktualny plik wniosku | Pobierz plik wniosku bez podpisów

Wybierz podpisany plik
Wybierz plik Nie wybrano pliku

Wyczyść | Prześlij podpisany plik wniosku

Zmiana statusu wniosku

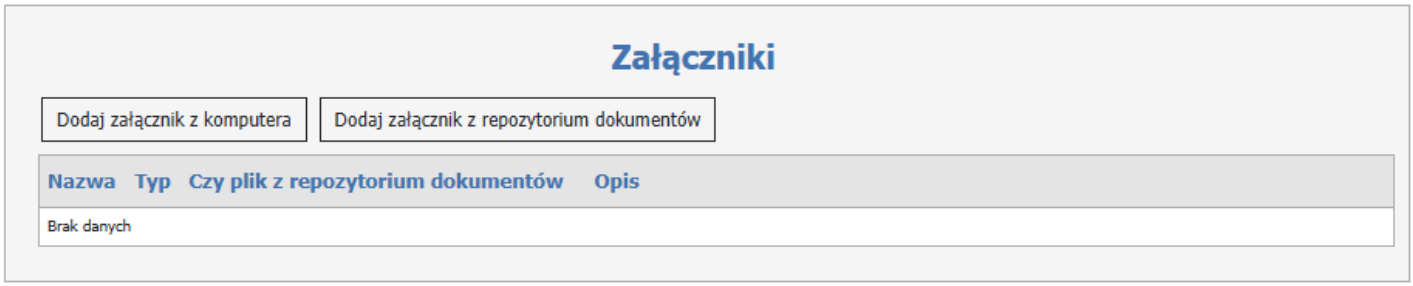
Anuluj wniosek | Przekaż wniosek do OW

© 2026 Kamsoft S.A.

Świadczeniodawca może usuwać obszary z wygenerowanej listy bez konieczności podawania przyczyny rezygnacji oraz dodawać nowe obszary spoza umów na zasadach analogicznych do wniosku podstawowego.

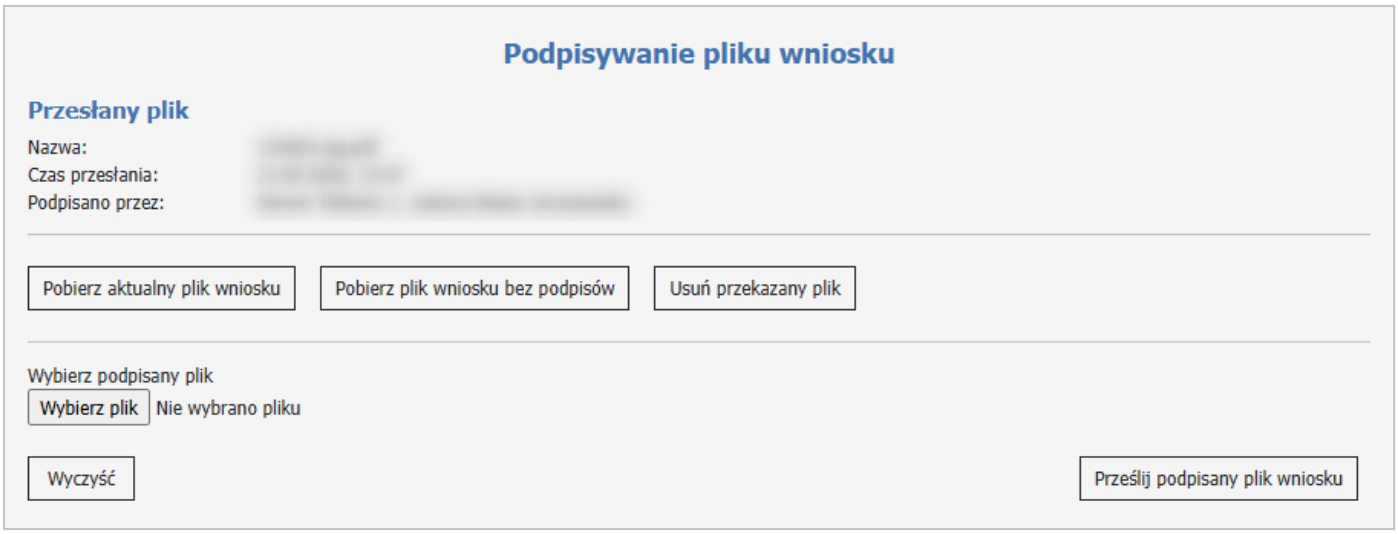
Załączniki

Do wniosku rozszerzającego można dodawać załączniki na takich samych zasadach jak do wniosku podstawowego. Przekazanie wniosku do OW NFZ wymaga wygenerowania dokumentu PDF, podpisania go podpisem cyfrowym oraz przesłania podpisanego pliku do systemu.



Podpisywanie pliku wniosku

Podpisanie dokumentu elektronicznego jest obligatoryjne do przekazania wniosku do OW. Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku**, zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym.

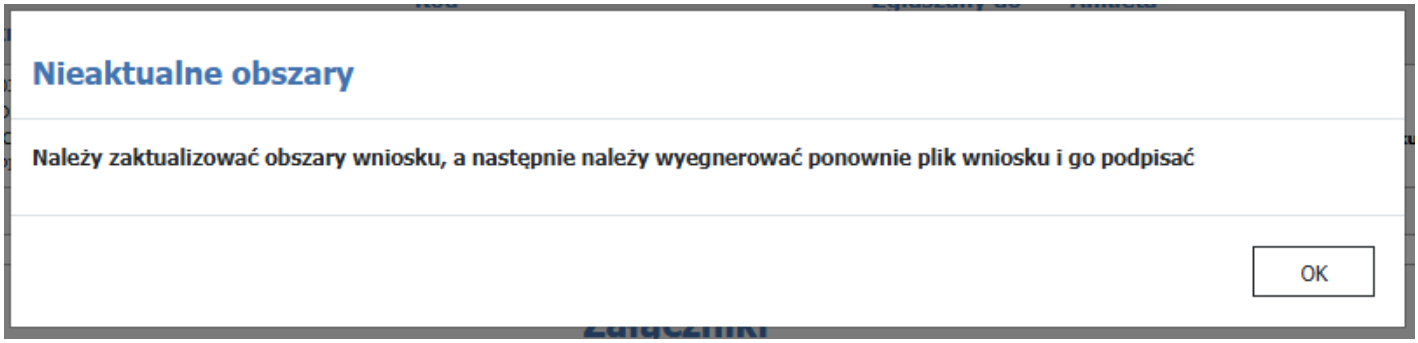


© 2026 Kamsoft S.A.

Zmiana statusu wniosku

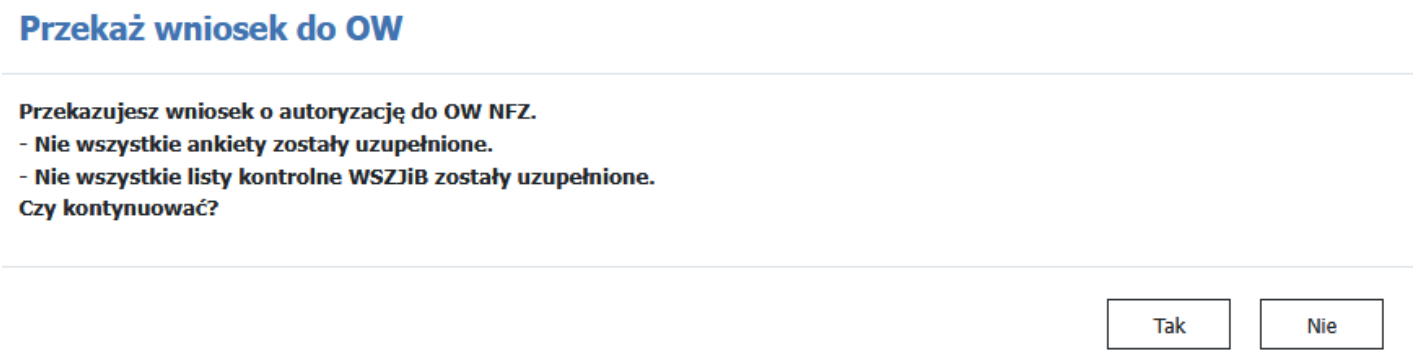
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Przed przekazaniem wniosku rozszerzającego do OW NFZ system weryfikuje aktualność zgłoszonych obszarów. W przypadku wykrycia zmian w konfiguracji lub w strukturze świadczeniodawcy mających wpływ na zgłoszone zakresy wyświetlany jest komunikat **Nieaktualne obszary:**



Do czasu aktualizacji danych i usunięcia niezgodności przekazanie wniosku do OW NFZ nie jest możliwe.
W celu odświeżenia listy obszarów należy skorzystać z funkcji **Aktualizuj obszary**.

Podczas przekazania wniosku może pojawić się komunikat, o charakterze informacyjnym - nie wymaga reakcji użytkownika.



Po przekazaniu wniosku do OW będzie możliwe pobranie potwierdzenia za pomocą opcji **Pobierz dokument OW.**

© 2026 Kamsoft S.A.

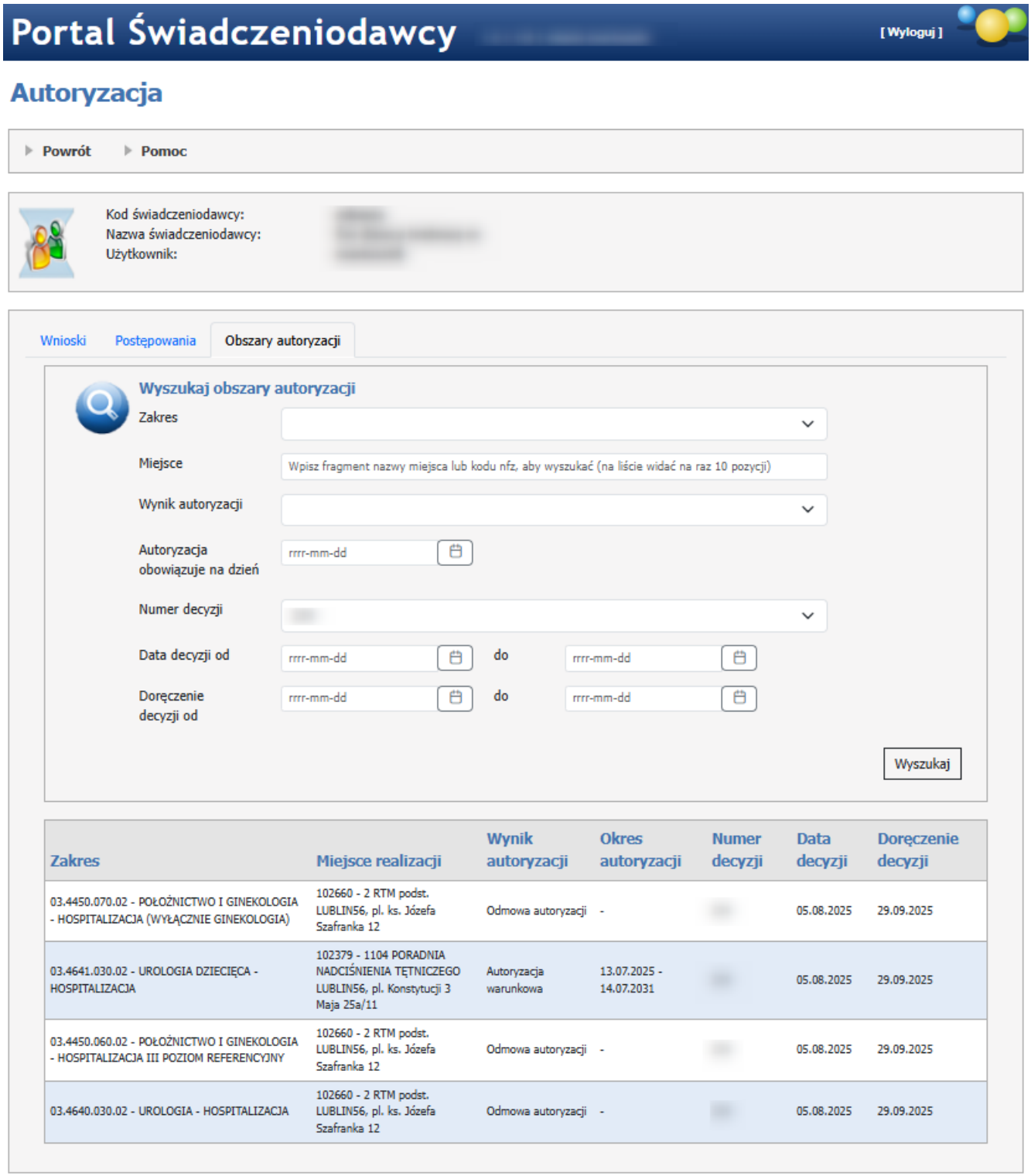
Dokumenty udostępnione przez OW NFZ oraz potwierdzenia przekazania

Typ	Nazwa	Doręczenie
Potwierdzenie przekazania wniosku do OW	[illegible].pdf	**Pobierz dokument OW**

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.30.3 Obszary autoryzacji

Autoryzacja pozwala na przygotowanie i przekazanie do OW wniosku o autoryzację w sposób elektroniczny oraz przegląd postępowań autoryzacyjnych.
Trzecia zakładka **Obszary autoryzacji** umożliwia wyszukanie obszaru autoryzacji i wyświetlenie jej na liście.



Formatka zawiera listę filtrów ***Wyszukaj obszary autoryzacji***, składającą się z:

- zakresu,
- miejsca (należy wpisać fragment kodu NFZ lub nazwy miejsca w celu wyszukania),

© 2026 Kamsoft S.A.

- wyniku autoryzacji,
- autoryzacja obowiązuje na dzień (wyświetli wszystkie autoryzacje, które świadczeniodawca posiada w danym dniu),
- numer decyzji,
- datę decyzji,
- doręczenie decyzji (data doręczenia decyzji).

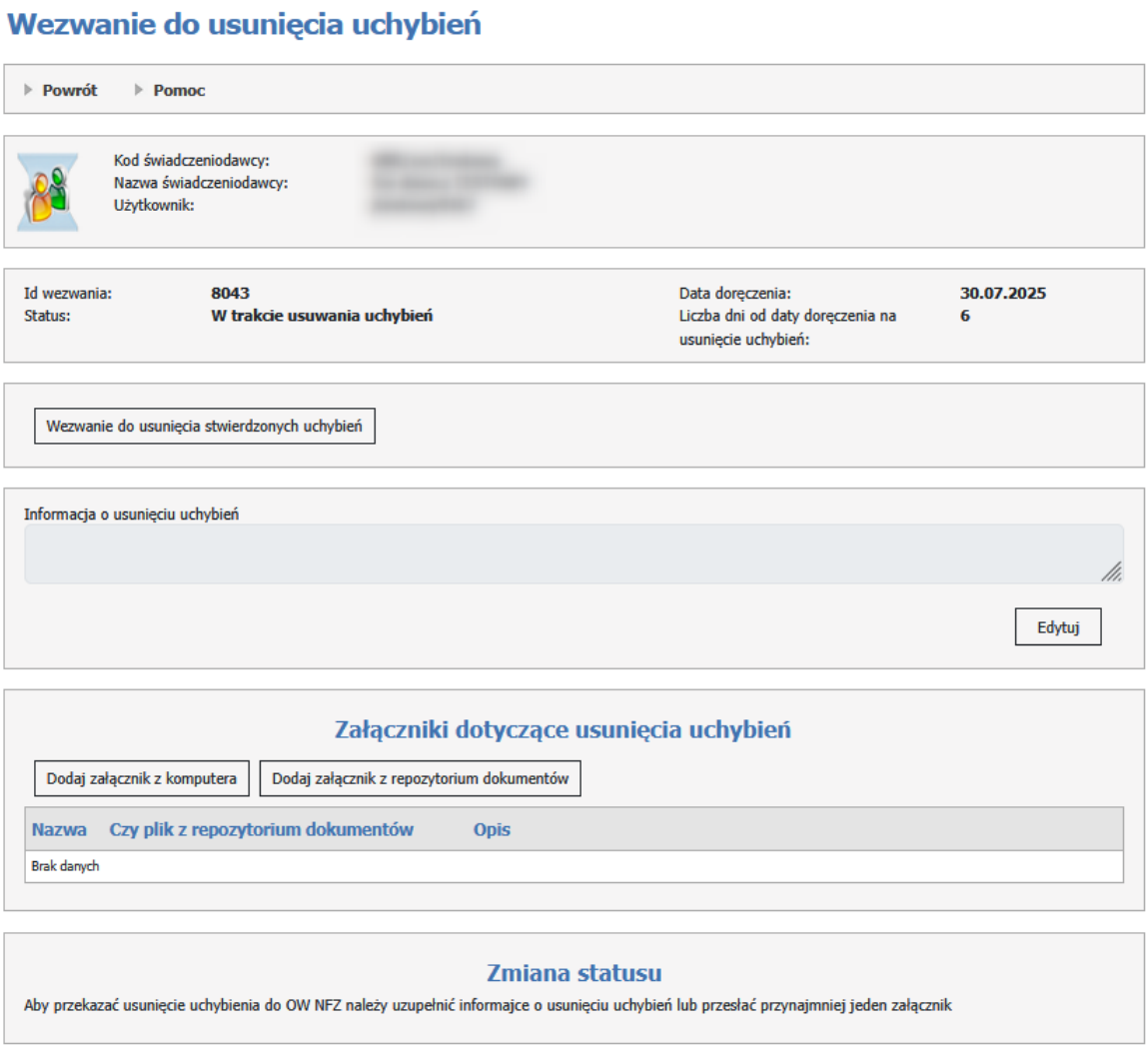
W dolnej części świadczeniodawca może przejrzeć listę obszarów autoryzacji zgodnie z wybranymi filtrami. Informacje o danym obszarze autoryzacji to:

- zakres (kod - nazwa),
- miejsce realizacji (kod - nazwa oraz adres),
- wynik autoryzacji,
- okres autoryzacji,
- numer decyzji,
- data decyzji,
- doręczenie decyzji (data doręczenia decyzji)

© 2026 Kamsoft S.A.

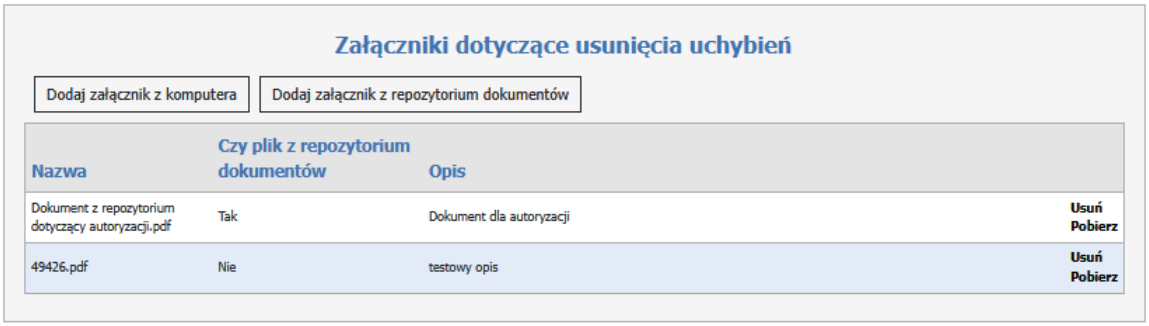
4.2.30.4 Wezwania do usunięcia uchybień

Formatka ta służy do przekazania informacji o usunięciu uchybień do OW NFZ.

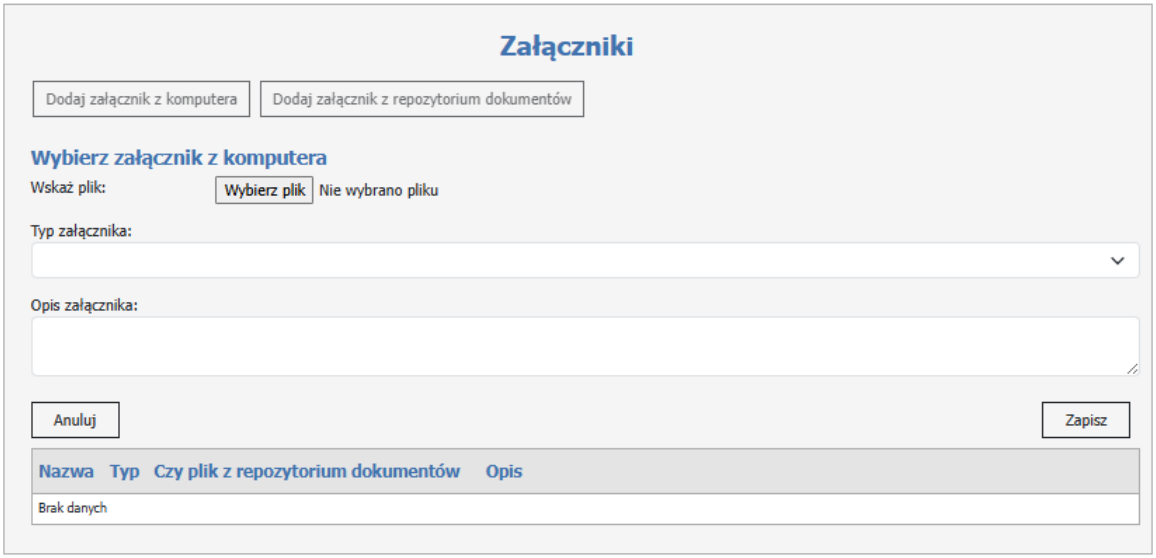


W górnej części znajdują się informacje o id wezwania, statusie, dacie doręczenia i liczbie dni od daty doręczenia na usunięcie uchybień.
W następnej sekcji znajduje się przycisk **Wezwanie do usunięcia stwierdzonych uchybień**, którym można pobrać plik opublikowany przez OW NFZ.
Kolejnym elementem jest informacja o usunięciu uchybień, którą operator może uzupełnić poprzez przycisk **Edytuj**.

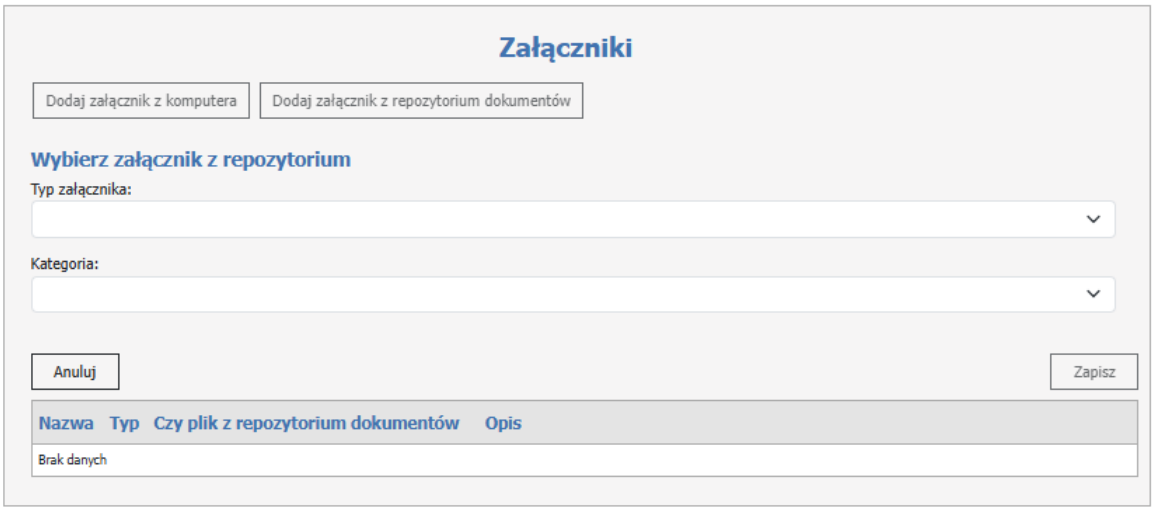
Załączniki dotyczące usunięcia uchybień



Obszar ten pozwala na dodanie załączników do wniosku. Operacja ta jest możliwa na dwa sposoby: poprzez dodanie załącznika z komputera oraz dodanie załącznika z repozytorium dokumentów.
W przypadku dodania załącznika z komputera należy wskazać plik z dysku świadczeniodawcy, a także dodać opis. Dodawany plik musi być podpisany. Opis także jest wymagany.



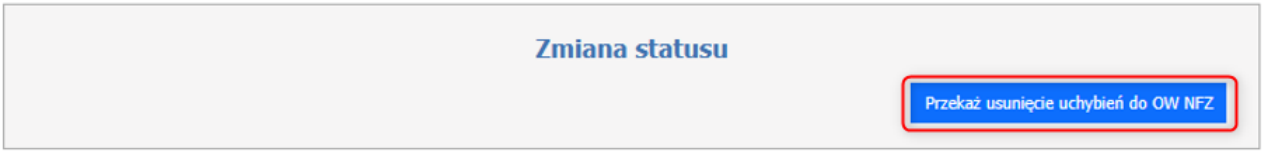
Po wybraniu opcji dodaj załącznik z repozytorium danych należy wskazać kategorię dokumentu, a następnie pliku.



© 2026 Kamsoft S.A.

Zmiana statusu

Przekazanie usunięcia uchybień do OW NFZ jest możliwe po dodaniu informacji o usunięciu uchybień lub/i załączników.



W tej sekcji operator może przekazać usunięcie uchybień poprzez przycisk **Przekaż usunięcie uchybień do OW NFZ**. Po jego naciśnięciu pojawi się komunikat o nieodwracalności tej operacji.

Po potwierdzeniu usunięcie uchybień zostanie przekazane do OW NFZ, a samo wezwanie będzie zablokowane przed jego edycją.

Dodatkowo będzie możliwe pobranie potwierdzenia za pomocą przycisku **Potwierdzenie przekazania usunięcia stwierdzonych uchybień.**

© 2026 Kamsoft S.A.

Wezwanie do usunięcia uchybień

Powrót Pomoc

Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:

Id wezwania:	**8043**	Data doręczenia:	**30.07.2025**
Status:	**Informacja o usunięciu uchybień przekazana do OW NFZ**	Liczba dni od daty doręczenia na usunięcie uchybień:	**6**

Wezwanie do usunięcia stwierdzonych uchybień | Potwierdzenie przekazania usunięcia stwierdzonych uchybień

Opis

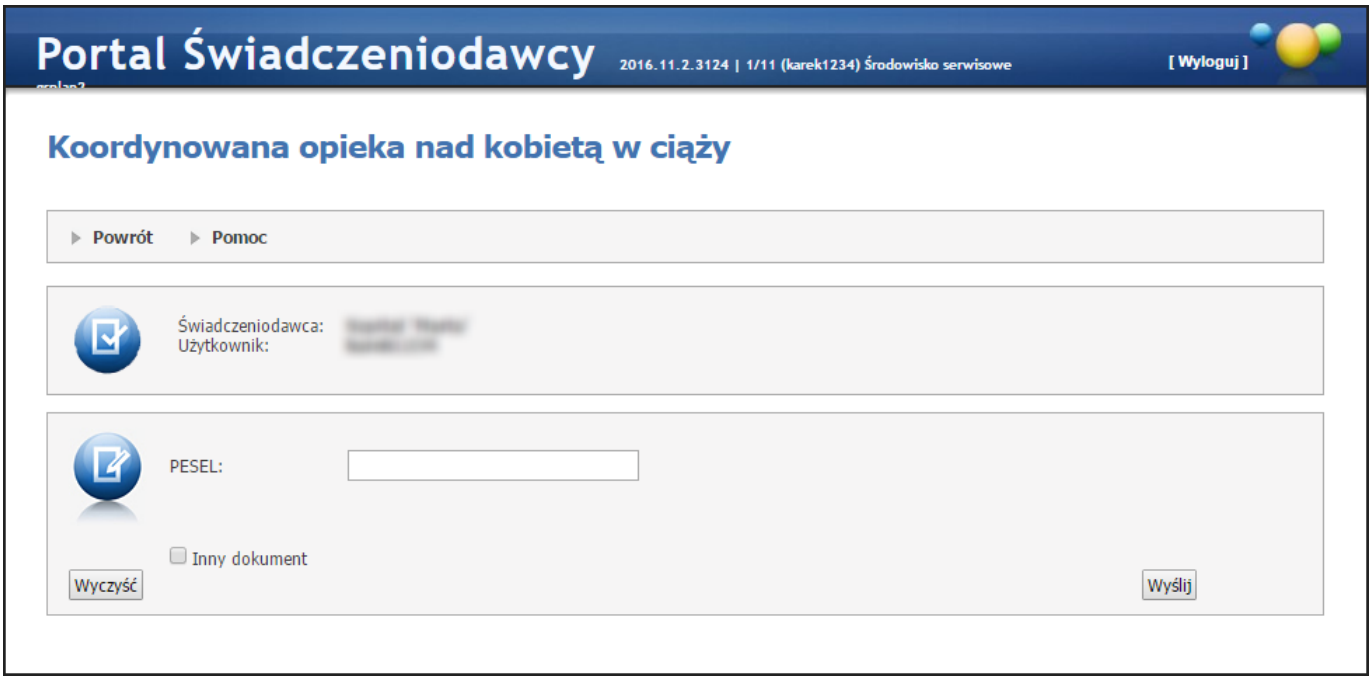
Załączniki

Nazwa	Czy plik z repozytorium dokumentów	Opis
Dokument z repozytorium dotyczący autoryzacji.pdf	Tak	
testowy plik_ w srodku tresc sanatorium.pdf	Nie	
Zawiadomienie o wizycie autoryzacyjnej_8062.pdf	Tak	
Wezwanie do usunięcia stwierdzonych uchybień 8067.pdf	Nie	

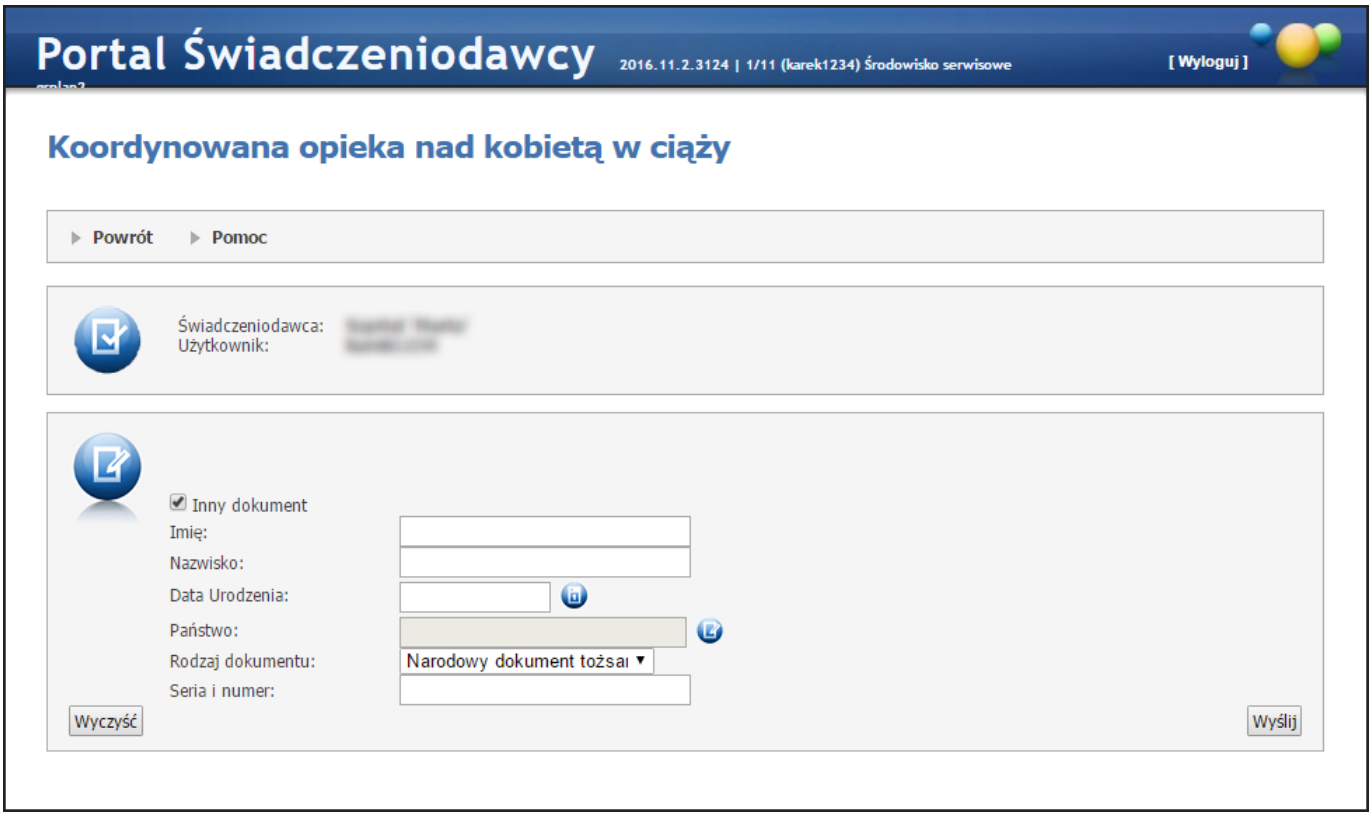
© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.31 Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży

Formatka pozwala na dokonanie sprawdzenia czy pacjentka, której mają być udzielane świadczenia w okresie ciąży, jest objęta programem Koordynowanej Opieki nad kobietą w Ciąży.



W oknie możliwe jest dokonanie sprawdzenia na podstawie numeru PESEL lub, po zaznaczeniu *Inny dokument*, na podstawie dokumentu tożsamości. Jeśli osoba posiada nadany numer PESEL należy posługiwać się tym numerem.



© 2026 Kamsoft S.A.

Po wprowadzeniu danych identyfikacyjnych (nr PESEL lub dokument tożsamości) kliknięcie przycisku **Wyślij** umożliwia wykonanie sprawdzenia. Możliwe są następujące odpowiedzi na wykonane sprawdzenie:

- Brak wymaganej umowy do zadania pytania
- Pacjentka objęta opieką KOC
- Pacjentka NIE objęta opieką KOC
- Rezygnacja z opieki KOC
- Nie zidentyfikowano osoby o podanym identyfikatorze w CWU
- Numer PESEL jest nieaktualny - informacja z systemu Centralnego
- Osoba nie żyje - informacja z systemu Centralnego
- Niejednoznaczna identyfikacja osoby w CWU na podstawie przekazanych danych osoby
- Wskazana osoba posiada numer PESEL i należy ją wprowadzić z tym numerem

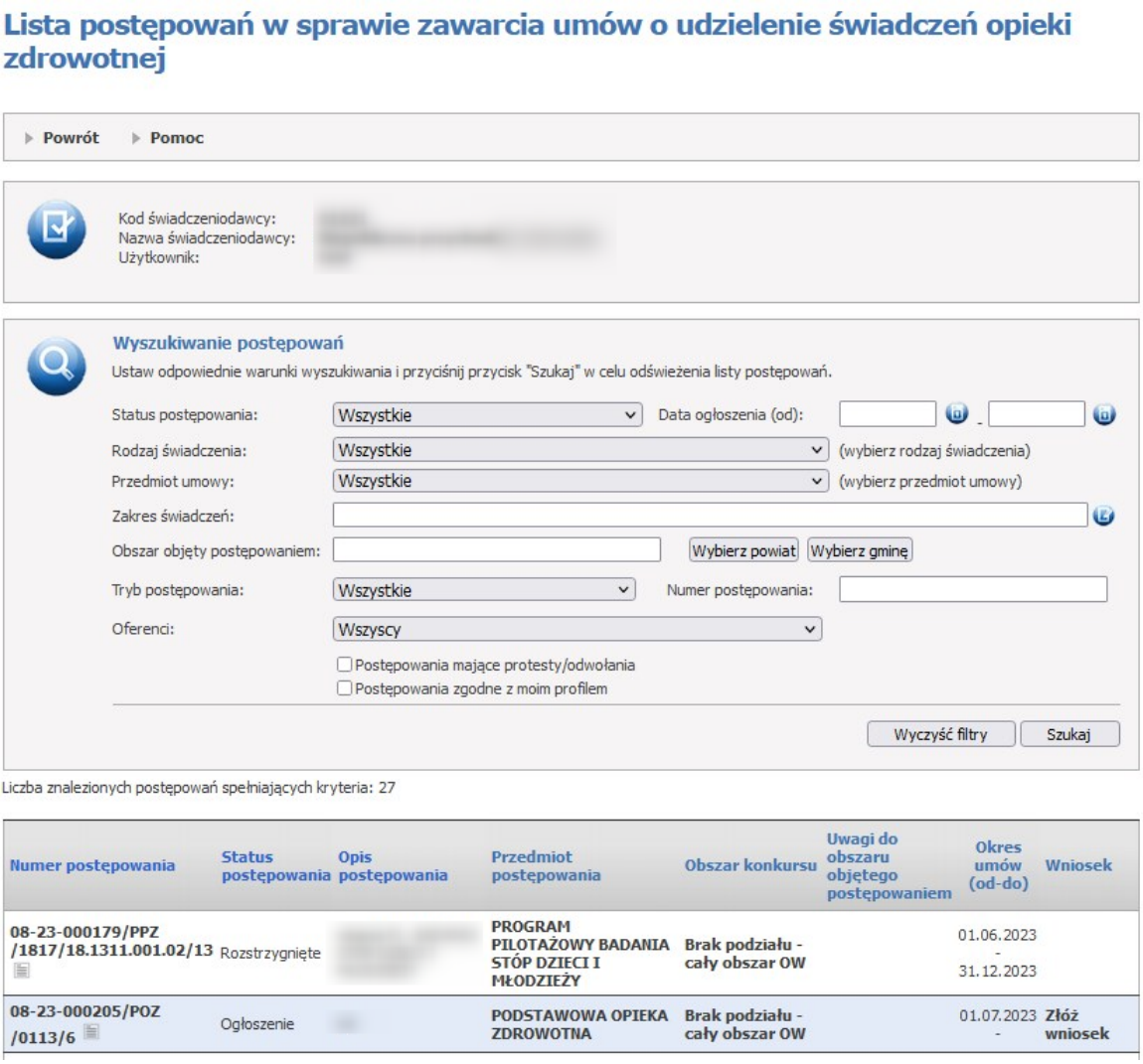
Po uzyskaniu odpowiedzi dostępny stanie się przycisk **Pobierz plik** pozwalający zapisać token z uzyskaną odpowiedzią.
W przypadku otrzymania odpowiedzi „Niejednoznaczna identyfikacja osoby w CWU na podstawie przekazanych danych osoby" operator powinien wysłać ponownie zapytanie uzupełniając je dodatkowymi cechami – danymi dokumentu tożsamości.

Wykonywanie sprawdzeń dostępne jest tylko dla uprawnionych operatorów świadczeniodawcy. Nadawanie uprawnień odbywa się w Administracji prawami dostępu.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.2.32 Informator o postępowaniach na rok (...)

Strona **Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej** pozwala na przegląd oraz złożenie wniosku dla postępowań.



Użytkownik ma możliwość wyszukiwania za pomocą sekcji **Wyszukiwanie postępowań**.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Status postępowań, możliwe do wyboru: Wszystkie, Ogłoszone, Rozstrzygnięte, Unieważnione, Odwołane;
- Data ogłoszenia, od-do;
- Rodzaj świadczenia;
- Przedmiot umowy;
- Zakres świadczeń;
- Obszar objęty postępowaniem (Wybierz powiat, Wybierz gminę);
- Tryb postępowania, możliwe do wyboru: Wszystkie, Konkurs ofert, Konkurs ofert na podstawie art. 161b ustawy, Objęcie umową PSZ świRokowania art. 144 pkt. 1, iad. opieki kompleksowej, Postępowanie na podstawie art. 159, Program pilotażowy realizowany na podstawie art. 48eustawy o świadczeniach, Rokowania art. 144 pkt. 1, Rokowania art. 144 pkt. 2, Rokowania art. 144 pkt. 3, Rokowania na podstawie art. 144 pkt. 1 w związku z art. 161b ustawy, Rokowania na podstawie art. 144 pkt. 3 w związku z art. 161b ustawy, Rokowania

© 2026 Kamsoft S.A.

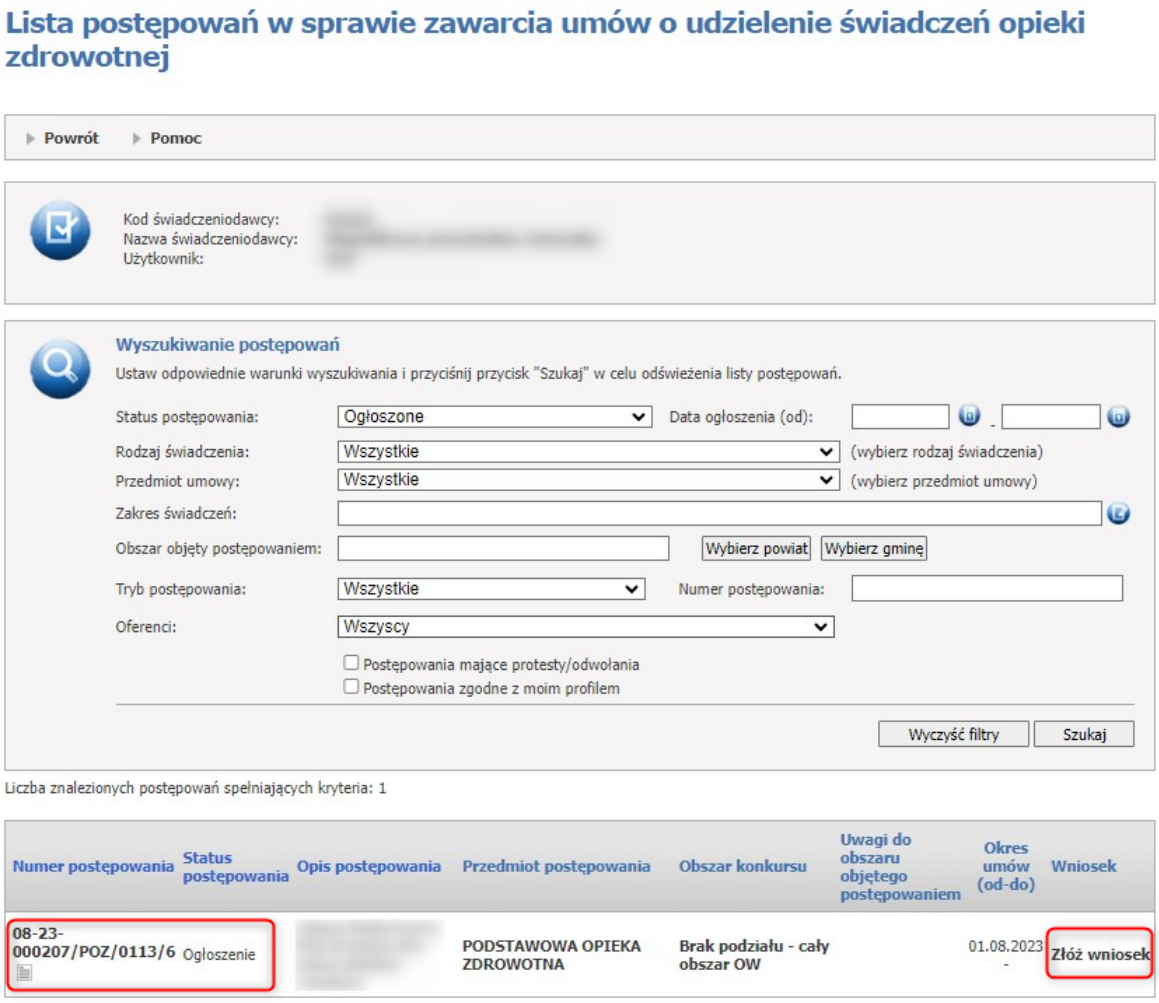
na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy, Umowy niewygasające, Ustalenie kwoty zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy;
- Numer postępowania;
- Oferenci, możliwe do wyboru: Wszyscy, Nadzorowani przez MON, MSWiA lub MS, Nie nadzorowanych przez MON, MSWiA lub MS, Brak ograniczeń;
- Postępowania mające protesty/odwołania;
- Postępowania zgodne z moim profilem.

Uwaga:
Przycisk **Złóż wniosek** pojawi się jeżeli wyłącznie dla postępowań obsługiwanych elektronicznie oraz udostępnionych na Portal.

© 2026 Kamsoft S.A.

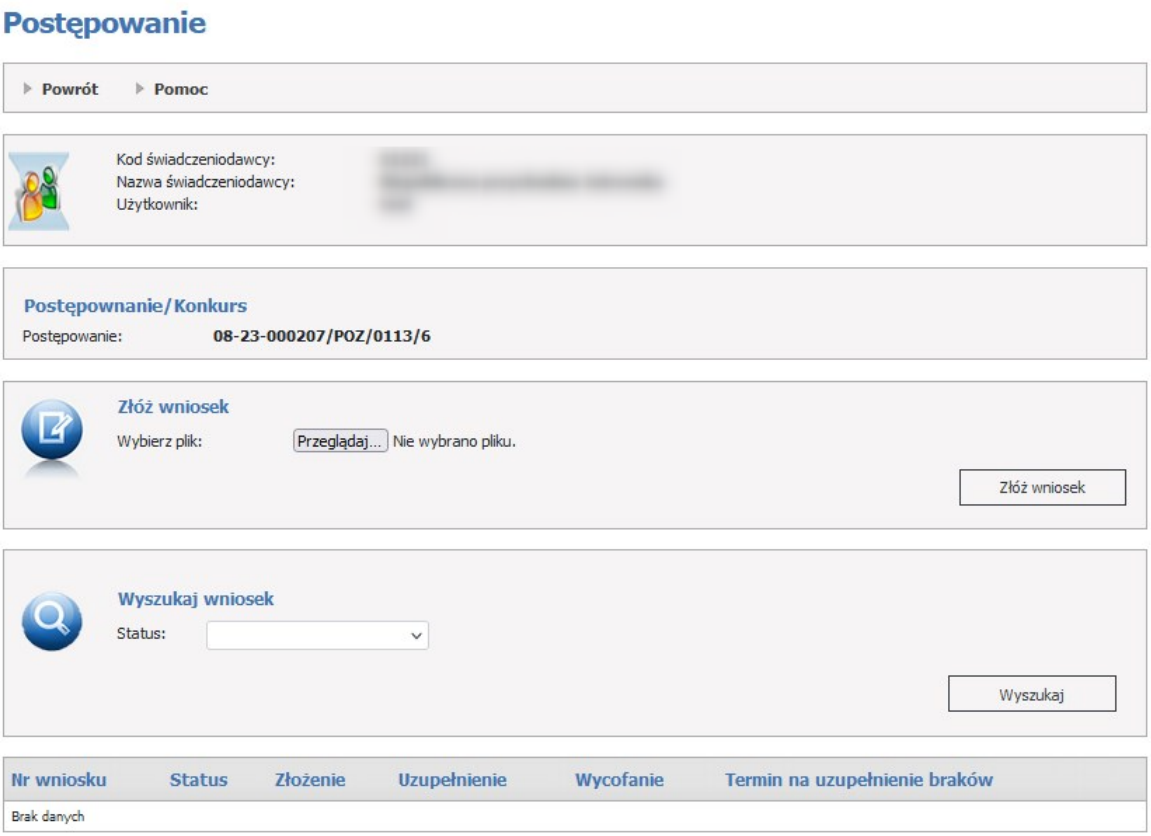
4.2.32.1 Złożenie wniosku w postępowaniu

Aby złożyć wniosek przez portal należy skorzystać z linku **Złóż wniosek** lub poprzez konkretny numer postępowania (tam kliknąć w przycisk **Wnioski w postępowaniu**) na stronie **Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.**
Link do wniosku pojawi się jeśli postępowanie będzie obsługiwane elektronicznie oraz zostało ono udostępnione na portal.



Kliknięcie w link **Złóż wniosek** przekieruje operatora na stronę Postępowanie.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części ***Złóż wniosek*** możliwe jest złożenie nowego wniosku. W celu złożenia wniosku należy kliknąć w *Przeglądaj* a następnie wybrać plik. Po wybraniu pliku należy kliknąć przycisk **Złóż wniosek** (złożenie wniosku skutkuje jego natychmiastowym przekazaniem do OW NFZ).

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować po *Statusie*. Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośniki **Szczegóły** (**Uzupełnij, Wycofaj**).

© 2026 Kamsoft S.A.

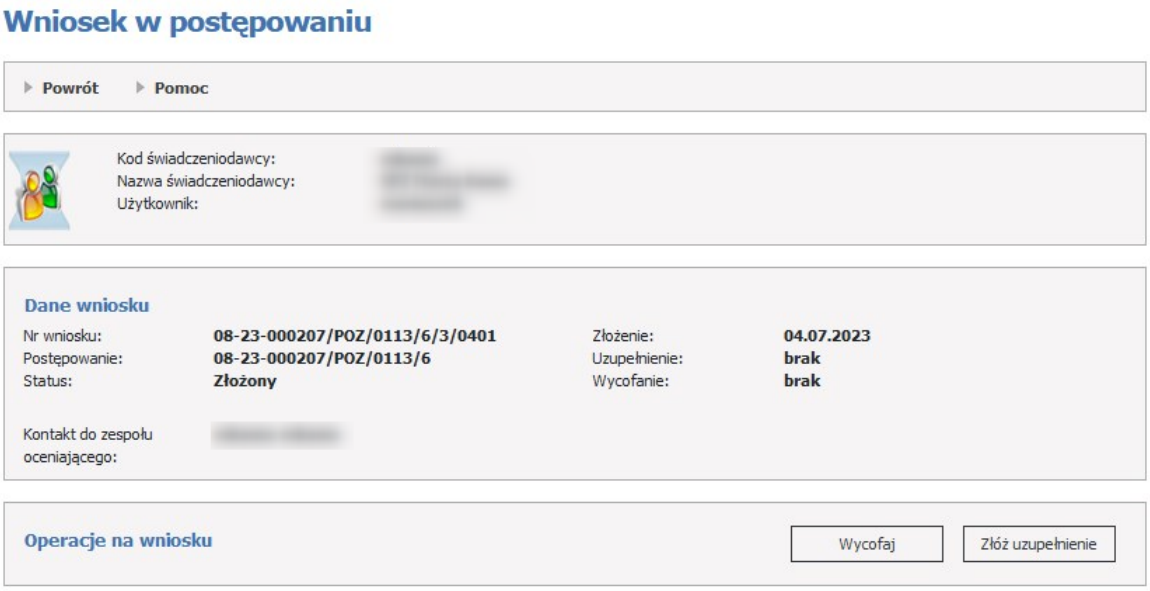
4.2.32.1.1 Wniosek do postępowania

Zawartość strony:

- Operacje na wniosku
- Uzupełnienie braków
- Przesłanie przez zespół oceniający wnioski wezwania do uzupełnienia braków
- Dodawanie pliku
- Oczekiwane działanie świadczeniodawcy w przypadku otrzymania wezwania do uzupełnienia braków
- Obsługa uzupełniania braków w przypadku dokumentów z komputera świadczeniodawcy
- Obsługa uzupełniania braków w przypadku dokumentów, zapisanych wcześniej w repozytorium oraz dokumentów generowanych przez aplikację do przygotowania wniosków
- Brak załącznika w repozytorium

Operacje na wniosku

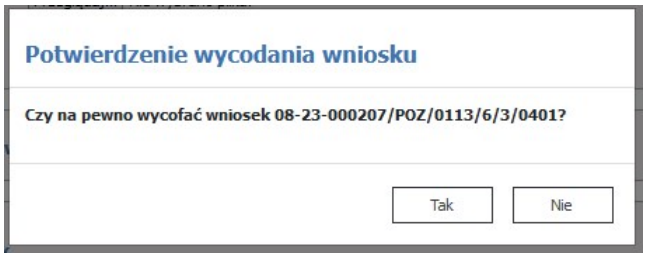
Kliknięcie w **Szczegóły** spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku.
Z tej pozycji, operator ma również możliwość złożenia uzupełnienia lub wycofania wniosku.



Kliknięcie w **Uzupełnij** umożliwi wczytanie pliku dla konkretnego wniosku. Wniosek pozostanie w statusie Złożony.

Kliknięcie w **Wycofaj** umożliwi wycofanie wniosku. Pojawi się formatka w potwierdzeniem wyboru. Po potwierdzeniu wniosek zostanie przeniesiony do statusu Wycofany, i żadne zmiany nie będą na nim możliwe.

© 2026 Kamsoft S.A.



Jeżeli oddział OW NFZ zaakceptuje wniosek, to jego status zostanie zmieniony na **Oceniony pozytywnie**. Jeżeli odrzuci wniosek status zostanie zmieniony na **Oceniony negatywnie**.
Jeżeli OW NFZ nie rozpatrzy wniosku, wtedy status zostanie zmieniony na **Nierozpatrzony**.
Jeżeli w złożonym wniosku brakowało jakichś dokumentów lub dokumenty były niepoprawne to OW NFZ może zmienić status wniosku na **Do uzupełnienia** i określić termin na uzupełnienie braków.

Uzupełnienie braków

W procesie oceny wniosków dotyczących umowy POZ zespół oceniający wnioski analizuje również ich poprawność pod względem formalnym. Poprawność wniosków pod względem formalnym obejmuje m.in. przesłane załączniki do wniosku. Ewentualny brak załącznika lub zauważona wada przesłanego załącznika powoduje wystąpienia braku formalnego, wymagającego uzupełniania.

Jeżeli zespół oceniający stwierdzi wystąpienia braku formalnego to wyśle świadczeniodawcy odpowiednią informację. Informacja zostanie wysłana na Portal Świadczeniodawcy. Do tej informacji zostanie dołączony dokument w formacie PDF, podpisany cyfrowo przez osobę upoważnioną, zazwyczaj przez przewodniczącego zespołu oceniającego wnioski. Dokumentem tym, zgodnie ze stosowaną procedurą obsługi wniosków jest „*Wezwanie do uzupełnienia braków formalnych wniosku*".

W przypadku wniosków w postaci elektronicznej został zmieniony sposób przekazywania wezwania do uzupełnienia braków formalnych wniosku oraz działania świadczeniodawcy w celu uzupełnienia braku.

Zamiast przekazywania brakujących dokumentów w sposób tradycyjny (przesyłania pocztą lub dostarczania osobiście) braki również są przekazywane przez portal w wersji elektronicznej.

Na wniosku w statusie *Do uzupełnienia*, w dolnej części formatki prezentowana jest lista braków zdefiniowana przez OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

Dane wniosku

Nr wniosku:	08-25-000091/LSZ/03/8/03.4100.500.02/12/2/0403/08	Złożenie:	28.10.2025
Postępowanie:	08-25-000091/LSZ/03/8/03.4100.500.02/12	Uzupełnienie:	brak
Status:	Do uzupełnienia	Wycofanie:	brak
		Termin na uzupełnienie braków:	30.10.2025
Kontakt do zespołu oceniającego:	[illegible]		

Pliki do pobrania

Plik wniosku | Potwierdzenie złożenia | Wezwanie do uzupełnienia braków

Braki do uzupełnienia (wezwanie o numerze 4202)

Przekaż do OW

Nr braku	Wymagana akcja	Kategoria	Poprzedni plik	Plik z repozytorium dokumentów	Przesłane pliki	Oświadczenie o poprawności	Wyjaśnienie	
1	Popraw plik	Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań merytorycznych	Dokument marytoryczny.pdf	Nie	Dokument_korekta.pdf	Nie		Szczegóły Uzupełnij brak
2	Dodaj plik	Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań merytorycznych		Nie	2	Nie		Szczegóły Uzupełnij brak
3	Dodaj plik	Kopia umowy z podwykonawcą		Tak		Nie		Szczegóły Uzupełnij brak
4	Popraw plik	Kopia umowy z podwykonawcą	Kopia umowy z podwykonawca.pdf	Tak	Dokument.pdf	Nie		Szczegóły Uzupełnij brak
5	Informacja	Drugi brak merytoryczny opisowy (opis braku).						Szczegóły Uzupełnij brak
6	Popraw plik	Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań merytorycznych	Dokument marytoryczny.pdf	Nie	Dokument.pdf	Nie		Szczegóły Uzupełnij brak

W wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych zostanie zapisana szczegółowa informacja o tym jakie braki zostały zauważone.

Jako brak, mogą być rozumiane następujące sytuacje:

1. Niedołączenie do wniosku załącznika, który zgodnie z przepisami, w przypadku danego wniosku, powinien być dołączony,
2. Przekazanie załącznika do wniosku ale w przekazanym dokumencie stwierdzono wady np. brak podpisu cyfrowego, podpisanie dokumentu przez osobę do tego nieuprawnioną, nieaktualność dokumentu. (np. do wniosku dołączono dokument polisy ale okres obowiązywania polisy nie obejmuje okresu, od którego ma być zawarta umowa.)
3. Braki merytoryczne w treści wniosku – jeżeli osoba oceniająca wniosek zauważy inne problemy dotyczące jego treści, które wpływają na ocenę i wymagają wyjaśnienia lub poprawy, może przekazać wnioskującemu listę braków merytorycznych. Braki te będą opisywane przez oceniającego w polach

© 2026 Kamsoft S.A.

tekstowych, z możliwością wskazania wielu braków, stosownie do potrzeb. Wszystkie wskazane braki merytoryczne zostaną zapisane w Wezwaniu do uzupełnienia braków i będą widoczne dla wnioskującego w Portalu. Dla każdego wskazanego braku merytorycznego operator będzie zobowiązany do wpisania wyjaśnienia w Portalu.

Niedołączenie dokumentu, który powinien być dołączony do wniosku, może wystąpić w następujących sytuacjach:

- brak dokumentu w danej kategorii, np. osoba przygotowująca wniosek uznała, że potrzeba przekazania tego załącznika jej nie dotyczy,

- przekazanie dokumentu w danej kategorii (jednego lub nawet kilku dokumentów w tej kategorii) ale zespół uznał, że potrzebne jest wskazanie kolejnego dokumentu,

np:

Świadczeniodawca w realizacji umowy będzie korzystał z usług trzech podwykonawców. Do wniosku świadczeniodawca dołączył dwie umowy z podwykonawcami. W takiej sytuacji zespół oceniający wnioski wezwie świadczeniodawcę do przekazania również umowy z trzecim podwykonawcą.

Przesłanie przez zespół oceniający wnioski wezwania do uzupełnienia braków

Wezwania do uzupełnienia braków zostanie przesłane na Portal Świadczeniodawcy.

W wezwaniu do uzupełnienia braków będzie zapisana szczegółowa informacja:

- jakie dokumenty należy przekazać,

- jakie problemy stwierdzono w przypadku dokumentów, które mają być przekazane jako uzupełnienie braków formalnych wniosku.

Dla każdego wezwania do uzupełnienia braków zostanie wskazany maksymalny termin uzupełnienia.

Nieuzupełnienie braków formalnych we wskazanym terminie może być powodem odrzucenia wniosku.

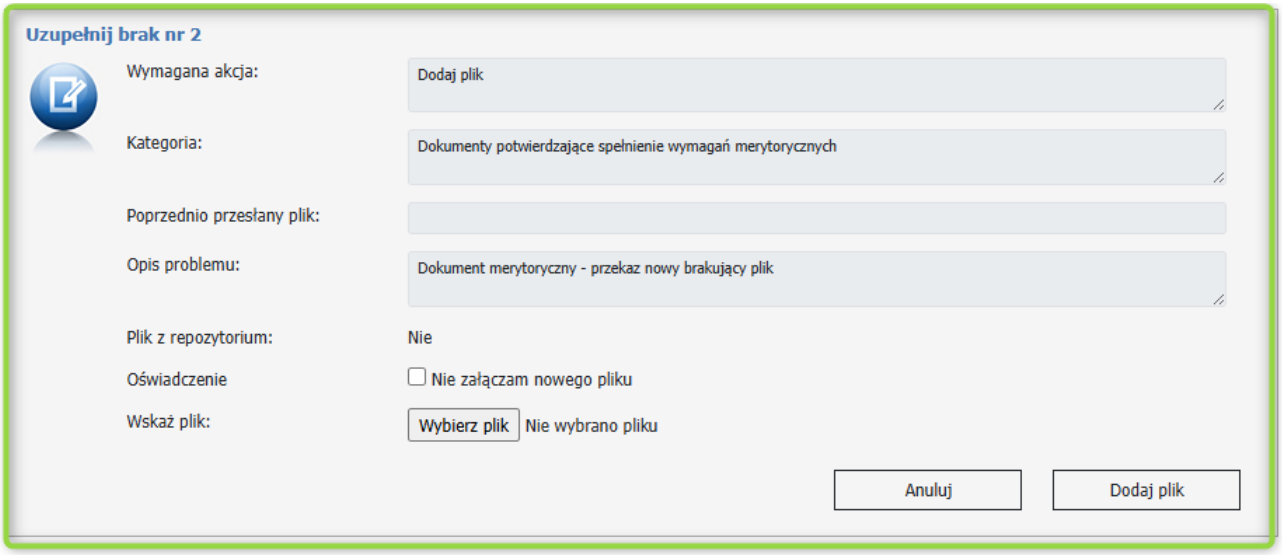
Na liście widać jakiej kategorii jest brakujący dokument oraz czy jest to plik pochodzący z repozytorium dokumentów czy z komputera świadczeniodawcy.

Aby uzupełnić brak należy skorzystać z opcji **Uzupełnij brak**.

© 2026 Kamsoft S.A.

Jeżeli plik pochodzi z komputera to pojawi się poniższa formatka umożliwiająca dodawanie ich.
Formatka zawiera następujące pola:

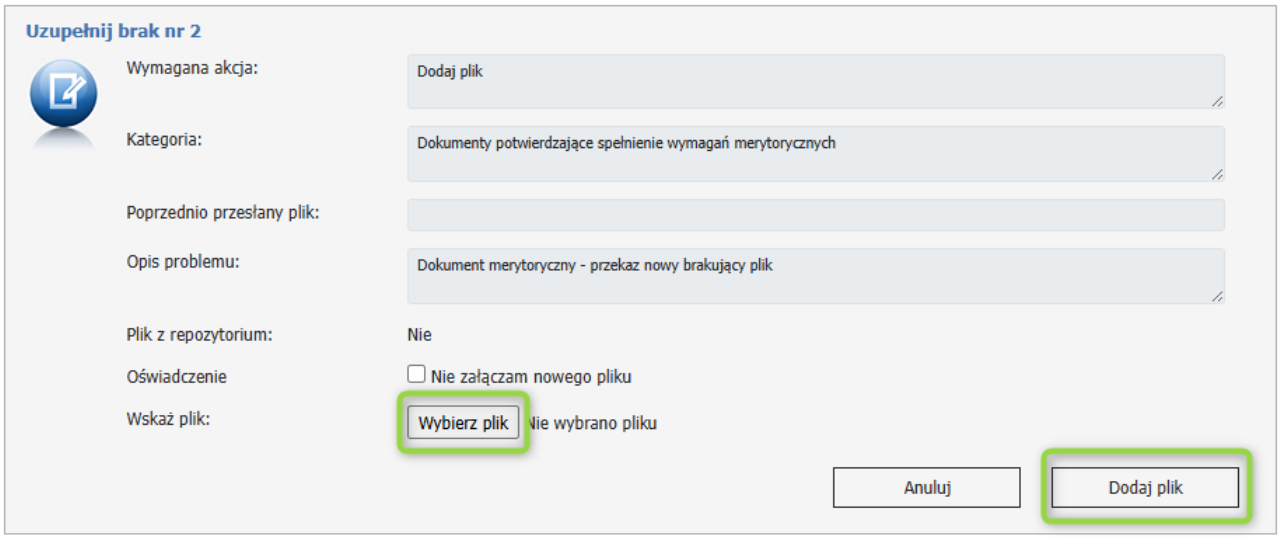
- Wymagana akcja
- Kategoria
- Poprzednio przesłany plik
- Opis problemu
- Plik z repozytorium
- Wskaż plik (PDF/XML)



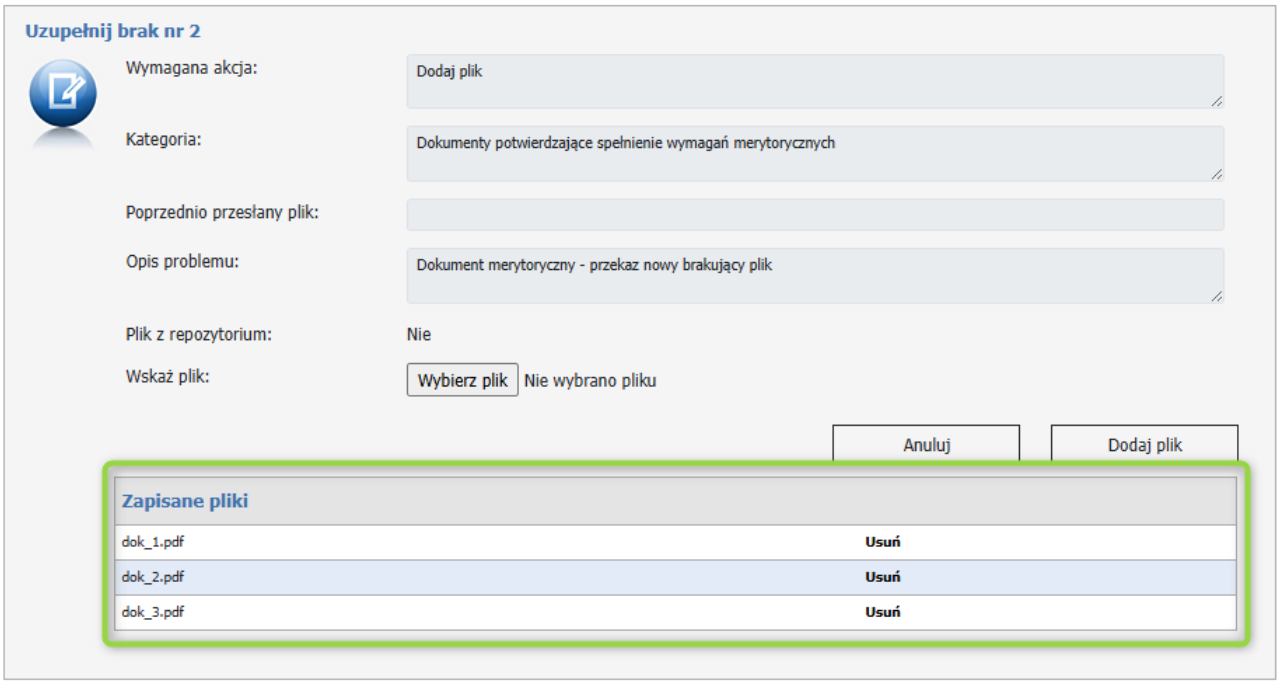
Dodawanie pliku

© 2026 Kamsoft S.A.

Aby dodać plik z komputera, użytkownik wybiera **Wybierz plik.** Po jego kliknięciu otwierane jest standardowe okno wyboru pliku, umożliwiające wskazanie dokumentu z lokalnego urządzenia. Następnie należy zatwierdzić operację przyciskiem **Dodaj plik**, co spowoduje zapisanie pliku w systemie.

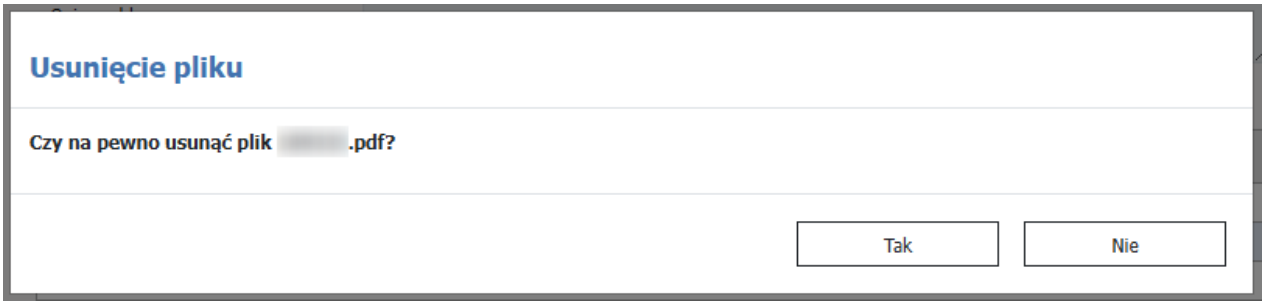


System umożliwia dodawanie wielu nowych plików dla wymaganej akcji ***Dodaj plik*** i kategorii ***Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań merytorycznych***. Po ich poprawnym dodawaniu zostają one wyświetlone na liście **Zapisane pliki,** która prezentuje wszystkie aktualne dołączone dokumenty.

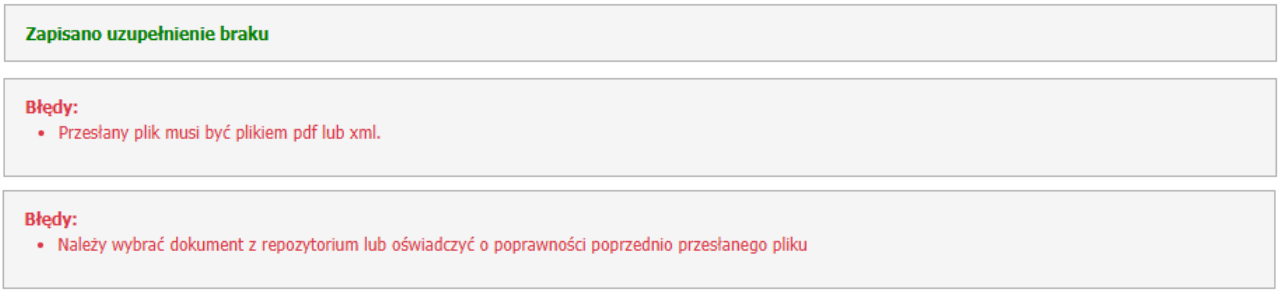


Użytkownik ma możliwość zarządzania listą plików, w tym usuwania wybranych pozycji. W tym celu należy skorzystać z opcji **Usuń** dostępnej przy danym pliku. Po jej wybraniu system wyświetla komunikat z prośbą o potwierdzenie wykonania operacji.

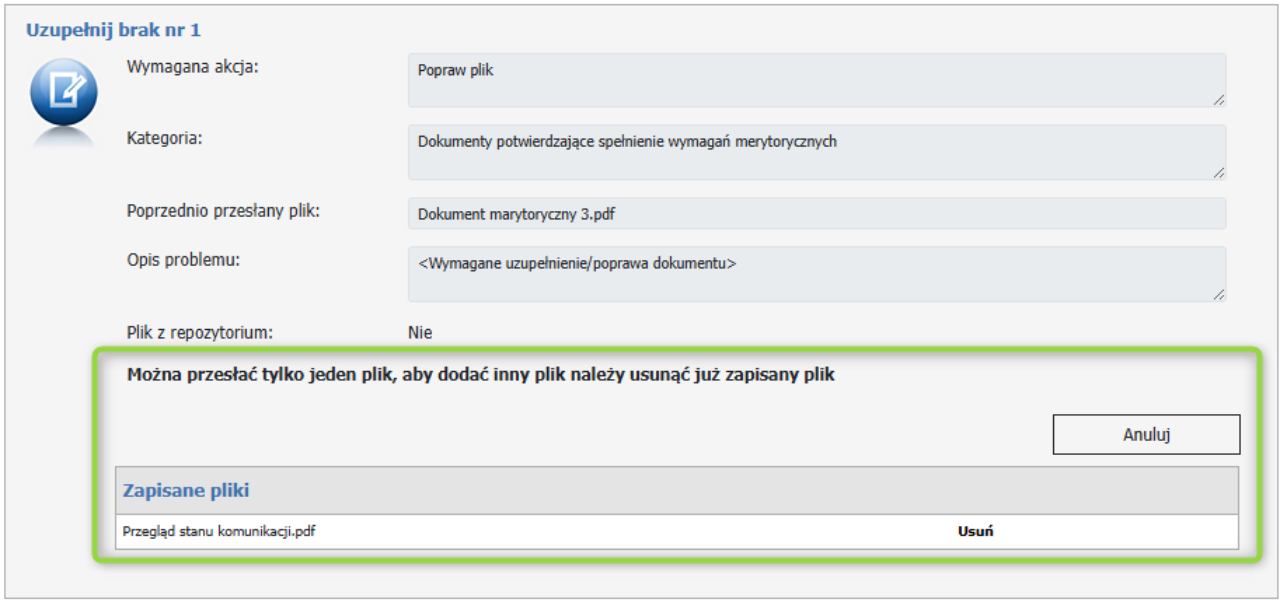
© 2026 Kamsoft S.A.



Niezależnie od wyniku operacji dodania pliku użytkownik otrzyma komunikat zwrotny.
W przypadku powodzenia wyświetlana jest informacja *Zapisano uzupełnienie braku*, natomiast w przypadku wystąpienia błędu pojawi się komunikat informujący o przyczynie niepowodzenia.



Dla pozostałych kategorii oraz w przypadku korekty pliku wymagane jest dodanie tylko jednego pliku lub zaznaczenie oświadczenia o poprawności.



Oczekiwane działanie świadczeniodawcy w przypadku otrzymania wezwania do uzupełnienia braków

Obsługa wezwania do uzupełnienia braków formalnych wniosku będzie wykonywana przy użyciu funkcji ***Uzupełnij brak***.

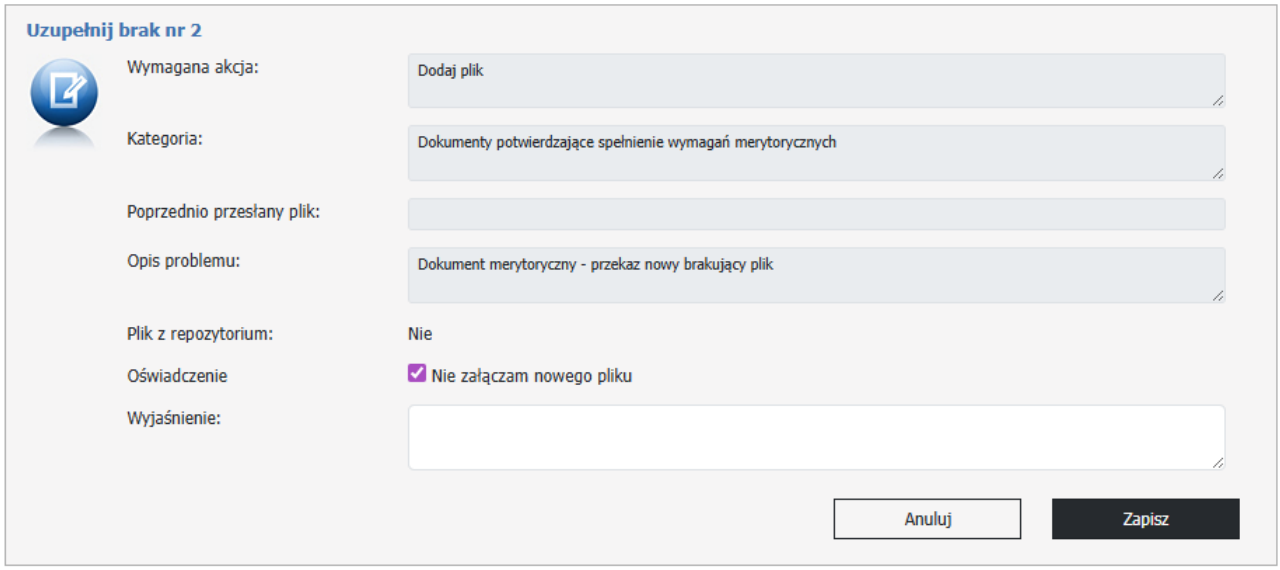
© 2026 Kamsoft S.A.

Przed przesłaniem uzupełnienia braku do OW NFZ świadczeniodawca będzie musiał ustosunkować się do każdego z wykazanych braków. Pozostawienie jakiegoś braku bez uzupełnienia lub wyjaśnienia nie pozwoli na przekazanie uzupełnienia do OW NFZ.

W przypadku wezwania do uzupełnienia braku, typowym działaniem świadczeniodawcy będzie przesłanie brakującego lub poprawionego dokumentu – załącznika.

Może się zdarzyć również nietypowa sytuacja, w której świadczeniodawca będzie chciał podtrzymać swoja wcześniejszą decyzję o niewysyłaniu danego załącznika (lub uzna, że wcześniej wysłany dokument spełnia wymagania a więc nie będzie chciał wysyłać nowego) dokumentu.

W takiej sytuacji świadczeniodawca będzie mógł zaznaczyć, że nie wysyła dokumentu i wpisać stosowne wyjaśnienie.

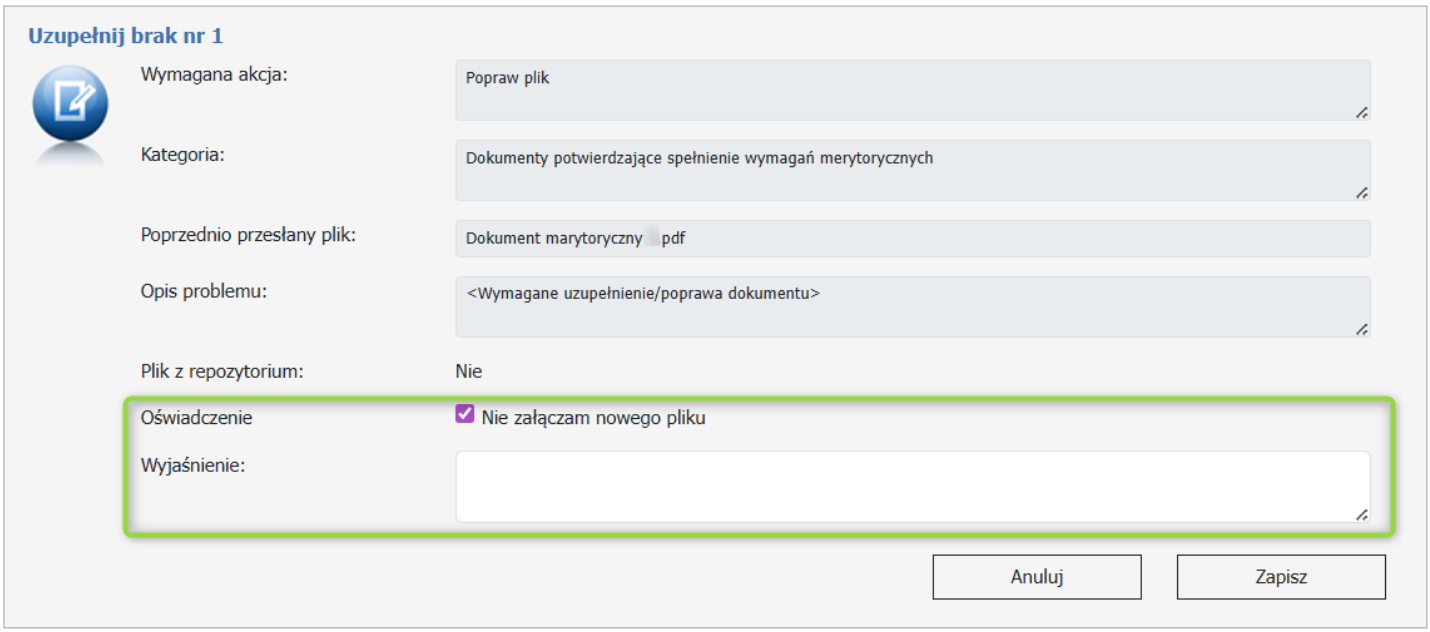


Podsumowując – dla każdego ze wskazanych braków formalnych świadczeniodawca będzie musiał albo przekazać nowy, poprawny plik alby wskazać swoją decyzję o niewysyłaniu załącznika i wpisać wyjaśnienie. Dopiero w takiej sytuacji będzie mógł przekazać uzupełnienie braków do Funduszu.

Obsługa uzupełniania braków w przypadku dokumentów z komputera świadczeniodawcy

Aby uzupełnić plik należy wybrać plik z komputera za pomocą przycisku *Wskaż plik*, a następnie zapisać go poprzez przycisk *Dodaj plik*.
Jeżeli poprzednio przesłany plik był poprawny i uzupełnienie nie jest potrzebne, należy zaznaczyć oświadczenie: *Nie załączam nowego pliku* i uzupełnić opis.

© 2026 Kamsoft S.A.



Obsługa uzupełniania braków w przypadku dokumentów, zapisanych wcześniej w repozytorium oraz dokumentów generowanych przez aplikację do przygotowania wniosków

W przypadku braku dotyczącego załącznika będącego dokumentem generowanym w aplikacji do przygotowania wniosków (dokumentu PDF, wymagającego podpisania podpisem cyfrowym przez upoważnioną osobę reprezentującą świadczeniodawcę) typowymi problemami mogą być:

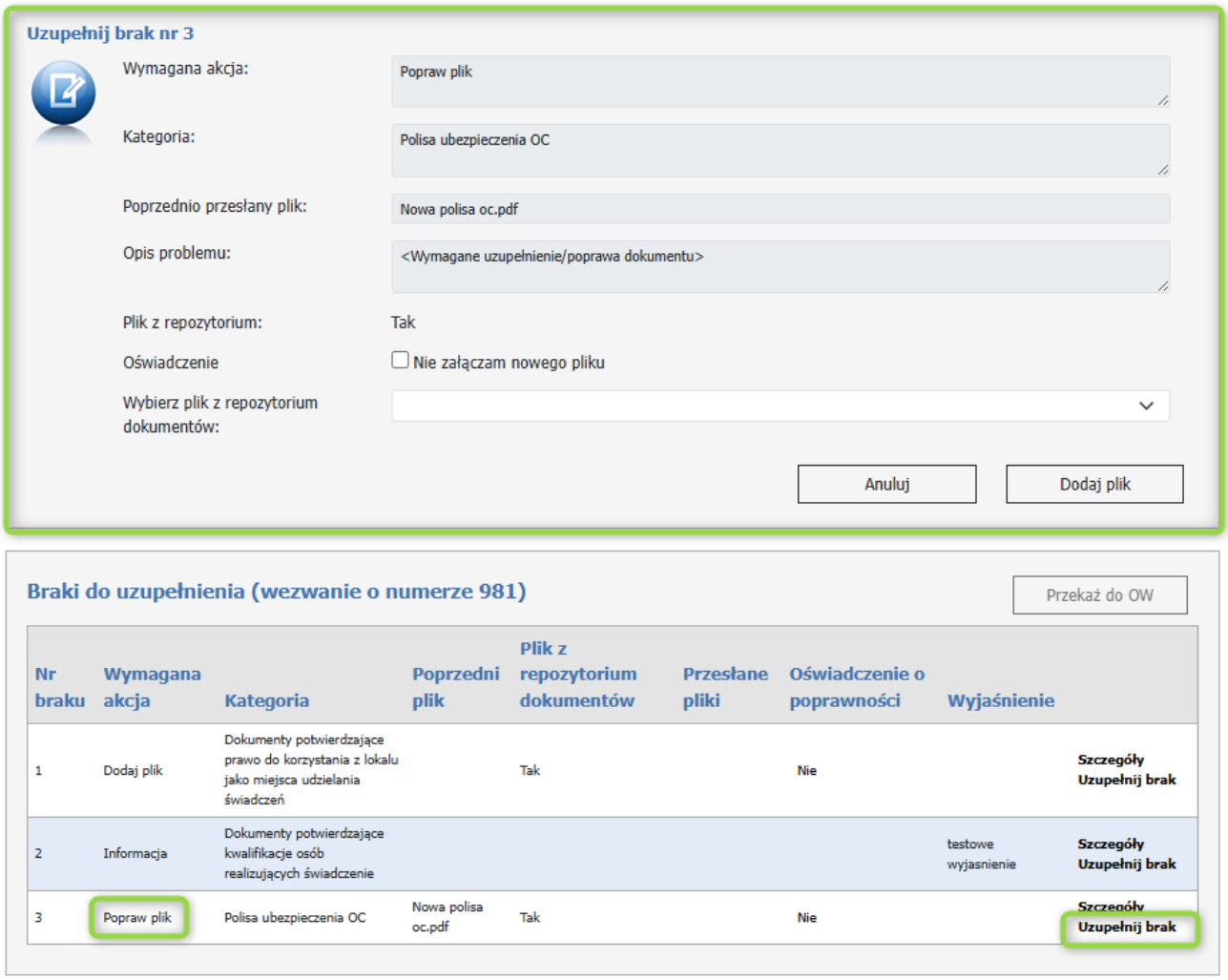
- brak dokumentu,
- brak podpisu na dokumencie PDF,
- podpisanie przez niewłaściwą osobę.

Poprawa takiego braku będzie polegała na:

- Wygenerowaniu dokumentu z aplikacji (utworzenia pliku PDF), jeżeli jest taka potrzeba,
- Poprawnego podpisania dokumentu,
- Wskazanie pliku jako dokumentu będącego uzupełnieniem braku.

Jeżeli plik pochodzi z repozytorium to po kliknięciu w link *Uzupełnij brak* pojawi się poniższa formatka (jeżeli w repozytorium istnieje plik wymaganej kategorii, który jest ważny na dzień początku obowiązywania wnioskowanej umowy).

© 2026 Kamsoft S.A.



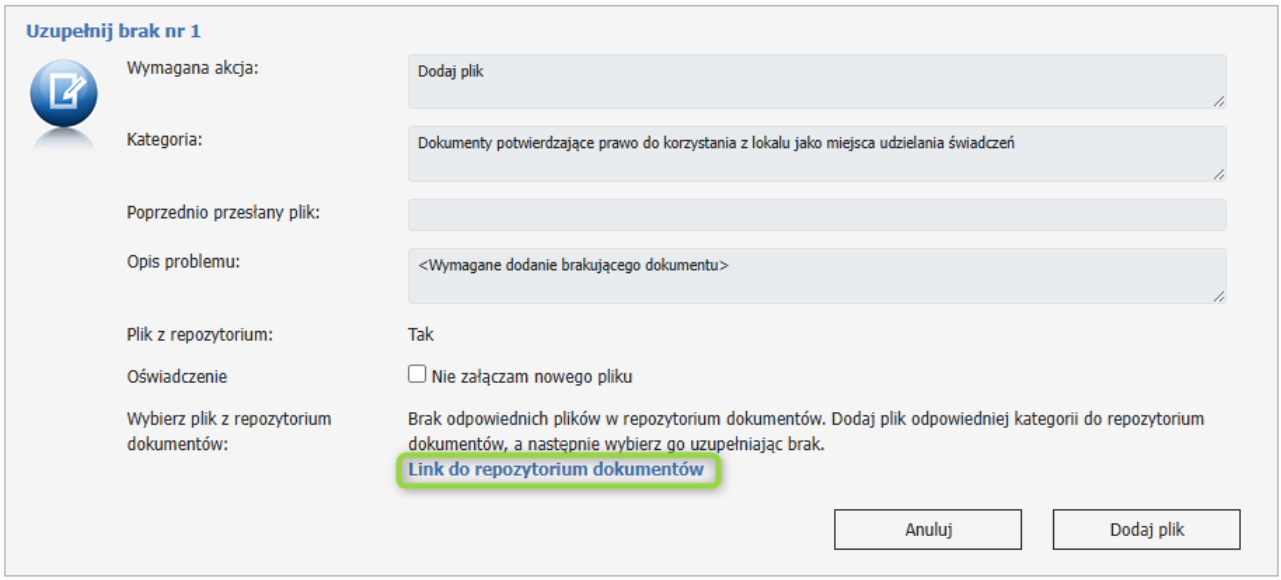
Brak załącznika w repozytorium

W przypadku braku dotyczącego załącznika, wymagającego wcześniejszego zapisania go w repozytorium konieczne jest wykonanie następujących czynności:

- Przegląd dokumentów w repozytorium w celu wersyfikacji czy znajduje się tam dokument z danej kategorii, spełniający wymagania a więc nie posiadający wad wskazanych w wezwaniu do uzupełnienia braków,
- Jeżeli jest taki dokument w repozytorium to jako uzupełnienie braku należy wskazać identyfikator tego dokumentu z repozytorium,
- Jeżeli nie ma takiego dokumentu w repozytorium to należy go dodać do repozytorium a następnie jako uzupełnienie braku wskazać identyfikator dodanego (poprawnego) dokumentu.

Jeżeli w repozytorium nie ma pliku wymaganej kategorii, który jest ważny na dzień początku obowiązywania wnioskowanej umowy to pojawi się poniższa formatka z linkiem do repozytorium dokumentów, w którym należy dodać brakujący dokument a następnie wrócić na wniosek i wybrać go podczas uzupełniania braku.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dla pliku z repozytorium można również zaznaczyć oświadczenie: *Nie załączam nowego pliku.*

Po uzupełnieniu wszystkich braków należy kliknąć **Przekaż do OW**. Pojawi się wtedy komunikat Uzupełnienie braków dla wezwania o numerze XXX przekazano do OW i jest ono oceniane.
Uwaga: Po przekazaniu braków do OW nie będzie już możliwa ich edycja.

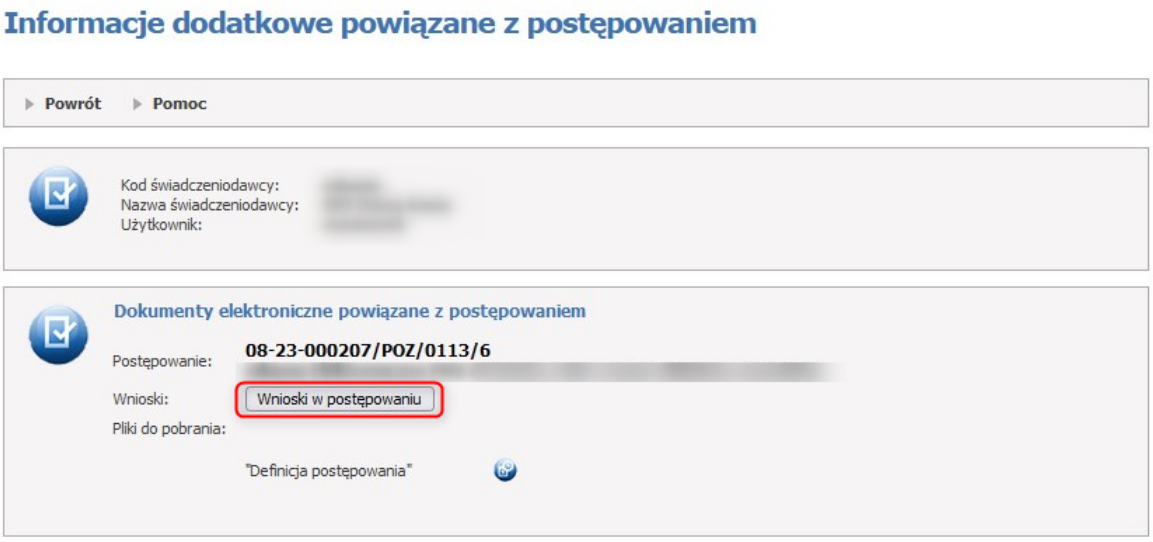
Braki należy uzupełnić w terminie określonym przez OW NFZ (widoczny na Danych wniosku>Termin na uzupełnienie braków). Jeżeli termin zostanie przekroczony to pojawi się informacja Termin na uzupełnienie braków dla wezwania o numerze XXX minął DD.MM.RRRR.

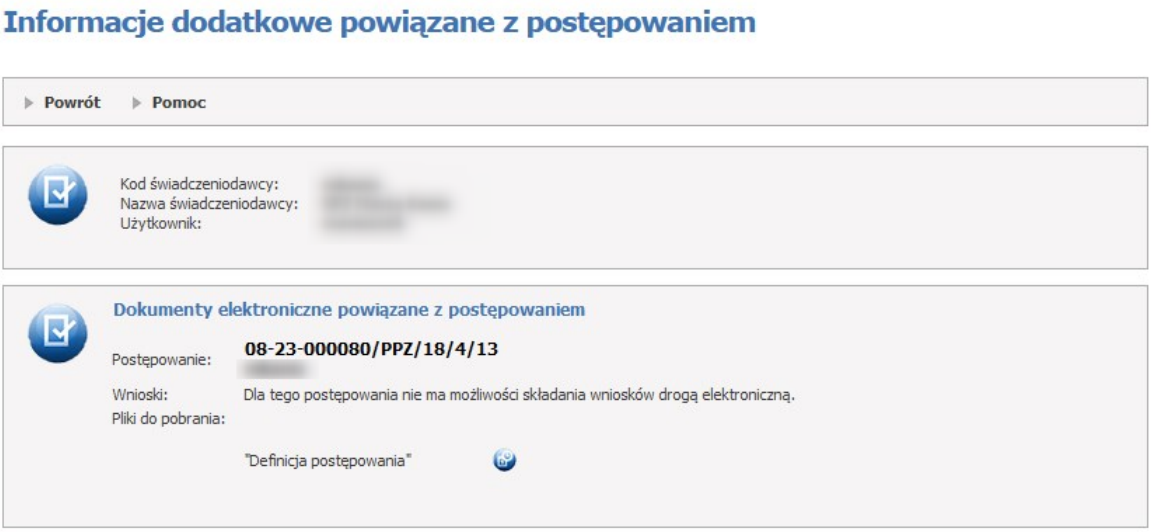
4.2.32.2 Szczegóły postępowania

Formatka **Informacje dodatkowe powiązane z postępowaniem** jest dostępna z pozycji formatki **Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.** Kliknięcie na numer postępowania spowoduje otwarcie okna z informacjami powiązanymi z postępowaniem.
Dla postępowań POZ pojawi się opcja złożenia wniosku, który będzie mógł być obsługiwany elektronicznie poprzez przycisk *Wnioski w postępowaniu*.
Dla pozostałych postępowań nie ma takiej opcji.

W sekcji pliki do pobrania, można pobrać pliki dotyczące postępowania np. definicję postępowania.

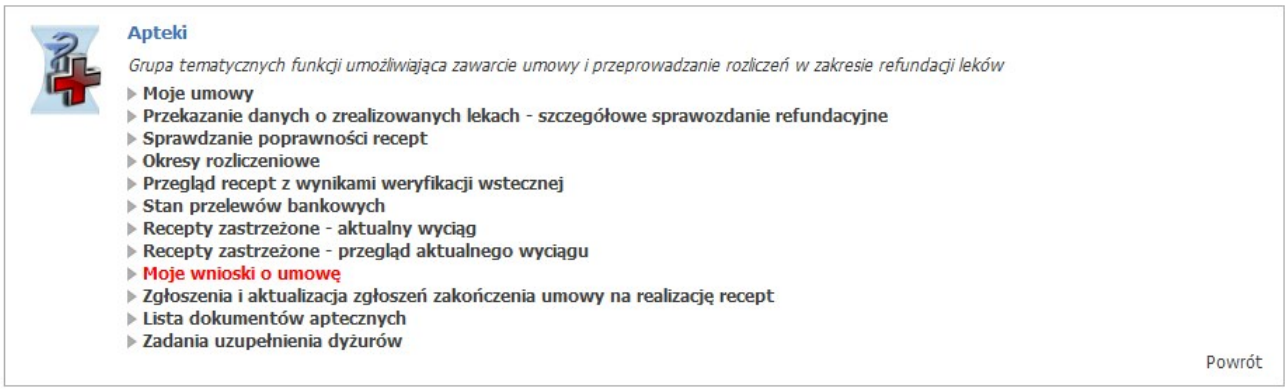
© 2026 Kamsoft S.A.





4.3 Apteki

Aby wejść na stronę przeglądu refundacji leków, należy na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy** wybrać sekcję ***Apteki***. Wybór odpowiedniego linku powoduje przejście na stronę, na której dostępne są szczegółowe dane.



© 2026 Kamsoft S.A.

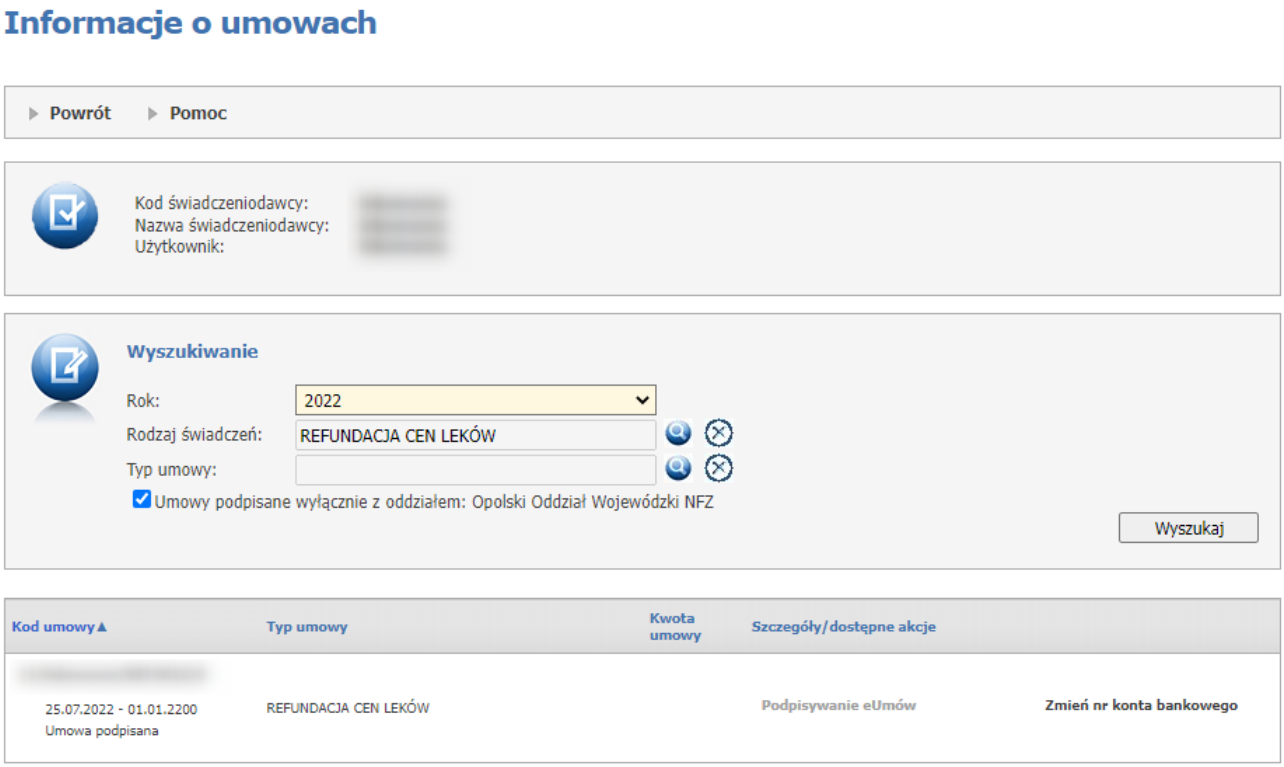
4.3.1 Moje umowy

Przejście do okna przeglądu listy umów jest możliwe po wybraniu opcji **Moje umowy**, na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy**.

W sekcji ***Wyszukiwanie*** możliwe jest wyszukiwanie umów za pomocą filtrów:
- Rok;
- Rodzaj świadczeń;
- Typ umowy;
- Umowy podpisane wyłącznie z Oddziałem ().

Wyszukane rekordy widoczne są w postaci listy.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista umów, składająca się z następujących informacji:
- Kod umowy;
- Typ umowy;
- Kwota umowy;
- Szczegóły/dostępne akcje;
- (Zmień nr konta bankowego).

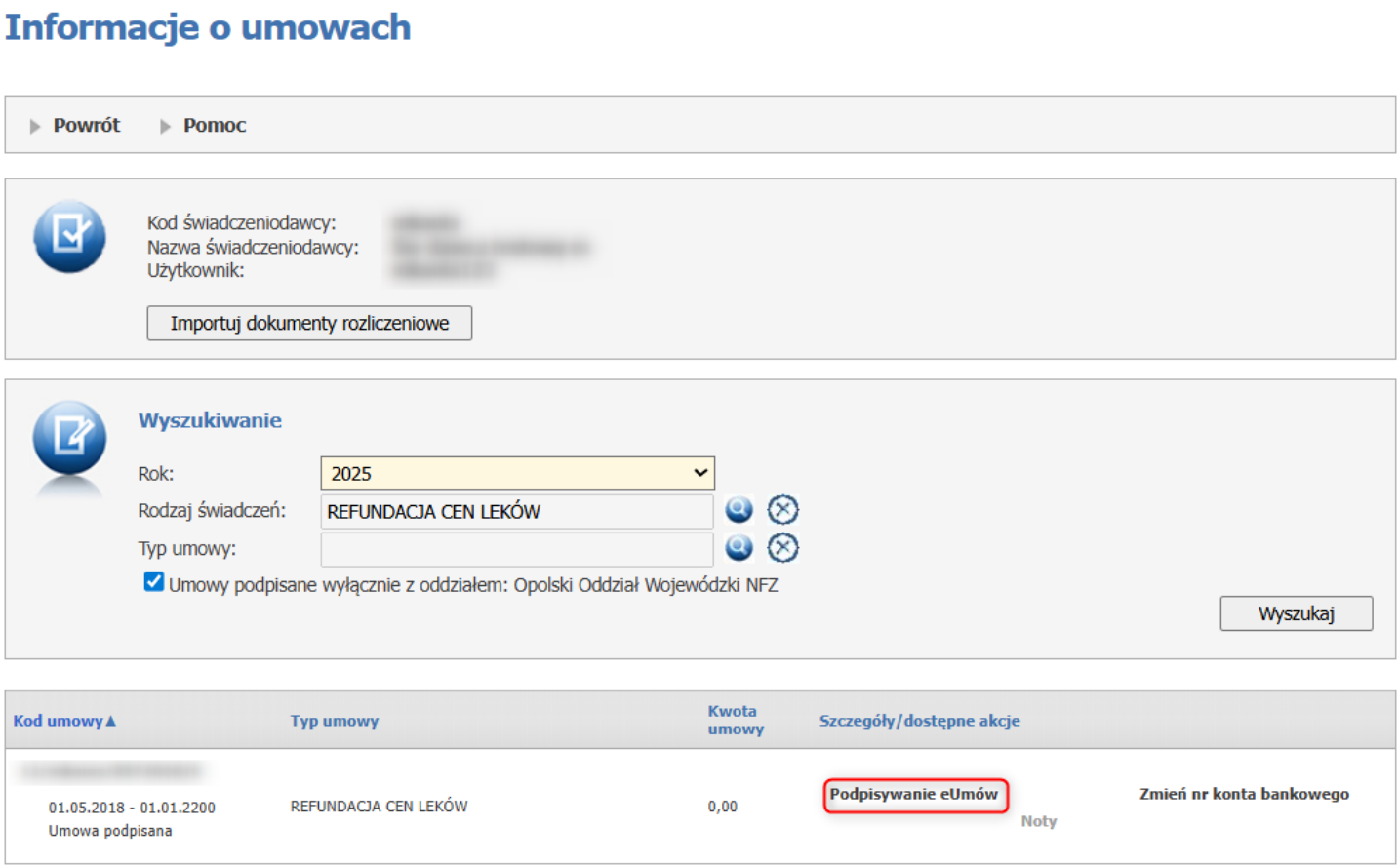


© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.1.1 Podpisywanie eUmów Apteka

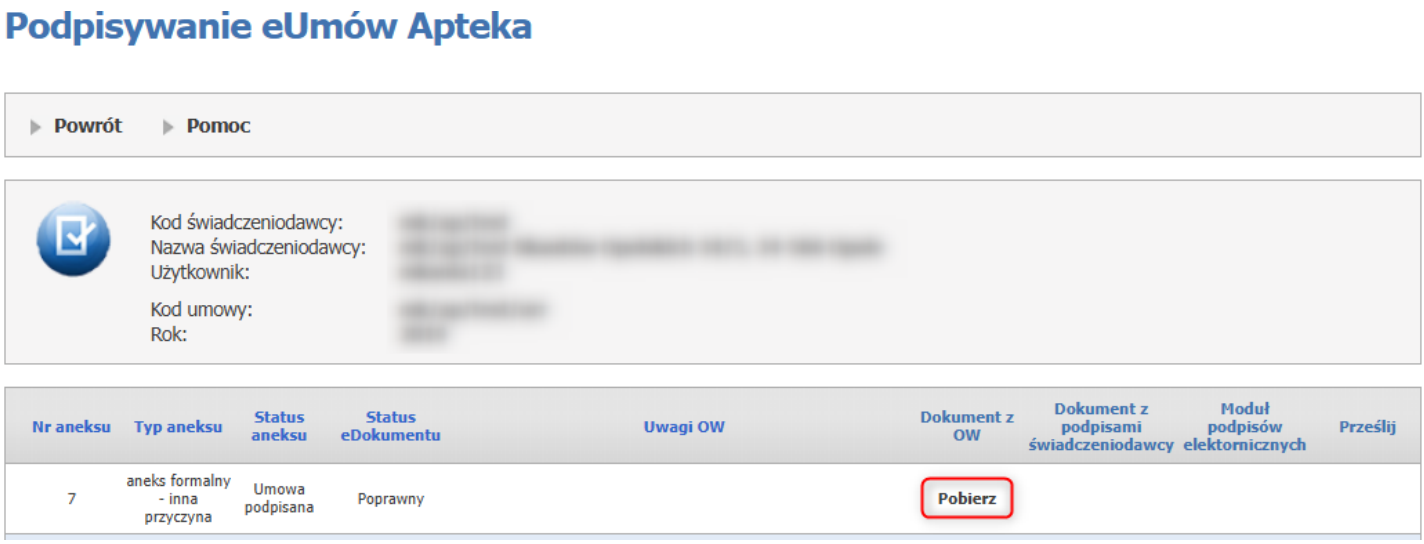
Funkcjonalność obsługi podpisywania eUmów dostępna jest w części **Informacje o umowach**, sekcja **Podpisywanie eUmów.**
W Portalu Świadczeniodawcy publikowane są wyłącznie dokumenty umowy (umowa główna, aneksy) podpisane podpisem kwalifikowanym przez OW NFZ.

Po skierowaniu conajmniej jednego pliku na ścieżkę cyfrową dla danej umowy na Portalu aktywuje się link **Podpisywanie eUmów.**

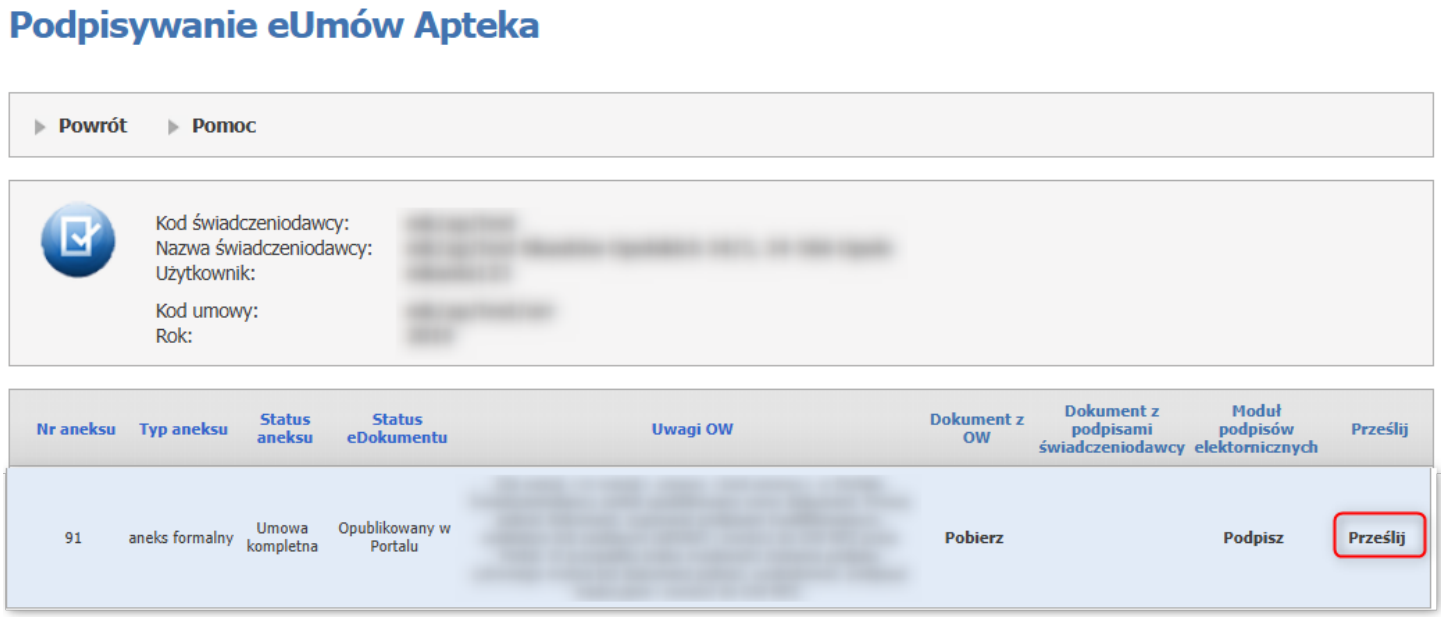


Za pomocą linku użytkownik apteki zostanie przeniesiony do listy dokumentów dotyczących umowy głównej lub aneksu, opublikowanych przez OW NFZ, gdzie za pomocą przycisku **Pobierz** należy pobrać plik PDF, który musi zostać zapisany na lokalnym dysku.
Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft.

© 2026 Kamsoft S.A.



Podpisany plik PDF należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij**.

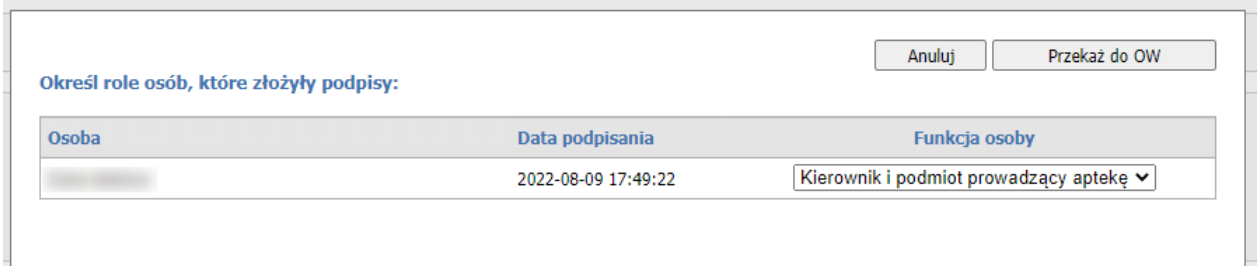


Otworzy się okno, gdzie należy wybrać podpisaną wcześniej umowę/aneks do umowy używając przycisku **Wybierz plik** a następnie **Prześlij**.

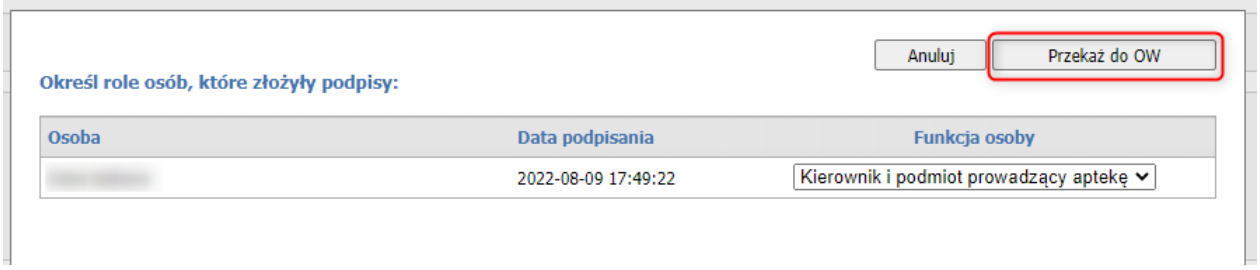
© 2026 Kamsoft S.A.

Po kliknięciu w przycisk **Prześlij** zostanie wyświetlona formatka, na której należy określić funkcje osób/osoby, które złożyły podpisy.
Każda pozycja składa się z:

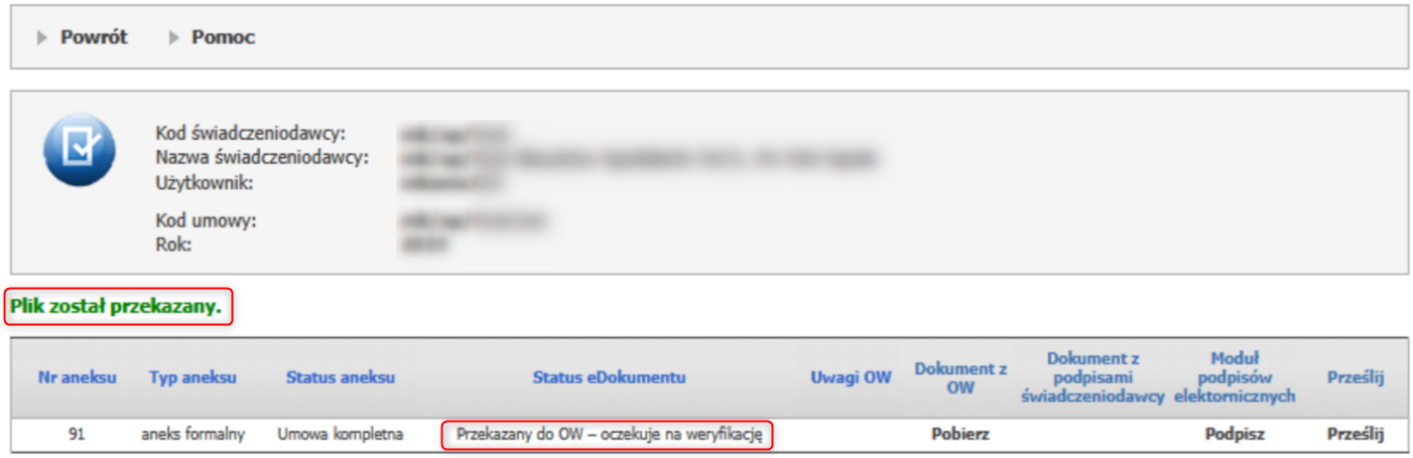
- Osoba - imię i nazwisko osoby, która złożyła podpis,
- Data podpisania - data i godzina podpisania umowy/aneksu do umowy,
- Funkcja osoby - funkcja jaką pełni wybrana osoba. Do wyboru z listy rozwijanej: Kierownik apteki, Podmiot prowadzący aptekę, Kierownik i podmiot prowadzący aptekę.



Następnie za pomocą przycisku **Przekaż do OW**, umowę/aneks do umowy należy przesłać do OW NFZ.



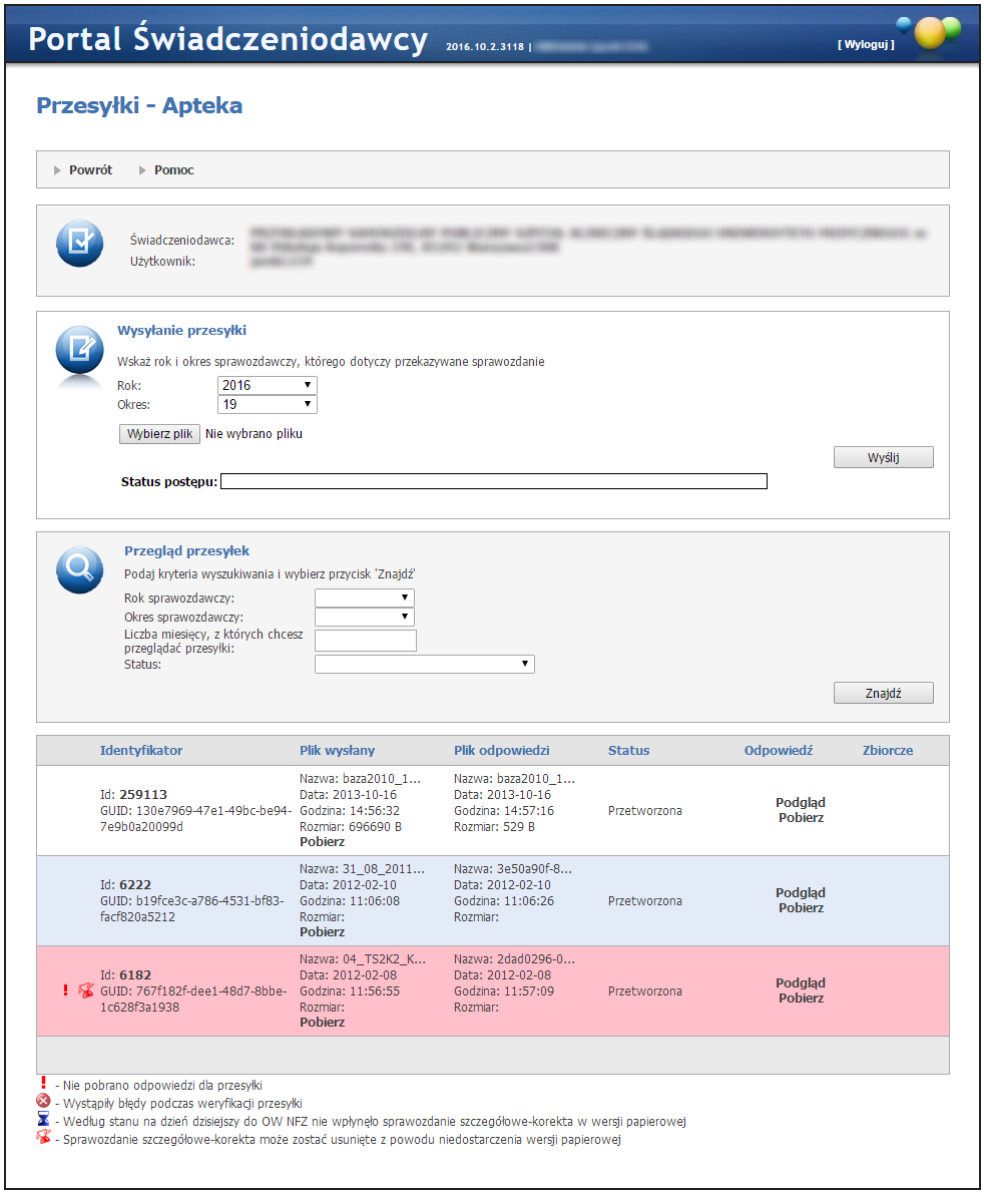
Informacja o przesłanym dokumencie zostanie wyświetlona na zielono oraz zmieni się status dokumentu na "Przekazany do OW - oczekuje na weryfikację"



© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.2 Przekazanie danych o zrealizowanych lekach

Do przesyłek dotyczących aptek użytkownik ma dostęp za pomocą odpowiedniego linku: **Apteki/Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne**.

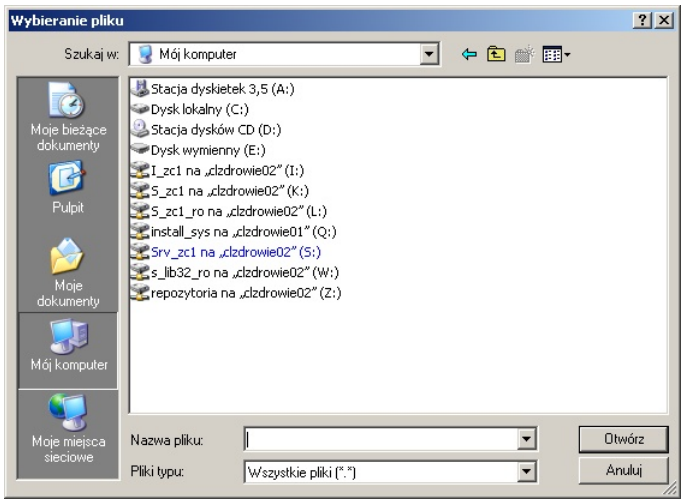


Na stronie możliwe jest wysyłanie i przeglądanie przesyłek dotyczących zalogowanego Świadczeniodawcy oraz odbiór do nich odpowiedzi.
Przeglądać można przesyłki w całości lub w deklarowanej liczbie miesięcy (wstecz). W tabeli z przesyłkami można kliknąć link **Podgląd**, który przeniesie nas do strony zawierającej treść odpowiedzi na daną przesyłkę lub w przypadku braku odpowiedzi wyświetli odpowiedni komunikat. Kliknięcie w link **Pobierz** znajdujący się w kolumnie *Odpowiedź* skutkuje pobraniem pliku odpowiedzi na dysk lokalny, bądź wyświetleniem komunikatu o braku odpowiedzi do przesyłki.

Dla przesyłek posiadających błędy weryfikacji, w kolumnie *Odpowiedź* jest dodatkowy przycisk **Wygeneruj nową odpowiedź**. Kliknięcie tego zleci zadanie wygenerowania nowej odpowiedzi dla tej przesyłki. Jeśli zlecenie zostanie wysłane to pojawi się odpowiedni komunikat. Jeśli nie - użytkownik zostanie także o tym fakcie poinformowany.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przed przekazaniem sprawozdania należy określić rok i okres, którego dotyczy sprawozdanie. Dokonuje się tego w polach *Rok* i *Okres*. Następnie należy kliknąć przycisk **Wybierz plik** w sekcji ***Wysyłanie pliku***, co spowoduje wyświetlenie standardowego okna wyboru plików systemu Microsoft® Windows®:



Aby wysłać przesyłkę należy wybrać plik i nacisnąć przycisk **Wyślij**. Po wysłaniu przesyłki uaktywni się przycisk **Zamknij**, który powoduje zniknięcie bloku odpowiedzialnego za wysyłanie (jednocześnie aktywuje się odpowiedni przycisk w menu sterującym). Po kliknięciu przycisku wykonywana jest walidacja czy ustawionyw polach edycyjnych rok i okres zgadza się z rokiem i okresem zawartym w pliku. Jeśli nie , plik nie zostanie wysłany a operatorowy zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Jeżeli przesłanie przesyłki przebiegło poprawnie, pojawia się jako pierwszy wpis w tabelce na dole strony. Następnie przesłany plik jest przetwarzany w OW NFZ. Podczas przetwarzania sprawdzana jest poprawność pliku. Jeżeli plik jest nie poprawnie zbudowany – niepoprawne okresy, błędne statusy rozliczenia jest oznaczany jako niepoprany i nie podlega dalszemu rozliczaniu. Jeżeli w pliku występują błędy merytoryczne dotyczące niektóry pozycji, poprawne pozycje ze sprawozdania mogą być dalej przetwarzane.

Od 1 okresu roku 2024 można przekazać LEK tylko w wersji 3.1.
LEK 3.0 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.09.2023 do 31.12.2023 (17/2023 - 24/2023)
LEK 2.9 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 15.01.2022 d 15.09.2023 (02/2022 - 16/2023)
LEK 2.8 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.09.2016 do 31.03.2022 (17/2016 - 6/2022)
LEK 2.7 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.07.2020 do 14.09.2020 (13/2020 - 17/2020)
LEK 2.6 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.03.2019 do 31.08.2020 (5/2019 - 16/2020)
LEK 2.5 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.05.2018 do 28.02.2019 (9/2018 - 4/2019)
LEK 2.4 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.06.2017 do 28.02.2019 (11/2017 - 4/2019)
LEK 2.3 jest możliwy tylko dla recept zrealizowanych od 01.09.2016 do 31.05.2017 (17/2016 - 10/2017)
W wersji niższej niż 2.3 jest możliwe tylko dla recept zrealizowanych przed 01.09.2016

4.3.2.1 Problemy

W trakcie przetwarzania komunikatu LEK mogą wystąpić różne problemy, które można później zobaczyć na podglądzie odpowiedzi. Poniższa lista zawiera wszystkie możliwe opisy problemów.

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
3001	BŁĄD	Błąd systemowy - niezależny od danych
3002	BŁĄD	Błąd nieokreślony - zależny od danych

© 2026 Kamsoft S.A.

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
3003	BŁĄD	Brak klucza (np. numeru recepty)
3004	BŁĄD	Błąd formatu danych
3005	BŁĄD	Brak parametru konfiguracyjnego
3006	BŁĄD	Błąd wewnętrzny przy zgłaszaniu wyjątku
3008	BŁĄD	Maksymalnie 2 opakowania leku recepturowego
3010	BŁĄD	Próba powtórnego wczytania zaimportowanej paczki (nr dokumentu niższy niż zapisano w bazie)
3011	BŁĄD	Błędny lub pusty kod apteki (pole kod_apteki)
3021	BŁĄD	Błędny typ okresu (pole spr_typ_okresu
3026	BŁĄD	Niezgodność numeru okresu sprawozdania z datą
3028	BŁĄD	Brak sprawozdania całościowego, do którego odnosi się korekta
3036	BŁĄD	Błędny kod płatnika (pole kod_platnika)
3041	BŁĄD	Próba nadpisania istniejącej paczki nową o tym samym zakresie dat
3047	BŁĄD	Błędnie zbudowany nr identyfikujący pacjenta
3058	BŁĄD	Nie można mieszać pozycji dodających i usuwających
3075	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku spoza listy dla uprawnienia AZ
3080	BŁĄD	Brak recepty, do której odnosi się korekta
3091	BŁĄD	Brak/błędny identyfikator pacjenta UE (mz nr_pacjenta nr)
3093	BŁĄD	Sprawozdanie za dany okres zostało zablokowane
3094	BŁĄD	Brak parametrów dla funkcji sprawdzającej flagę blokady
3095	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku bez kodu EAN dla pacjenta IB
3097	BŁĄD	Apteka przesłała już receptę o takiej dacie realizacji i numerze taksacji
3101	BŁĄD	Zerowa ilość leku
3103	BŁĄD	Dla leków recepturowych dopuszczalna tylko opłata ryczałtowa
3104	BŁĄD	Leki recepturowe tylko bez uprawnień dodatkowych
3105	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku spoza listy dla uprawnienia ZK
3106	BŁĄD	Niepoprawny symbol nadawcy
3107		Recepta zawiera elementy nieprzypisywalne do pozycji sprawozdania zbiorczego
3116		Nie można usunąć paczki, bo istnieją pozycje wyeksportowane w KRL
3119	BŁĄD	Niepoprawny identyfikator zleceniodawcy dla trybu wydania 'pro auctore'
3120	BŁĄD	Istnieje niezaksięgowane sprawozdania za ten okres
3129	INFORMACJA	Nie wczytano żadnej pozycji komunikatu - usunięto informacje o dokumencie
3131	OSTRZEŻENIE	Numer autoryzacji powinien być sprawozdawany w elemencie mz dokument-zlec@nr
3132		Próba wczytania sprawozdania bazowego po korekcie
3144	BŁĄD	Apteka nie posiada takiej umowy
3145	BŁĄD	Umowa apteki nie obowiązuje w czasie realizacji recepty
3146	BŁĄD	W systemie znajduje się realizacja o wyższym numerze wersji
3147	BŁĄD	Przesłano dane do zablokowanego okresu
3148	BŁĄD	Przesłano dane poza okresem sprawozdawczym
3149	OSTRZEŻENIE	Przekazany numer recepty niezgodny z numerem recepty wydanym przez OW NFZ
3150	BŁĄD	Próba usunięcia realizacji, która została już usunięta
3151	BŁĄD	Brak realizacji do usunięcia (może została usunięta wcześniej)
3152	BŁĄD	W systemie znajduje się realizacja o takim samym numerze wersji

© 2026 Kamsoft S.A.

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
3153	BŁĄD	Przekazano różne identyfikatory typu leku w ramach jednej pozycji recepty
3154	BŁĄD	Przekazano nieunikalny identyfikator leku
3155	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - trwa generowanie projektu szablonu
3156	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - projekt szablonu dostępny - oczekiwanie na aptekę
3157	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - trwa generowanie szablonu końcowego
3158	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - szablon końcowy dostępny - oczekiwanie na aptekę
3159	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zamknięty. Szablon zatwierdzony.
3160	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zamknięty. Nie przesłano danych w wymaganym terminie.
3161	BŁĄD	W komunikacie przekazano realizacje do kilku okresów rozliczeniowych
3601	TECHNICZNY	Powtórne wczytywanie wiele paczek o tym samym identyfikatorze
3602	TECHNICZNY	Powtórne wczytywanie recepty z tego komunikatu zostały już rozliczone

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
60000001	BŁĄD	Błąd w czasie tworzenia pozycji stornującej
60101001	BŁĄD	Brak nazwy producenta oprogramowania
60101002	BŁĄD	Nieprawidłowa wersja komunikatu (LEK)
60200001	BŁĄD	W bazie danych jest dokument utworzony później
60201001	BŁĄD	Brak identyfikatora dokumentu
60201002	BŁĄD	Brak kolejnego numeru przesłania dokumentu o tym samym id
60201003	BŁĄD	Nieprawidłowy kod zakresu przekazywanych danych
60201004	BŁĄD	Nieprawidłowy kod wskaźnika zamknięcia sprawozdania
60201005	BŁĄD	Brak daty przygotowania dokumentu
60201007	BŁĄD	Brak symbolu odbiorcy
60201008	BŁĄD	Brak symbolu nadawcy
60201009	BŁĄD	Nieprawidłowy typ symbolu identyfikującego nadawcę
60202001	BŁĄD	Istnieje dokument o takim samym identyfikatorze przesłany za inny okres
60202002	BŁĄD	Dokument o danym id został już sprawozdany jako dokument innego typu (sprawozdanie/korekta)
60301006	BŁĄD	Brak symbolu sprawozdania
60301007	BŁĄD	Nieprawidłowy wskaźnik sprawozdania bądź korekty
60301008	BŁĄD	Brak daty przygotowania sprawozdania
60301009	BŁĄD	Brak danych definujących okres
60302001	BŁĄD	Korekta sprawozdania szczegółowego nie została przyjęta - upłynął termin przyjmowania korekt
60401001	BŁĄD	Brak numeru REGON-u apteki, której dotyczy sprawozdanie
60501001	BŁĄD	Brak unikalnego numeru pozycji w ramach określonego sprawozdania okresowego
60501002	BŁĄD	Nieprawidłowy kod typu recepty
60501003	BŁĄD	Nieprawidłowy wskaźnik "pro auctore" lub "pro familia"
60501004	BŁĄD	Nieprawidłowy tryb przesłania

© 2026 Kamsoft S.A.

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
60501005	BŁĄD	Nieprawidłowy numer recepty
60502001	BŁĄD	Brak daty wykonania korekty
60503001	BŁĄD	Zdublowany numer recepty w paczce
60503002	BŁĄD	Brak karty w bazie osobowej
60503003	BŁĄD	Brak numeru recepty lub numeru autoryzacji
60503004	BŁĄD	Nieprawidłowy numer kuponu RUM
60503005	BŁĄD	Brak numeru recepty dla recepty typ "2"
60503006	BŁĄD	Brak numeru recepty lub numeru autoryzacji dla recepty typu ?7?
60503007	BŁĄD	Brak numeru recepty dla typu recepty 8
60503008	BŁĄD	Nie przekazano właściwego 20 cyfrowego nr recepty (Typ recepty - Recepty różowe)
60503011	OSTRZEŻENIE	Nie przekazano w elemencie 'mz:dokument-zlec' poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
60503011	BŁĄD	Nie przekazano w elemencie 'mz:dokument-zlec' poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
60503012	BŁĄD	Powtórzony nr recepty
60503015	OSTRZEŻENIE	Dla kuponu typu '2' nie przekazano numeru kuponu/recepty w atrybucie 'nr' w elemencie 'mz:dokument-zlec'
60503015	BŁĄD	Dla kuponu typu '2' nie przekazano numeru kuponu/recepty w atrybucie 'nr' w elemencie 'mz:dokument-zlec'
60503016	OSTRZEŻENIE	Przekazano dla recepty typu '2', numer recepty w dwóch elementach 'mz:dokument-zlec' i 'mz:autoryzacja'. Numer recepty należy przekazywać w ramach elementu 'mz:dokument-zlec'
60503016	BŁĄD	Przekazano dla recepty typu '2', numer recepty w dwóch elementach 'mz:dokument-zlec' i 'mz:autoryzacja'. Numer recepty należy przekazywać w ramach elementu 'mz:dokument-zlec'
60503017	BŁĄD	Przekazano dla recepty typu '2' niezgodne numery recept w atrybutach 'nr' elementów 'mz:dokument-zlec' i 'mz:autoryzacja". Informacja powinna być przekazywana wyłącznie w ramach elementu 'mz:dokument-zlec'
60601001	BŁĄD	Brak daty wystawienia recepty
60602001	BŁĄD	Data wystawienia recepty późniejsza od daty przyjęcia recepty realizacji
60602002	BŁĄD	Data wystawienia recepty późniejsza od dopuszczalnej daty realizacji
60602003	BŁĄD	Data urodzenia pacjenta późniejsza od daty wystawienia przekazywanego dokumentu
60702001	BŁĄD	Błędny kod świadczeniodawcy (pole: kod_swiadcz_zlec)
60702003	BŁĄD	Nieprawidłowy identyfikator świadczeniodawcy
60702004	BŁĄD	Brak identyfikatora podmiotu upoważnionego do wydawania recept
60801001	BŁĄD	Brak numeru prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę
60802001	BŁĄD	Brak w bazie osoby wystawiającej receptę o podanym numerze prawa wykonywania zawodu
60901001	BŁĄD	Nieprawidłowy rodzaj numeru służącego do identyfikacji pacjenta
60902001	BŁĄD	Numer PESEL przekazany na recepcie niezgodny z numerem PESEL w numerze identyfikacyjnym pacjenta
60902002	BŁĄD	Nieprawidłowy nr identyfikacji pacjenta dla uprawnienia IB
60902003	BŁĄD	Nieprawidłowy nr identyfikacji pacjenta dla uprawnienia IW
60902007	BŁĄD	Brak numeru PESEL na recepcie dla recept wystawionych po 1.07.2007
60902009	OSTRZEŻENIE	Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' dla kobiety powyżej 50 roku życia
60902010	OSTRZEŻENIE	Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' dla płci innej niż kobieta

© 2026 Kamsoft S.A.

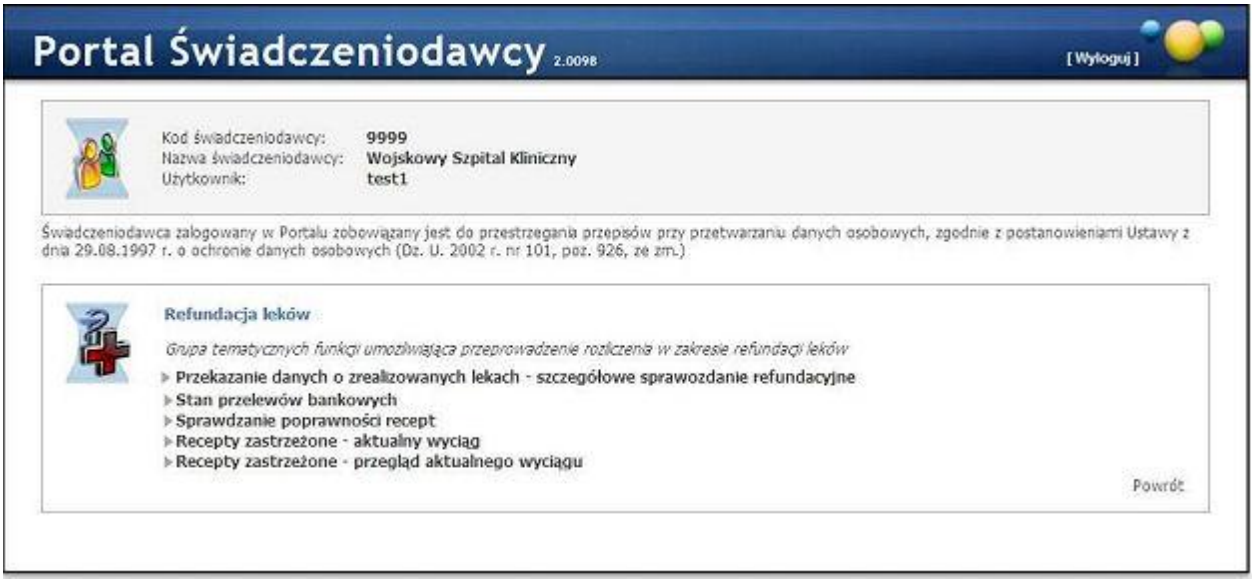
Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
60903001	BŁĄD	Dla danego typu numeru identyfikacji pacjenta podano niewłaściwy kod płatnika
60903002	BŁĄD	Brak płatnika w bazie
60903003	BŁĄD	Recepta dla obywatela UE wystawiona na kuponie RUM/KUM
60904003		Wykazany Nr PESEL wskazuje na wystawienie recepty po dacie zgonu pacjenta wg Wykazu Ubezpieczonych
60904004		Wykazany nr PESEL wskazuje na wystawienie recepty dla pacjenta z unieważnionym numerem PESEL wg Wykazu Ubezpieczonych
60904006		Realizacja recepty z uprawnieniami 'DN' dla ubezpieczonego pacjenta
60904007		Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' dla ubezpieczonego pacjenta
60905003	OSTRZEŻENIE	Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' wraz z innymi uprawnieniami
61001001	BŁĄD	Brak daty przyjęcia recepty do realizacji
61001003	BŁĄD	Brak numeru recepty nadanego w aptece w trakcie realizacji recepty
61001004	BŁĄD	Brak daty przyjęcia recepty do realizacji
61002001	BŁĄD	do uzupełnienia po wyjaśnieniu
61002001	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '7' przekracza 120 dni
61002002	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '8' przekracza 93 dni
61002003	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '9' przekracza 15 dni
61002003	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '9' przekracza 30 dni
61002004	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '2' przekracza 93 dni
61003001	BŁĄD	Data początku realizacji recepty późniejsza od daty końca realizacji
61003002	BŁĄD	Data przyjęcia recepty do realizacji inna niż data wydania leku nierecepturowego
61003003	BŁĄD	Data przyjęcia recepty do realizacji późniejsza od daty wydania leku recepturowego
61003004	BŁĄD	Data wydania leku nie mieści się pomiędzy datami początku i końca okresu sprawozdawczego
61003005	BŁĄD	Realizacja recepty po dacie wprowadzenia zastrzeżenia
61003006	BŁĄD	Dopuszczalna data realizacji recepty powyżej 2 miesięcy od daty wystawienia
61003007	BŁĄD	Korekta przed początkiem realizacji
61003008	BŁĄD	Korekta przed końcem realizacji
61003009	BŁĄD	do uzupełnienia po wyjaśnieniu
61102001	BŁĄD	Nieprawidłowy numer autoryzacji pacjenta
61102002	BŁĄD	Dla recepty typu '2' nie przekazano numeru kuponu/recepty, który powinien być wykazany w elemencie 'mz:dokument-zlec' w atrybucie 'nr'
61102004	BŁĄD	Nie przekazano poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
61102004	OSTRZEŻENIE	Nie przekazano poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
61201001	BŁĄD	Brak kodu uprawnień pacjenta przyjętego przy wydaniu danego leku
61201003	BŁĄD	Nieprawidłowy kod odpłatności za lek
61201004	BŁĄD	Brak kwoty podlegającej refundacji
61201005	BŁĄD	Nieprawidłowa wartość atrybutu "nie zamieniać"
61202001	BŁĄD	Recepta zawiera za dużo pozycji
61203001	BŁĄD	Kod uprawnień nieodpowiedni do kodu odpłatności ('PEB', 'INPEB', 'CNPEB', 'DNPEB', 'AZ')
61203002	BŁĄD	Lek recepturowy dla pacjenta z uprawnieniem PO wydany z innym rodzajem odpłatności niż bezpłatnie
61204001	BŁĄD	Opłata pacjenta nie jest równa jednej lub podwojonej odpłacie ryczałtowej
61301001	BŁĄD	Brak ilości wydanych opakowań leku o określonym kodzie EAN13

© 2026 Kamsoft S.A.

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
61301002	BŁĄD	Brak wartości leku
61301003	BŁĄD	Nieprawidłowy typ kodu leku
61302001	BŁĄD	Antybiotyk zrealizowany po terminie ważności recepty
61303001	BŁĄD	Ilość wydanego leku mniejsza lub równa zero
61304001	BŁĄD	Nieprawidłowy kod EAN
61304002	BŁĄD	Nie przekazano kodu EAN dla leku z katalogu '0'
61304003	BŁĄD	Błąd zawartości słowników
61305001	BŁĄD	Sprawozdany lek jest na liście leków OTC
61306001	BŁĄD	Za dużo opakowań w recepcie
61307001	BŁĄD	Wydano bezpłatny lek za odpłatnością
61307002	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku z rejestru centralnego dla pacjenta IB
61308001	BŁĄD	Lek nierefundowany przez NFZ
61308002	BŁĄD	Pozycja dodająca nie może zawierać wartości ujemnych
61309001	BŁĄD	Wartość brutto wydanych opakowań mniejsza lub równa zero
61310001	BŁĄD	Leki recepturowe i gotowe na jednej recepcie
61310002	BŁĄD	Lek recepturowy powinien być wydany bez wskazania uprawnienia IB
61310003	BŁĄD	W punkcie aptecznym wydano lek spoza listy MZ

4.3.3 Sprawdzenie poprawności recept

Funkcjonalność **Sprawdzanie poprawności recept** jest dostępna w ramach grupy **Apteki**.



Na formatce dostępne jest pole tekstowe, do którego należy wprowadzić numer recepty:

- można to zrobić za pomocą czytnika recept, pole musi mieć focus i w tym momencie można użyć czytnika
- bądź wpisać numer ręcznie

Przycisk **Sprawdź receptę** wykonuje sprawdzenie, a jego wynik zostaje wyświetlony poniżej. Przycisk **Wyczyść numer** czyści pole z numerem recepty.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.4 Okresy rozliczeniowe

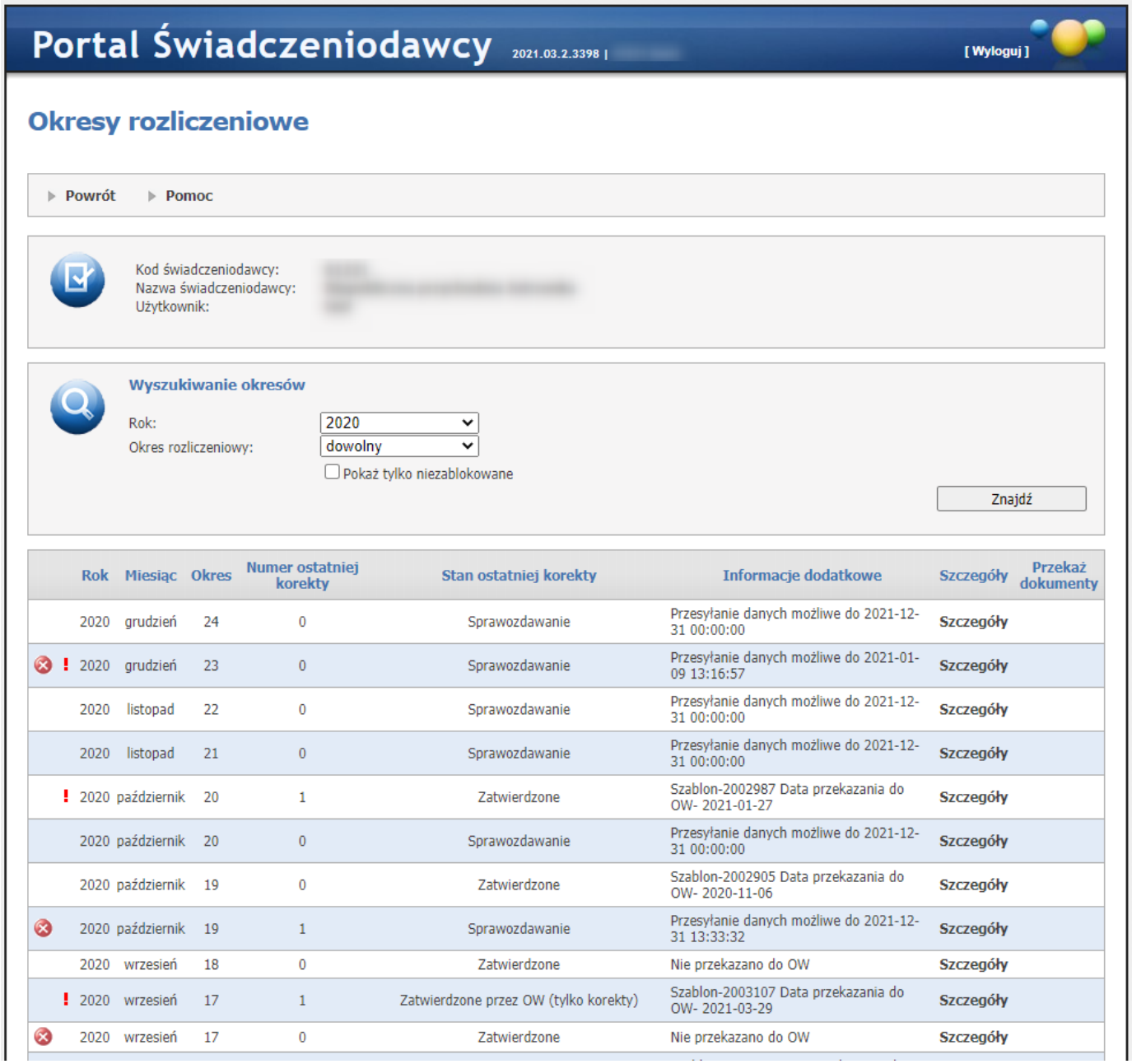
Okresy rozliczeniowe umożliwiają uzgodnienie poprawności informacji o realizacji recept przekazanych przez aptekę do OW NFZ. W roku kalendarzowym są 24 okresy rozliczeniowe. Każdy miesiąc jest podzielony na dwa okresy: pierwszy - od 1 do 15 dnia miesiąca; oraz drugi - od 16 do ostatniego dnia miesiąca. Po zakończeniu każdego okresu apteka ma 5 dni roboczych, liczonych od następnego dnia roboczego, na przekazanie sprawozdania o zrealizowanych receptach (komunikatu LEK). Po upływie tych 5 dni, w przypadku nieprzekazania sprawozdania, możliwość jego przekazania zostanie zablokowana, a okres rozliczeniowy zamknięty. Natomiast po przekazaniu komunikatu LEK Oddział Wojewódzki ma 5 dni roboczych na wygenerowanie propozycji szablonu rozliczeniowego, który apteka może zaakceptować bądź odrzucić. Na zlecenie apteki możliwe jest wcześniejsze wygenerowanie propozycji szablonu rozliczeniowego (przed upływem 5 dni przeznaczonych na przekazanie sprawozdania zbiorczego o zrealizowanych receptach). W przypadku odrzucenia przez aptekę propozycji szablonu rozliczeniowego, apteka ma 5 dni roboczych liczonych od następnego dnia po otrzymaniu szablonu rozliczeniowego, na przekazanie komunikatu LEK uzupełniającego informacje o zrealizowanych receptach.

Uwaga: Należy pamiętać, że 5 dni roboczych na uzupełnienie informacji liczone jest od następnego dnia po wygenerowaniu otrzymaniu propozycji szablonu z OW NFZ, a nie po jego odrzuceniu przez aptekę. W skrajnym przypadku, aptece może w ogóle zabraknąć czasu na uzupełnienie informacji jeśli nikt z apteki nie sprawdzi szablonu przed upływem 5 dni roboczych od jego przekazania przez OW NFZ.

Po upływie 5 dni roboczych od przekazania szablonu rozliczeniowego następuje wygenerowanie przez Oddział Wojewódzki NFZ końcowego szablonu rozliczeniowego, który definitywnie zamyka okres rozliczeniowy. W tym przypadku również możliwe jest wcześniejsze wygenerowanie szablonu końcowego na zlecenie apteki. Po wygenerowaniu szablonu końcowego jak i po zaakceptowaniu propozycji szablonu rozliczeniowego należy pobrać, wydrukować, podpisać i dostarczyć do OW NFZ zestawienie zbiorcze recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne zgodne z szablonem.

Po zamknięciu okresu rozliczeniowego, dane o zrealizowanych receptach mogą zostać uzupełnione, jednakże wpierw należy złożyć wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego.

© 2026 Kamsoft S.A.



W oknie okresów rozliczeniowych prezentowane są okresy rozliczeniowe spełniające warunki określone w filtrach. Okresy rozliczeniowe mogą mieć następujące statusy (prezentowane w kolumnie *Stan ostatniej korekty* oraz w kolumnie *Stan rozliczenia* na szczegółach okresu):

- **Sprawozdawanie** - w okresie tym możliwe jest przesyłanie danych do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Okres ten trwa 5 dni roboczych po zakończeniu okresu rozliczeniowego, chyba że apteka wcześniej zleci wygenerowanie propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego.
- **Generowanie szablonu z propozycją** - trwa przetwarzanie zlecenia naliczenia szablonu z propozycją sprawozdania zbiorczego. Oddział Wojewódzki NFZ wygeneruje szablon z propozycją w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zlecenia.
- **Szablon z propozycją został udostępniony** - propozycja szablonu sprawozdania zbiorczego został udostępniony przez Fundusz. Jeśli apteka nie podejmie żadnej akcji, to zostanie uznany za zaakceptowany po 5 dniach roboczych od momentu udostępnienia.
- **Poprawianie sprawozdania** - w tym okresie możliwe jest przesyłanie danych do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Okres ten trwa 5 dni roboczych od momentu udostępnienie przez Fundusz propozycji szablonu

© 2026 Kamsoft S.A.

sprawozdania zbiorczego, chyba że apteka wcześniej zleci wygenerowanie propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego.

- **Generowanie szablonu końcowego** - trwa przetwarzanie zlecenia naliczenia szablonu końcowego zawierającego sprawozdanie zbiorcze. Oddział Wojewódzki NFZ wygeneruje szablon końcowy w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zlecenia.
- **Szablon końcowy dostępny** - możliwe jest pobranie zestawienie zbiorczego recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, który należy wydrukować, podpisać i dostarczyć do OW NFZ.
- **Generowanie szablonu zlecone przez OW** - Oddział Wojewódzki NFZ zlecił naliczenie szablonu.
- **Szablon z propozycją został udostępniony (zlecone przez OW)** - zlecone naliczanie szablonu przez OW NFZ się wykonało (jest do zatwierdzenia lub odrzucenia).
- **Generowanie szablonu końcowego zlecone przez OW** - Oddział Wojewódzki NFZ naliczył szablon.
- **Szablon końcowy udostępniony (zlecone przez OW)** - szablon został naliczony i jest do zatwierdzenia lub odrzucenia.
- **Zatwierdzony** - okres zatwierdzony manualnie przez aptekę.
- **Zatwierdzony automatycznie** - okres zatwierdzony automatycznie po upływie 5 dni roboczych od udostępnienia propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego z powodu braku odrzucenia propozycji przez aptekę.
- **Zatwierdzone**.
- **Zatwierdzone automatycznie**.
- **Zatwierdzone przez OW**.
- **Zatwierdzone (tylko korekty)**.
- **Blokada - brak danych** - okres zablokowany z powodu nieprzesłania danych do Oddziału Wojewódzkiego NFZ czasie pierwszych 5 dni roboczych po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Okresy, które zawierają dane z błędami weryfikacji oznaczane są ikonką ⊗. Po wskazaniu ikonki kursorem myszy pokaże się treść dotycząca błędów weryfikacji - o ile została podana.

Wszystkich operacji na okresie rozliczeniowym dokonuje się w szczegółach wybranego okresu.

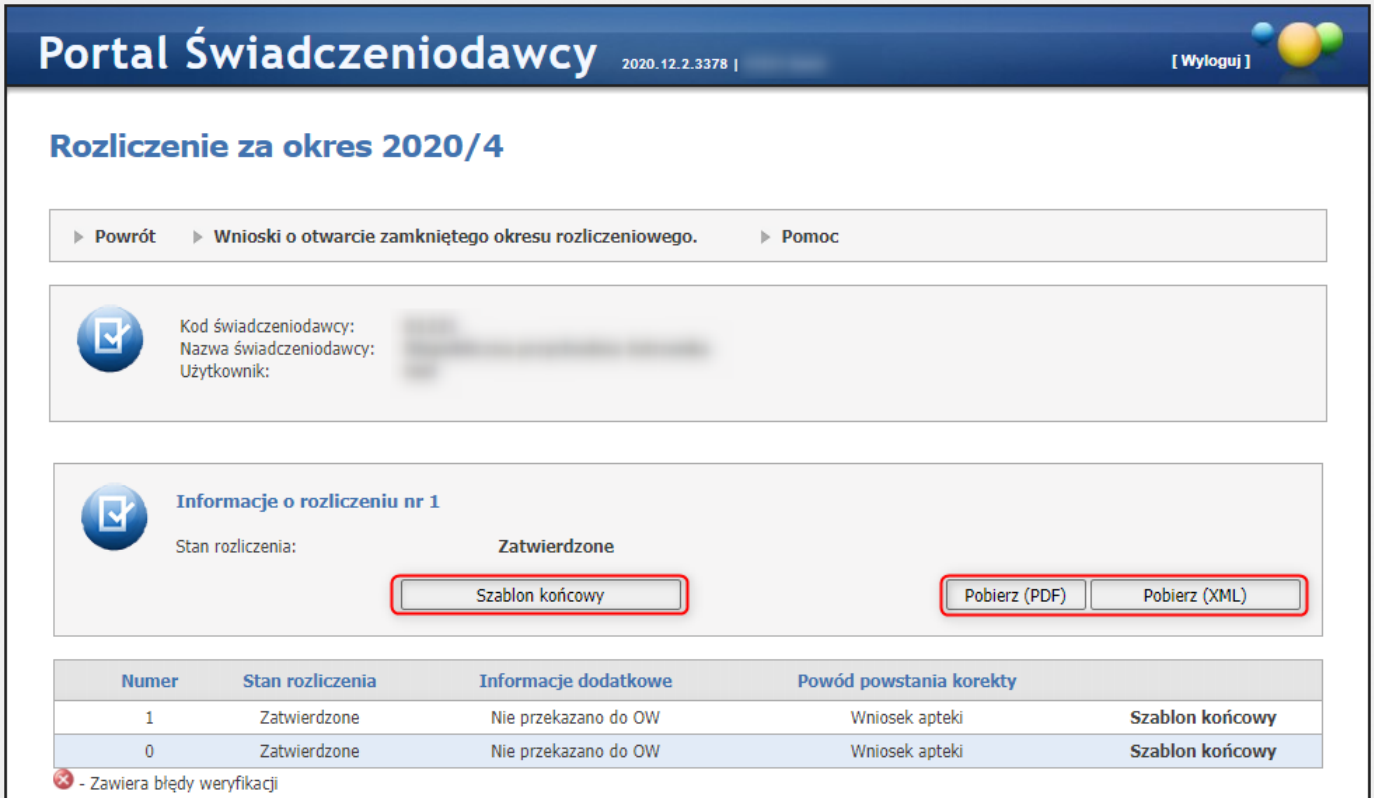
Zlecenie wygenerowania szablonu z propozycją możliwe jest w oknie szczegółów wybranego okresu rozliczeniowego.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk umożliwiający zlecenie wygenerowania szablonu z propozycją.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przyciski umożliwiające przejrzenie propozycji szablonu, zatwierdzenie propozycji oraz jej odrzucenie i przejście do poprawienia sprawozdania.



Przyciski umożliwiające przegląd szablonu końcowego oraz pobranie szablonu w formatach pdf i xml.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przyciski umożliwiające zatwierdzenie lub odrzucenie i przejście do poprawienia sprawozdania widoczne na przeglądzie propozycji szablonu.

Na stronie ***Rozliczenie za okres...*** rozliczenia, które zawierają dane z błędami weryfikacji oznaczone są ikonką ⊗. Po wskazaniu ikonki kursorem myszy pokaże się treść dotycząca błędów weryfikacji - o ile została podana. Dodatkowo dla ostatniej korekty (o najwyższym numerze), w kolumnie *Informacje dodatkowe* pojawi się treść dotycząca błędów weryfikacji dla tej korekty - o ile również została podana.

Po kliknięciu generowania naliczania projektu bądź naliczania końcowego, w sytuacji gdy dla tej korekty istnieją recepty zweryfikowane negatywnie lub niezweryfikowane, wyświetli się użytkownikowi komunikat:

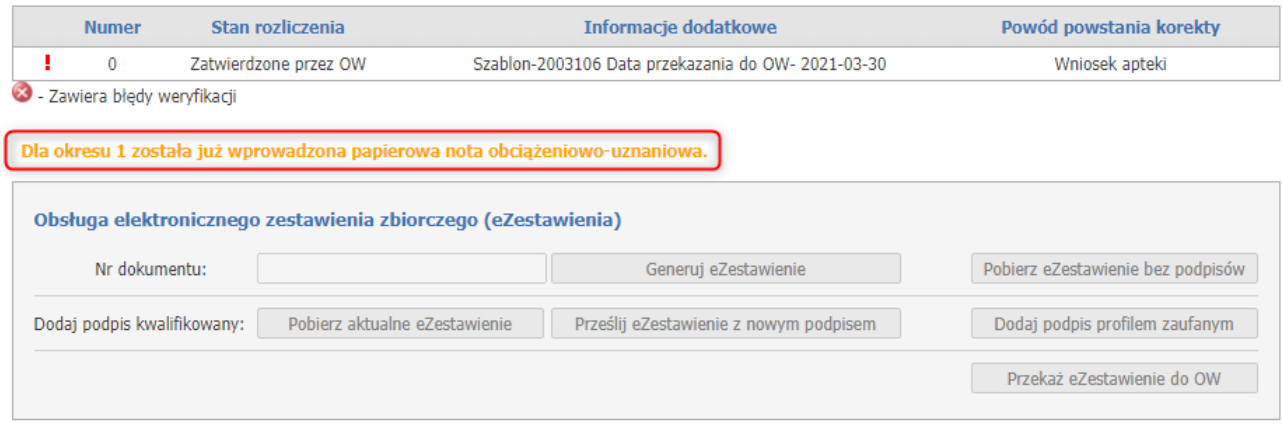
"W okresie rozliczeniowym istnieją recepty zweryfikowane negatywnie lub niezweryfikowane.
Recepty te nie zostaną ujęte w tworzonym sprawozdaniu zbiorczym (nie zostaną zrefundowane).
Czy chcesz kontynuować? Tak/Nie".

Wybranie **Tak** spowoduje wysłanie żądania naliczania, wybranie **Nie** anuluje zlecenie naliczania.

© 2026 Kamsoft S.A.

Jeżeli została wprowadzona papierowa nota dla jakiegoś okresu rozliczeniowego pojawi się wtedy jeden z komunikatów:

- Dla okresu ... została już wprowadzona papierowa nota obciążeniowo-uznaniowa.
- Dla okresu ... została już wprowadzona papierowa nota.
- Dla okresu .. zostało już wprowadzone papierowe zestawienie zbiorcze.



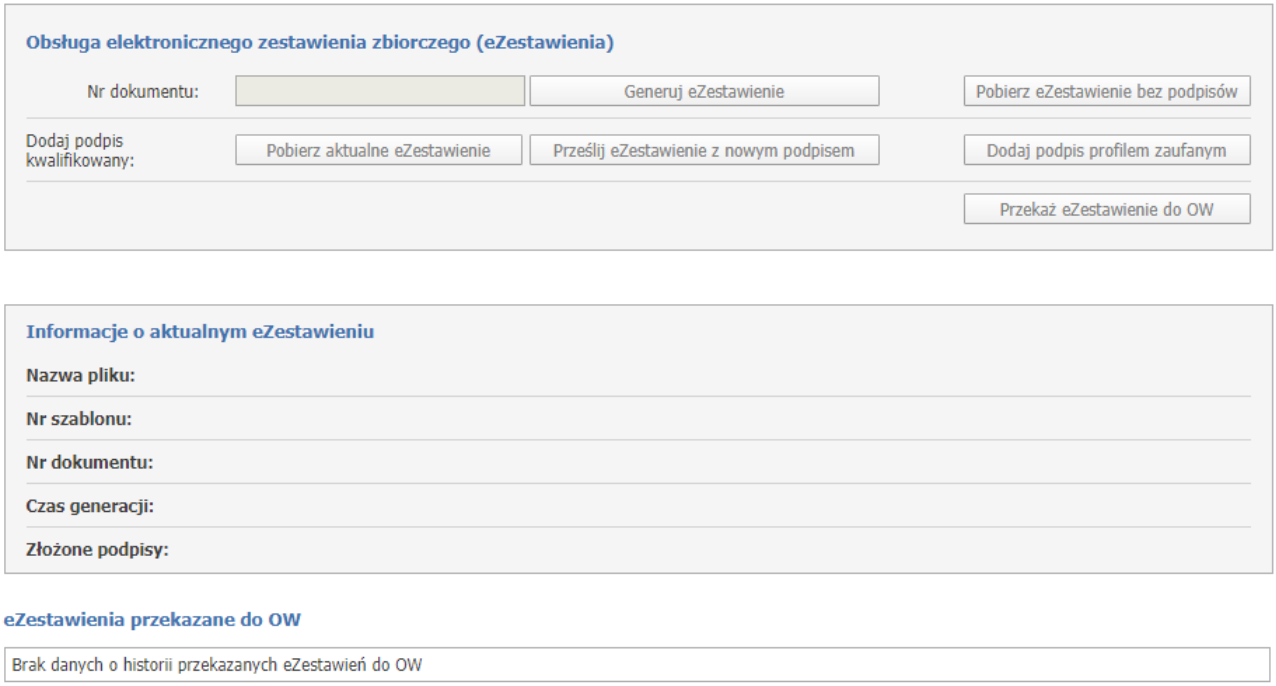
4.3.4.1 Obsługa elektronicznego zestawienia zbiorczego (eZestawienia)

Funkcjonalność ma na celu umożliwienie aptekom, które posiadają umowę na realizację recept, przekazywanie uzgodnionego zestawienia zbiorczego recept w postaci elektronicznej opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym. Zestawienie zbiorcze jest podpisywane przez kierownika apteki oraz osobę/osoby reprezentujące podmiot prowadzący aptekę po zaakceptowaniu propozycji przedstawionej przez SI OW NFZ.

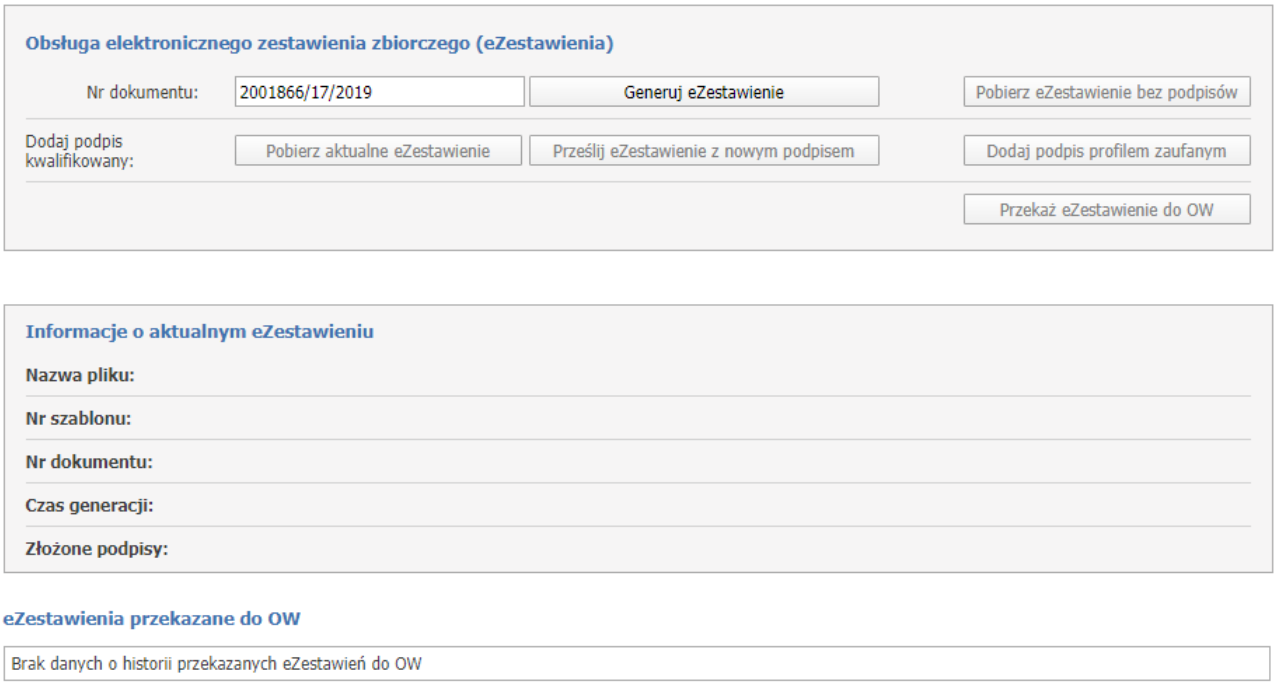
WAŻNE: Jeżeli szablon końcowy został wygenerowany i zatwierdzony przed 25.02.2020, nie będzie możliwości wygenerowania eZestawienia. Dla takich szablonów będzie wyświetlany komunikat:
eZestawienia nie można wygenerować jeśli propozycja szablonu została zlecona przed 25.02.2020.

Funkcjonalność obsługi eZestawień jest dostępna po wygenerowaniu propozycji szablonu. Do tego momentu przyciski z nią związane są nieaktywne.

© 2026 Kamsoft S.A.



Po wygenerowaniu a następnie zatwierdzeniu przez aptekę propozycji zestawienia zbiorczego pokaże się Szablon końcowy oraz **Obsługa elektronicznego zestawienia zbiorczego (eZestawienia)**.



Sekcja ***Obsługa elektronicznego zestawienia zbiorczego (eZestawienia)*** składa się z następujących przycisków/pól:

- **Nr dokumentu** - numer dokumentu wygenerowany przez SI OW NFZ wg wzoru: szablon/okres/rok może zostać zmieniony przez operatora apteki,
- **Generuj eZestawienie** - użycie tego przycisku spowoduje wygenerowanie eZestawienie na bazie zatwierdzonego szablonu końcowego,
- **Pobierz eZestawienie bez podpisów** - za pomocą tego przycisku można pobrać eZestawienie, które nie zawiera żadnego podpisu, nawet jeżeli do aktualnego eZestawienia już jakieś podpisy zostały dodane. Jest to

© 2026 Kamsoft S.A.

przydatne, gdy np. zdarzyła się pomyłka i eZestawienie podpisała osoba, która nie miała do tego prawa i apteka chce rozpocząć proces podpisywania od początku,
- **Pobierz aktualne eZestawienie** - za pomocą tego przycisku operator pobiera aktualne eZestawienie (które może już zawierać podpisy) aby je podpisać pierwszym lub kolejnym podpisem kwalifikowanym,
- **Prześlij eZestawienie z nowym podpisem** - za pomocą tego przycisku operator uaktualnia eZestawienie, przesyłając na Portal jego nową wersję, zawierającą nowy podpis (nowe podpisy) kwalifikowany,
- **Dodaj podpis profilem zaufanym** - za pomocą tego przycisku operator może podpisać eZestawienie potwierdzonym profilem zaufanym. Po kliknięciu operator zostanie przekierowany na stronę, gdzie podpisze aktualne eZestawienie (które może już zawierać inne podpisy kwalifikowane lub potwierdzone profilem zaufanym),
- **Przekaż eZestawienie do OW** - za pomocą tego przycisku operator przekazuje aktualne eZestawienie do SI OW NFZ. Operacja powinna być wykonana, gdy dokument jest zaopatrzony we wszystkie wymagane podpisy.

W sekcji ***Informacje o aktualnym eZestawieniu*** znajdują się dane szczegółowe dotyczące wygenerowanego eZestawienia z następującymi polami:
- **Nazwa pliku** - nazwa pliku, który został ostatnio przesłany,
- **Nr szablonu** - numer szablonu końcowego,
- **Nr dokumentu** - numer dokumentu, który został nadany podczas jego generowania,
- **Czas generacji** - najnowszy/ostatni czas generacji eZestawienia,
- **Złożone podpisy** - pole w którym wyświetla się imię i nazwisko osoby/osób, które złożyły podpis na dokumencie.

Przed wykonaniem generowania eZestawienia, pola w sekcji ***Informacje o aktualnym eZestawieniu*** będą puste. Po wygenerowaniu eZestawienia w sekcji tej zostaną uzupełnione informacje:
- Nr szablonu,
- Nr dokumentu,
- Czas generacji.

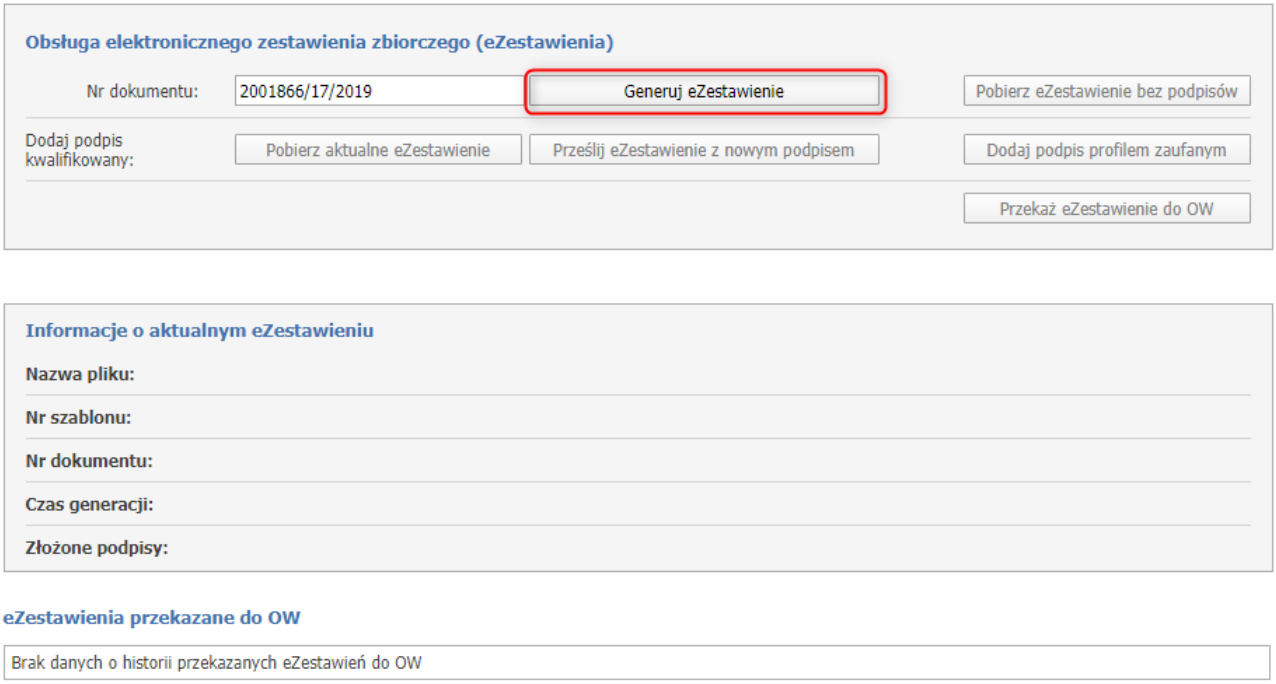
Po przesłaniu na Portal podpisanego pliku uzupełnią się pozostałe informacje:
- Nazwa pliku,
- Złożone podpisy.

Generowanie eZestawienia.
Podpisywanie eZestawienia podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.
Podpisywanie eZestawienia kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
Przekazywanie eZestawienia do OW.

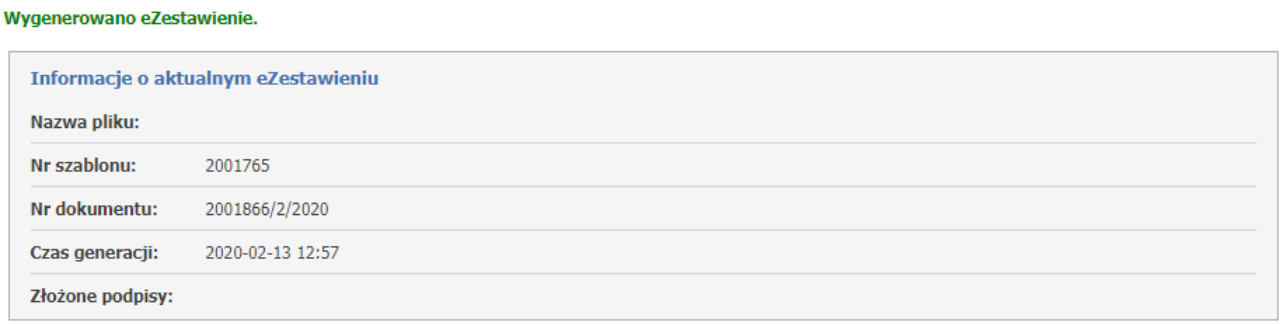
© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.4.1.1 Generowanie eZestawienia

Aby wygenerować eZestawienie należy użyć przycisku **Generuj eZestawienie**. Numer dokumentu jest generowany wg wzoru: szablon/okres/rok lub może zostać nadany przez operatora apteki.



Prawidłowo wygenerowane eZestawienie będzie zakończone komunikatem: **Wygenerowano eZestawienie**.



Komunikaty możliwych błędów podczas generowania eZestawienia:
- Brak danych w pliku z końcowym zestawieniem zbiorczym,
- Zestawienie zbiorcze, na podstawie którego miało zostać wygenerowane eZestawienie, jest puste,
- Wystąpił błąd podczas zapisu eZestawienia,
- Nie powiódł się zapis danych o wygenerowanym eZestawieniu,
- Nie powiodło się usunięcie danych poprzedniego eZestawienia,
- eZestawienie zostało błędnie wygenerowane,
- Wystąpił błąd podczas generowania eZestawienia. Przekroczono czas generacji,
- Wystąpił błąd podczas próby pobrania pliku XML z końcowym zestawieniem zbiorczym,
- Brak pliku XML z końcowym zestawieniem zbiorczym,
- Wystąpił błąd podczas analizy eZestawienia.

W przypadku powyższych komunikatów należy skontaktować się z OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

Uwaga:
W przypadku gdy eZestawienie nie będzie mogło zostać zatwierdzone przez OW, pojawi się ostrzeżenie:
eZestawienie nie będzie mogło zostać zatwierdzone, ponieważ przynajmniej jeden skan dokumentu uprawniającego nie został przekazany lub nie został pozytywnie zweryfikowany.

Ostrzeżenie to nie powoduje blokady generowania oraz wysyłania eZestawienia, jest tylko ostrzeżeniem, że eZestawienie nie będzie mogło zostać zatwierdzone.

4.3.4.1.2 Podpisywanie eZestawienia podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP

Informacje ogólne:

- eZestawienie może być wygenerowane, jeśli propozycja szablonu zestawienia zbiorczego została wygenerowana po aktualizacji SI OW NFZ w zakresie obsługi elektronicznego zestawienia zbiorczego (25.02.2020r.).
- Wszystkie operacje wykonywane są na aktualnym eZestawieniu.
- Kolejno składane podpisy są dopisywane do aktualnego eZestawienia, nie są w nim nadpisywane.
- Jeśli osoba podpisująca spełnia dwie funkcje (kierownika i osoby reprezntującej podmiot prowadzący aptekę) wystarczy, że złoży jeden podpis. Informacja o pełnionych przez nią funkcjach zostanie dodana przy przekazaniu podpisanego eZestawienia do SI OW NFZ.
- W przypadku korzystania z dodatków do przeglądarki, które usuwają ciasteczka (pliki cookie) przy przejściu między stronami, należy je wyłączyć. W przeciwnym przypadku proces nie zakończy się poprawnie.
- W przypadku gdy eZestawienie jest w trakcie podpisywania profilem zaufanym ePUAP, to przy próbie pobrania go w celu złożenia kolejnego podpisu pojawi się komunikat:

UWAGA: Użytkownik nie zakończył jeszcze procesu podpisu eZestawienia przez serwis ePUAP rozpoczętego o godzinie gg:mm. Dodanie kolejnego podpisu uniemożliwi mu dokończenie operacji.

WAŻNE: **W przypadku podpisywania profilem zaufanym zalecamy wykonać wszystkie czynności z tym związane w czasie 15 minut**, ponieważ przez taki czas wyświetlane jest ostrzeżenie na Portalu, że inna osoba właśnie podpisuje eZestawienie. **W przeciwnym wypadku może dojść do nadpisania eZestawienia przez inną osobę**. Jeśli czas został przekroczony sugerujemy przerwać aktualny proces, powrócić na portal i rozpocząć podpisywanie profilem zaufanym od początku. Dzięki temu można uniknąć sytuacji opisanej w przykładzie poniżej.

Przykład:

Osoba1 podpisała eZestawienie podpisem kwalifikowanym i przesłała je na portal.
Podpisy: Osoba1

Osoba2 rozpoczęła podpisywanie profilem zaufanym, przez 15 minut będzie wyświetlać się ostrzeżenie, że proces ten jest w trakcie.

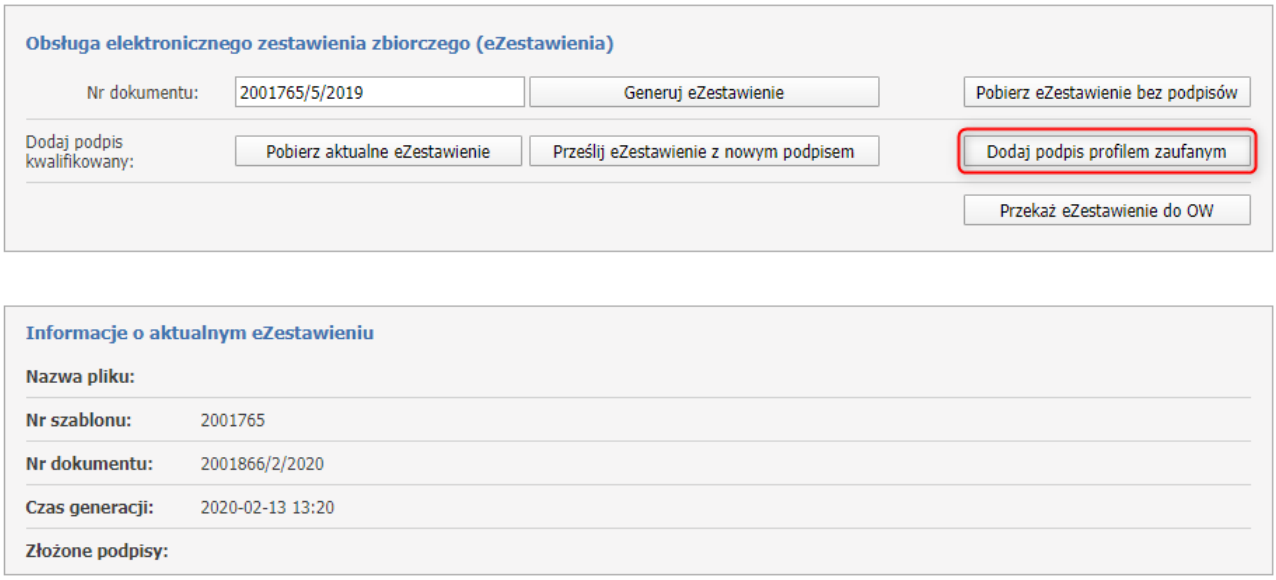
Osoba3 chce pobrać eZestawienie do podpisu, ale widzi ostrzeżenie. Czeka 20 min, ale Osoba2 jeszcze nie podpisała eZestawienia profilem zaufanym, jednak ostrzeżenie przestało się już wyświetlać.
Osoba3 nie widzi już ostrzeżenia, pobiera więc eZestawienie, podpisuje je i przesyła.
Podpisy: Osoba1, Osoba3

Osoba2 po godzinie kończy podpisywanie profilem zaufanym. Na portal zostaje przesłane eZestawienie z podpisami Osoba1, Osoba2, tym samym zniknął podpis Osoby3

© 2026 Kamsoft S.A.

***

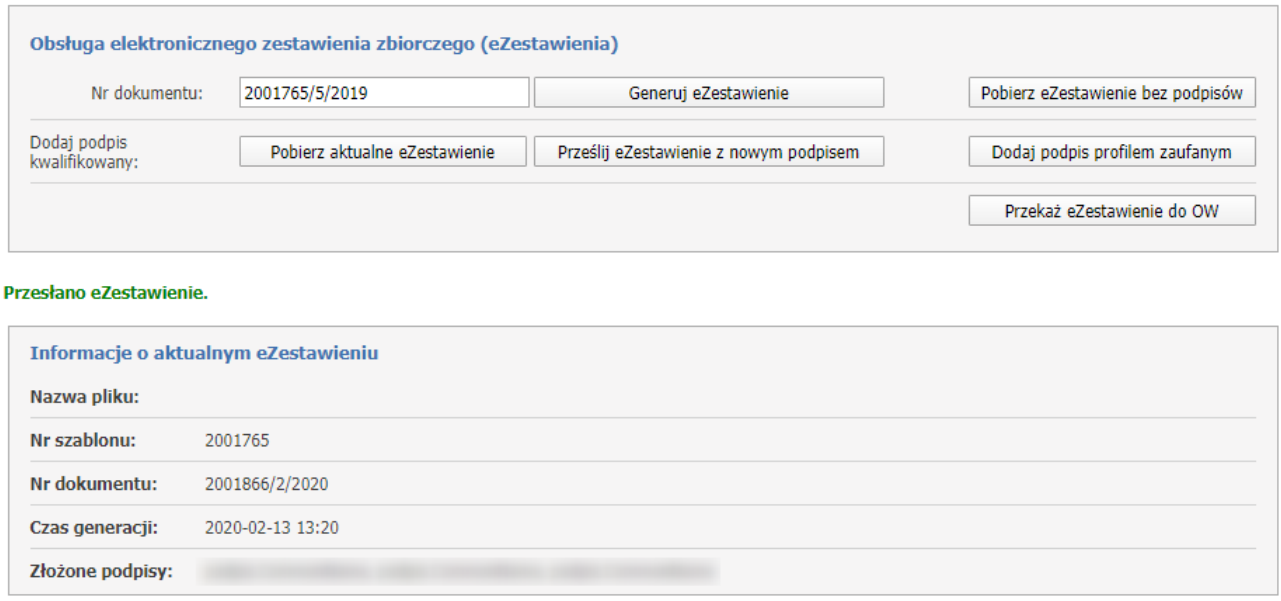
W sytuacji gdy operator chce skorzystać z opcji podpisu eZestawienia profilem zaufanym, należy skorzystać z przycisku **Dodaj podpis profilem zaufanym**.



Nastąpi automatyczne przekierowanie do strony obsługującej podpis profilem zaufanym.

Po pomyślnym zalogowaniu do portalu ePUAP należy postępować zgodnie z instrukcją tegoż portalu i podpisać dokument.
Po poprawnym podpisaniu użytkownik zostanie z powrotem przekierowany do Portalu Świadczeniodawcy

Dla prawidłowo podpisanego eZestawienia pojawi się komunikat: **Przesłano eZestawienie**.



© 2026 Kamsoft S.A.

Komunikaty możliwych błędów podczas przesyłania eZestawienia:
- Błędne rozszerzenie, akceptowane są tylko pliki XML lub XAdES,
- Błędny plik, niezgodność z plikiem, który został pobrany,
- Wystąpił błąd podczas zapisu eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas zapisu danych o podpisanym eZestawieniu,
- Wystąpił błąd podczas zapisywania pliku,
- eZestawienie nie jest podpisane,
- Błędny podpis podpisany przez: ...
- Wystąpił błąd podczas przekazywania dokumentu do serwisu ePUAP. Spróbuj ponownie później,
- Dokument nie został podpisany w serwisie ePUAP,
- Wystąpił błąd podczas pobierania dokumentu z serwisu ePUAP. Spróbuj ponownie później,
- Wystąpił błąd podczas pobierania informacji o certyfikatach dla podpisów z eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas pobierania informacji o podpisach z eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas pobierania błędów w podpisach z eZestawienia.
W przypadku powyższych komunikatów należy skontaktować się z OW NFZ.

W przypadku, gdy istnieje potrzeba aby eZestawienie podpisała inna lub kolejna osoba (np. eZestawienie wcześniej zostało podpisane przez kierownika apteki, a podpis musi złożyć jeszcze osoba reprezentująca aptekę) należy ponownie kliknąć na przycisk **Dodaj podpis profilem zaufanym** i wykonać dalsze czynności. Wtedy kolejny podpis zostanie dodany do eZestawienia.

W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. eZestawienie zostałoby podpisane przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Generuj eZestawienie** i rozpocząć proces podpisywania od początku. Tym samym operator po wygenerowaniu na nowo eZestawienia podpisuje profilem zaufanym jeszcze niepodpisane eZestawienie.

4. Kiedy wszystkie podpisy zostały już złożone, można przekazać eZestawinie za pomoca przycisku **Przekaż eZestawienie do OW.**

4.3.4.1.3 Podpisywanie eZestawienia kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Informacje ogólne:
- eZestawienie może być wygenerowane, jeśli propozycja szablonu zestawienia zbiorczego została wygenerowana po aktualizacji SI OW NFZ w zakresie obsługi elektronicznego zestawienia zbiorczego (25.02.2020r.).
- Wszystkie operacje wykonywane są na aktualnym eZestawieniu.
- Kolejno składane podpisy są dopisywane do aktualnego eZestawienia, nie są w nim nadpisywane.
- Jeśli osoba podpisująca spełnia dwie funkcje (kierownika i osoby reprezntującej podmiot prowadzący aptekę) wystarczy, że złoży jeden podpis. Informacja o pełnionych przez nią funkcjach zostanie dodana przy przekazaniu podpisanego eZestawienia do SI OW NFZ.

WAŻNE: Należy zwrócić uwagę na listę podpisów podczas pobierania pliku jak i przesyłania po dodaniu podpisu kwalifikowanego. Poprzednie podpisy powinny być takie same. Jeśli nie są oznacza to, że w międzyczasie inna osoba podpisała eZestawienie.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przykład:
Osoba1 podpisała eZestawienie podpisem kwalifikowanym i przesłała je na portal.
Podpisy: Osoba1

Osoba2 pobrała aktualne eZestawienie z podpisem Osoby1.
Osoba3 pobrała aktualne eZestawienie z podpisem Osoby1.

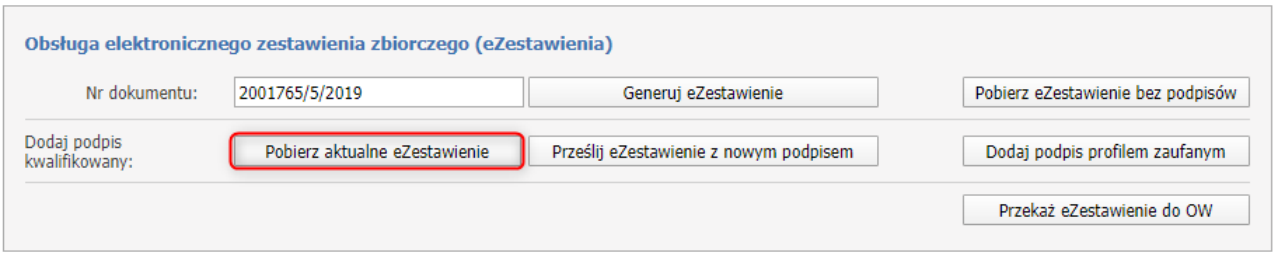
Osoba3 przesłała eZestawienie z dopisanym swoim podpisem.
Podpisy: Osoba1, Osoba3

Osoba2 chce teraz przesłać eZestawienie, ale widzi, że dopisana została jeszcze Osoba3. Powinna więc jeszcze raz pobrać aktualne eZestawienie (z podpisami Osoby1 i Osoby3) i dodać swój podpis.
W przeciwnym wypadku, gdyby wysłała swój plik, zniknąłby podpis Osoby3, bo przesłałaby tylko podpisy Osoby1, Osoby2.

***

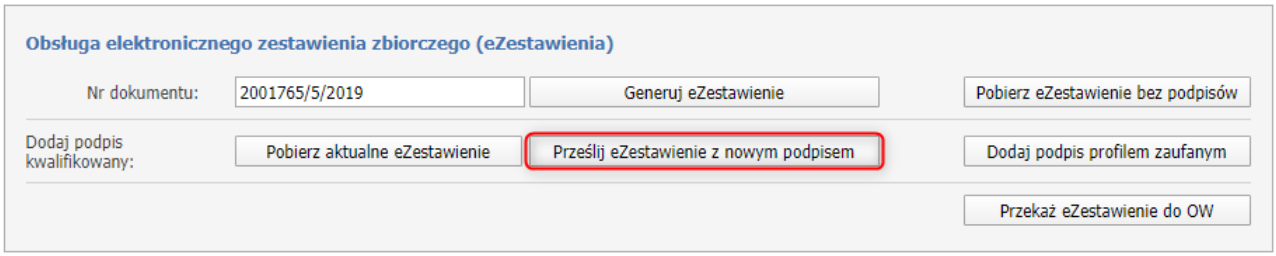
1. Za pomocą przycisku **Pobierz aktualne eZestawienie** należy pobrać plik XML z aktualnym eZestawieniem zbiorczym, który musi zostać zapisany na lokalnym dysku.

Możliwy komunikat błędu występujący podczas pobierania eZestawienia:
- Plik jest pusty i nie można go pobrać.
W przypadku powyższego komunikatu należy skontaktować się z OW NFZ.



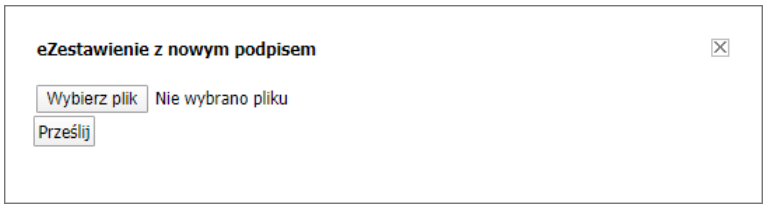
2. Pobrane eZestawienie jest gotowe do podpisu. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft, podpisem kwalifikowanym (instrukcje dotyczące każdego dostawcy i ustawień znajdują się w odrębnym dokumencie). Zamieszczony podpis musi być **otoczony**, podpisuje się plik XML.

3. Podpisane eZestawienie należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij eZestawienie z nowym podpisem**.

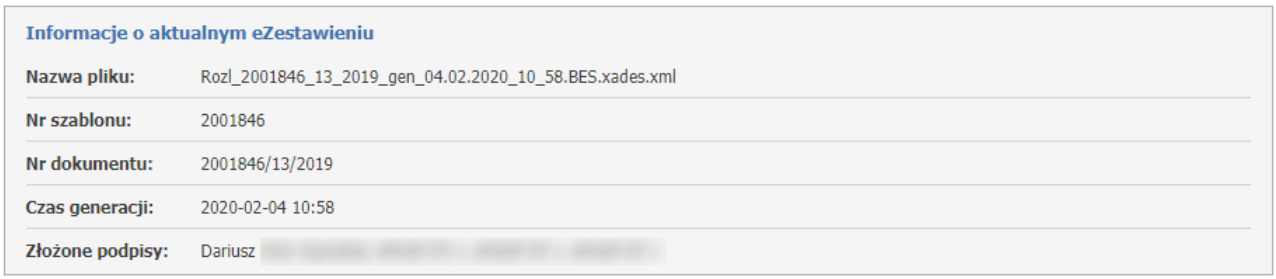


© 2026 Kamsoft S.A.

Otworzy się okno, gdzie należy wybrać podpisane wcześniej eZestawienie używając przycisku **Wybierz plik** a następnie **Prześlij**.



Informacje o przesłanym eZestawieniu pojawią się w sekcji ***Informacje o aktualnym eZestawieniu***, gdzie będą widoczne między innymi informacje o wszystkich podpisach złożonych w danym eZestawieniu.



Komunikaty możliwych błędów podczas przesyłania eZestawienia:
- Błędne rozszerzenie, akceptowane są tylko pliki XML lub XAdES,
- Błędny plik, niezgodność z plikiem, który został pobrany,
- Wystąpił błąd podczas zapisu eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas zapisu danych o podpisanym eZestawieniu,
- Wystąpił błąd podczas zapisywania pliku,
- eZestawienie nie jest podpisane,
- Błędny podpis podpisany przez: ...
- Wystąpił błąd podczas pobierania informacji o certyfikatach dla podpisów z eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas pobierania informacji o podpisach z eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas pobierania błędów w podpisach z eZestawienia.
W przypadku powyższych komunikatów należy skontaktować się z OW NFZ.

W przypadku, gdy istnieje potrzeba aby eZestawienie podpisała kolejna osoba (np. eZestawienie wcześniej zostało podpisane przez kierownika apteki, a podpis musi złożyć jeszcze osoba reprezentująca aptekę) należy skorzystać z przycisku **Pobierz aktualne eZestawienie** (będzie ono już podpisane podpisem kierownika). Następnie postępuje się jak w przypadku opisanym powyżej czyli operator pobiera aktualne zestawienie, zapisuje je na dysku lokalnym, podpisuje zewnętrzną aplikacją a następnie przekazuje na Portal za pomocą przycisku **Prześlij eZestawienie z nowym podpisem**.

W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. eZestawienie zostałoby podpisane przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **eZestawienie bez podpisów** i rozpocząć proces

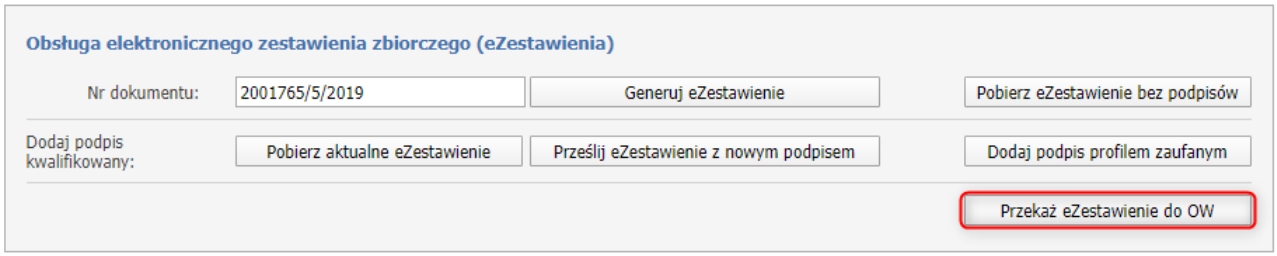
© 2026 Kamsoft S.A.

podpisywania od początku czyli operator pobiera aktualne zestawienie, zapisuje je na dysku lokalnym, podpisuje zewnętrzną aplikacją a następnie zaczytuje za pomocą przycisku **Prześlij eZestawienie z nowym podpisem**.

4. Kiedy wszystkie podpisy zostały już złożone, można przekazać eZestawinie za pomoca przycisku **Przekaż eZestawienie do OW.**

4.3.4.1.4 Przekazywanie eZestawienia do OW

Jeżeli wszystkie podpisy zostały już złożone, można przekazać eZestawienie do SI OW NFZ.



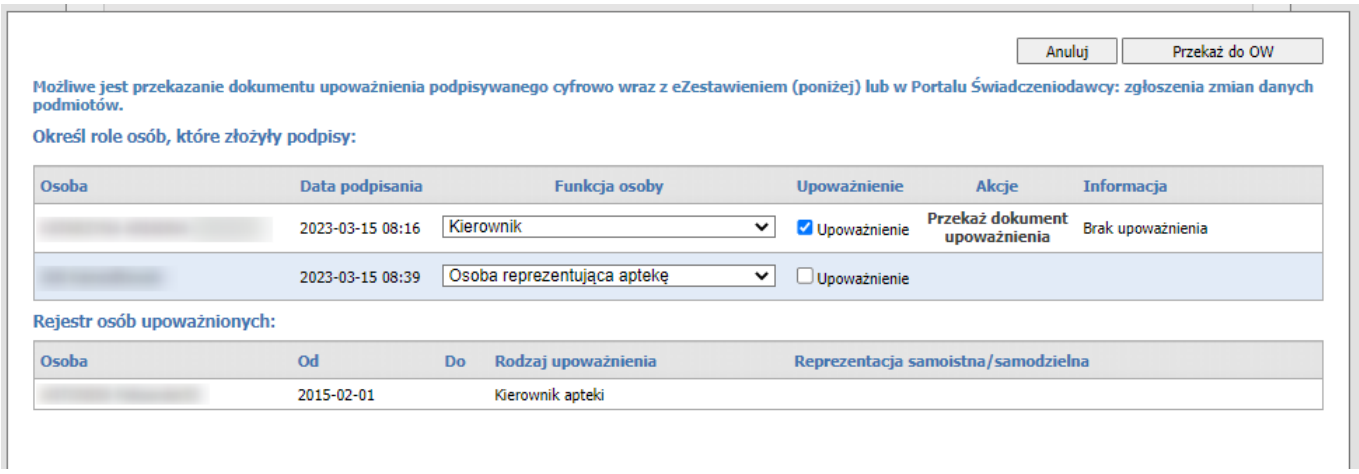
Po kliknięciu w przycisk **Przekaż eZestawienie do OW** zostanie wyświetlona formatka, na której należy określić funkcje osób/osoby, które złożyły podpisy.
Każda pozycja składa się z:

- Osoba - imię i nazwisko osoby, która złożyła podpis,
- Data podpisania - data i godzina podpisania eZestawienia,
- Funkcja osoby - funkcja jaką pełni wybrana osoba, pole obowiązkowe. Do wyboru z listy rozwijanej: Kierownik, Osoba reprezentująca aptekę, Kierownik i osoba reprezentująca aptekę. Jeśli nie zostanie wybrana żadna rola pojawi się komunikat: **Należy wybrać funkcje dla wszystkich osób, które złożyły podpisy.** Funkcja kierownika może wystąpić tylko raz
- Upoważnienie - w przypadku gdy osoba posiada upoważnienie do złożenia podpisu, należy zaznaczyć checkbox.

Na etapie przypisywania funkcji dla osób podpisujących eZestawienie jest możliwość wczytania dokumentu z upoważnieniem dla danej osoby podpisującej eZestawienie i przekazania go do OW NFZ.
Dołączenie plików z dokumentem upoważnienia jest możliwe dla osób podpisujących , dla których zanaczono znacznik *Upoważnienie*.

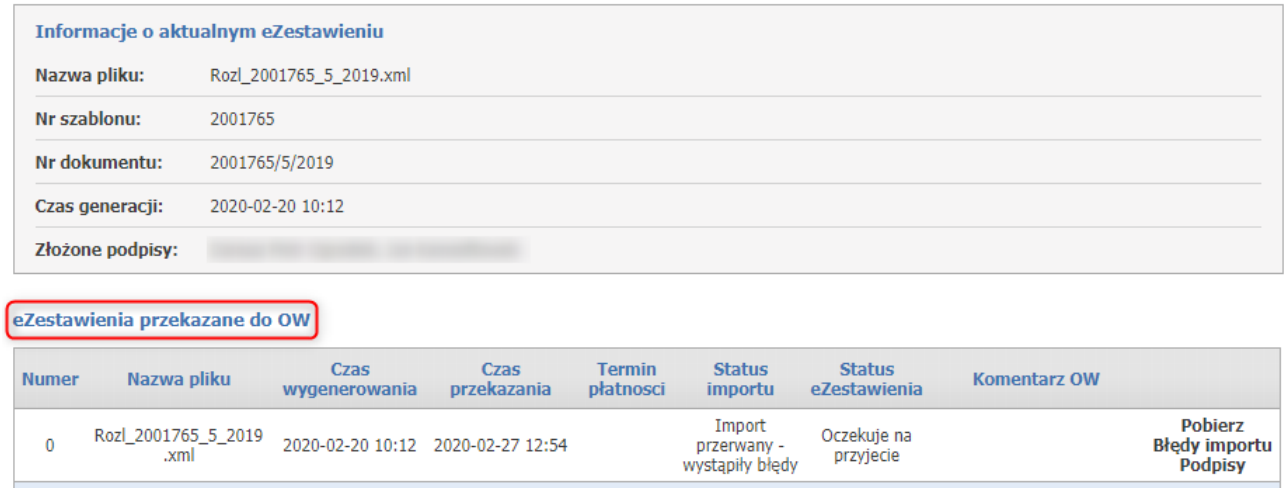
- Akcje - wybranie znacznika *Upoważnienie* wyświetli przycisk **Przekaż dokument upoważnienia**,
- Informacja - zostaje wyświetlona informacja na temat danej osoby, czy system znalazł ważne upoważnienie: Osoba upoważniona/Brak upoważnienia.

© 2026 Kamsoft S.A.



Następnie za pomocą przycisku **Przekaż do OW**, eZestawienie zostanie przesłane i będzie oczekiwało na import.
Podczas przekazywania eZestawienia do OW NFZ nastąpi sprawdzenie, czy osoby podpisane pod eZestawieniem mają aktualne upoważnienia na dzień podpisu. W przypadku ich braku wyświetli się komunikat o jego braku. Operator będzie mógł wprowadzić zmiany (np. dołączyć plik z upoważnieniem) lub zignorować je i przekazać eZestawnienie do OW NFZ.

Informacje odnośnie przesłanego pliku i jego statusu można zobaczyć w sekcji **eZestawienia przekazane do OW**.



Każda pozycja składa się z:

- Numer - numer korekty eZestawienia,
- Nazwa pliku - nazwa pliku, który został ostatnio przesłany,
- Czas wygenerowania - data i godzina wygenerowania eZestawienia,
- Czas przekazania - data i godzina przekazania eZestawienia,
- Termin płatności - termin płatności za fakturę,
- Status importu - status w jakim na daną chwilę znajduje się eZestawienie (możliwe statusy opisane poniżej),
- Status eZestawienia - status w jakim na daną chwilę znajduje się eZestawienie (możliwe statusy opisane poniżej),
- Komentarz OW - komentarz, który jest widoczny jeśli taki zamieści operator po stronie OW,

© 2026 Kamsoft S.A.

- Pobierz - pobiera plik przesłany do OW,
- Błędy importu - otwiera formatkę, na której wyświetla się komunikat/komunikaty błędów,
- Podpisy - otwiera formatkę, na której wyświetla się osoba/osoby, które złożyły podpisy na eZestawieniu.

Możliwe statusy importu i eZestawienia

Możliwe statusy importu:
- Oczekuje,
- Import przerwany - wystąpiły błędy -> w tym przypadku można ponowić próbę przekazania eZestawienia,
- Zaimportowano pomyślne.

Po pomyśnym zainportowaniu eZestawienia, następuje jego weryfikacja w OW NFZ.
Możliwe statusy eZestawienia:
- Oczekuje na przyjęcie,
- Odrzucone -> w tym przypadku można ponowić próbę przekazania eZestawienia,
- Zaksięgowane.

Status importu	Status eZestawienia	
Oczekuje	Oczekuje na przyjęcie	
Import przerwany – wystąpiły błędy	Oczekuje na przyjęcie	Koniec negatywny
Zaimportowano pomyślnie	Odrzucone	Koniec negatywny
Zaimportowano pomyślnie	Zaksięgowane	Koniec pozytywny

Uproszczony schemat statusów.

Należy pamiętać, że status importu, to nie to samo co status eZestawienia.
Tak więc status importu „Zaimportowano pomyślnie" oznacza tylko, że eZestawienie zostało zapisane w systemie, a nie że jest ono poprawne i zostanie przekierowane do księgowania. Jest to więc zupełnie inny status niż status eZestawienia „Zatwierdzony", który ustawia OW.

Komunikaty możliwych błędów podczas przekazywania eZestawienia:
- Brak aktualnego pliku, który można przesłać do OW,
- Aktualne eZestawienie jest puste i nie można go pobrać,
- Wystąpił błąd podczas pobrania eZestawienia do przekazania,
- Takie samo eZestawienie (pod względem treści i zawartych podpisów) już zostało przekazane,
- Wystąpił błąd podczas analizowania przekazywanego eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas pobierania informacji z certyfikatach dla podpisów z eZestawienia,
- Wystąpił błąd podczas pobierania informacji o podpisach z eZestawienia. .
W przypadku powyższych komunikatów należy skontaktować się z OW NFZ.

Jeżeli wystąpiły błędy podczas importu eZestawienia lub zostało ono odrzucone z powodu np. podpisania go przez niepowołaną osobę, wtedy przyciski umożliwiające obsługę eZestawień odblokowują się i można rozpocząć proces podpisywania oraz przekazania eZestawienia od początku.

W przypadku odrzucenia dokumentu z przyczyn formalnych przez pracownika OW NFZ w części ***eZestawienie przekazane do OW*** pojawi się powód odrzucenia dokumentu.

© 2026 Kamsoft S.A.

eZestawienia przekazane do OW

Numer	Nazwa pliku	Czas wygenerowania	Czas przekazania	Termin płatnosci	Status importu	Status eZestawienia	Komentarz OW	
0	Rozl_2001765_5_2019 .xml	2020-02-20 10:12	2020-02-27 12:54		Import przerwany - wystąpiły błędy	Oczekuje na przyjecie		Pobierz Błędy importu Podpisy
0	d8d92b80-aefb-49a1-867b-33c579175d07	2020-01-24 12:32	2020-02-07 06:55		Import przerwany - wystąpiły błędy	Oczekuje na przyjecie		Pobierz Błędy importu Podpisy
0	Rozl_2001765_5_2019_gen_04.02.2020_11_49 .T.xades.xml	2020-02-04 11:49	2020-02-04 11:54		Zaimportowana pomyślnie	Odrzucone	Zestawienie zostało podpisane przez nieupoważnione osoby	Pobierz Błędy importu Podpisy

Jeżeli eZestawienie zostało przekazane do SI OW NFZ, to przyciski do obsługi eZestawienia są nieaktywne. Jeżeli eZestawienie zostało zaakceptowane i zaksięgowane, to aby złożyć korektę należy skorzystać z opcji **Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego**.

Po przekazaniu eZestawienia do OW w sekcji **eZestawienia przekazane do OW** aktywuje się przycisk **Podpisy**. Po kliknięciu w przycisk **Podpisy** zostanie wyświetlona formatka, na której jest wyświetlony podgląd wszystkich osób, które złożyły podpisy.

eZestawienia przekazane do OW

Numer	Nazwa pliku	Czas wygenerowania	Czas przekazania	Termin płatnosci	Status importu	Status eZestawienia	Komentarz OW	
0	Rozl_2001765_5_2019 .xml	2020-02-20 10:12	2020-02-27 12:54		Import przerwany - wystąpiły błędy	Oczekuje na przyjecie		Pobierz Błędy importu Podpisy

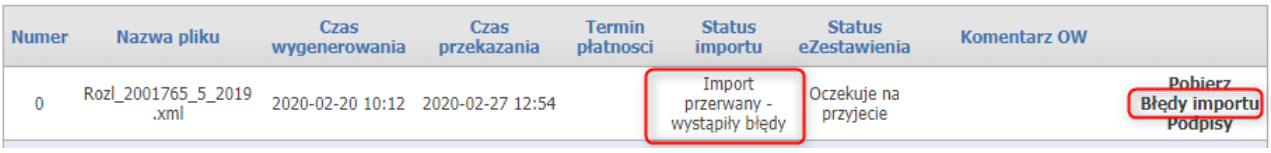
Każda pozycja składa się z:

- Osoba - imię i nazwisko osoby, która złożyła podpis,
- Funkcja osoby - funkcja jaką pełni wybrana osoba. Możliwe funkcje do wyświetlenia: Kierownik, Osoba reprezentująca aptekę, Kierownik i osoba reprezentująca aptekę,
- Upoważnienie - informacja czy dana osoba posiada upoważnienie. Możliwe opcje do wyświetlenia: Tak/Nie,
- Data podpisania - data i godzina podpisania eZestawienia,
- Rodzaj podpisu - informacja, jaki zrodzaj podpisu został złożony przez daną osobę. Możliwe opcje do wyświetlenia: Podpis kwalifikowany, Podpis ePUAP.

Osoba	Funkcja osoby	Upoważnienie	Data podpisania	Rodzaj podpisu
[illegible]	Kierownik	Nie	2020-02-27 12:48:27	Podpis kwalifikowany
[illegible]	Kierownik i osoba reprezentująca aptekę	Nie	2020-02-27 12:52:27	Podpis ePUAP

Po przekazaniu eZestawienia do OW w sekcji **eZestawienia przekazane do OW**, przy statusie importu ***Import przerwany - wystąpiły błędy***, aktywuje się przycisk **Błędy importu** (w pozostałych statusach przycisk jest wyszarzony).

© 2026 Kamsoft S.A.



Po kliknięciu w przycisk **Błędy importu** zostanie wyświetlona formatka, na której jest wyświetlony komunikat/komunikaty błędu.

Komunikaty możliwych błędów importu:
błąd techniczny:
- Wystąpił błąd techniczny podczas importu. Skontaktuj się z OW NFZ,
pozostałe błędy:
- Dokument rozliczeniowy oznaczony numerem: ... został już zaewidencjonowany,
- Nie można wykonać korekty - brak danych podstawowych,
- Błąd odczytu danych. Numer korekty ...,
- Nie można wprowadzić korekty. Nie została zaksięgowana poprzednia korekta,
- Wartość dopłaty z dokumentu: ... nie jest zgodna z wartością szablonu ...,
- Liczba pozycji z dokumentu: ... nie jest zgodna z liczbą szablonu ...,
- Liczba recept z dokumentu: ... nie jest zgodna z liczbą recept z szablonu ...,
- Kwota refundacji z dokumentu: ... nie jest zgodna z wartością szablonu ...,
- Wartość dokumentu: ... nie jest zgodna z wartością szablonu ...,
- Wartość dopłaty z dokumentu: ... nie jest zgodna z wartością z szablonu ...,
- Liczba pozycji z dokumentu: ... nie jest zgodna z liczbą pozycji z szablonu ...,
- Liczba recept z dokumentu: ... nie jest zgodna z liczbą recept z szablonu ...,
- Kwota refundacji z dokumentu: ... nie jest zgodna z kwotą refundacji z szablonu ...,
- Wartość dokumentu: ... nie jest zgodna z wartością szablonu ...,
- Rachunek elektroniczny nie może zostać zaimportowany, ponieważ szablon rachunku z dokumentu został już wcześniej rozliczony,
- W części B sprawozdania znajdują się wpisy dotyczące Polski lub nie został poprawnie przypisany kod płatnika, niepoprawny stan danych CBS.

Dla świadczeniodawcow prowadzących aptekę i nie aptecznych istnieją parametry dla właścicieli, osób uprawnionych do podpisywania umów i aneksów oraz zastępujacych kierownika (dla aptek), które wskazują czy dla danej osoby występuje obsługa z wykorzystaniem wniosku, jesli tak to czy wymagane jest dolaczenie dokumentu potwierdzajacego, oraz czy wymagany jest na nim podpis cyfrowy

© 2026 Kamsoft S.A.

Dla Portalu Świadczniodowacy zostały dodane parametry (dla świadczeniodawców prowadzących aptekę i nie apteczych), które dotyczą 4 kategorii:

• osoba uprawniona przez podmiot do podpisywania umowy i aneksów
• osoba uprawniona przez podmiot do podpisywania zestawień zbiorczych
• osoba upoważniona do zastępowania kierownika apteki
• właściciel

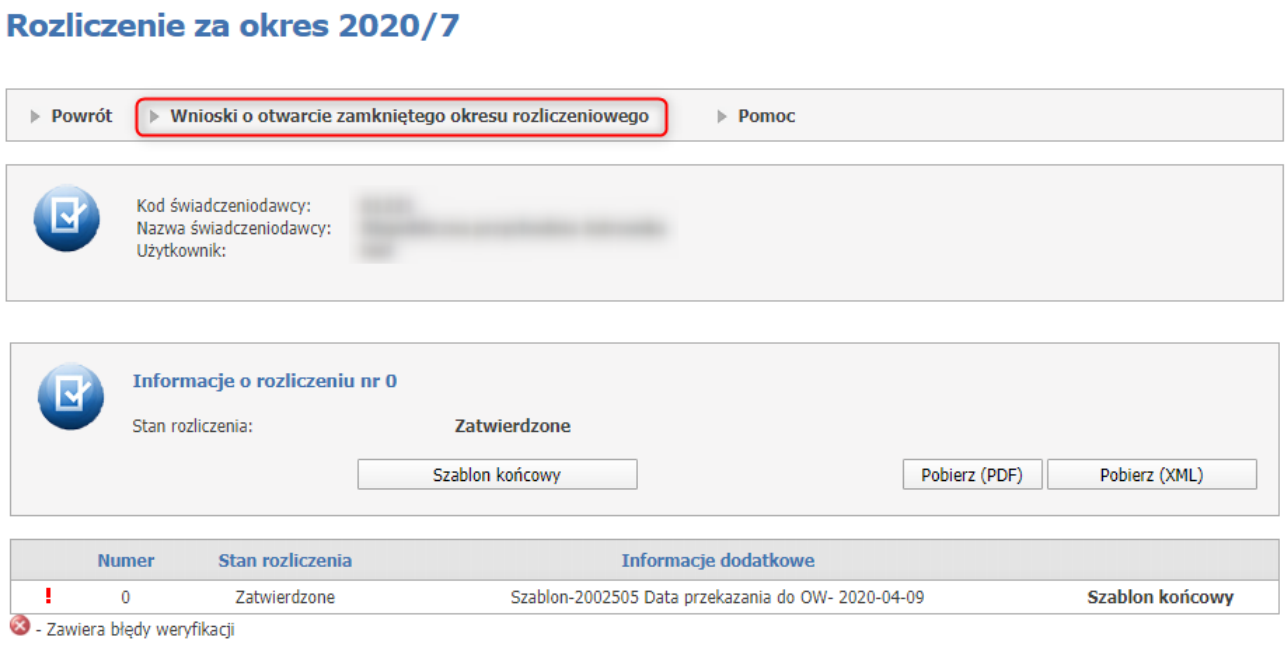
które wskazują czy dla danej osoby występuje obsługa z wykorzystaniem wniosku, jeżeli występuje - to czy wymagane jest dołączenie dokumentu potwierdzajacego, oraz czy wymagany jest na dokumencie podpis cyfrowy.

Uwaga:
W przypadku gdy eZestawienie nie będzie mogło zostać zatwierdzone przez OW, pojawi się ostrzeżenie:
eZestawienie nie będzie mogło zostać zatwierdzone, ponieważ przynajmniej jeden skan dokumentu uprawniającego nie został przekazany lub nie został pozytywnie zweryfikowany.

Ostrzeżenie to nie powoduje blokady generowania oraz wysyłania eZestawienia, jest tylko ostrzeżeniem, że eZestawienie nie będzie mogło zostać zatwierdzone

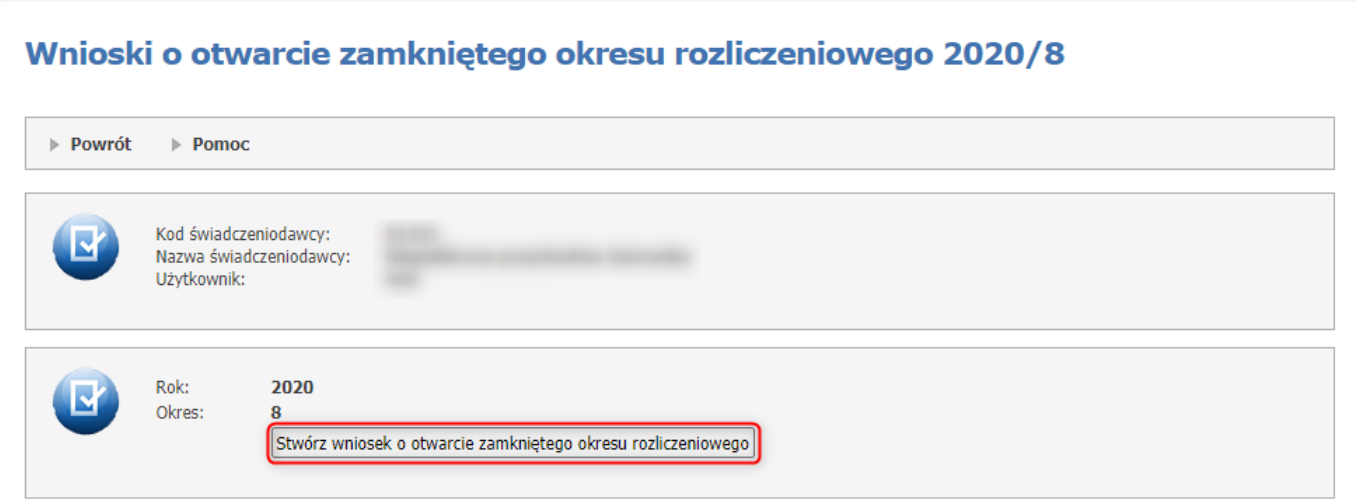
4.3.4.2 Otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego

Otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego możliwe jest z okna przeglądu szczegółów okresu rozliczeniowego. Służy do tego link **Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego**.



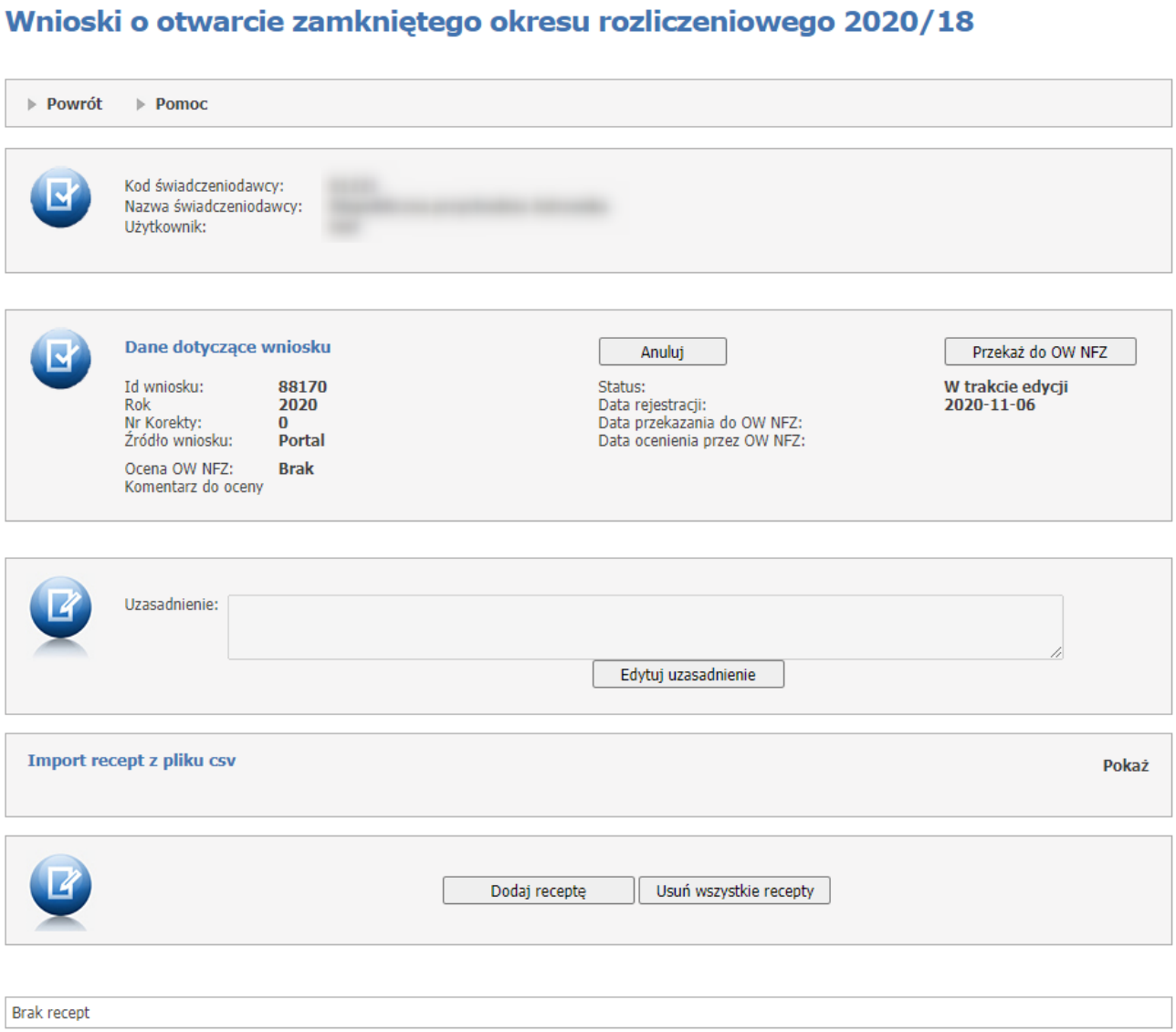
4.3.4.2.1 Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego

Po kliknięciu w link **Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego** operator zostaje przeniesiony do nowego okna.
Aby stworzyć nowy wniosek należy kliknąć w przycisk **Stwórz wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego**.



Po kliknięciu w przycisk **Stwórz wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego** pojawi się okno z wnioskiem do wypełnienia.
Dodanie uzasadnienia jest obowiązkowe, natomiast dodanie listy recept jest opcjonalne.
Po wypełnieniu wniosku należy go przekazać do OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

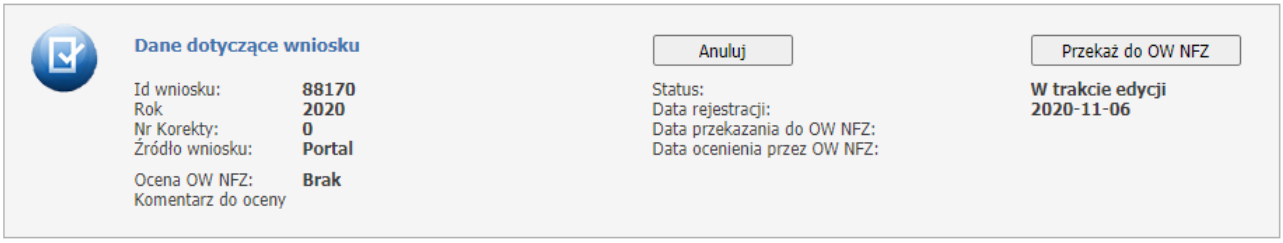


W części ***Dane dotyczące wniosku*** znajdują się dane opisujące wniosek. Każda pozycja składa się z:

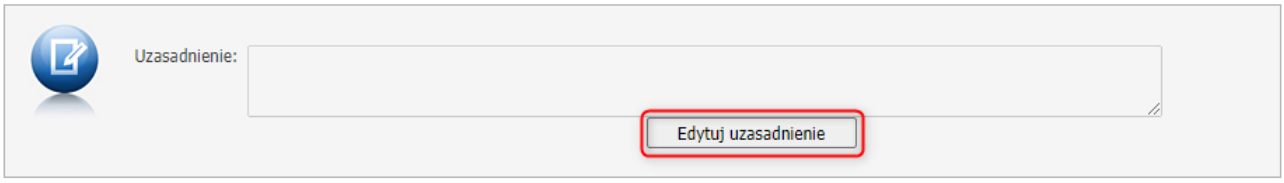
- Id wniosku - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Rok - rok, dla którego tworzony jest wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego;
- Nr Korekty - numer korekty;
- Źródło wniosku - źródło opisuje przez kogo został stworzony wniosek, czy przez pracownika apteki (Portal) czy przez operatora w OW NFZ (OW NFZ);
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Oceniany, Zakończony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Data przekazania do OW NFZ - data, kiedy został przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ocenienia przez OW NFZ - data, kiedy został oceniony wniosek przez operatora OW NFZ;
- Ocena OW NFZ - ocena, która wyświetli się po dodaniu jej przez OW NFZ. Oceny mogą być następujące: Brak, Zaakceptowano, Odrzucono;
- Komentarz do oceny - komentarz, wyświetla się po dodaniu go przez operatora OW NFZ;

W części tej znajdują się też przyciski **Przekaż do OW NFZ,** którego kliknięcie spowoduje przekazanie zgłoszenia do OW NFZ oraz przycisk **Anuluj**, którego kliknięcie spowoduje nieodwracalne anulowanie wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

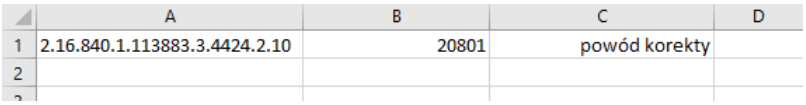


Poniżej sekcji **Dane dotyczące wniosku**, znajduje się część ***Uzasadnienie***.
Pole do edycji i opisu pojawi się po kliknięciu w przycisk **Edytuj uzasadnienie**.



W części ***Import recept z pliku csv*** możliwy jest import recept z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.

Po wyświetleniu całej zawartości części ***Import recept z pliku csv*** dostępny stanie się przycisk **Wybierz plik** umożliwiający wskazanie pliku z danymi do zaimportowania. Przycisk **Wyślij plik** umożliwia wysłanie wskazanego pliku. Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu. Poniżej zaprezentowana jest prawidłowa struktura pliku CSV otwartego w aplikacji Microsoft® Excel®.

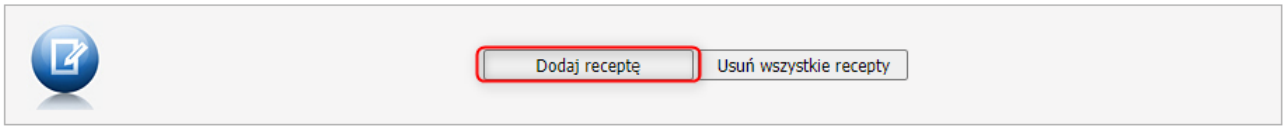


	A	B	C	D
1	2.16.840.1.113883.3.4424.2.10	20801	powód korekty	
2				

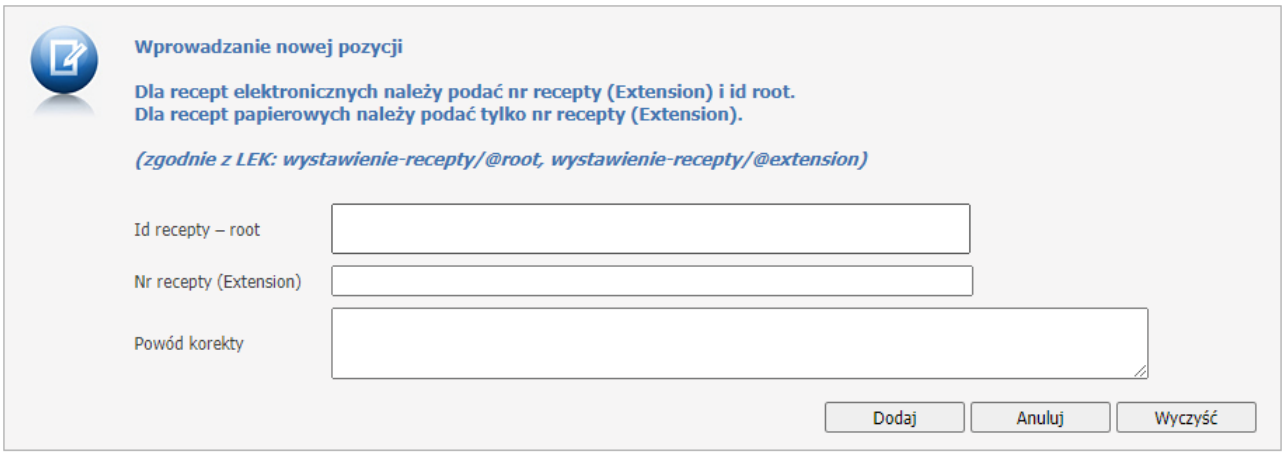
Ostrzeżenie: W przypadku tworzeniu pliku csv w programie MS Excel sugerujemy sformatować całość pliku do formatu tekstowego, a nie liczbowego (uniknie się wtedy automatycznej konwersji). W przypadku stworzenia pliku w innym programie np. Notatniku, który następnie zostanie otwarty w programie MS Excel prosimy o zwrócenie uwagi na właściwe formatowanie pliku csv.

© 2026 Kamsoft S.A.

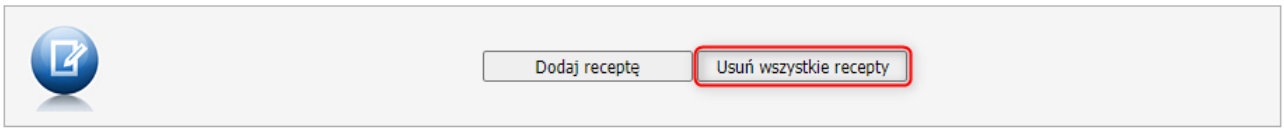
Pod częścią ***Import recept z pliku csv*** znajduje się sekcja, która pozwala na pojedyncze wprowadzenie nowych recept do wniosku. Służy do tego przycisk **Dodaj receptę**.



Dodaj receptę umożliwia ręczne wprowadzenie recepty. Po jego kliknięciu dostępna stanie się część ***Wprowadzanie nowej pozycji***, w której należy wypełnić pola zgodnie z komunikatem LEK: wystawienie-recepty/@root, wystawienie-recepty/@extension, zgodnie z LEK realizacja/@id-realizacji, realizacja/@id-inst lub apteka/@id-inst. Możliwe jest też dodanie komentarza. Po wprowadzeniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj** co spowoduje dodanie recepty do wniosku i jednocześnie wyczyści pola edycji umożliwiając wprowadzenie następnych danych. Wyjście z trybu wprowadzania danych umożliwia przycisk **Anuluj**.



Usuń wszystkie recepty umożliwia usunięcie wszystkich pozycji ze zgłoszenia.



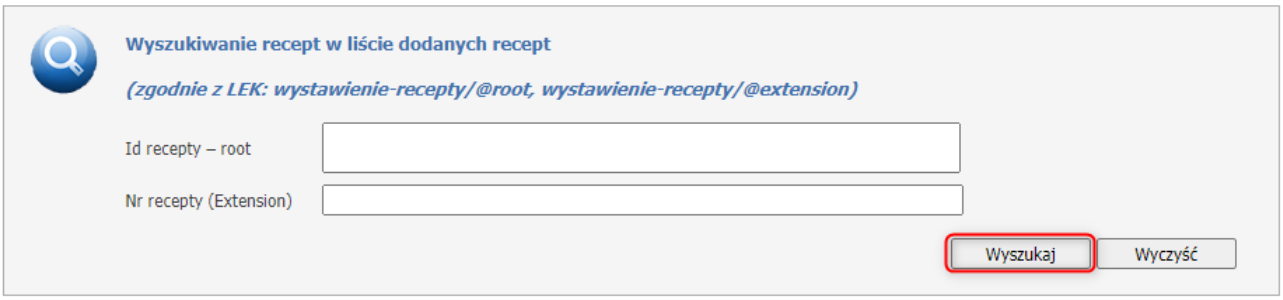
Wprowadzone recepty widoczne są w postaci listy:

Id recepty – root	Nr recepty (Extension)	Powód korekty	Ocena OW	Komentarz OW	
2.16.840.1.113883.3.4424.2.10	20801	powód kore...	Brak		Edytuj Usuń Szczegóły

© 2026 Kamsoft S.A.

Po wprowadzeniu danych każdą pozycję można edytować i usuwać. Służą do tego odnośniki **Edytuj** i **Usuń** znajdujące się przy każdej pozycji na liście szczegółów zgłoszenia. Odnośnik **Szczegóły** służy do podglądu recepty z listy. Są tam widoczne pełne komentarze zarówno OW jak i apteki.

Po wprowadzeniu recept użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków za pomocą sekcji **Wyszukiwanie recept w liście dodanych recept** wpisując wyszukiwane dane w odpowiednie pola a następnie za pomocą przycisku **Wyszukaj**.



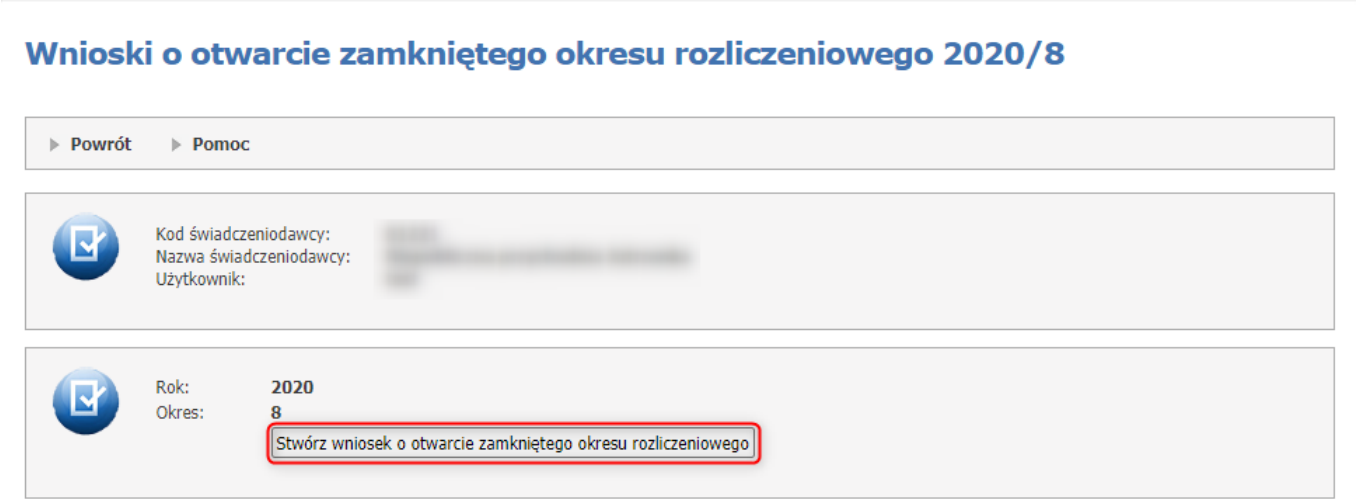
Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie zostanie oceniony przez OW NFZ można go przywrócić do edycji za pomocą przycisku **Przywróć do edycji**.
Przycisk **Anuluj** powoduje anulowanie wniosku, po którym **nie** można go już przywrócić do edycji.

Postępowanie w przypadku otwierania okresu rozliczeniowego.
Wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego można dodać jeśli szablon został zatwierdzony.
Wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego można przekazać do OW NFZ, gdy szablon jest zatwierdzony i nie istnieje inny wniosek o otwarcie zakmniętego okresu rozliczeniowego do tego okresu w statusie *Przekazany do OW NFZ* lub *Oceniany*.
Operator OW NFZ może zatwierdzić wniosek o otwarcie zakmniętego okresu rozliczeniowego, gdy do ostatniej korekty do danego okresu jest zaakceptowane papierowe lub elektroniczne zestawienie.

© 2026 Kamsoft S.A.

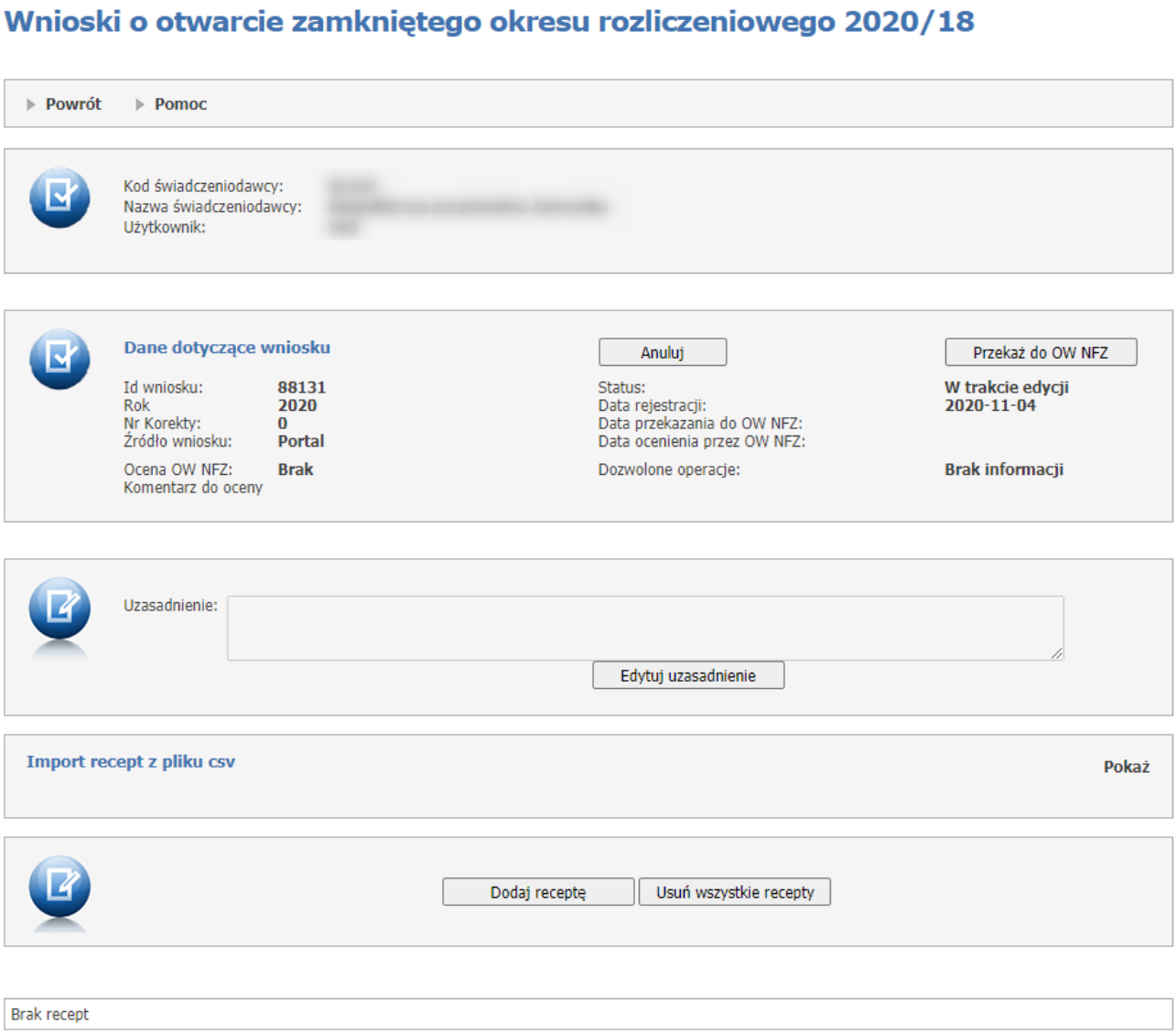
4.3.4.2.2 Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego - pilotaż dla 12 OW NFZ

Po kliknięciu w link **Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego** operator zostaje przeniesiony do nowego okna.
Aby stworzyć nowy wniosek należy kliknąć w przycisk **Stwórz wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego**.



Po kliknięciu w przycisk **Stwórz wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego** pojawi się okno z wnioskiem do wypełnienia.
Dodanie uzasadnienia jest obowiązkowe, natomiast dodanie listy recept jest opcjonalne.
Po wypełnieniu wniosku należy go przekazać do OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

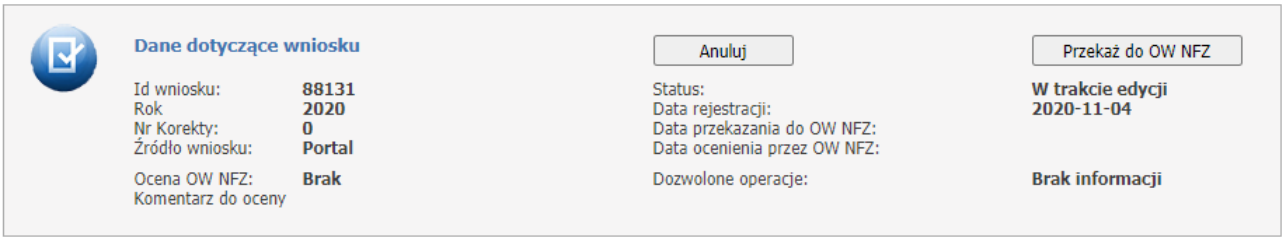


W części ***Dane dotyczące wniosku*** znajdują się dane opisujące wniosek. Każda pozycja składa się z:

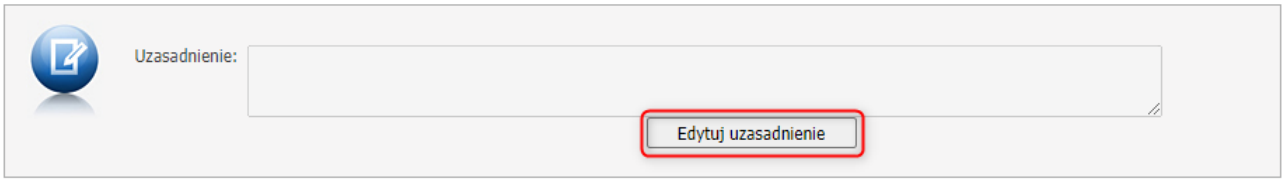
- Id wniosku - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania wniosku;
- Rok - rok, dla którego tworzony jest wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego;
- Nr Korekty - numer korekty;
- Źródło wniosku - źródło opisuje przez kogo został stworzony wniosek, czy przez pracownika apteki (Portal) czy przez operatora w OW NFZ (OW NFZ);
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW NFZ, Oceniany, Zakończony, Anulowany;
- Data rejestracji - data, kiedy został dodany wniosek;
- Data przekazania do OW NFZ - data, kiedy został przekazany wniosek do OW NFZ;
- Data ocenienia przez OW NFZ - data, kiedy został oceniony wniosek przez operatora OW NFZ;
- Ocena OW NFZ - ocena, która wyświetli się po dodaniu jej przez OW NFZ. Oceny mogą być następujące: Brak, Zaakceptowano, Odrzucono;
- Komentarz do oceny - komentarz, wyświetla się po dodaniu go przez operatora OW NFZ;
- Dozwolone operacje - informacja jaka operacja została dozwolona dla wniosku. Dozwolone operacje mogą mieć następujące opcje: Brak ograniczeń, Usuwanie i poprawianie, Usuwanie.

© 2026 Kamsoft S.A.

W części tej znajdują się też przyciski **Przekaż do OW NFZ,** którego kliknięcie spowoduje przekazanie zgłoszenia do OW NFZ oraz przycisk **Anuluj**, którego kliknięcie spowoduje nieodwracalne anulowanie wniosku.

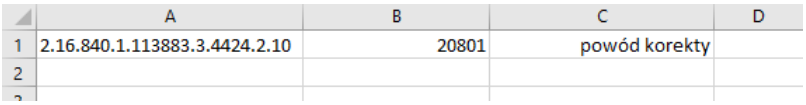


Poniżej sekcji **Dane dotyczące wniosku**, znajduje się część ***Uzasadnienie***.
Pole do edycji i opisu pojawi się po kliknięciu w przycisk **Edytuj uzasadnienie**.



W części ***Import recept z pliku csv*** możliwy jest import recept z pliku CSV. Domyślnie funkcje związane z importem są niewidoczne - zostaną one wyświetlone dopiero po kliknięciu odnośnika **Pokaż**.

Po wyświetleniu całej zawartości części ***Import recept z pliku csv*** dostępny stanie się przycisk **Wybierz plik** umożliwiający wskazanie pliku z danymi do zaimportowania. Przycisk **Wyślij plik** umożliwia wysłanie wskazanego pliku. Po wysłaniu pliku, powyżej części ***Import etatów***, zostanie wyświetlona informacja z wynikami importu. Poniżej zaprezentowana jest prawidłowa struktura pliku CSV otwartego w aplikacji Microsoft® Excel®.



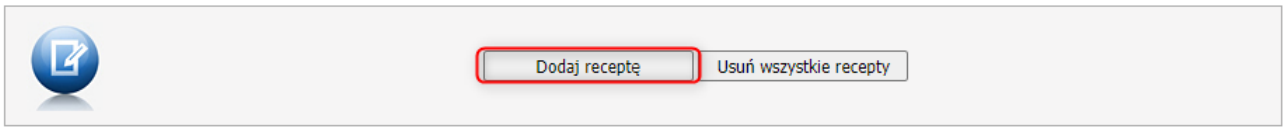
	A	B	C	D
1	2.16.840.1.113883.3.4424.2.10	20801	powód korekty	
2				

Ostrzeżenie: W przypadku tworzeniu pliku csv w programie MS Excel sugerujemy sformatować całość pliku do formatu tekstowego, a nie liczbowego (uniknie się wtedy automatycznej konwersji). W przypadku stworzenia

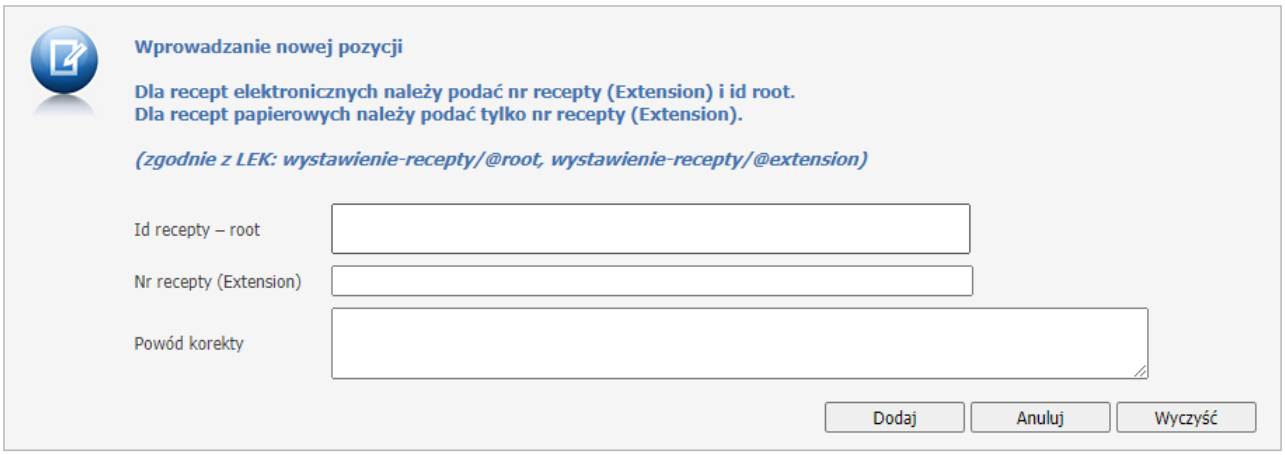
© 2026 Kamsoft S.A.

pliku w innym programie np. Notatniku, który następnie zostanie otwarty w programie MS Excel prosimy o zwrócenie uwagi na właściwe formatowanie pliku csv.

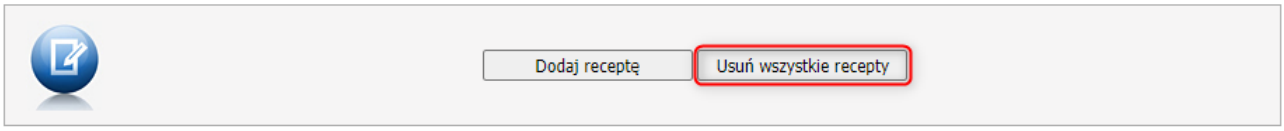
Pod częścią ***Import recept z pliku csv*** znajduje się sekcja, która pozwala na pojedyncze wprowadzenie nowych recept do wniosku. Służy do tego przycisk **Dodaj receptę**.



Dodaj receptę umożliwia ręczne wprowadzenie recepty. Po jego kliknięciu dostępna stanie się część ***Wprowadzanie nowej pozycji***, w której należy wypełnić pola zgodnie z komunikatem LEK: wystawienie-recepty/@root, wystawienie-recepty/@extension. Możliwe jest też dodanie komentarza. Po wprowadzeniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj** co spowoduje dodanie recepty do wniosku i jednocześnie wyczyści pola edycji umożliwiając wprowadzenie następnych danych. Wyjście z trybu wprowadzania danych umożliwia przycisk **Anuluj**.



Usuń wszystkie recepty umożliwia usunięcie wszystkich pozycji ze zgłoszenia.



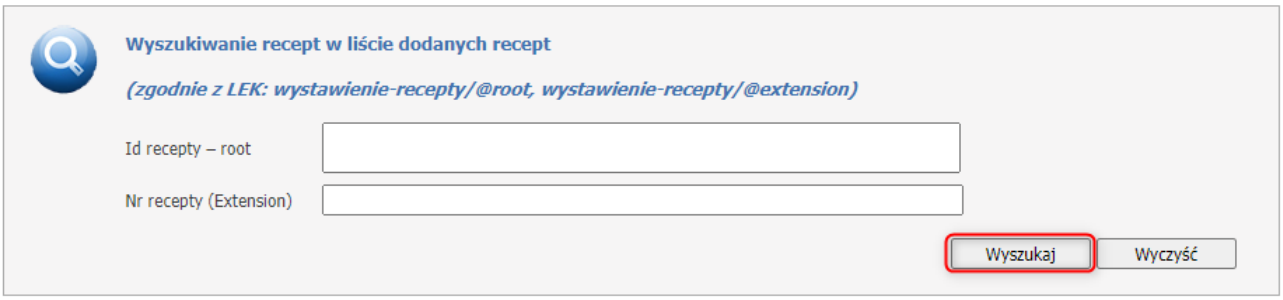
Wprowadzone recepty widoczne są w postaci listy:

© 2026 Kamsoft S.A.

Id recepty – root	Nr recepty (Extension)	Powód korekty	Ocena OW	Komentarz OW	
2.16.840.1.113883.3.4424.2.10	20801	powód kore...	Brak		Edytuj Usuń Szczegóły
	00000000000mm284057614	komentarz	Brak		Edytuj Usuń Szczegóły

Po wprowadzeniu danych każdą pozycję można edytować i usuwać. Służą do tego odnośniki **Edytuj** i **Usuń** znajdujące się przy każdej pozycji na liście szczegółów zgłoszenia. Odnośnik **Szczegóły** służy do podglądu recepty z listy. Są tam widoczne pełne komentarze zarówno OW jak i apteki.

Po wprowadzeniu recept użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków za pomocą sekcji **Wyszukiwanie recept w liście dodanych recept** wpisując wyszukiwane dane w odpowiednie pola a następnie za pomocą przycisku **Wyszukaj**.



Za pomocą przycisku **Przekaż do OW** należy przekać wniosek do OW NFZ. Dopóki wniosek nie zostanie oceniony przez OW NFZ można go przywrócić do edycji za pomocą przycisku **Przywróć do edycji**. Przycisk **Anuluj** powoduje anulowanie wniosku, po którym **nie** można go już przywrócić do edycji.

Postępowanie w przypadku otwierania okresu rozliczeniowego.

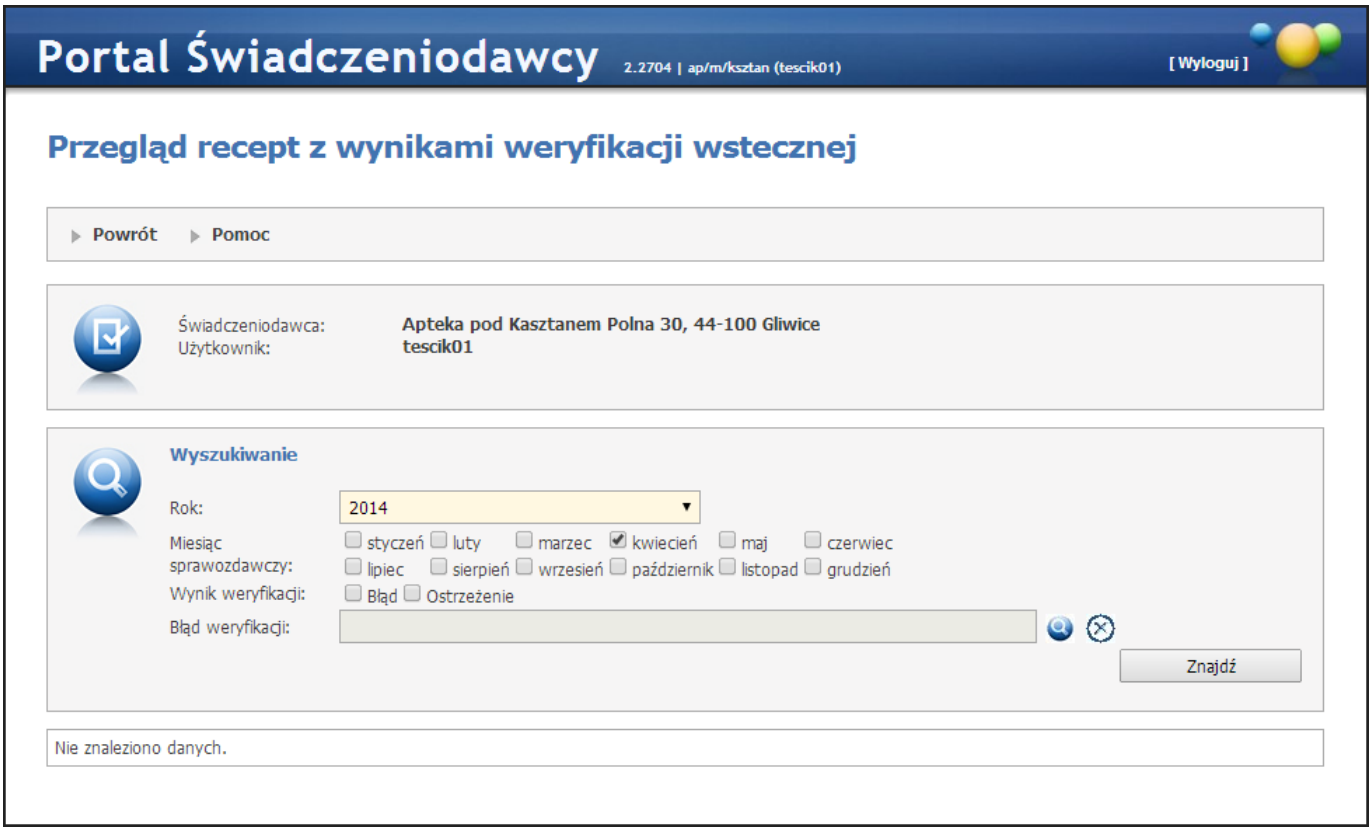
Wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego można dodać jeśli szablon został zatwierdzony. Wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego można przekazać do OW NFZ, gdy szablon jest zatwierdzony i nie istnieje inny wniosek o otwarcie zakmniętego okresu rozliczeniowego do tego okresu w statusie *Przekazany do OW NFZ* lub *Oceniany*.

Operator OW NFZ może zatwierdzić wniosek o otwarcie zakmniętego okresu rozliczeniowego, gdy do ostatniej korekty do danego okresu jest zaakceptowane papierowe lub elektroniczne zestawienie.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.5 Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej

Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej umożliwia przegląd recept zawierających błędy weryfikacji.



Na formatce możliwe jest wyszukiwanie danych wg: roku, miesiąca sprawozdawczego, wyniku weryfikacji oraz błędu weryfikacji. Wyszukanie danych spełniających ustalone w polach kryteria nastąpi po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**.

Nr recepty ▲	Id realizacji	Okres rozliczeniowy	Data realizacji	Wynik	Kod sprawdzenia
0208000000000009349988	711	13/2013	11.07.2013	Błąd	60504005, ...
0208000000000009690088	720	16/2013	16.08.2013	Błąd	60504005, ...
0208000000000009690088	725	17/2013	16.09.2013	Błąd	60504005, ...
0208000000000009699984	726	17/2013	01.09.2013	Błąd	61304010
0208000000000009990089	790	17/2013	01.09.2013	Błąd	61304010
0212000000000058610799	9909402831303050092	5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000058610892	9909402831303050091	5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000334703188	9909402831303040102	5/2013	04.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000335671082	9909402831303050114	5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000362572585	9909402831303040134	5/2013	04.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
... 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 ...					

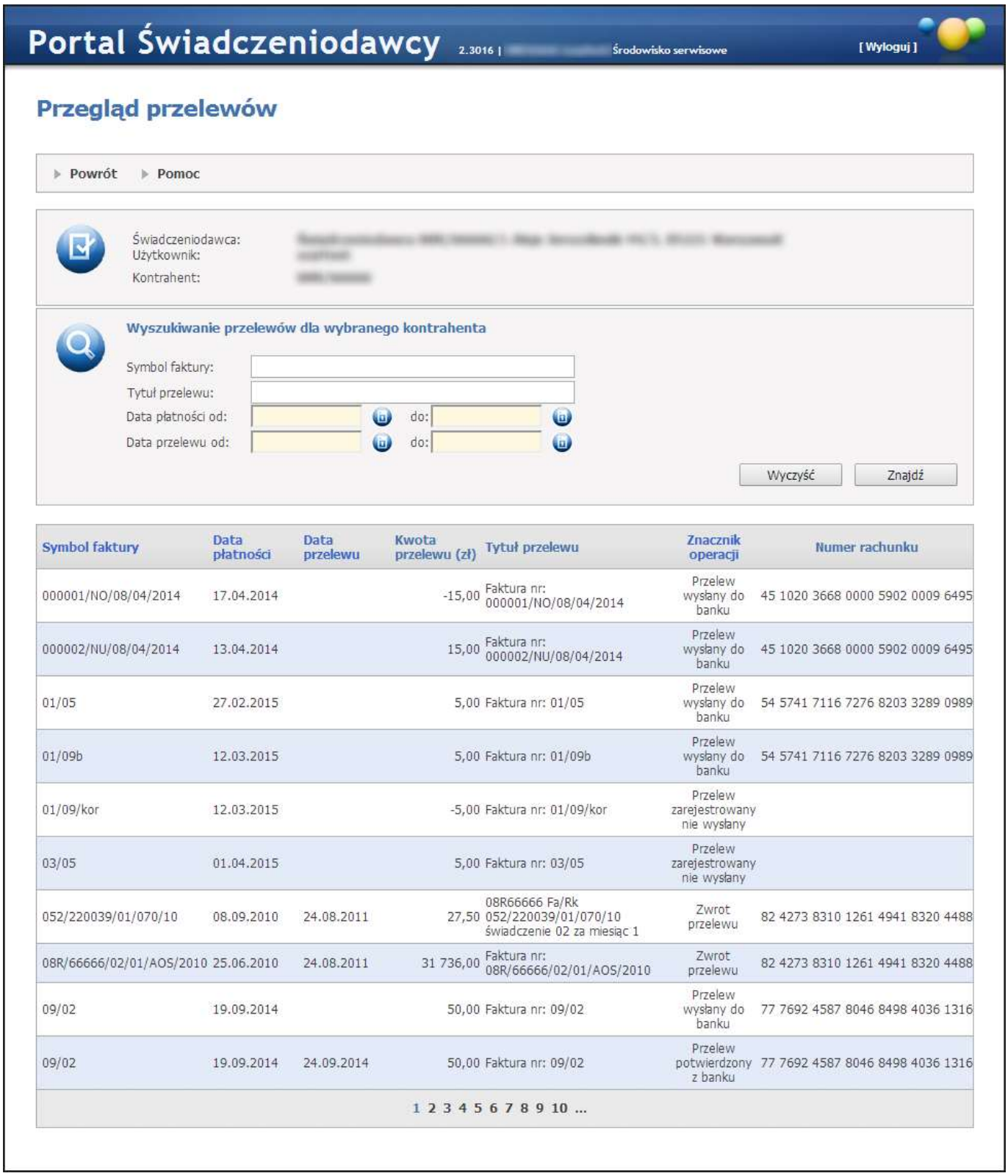
W wynikach wyszukiwania, w kolumnie *Kod sprawdzenia* prezentowany jest kod sprawdzenia, które zwróciło błąd lub ostrzeżenie. Po kliknięciu w kod sprawdzenia wyświetli się okienko z z datą oraz opisem sprawdzenia.

© 2026 Kamsoft S.A.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.6 Stan przelewów bankowych

Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie informacji o przelewach dotyczących rozliczeń ze Świadczeniodawcą. Na formularzu wyświetlona jest lista przelewów bankowych wynikająca z danych systemu księgowego NFZ.



Symbol faktury	Data płatności	Data przelewu	Kwota przelewu (zł)	Tytuł przelewu	Znacznik operacji	Numer rachunku
000001/NO/08/04/2014	17.04.2014		-15,00	Faktura nr: 000001/NO/08/04/2014	Przelew wysłany do banku	45 1020 3668 0000 5902 0009 6495
000002/NU/08/04/2014	13.04.2014		15,00	Faktura nr: 000002/NU/08/04/2014	Przelew wysłany do banku	45 1020 3668 0000 5902 0009 6495
01/05	27.02.2015		5,00	Faktura nr: 01/05	Przelew wysłany do banku	54 5741 7116 7276 8203 3289 0989
01/09b	12.03.2015		5,00	Faktura nr: 01/09b	Przelew wysłany do banku	54 5741 7116 7276 8203 3289 0989
01/09/kor	12.03.2015		-5,00	Faktura nr: 01/09/kor	Przelew zarejestrowany nie wysłany	
03/05	01.04.2015		5,00	Faktura nr: 03/05	Przelew zarejestrowany nie wysłany	
052/220039/01/070/10	08.09.2010	24.08.2011	27,50	08R66666 Fa/Rk 052/220039/01/070/10 świadczenie 02 za miesiąc 1	Zwrot przelewu	82 4273 8310 1261 4941 8320 4488
08R/66666/02/01/AOS/2010	25.06.2010	24.08.2011	31 736,00	Faktura nr: 08R/66666/02/01/AOS/2010	Zwrot przelewu	82 4273 8310 1261 4941 8320 4488
09/02	19.09.2014		50,00	Faktura nr: 09/02	Przelew wysłany do banku	77 7692 4587 8046 8498 4036 1316
09/02	19.09.2014	24.09.2014	50,00	Faktura nr: 09/02	Przelew potwierdzony z banku	77 7692 4587 8046 8498 4036 1316

Dostępne przyciski

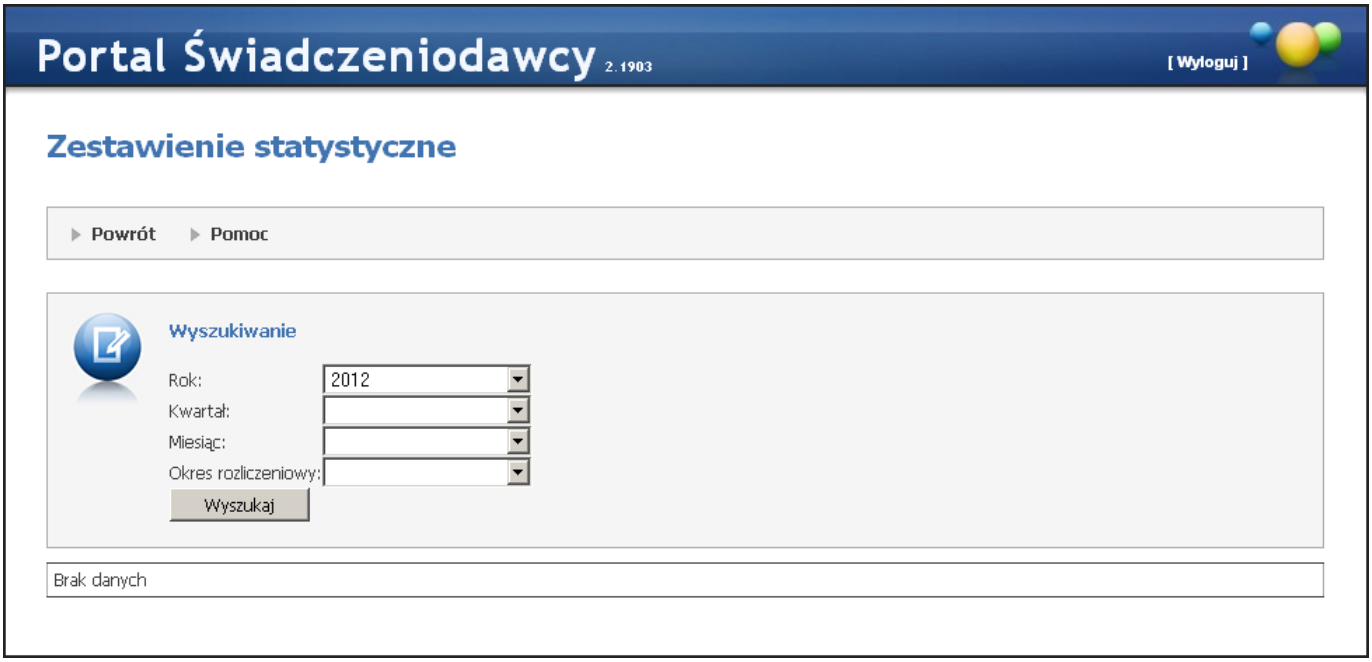
- **Znajdź -** powoduje umieszczenie danych dotyczących przelewów pod paskiem przeglądu przelewów, z listy przelewów dla danego kontrahenta wg kryteriów określonych w sekcji wyszukiwania.

© 2026 Kamsoft S.A.

- **Wyczyść** - powoduje czyszczenie wszystkich pól kryteriów dla wyszukiwania.
- **Powrót -** powoduje przejście do strony poprzedniej.

4.3.7 Zestawienie statystyczne recept

Zestawienie statystyczne recept przedstawiaj koszty refundacji recept lekarzy świadczeniodawcy w analizowanym okresie na podstawie danych sprawozdawanych do OW NFZ przez apteki.

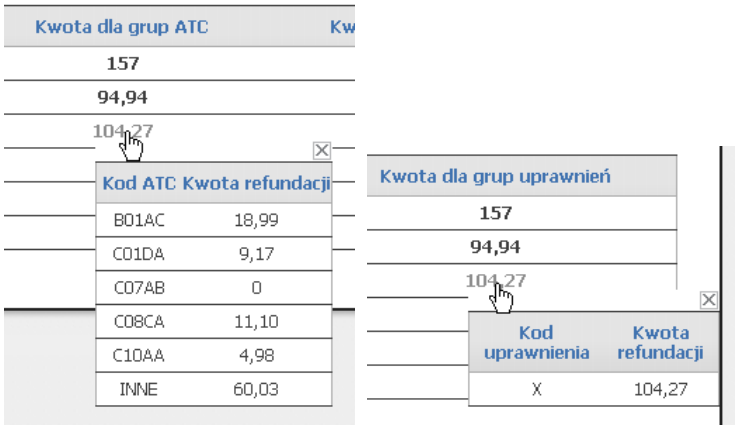


Na formatce możliwe jest wyszukiwanie danych wg: roku, kwartału, miesiąca i okresu rozliczeniowego - wszystkich wybieranych z rozwijanych pól wyboru. Wyszukanie danych spełniających ustalone w polach kryteria nastąpi po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**.

Nr prawa	Nazwisko	Imię	Kwota refundacji	Kwota dla grup ATC	Kwota dla grup uprawnień
5172413			157	**157**	**157**
9735370			94,94	**94,94**	**94,94**
3473739			104,27	**104,27**	**104,27**
4177241			90,11	**90,11**	**90,11**
2372414			53,56	**53,56**	**53,56**
5899849			23,32	**23,32**	**23,32**

W tabeli z wynikami kliknięcie na kwocie w kolumnie *Kwota dla grup ATC* lub *Kwota dla grup uprawnień*, spowoduje wyświetlenie kwoty refundacji w rozbiciu na odpowiednie grupy.

© 2026 Kamsoft S.A.

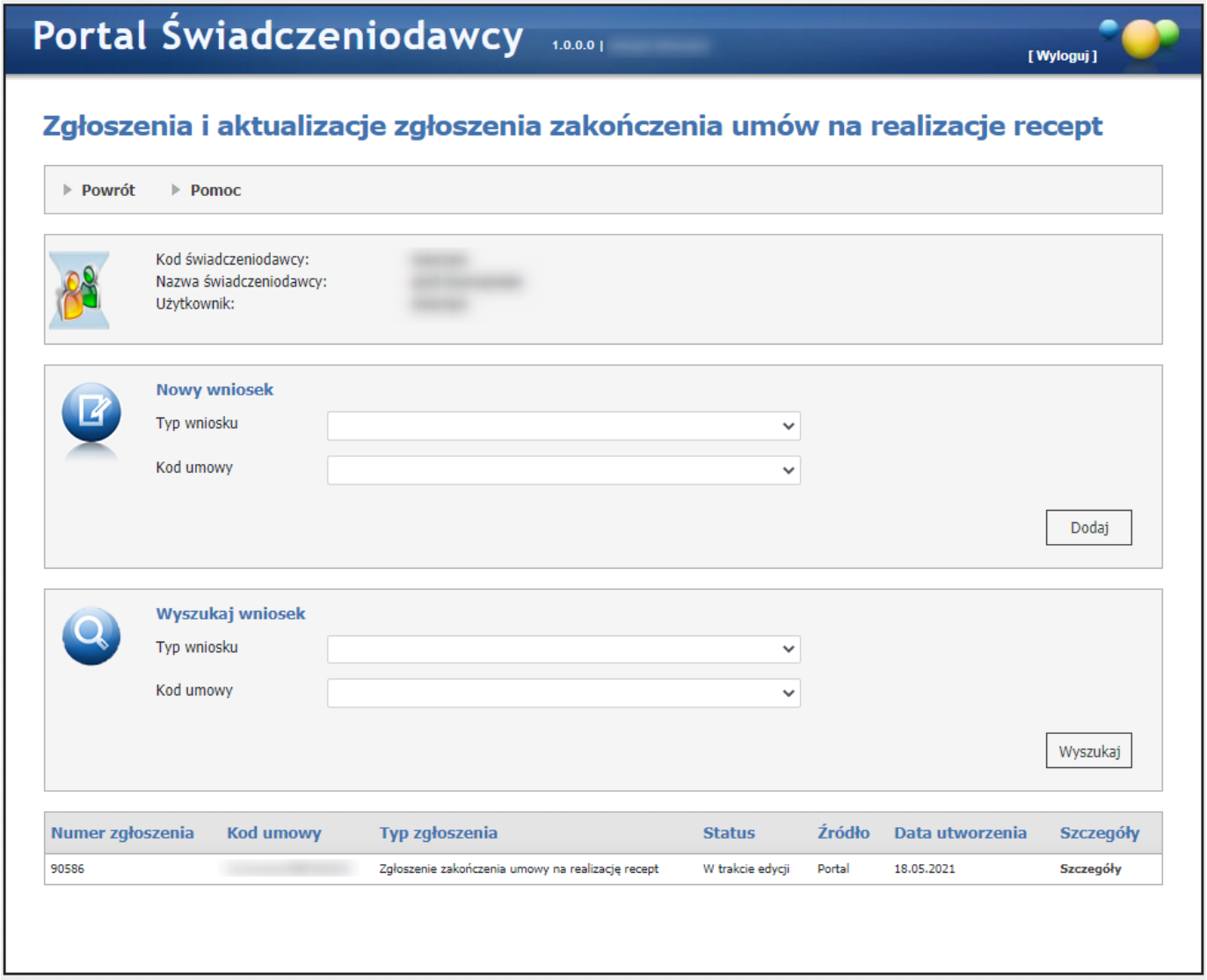


4.3.8 Zgłoszenia i aktualizacja zgłoszeń zakończenia umowy na realizację recept

Formatka **Zgłoszenia i aktualizacje zgłoszenia zakończenia umów na realizacje recept** umożliwia przekazanie przez świadczeniodawcę informacji o miejscu przechowywania recept po zakończeniu umowy, a także danych adresowych osoby reprezentującej podmiot lub osoby upoważnionej do wydania recept w razie nieobecności osoby reprezentującej ten podmiot.
Złożenie wniosku jest dostępne dla apteki posiadającej niezakończoną umowę na realizację recept jeśli nie istnieje nierozpatrzony wniosek o zmianę danych kierownika.

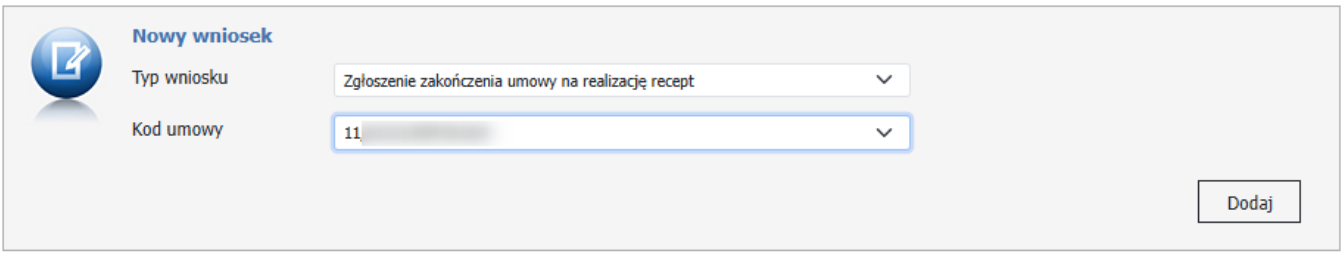
Zgłoszenie zakończenia umów na realizację recept składa się z kilku sekcji: Dane o zakończeniu umowy aptecznej, Miejsca przechowywania recept, Osoby reprezentujące podmiot, Osoby upoważnione do wydawania recept, Załączniki do wniosku, Podpisywanie pliku wniosku (PDF), Zmiana statusu wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dodawanie zgłoszenia zakończenia umowy na realizację recept.

W sekcji **Nowy wniosek**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera typ wniosku Zgłoszenie zakończenia umowy na realizację recept oraz kod umowy dla której chce przesłać zgłoszenie.
Po wybraniu typu wniosku oraz kodu umowy, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy zgłoszenie, który pojawi się na liście. Użytkownik zostanie automatycznie przekierowany do nowego zgłoszenia.



Każde zgłoszenie składa się z:

© 2026 Kamsoft S.A.

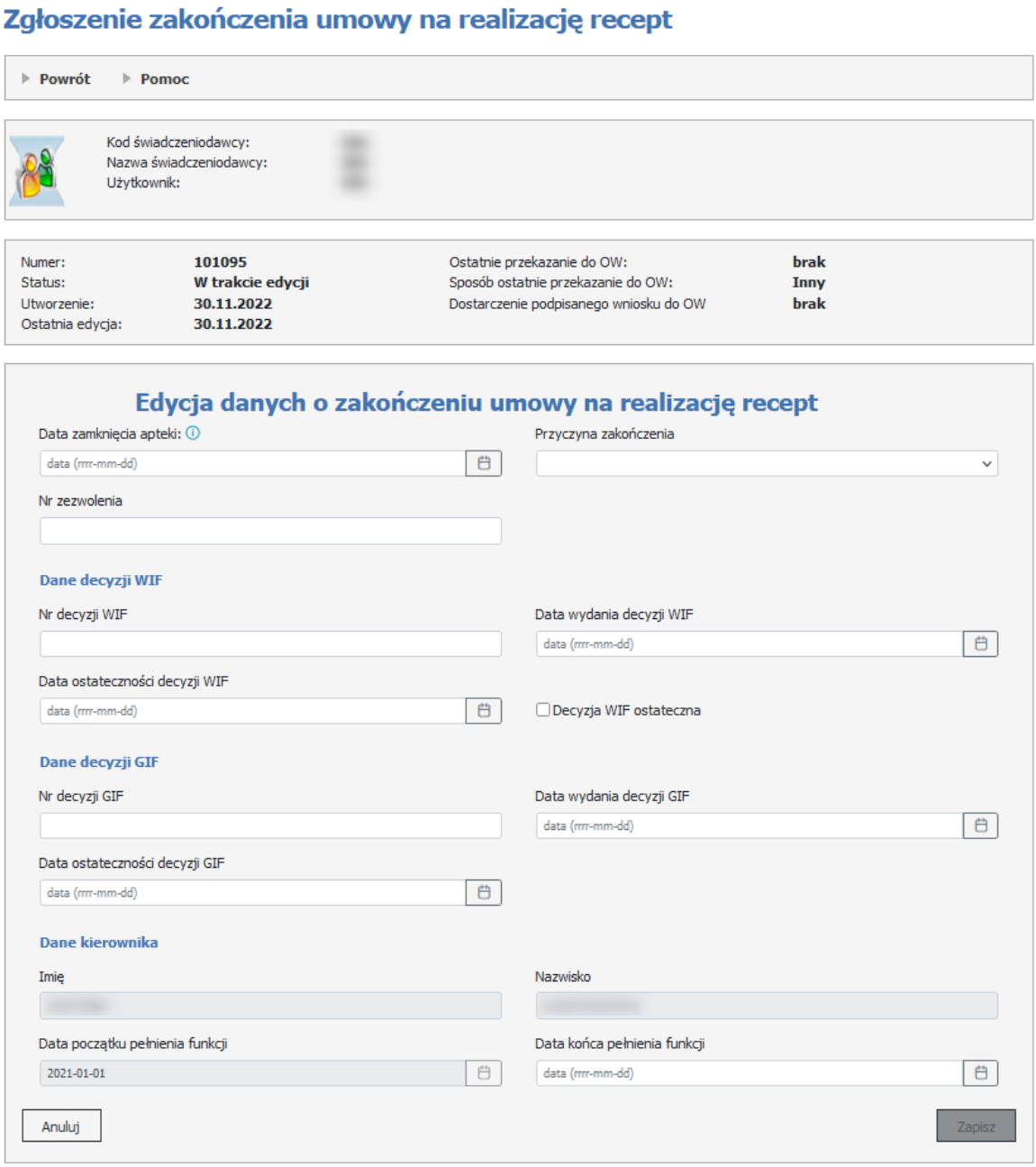
- Numer zgłoszenia - jest to unikalny numer, który zostaje nadany w momencie dodawania zgłoszenia;
- Kod umowy - numer umowy, dla której zostaje zgłoszony wniosek;
- Typ zgłoszenia - zgłoszenie może być następującego rodzaju: Zgłoszenie zakończenia umowy na realizację recept lub Aktualizacja zgłoszenia zakończenia umowy na realizację recept;
- Status - może mieć następujące statusy: W trakcie edycji, Przekazany do OW, W trakcie oceny, Przyjęty, Odrzucony, Anulowany;
- Źródło - miejsce z którego zainicjowano dodanie wnioslu: Portal lub OW;
- Data utworzenia - data utworzenia wniosku;
- Szczegóły - link do szczegółów zgłoszenia.

Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków w sekcji **Wyszukaj wniosek,** za pomocą rozwijanej listy:
- Typ wniosku
- Kod umowy

Szczegóły zgłoszenia zakończenia umowy na realizację recept.

Po utworzeniu w poprzednim kroku wniosku, za pomocą linka **Szczegóły** użytkownik może przejść do formatki na której może wprowadzić dane potrzebne do przekazania zgłoszenia do OW.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dane o zakończeniu umowy aptecznej.

Za pomocą przycisku **Edytuj** w sekcji **Dane o zakończeniu umowy aptecznej** należy wprowadzić dane dla wszystkich wymaganych pól. *Dane kierownika* są automatycznie pobierane, należy wypełnić tylko pole Data końca pełnienia funkcji.

Możliwe pola do wypełnienia:

- Data zamknięcia apteki (niewymagane) - data zaprzestania sprzedaży leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę;
- Przyczyna zakończenia - do wyboru z rozwijanej listy: Wypowiedzenie umowy, Ostateczne uchylenie zezwolenia, Stwierdzenie nieważności zezwolenia, Stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia, Cofnięcie zezwolenia,

© 2026 Kamsoft S.A.

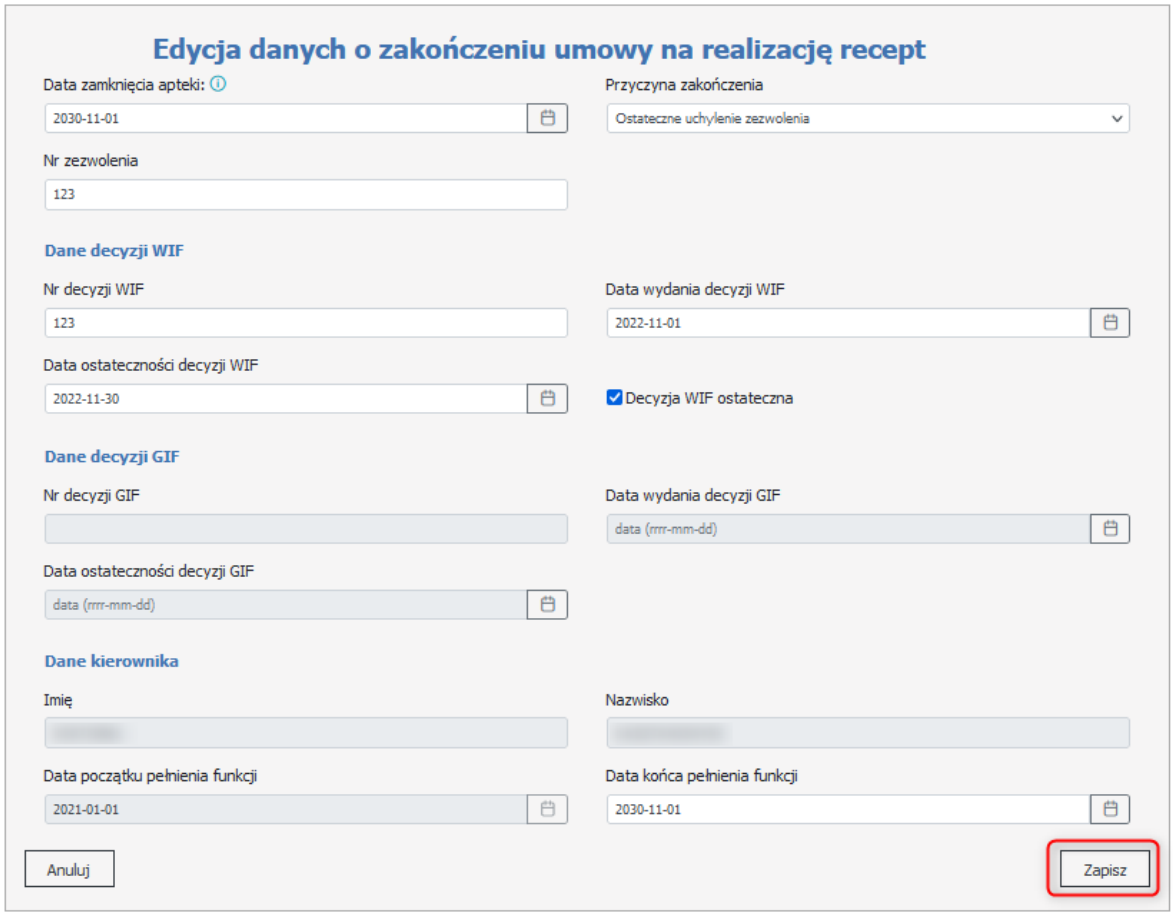
Rozwiązanie na podstawie art.41 ust. 6 ustawy refundacyjnej. Dla powodów zaznaczonych na zielono wymagane jest podanie numeru zezwolenia, daty wydania i numeru decyzji WIF oraz daty potwierdzenia odbioru decyzji WIF;

- Nr zezwolenia - numer zezwolenia prowadzenia apteki;
- Nr decyzji WIF - numer decyzji wydany przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny;
- Data wydania decyzji WIF - data wydania decyzji wydanej przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny;
- Data ostateczności decyzji WIF - data ostateczności decyzji wydanej przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny;
- Decyzja WIF ostateczna - zaznaczenie uniemożliwi uzupełnienie pól związanych z decyzją GIF;
- Nr decyzji GIF - numer decyzji wydany przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny;
- Data wydania decyzji GIF - data wydania decyzji wydanej przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny;
- Data ostateczności decyzji GIF - data ostateczności decyzji wydanej przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny;
- Data końca pełnienia funkcji - data końca pełnienia funkcji kierownika apteki.

Jeżeli w Zgłoszeniu zakończenia umowy na realizację recept, przyczyną zakończenia umowy będzie *Ostateczne uchylenie zezwolenia/Stwierdzenie nieważności zezwolenia/Stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia/Cofnięcie zezwolenia*, wtedy na formatce wyświetlą się do uzupełnienia dodatkowe pola związane z Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym.
Jeżeli zostaną wypełnione pola związane z decyzją GIF, to uzupełnienie pól dotyczących decyzji WIF nie jest wymagane.
Jeżeli przyczyną zakończenia umowy jest Ostateczne uchylenie zezwolenia/Stwierdzenie nieważności zezwolenia/Stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia/Cofnięcie zezwolenia, to do wniosku może być dołączony załącznik z kopią decyzji WIF lub GIF (zgodnie z wprowadzonymi danymi decyzji).

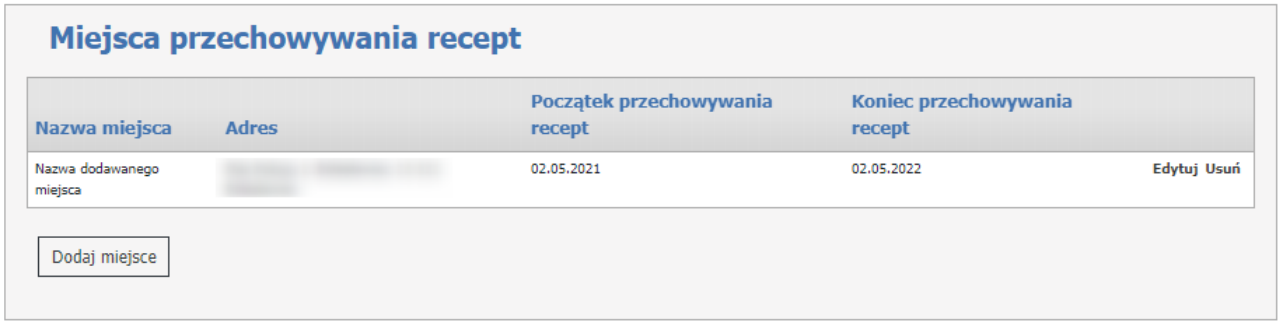
Po zakończeniu wprowadzania danych, użytkownik ma możliwość zapisania danych za pomocą przycisku **Zapisz**.

© 2026 Kamsoft S.A.



Miejsce przechowywania recept.

Za pomocą przycisku **Dodaj miejsce** w sekcji **Miejsce przechowywania recept**, należy dodać miejsce gdzie bądą przechowywane recepty po wygaśnięciu umowy.
Wymagane jest określenie przynajmniej jednego miejsca przechowywania recept. Możliwe jest wskazanie więcej niż jednego miejsca przechowywania recept po wygaśnięciu umowy. Jeżeli we wniosku wprowadzono więcej niż jedno miejsce, to ich okresy muszą tworzyć okres ciągły.

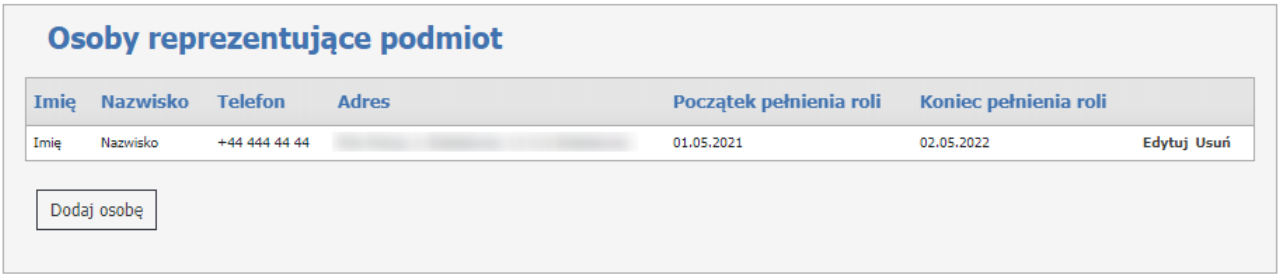


Miejsca można edytować lub usunąć.

Osoby reprezentujące podmiot.

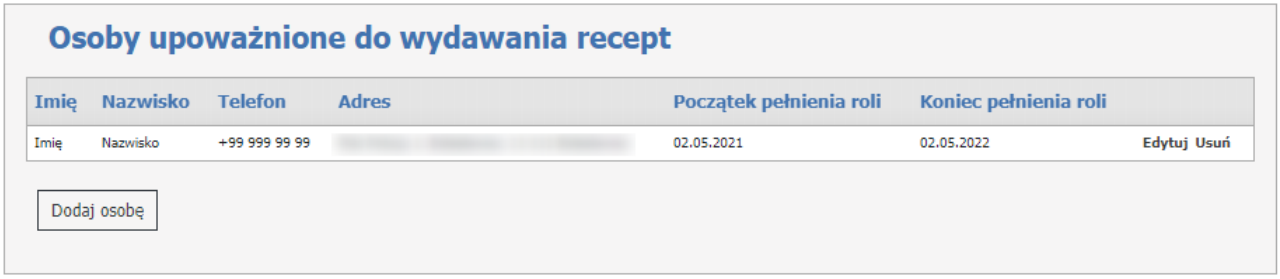
© 2026 Kamsoft S.A.

Za pomocą przycisku **Dodaj osobę** w sekcji **Osoby reprezentujące podmiot**, można dodać osobę reprezentującą podmiot po wygaśnięciu umowy. Dane osoby są opcjonalne. W ramach wniosku możliwe jest wskazanie więcej niż jednej osoby reprezentującej. Osoby reprezentujące podmiot, można edytować lub usunąć.



Osoby upoważnione do wydawania recept.

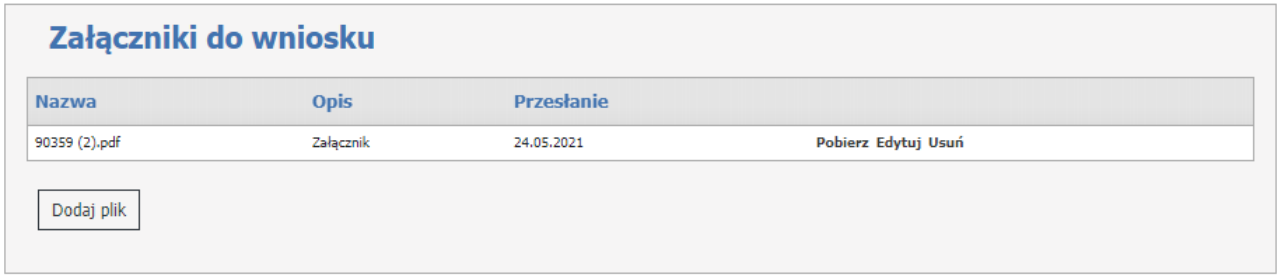
Za pomocą przycisku **Dodaj osobę** w sekcji **Osoby upoważnione do wydawania recept**, można dodać osobę upoważnioną do wydawania recept w razie nieobecności osoby reprezentującej podmiot.
Osoby upoważnione do wydawania recept, można edytować lub usunąć.



Załączniki do wniosku.

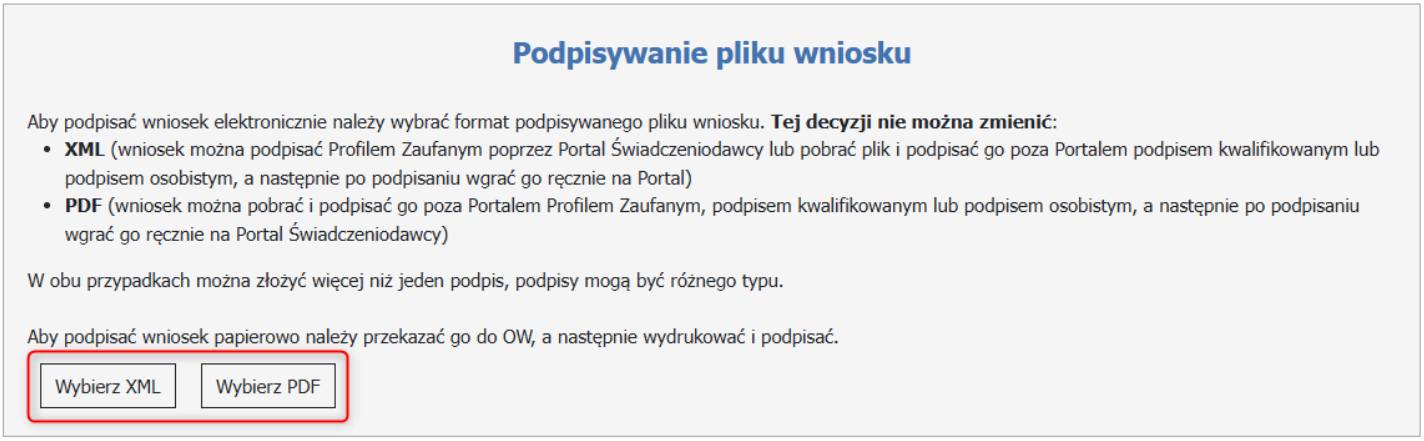
Za pomocą przycisku **Dodaj plik** w sekcji **Załączniki do wniosku**, można dodać załączniki do wniosku.
Jeśli przyczyną zakończenia umowy jest uchylenie zezwolenia, stwierdzenie nieważności zezwolenia, stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia lub cofnięcie zezwolenia, to do wniosku musi być dołączony minimum jeden załącznik z kopią decyzji WIF.
Opis załącznika jest wymagany. Załączniki do wniosku można pobrać lub usunąć a także edytować ich opis.

© 2026 Kamsoft S.A.



Podpis elektroniczny wniosku.

Podpisanie dokumentu elektronicznego nie jest obligatoryjne, apteka może przekazać dokument w wersji papierowej.
Aby podpisać wniosek elektroniczny, należy zacząć od wybrania formatu jakim będzie plik podpisywany: XML lub PDF.



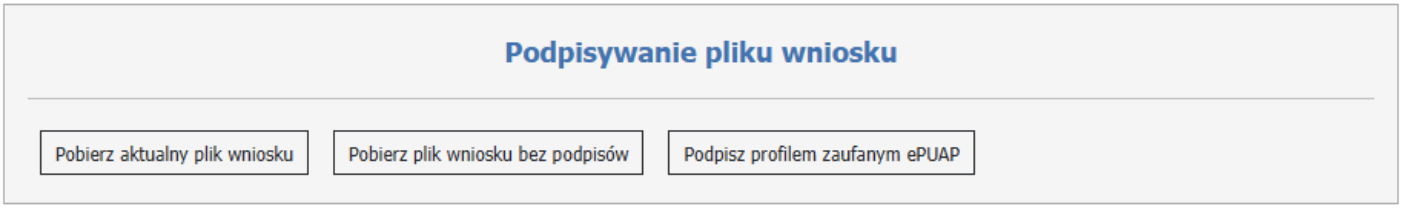
❑Wybierz XML

Jeżeli OW NFZ nie obsługuje modułu podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

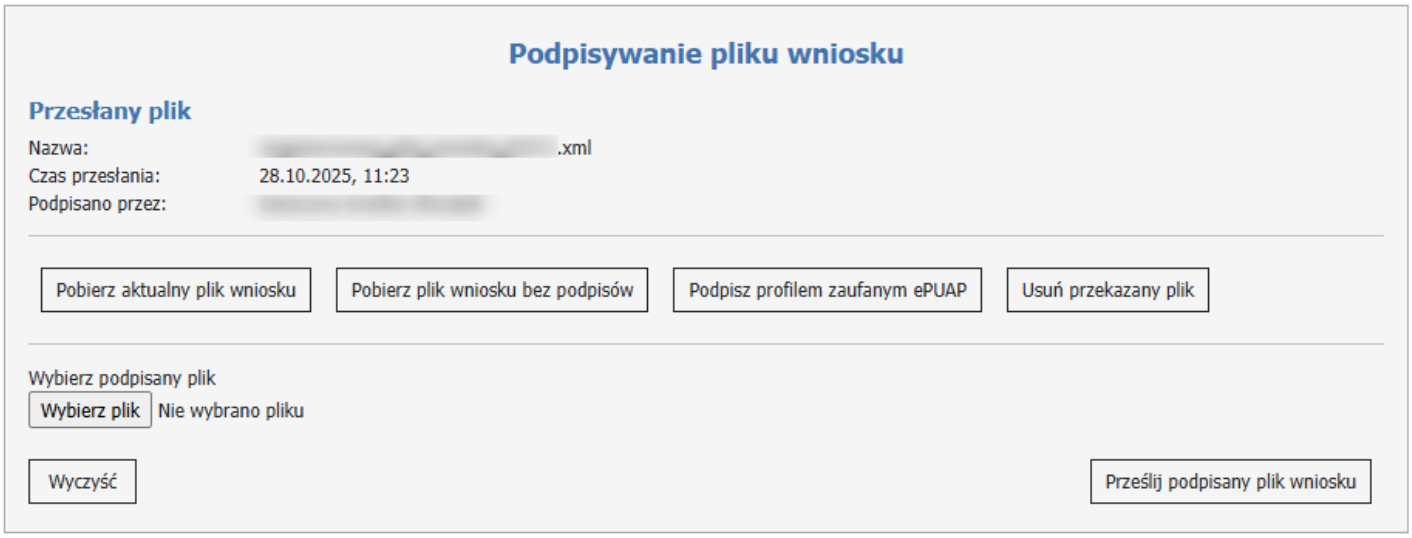
Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku** zostanie pobrany plik XML, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym. Zamieszczony plik musi być otoczony. Plik można również podpisać za pomocą profilu zaufanego, służy do tego przycisk **Podpisz profilem zaufanym ePUAP,** który po kliknięciu przeniesie operatora na stronę obsługującą podpis profilem zaufanym.
Przycisk **Pobierz plik wniosku bez podpisów** pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik wniosku**, ale pobiera on wniosek bez podpisów złożonych przez użytkowników.

Wniosek może podpisać więcej osób, podpisy nie muszą być tego samego rodzaju (w jednym pliku mogą znaleźć się podpisy ePUAP i podpisy kwalifikowane - zawsze otoczone)

© 2026 Kamsoft S.A.



Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części sekcji Przesłany plik. Składa się on z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik**.



Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**

Jeżeli OW NFZ obsługuje moduł podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie
- pobrania pliku dokumentu XML
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy

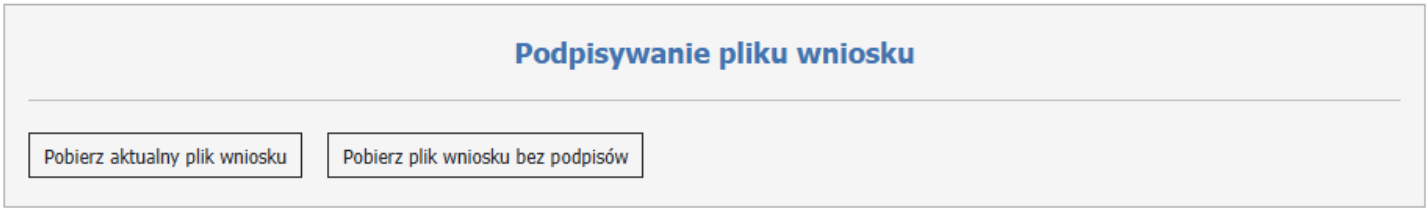
© 2026 Kamsoft S.A.

Wniosek może podpisać więcej osób, podpisy nie muszą być tego samego rodzaju (w jednym pliku mogą się znaleźć podpisy ePUAP i podpisy kwalifikowane – zawsze otoczone).
Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części w sekcji **Przesłany plik**. Składa się ona z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń podpis z wniosku**.
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

❑Wybierz PDF

Jeżeli OW NFZ nie obsługuje modułu podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

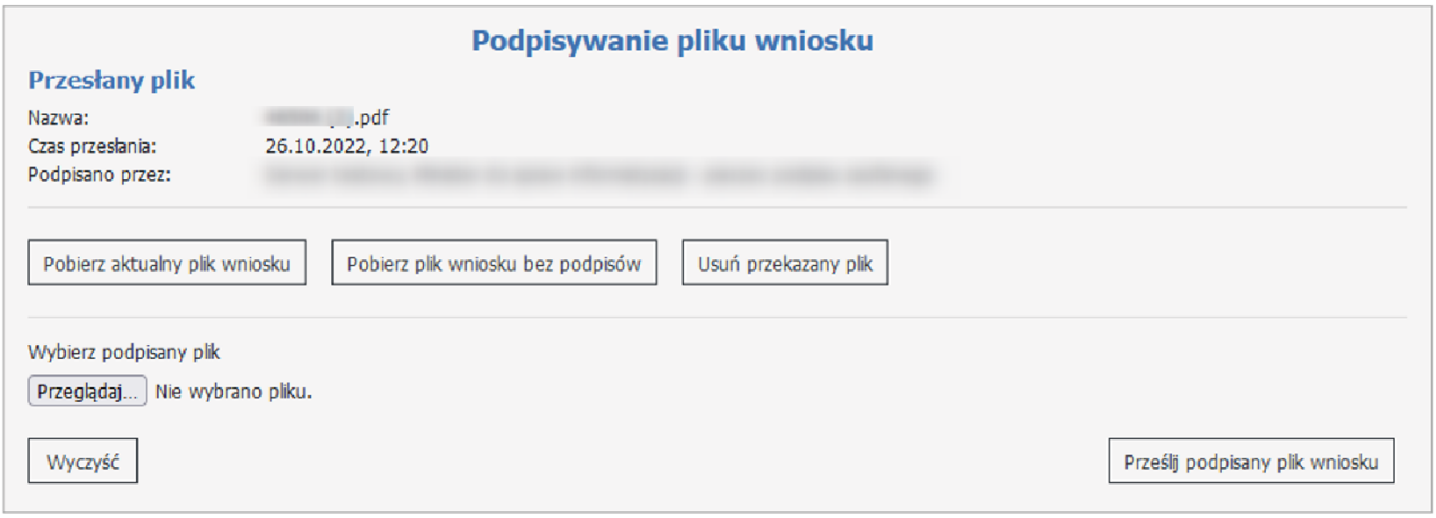
Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku** zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym. Zamieszczony plik musi być otoczony.
Pobierz plik wniosku bez podpisów pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik wniosku,** ale pobiera on wniosek bez podpisów złożonych przez użytkowników. W przypadku pobrania w formacie PDF będzie on zawierał podpis serwerowy.



Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części sekcji Przesłany plik. Składa się on z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, które będzie on podpisany.

© 2026 Kamsoft S.A.

W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik**.



Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**

Jeżeli OW NFZ obsługuje moduł podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie
- pobrania pliku dokumentu PDF
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy

Przycisk **Pobierz plik dokumentu** pobiera wniosek bez podpisów złożonych przez użytkowników. W przypadku pobrania w formacie PDF będzie on zawierał podpis serwerowy.

Wniosek może podpisać więcej osób, podpisy nie muszą być tego samego rodzaju (w jednym pliku mogą się znaleźć podpisy ePUAP i podpisy kwalifikowane – zawsze otoczone).
Plik, który jest podpisany poprzez Profil Zaufany, należy wgrać ręcznie na portal.

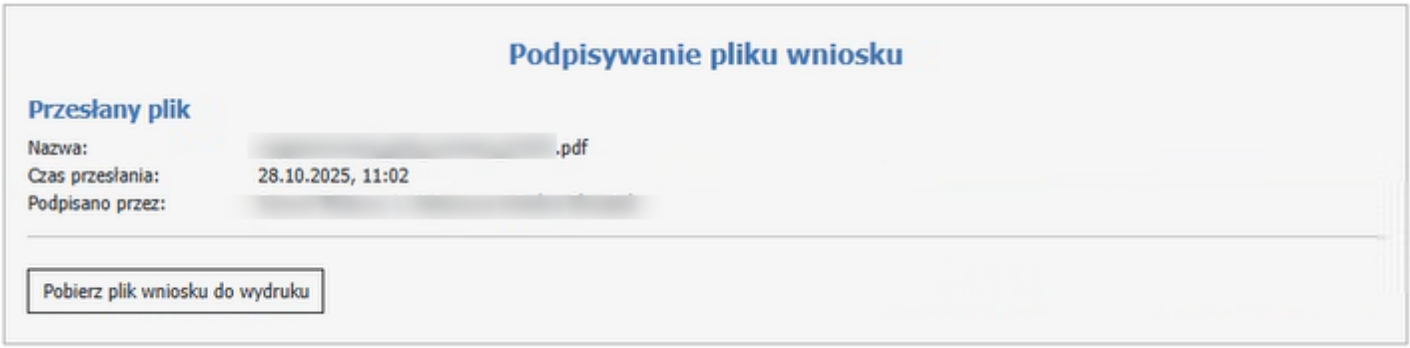
© 2026 Kamsoft S.A.

Informacja o przesłanym pliku pojawi się w sekcji **Podpisywanie pliku wniosku**. Składa się ona z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń podpis z wniosku.**
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.

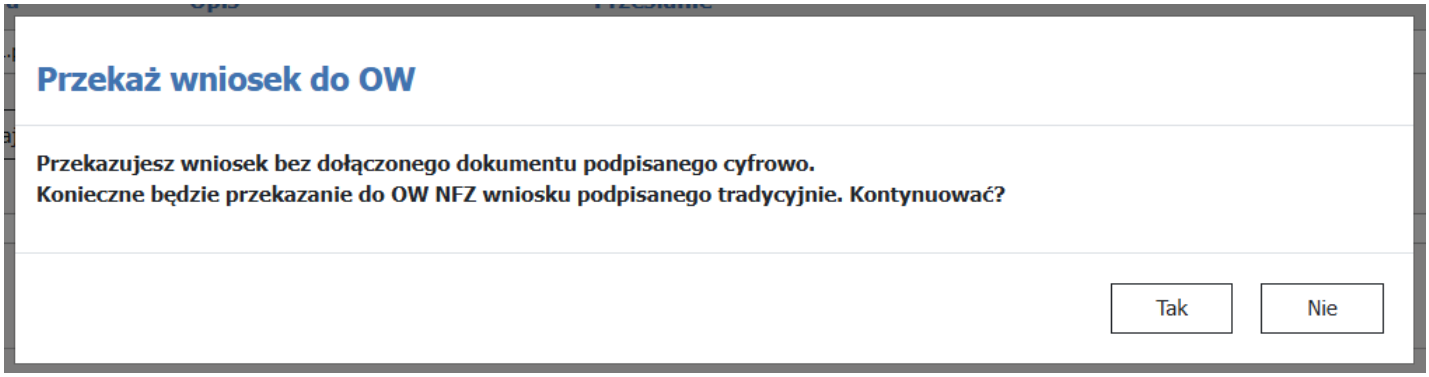


Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) apteka będzie miała możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

Aby przekazać wniosek bez podpisu elektronicznego należy uzupełnić dane wniosku, a następnie wybrać przycisk **Przekaż do OW**.
Podczas przekazywania wniosku, zostanie wyświetlony komunikat.



Jeśli przekazano wniosek bez dokumentu elektronicznego, można pobrać plik klikając w przycisk **Pobierz plik wniosku do wydruku,** a następnie po podpisaniu przekazać go w wersji papierowej do OW NFZ.

Uwaga: w trakcie testów polegających na wielokrotnym podpisywaniu tego samego pliku XML przez oprogramowanie pochodzące od różnych dostawców, natrafiono na sytuacje w których nie było możliwe dodanie kolejnego podpisu do już podpisanego pliku XML. Zdarzało się to wtedy, gdy pierwszy podpis był złożony innym programem niż drugi i kolejne podpisy. Problem może dotyczyć oprogramowania niektórych zewnętrznych dostawców. W takich sytuacjach zalecamy użycie profilu zaufanego.

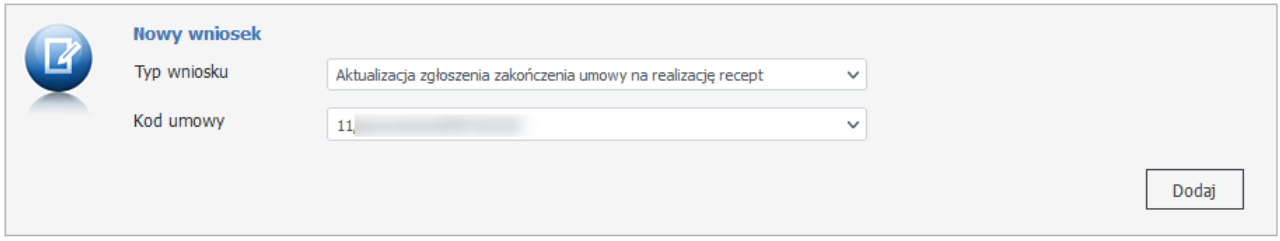
Oprogramowanie podmiotów zewnętrznych, umożliwiające składanie podpisów elektronicznych nie jest dostarczane, serwisowane ani w żaden sposób obsługiwane przez Kamsoft S.A. Wszelkie pytania i problemy z działaniem tych aplikacji należy zgłaszać bezpośrednio do ich producentów.

Dodawanie zgłoszenia aktualizacji zakończenia umowy na realizację recept.

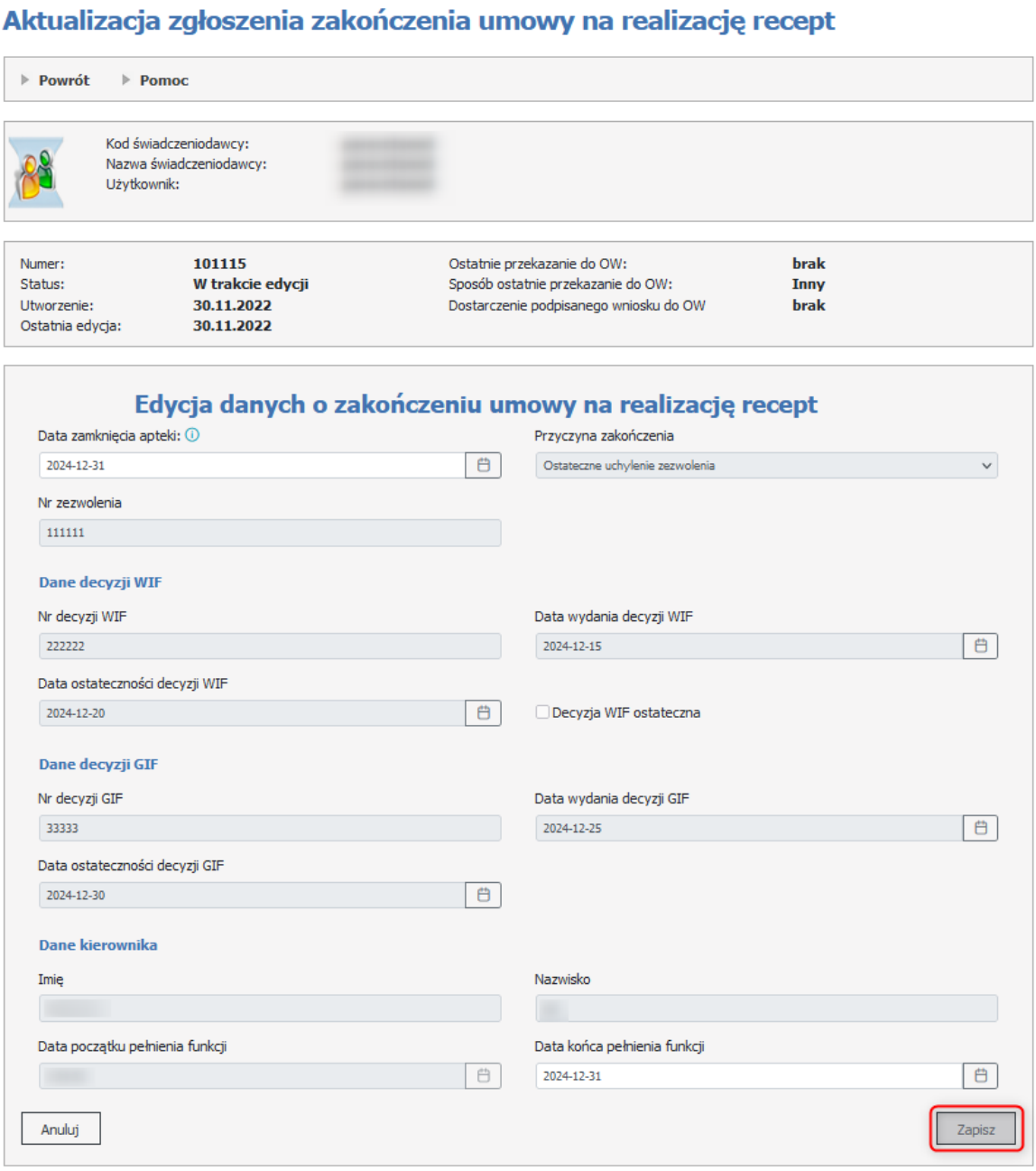
W sekcji **Nowy wniosek**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera typ wniosku Aktualizacja zgłoszenia zakończenia umowy na realizację recept oraz kod umowy dla której chce przesłać zgłoszenie.

© 2026 Kamsoft S.A.

Po wybraniu typu wniosku oraz kodu umowy, użytkownik za pomoca przycisku **Dodaj** tworzy zgłoszenie, który pojawi się na liście. Użytkownik zostanie automatycznie przekierowany do nowego zgłoszenia.



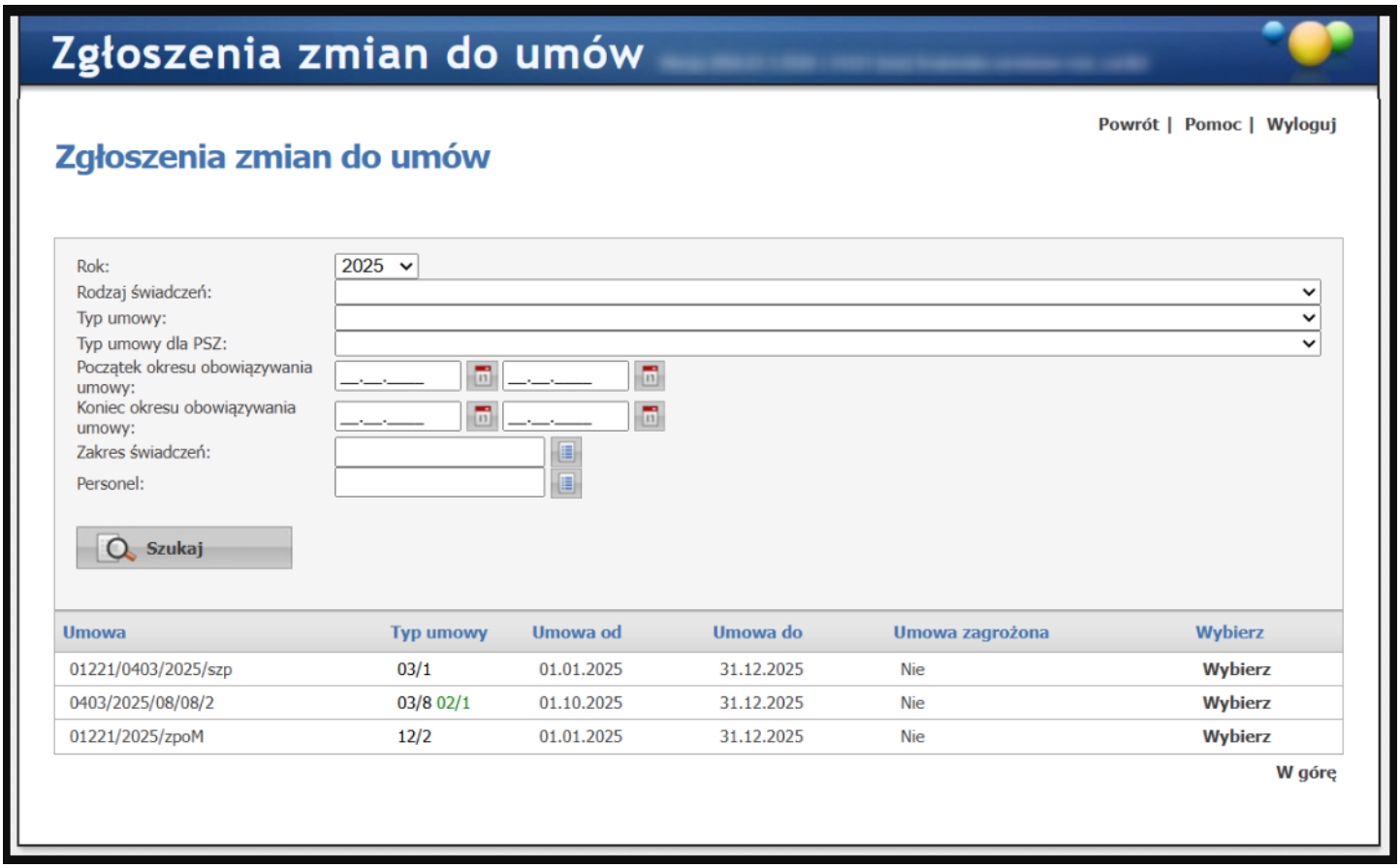
Po utworzeniu wniosku, za pomocą linka **Szczegóły** użytkownik może przejść do formatki na której może wprowadzić dane potrzebne do przekazania zgłoszenia do OW.



© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.9 Umowa na realizację recept

W oknie ***Przegląd wniosków*** dostępnym po kliknięciu **Moje wnioski o umowę** znajdującym się w części ***Apteki*** Portalu Świadczeniodawcy dostępny jest przegląd złożonych wniosków oraz funkcja składania nowych wniosków.



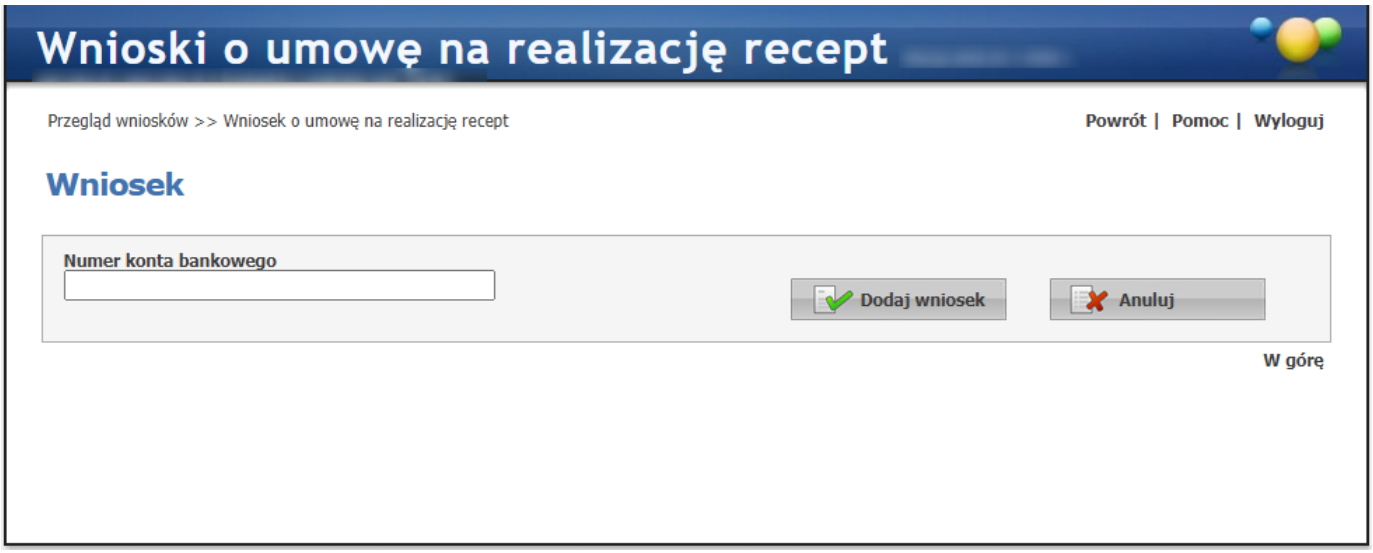
Lista wyświetlanych wniosków (jeżeli istnieją) może być filtrowana wg statusu wniosku, początkowej daty rejestracji wniosku oraz końcowej daty rejestracji wniosku. Przycisk Znajdź pozwala na wyszukanie wniosków spełniających warunki określone w filtrach. Z prawej strony każdego wiersza w tabeli złożonych wniosków znajduje się przycisk **Szczegóły**, którego kliknięcie pozwala na przegląd szczegółów wniosku.

Uwaga! Gdy do apteki nie jest przypisana osoba będąca kierownikiem tej apteki nie będzie możliwości zarejestrowania wniosku. W takim przypadku wpierw należy w Portalu Potencjału wskazać osobę, która jest kierownikiem apteki (Dane świadczeniodawcy/Zgłoszenia zmiany danych kierownika).

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.9.1 Dodawanie nowego wniosku

Nowy wniosek dodaje się klikając przycisk Dodaj nowy wniosek w oknie przeglądu wniosków. Po jego kliknięciu wyświetlone zostanie okno w którym należy podać numer konta bankowego, po czym kliknąć przycisk Dodaj wniosek.



Po wprowadzeniu numeru konta i kliknięciu przycisku Dodaj wniosek otworzy się następne okno w którym należy uzupełnić szczegóły wniosku oraz dostępne są przyciski umożliwiające przekazanie wniosku do OW NFZ i anulowanie wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wnioski o umowę na realizację recept

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept

Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 109042

Przekaż do OW podpisany cyfrowo | Anuluj wniosek | Przekaż do OW tradycyjnie

Wniosek: **109042** Data rejestracji: **12.02.2026** Status: **przygotowanie**

Numer konta bankowego
15 8667 0003 1589 0012 6604 4328
Bank Spółdzielczy Śmigiel JAWORZNO57 MARCHEWKOWA56

Edytuj

Kierownik i personel fachowy apteki

Dodaj personel

Kierownik punktu aptecznego

Nazwisko	Imię	PESEL	Okres od	Okres do
Bu	Gra	870		bezterminowo

Personel fachowy punktu aptecznego

Brak

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

Dodaj do wniosku osobę reprezentującą z rejestru

Dodaj do wniosku nową osobę reprezentującą

Lista osób reprezentujących

Dokumenty do wniosku

Prześlij dokument...

Załączone dokumenty do wniosku podpisywanego cyfrowo

Kategoria dokumentu	Generowany dokument	Przesłany dokument
Wniosek o umowę na realizację recept	Pobierz	
Zał.1 Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych (...)	Pobierz	
Zał.2 Wniosek w sprawie rachunku bankowego	Pobierz	
Zał.5 Oświadczenie o spełnieniu wymagań do pełnienia funkcji kierownika apteki	Pobierz	

W górę

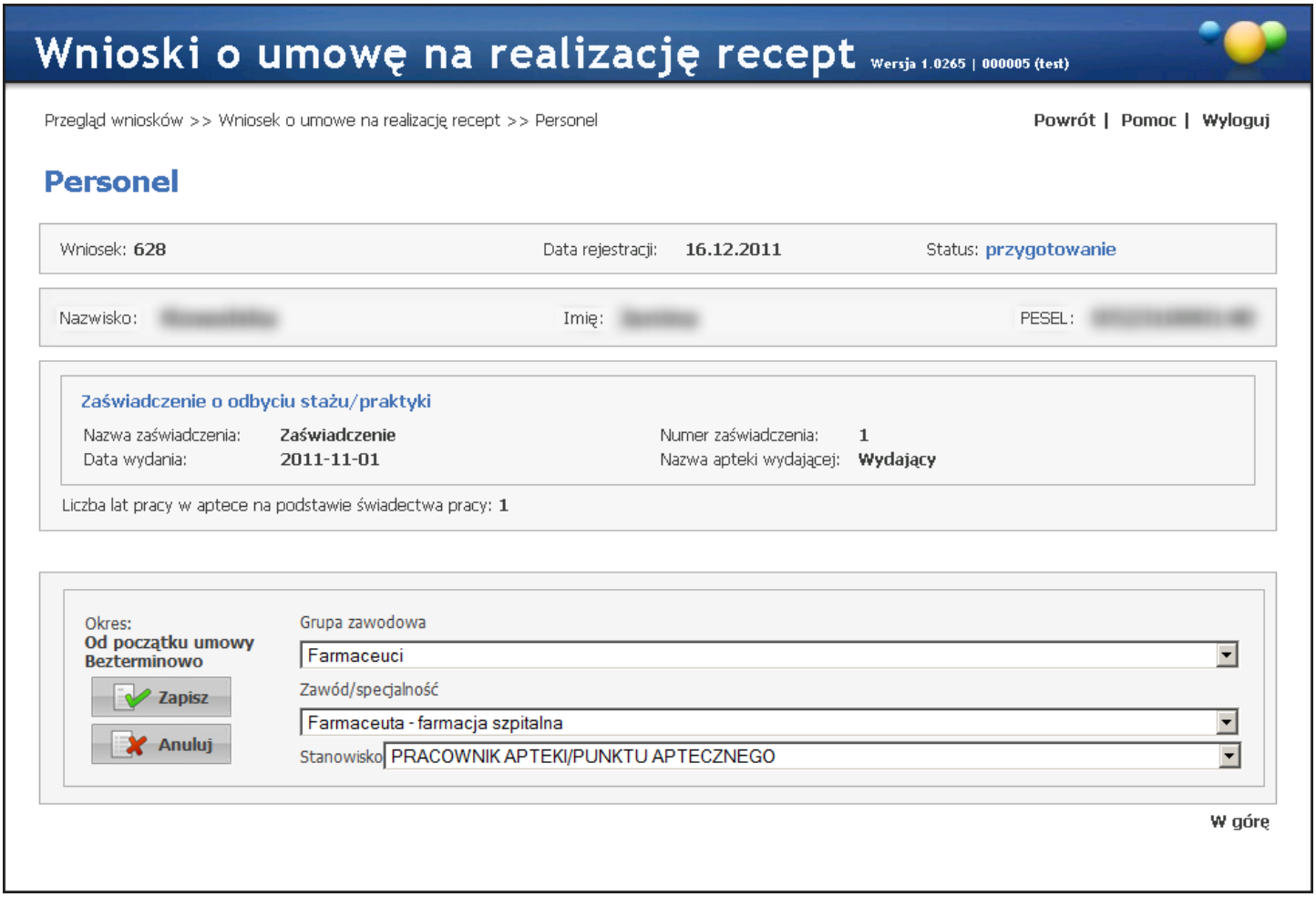
© 2026 Kamsoft S.A.

Złożenie nowego wniosku jest możliwe tylko wtedy, gdy nie istnieje żaden inny wniosek o statusie *Przygotowanie*.

4.3.9.1.1 Dodawanie personelu do wniosku

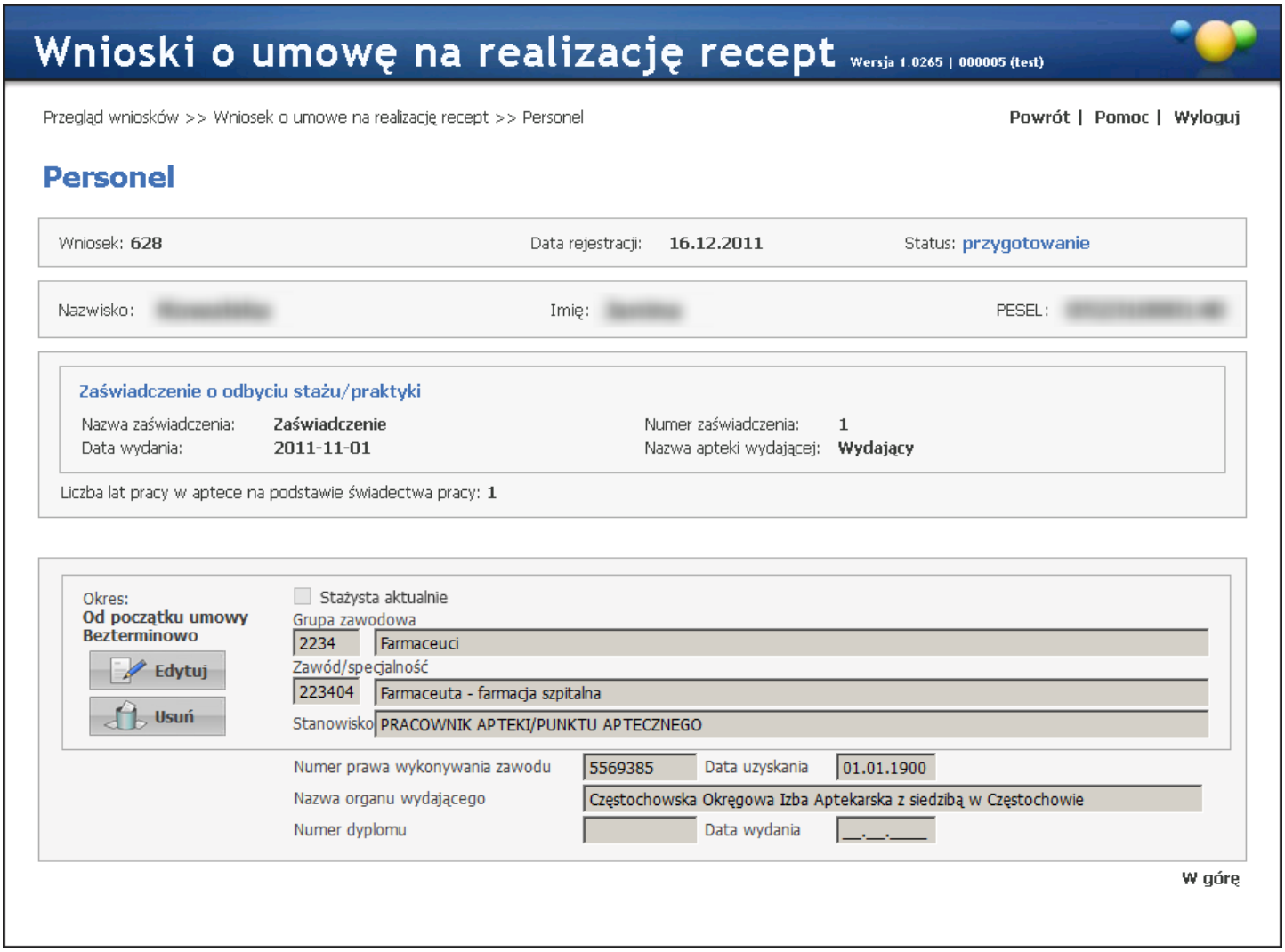
Przed przekazaniem wniosku do OW NFZ należy dodać do wniosku personel apteki. Do tego celu służy przycisk Dodaj personel. Po jego kliknięciu otworzy się lista dostępnego personelu, z której należy wybrać odpowiednie osoby.

Po wybraniu osoby otworzy się okno prezentujące dane personelu podane podczas dodawania personelu do apteki w Portalu Potencjału. W oknie tym możliwe jest również określenie stanowiska dodawanego do wniosku personelu. Dokonuje się tego wybierając stanowisko z rozwijanej listy dostępnej po kliknięciu przycisku.



© 2026 Kamsoft S.A.

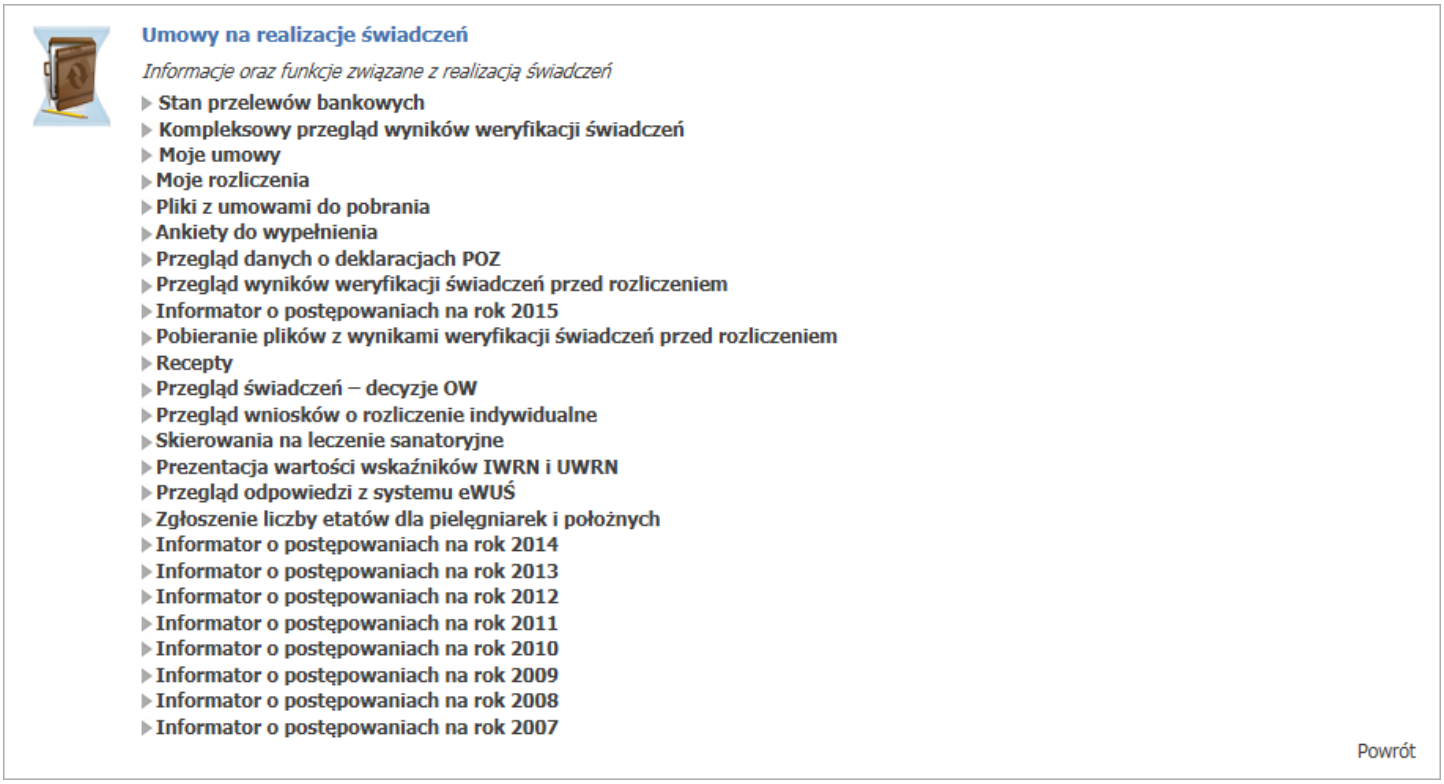
W oknie ***Personel*** możliwa jest również zmiana grupy zawodowej personelu i zawodu/specjalności dodawanego personelu, jednakże zmiana ta może odbywać się tylko w zakresie grup zawodowych i zawodów/specjalności określonych na zakładce ***Grupy zawodowe*** u tego personelu.
Po zweryfikowaniu poprawności grupy zawodowej, zawodu/specjalności oraz stanowiska personelu należy kliknąć przycisk Zapisz.



Po zapisaniu personelu dostępne staną się przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie personelu z wniosku. Kliknięcie **Powrót** pozwoli na powrót do okna szczegółów wniosku.

UWAGA: Dane kierownika apteki do wniosku są zaczytywane z Portalu Potencjału.

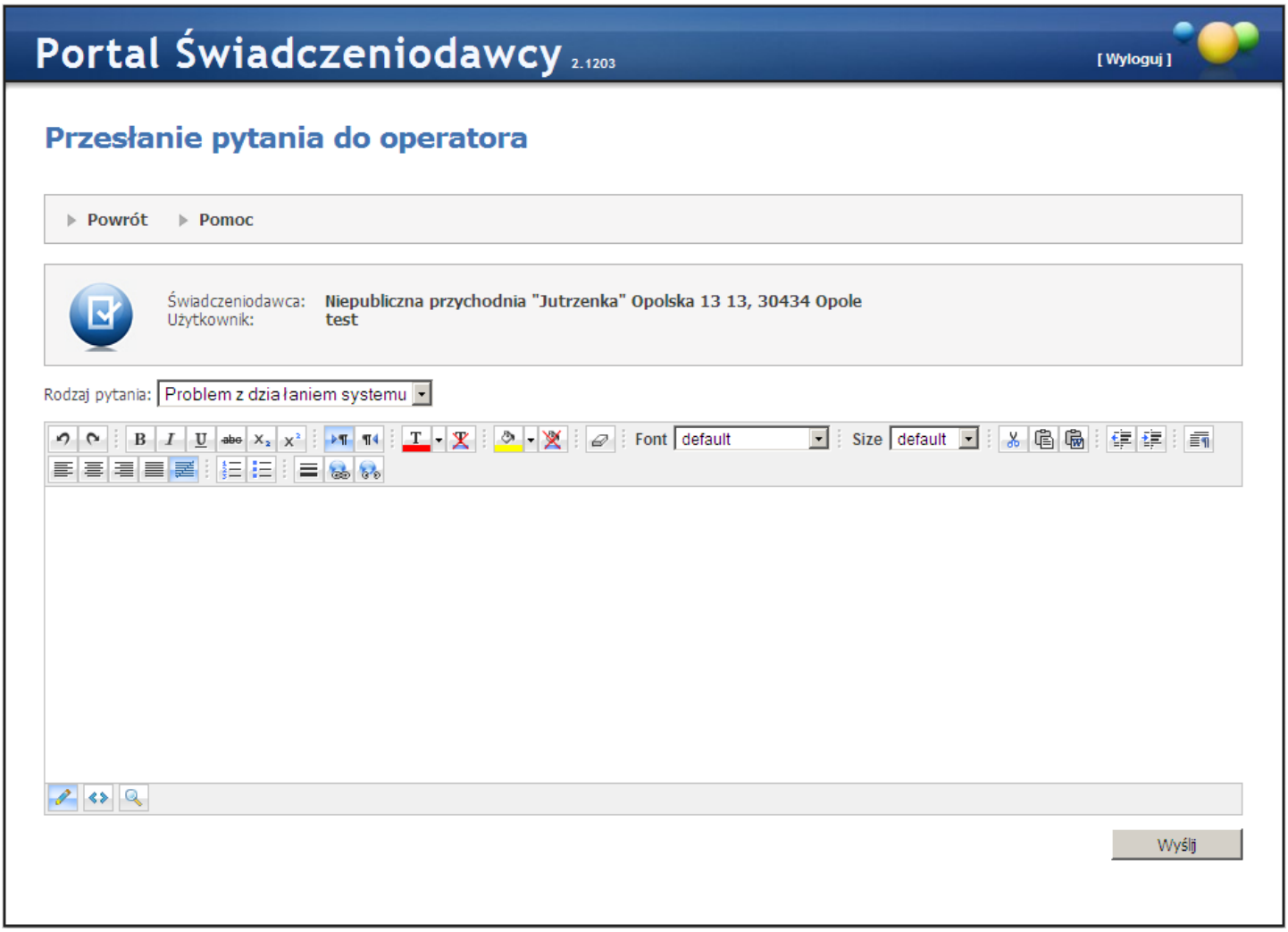
© 2026 Kamsoft S.A.



Widok - Wnioski o umowę na realizację recept

Kierownika apteki wyznacza się w **Danych świadczeniodawcy** w zakładce **Dane podstawowe** na **Portalu Potencjału.** Kierownik apteki musi być wyznaczony przed złożeniem wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.



Widok - Portal Potencjału - kierownik apteki

4.3.9.1.2 Dodawanie kierownika apteki do wniosku

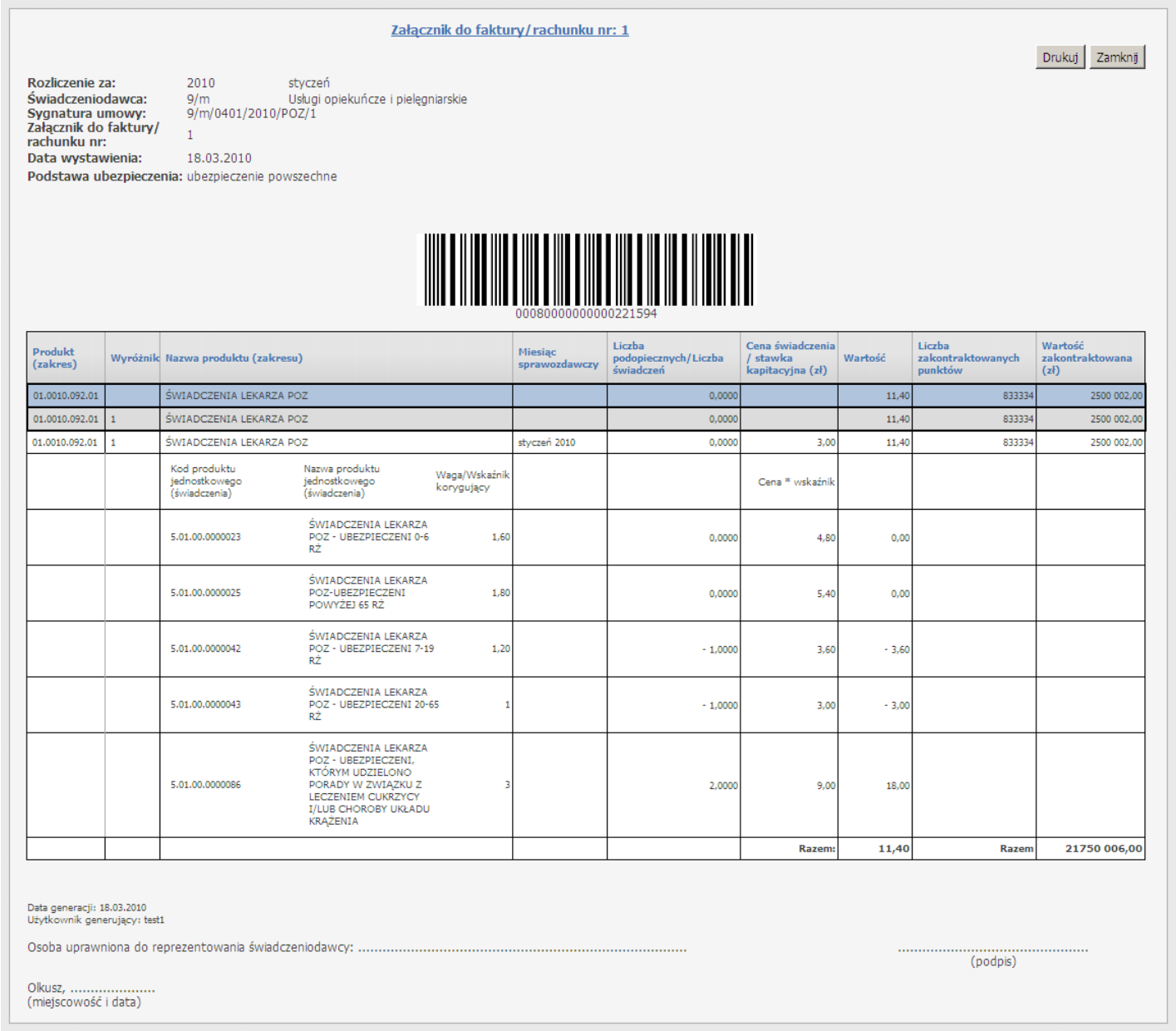
Kierownika apteki wyznacza się w **Danych świadczeniodawcy** na **Portalu Potencjału**. Kierownik apteki musi być wyznaczony przed złożeniem wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.9.1.3 Dodawanie osoby reprezentującej

W sekcji *Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy* dostępne są dwie możliwości dodawania osób reprezentujących:

- Opcja



Załącznik do faktury/rachunku nr: 1

Drukuj Zamknij

Rozliczenie za: 2010 styczeń
Świadczeniodawca: 9/m Usługi opiekuńcze i pielęgniarskie
Sygnatura umowy: 9/m/0401/2010/POZ/1
Załącznik do faktury/ rachunku nr: 1
Data wystawienia: 18.03.2010
Podstawa ubezpieczenia: ubezpieczenie powszechne

00080000000000221594

Produkt (zakres)	Wyróżnik	Nazwa produktu (zakresu)			Miesiąc sprawozdawczy	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Cena świadczenia / stawka kapitacyjna (zł)	Wartość	Liczba zakontraktowanych punktów	Wartość zakontraktowana (zł)
01.0010.092.01		ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ				0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ				0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ			styczeń 2010	0,0000	3,00	11,40	833334	2500 002,00
		Kod produktu jednostkowego (świadczenia)	Nazwa produktu jednostkowego (świadczenia)	Waga/Wskaźnik korygujący			Cena * wskaźnik			
		5.01.00.0000023	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 0-6 RŻ	1,60		0,0000	4,80	0,00		
		5.01.00.0000025	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RŻ	1,80		0,0000	5,40	0,00		
		5.01.00.0000042	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 7-19 RŻ	1,20		- 1,0000	3,60	- 3,60		
		5.01.00.0000043	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 20-65 RŻ	1		- 1,0000	3,00	- 3,00		
		5.01.00.0000086	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI, KTÓRYM UDZIELONO PORADY W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CUKRZYCY I/LUB CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	3		2,0000	9,00	18,00		
							Razem:	11,40	Razem	21750 006,00

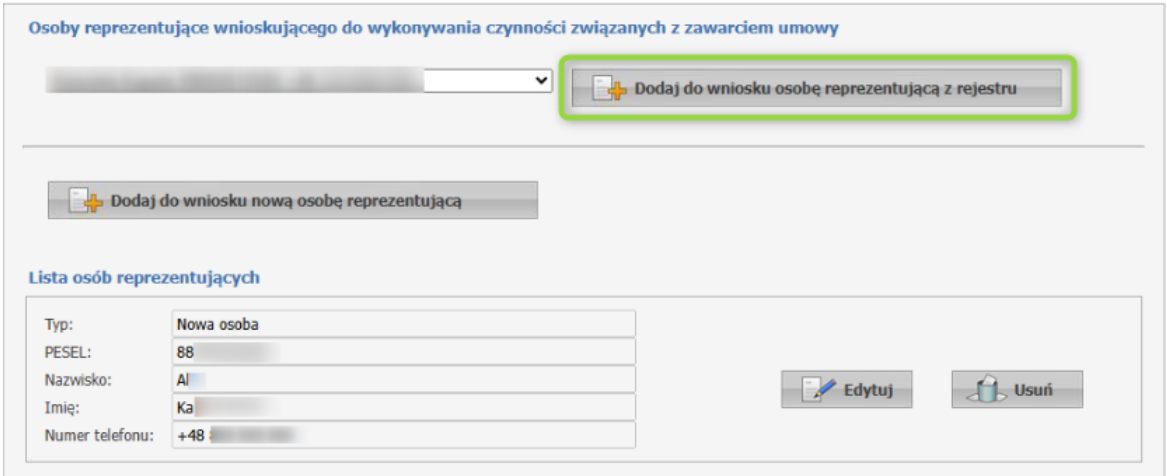
Data generacji: 18.03.2010
Użytkownik generujący: test1

Osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy: ....
(podpis)

Olkusz, ...
(miejscowość i data)

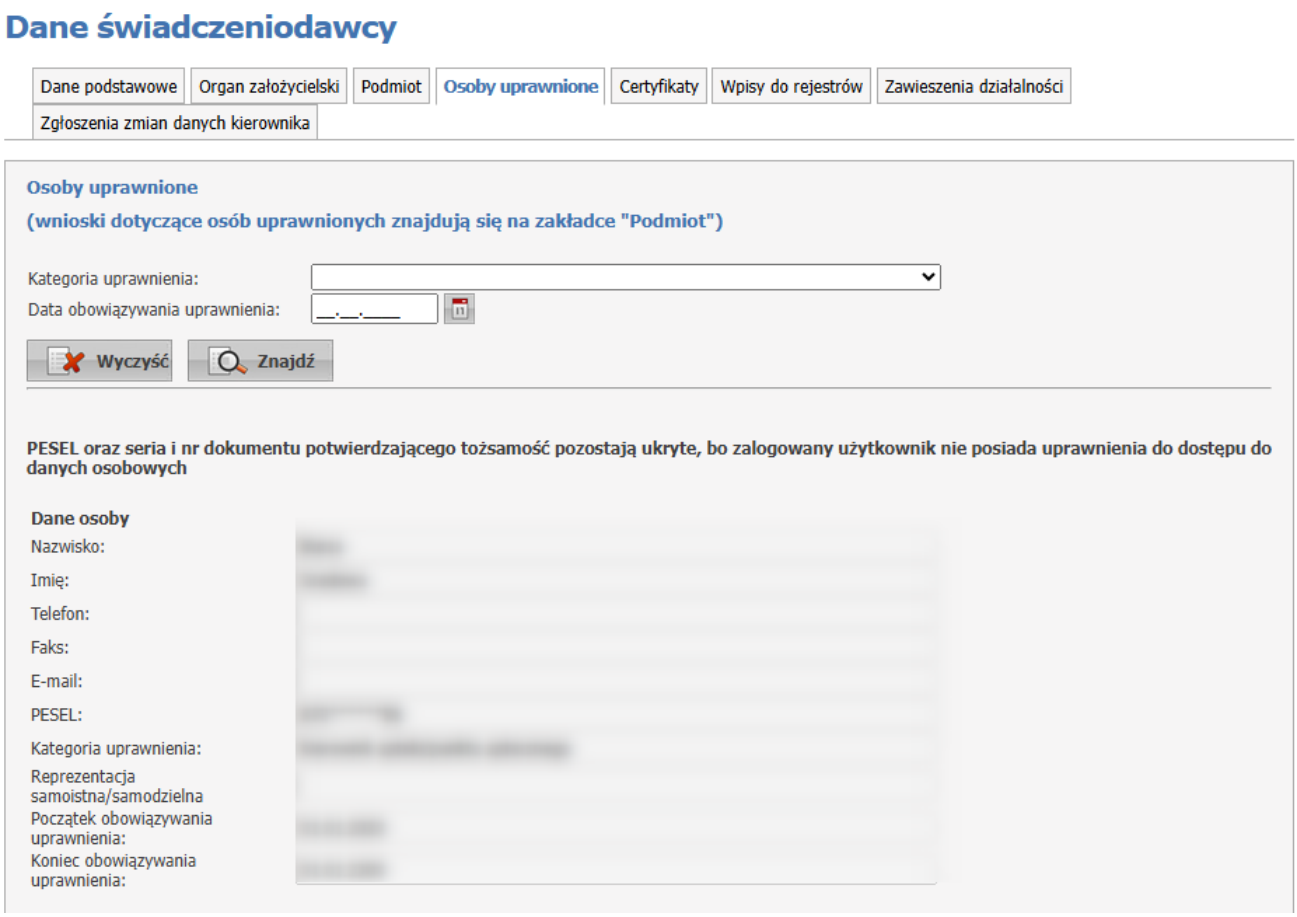
umożliwia wybranie osoby z listy rozwijanej

© 2026 Kamsoft S.A.



Widok strony *Wnioski o umowę na realizację recept*

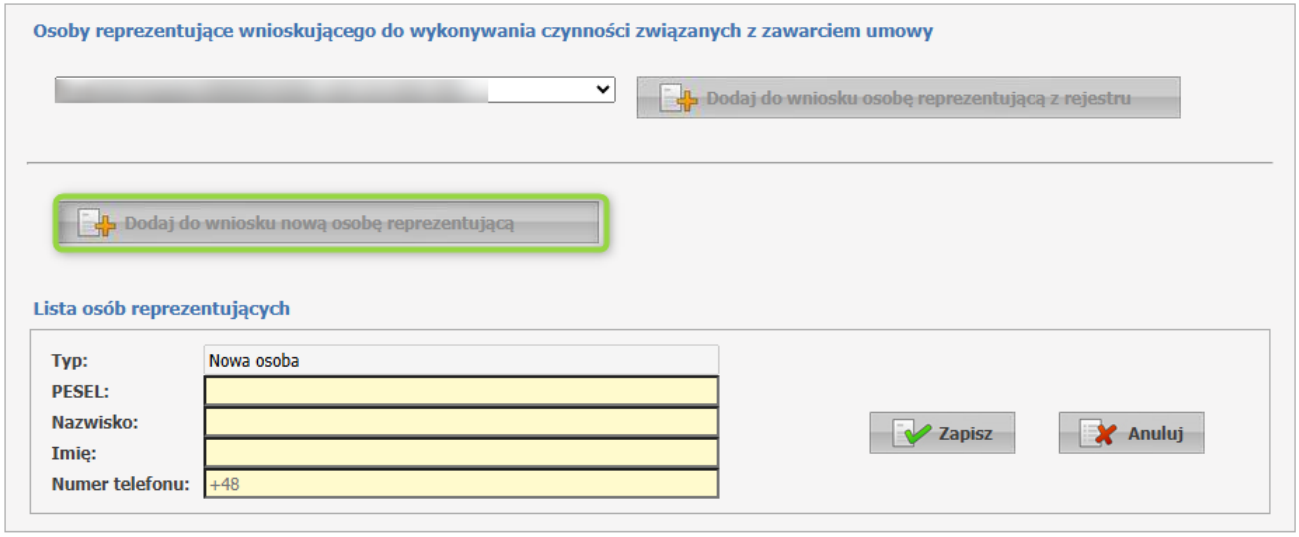
Lista jest dostępna wyłącznie wtedy, gdy osoby uprawnione zostały wcześniej zdefiniowane w **Dane Świadczeniodawcy** w zakładce **Osoby uprawnione** na **Portalu Potencjału**.



Widok miejsca uprawnionych osób - *Portal Potencjału*

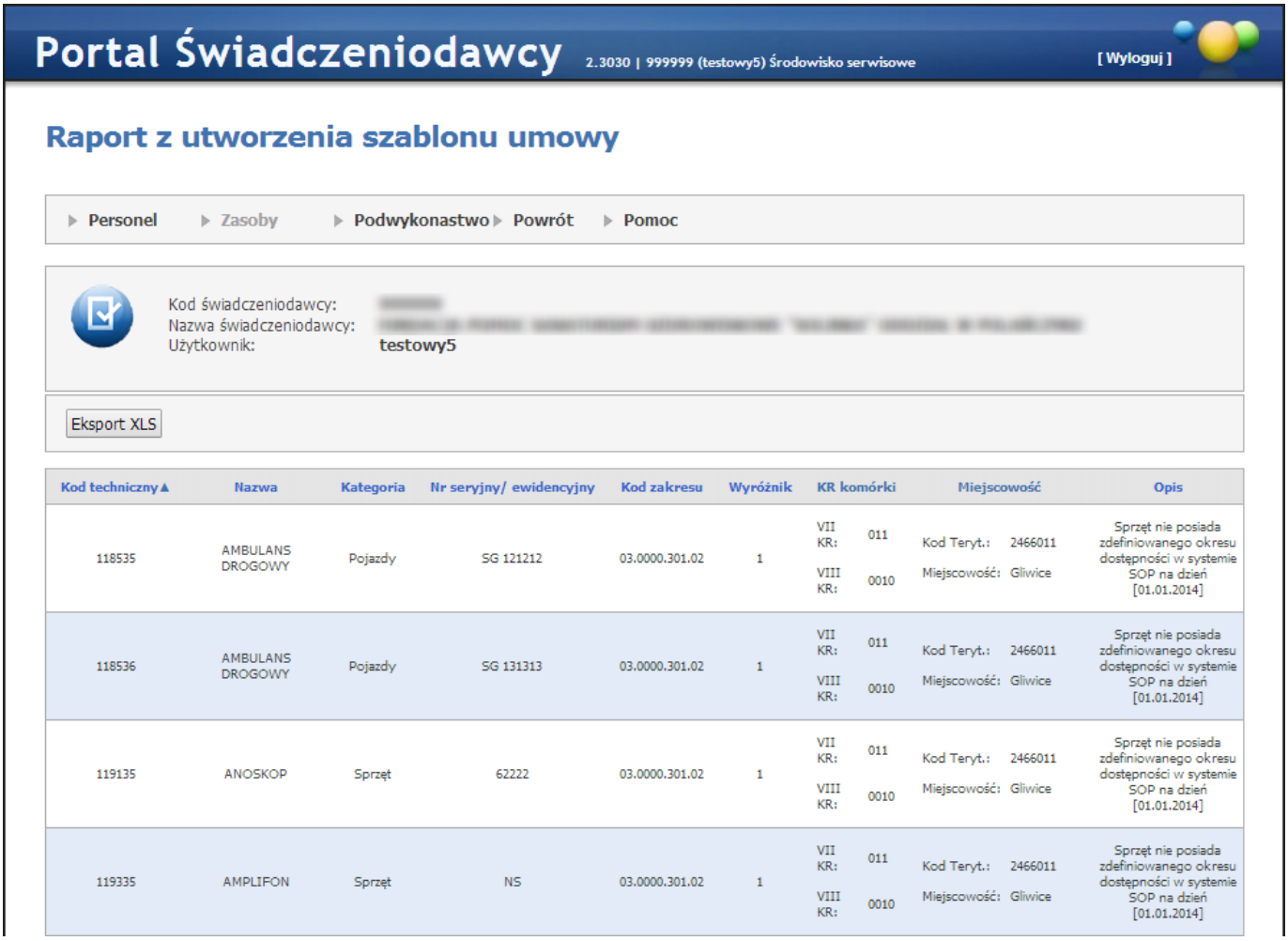
- Jeżeli osoba nie figuruje w rejestrze, możliwe jest jej dodanie bezpośrednio z poziomu wniosku poprzez przycisk Dodaj do wniosku nową osobę reprezentującą. Po jego kliknięciu pojawią się pola umożliwiające wpisanie wymaganych danych osoby reprezentującej: Imię, Nazwisko, PESEL, Numer telefonu. Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych pól należy kliknąć przycisk Zapisz.

© 2026 Kamsoft S.A.

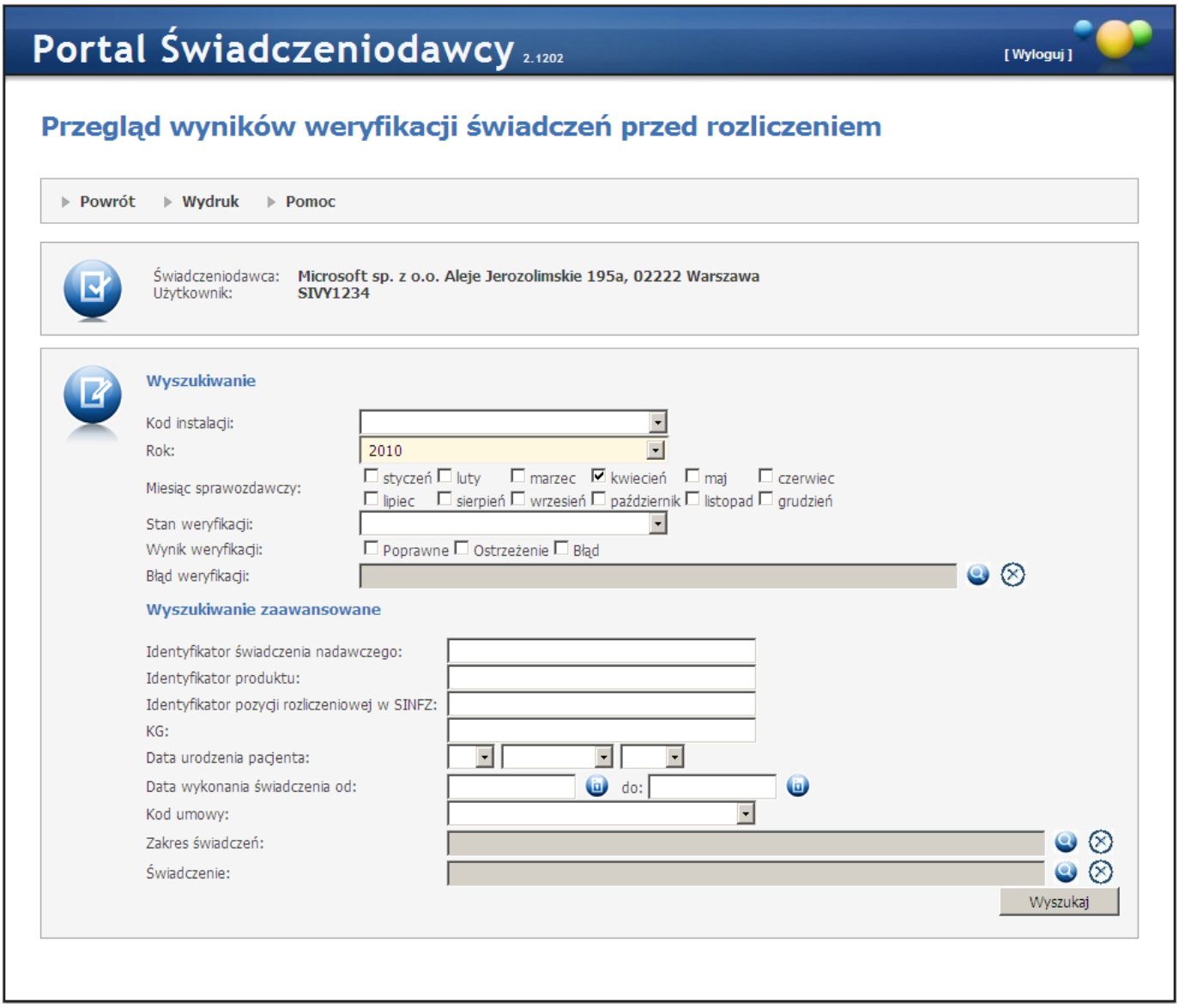


Widok - rozpoczęcie dodania osoby reprezentującej

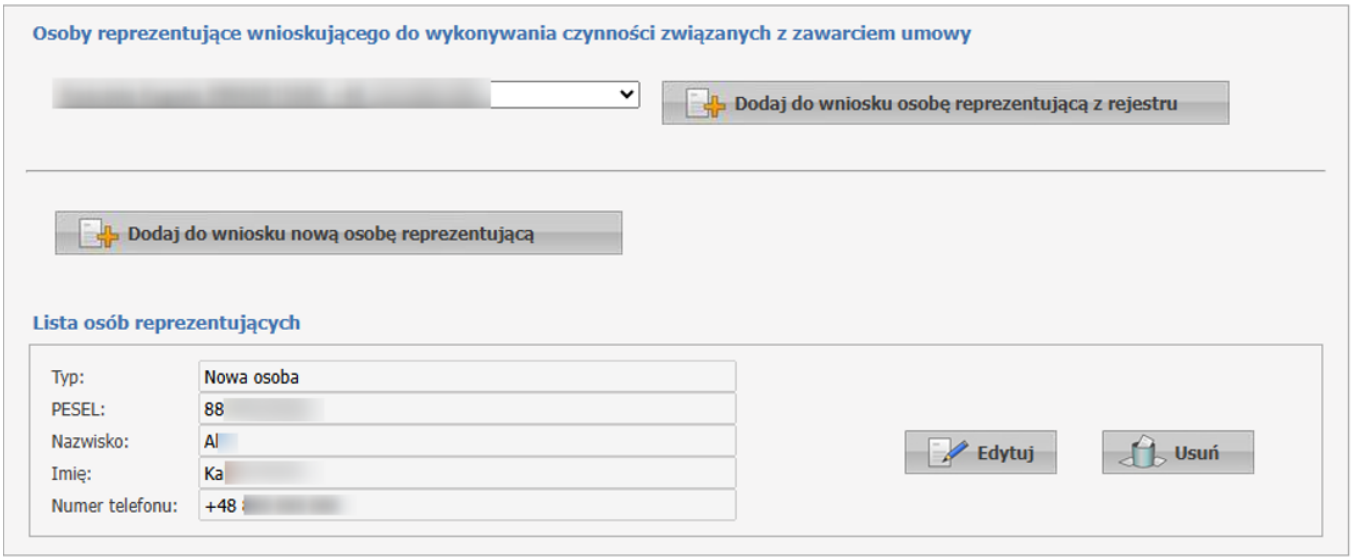
Widok zostanie uzupełniony o sekcję *Lista osób reprezentujących*, w której pojawi się dodana osoba wraz z dwoma dostępnymi opcjami:



umożliwia zmianę wprowadzonych danych i



pozwala na usunięcie osoby z wniosku



Widok - lista osób reprezentujących

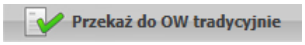
4.3.9.2 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Po zakończeniu wypełniania wniosku w systemie użytkownik ma możliwość przekazania go do właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w jednej z dwóch dostępnych form:

1. **Przekazanie do OW tradycyjne**
2. **Przekazanie do OW podpisany cyfrowo**

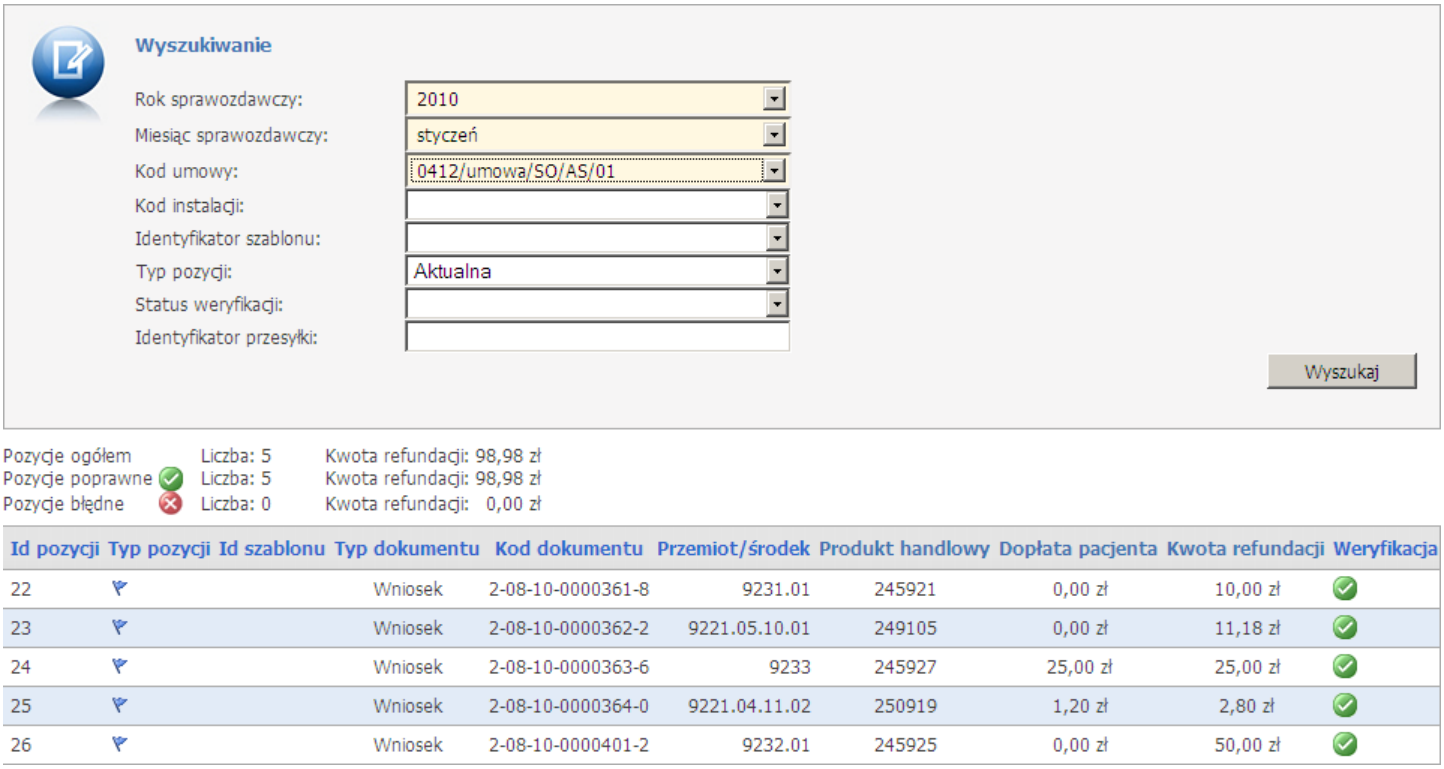
Każda z metod powoduje zmianę statusu wniosku oraz udostępnia nowe funkcje systemowe.

Przekazanie wniosku do OW NFZ - metoda tradycyjna

Funkcja **Przekaż do OW tradycyjnie** umożliwia przekazanie wniosku do odpowiedniego OW w formie papierowej. Po wejściu w szczegóły wybranego wniosku użytkownik ma dostęp do przycisku 

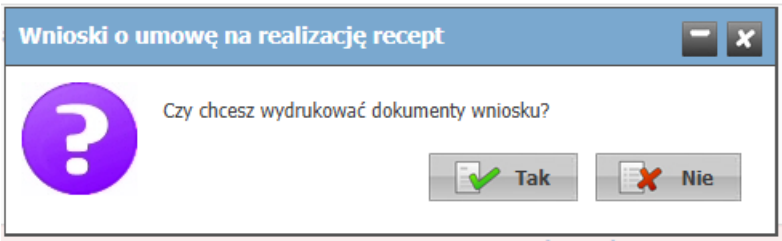
służącego do rozpoczęcia tego procesu.

Po wybraniu opcji system wyświetla okno potwierdzające chęć przekazania wniosku.



Okno potwierdzające przekazanie wniosku

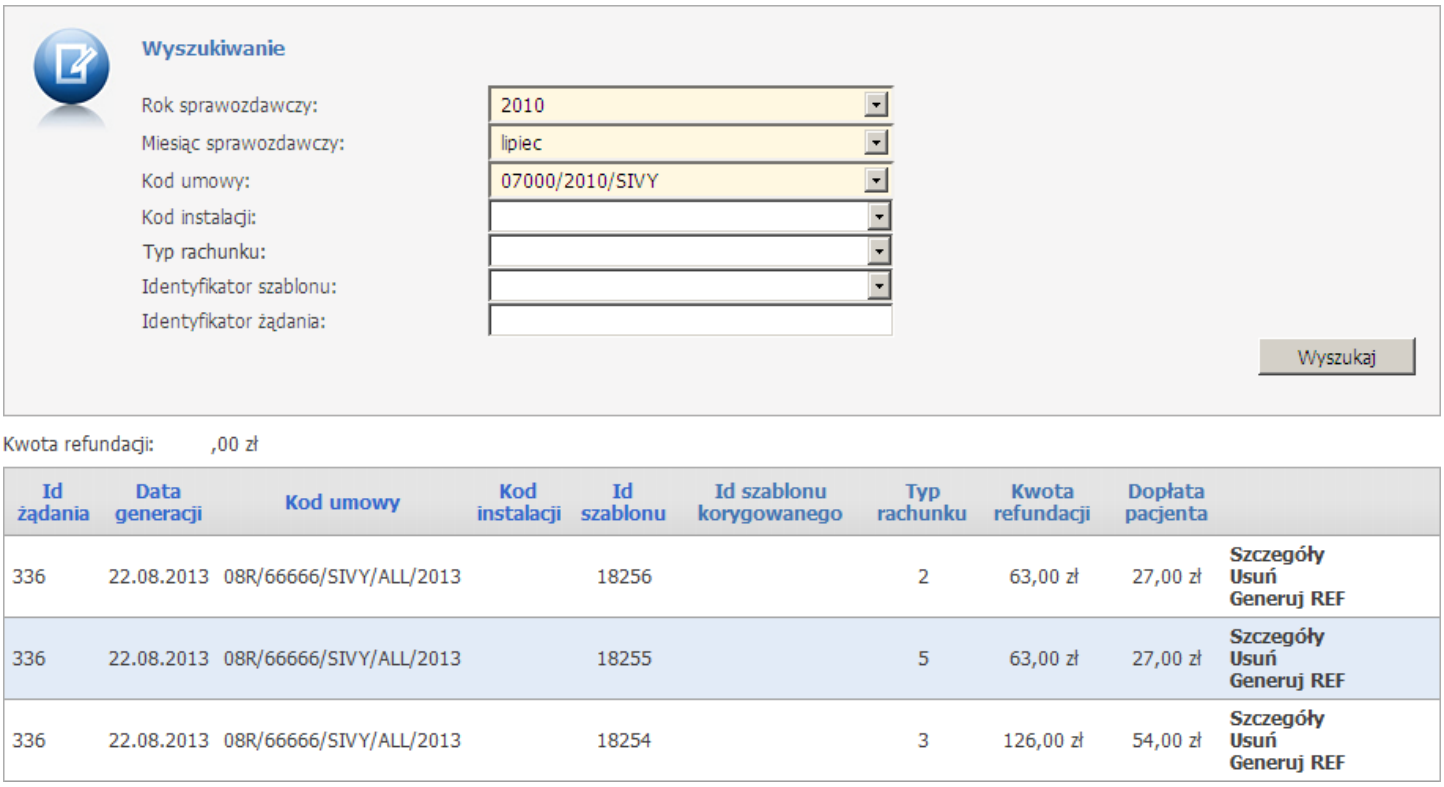
Następnie pojawia się dodatkowa informacja z pytaniem o wykonanie wydruku dokumentów.



Oko potwierdzające przejścia do wydruku dokumentów

Potwierdzenie tej operacji powoduje otwarcie okna weryfikacyjnego, w którym konieczne jest przepisanie kodu przedstawionego na obrazku. Kod ten zabezpiecza proces przed przypadkowym wygenerowaniem dokumentów.

© 2026 Kamsoft S.A.



Okno do pobrania dokumentów

Po poprawnym wprowadzeniu kodu system udostępnia komplet dokumentów wymaganych do przekazania wniosku w formie tradycyjnej.
Wśród nich znajdują się:

- Wniosek
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
- Konto bankowe
- Oświadczenie kierownika apteki

Dokumenty stają się dostępne do pobrania i wydruku, a użytkownik może je następnie przekazać zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Po przekazaniu wniosku do OW NFZ system automatycznie zmienia jego status z *Przygotowanie* na *Przekazany do OW NFZ*. W tym momencie w szczegółach wniosku pojawiają się dwa nowe a przyciski

i

.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept

Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 109052

Do edycji | Drukuj

Wniosek: **109052** Data przekazania: **13.02.2026** Status: **przekazany do OW NFZ**

Numer konta bankowego

40

ING Departament Obsługi Rozliczeń ZABRZE56 CHRZANOWA60

Edytuj

Kierownik i personel fachowy apteki

Dodaj personel

Kierownik punktu aptecznego

Nazwisko	Imię	PESEL	Okres od	Okres do

Personel fachowy punktu aptecznego

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	
				Szczegóły Usuń

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

Dodaj do wniosku osobę reprezentującą z rejestru

Dodaj do wniosku nową osobę reprezentującą

Lista osób reprezentujących

Typ:
PESEL:
Nazwisko:
Imię:
Numer telefonu:

Edytuj | Usuń

Typ:
PESEL:
Nazwisko:
Imię:
Numer telefonu:

Edytuj | Usuń

Dokumenty do wniosku

Prześlij dokument...

Załączone dokumenty do wniosku podpisywanego cyfrowo

Brak

W górę

© 2026 Kamsoft S.A.

Widok - Wniosek o umowę na realizację recept

Przycisk **Do edycji** umożliwia ponowne wprowadzenie zmian w przekazanym już wniosku. Funkcja ta jest dostępna do momentu rozpoczęcia oceny przez OW NFZ. Oznacza to, że dopóki OW NFZ nie rozpocznie procesu weryfikacji, użytkownik może swobodnie edytować wniosek. W chwili, gdy OW NFZ rozpocznie ocenę, system automatycznie blokuje możliwość dalszej edycji. Wniosek otrzymuje wówczas status *W trakcie sprawdzania*, a użytkownik może jedynie przeglądać dokument, bez możliwości jego modyfikacji.

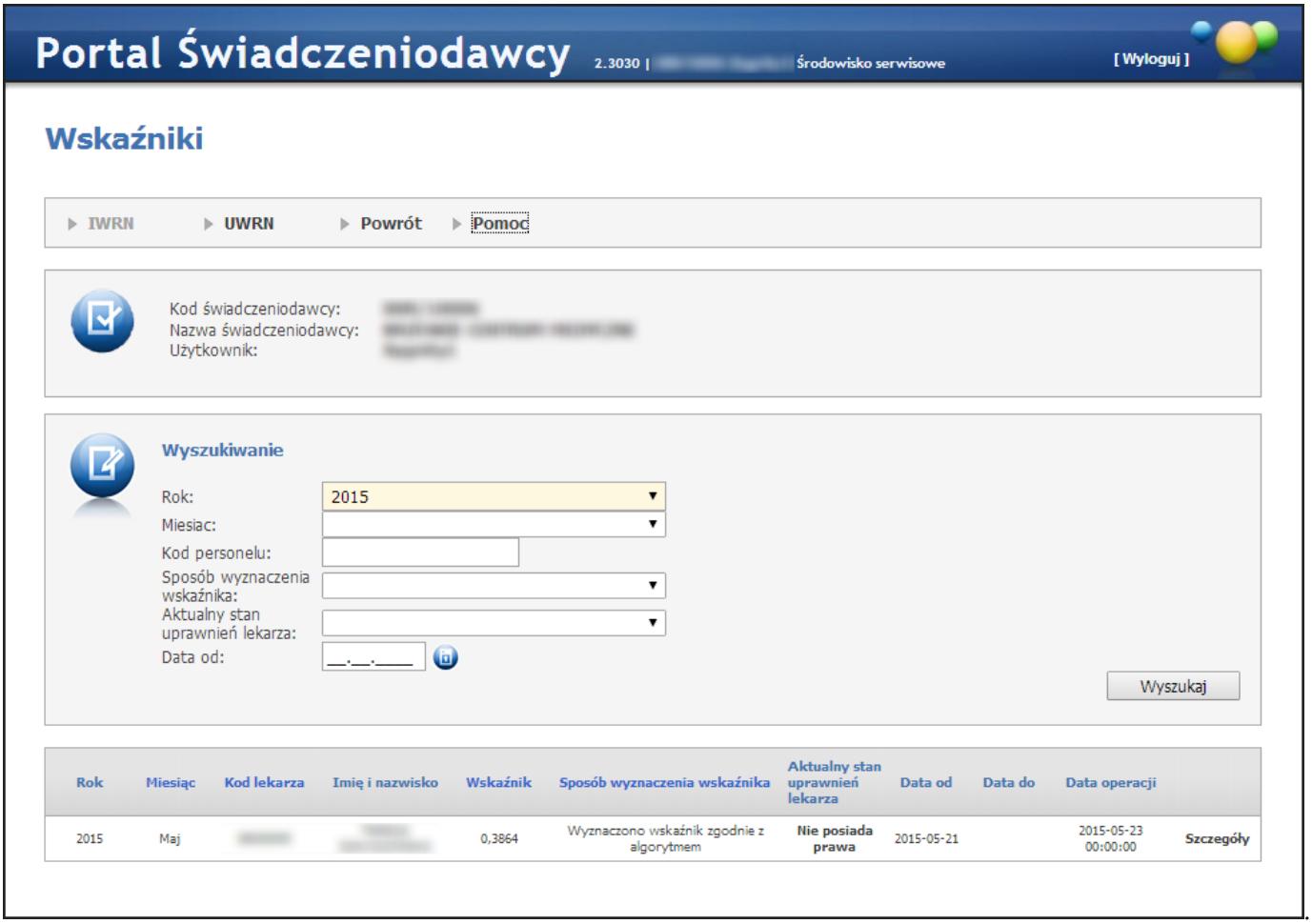
Przekazanie wniosku do OW NFZ - podpisany cyfrowo

Funkcja **Przekaż do OW podpisany cyfrowo** umożliwia przekazanie wniosku do OW NFZ bez konieczności drukowania dokumentów. Po wybraniu tej opcji system rozpoczyna proces weryfikacji kompletu wymaganych załączników.

Dokumenty, które mają zostać przekazane cyfrowo, muszą zostać wcześniej pobrane i podpisane podpisem kwalifikowanym lub profilem zaufanym. Operacje te wykonuje się w sekcji ***Załączone dokumenty do wniosku podpisywanego cyfrowo***.

Sekcja *Załączone dokumenty do wniosku podpisywanego cyfrowo* znajdująca się na samym dole wniosku- pusta lista

Po podpisaniu plików należy dodać je z powrotem do systemu, korzystając z przycisku



. Po

jego wybraniu otwarte zostanie okno, w którym użytkownik wskazuje kategorię dokumentu oraz wybiera odpowiedni plik z dysku.

Rok	Miesiąc	Kod lekarza	Imię i nazwisko	Wskaźnik	Sposób wyznaczenia wskaźnika	Aktualny stan uprawnień lekarza	Data od	Data do	Data operacji	
2015	Maj			0,3864	Wyznaczono wskaźnik zgodnie z algorytmem	**Nie posiada prawa**	2015-05-21		2015-05-23 00:00:00	**Szczegóły**

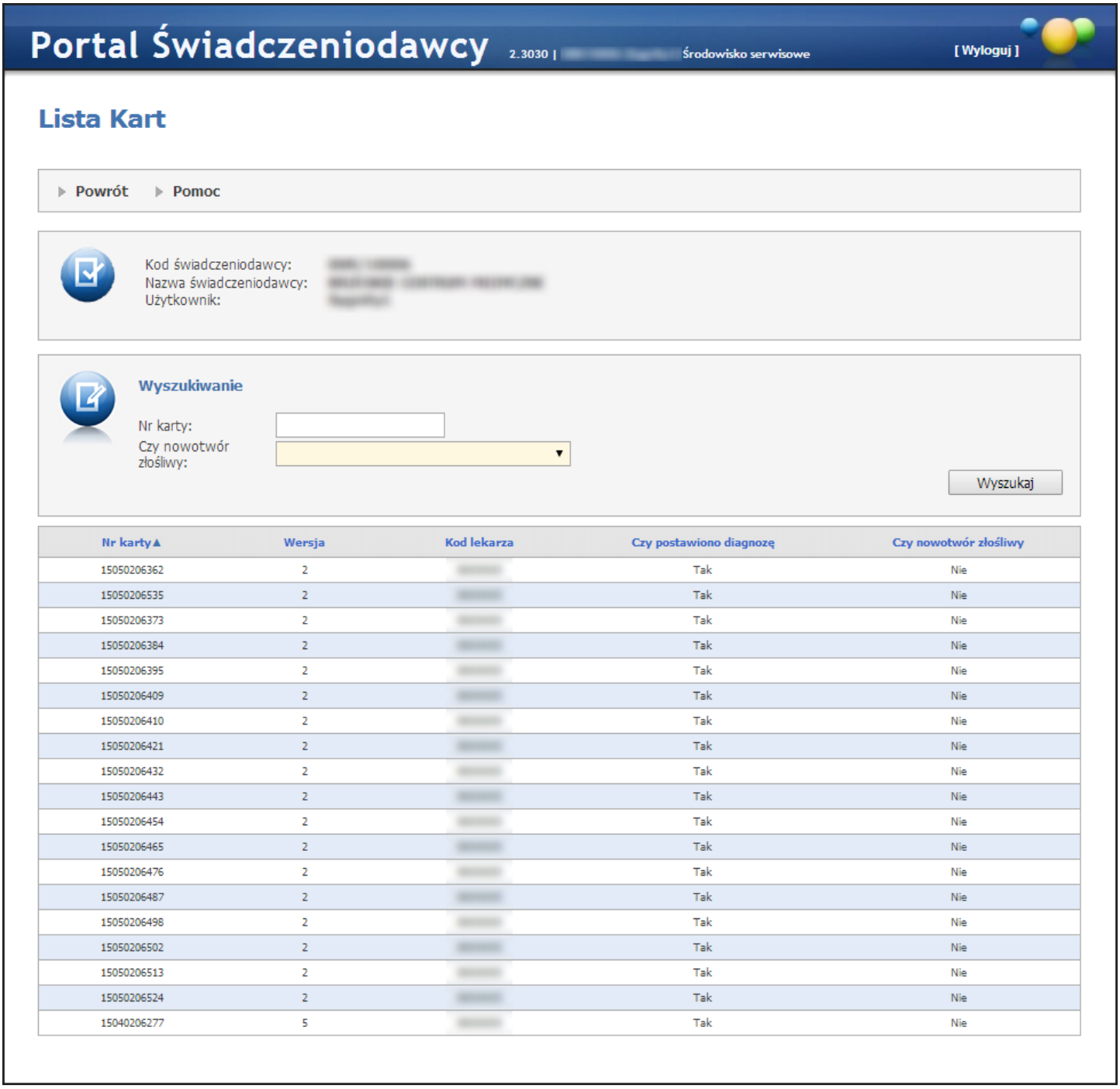
Okno umożliwiające dodanie dokumentu

Dostępne kategorie dokumentu:

- Wniosek o umowę na realizację recept
- Zał.1 Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych
- Zał.2 Wniosek w sprawie rachunku bankowego
- Zał.5 Oświadczenie o spełnieniu wymagań do pełnienia funkcji kierownika apteki
- Zał.6 Kopie dokumentów uprawniających kierownika do pełnìenia funkcji
- Zał.7 Kopia zezwolenia na prowadzenie apteki
- Zał.8 Pełnomocnictwo upoważniające do działania w imieniu wnioskującego

System automatycznie weryfikuje, czy dokument zawiera poprawny podpis elektroniczny. Jeśli podpis nie jest prawidłowy, plik nie zostanie dodany do listy i konieczne będzie jego korekta.
Przy prawidłowym przesłaniu pliku system wyświetli okno umożliwiające określenie roli osoby(lub osób), które złożyły podpisy.

© 2026 Kamsoft S.A.



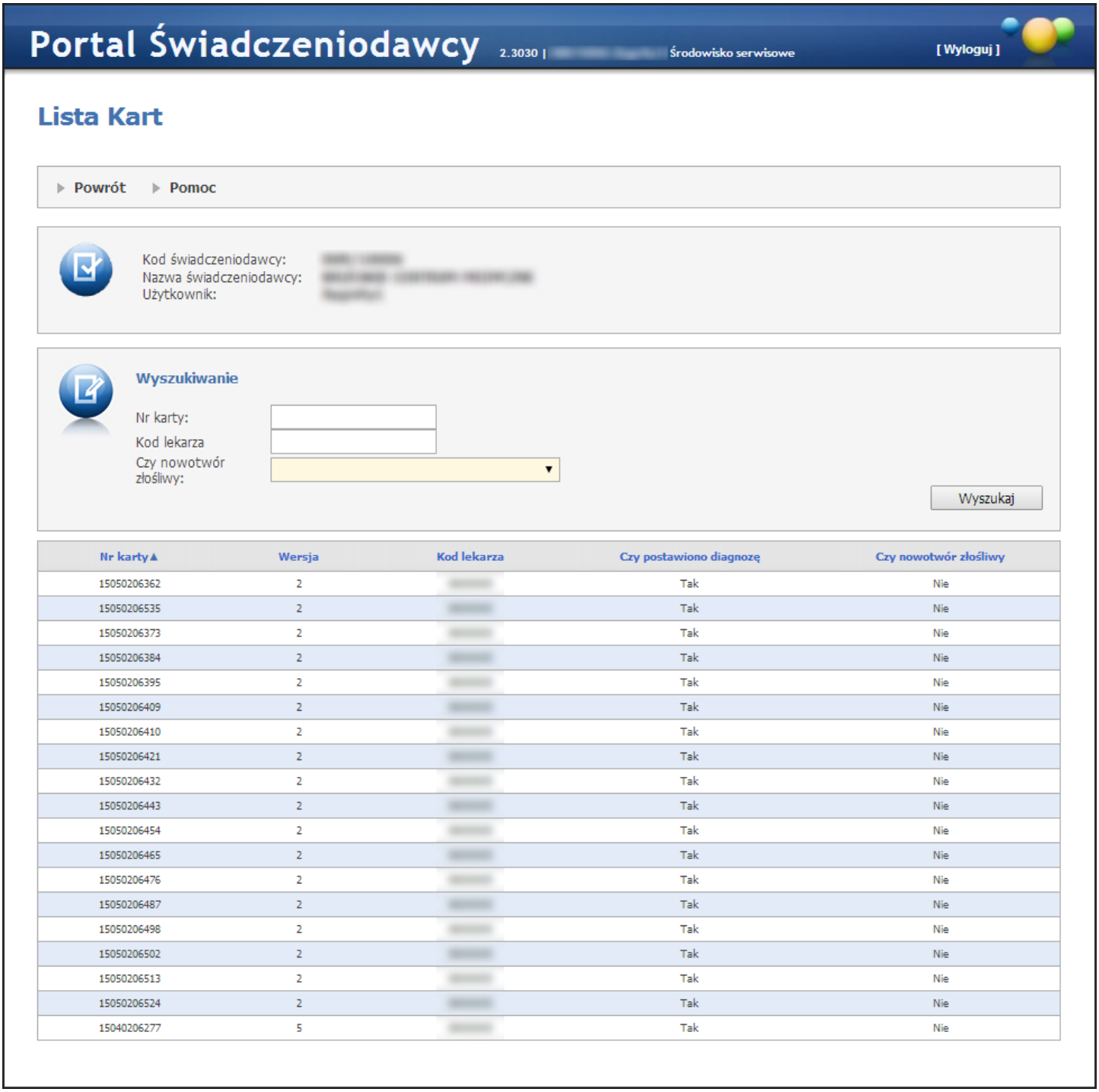
Okno w celu określenia roli osoby składającej dokument

W oknie widoczne są dane osoby (imię i nazwisko) podpisującej oraz data złożenie podpisu.
Użytkownik musi przypisać właściwą rolę wybierając ją z listy:

- Osoba reprezentująca podmiot prowadzący aptekę
- Osoba reprezentująca wnioskującego
- Kierownik apteki
- Osoba reprezentującego i kierownik apteki

Po jej wybraniu należy potwierdzić wybór przyciskiem **Zatwierdź,** który zakończy proces dodawania dokumentu i umożliwi przejście do dalszych etapów przekazywania wniosku.
Jeśli do listy dokumentów zostanie dodany plik, który jest nieprawidłowy użytkownik ma możliwość jego usunięcia, W tym celu należy skorzystać z przycisku

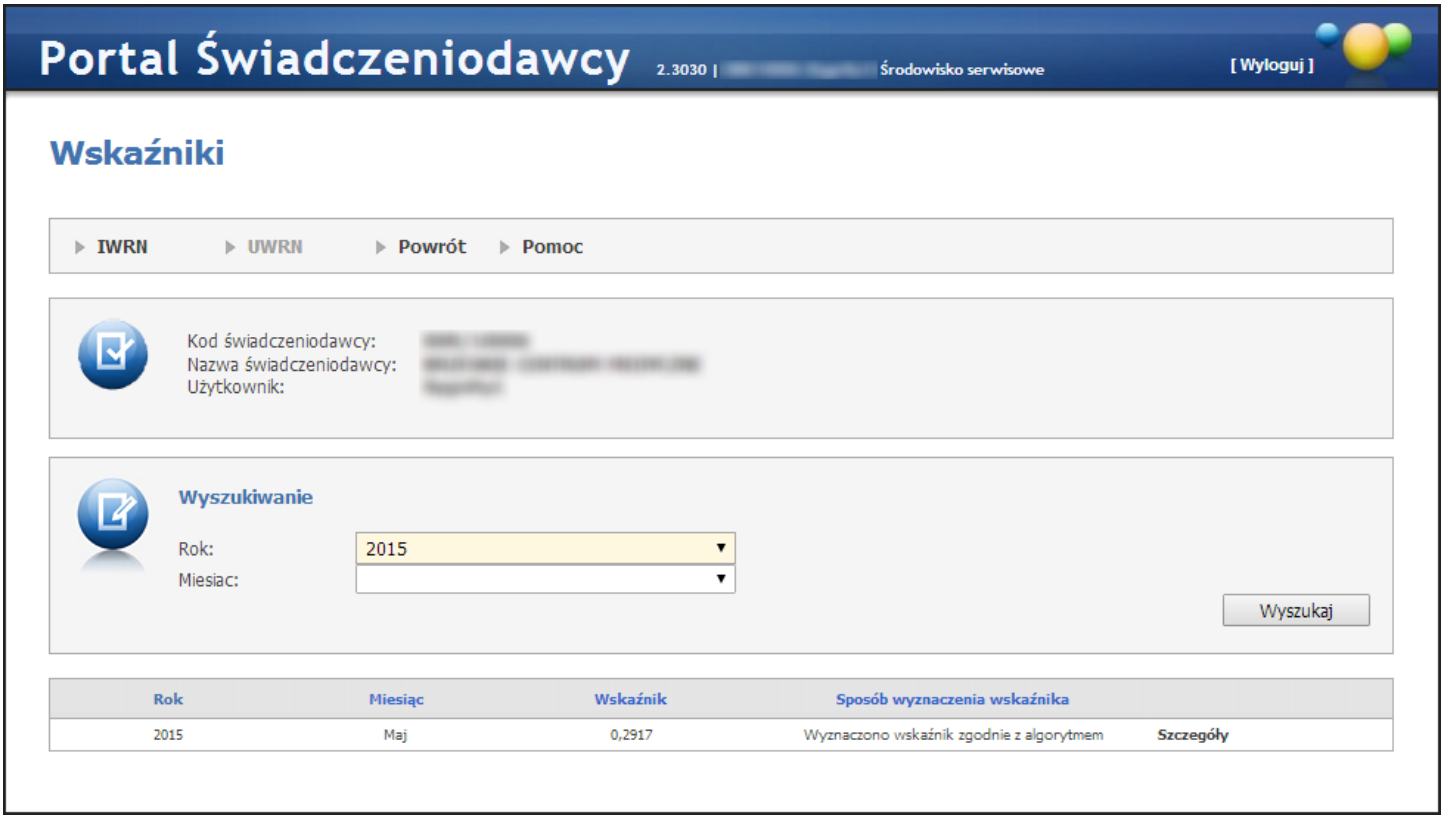
© 2026 Kamsoft S.A.



Nr karty	Wersja	Kod lekarza	Czy postawiono diagnozę	Czy nowotwór złośliwy
15050206362	2		Tak	Nie
15050206535	2		Tak	Nie
15050206373	2		Tak	Nie
15050206384	2		Tak	Nie
15050206395	2		Tak	Nie
15050206409	2		Tak	Nie
15050206410	2		Tak	Nie
15050206421	2		Tak	Nie
15050206432	2		Tak	Nie
15050206443	2		Tak	Nie
15050206454	2		Tak	Nie
15050206465	2		Tak	Nie
15050206476	2		Tak	Nie
15050206487	2		Tak	Nie
15050206498	2		Tak	Nie
15050206502	2		Tak	Nie
15050206513	2		Tak	Nie
15050206524	2		Tak	Nie
15040206277	5		Tak	Nie

znajdującego się przy danym pliku.

© 2026 Kamsoft S.A.

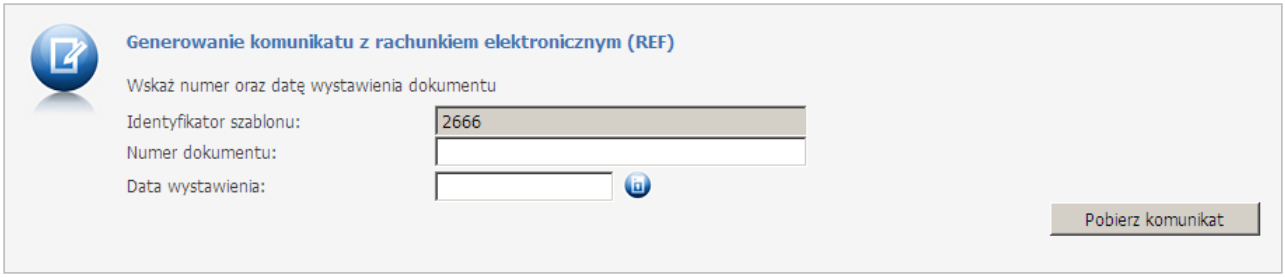


Sekcja *Załączone dokumenty do wniosku podpisywanego cyfrowo* znajdująca się na samym dole wniosku - lista uzupełniona

Po przekazaniu wniosku do OW NFZ system automatycznie zmienia jego status z *Przygotowanie* na *Przekazany do OW NFZ*. W tym momencie w szczegółach wniosku pojawiają się dwa nowe a przyciski

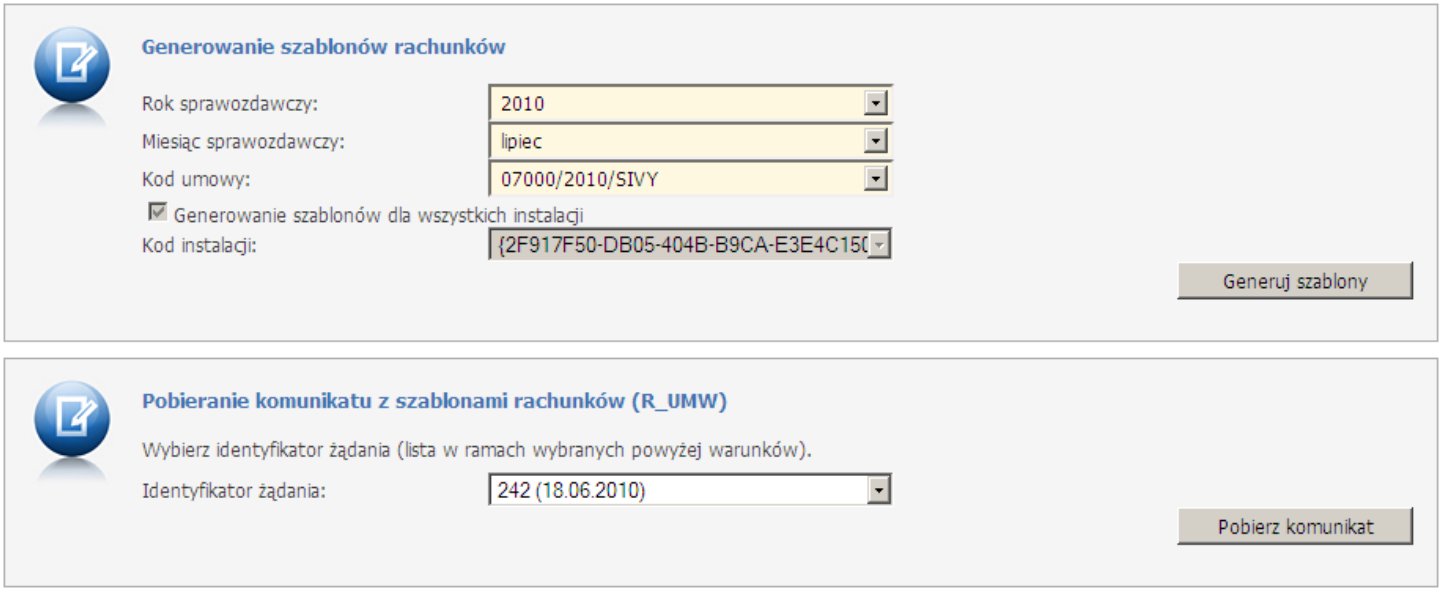
. Przycisk **Do edycji** umożliwia ponowne wprowadzenie zmian w przekazanym już wniosku. Funkcja ta jest dostępna do momentu rozpoczęcia oceny przez OW NFZ. Oznacza to, że dopóki OW NFZ nie rozpocznie procesu weryfikacji, użytkownik może swobodnie edytować wniosek. W chwili, gdy OW NFZ rozpocznie ocenę, system automatycznie blokuje możliwość dalszej edycji. Wniosek otrzymuje wówczas status *W trakcie sprawdzania*, a użytkownik może jedynie przeglądać dokument, bez możliwości jego modyfikacji.

Po kliknięciu przycisku



służącego do przekazania wniosku wyświetlane jest okno potwierdzające chęć wykonania operacji.

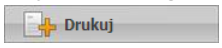
© 2026 Kamsoft S.A.



Okno potwierdzające przekazanie wniosku

Jeśli we wniosku brakuje któregoś z wymaganych dokumentów, system poinformuje o tym, wyświetlając komunikaty oznaczone kolorem czerwonym np. "Brak załączonego dokumentu: Zał.2 Wniosek w sprawie rachunku bankowego".

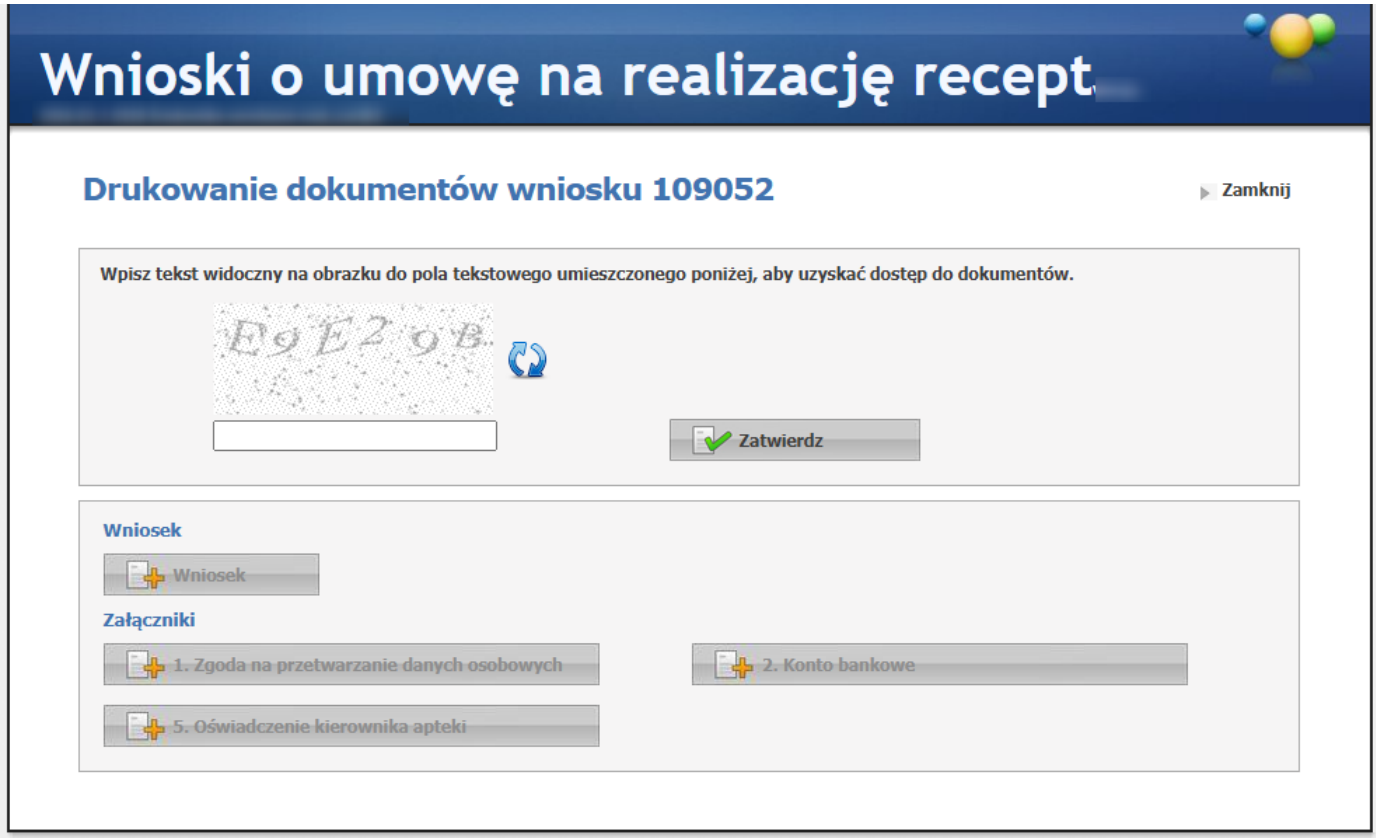
4.3.9.3 Drukowanie dokumentów

Po przekazaniu wniosku elektronicznego do OW NFZ należy wydrukować wniosek wraz z załącznikami, po czym wypełnić ręcznie, podpisać i dostarczyć do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydruk dokumentów możliwy jest po kliknięciu przycisku 

dostępnego po przekazaniu wniosku elektronicznego do OW NFZ.
Po jego kliknięciu otworzy się okno, w którym dostępny będzie wydruk następujących dokumentów:

1. Wniosek
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
3. Konto bankowe
4. Oświadczenie kierownika apteki

© 2026 Kamsoft S.A.

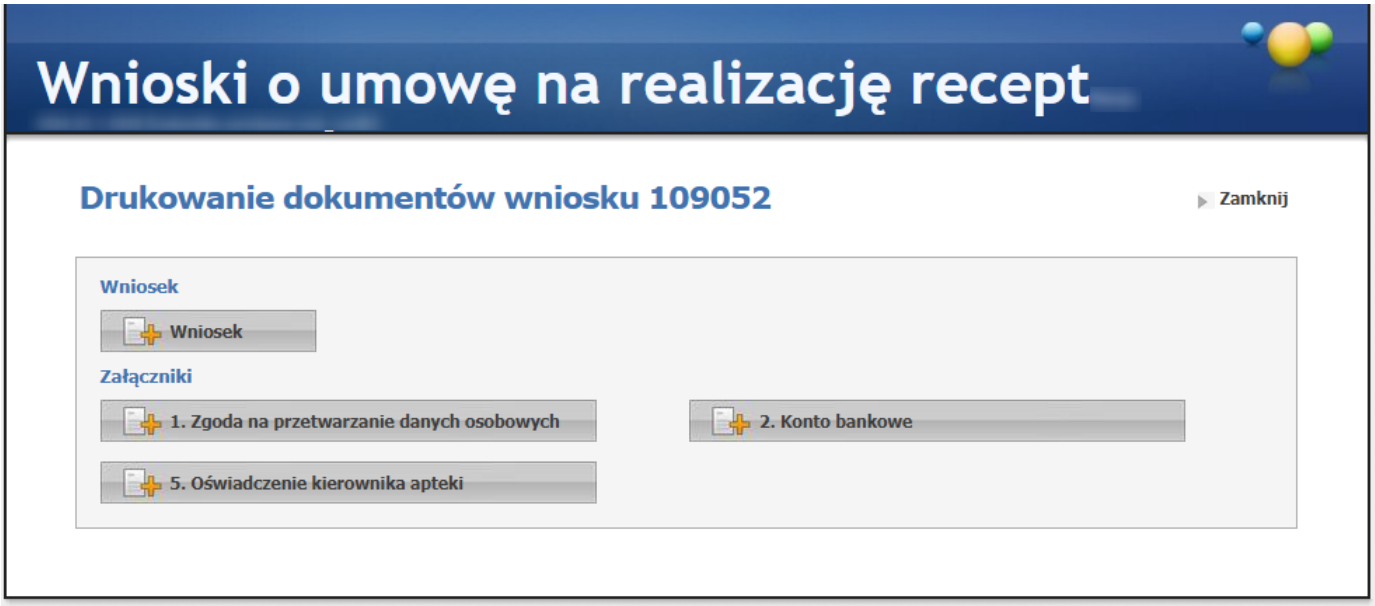


Wydruk umowy jest możliwy aczkolwiek nie jest konieczny.
W przypadku samodzielnego dostarczania wniosku z załącznikami do OW NFZ umowa może zostać wydrukowana na poczekaniu w OW NFZ.
Natomiast w przypadku wysłania samego wniosku z załącznikami (bez umowy) wnioskujący otrzyma zaproszenie do stawienia się w OW NFZ i podpisania umowy.
Oczywiście wszystkie trzy powyższe scenariusze dotyczą wniosków, w których nie stwierdzono żadnych uchybień. W przypadku ich stwierdzenia wnioskujący zostanie wezwany do usunięcia braków.

Dostęp do wydruków zabezpieczony jest kodem CAPTCHA widocznego w górnej części okna.

Kod należy wpisać w pole znajdujące się poniżej kodu i zatwierdzić klikając przycisk Zatwierdz. Przycisk znajdujący się obok kodu pozwala na odświeżenie, a co za tym idzie, zmianę wyświetlanego kodu - np. w przypadku jego nieczytelności. Po poprawnym wprowadzeniu kodu dostępne staną się przycisku z wydrukami.

© 2026 Kamsoft S.A.



Do otwarcia plików z dokumentami wniosku niezbędna jest zainstalowana aplikacja Acrobat Reader. Jest ona bezpłatna i możliwe jest jej ściągnięcie ze strony producenta pod adresem: http://get.adobe.com/reader/.

4.3.9.4 Uzupełnianie braków

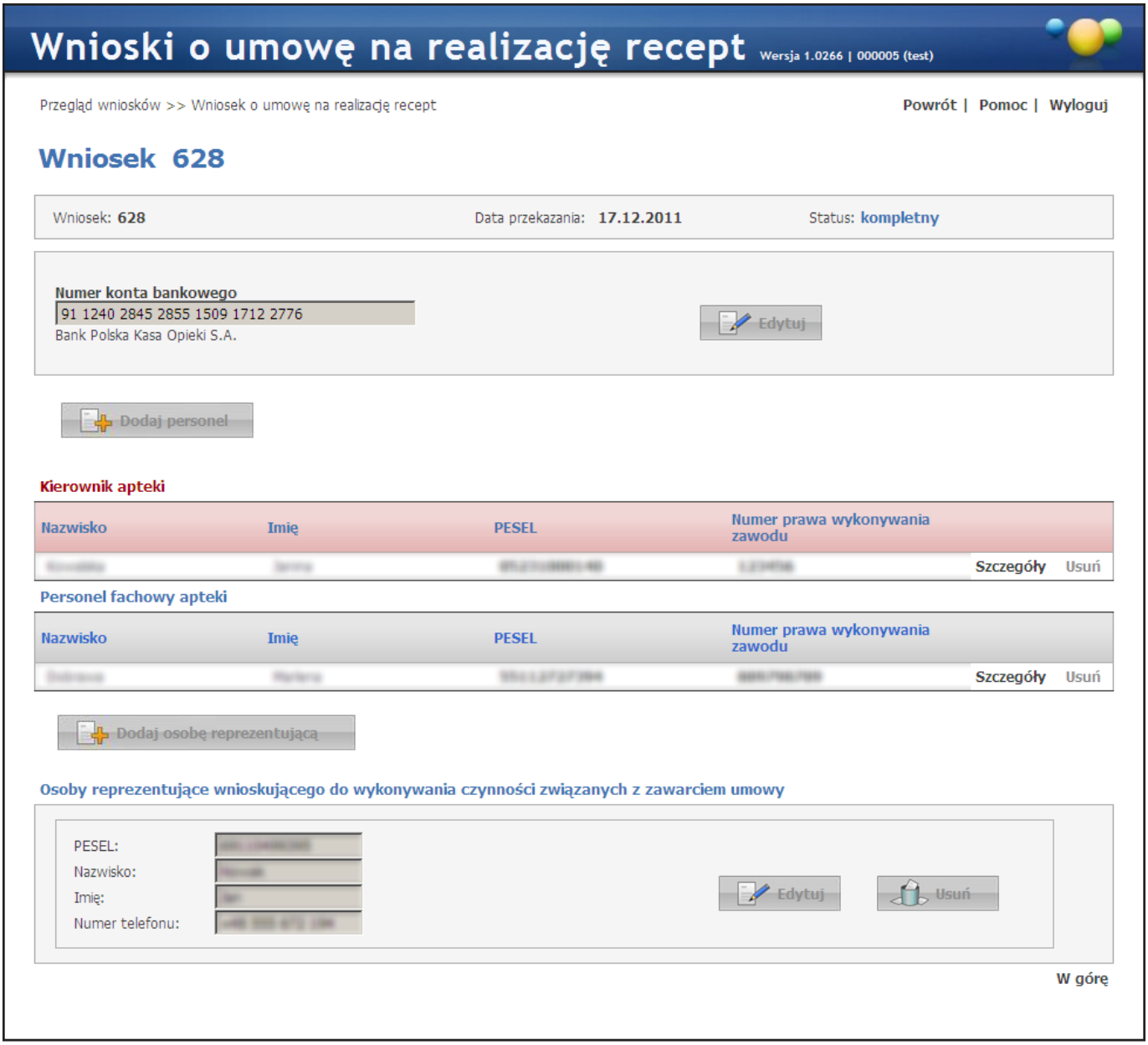
Po rozpoczęciu oceny wniosku przez OW NFZ, w przypadku wystąpienia jakichś braków bądź niejasności, wnioskodawca zostanie poproszony o uzupełnienie braków w określonym przez OW NFZ terminie. W takim przypadku wniosek otrzymuje status *do uzupełnienia* i ponownie staje się dostępny do edycji. Wskazane przez OW NFZ braki należy uzupełnić po czym ponownie wniosek przekazać do OW NFZ oraz wydrukować, uzupełnić, podpisać i dostarczyć do OW NFZ wszystkie wymagane dokumenty związane z umową. Należy pamiętać, by dokumenty dotarły do OW najpóźniej ostatniego dnia terminu wskazanego przez OW NFZ.

4.3.9.5 Wydruk umowy

Po pozytywnej ocenie wniosku jego status zostanie zmieniony na *kompletny*. W tym momencie OW NFZ jest gotowy podpisać z wnioskującym umowę na realizację recept. Wydruk umowy, jej podpisanie i dostarczenie wnioskującemu może odbyć się na parę sposobów:

1. Jeśli wnioskujący przesłał do OW NFZ wniosek wraz z załącznikami za pośrednictwem operatora pocztowego i ocena tego wniosku przebiegła pozytywnie to zostanie mu wysłane zaproszenie do podpisania umowy. W tym celu wnioskujący musi udać się do OW NFZ.
2. Jeśli wnioskujący samodzielnie przekazał do OW NFZ wniosek wraz z załącznikami to OW NFZ może na poczekaniu ocenić wniosek i jeśli ocena przebiegła pozytywnie, wydrukować umowę i ją podpisać.
3. Jeśli wnioskujący przesłał do OW NFZ wniosek wraz z załącznikami oraz wydrukowaną i podpisaną w trzech egzemplarzach umowę i ocena wniosku przebiegła pozytywnie to do wnioskującego zostanie odesłana podpisana kopia umowy.

© 2026 Kamsoft S.A.



4.3.9.6 Statusy wniosku

Stan wniosku określany jest przez jego status, który zmienia się wraz z postępem procesu.

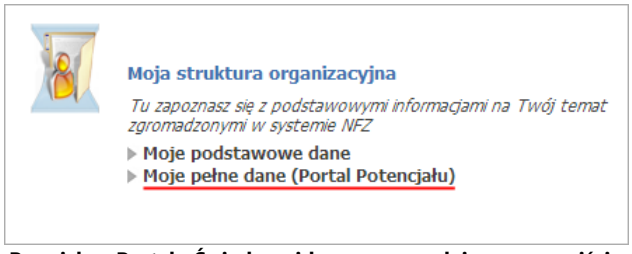
1. ***Przygotowanie*** - ten status wniosek otrzymuje zaraz po jego wprowadzeniu i oznacza, że wniosek został utworzony w Portalu Świadczeniodawcy i może 7 dni kalendarzowych oczekiwać na przekazanie do OW NFZ. Wniosek o statusie ***Przygotowanie*** może zmienić status na ***Przekazany do OW NFZ***. Ze statusu ***Przekazany do OW NFZ*** może zmienić status na ***Przygotowanie*** (poprzez ponowną edycję wniosku) do momentu zmiany statusu wniosku przez OW NFZ na status ***W trakcie sprawdzania***.
2. ***Anulowany*** - ten status wniosku oznacza, że zrezygnowano z przekazania wniosku do OW NFZ, np.. z powodu pomyłki operatora lub wniosek został anulowany przez operatora w OW NFZ z uwagi na nieusunięcie braków formalnych wniosku w wyznaczonym terminie.
3. ***Przekazany do OW NFZ*** - ten status wniosek otrzymuje po przekazaniu wniosku w formie elektronicznej do oceny przez OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

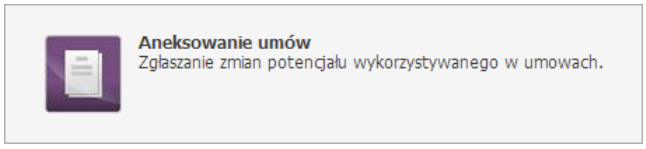
4. ***Wprowadzony*** - ten status wniosku oznacza, że wpłynął wniosek w formie papierowej i fakt ten został ręcznie odnotowany w rejestrze wniosków Systemu Informatycznego OW NFZ.
5. ***W trakcie sprawdzania*** - ten status wniosku oznacza, że wniosek podlega ocenie przez OW NFZ pod kątem poprawności, kompletności i zasadności. W przypadku wniosku wprowadzanego przez pracownika OW NFZ (gdy wniosek przekazany do OW tylko w wersji papierowej) wniosek o statusie ***Do uzupełnienia***, gdy zostaną usunięte braki formalne wniosku, może przejść do statusu ***W trakcie sprawdzenia***. Zmiany statusu dokonuje pracownik OW NFZ
6. ***Do uzupełnienia*** - ten status wniosku oznacza, że wniosek nie był poprawny lub kompletny i wnioskujący został wezwany do uzupełnienia wniosku w wyznaczonym terminie.
7. ***Kompletny*** - ten status wniosku oznacza, że wniosek został już sprawdzony i jest poprawny i kompletny.
8. ***Zakończony*** - ten status wniosku oznacza, że złożenie wniosku zakończyło się podpisaniem umowy.

4.3.9.7 Zgłaszanie zmian personelu

Zgłaszanie zmian personelu odbywa się w **Portalu Aneksowania**, który jest częścią **Portalu Potencjału**, który z kolei jest częścią **Portalu Świadczeniodawcy**.



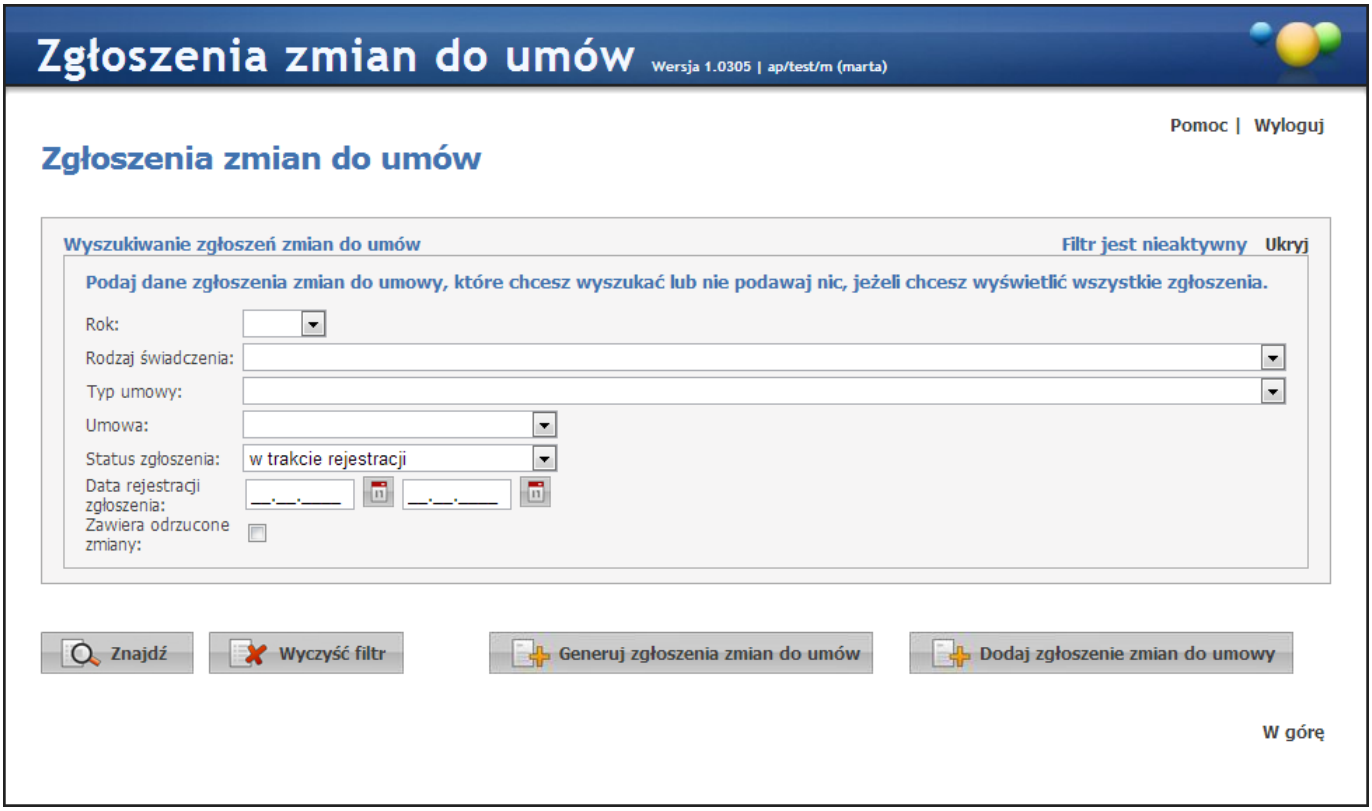
Przycisk w Portalu Świadczenidoawcy pozwalający na przejście do Portalu Potencjału



Przycisk w Portalu Potencjału pozwalający na przejście do Portalu Aneksowania

Po otwarciu **Portalu Aneksowania** otworzy się okno ***Zgłoszenia zmian do umów*** umożliwiające wyszukiwanie i przegląd dotychczasowych zgłoszeń, a także dodawanie nowych.

© 2026 Kamsoft S.A.

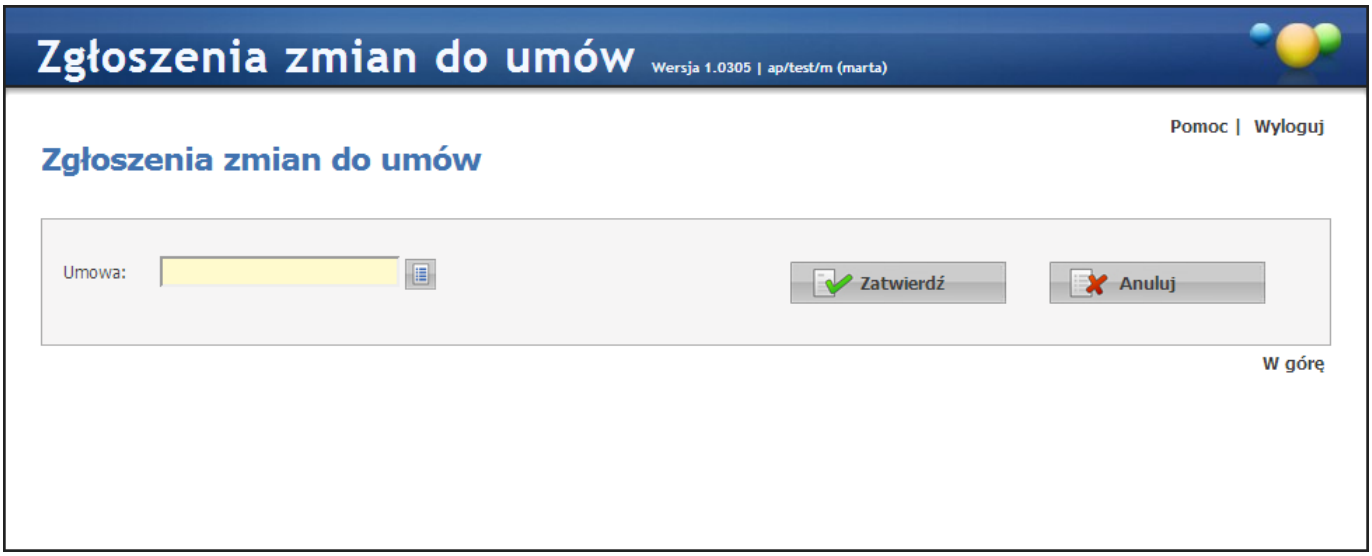


W oknie znajdują się pola filtrujące, pozwalające na określenie parametrów wyszukiwania złożonych wcześniej zgłoszeń zmian do umów. Obsługa pól filtrujących jest analogiczna do obsługi innych pól tego typu znajdujących się w aplikacji. Przycisk Znajdź pozwala na wyszukanie zgłoszeń spełniających warunki określone w filtrach. Kliknięcie przycisku Znajdź przy pustych polach filtrujących spowoduje wyświetlenie wszystkich zgłoszeń.
Lista zgłoszeń (jeżeli istnieją) wyświetlana jest w dolnej części formatki. Z prawej strony każdego wiersza w tabeli złożonych zgłoszeń znajduje się przycisk **Szczegóły**, którego kliknięcie pozwala na przegląd szczegółów zgłoszenia.

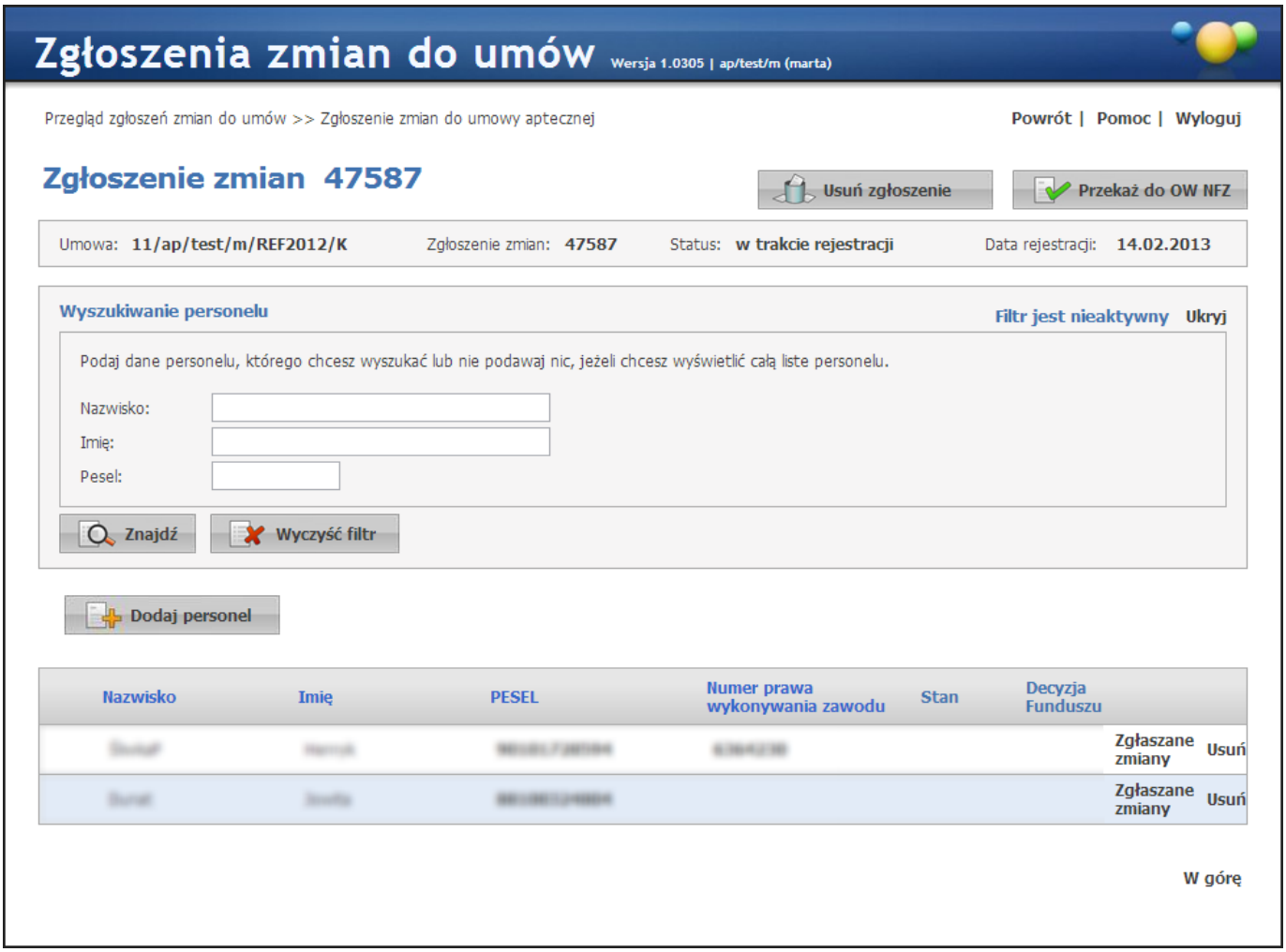
Id zgłoszenia	Typ umowy	Kod umowy	Umowa od	Umowa do	Status zgłoszenia	Data utworzenia	Przekazano do NFZ	
47587	13/1	11/ap/test/m/REF2012/K	01.01.2012	bezterminowo	w trakcie rejestracji	14.02.2013	----------	Szczegóły

4.3.9.7.1 Dodawanie nowego zgłoszenia

Nowy zgłoszenie dodaje się klikając przycisk Dodaj zgłoszenie zmian do umowy w oknie przeglądu zgłoszeń. Po jego kliknięciu wyświetlone zostanie okno w którym należy wprowadzić kod umowy (bądź wybrać ją ze listy umów dostępnej po kliknięciu przycisku), po czym kliknąć przycisk Zatwierdź w celu utworzenia zgłoszenia.



Po utworzeniu zgłoszenia wyświetlone zostanie okno zawierające personel związany z wybraną umową.

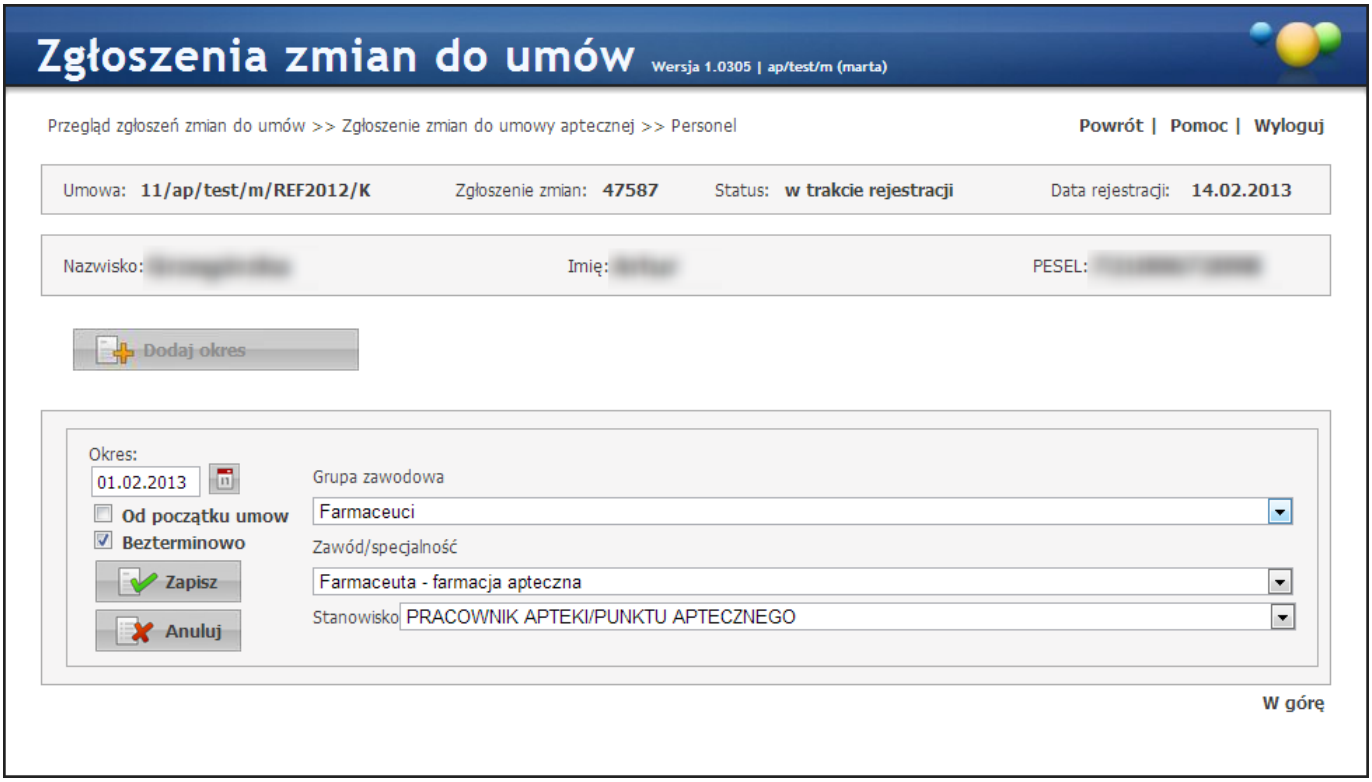


W oknie znajdują się pola filtrujące pozwalające na wyszukiwanie personelu, przycisk Dodaj personel pozwalający na dodawanie personelu do umowy oraz lista personelu aktualnie związanego z umową. Z prawej strony każdego wiersza w tabeli personelu znajduje się przycisk **Zgłaszane zmiany** pozwalający na zmianę grupy zawodowej, zawodu/specjalności i stanowiska personelu, a także na edycję okresu zatrudnienia; oraz przycisk **Usuń** pozwalający na usunięcie wybranego personelu z umowy.
Po zakończeniu wprowadzania zmian zgłoszenie należy przekazać do akceptacji OW NFZ za pomocą przycisku Przekaż do OW tradycyjnie. Przycisk Usuń zgłoszenie pozwala na usunięcie wprowadzonego zgłoszenia bez przekazywania go do OW NFZ. Po przekazaniu zgłoszenia nie ma już możliwości jego usunięcia.

4.3.9.7.2 Dodawanie personelu do zgłoszenia

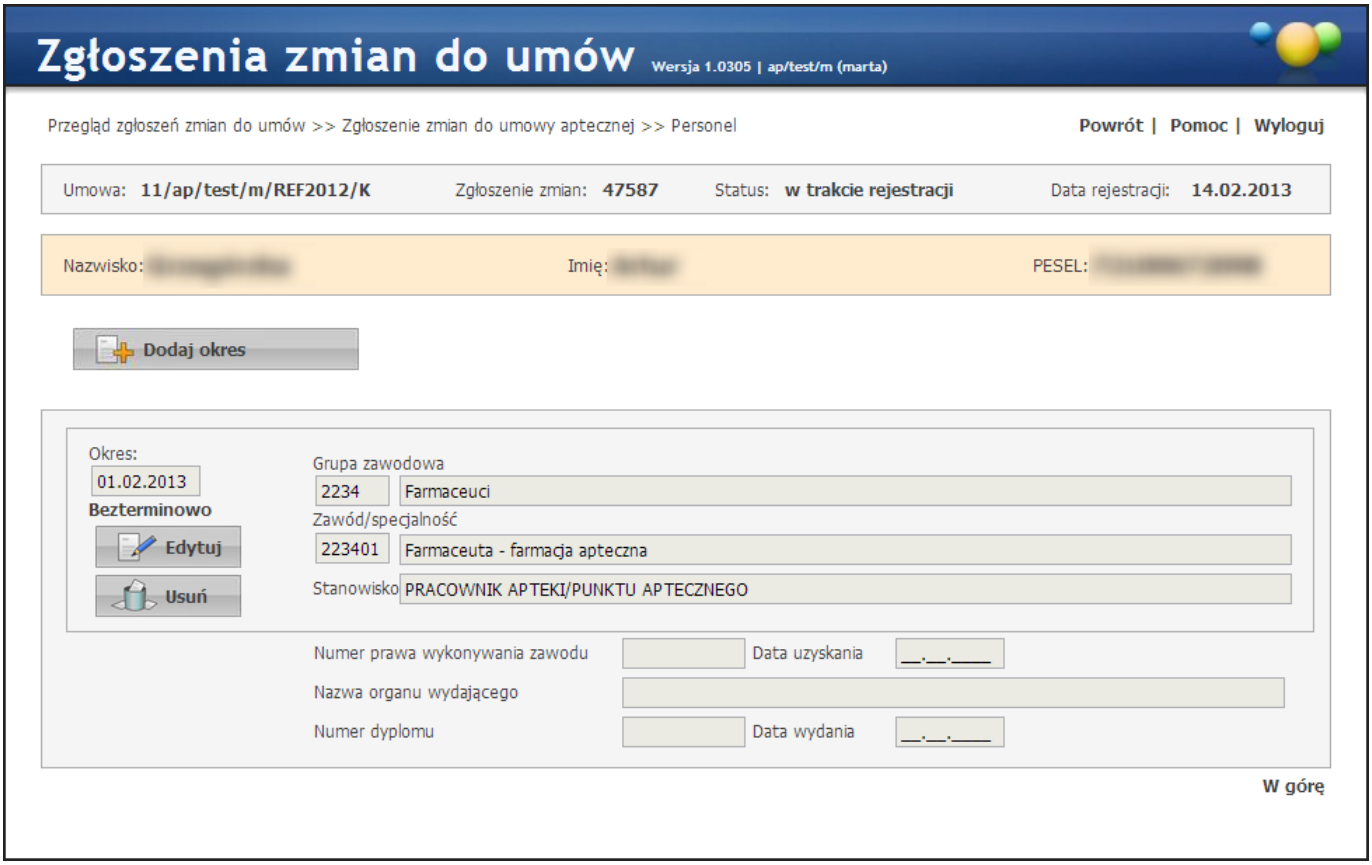
Po kliknięciu przycisku Dodaj personel otworzy się lista dostępnego personelu, z której należy wybrać odpowiednią osobę.

Po wybraniu osoby otworzy się okno prezentujące dane personelu podane podczas dodawania personelu do apteki w Portalu Potencjału. W oknie tym możliwe jest również określenie stanowiska dodawanego do wniosku personelu. Dokonuje się tego wybierając stanowisko z rozwijanej listy dostępnej po kliknięciu przycisku.



© 2026 Kamsoft S.A.

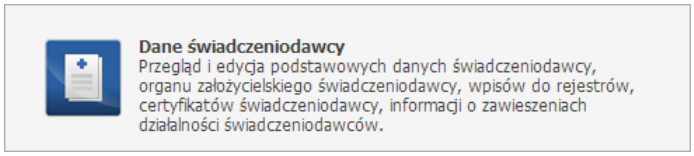
Zmiana grupy zawodowej personelu i zawodu/specjalności dodawanego personelu może odbywać się tylko w zakresie grup zawodowych farmaceuci/technicy farmaceutyczni i zawodów/specjalności określonych na zakładce ***Grupy zawodowe*** u tego personelu.
Po zweryfikowaniu poprawności grupy zawodowej, zawodu/specjalności oraz stanowiska personelu należy kliknąć przycisk Zapisz.



Po zapisaniu personelu dostępne staną się przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie personelu z wniosku. Kliknięcie **Powrót** pozwoli na powrót do okna szczegółów zgłoszenia.

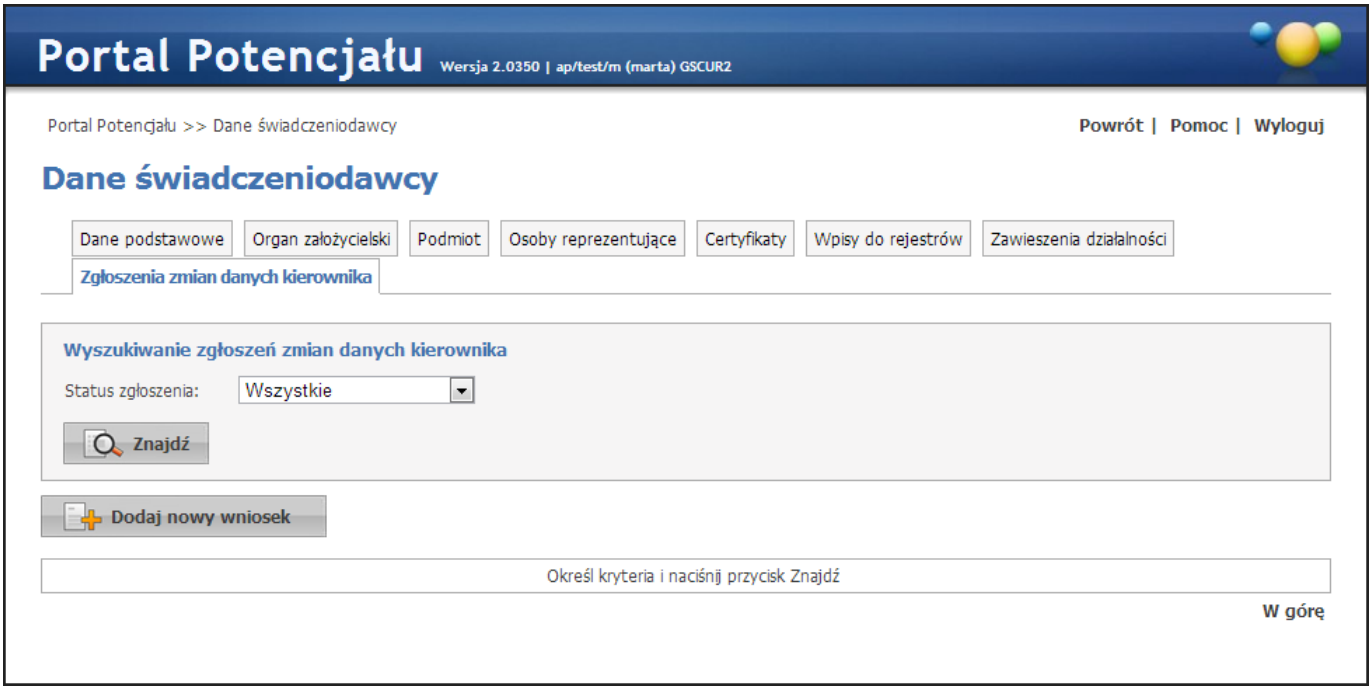
4.3.9.7.3 Zmiana kierownika apteki

Zmiana kierownika apteki odbywa się na zakładce ***Zgłoszenia*** zmian danych kierownika w **Danych Świadczeniodawcy** na **Portalu Potencjału**.



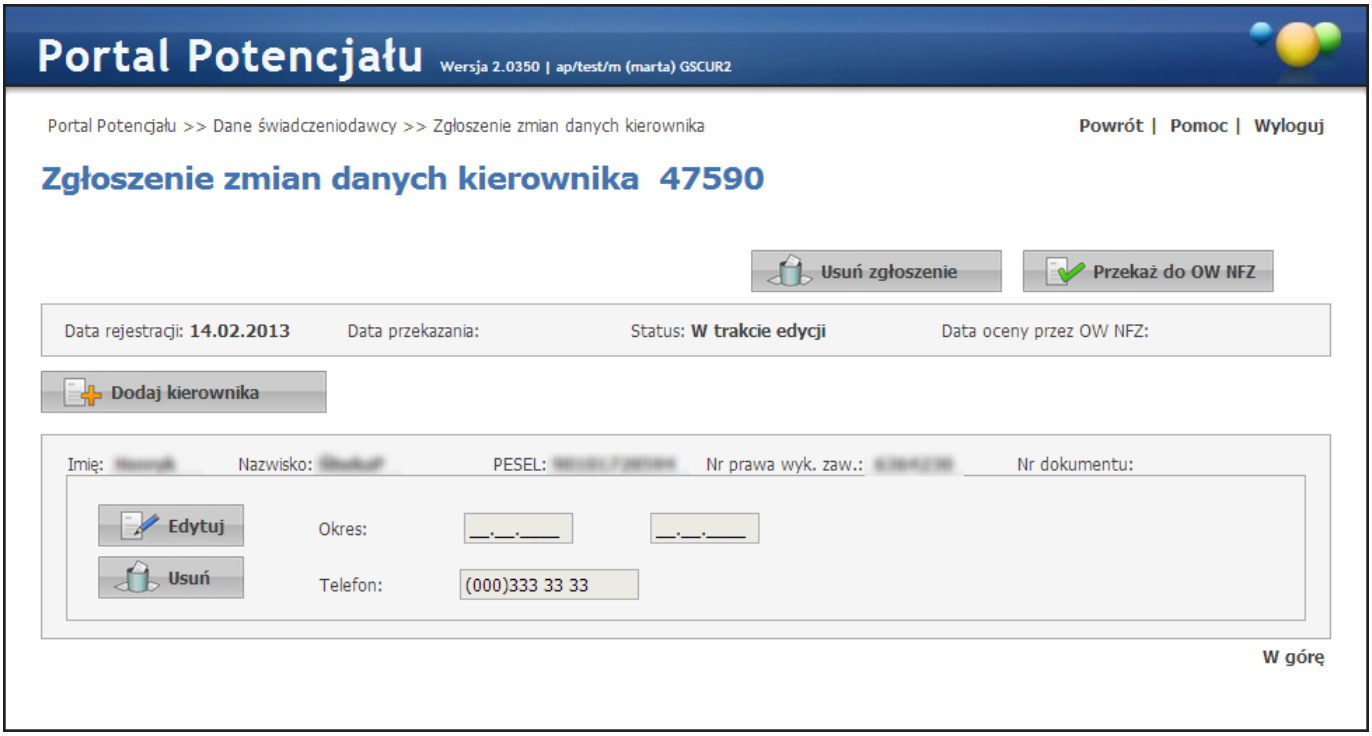
Przycisk na Portalu Potencjału pozwalający przejść do Danych Świadczeniodawcy

© 2026 Kamsoft S.A.



Zakładka Zgłoszenia zmian danych kierownika

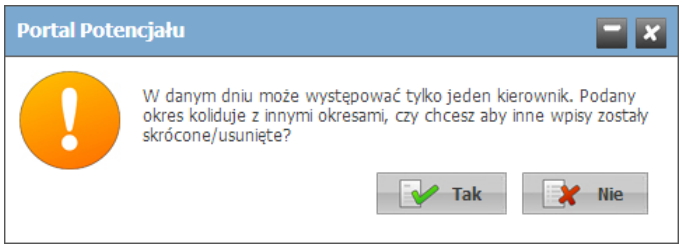
Kliknięcie przycisku Dodaj nowy wniosek pozwala na dodanie nowego wniosku. Po jego kliknięciu otworzy się okno, w którym można dodać nowego kierownika (przycisk Dodaj kierownika) oraz edytować (przycisk Edytuj) numer telefonu lub okres pracy na stanowisku kierownika aktualnego kierownika. Możliwe jest również usunięcie kierownika za pomocą przycisku Usuń.

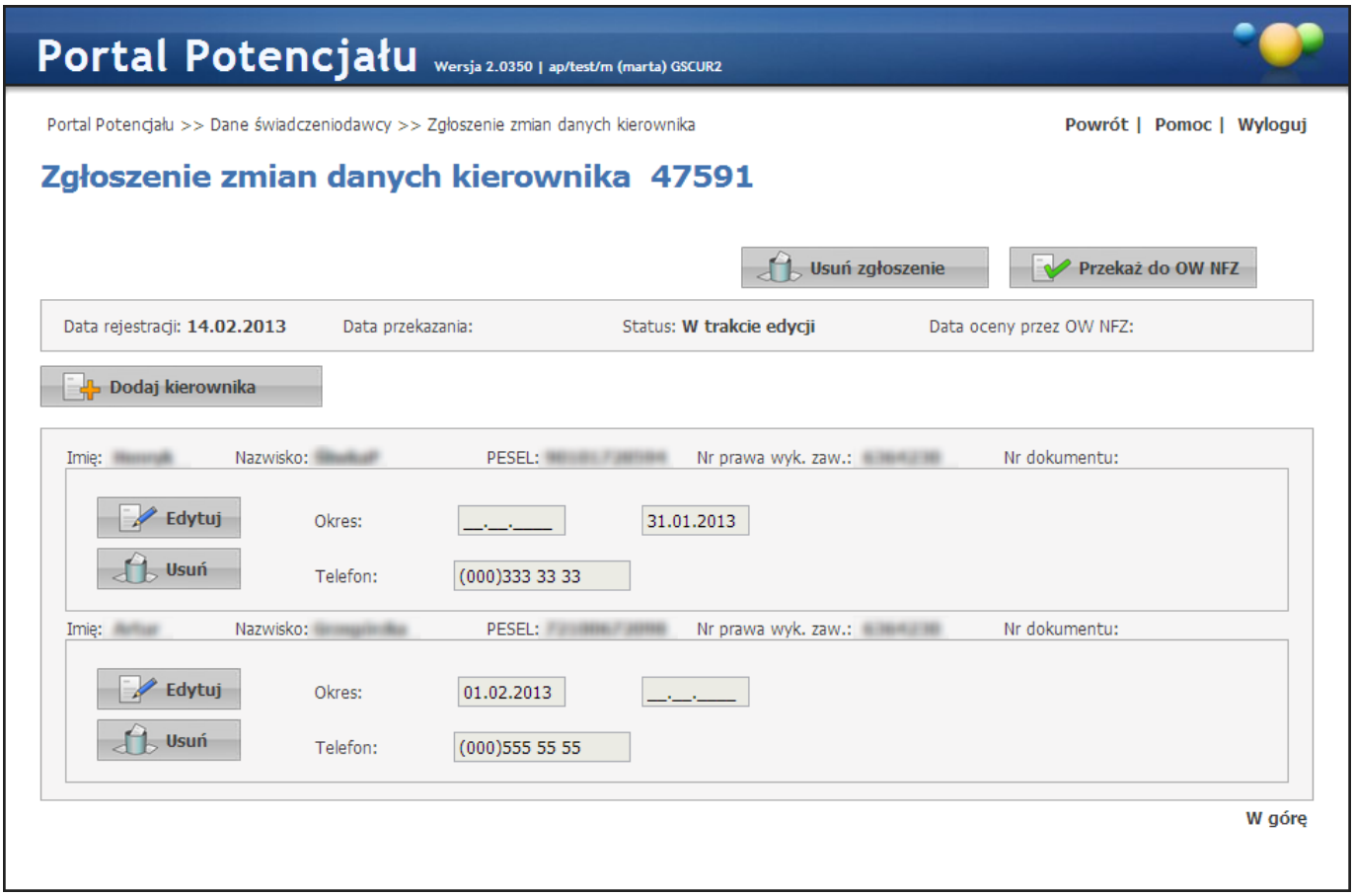


Podczas dodawania nowego kierownika należy podać okres zatrudnienia na stanowisku kierownika oraz numer telefonu (wymagany). Jako data rozpoczęcia okresu sugerowana jest data zatrudnienia osoby znajdująca się w słowniku personelu. Brak podania końca okresu jest równoznaczny z bezterminowym zatrudnieniem osoby na stanowisku kierownika. W przypadku gdy poprzedni kierownik również nie ma podanego końca okresu, to za

© 2026 Kamsoft S.A.

dzień zakończenia okresu poprzedniego kierownika zostanie ustawiony dzień poprzedzający rozpoczęcie okresu dodawanego kierownika. Przy zapisywaniu dodawanego kierownika operator zostanie poinformowany o tym stosownym komunikatem.





Po zakończeniu wprowadzania zmian zgłoszenie należy przekazać do akceptacji OW NFZ za pomocą przycisku Przekaż do OW tradycyjnie. Przycisk Usuń zgłoszenie pozwala na usunięcie wprowadzonego zgłoszenia bez przekazywania go do OW NFZ. Po przekazaniu zgłoszenia nie ma już możliwości jego usunięcia.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.10 Lista dokumentów aptecznych

Formatka ***Lista dokumentów aptecznych*** umożliwia przekazywanie/przegląd skanów:

- dokumentów UE wymaganych od aptek przez OW NFZ.
- dokumentów związanych z receptami typu import docelowy wymaganych od aptek przez OW NFZ.

Ścieżka dostępu do funkcjonalności:

- CLO_WS -> Apteki -> Pokaż więcej -> Lista dokumentów aptecznych
- CLO_WS -> Apteki -> Okresy rozliczeniowe -> Przekaż (nieaktywne filtry na rok i na okres rozliczeniowy)
  przy czym:
- W przypadku obsługi skanów dokumentów UE, należy wybrać **Lista dokumentów uprawniających UE**.
- W przypadku obsługi skanów dokumentów związanych z receptami typu import docelowy, należy wybrać **Lista dokumentów dotyczących importu docelowego**.

Przed wprowadzeniem tych funkcjonalności, skany dokumentów dotyczących recept zrealizowanych w danym okresie, były dostarczane przez apteki do OW NFZ w formie papierowej.
Począwszy od okresu 19 w 2019 roku (dane recept zrealizowanych w okresie 01-15.10.2019r., sprawozdawanych przez apteki do systemu OW NFZ od 16.10.2019r), możliwe jest przekazywanie tych skanów w formie elektronicznej.

Na bazie zweryfikowanych recept, których wynik weryfikacji jest pozytywny, system informatyczny OW NFZ identyfikuje/uzupełnia:

- Listę dokumentów UE, które apteka powinna przekazać w ramach danego okresu sprawozdawczego.
  Poświadczenia nie są przekazywane (nie są wymagane).
- Listę recept typu import docelowy, do których apteka w ramach danego okresu powinna przekazać odpowiednie dokumenty.

Identyfikowane są również dokumenty, dla których wymóg przekazania zniknął z uwagi na korekty recept przekazane w komunikacie LEK lub uzyskany negatywny wynik weryfikacji.
Na danej liście dany dokument zawsze wystąpi jeden raz, niezależnie od tego ilu recept przekazanych w komunikacie LEK dotyczy.

© 2026 Kamsoft S.A.

Lista dokumentów uprawniających UE | Lista dokumentów dot. importu docelowego

Lista dokumentów uprawniających UE

Wyszukiwanie

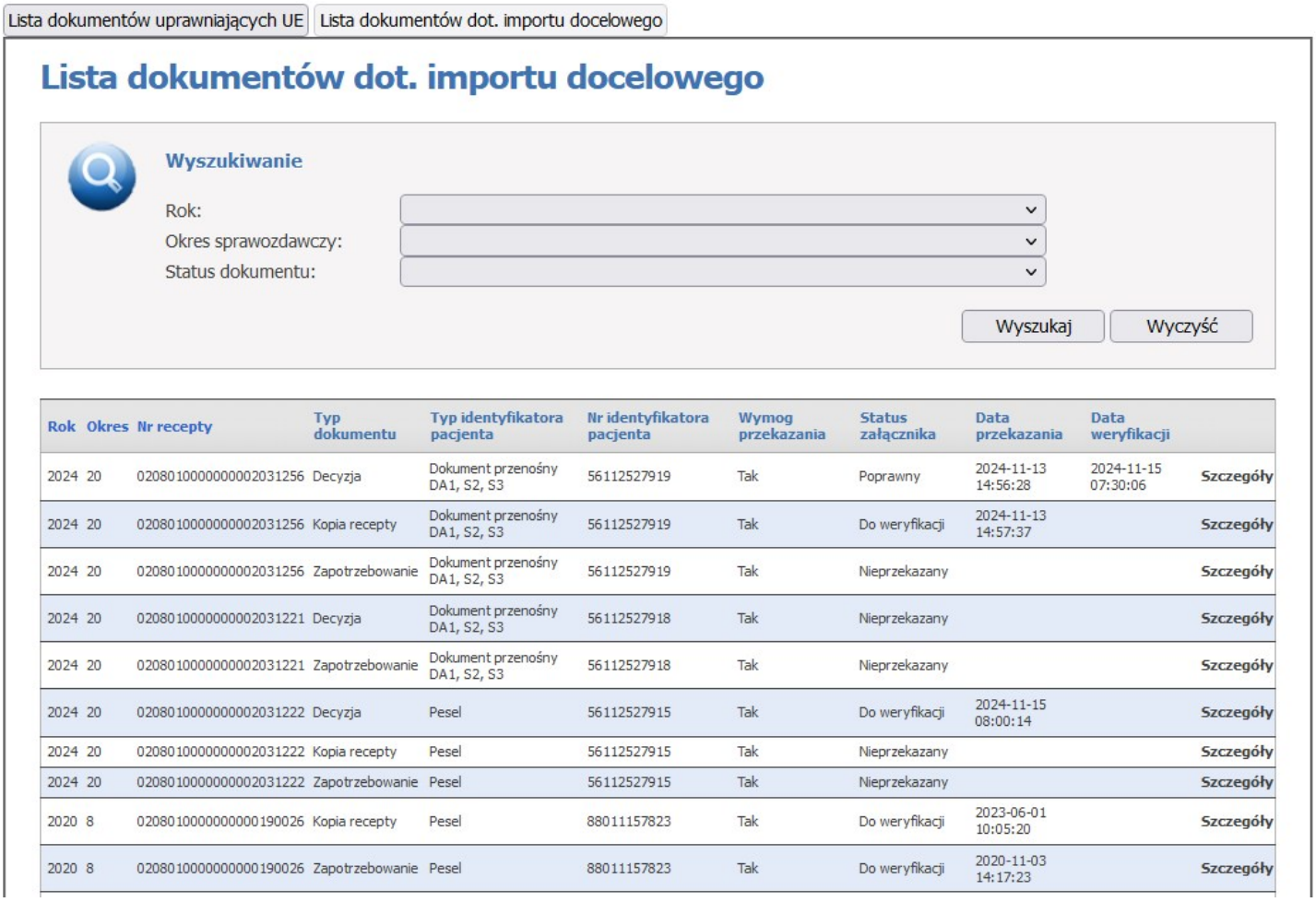
Rok:
Okres sprawozdawczy:
Status dokumentu:

Wyszukaj | Wyczyść

Id slotu załącznika	Rok	Okres	Kraj UE	Typ dokumentu	Nr dokumentu	Nr recepty	Wymagalność skanu	Status skanu	Data przekazania	Data weryfikacji	
2623	2024	20	DE	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527919	02080100000000002031256;	Przesłanie skanu jest wymagane	Poprawny	2024-11-13 13:19:06	2024-11-28 10:08:49	Szczegóły
2622	2024	20	DE	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527918	02080100000000002031221;	Przesłanie skanu jest wymagane	Nieprzekazany			Szczegóły
2621	2024	20	DE	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527915	02080100000000002031222;	Przesłanie skanu jest wymagane	Nieprzekazany			Szczegóły
2515	2020	1	DE	Dokument przenośny DA1, S2, S3	67012444228UE	02080100000000000181153;	Przesłanie skanu jest wymagane	Do weryfikacji	2024-11-13 10:41:57		Szczegóły
7	2021	14	FR	EKUZ/ CTZEKUZ/ SED	0987654321	02080100000000008258088;	Przesłanie skanu jest wymagane	Do weryfikacji	2022-01-31 07:58:17		Szczegóły
16	2021	14	NL	EKUZ/ CTZEKUZ/ SED	1230000007	02080100000000008258088;	Skan jest już w posiadaniu OW NFZ	Poprawny	2021-09-22 15:28:31	2021-09-22 15:30:58	Szczegóły
15	2021	14	DE	EKUZ/ CTZEKUZ/ SED	1230000006	02080100000000008258088;	Przesłanie skanu jest wymagane	Do weryfikacji	2021-09-23 10:19:34		Szczegóły
14	2021	14	SK	EKUZ/ CTZEKUZ/ SED	1230000005	02080100000000008258088;	Skan jest już w posiadaniu OW NFZ	Do weryfikacji	2021-10-15 11:31:22		Szczegóły
13	2021	14	SK	EKUZ/ CTZEKUZ/ SED	1230000004	02080100000000008258088;	Przesłanie skanu jest wymagane	Do weryfikacji	2021-10-19 10:39:46		Szczegóły

Lista dokumentów uprawniających UE

© 2026 Kamsoft S.A.



Rok	Okres	Nr recepty	Typ dokumentu	Typ identyfikatora pacjenta	Nr identyfikatora pacjenta	Wymog przekazania	Status załącznika	Data przekazania	Data weryfikacji	
2024	20	02080100000000002031256	Decyzja	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527919	Tak	Poprawny	2024-11-13 14:56:28	2024-11-15 07:30:06	Szczegóły
2024	20	02080100000000002031256	Kopia recepty	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527919	Tak	Do weryfikacji	2024-11-13 14:57:37		Szczegóły
2024	20	02080100000000002031256	Zapotrzebowanie	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527919	Tak	Nieprzekazany			Szczegóły
2024	20	02080100000000002031221	Decyzja	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527918	Tak	Nieprzekazany			Szczegóły
2024	20	02080100000000002031221	Zapotrzebowanie	Dokument przenośny DA1, S2, S3	56112527918	Tak	Nieprzekazany			Szczegóły
2024	20	02080100000000002031222	Decyzja	Pesel	56112527915	Tak	Do weryfikacji	2024-11-15 08:00:14		Szczegóły
2024	20	02080100000000002031222	Kopia recepty	Pesel	56112527915	Tak	Nieprzekazany			Szczegóły
2024	20	02080100000000002031222	Zapotrzebowanie	Pesel	56112527915	Tak	Nieprzekazany			Szczegóły
2020	8	02080100000000000190026	Kopia recepty	Pesel	88011157823	Tak	Do weryfikacji	2023-06-01 10:05:20		Szczegóły
2020	8	02080100000000000190026	Zapotrzebowanie	Pesel	88011157823	Tak	Do weryfikacji	2020-11-03 14:17:23		Szczegóły

Lista dokumentów dot. importu docelowego

Przekazane przez aptekę do weryfikacji skany dokumentów są poddawane kontroli merytorycznej przez pracownika OW NFZ. Wynik weryfikacji dla danego dokumentu prezentowany jest w kolumnie *Status skanu*.
Możliwe wyniki weryfikacji:

- ***Do weryfikacji*** – dokument nie został jeszcze zweryfikowany i należy oczekiwać na weryfikację przez OW NFZ.
- ***Błędny*** – dokumenty został zweryfikowany i uzyskał wynik negatywny. W tym przypadku należy wczytać poprawny skan dokumentu i ponownie przekazać do go weryfikacji przez OW NFZ.
- ***Poprawny*** – dokument został zweryfikowany i uzyskał wynik pozytywny co kończy procedurę przekazania skanu dokumentu.
- ***Nieprzekazany*** - dokument nie został jeszcze przekazany.

Rozliczenie zestawienia zbiorczego dla apteki za dany okres będzie możliwe tylko w przypadku, gdy wszystkie skany dokumentów występujących na listach: Lista dokumentów UE lub Lista recept typu import docelowy zostaną przekazane przez aptekę do systemu OW NFZ, zweryfikowane przez OW i uzyskają pozytywny wynik weryfikacji (status załącznika ***Poprawny***)

Przyciski **Lista dokumentów uprawniających UE** i **Lista dokumentów dotyczących importu docelowego** pozwalają na przejście do obsługi wybranych dokumentów. Dla obu typów dokumentów podstawowy zakres tej obsługi jest identyczny.

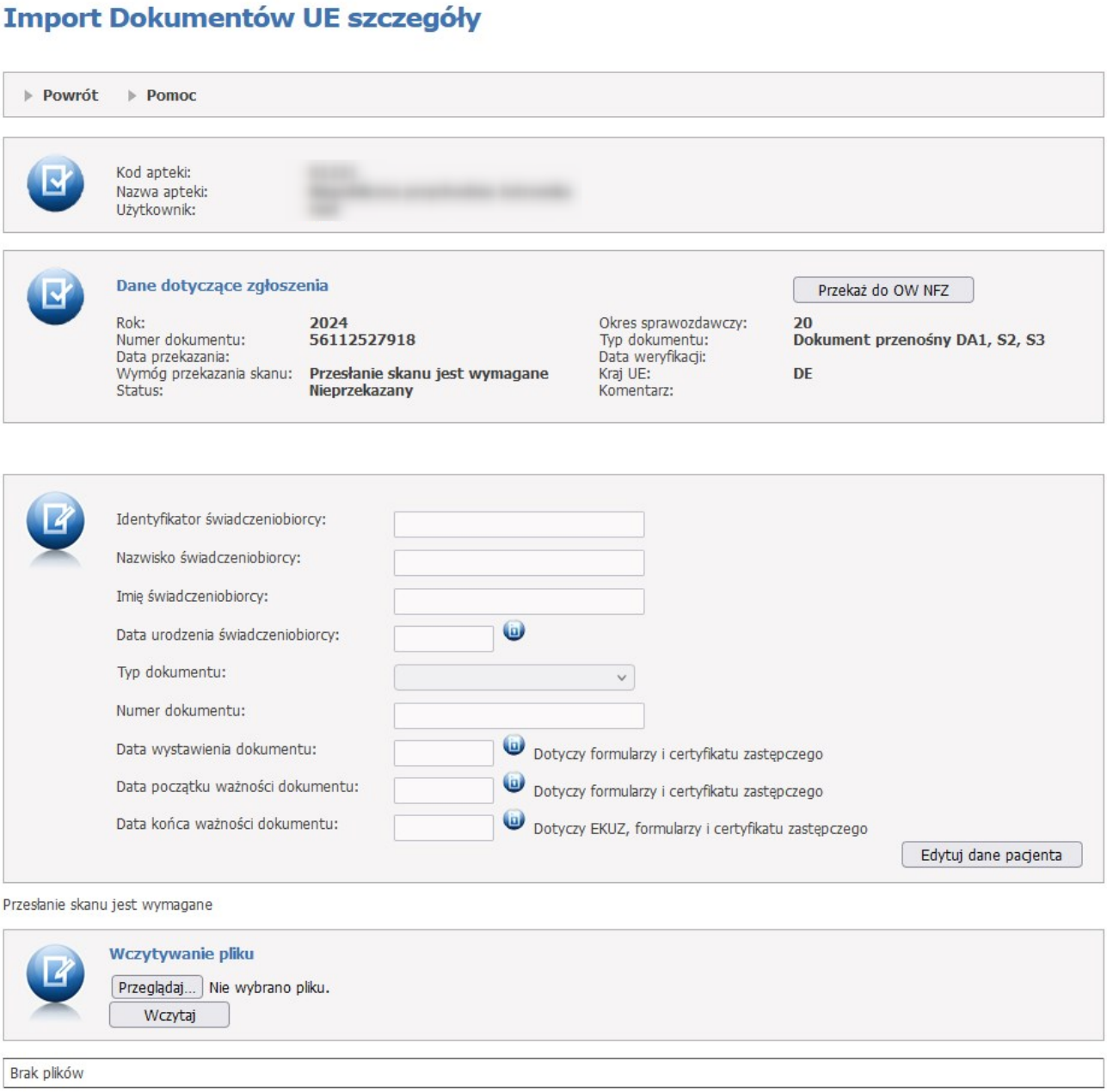
© 2026 Kamsoft S.A.

Na formatce możliwe jest wyszukiwanie dokumentów wg: roku, okresu sprawozdawczego i statusu dokumentu - wszystkich wybieranych z rozwijanych pól wyboru. Wyszukanie danych spełniających ustalone w polach kryteria nastąpi po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**. Za pomocą przycisku **Wyczyść** możliwe jest usunięcie istniejących parametrów wyszukiwania.

W tabeli z wynikami kliknięcie na odnośniku **Szczegóły**, spowoduje wyświetlenie szczegółów wybranego dokumentu UE lub dokumentu importu docelowego.

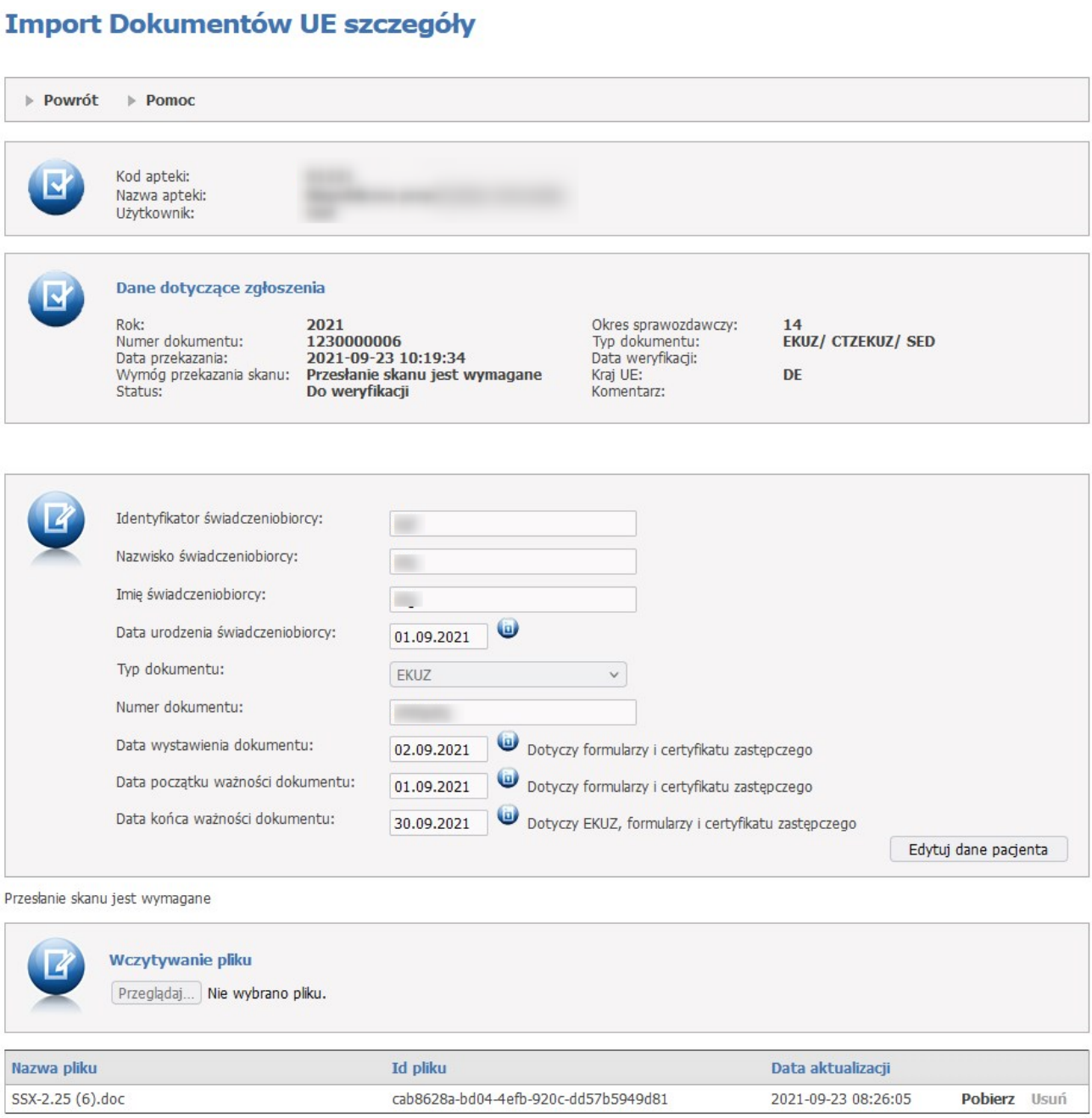
4.3.10.1 Szczegóły importu dokumentu UE

Szczegóły dokumentu pozwalają na uzupełnienie przez aptekę danych o pacjencie i jego dokumencie oraz przesłanie do OW NFZ skanu dokumentu UE.



Dokument, gdzie przesłanie skanu jest wymagane.

© 2026 Kamsoft S.A.



Dokument, gdzie skan jest już w posiadaniu OW NFZ.

Dla typu dokumentu **Dokument przenośny DA1, S2, S3** wymagane jest wypełnienie pól:
- Identyfikator świadczeniobiorcy,
- Typ dokumentu,
- Wczytanie pliku (przesłanie skanu).

Dla typu dokumentu **EKUZ/ CTZEKUZ/ SED** wymagane jest wypełnienie pól:
- Typ dokumentu,
- Numer dokumentu.

Przekazanie wybranego z listy dokumentu UE składa się z następujących etapów:

- Uzupełnienie danych pacjenta i dokumentu wynikających z tego dokumentu - przycisk **Edytuj dane pacjenta** - przycisk jest dostępny tylko dla dokumentów jeszcze nieprzekazanych do OW oraz

© 2026 Kamsoft S.A.

zweryfikowanych przez OW jako błędne. Po jego kliknięciu dostępne staną się pola edycyjne, umożliwiające operatorowi w aptece wprowadzenie danych o pacjencie i jego dokumencie. Wprowadzane dane wynikają z dokumentu posiadanego przez aptekę.

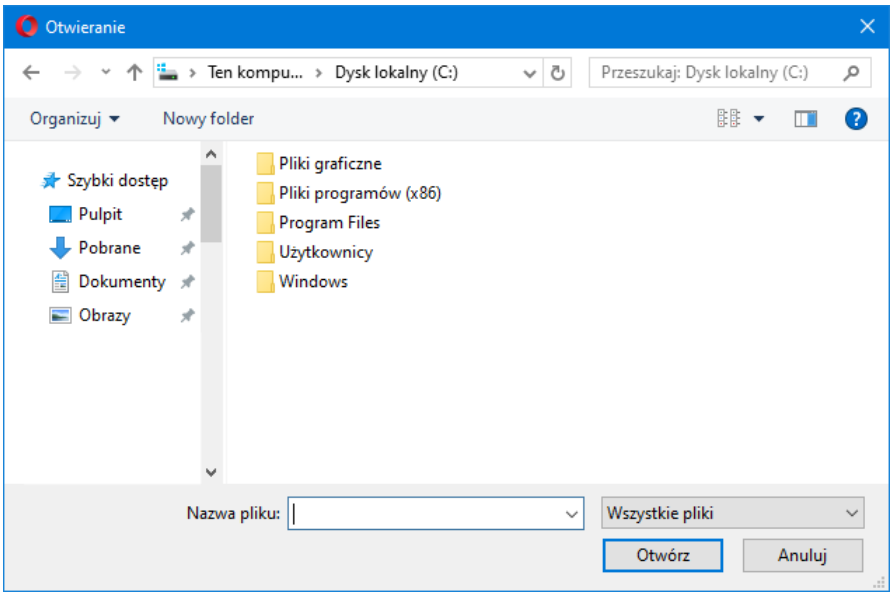
Wymagalność wprowadzania poniżej podanych dat zależy od typu dokumentu, którego dane są uzupełniane:

Typ dokumentu UE / Data	EKUZ	Formularz	Certyfikat zastępczy
Data wystawienia dokumentu		Wymagana	Wymagana
Data początku ważności dokumentu		Wymagana	Wymagana
Data końca ważności dokumentu	Wymagana	Wymagana	Wymagana

U W A G A !

Wprowadzanie szczegółów dotyczacych tych dokumentów nie jest wymagana, nie ma wpływu na rozliczanie refundacji kosztów recept zrealizowanych za dany okres.

- Dołączenie skanu dokumentu - pozwala na to przycisk **Wybierz plik** znajdujący się w części ***Wczytywanie pliku*** - przycisk pozwala na wskazanie pliku do wczytania - po jego kliknięciu otworzy się standardowe okno systemu Microsoft® Windows® pozwalające na wskazanie pliku. Pliki ze skanami dokumentów powinny być plikami graficznymi zapisanymi w jednym z następujących formatów: PDF, JPG, JPEG, PNG. Wybór pliku następuje po jego zaznaczeniu i kliknięciu przycisku **Otwórz**.



Okno systemu Microsoft® Windows® pozwalające na wskazanie pliku do wczytania (w zależności od posiadanej przez użytkownika wersji systemu Windows® wygląd okna może się różnić).

Po wybraniu pliku jego nazwa prezentowana jest obok przycisku **Wybierz plik**. Przycisk **Wczytaj** umożliwia zapisanie wybranego wcześniej pliku w Portalu Świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.

Wczytane pliki prezentowane są w dolnej części formatki.

U W A G A !
Wczytanie pliku nie jest jednoznaczne z przekazaniem pliku do weryfikacji przez OW NFZ.

Z prawej strony każdego wiersza z wczytanym plikiem znajdują się odnośniki pozwalające na pobranie pliku bądź jego usunięcie. Usunięcie możliwe jest tylko dla dokumentów jeszcze nieprzekazanych do OW oraz zweryfikowanych przez OW jako błędne.

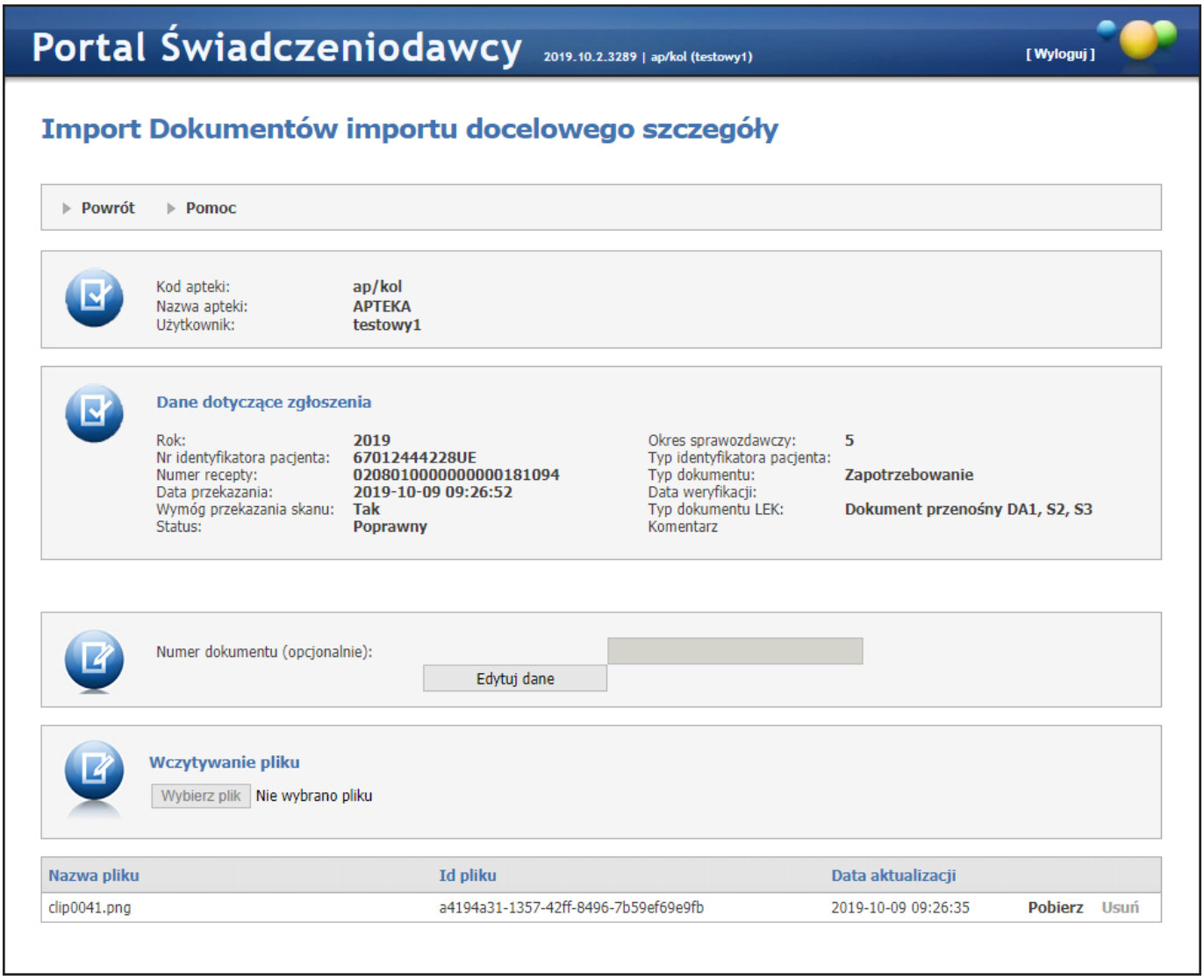
Nazwa pliku	Id pliku	Data aktualizacji		
clip0041.png	b7872e4f-c21d-4d30-b06a-9b7449b24b2f	2019-10-09 09:16:51	Pobierz	Usuń

- Przekazanie do SI OW NFZ - pozwala na to przycisk **Przekaż do OW NFZ** - przycisk **Przekaż do OW NFZ** jest dostępny tylko dla dokumentów jeszcze nieprzekazanych do OW oraz zweryfikowanych przez OW jako błędne.
  Przekazany dokument będzie miał status ***Do weryfikacji***. Widoczny on jest w części ***Dane dotyczące zgłoszenia***. Po weryfikacji dokumentu przez OW jego status zostanie zmieniony na: ***poprawny*** - w przypadku poprawnego dokumentu; lub ***błędny*** - w przypadku dokumentu błędnego.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.10.2 Szczegóły importu dokumentu importu docelowego

Szczegóły dokumentu pozwalają na uzupełnienie przez aptekę numeru dokumentu oraz przesłanie do OW NFZ skanu dokumentu importu docelowego.



Przekazanie dokumentów wymaganych dla recept typu import docelowy składa się z następujących etapów:

- Uzupełnienie numeru dokumentu - przycisk **Edytuj dane** - przycisk jest dostępny tylko dla dokumentów jeszcze nieprzekazanych do OW oraz zweryfikowanych przez OW jako błędne. Po jego kliknięciu dostępne stanie się pole edycyjne, w którym należy opcjonalnie wprowadzić numer dokumentu.

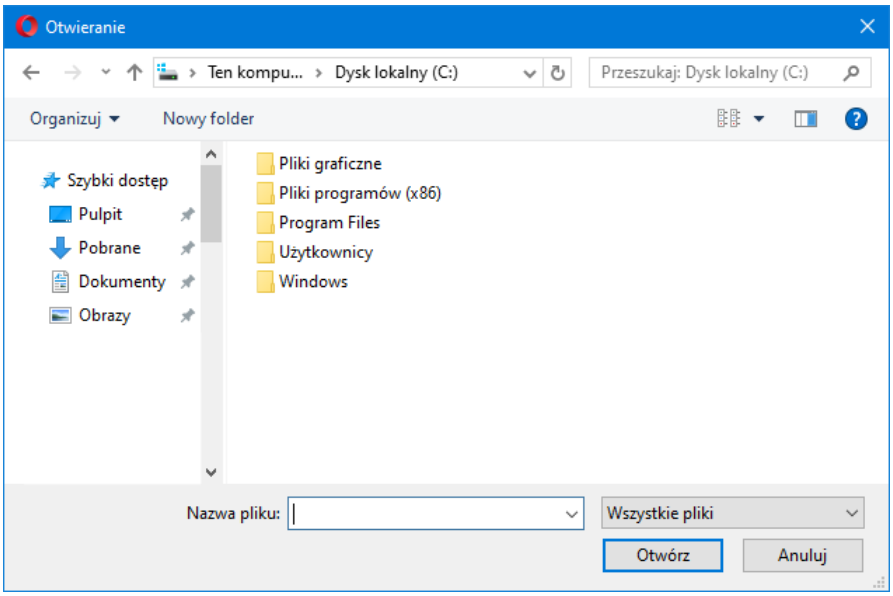
U W A G A !

Wprowadzanie szczegółów dotyczacych tych dokumentów nie jest wymagana, nie ma wpływu na rozliczanie refundacji kosztów recept zrealizowanych za dany okres.

- Dołączenie skanu dokumentu - pozwala na to przycisk **Wybierz plik** znajdujący się w części ***Wczytywanie pliku*** - przycisk pozwala na wskazanie pliku do wczytania - po jego kliknięciu otworzy się standardowe okno systemu Microsoft® Windows® pozwalające na wskazanie pliku. Pliki ze skanami dokumentów powinny być

© 2026 Kamsoft S.A.

plikami graficznymi zapisanymi w jednym z następujących formatów: PDF, JPG, JPEG, PNG. Wybór pliku następuje po jego zaznaczeniu i kliknięciu przycisku **Otwórz**.



Okno systemu Microsoft® Windows® pozwalające na wskazanie pliku do wczytania (w zależności od posiadanej przez użytkownika wersji systemu Windows® wygląd okna może się różnić).

Po wybraniu pliku jego nazwa prezentowana jest obok przycisku **Wybierz plik**. Przycisk **Wczytaj** umożliwia zapisanie wybranego wcześniej pliku w Portalu Świadczeniodawcy.

Wczytane pliki prezentowane są w dolnej części formatki.

U W A G A !
Wczytanie pliku nie jest jednoznaczne z przekazaniem pliku do weryfikacji przez OW NFZ.

Z prawej strony każdego wiersza z wczytanym plikiem znajdują się odnośniki pozwalające na pobranie pliku bądź jego usunięcie. Usunięcie możliwe jest tylko dla dokumentów jeszcze nieprzekazanych do OW oraz zweryfikowanych przez OW jako błędne.

Nazwa pliku	Id pliku	Data aktualizacji		
clip0041.png	b7872e4f-c21d-4d30-b06a-9b7449b24b2f	2019-10-09 09:16:51	Pobierz	Usuń

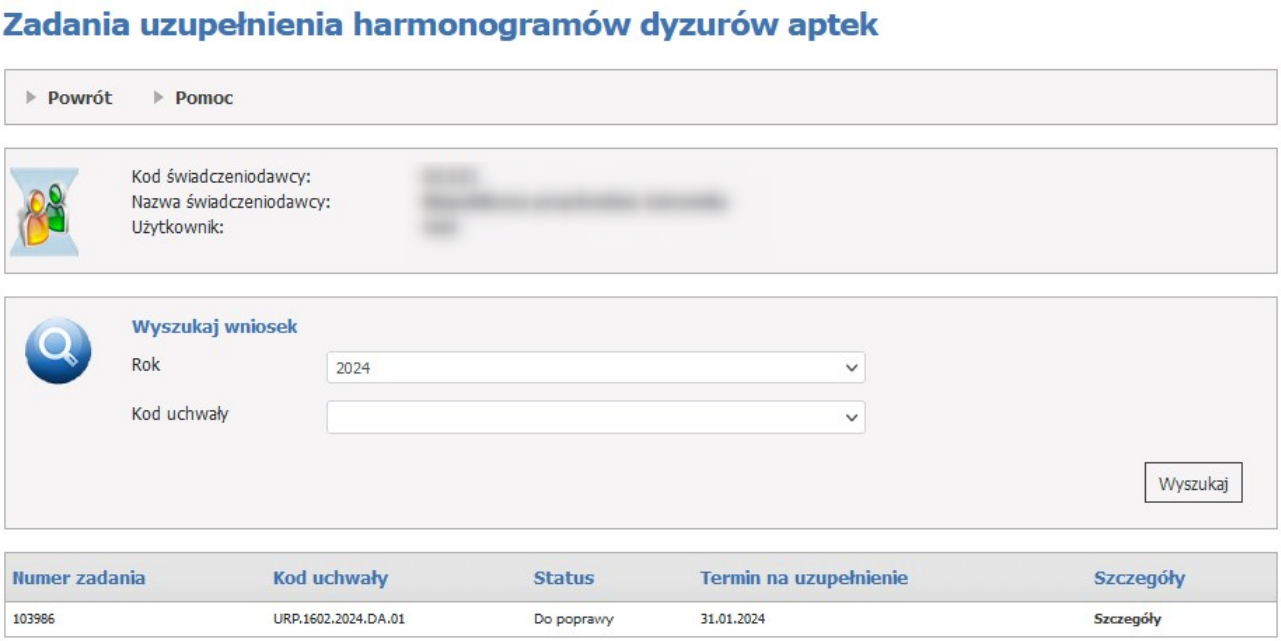
- Przekazanie do SI OW NFZ - pozwala na to przycisk **Przekaż do OW NFZ** - przycisk **Przekaż do OW NFZ** jest dostępny tylko dla dokumentów jeszcze nieprzekazanych do OW oraz zweryfikowanych przez OW jako błędne.
  Przekazany dokument będzie miał status ***Do weryfikacji***. Widoczny on jest w części ***Dane dotyczące zgłoszenia***. Po weryfikacji dokumentu przez OW jego status zostanie zmieniony na: ***poprawny*** - w przypadku poprawnego dokumentu; lub ***błędny*** - w przypadku dokumentu błędnego.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.11 Zadania uzupełniania dyżurów

Funkcja **Zadania uzupełniania dyżurów** pozwala na obsługę wniosków na finansowanie dyżurów nocnych lub świątecznych w aptekach.

Finansowanie dyżurów aptek jest możliwe dla umów w typie 21/2 - REALIZACJA UMÓW NA PEŁNIENIE DYŻURÓW W DNI WOLNE OD PRACY LUB DYŻURÓW W PORZE NOCNEJ W APTECE.
Dla dyżuru w dni wolne dzień w pozycji harmonogramu jest dniem wolnym od pracy, dla dyżuru nocnego może być dowolnym dniem w roku.



W dolnej części formatki prezentowana jest lista zadań.
Użytkownik ma możliwość wyszukiwania wniosków w sekcji **Wyszukaj wniosek**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:

- Rok,
- Kod uchwały.

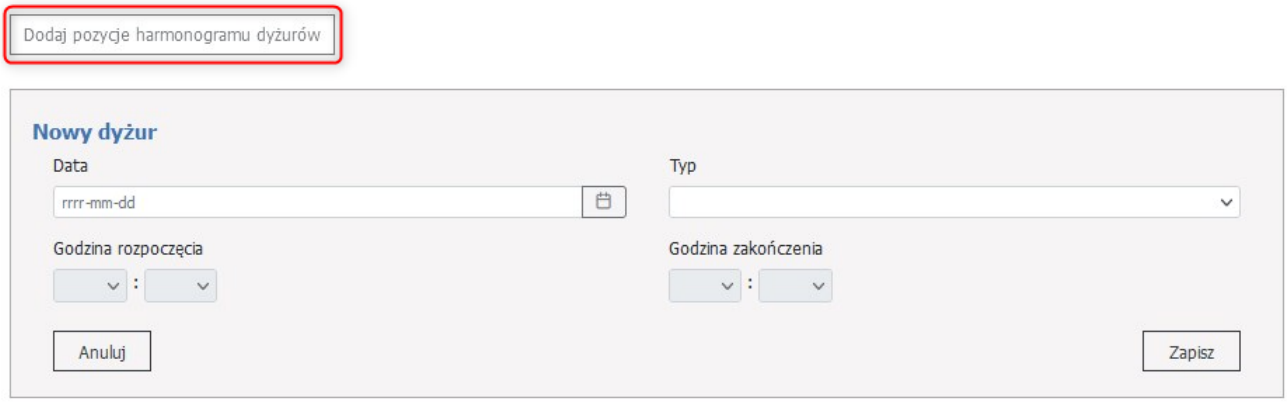
Każde zadanie na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku zawierającego jego szczegóły.

W górnej części wniosku znajdują się identyfikatory:

- Numer zadania,
- Status,
- Umowa (kod),
- Uchwała powiatu (numer),
- Termin realizacji zadania,
- Zakres dat do zmian,
- Utworzenie,
- Ostatnie przekazanie do OW,
- Zakończenie wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

Szczegóły wniosku o uzupełnienie dyżurów



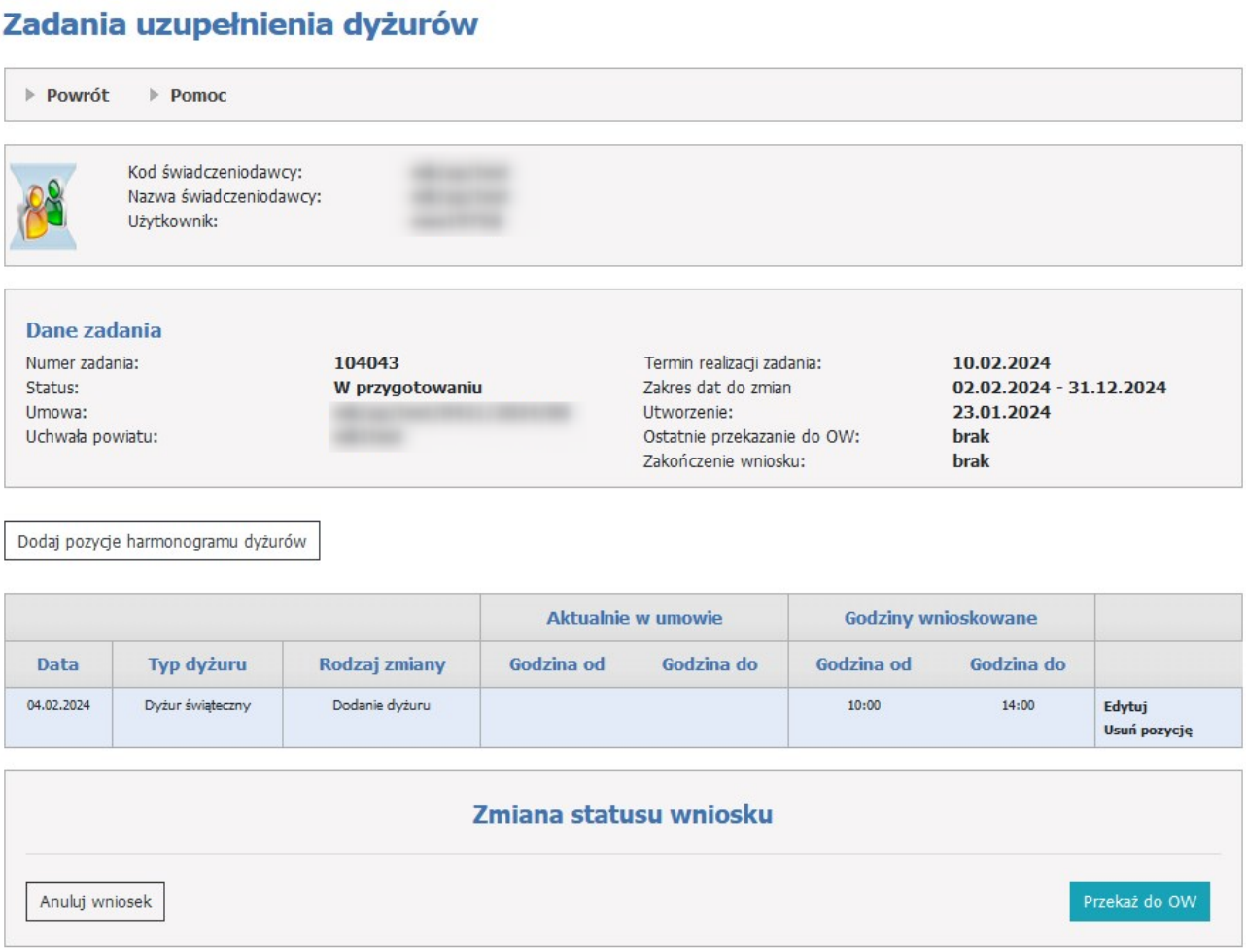
Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Dodaj pozycje harmonogramu dyżurów**, a następnie należy wypełnić wymagane dane.

Dane do wypełnienia:

- Data,
- Typ: dyżur nocny / dyżur świąteczny,
- Godzina rozpoczęcia,
- Godzina zakończenia.

Wprowadzanie wniosku można anulować za pomocą przycisku **Anuluj**.

© 2026 Kamsoft S.A.



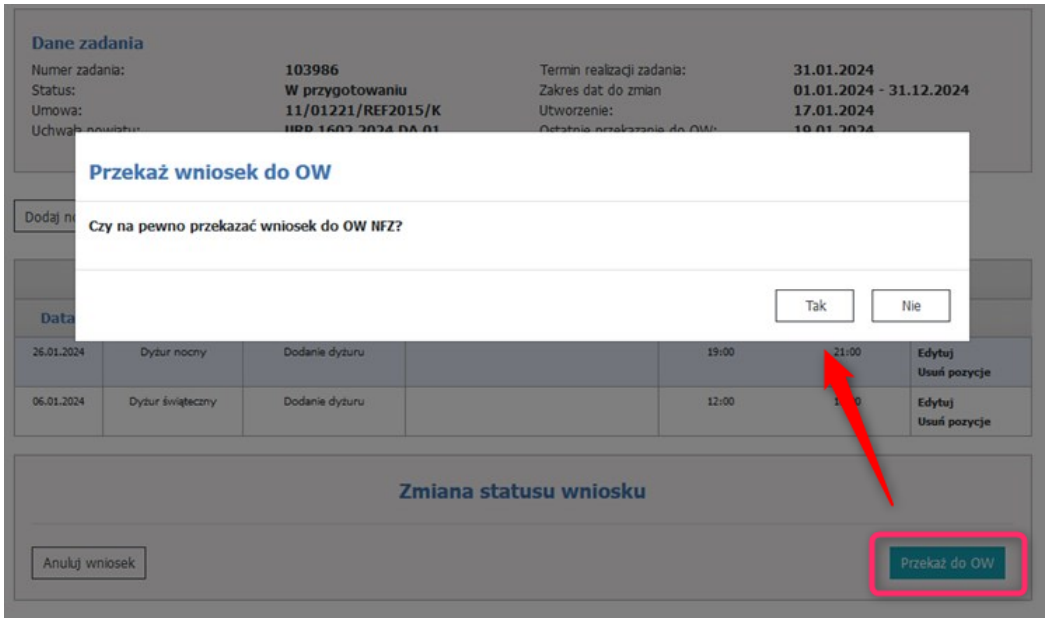
Dodaną pozycję można edytować za pomocą przycisku **Edytuj**.

Przycisk **Usuń pozycję** usuwa rodzaj zmiany z wniosku.

Zmiana statusu wniosku.

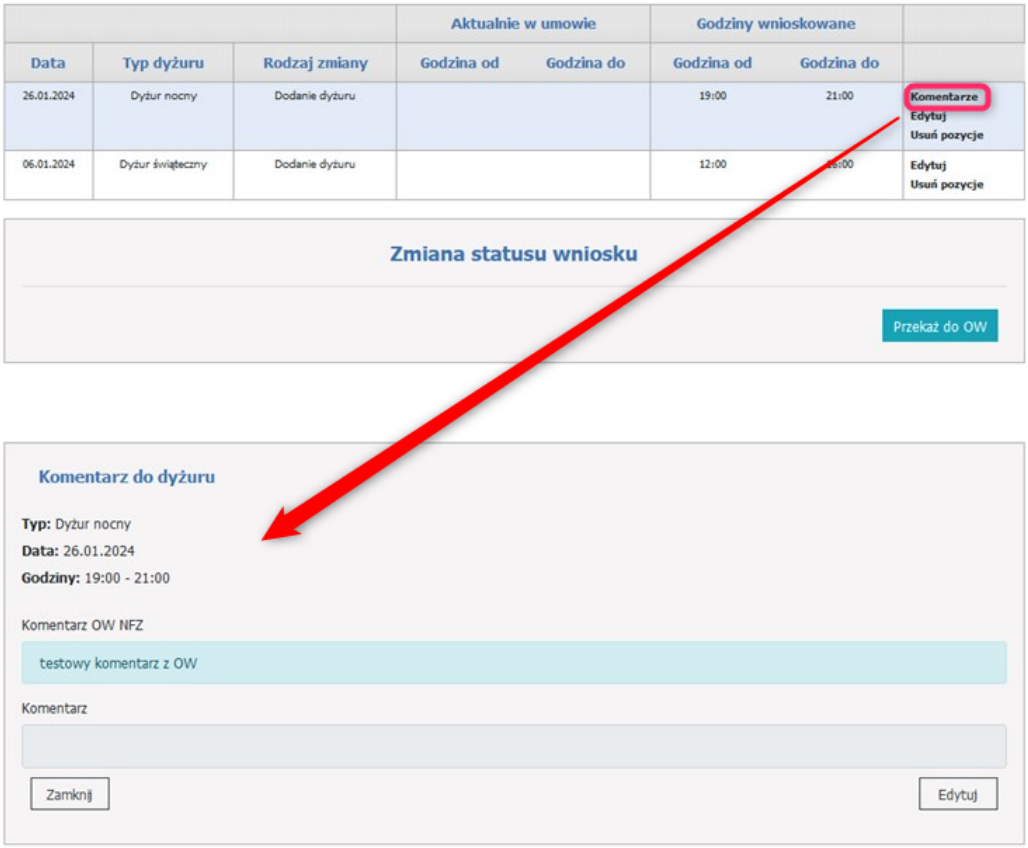
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

© 2026 Kamsoft S.A.



Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.

W przypadku wykrycia ewentualnych błędów, wniosek może zostać zwrócony do poprawy z adnotacją (jeśli operator OW NFZ taką napisze), która będzie widoczna w sekcji **Komentarze**.



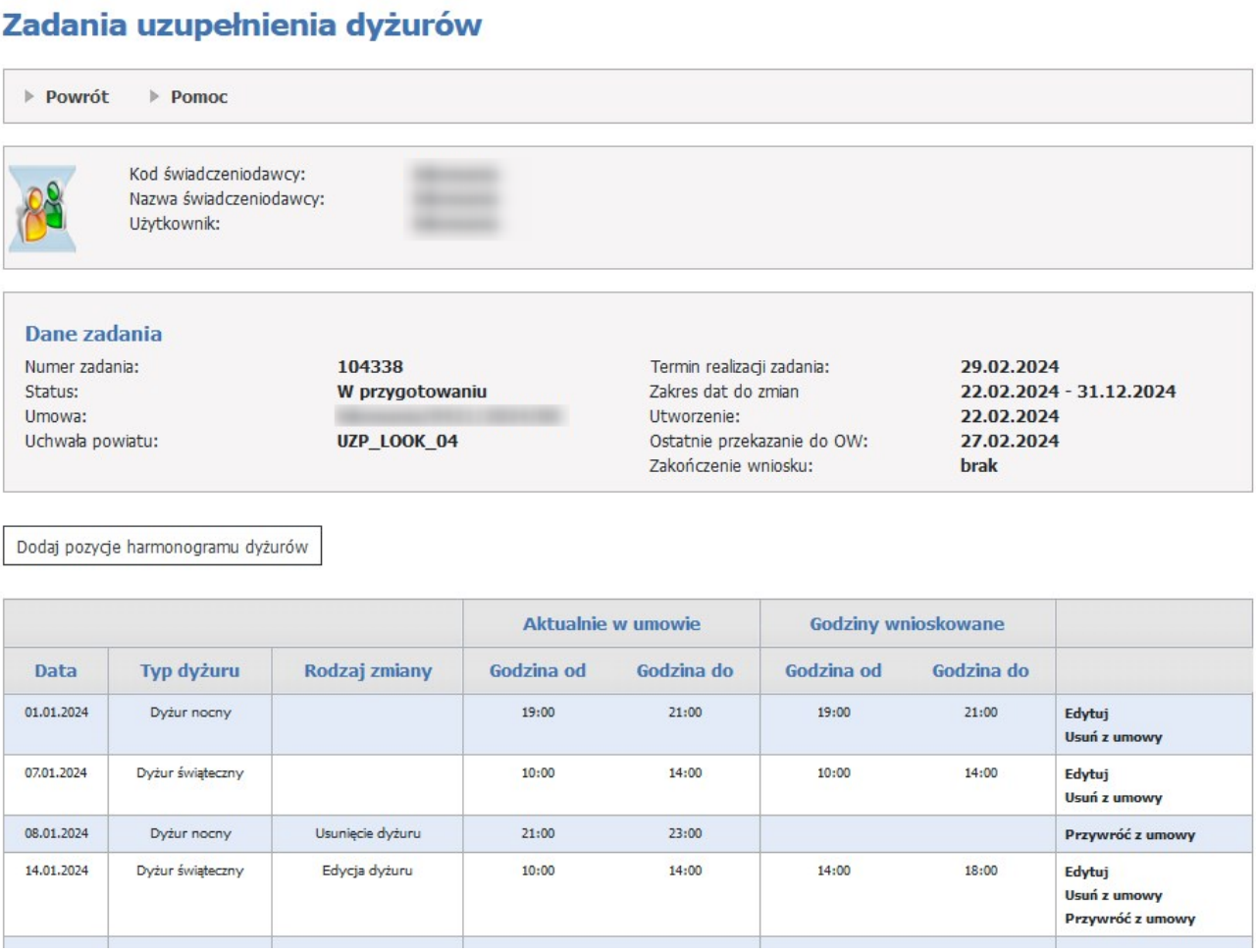
Aneksowanie harmonogramu dyżurowania.

© 2026 Kamsoft S.A.

Ilekroć w systemie pojawi się potrzeba uzupełniania/aktualizacji harmonogramu dyżurowania, apteka musi go zaktualizować w kontekście zadania.
Zadanie/zadania zostaną utworzone przez system w wyniku użycia przez operatora OW NFZ specjalnej funkcji w rejestrze uchwał

Przygotowane zadanie będzie zawierało aktualny stan harmonogramu i do tego harmonogramu operator apteki może wprowadzać zmiany:

- Dodanie pozycji harmonogramu (dla danego dnia i typu harmonogramu) ;
- Usunięcie pozycji harmonogramu;
- Modyfikacja godzin dyżurowania.



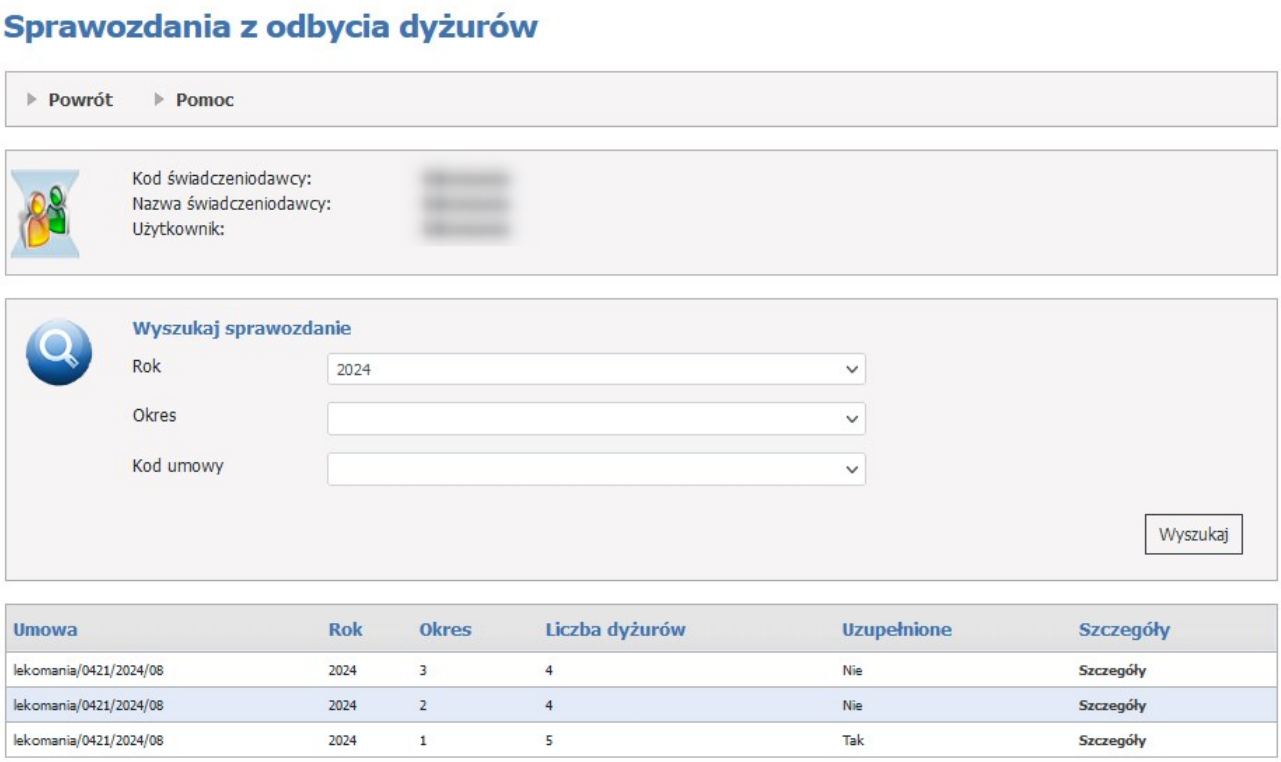
Funkcja **Dodaj pozycje harmonogramu dyżurów** pozwala na dodanie dyżuru do umowy.
Funkcja **Edytuj** pozwala na edycję dyżuru apteki - godzin rozpoczęcia dyżuru.
Funkcja **Usuń z umowy** pozwala na usunięcie dyżuru, który się nie odbył.
Funkcja **Przywróć z umowy** pozwala na przywrócenie dyżuru, który został usunięty.

Poprawiony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.3.12 Sprawozdania z odbytych dyżurów

Funkcja **Sprawozdania z odbytych dyżurów** pozwala na obsługę sprawozdań na finansowanie dyżurów nocnych lub świątecznych w aptekach.



W dolnej części formatki prezentowana jest lista sprawozdań.
Użytkownik ma możliwość wyszukiwania sprawozdań w sekcji **Wyszukaj sprawozdanie**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:

- Rok,
- Okres,
- Kod umowy.

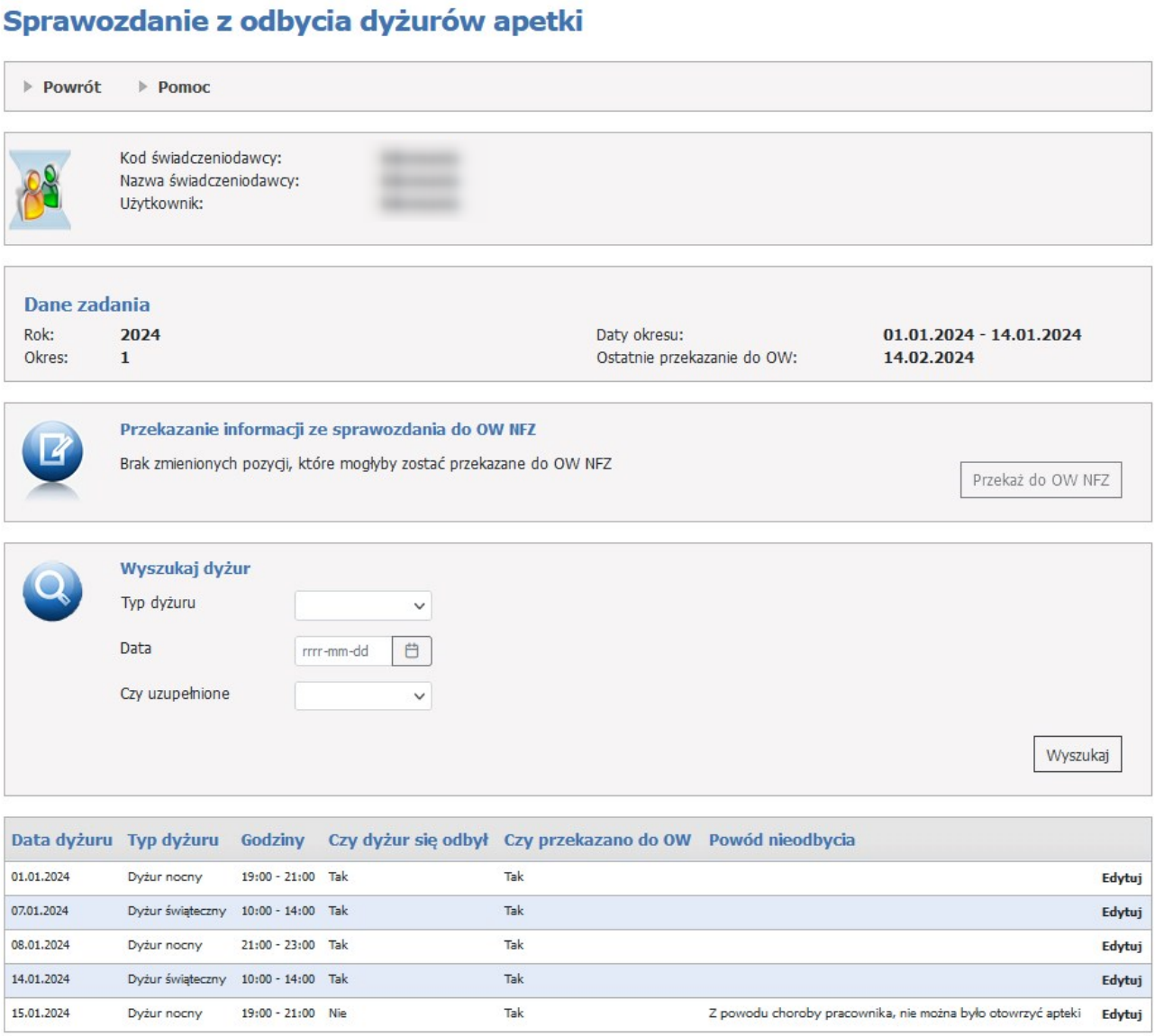
Każde zadanie na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego sprawozdania zawierającego jego szczegóły.

W górnej części sprawozdania znajdują się dane zadania:

- Rok,
- Okres,
- Daty okresu,
- Ostatnie przekazanie do OW.

Szczegóły ze sprawozdawania z odbycia dyżurów.

© 2026 Kamsoft S.A.

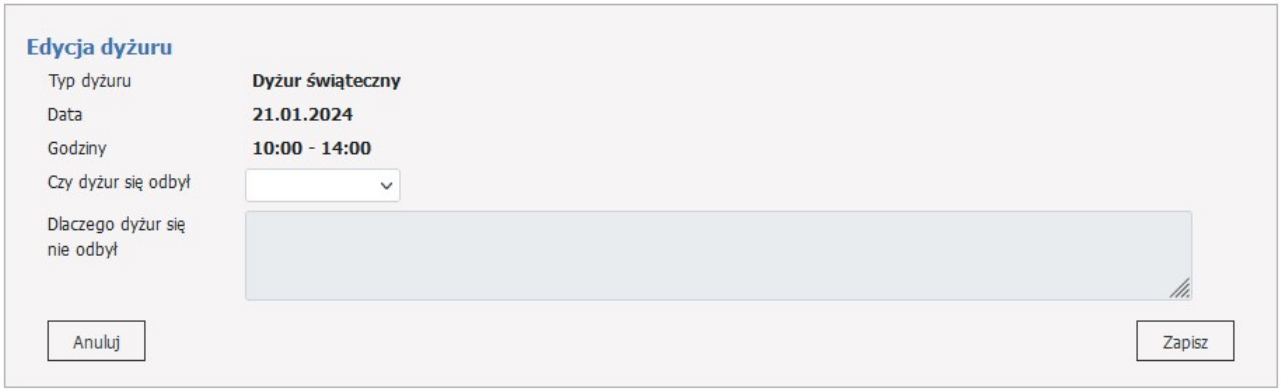


Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, a następnie należy wypełnić wymagane dane.

Dane do uzupełnienia:

- Czy dyżur się odbył : Tak/Nie,
- Dlaczego dyżur się nie odbył - wypełniane tylko gdy dyżur się NIE odbył.

Edycję daty dyżuru można anulować za pomocą przycisku **Anuluj**.



© 2026 Kamsoft S.A.

Użytkownik ma możliwość wyszukiwania dyżurów w sekcji **Wyszukaj dyżur**.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomocą następujących pól:

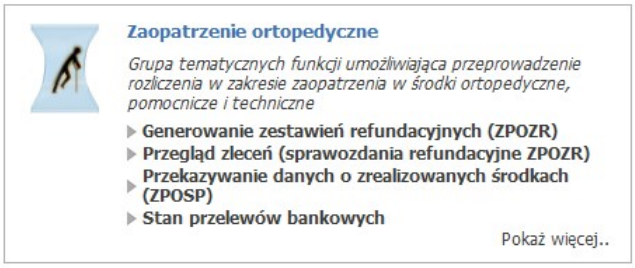
- Typ dyżuru: Dyżur nocny/Dyżur świąteczny,
- Data,
- Czy uzupełnione: Tak/Nie.

Przekazanie sprawozdania należy dokonać w sekcji **Przekazanie informacji ze sprawozdania do OW NFZ**.

Po przekazaniu sprawozdania użytkownik może dalej edytować sprawozdanie/datę dyżuru.

4.4 Zaopatrzenie ortopedyczne

Strona umożliwia przegląd funkcjonalności związanej z przeprowadzaniem rozliczeń w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne.



Nowy mechanizm generowania szablonów zestawień refundacyjnych dla realizatorów ortopedycznych eliminuje potrzebę przekazywania przez realizatorów do OW NFZ sprawozdań ZPOSP - odpowiednie sprawozdanie refundacyjne generowane jest przez system OW NFZ na bazie przekazanych z systemu eZWM dokumentów realizacji zleceń posiadających pozytywny wynik weryfikacji.

- Na Portalu Świadczeniodawcy na panelu umożliwiającym zlecenie wygenerowania szablonów zestawień refundacyjnych dla danego roku, umowy oraz miesiąca końcowego, zlecenie zadania wygenerowania szablonów spowoduje:

- Weryfikację wszystkich realizacji zleceń zarejestrowanych w systemie eZWM, które uległy zmianie od poprzedniej generacji szablonu zestawienia refundacyjnego.
Analizowane są wszystkie okresy realizacji zleceń od początku danej umowy do okresu wskazanego w zleceniu generowania szablonu zestawienia refundacyjnego.
- Utworzenie nowego szablonu zestawienia refundacyjnego w przypadku wykrycia nowych realizacji zleceń i pozytywnej ich weryfikacji.
Dla danego okresu rozliczeniowego zlecenie wygenerowania szablonu może skutkować wygenerowaniem wielu nowych szablonów zestawienia refundacyjnego.
Dla poprzednich okresów rozliczeniowych zlecenie wygenerowania szablonu może skutkować także wygenerowaniem nowych szablonów w przypadku pojawienia się nowych realizacji zleceń dla tych okresów.

© 2026 Kamsoft S.A.

- Utworzenie szablonu korygującego zestawienia refundacyjnego w przypadku wykrycia zmian w realizacji zleceń ujętych już w wygenerowanych wcześniej szablonach zestawienia refundacyjnego.
Każdy wygenerowany szablon korygujący zestawienia refundacyjnego odnosi się do konkretnego wygenerowanego wcześniej szablonu zestawienia refundacyjnego.
Dla danego okresu rozliczeniowego zlecenie wygenerowania szablonu korygującego może skutkować wygenerowaniem wielu nowych szablonów zestawienia refundacyjnego, jeśli zmiany w realizacji zleceń w systemie eZWM dotyczą różnych szablonów z danego okresu.

- W przypadku, gdy Realizator uzna, że wymagana jest korekta danych w eZWM przed przekazaniem zestawienia ma możliwość usunięcia szablonu (nie dotyczy szablonów korygujących). Możliwe jest:
  - Usunięcie szablonu zestawienia, kiedy nie ma wygenerowanego jeszcze zestawienia dla danego szablonu
  - Usunięcie łączne szablonu zestawienia wraz z samym zestawieniem, kiedy zestawienie dla danego szablonu już wygenerowano
  - W przypadku, kiedy mamy szablon i wygenerowane dla niego zestawienie można zlecić wygenerowanie zestawienia raz jeszcze gdy jest taka potrzeba np. gdy pojawił się błąd w numerze zestawienia, nie usuwając szablonu, można drugi raz zlecić zadanie wygenerowania zestawienia ZPOZR .

- Po korekcie danych w eZWM realizator ma możliwość ponownego zlecenia wygenerowania szablonu zestawienia refundacyjnego.

- Zestawienie refundacyjne dotyczy wskazanego w momencie zlecenia okresu sprawozdawczego – wskazywany jest miesiąc końcowy okresu. Miesiąc początkowy jest ustawiany domyślnie, jest to styczeń danego roku.
  - Realizator określa miesiąc, dla którego generowane jest zestawienie refundacyjne, jednak system analizuje zmiany we wszystkich okresach między miesiącem początkowym (na który realizator nie ma wpływu) a miesiącem wskazanym przez realizatora. Jeżeli w tym okresie zostaną wykryte zmiany w realizacji zleceń w eZWM, bądź w wynikach weryfikacji zleceń w systemie OW NFZ (oraz inne zmiany mające wpływ na zestawienie refundacyjne, jakie obecnie system umożliwia) wtedy w wyniku zlecenia wygenerowania szablonu zestawienia refundacyjnego dla wskazanego przez realizatora miesiąca powstanie wiele szablonów, także takich, które dotyczą okresów wcześniejszych niż wskazany przez realizatora.

- Szablony zestawień refundacyjnych są podstawą do wygenerowania zestawienia refundacyjnego (nowy komunikat ZPOZR).

- Zestawienie refundacyjne może zostać wygenerowane jako:
  - Dokument papierowy - wymagane dostarczenie do OW podpisanego wydruku zestawienia.
  - Dokument elektroniczny - wymagany elektroniczny podpis na dokumencie i przekazanie do OW.

- Dokument elektroniczny zestawienia musi zostać podpisany przez realizatora:
  - Bezpośrednio w Portalu Świadczeniodawcy za pomocą profilu zaufanego (ePUAP) lub
  - W aplikacji zewnętrznej za pomocą podpisu kwalifikowanego lub osobistego.
  Podpis zewnętrzny musi być typu otoczony (enveloped).

- Podpisane zestawienie refundacyjne należy następnie przekazać do OW NFZ docelowo do dalszej obsługi przez pracownika celem wykonania w płatności w systemie FKK.

- Dane zestawień refundacyjnych (komunikat ZPOZR) zastępują potrzebę generowania obecnie obsługiwanych w ZPO komunikatów:
  - ZPOSP - pliku sprawozdania realizatora,
  - P_ZPO - pliku potwierdzenia odbioru sprawozdania,
  - R_UMX - pliku z szablonami rachunków,
  - FAKT/RACH/NOTA - pliku z fakturami/rachunkami/notami elektronicznymi.

© 2026 Kamsoft S.A.

- Powyższe komunikaty zostały zastąpione jednym komunikatem ZPOZR z danymi zestawienia refundacyjnego, który to komunikat jest generowany przez system NFZ a świadczeniodawca musi dany plik zestawienia tylko podpisać i przekazać do OW NFZ lub wydrukować i dostarczyć do OW dokument papierowy.

- Na Portalu Świadczeniodawcy w sekcji „Generowanie zwrotnego zestawienia zaopatrzenia w wyroby medyczne (ZPOZW)" można wygenerować a następnie zapisać zestawienie ZPOZW.
  - Pobrany plik zawiera informację o stanie weryfikacji i rozliczenia danej pozycji a także szczegółowe informacje o realizacji tj. z dokładnością do wydanego produktu handlowego.
  - Ta ostatnia informacja może (nie musi) być wykorzystana w oprogramowaniu własnym świadczeniodawcy.

- Świadczeniodawcy, którzy dotychczas nie brali udziału w pilotażu:
  - Okresy od stycznia 2024 będą rozliczali w oparciu o zestawienie refundacyjne tj. z wykorzystaniem komunikatu ZPOZR i nie będzie możliwe rozliczenie w oparciu o ZPOSP.
  - Okresy do grudnia 2023 będą mogli rozliczyć na dotychczasowych zasadach tj. w oparciu o komunikat sprawozdawczy ZPOSP i nie będzie możliwe rozliczenie w oparciu o ZPOZR.

4.4.1 Generowanie zestawień refundacyjnych (ZPOZR)

UWAGA:

Nowy mechanizm generowania szablonów zestawień refundacyjnych dla realizatorów ortopedycznych eliminuje potrzebę przekazywania przez realizatorów do OW NFZ sprawozdań ZPOSP - odpowiednie sprawozdanie refundacyjne generowane jest przez system OW NFZ na bazie przekazanych z systemu eZWM dokumentów realizacji zleceń posiadających pozytywny wynik weryfikacji.

- Na Portalu Świadczeniodawcy na panelu umożliwiającym zlecenie wygenerowania szablonów zestawień refundacyjnych dla danego roku, umowy oraz miesiąca końcowego, zlecenie zadania wygenerowania szablonów spowoduje:
  - Weryfikację wszystkich realizacji zleceń zarejestrowanych w systemie eZWM, które uległy zmianie od poprzedniej generacji szablonu zestawienia refundacyjnego.
    Analizowane są wszystkie okresy realizacji zleceń od początku danej umowy do okresu wskazanego w zleceniu generowania szablonu zestawienia refundacyjnego.
  - Utworzenie nowego szablonu zestawienia refundacyjnego w przypadku wykrycia nowych realizacji zleceń i pozytywnej ich weryfikacji.
    Dla danego okresu rozliczeniowego zlecenie wygenerowania szablonu może skutkować wygenerowaniem wielu nowych szablonów zestawienia refundacyjnego.
    Dla poprzednich okresów rozliczeniowych zlecenie wygenerowania szablonu może skutkować także wygenerowaniem nowych szablonów w przypadku pojawienia się nowych realizacji zleceń dla tych okresów.
  - Utworzenie szablonu korygującego zestawienia refundacyjnego w przypadku wykrycia zmian w realizacji zleceń ujętych już w wygenerowanych wcześniej szablonach zestawienia refundacyjnego.
    Każdy wygenerowany szablon korygujący zestawienia refundacyjnego odnosi się do konkretnego wygenerowanego wcześniej szablonu zestawienia refundacyjnego.
    Dla danego okresu rozliczeniowego zlecenie wygenerowania szablonu korygującego może skutkować wygenerowaniem wielu nowych szablonów zestawienia refundacyjnego, jeśli zmiany w realizacji zleceń w systemie eZWM dotyczą różnych szablonów z danego okresu.

- W przypadku, gdy Realizator uzna, że wymagana jest korekta danych w eZWM przed przekazaniem zestawienia ma możliwość usunięcia szablonu (nie dotyczy szablonów korygujących). Możliwe jest:
  - Usunięcie szablonu zestawienia, kiedy nie ma wygenerowanego jeszcze zestawienia dla danego szablonu
  - Usunięcie łączne szablonu zestawienia wraz z samym zestawieniem, kiedy zestawienie dla danego szablonu już wygenerowano

© 2026 Kamsoft S.A.

- W przypadku, kiedy mamy szablon i wygenerowane dla niego zestawienie można zlecić wygenerowanie zestawienia raz jeszcze gdy jest taka potrzeba np. gdy pojawił się błąd w numerze zestawienia, nie usuwając szablonu, można drugi raz zlecić zadanie wygenerowania zestawienia ZPOZR .

- Po korekcie danych w eZWM realizator ma możliwość ponownego zlecenia wygenerowania szablonu zestawienia refundacyjnego.

- Zestawienie refundacyjne dotyczy wskazanego w momencie zlecenia okresu sprawozdawczego – wskazywany jest miesiąc końcowy okresu. Miesiąc początkowy jest ustawiany domyślnie, jest to styczeń danego roku.
  - Realizator określa miesiąc, dla którego generowane jest zestawienie refundacyjne, jednak system analizuje zmiany we wszystkich okresach między miesiącem początkowym (na który realizator nie ma wpływu) a miesiącem wskazanym przez realizatora. Jeżeli w tym okresie zostaną wykryte zmiany w realizacji zleceń w eZWM, bądź w wynikach weryfikacji zleceń w systemie OW NFZ (oraz inne zmiany mające wpływ na zestawienie refundacyjne, jakie obecnie system umożliwia) wtedy w wyniku zlecenia wygenerowania szablonu zestawienia refundacyjnego dla wskazanego przez realizatora miesiąca powstanie wiele szablonów, także takich, które dotyczą okresów wcześniejszych niż wskazany przez realizatora.

- Szablony zestawień refundacyjnych są podstawą do wygenerowania zestawienia refundacyjnego (nowy komunikat ZPOZR).

- Zestawienie refundacyjne może zostać wygenerowane jako:
  - Dokument papierowy - wymagane dostarczenie do OW podpisanego wydruku zestawienia.
  - Dokument elektroniczny - wymagany elektroniczny podpis na dokumencie i przekazanie do OW.

- Dokument elektroniczny zestawienia musi zostać podpisany przez realizatora:
  - Bezpośrednio w Portalu Świadczeniodawcy za pomocą profilu zaufanego (ePUAP) lub
  - W aplikacji zewnętrznej za pomocą podpisu kwalifikowanego lub osobistego.
    Podpis zewnętrzny musi być typu otoczony (enveloped).

- Podpisane zestawienie refundacyjne należy następnie przekazać do OW NFZ docelowo do dalszej obsługi przez pracownika celem wykonania w płatności w systemie FKK.

- Dane zestawień refundacyjnych (komunikat ZPOZR) zastępują potrzebę generowania obecnie obsługiwanych w ZPO komunikatów:
  - ZPOSP - pliku sprawozdania realizatora,
  - P_ZPO - pliku potwierdzenia odbioru sprawozdania,
  - R_UMX - pliku z szablonami rachunków,
  - FAKT/RACH/NOTA - pliku z fakturami/rachunkami/notami elektronicznymi.

- Powyższe komunikaty zostały zastąpione jednym komunikatem ZPOZR z danymi zestawienia refundacyjnego, który to komunikat jest generowany przez system NFZ a świadczeniodawca musi dany plik zestawienia tylko podpisać i przekazać do OW NFZ lub wydrukować i dostarczyć do OW dokument papierowy.

- Na Portalu Świadczeniodawcy w sekcji „Generowanie zwrotnego zestawienia zaopatrzenia w wyroby medyczne (ZPOZW)" można wygenerować a następnie zapisać zestawienie ZPOZW.
  - Pobrany plik zawiera informację o stanie weryfikacji i rozliczenia danej pozycji a także szczegółowe informacje o realizacji tj. z dokładnością do wydanego produktu handlowego.
  - Ta ostatnia informacja może (nie musi) być wykorzystana w oprogramowaniu własnym świadczeniodawcy.

- Świadczeniodawcy, którzy dotychczas nie brali udziału w pilotażu:

© 2026 Kamsoft S.A.

- Okresy od stycznia 2024 będą rozliczali w oparciu o zestawienie refundacyjne tj. z wykorzystaniem komunikatu ZPOZR i nie będzie możliwe rozliczenie w oparciu o ZPOSP.
- Okresy do grudnia 2023 będą mogli rozliczyć na dotychczasowych zasadach tj. w oparciu o komunikat sprawozdawczy ZPOSP i nie będzie możliwe rozliczenie w oparciu o ZPOZR.

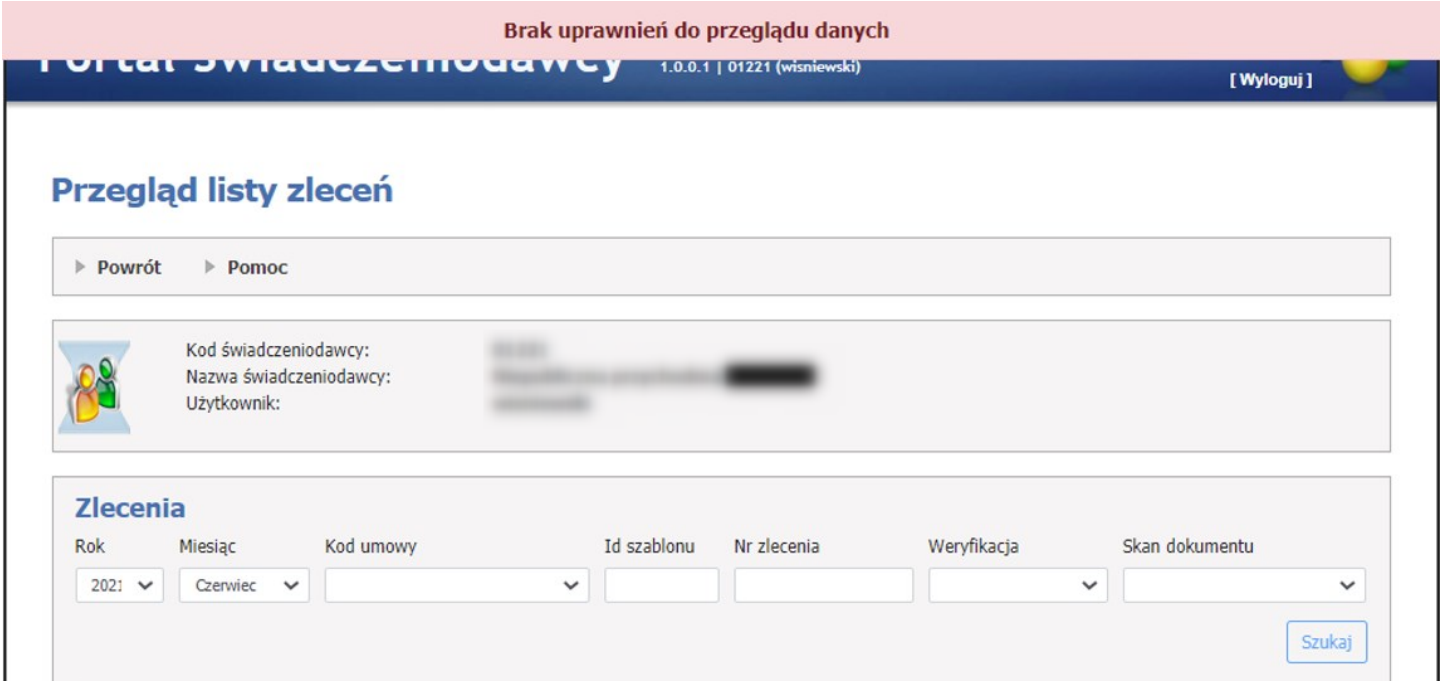
***

Formatka **Przegląd szablonów zestawień refundacyjnych** umożliwia zlecenie wygenerowania szablonów zestawień refundacyjnych dla danego roku, umowy oraz miesiąca końcowego.

Zlecenie zadania wygenerowania szablonów powoduje:
1. Utworzenie technicznego zestawienia refundacyjnego na bazie aktywnych realizacji z eZWM
 - zestawienie jest generowane o ile w danym miesiącu nie istnieje aktywne zestawienie ZPOSP przekazane przez realizatora
2. Zweryfikowanie utworzonego zestawienia refundacyjnego
3. Utworzenie szablonów zestawień refundacyjncych ujmujących aktywne pozycje z technicznych zestawień refundacyjnych.

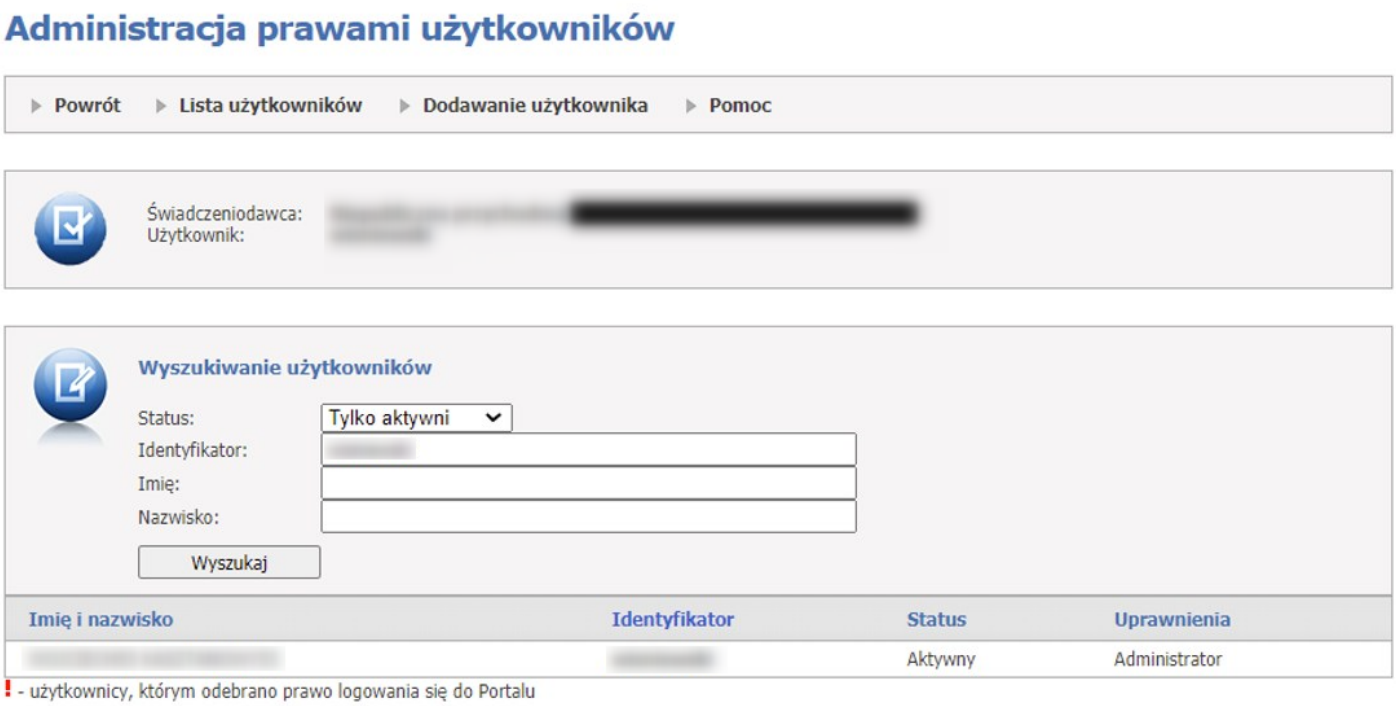
- ***Przyznanie uprawnień użytkownikowi***

Do przeglądu zleceń (sprawozdania refundacyjne ZPOZR) i generowania zestawień refundacyjnych (ZPOZR) wymagane jest nadanie właściwych uprawnień dla użytkownika Portalu Świadczeniodawcy.



W panelu administracyjnym do zarządzania prawami użytkowników wybrać właściwą osobę.

© 2026 Kamsoft S.A.

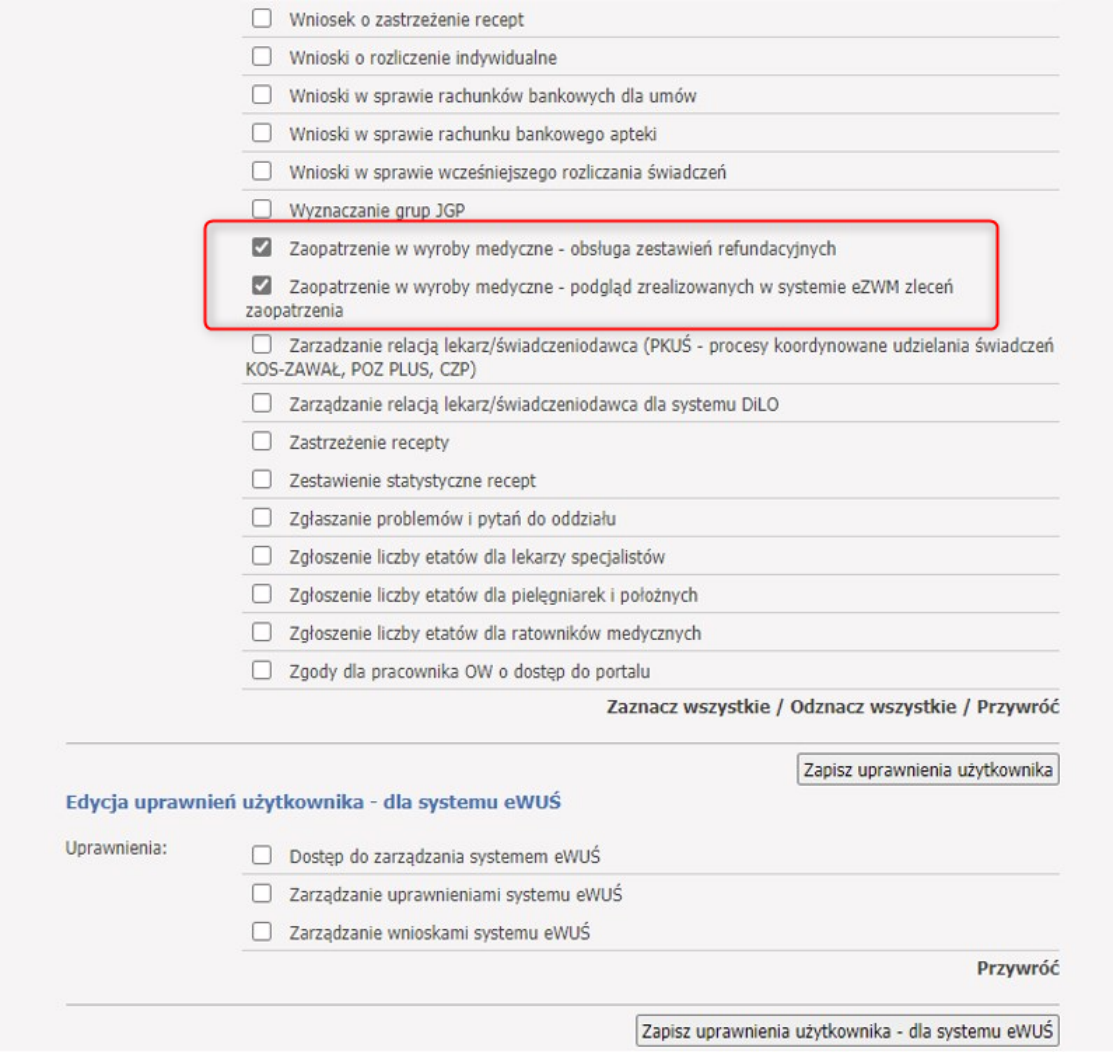


Wybranemu użytkownikowi należy przydzielić właściwe uprawnienie:

Uprawnienie: „Zaopatrzenie w wyroby medyczne – obsługa zestawień refundacyjnych” umożliwia użytkownikowi wykonywanie wszystkich operacji na zestawieniach refundacyjnych.

Uprawnienie: „Zaopatrzenie w wyroby medyczne – podgląd zrealizowanych w systemie eZWM zleceń zaopatrzenia” umożliwia podgląd zleceń.

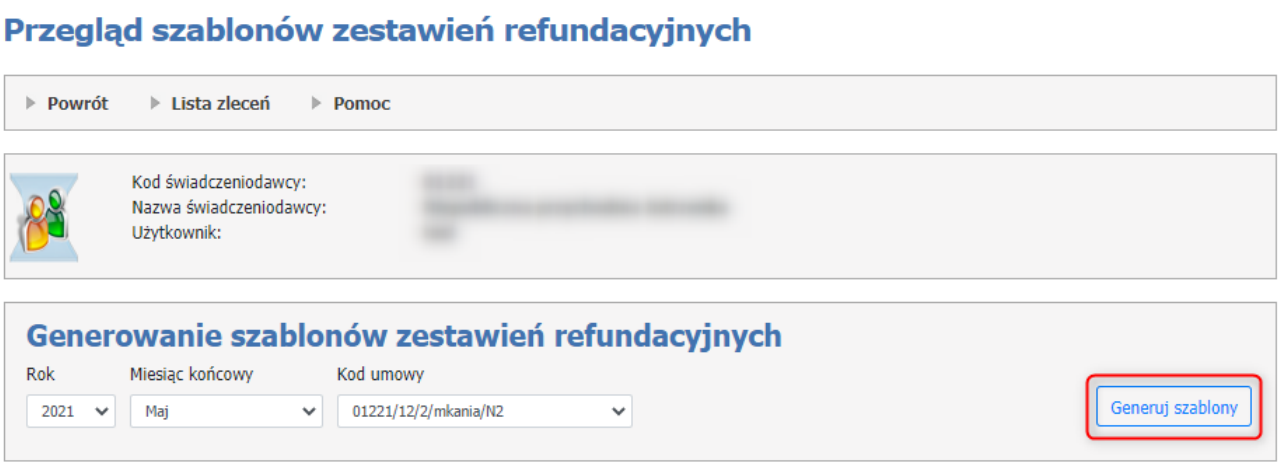
© 2026 Kamsoft S.A.



- ***Generowanie szablonów zestawień refundacyjnych.***

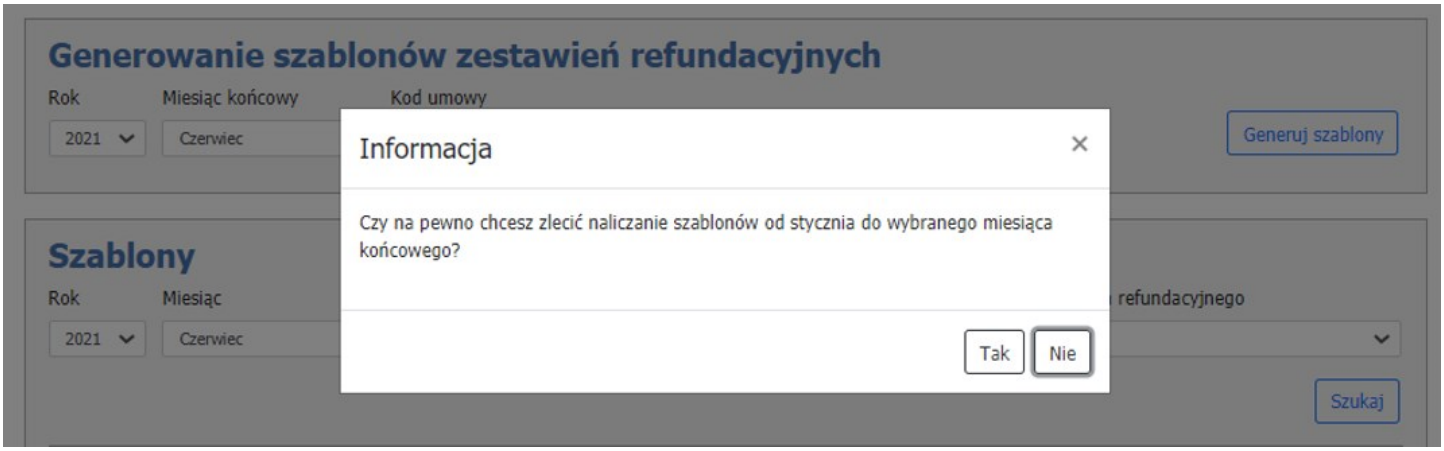
W sekcji **Generowanie szablonów zestawień refundacyjnych**, za pomocą rozwijanej listy użytkownik wybiera rok, miesiąc końcowy oraz kod umowy dla której chce wygenerować szablon zestawienia.
Naliczanie szablonów rozliczeniowych wykonywane jest od miesiąca stycznia podanego roku, do miesiąca podanego w polu *Miesiąc końcowy* dla wybranej umowy.

© 2026 Kamsoft S.A.



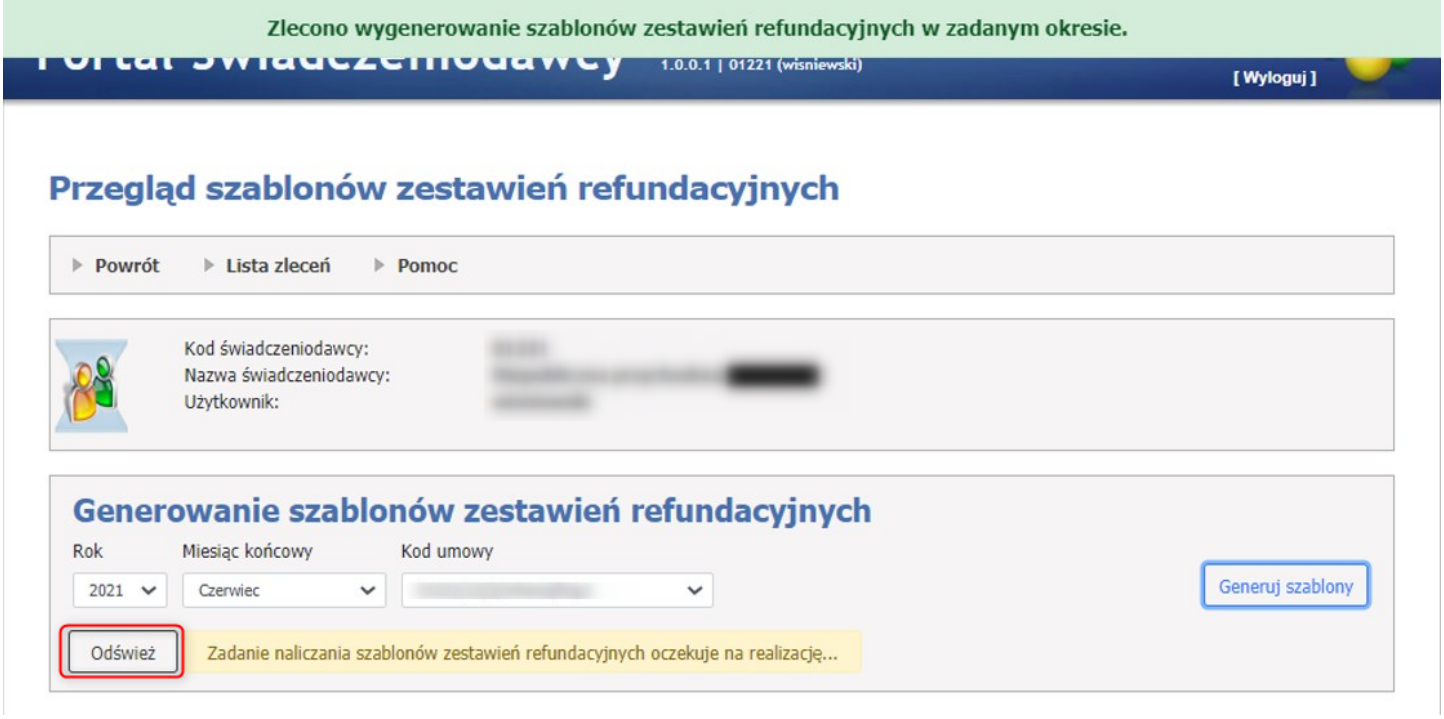
Następnie za pomocą przycisku **Generuj szablony** zostanie zlecone zadanie naliczenia szablonów zestawień refundacyjnych za wydane wyroby medyczne/zrealizowane naprawy.

Zlecenie generowania szablonów (a także wykonywanie niektórych innych operacji) wymaga potwierdzenia przez operatora wykonywanej czynności.

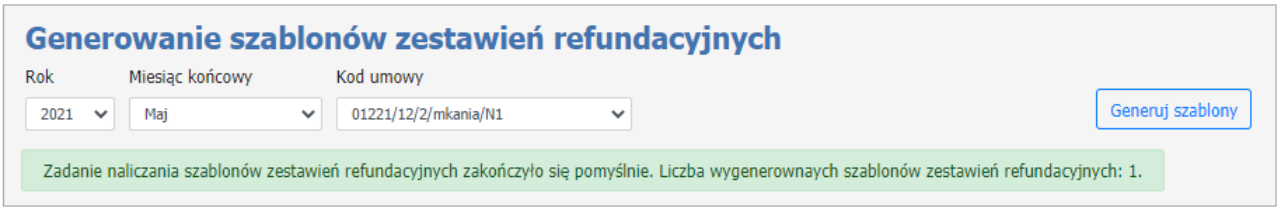


Zlecenie generacji będzie zwizualizowane w postaci komunikatu "*Zadanie naliczania szablonów zestawień refundacyjnych oczekuje na realizację..*".
Przycisk **Odśwież** pozwala na odświeżenie procesu generacji, status odświeża się automatycznie.

© 2026 Kamsoft S.A.



Zakończenie naliczania szablonów powoduje wyświetlenie komunikatu informującego użytkownika o liczbie wygenerowanych szablonów zestawień refundacyjnych dla okresu: od stycznia wskazanego roku, do miesiąca wskazanego w polu *Miesiąc końcowy* oraz wskazanego kodu umowy.

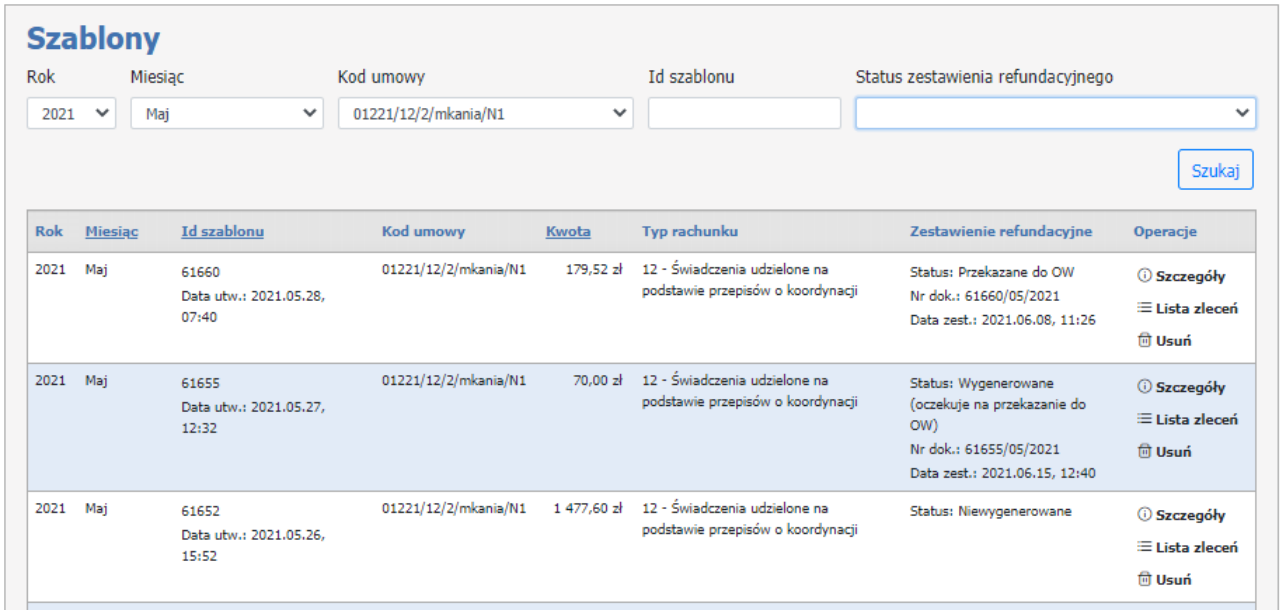


W przypadku wygenerowania zadania zakończonego błędem zostanie wyświetlony komunikat: "Zadanie naliczania szablonów zestawień refundacyjnych zakończyło się błędem. Opis problemu:..".

○ ***Szablony.***

W sekcji **Szablony** znajduje się lista wygenerowanych szablonów zestawień refundacyjnych.

© 2026 Kamsoft S.A.



Każdy wygenerowany szablon składa się z:

- Rok - rok na który został wygenerowany szablon;
- Miesiąc - miesiąc na który został wygenerowany szablon;

Przez użytkownika wskazywany jest tylko miesiąc końcowy. Miesiąc początkowy jest ustawiany domyślnie i poza okresem pilotażu jest to zawsze styczeń wybranego roku. Realizator określa miesiąc, dla którego generowane jest zestawienie refundacyjne, jednak system analizuje zmiany we wszystkich okresach między miesiącem początkowym (na który realizator nie ma wpływu) a miesiącem wskazanym przez realizatora. Jeżeli w tym okresie zostaną wykryte zmiany w realizacji zleceń w eZWM, bądź w wynikach weryfikacji zleceń w systemie OW NFZ (oraz inne zmiany mające wpływ na zestawienie refundacyjne, jakie obecnie system umożliwia) wtedy w wyniku zlecenia wygenerowania szablonu zestawienia refundacyjnego dla wskazanego przez realizatora miesiąca powstanie wiele szablonów, także takich, które dotyczą okresów wcześniejszych niż wskazany przez realizatora.

- Id szablonu - unikalny identyfikator szablonu, który zostaje nadany w momencie generowania wraz z datą utworzenia;
- Kod umowy - numer umowy, dla której zostaje wygenerowany szablon;
- Kwota - kwota wysokości refundacji;
- Typ rachunku - typ rachunku: 11 - Świadczenia udzielone uprawnionym, 12 - Świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji, 13 - Świadczenia udzielone na podstawie wydanej zgody wójta / burmistrza gminy;
- Zestawienie refundacyjne - pakiet informacji o statusie, numerze dokumentu oraz dacie generacji zestawienia.

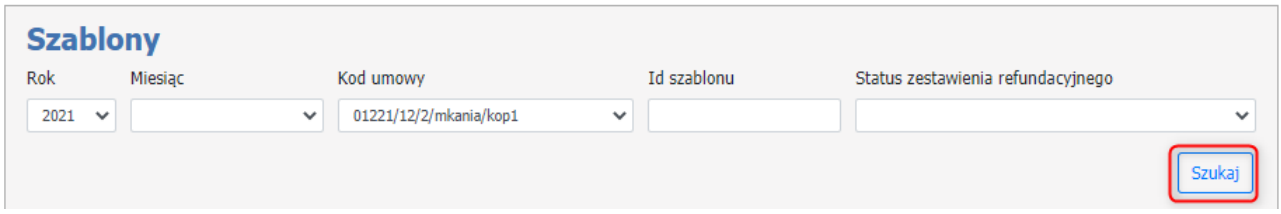
  Status może mieć następujące wartości:

- Niewygenerowane - brak wygenerowanego zestawiania refundacyjnego dla szablonu;
- Wygenerowane (oczekuje na podpis)- zestawienie refundacyjne zostało wygenerowane przez realizatora i oczekuje na jego podpis za pomocą profilu zaufanego (ePUAP) lub podpisu kwalifikowanego;
- Wygenerowane (oczekuje na przekazanie do OW) - zestawienie refundacyjne zostało podpisane przez realizatora i jest możliwe jego przekazanie do OW celem rozliczenia;
- Przekazane do OW - zestawienie zostało przez realizatora przekazane do OW i oczekuje na przetorzenie bądź jest już przetwarzane przez pracownika OW NFZ;
- Rozliczone - faktura utworzona w systemi ZPO dla danego zestawienia została zaksięgowana;
- Odrzucone - zestawienie nie zostało przyjęte w OW NFZ;

© 2026 Kamsoft S.A.

- Operacje - linki do Szczegółów, Listy zleceń oraz opcji Usuń szablon.

W sekcji **Szablony** użytkownik ma również możliwość wyszukiwania wygenerowanych szablonów zestawień refundacyjnych za pomocą rozwijanej listy: Rok, Miesiąc, Kod umowy, Id szablonu, Status zestawienia refundacyjnego i przycisku **Szukaj**.
Status zestawienia refundacyjnego może mieć następujące wartości: Niewygenerowane, Wygenerowane (oczekuje na podpis), Wygenerowane (oczekuje na przekazanie do OW), Przekazane do OW, Rozliczone oraz Odrzucone.



Kasowanie szablonu zestawienia.
Na liście szablonów przycisk **Usuń** umożliwia:
- Usunięcie szablonu zestawienia, kiedy nie ma wygenerowanego jeszcze zestawienia dla danego szablonu,
- Usunięcie łączne szablonu zestawienia wraz z samym zestawieniem, kiedy zestawienie dla danego szablonu już wygenerowano

Jeżeli istnieje szablon oraz wygenerowano już dla niego zestawienie to można zlecić wygenerowanie zestawienia jeszcze raz, bez usuwania szablonu (taka potrzeba może się pojawić gdy np. w numerze zestawienia pojawił się błąd).
Wystarczy kliknąć przycisk **Generuj zestawienie refundacyjne**, co ponownie zleci zadanie wygenerowania zestawienia ZPOZR.
Przycisk ten jest aktywny nawet wtedy, kiedy zestawienie jest już wygenerowane i umożliwia zastąpienie istniejącego zestawienia nowym oraz o rozszerzenie informacji o miesiącu początkowym.

- **Szczegóły szablonu zestawienia refundacyjnego**

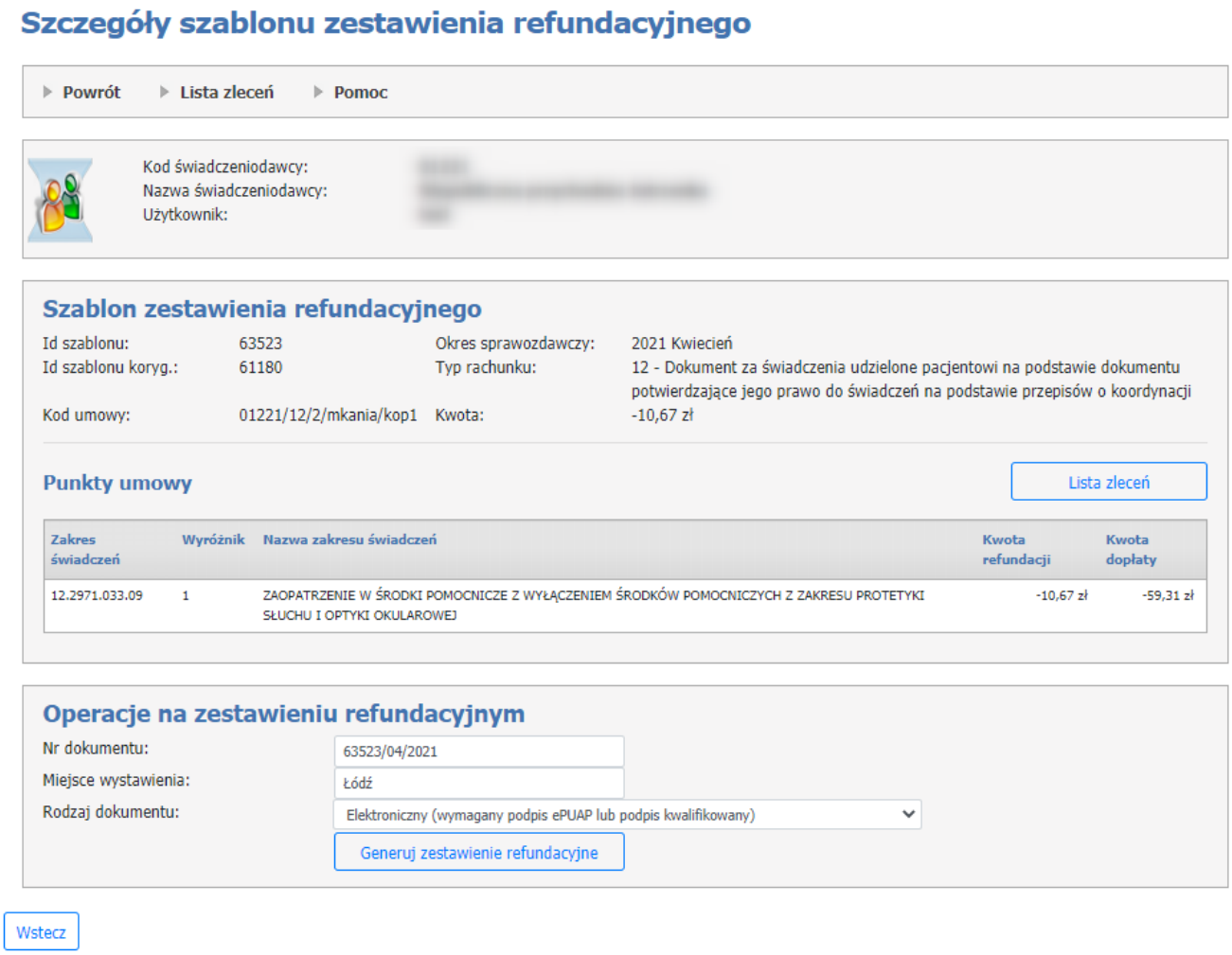
Aby wejść w szczegóły wygenerowanego szablonu zestawienia refundacyjnego należy użyć przycisku *Szczegóły* w kolumnie **Operacje**.
W sekcji **Szczegóły szablonu zestawienia refundacyjnego** są wyświetlane dane szablonu oraz możliwość wygenerowania zestawienia refundacyjnego.

Zestawienie refundacyjne może zostać wygenerowane jako:
1. Dokument elektroniczny - wymagany elektroniczny podpis na dokumencie i przekazanie do OW
2. Dokument papierowy - wymagane dostarczenie do OW podpisanego wydruku zestawienia

Dokument elektroniczny zestawienia musi zostać podpisany przez realizatora za pomocą:
1. Profilu zaufanego (ePUAP) lub
2. Podpisu kwalifikowanego

© 2026 Kamsoft S.A.

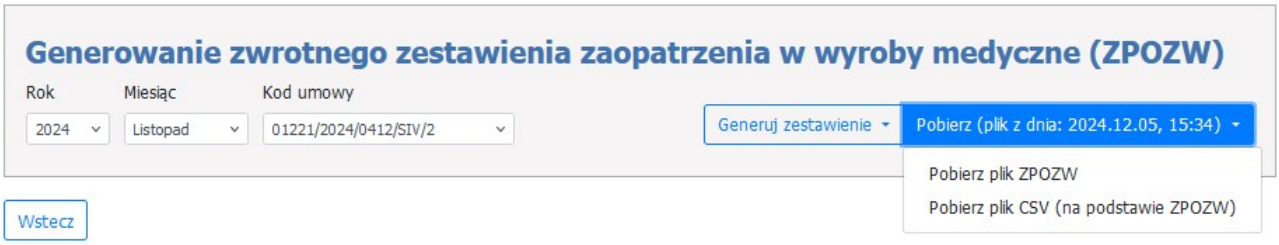
Podpisane zestawienie refundacyjne można następnie przekazać do OW NFZ docelowo do dalszej obsługi przez pracownika celem wykonania płatności w systemie FKK.
Po przekazaniu zestawienia refundacyjnego przez realizatora do OW NFZ dane zestawienia trafią do struktur rachunków elektronicznych (przegląd Rachunków elektronicznych w ORTN) i na ich podstawie utworzone zostaną nagłówki faktur (analogicznie jak ma to miejsce przy imporcie danych komunikatów FAKT/RACH/NOTA).
Zestawienia refundacyjne zastąpią potrzebę przekazywania komunikatów RACH/FAKT/NOTA.



Przycisk **Lista zleceń** umożliwia podgląd zleceń zawartych na wygenerowanym szablonie rozliczeniowym.

© 2026 Kamsoft S.A.

W sekcji **Generowanie zwrotnego zestawienia zaopatrzenia w wyroby medyczne (ZPOZW)** należy użyć przycisku **Generuj zestawienie** w celu utworzenia zestawienia ZPOZW.



Przycisk **Pobierz** umożliwia zapisanie na dysku wygenerowanego zestawienia.

Można pobrać zestawienie ZPOZW 1.1 w formacie CSV (tylko dla wersji 1.1).

Pobrany plik zawiera informację o stanie weryfikacji i rozliczenia danej pozycji a także szczegółowe informacje o realizacji tj. z dokładnością do wydanego produktu handlowego. Ta ostatnia informacja może (nie musi) być wykorzystana w oprogramowaniu własnym realizatora.

Przykład wygenerowanego zestawienia podstawowego ZPOZW >

ZPOZW_01221_2021_06_2021_07_06_16_00.xml

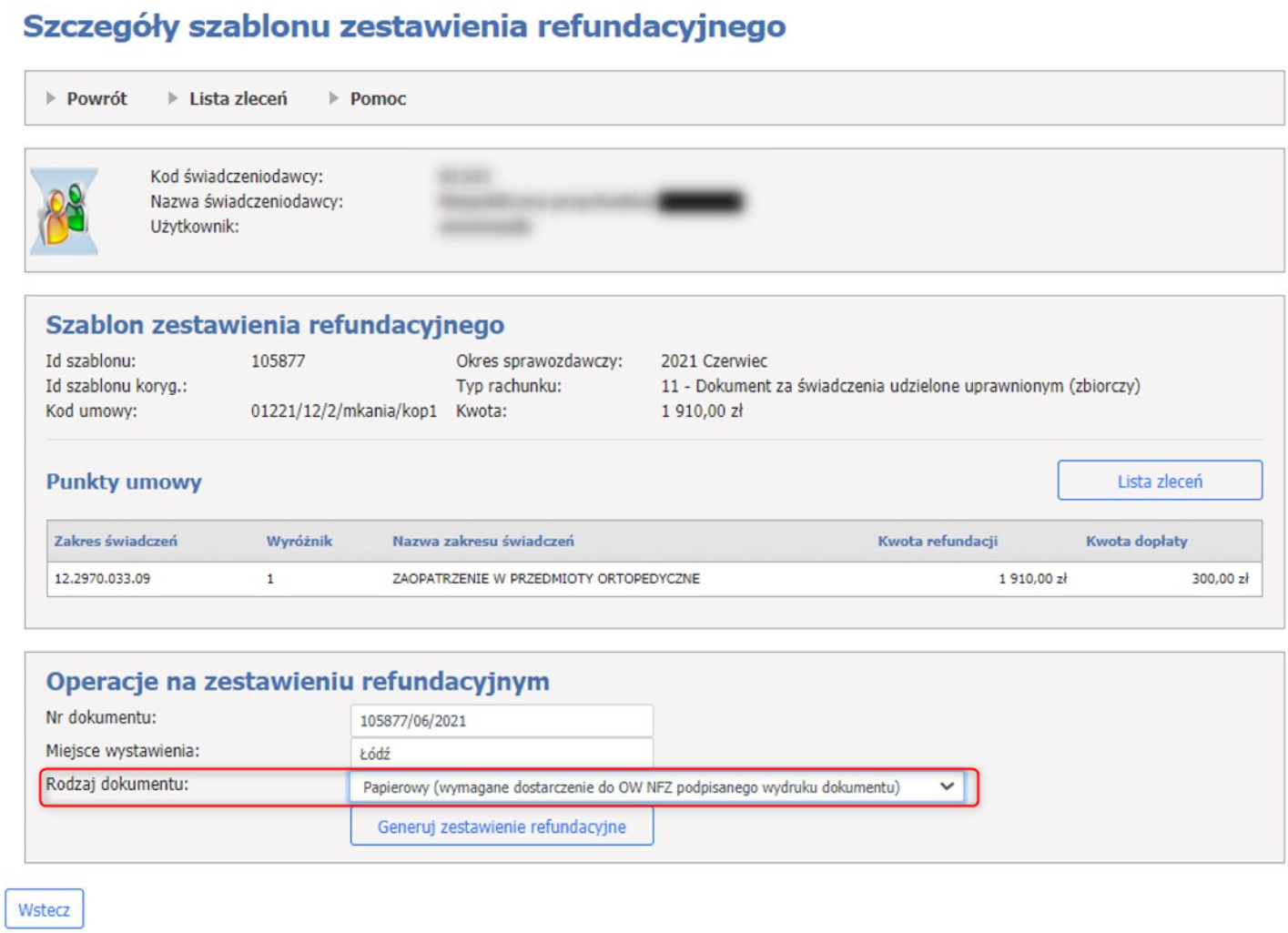
```xml
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<komunikat xmlns="http://www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/e-dok-rozlicz/zpozw/v1.0" typ="ZPOZW" wersja="1.0" id-swd="01221"
           id-odb="08" id-inst="CLO" nr-gen="54" czas-gen="2021-07-06T16:00:16" info-aplik-nad="CLO1.0.0.16682">
    <nagl-spraw umowa-oddzial="08" nr-umowy="01221/12/2/mkania/kop1" rok="2021" miesiac="6">
        <poz-spraw-zposp id-tech-poz-spraw="35696" id-tech-dokumentu-nfz="2626910000000000000200691"
                         nr-zlecenia-nfz="T0-21-000002117-4" pozycja-aktywna="T">
            <miejsce-realizacji-zlecenia kod-tech="41067"/>
            <dane-wyrobu>
                <wydany-wyrob kod-przedm="P.129.00" kwota-refundacji="1700" kwota-doplaty="0">
                    <wydany-prod-handl id-prod-handl="460914" lb-wyd-sztuk="1" cena-det-szt="1700"/>
                </wydany-wyrob>
            </dane-wyrobu>
            <potwierdzenie-wydania data-wydania="2021-06-01" rodzaj-wydania="O"/>
            <status-weryfikacji status="1"/>
            <stan-biez-rozlicz rozliczona="T" id-szablonu="66550"/>
        </poz-spraw-zposp>
    </nagl-spraw>
</komunikat>
```

Operacje na zestawieniu refundacyjnym.

- **Generowanie zestawienia – rodzaj dokumentu: <u>papierowy</u>.**

Aby wygenerować zestawienie refundacyjne należy użyć przycisku **Generuj zestawienie refundacyjne** dla ustawionego w polu **Rodzaj dokumentu** wartości: **Papierowy**

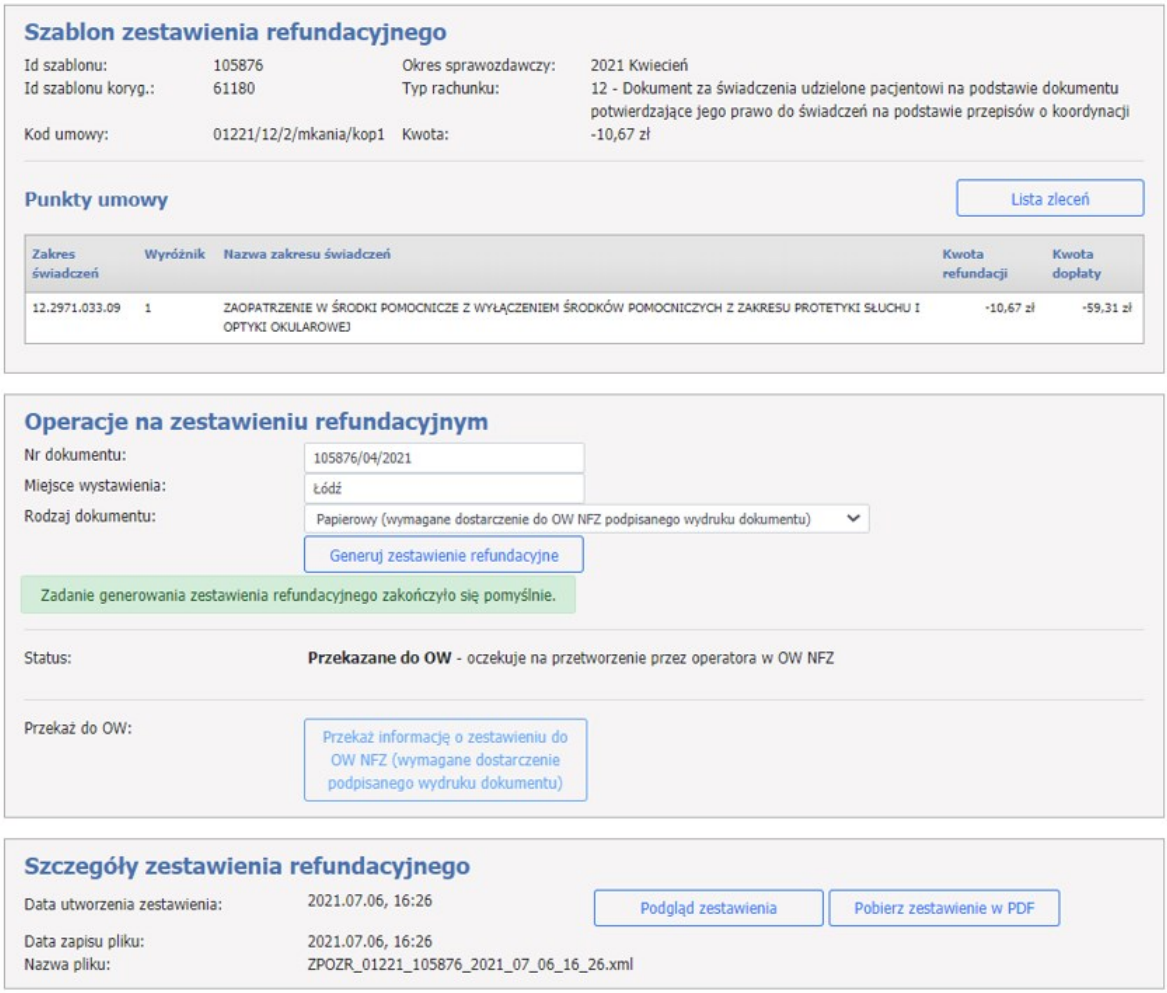
© 2026 Kamsoft S.A.



Wygenerowane zestawienie refundacyjne użytkownik może przekazać do OW używając przycisku **Przekaż informację o zestawieniu do OW NFZ**.

Przycisk **Pobierz zestawienie w PDF** umożliwia zapisanie zestawienia na dysku. Wydrukowane i podpisane zestawienie należy przekazać do OW.

© 2026 Kamsoft S.A.



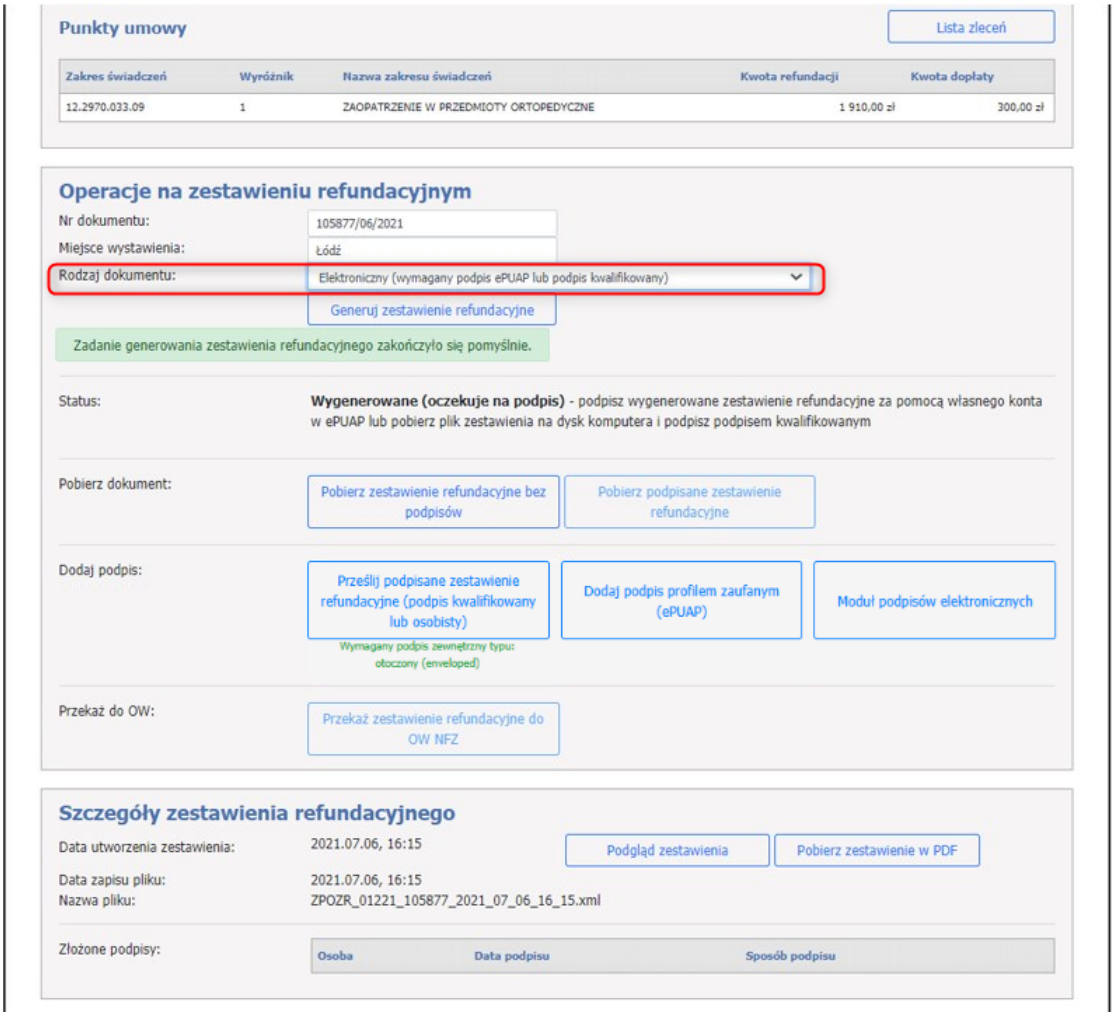
- **Generowanie zestawienia – rodzaj dokumentu: <u>elektroniczny</u>.**

Aby wygenerować zestawienie refundacyjne należy użyć przycisku **Generuj zestawienie refundacyjne** dla ustawionego w polu **Rodzaj dokumentu** wartości: **Elektroniczny.**

Dla wygenerowanego zestawienia refundacyjnego użytkownik ma dostępne przyciski:

- Pobierz zestawienie refundacyjne bez podpisów – umożliwia zapisanie na dysku wygenerowanego zestawienia, które nie zostało podpisane (np.: w celu podpisania w innej aplikacji);
- Pobierz podpisane zestawienie refundacyjne – umożliwia zapisanie na dysku wygenerowanego zestawienia, które zostało już podpisane;
- Prześlij podpisane zestawienie refundacyjne (podpis kwalifikowany lub osobisty) – umożliwia przesłanie z dysku zapisanego zestawienia, które zostało już podpisane;
- Dodaj podpis profilem zaufanym – umożliwia dodanie podpisu elektronicznego do zestawienia przy użyciu platformy ePUAP;
- Moduł podpisów elektronicznych - umożliwia złożenie podpisu kwalifikowanego z użyciem oprogramowania Szafir SDK Web i SzafirHost, podpisu Profilem Zaufanym (ePUAP) oraz podpisu samodzielnego (czyli pobrania pliku do podpisu lokalnie i przekazania zwrotnie pliku podpisanego) w module podpisów elektronicznych CLO_WSIGN.

© 2026 Kamsoft S.A.



W sekcji Szczegóły zestawienia refundacyjnego dostępne są przyciski umożliwiające podgląd zestawienia refundacyjnego oraz pobranie zestawienia w formacie PDF.

Podgląd zestawienia refundacyjnego >

© 2026 Kamsoft S.A.

Podmiot świadczeniodawcy:
[redacted] Łódź

Nazwa świadczeniodawcy:
Niepubliczna przychodnia [redacted]
Numer REGON: 3[redacted] **NIP:** 9[redacted]
Identyfikator świadczeniodawcy: 01221
Numer umowy świadczeniodawcy: 01221/12/2/mkania/kop1

Podmiot odpowiedzialny za finansowanie świadczeń ze środków publicznych:

Nabywca:
Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa
NIP: 1070001057

Odbiorca i płatnik:
Opolski Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Opolu, ul. Testowa 123, 45-315 Opole

I. ZESTAWIENIE ZBIORCZE ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

ZESTAWIENIE NR 105877/06/2021

zleceń na wyroby medyczne zrealizowanych w okresie od 2021-06-01 do 2021-06-30 rozliczanych zgodnie z umową przez Opolski Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Opolu dla:
- osób uprawnionych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)

Lp.	Zakres świadczeń - wyróżnik	Nazwa usługi	Opłata NFZ	Dopłata Pacjenta
1	12.2970.033.09-1	ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE	1 910,00zł	300,00zł
		RAZEM	1 910,00zł	

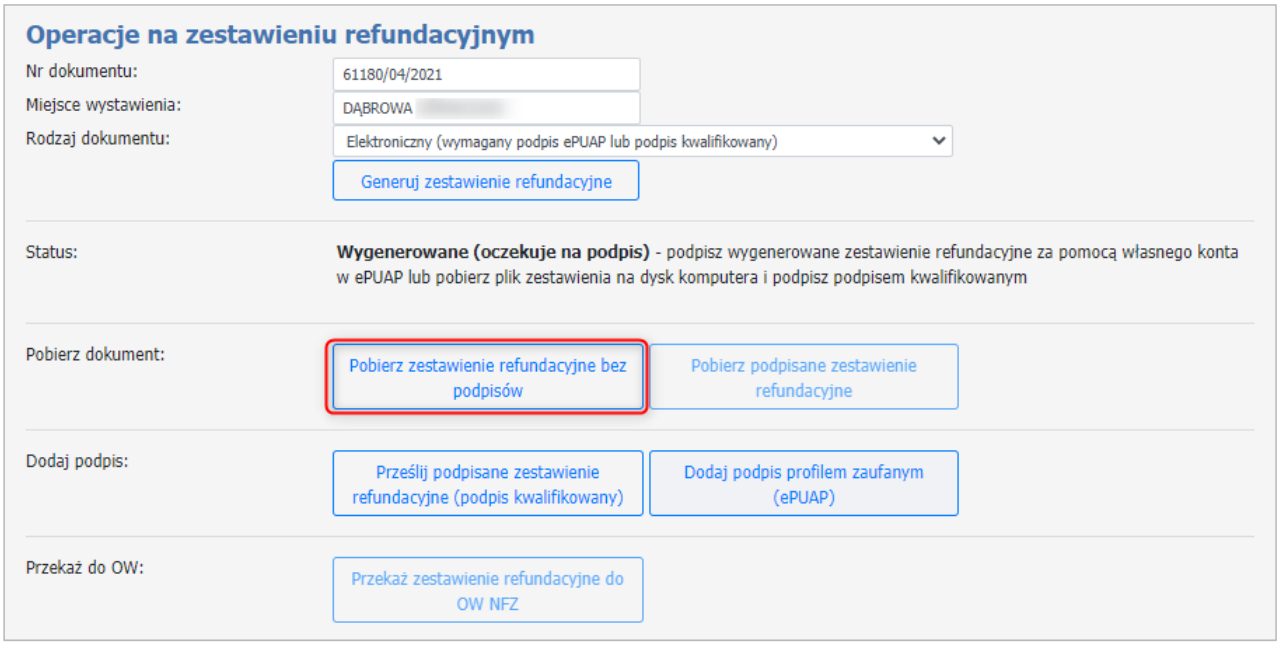
Do zapłaty: jeden tysiąc dziewięćset dziesięć złotych zero groszy
Data sporządzenia zestawienia: 2021-07-06
Miejsce sporządzenia zestawienia: Łódź
Termin zapłaty: Data płatności wg umowy

Oświadczam, że wyżej wymieniona kwota wynika z wystawionych i zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne zgodnie z odrębnymi przepisami oraz z treści dowodów sprzedaży, w szczególności paragonów fiskalnych.

W przypadku, gdy OW NFZ nie obsługuje moduł podpisów cyfrowych to podpisywanie dokumentów wygląda następująco

Za pomocą przycisku **Pobierz zestawienie refundacyjne bez podpisów** należy pobrać plik XML z aktualnym zestawieniem refundacyjnym, który musi zostać zapisany na lokalnym dysku.

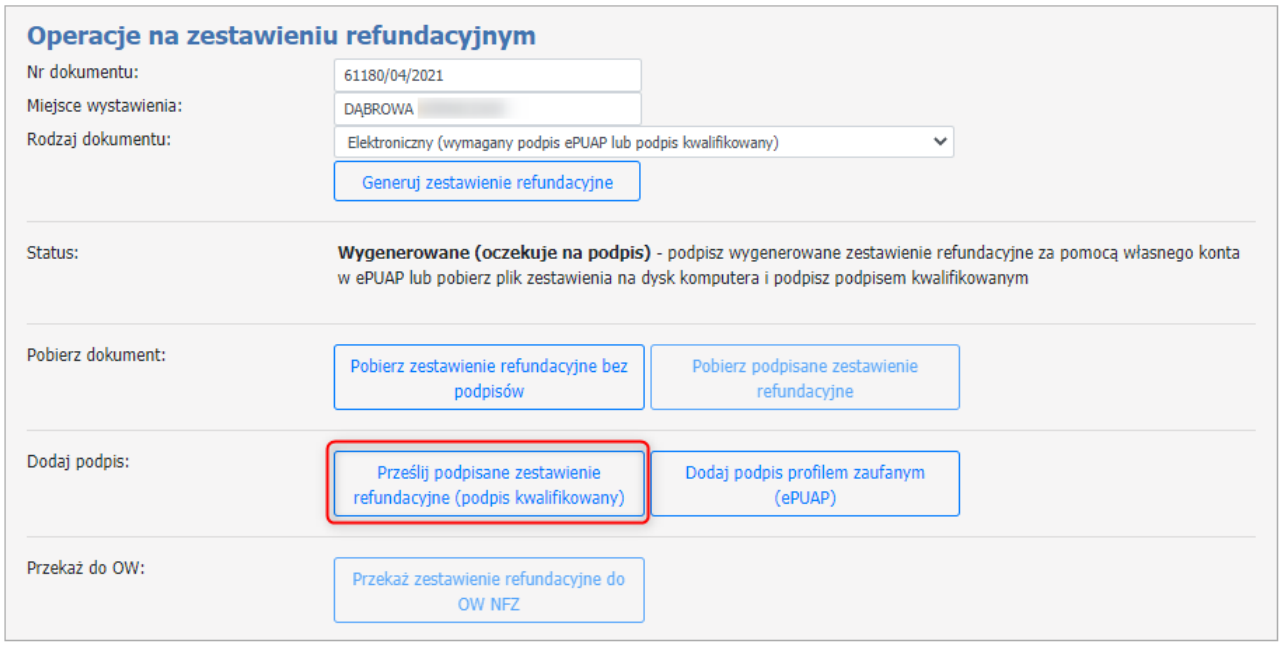
© 2026 Kamsoft S.A.



Pobrane zestawienie refundacyjne jest gotowe do podpisu. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft, podpisem kwalifikowanym (instrukcje dotyczące każdego dostawcy i ustawień znajdują się w odrębnym dokumencie). Zamieszczony podpis musi być **otoczony**, podpisuje się plik XML.

A. Podpisywanie zestawienia refundacyjnego podpisem kwalifikowanym.

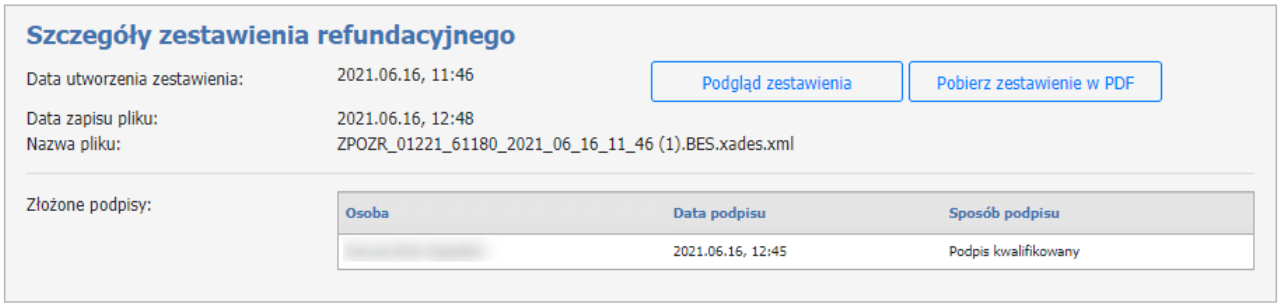
Podpisane zestawienie refundacyjne należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisane zestawienie refundacyjne (podpis kwalifikowany).**



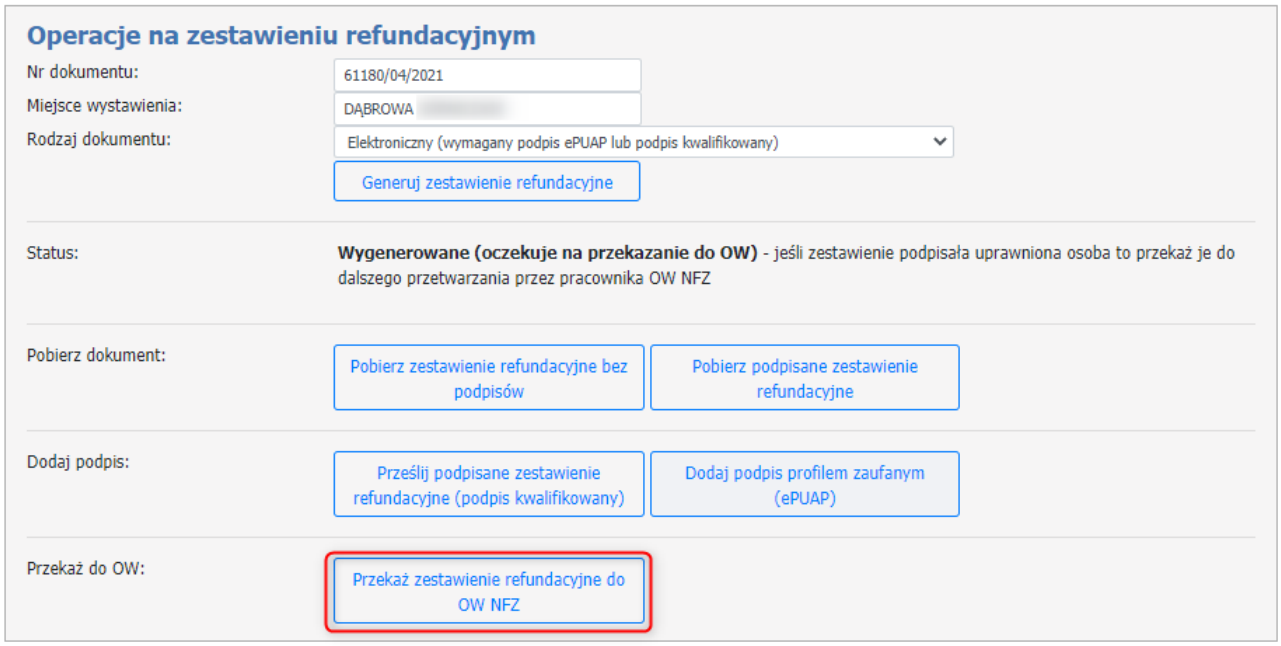
Informacje o przesłanym zestawieniu refundowanym pojawią się w sekcji ***Szczegóły zestawienia refundowanego***, gdzie będą widoczne informacje takie jak data utworzenia zestawienia, data zapisu pliku, nazwa pliku oraz dane osoby, która złożyła podpis elektroniczny.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk **Podgląd zestawienia** umożliwia jego podgląd, przycisk **Pobierz zestawienie w PDF** umożliwia pobranie oraz ewentualne zapisanie na dysku zestawienia refundacyjnego.



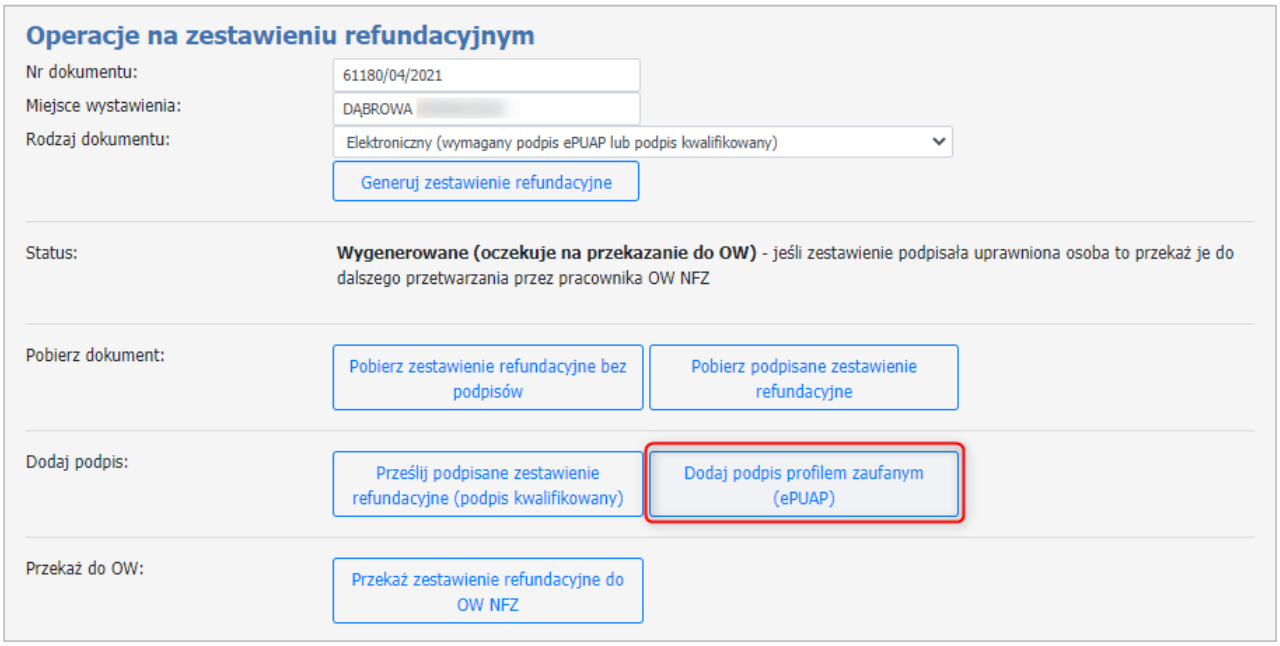
Kiedy podpis został złożony, można przekazać zestawienie refundacyjne za pomocą przycisku **Przekaż zestawienie refundacyjne do OW NFZ.**



B. Podpisywanie zestawienia refundacyjnego profilem zaufanym (ePUAP).

Podpisane zestawienie refundacyjne należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Dodaj podpis profilem zaufanym (ePUAP).**

© 2026 Kamsoft S.A.



Nastąpi automatyczne przekierowanie do strony obsługującej podpis profilem zaufanym.

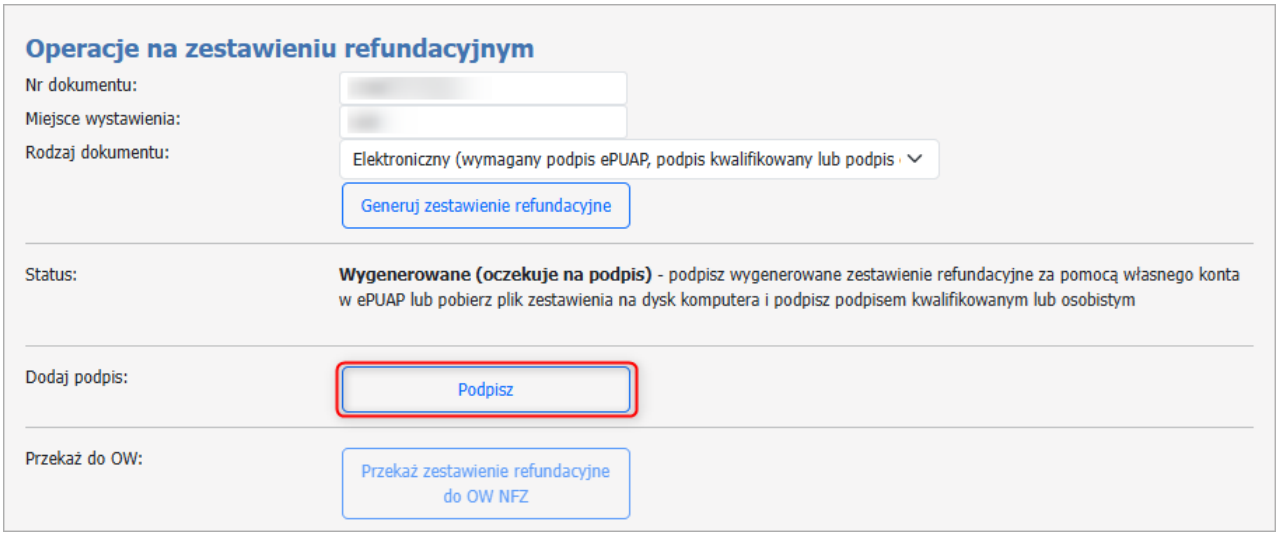
Po pomyślnym zalogowaniu do portalu ePUAP należy postępować zgodnie z instrukcją tegoż portalu i podpisać dokument.
Po poprawnym podpisaniu użytkownik zostanie z powrotem przekierowany do Portalu Świadczeniodawcy.

Kiedy podpis został złożony, można przekazać zestawienie refundacyjne za pomocą przycisku **Przekaż zestawienie refundacyjne do OW NFZ.**

Jeżeli OW NFZ obsługuje modułu podpisów cyfrowych, to podpisywanie dokumentu wygląda następująco

Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych, w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie,
- pobrania pliku dokumentu,
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.



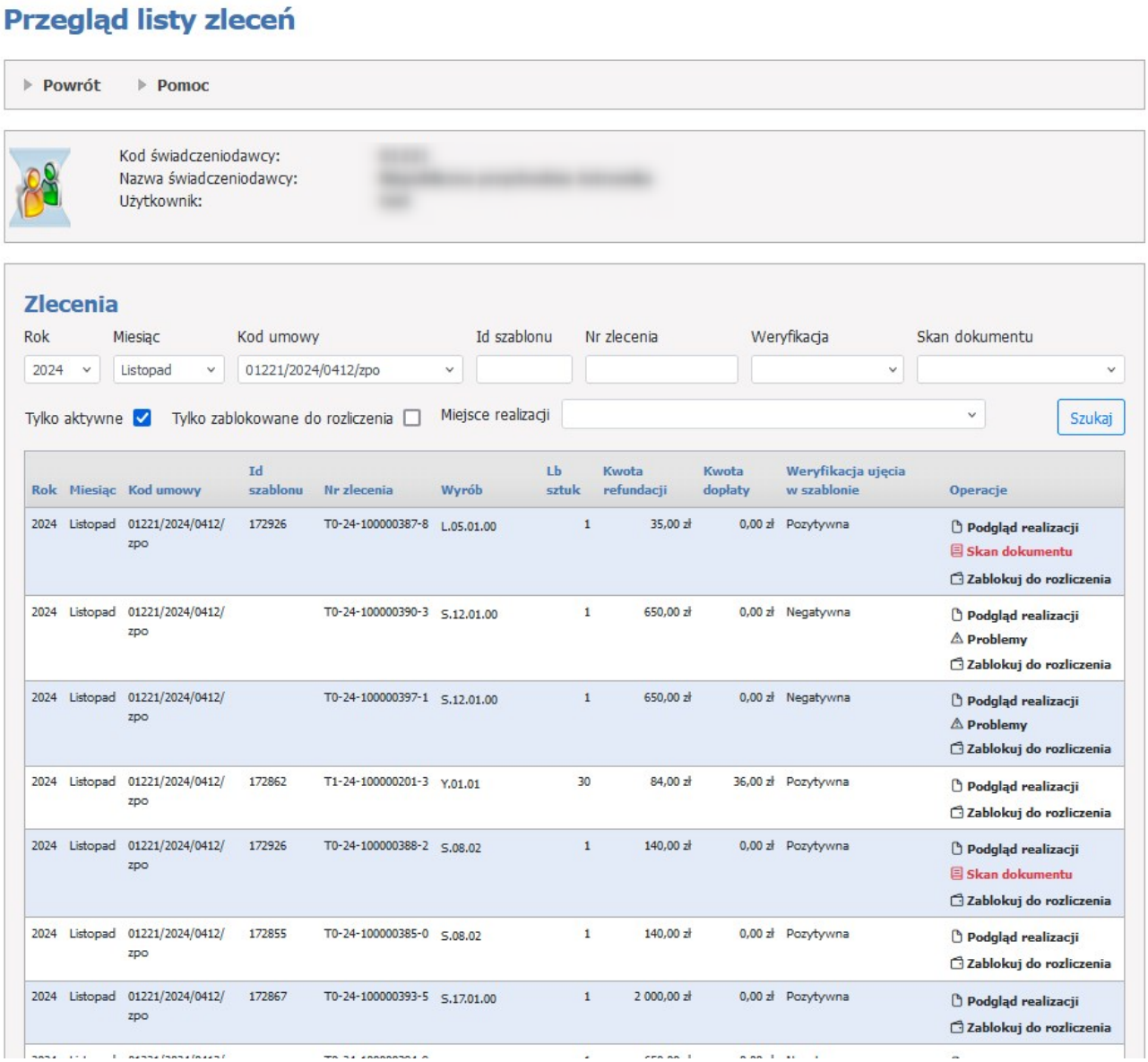
Kiedy podpis został złożony, można przekazać zestawienie refundacyjne za pomocą przycisku **Przekaż zestawienie refundacyjne do OW NFZ.**

© 2026 Kamsoft S.A.

4.4.2 Przegląd zleceń (sprawozdania refundacyjne ZPOZR)

Formatka **Przegląd listy zleceń** umożliwia przegląd wszystkich zleceń.

Przyciski **Podgląd realizacji** umożliwiają podgląd danych wybranego zlecenia oraz podgląd danych dokumentu realizacji zlecenia.



© 2026 Kamsoft S.A.

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
T0-23-000000651-2	

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2	III.A.3 Miesiąc albo miesiące i rok, których dotyczy realizacja zlecenia
17.10.2023	☐ częściowa realizacja zlecenia	

III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON
[illegible]	000560236
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu	**III.B.4 Numer umowy z NFZ**
	01221/12/2/mkania/2023

CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO

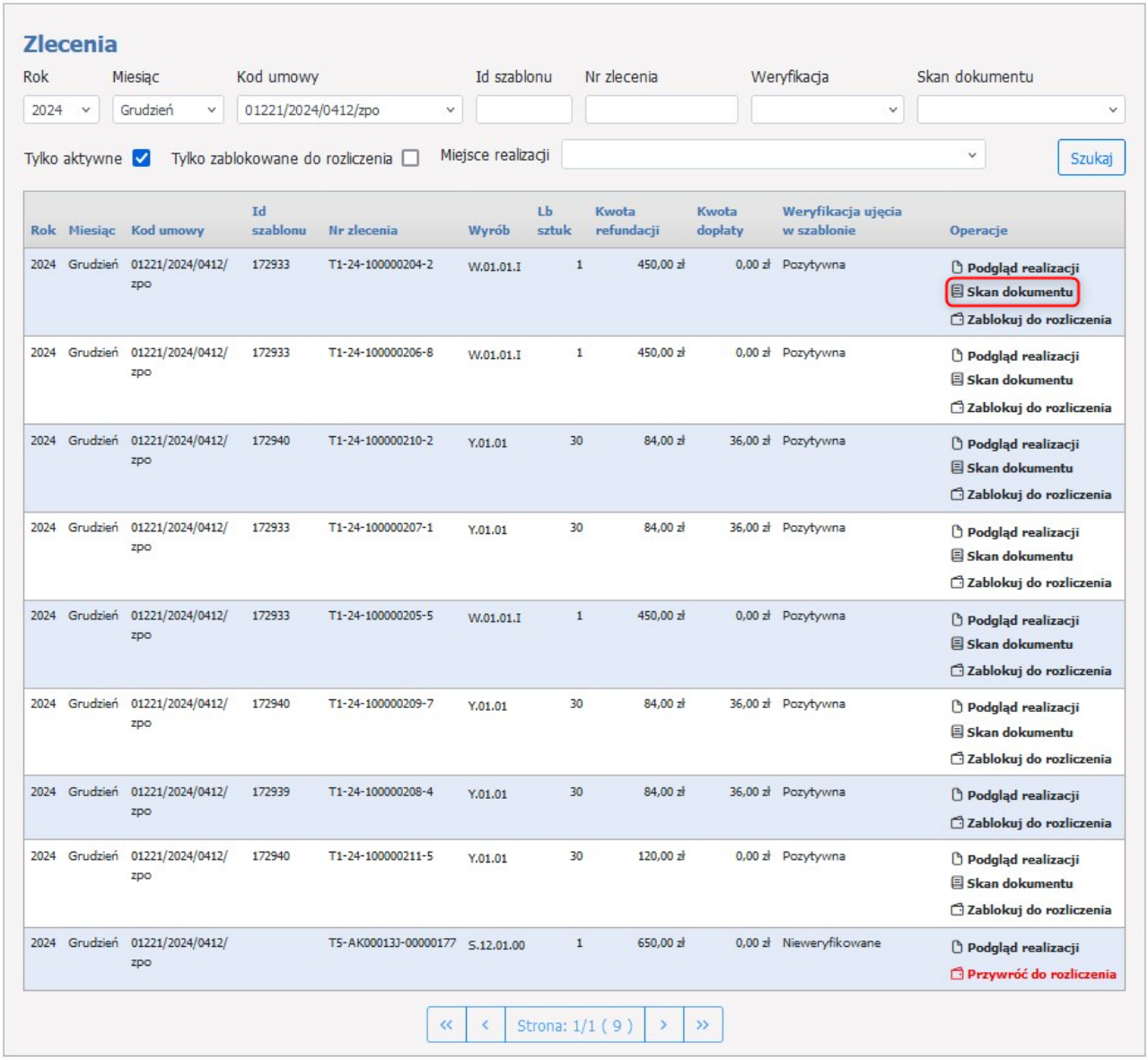
IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO

IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Umiejscowienie (L - lewostronne, P - prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Producent, model, nazwa handlowa i kod UDI	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki
1. A.003	L	ORTOPROT, PSSK, Proteza ostateczna w obrębie stawu skokowego z kikutem oporowym	1	1 800,00

Filtr **Skan dokumentu** pozwala na uzyskanie informacji, dla których zleceń jest wymagane przekazanie dokumentów potwierdzających uprawnienia (UE), a jeśli jest wymagane to czy przekazano oraz czy dokumenty zostały zweryfikowane w OW.

Jeżeli dla zlecenia wymagane jest przekazanie skanu dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń należy dla danego zlecenia w kolumnie **Operacje** użyć przycisku *Skan dokumentu*.

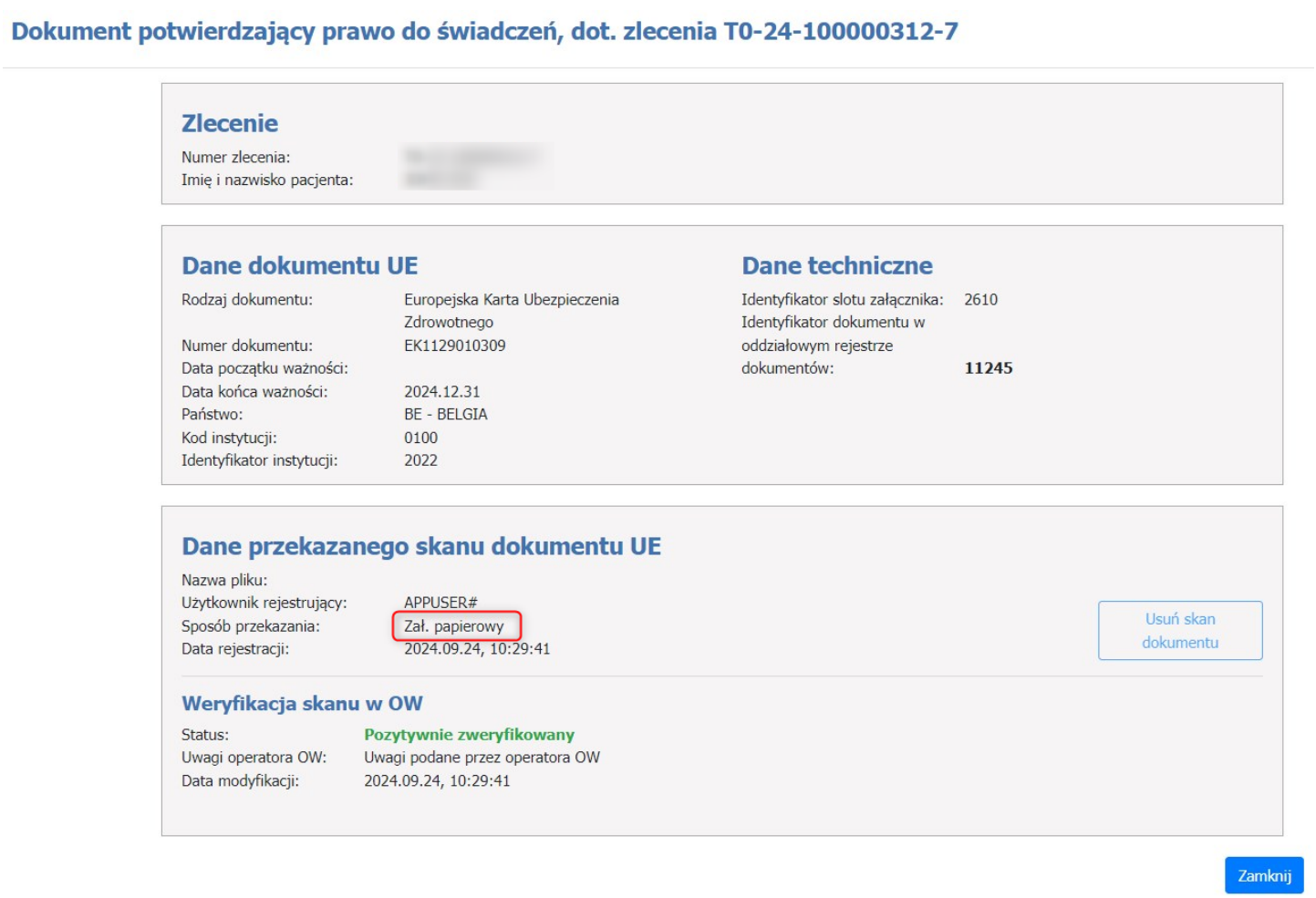
© 2026 Kamsoft S.A.



Realizator zapewnia przekazanie skanów dokumentów potwierdzających uprawnienie świadczeniobiorcy do świadczeń realizowanych na podstawie przepisów o koordynacji Dotyczy to zleceń zaopatrzenia, dla których istnieje obowiązek przekazania skanów tych dokumentów i jednocześnie dokumenty te nie zostały wcześniej do OW NFZ przekazane i nie zostały przez pracownika OW NFZ potwierdzone
W przypadku, gdy sprawozdanie ma dotyczyć zleceń zaopatrzenia, dla których istnieje konieczności uzupełnienia skanów dokumentów potwierdzających uprawnienie świadczeniobiorcy do świadczeń realizowanych na podstawie przepisów o koordynacji, informacja o tym jest dostępna dla realizatora na Portalu Świadczeniodawcy.

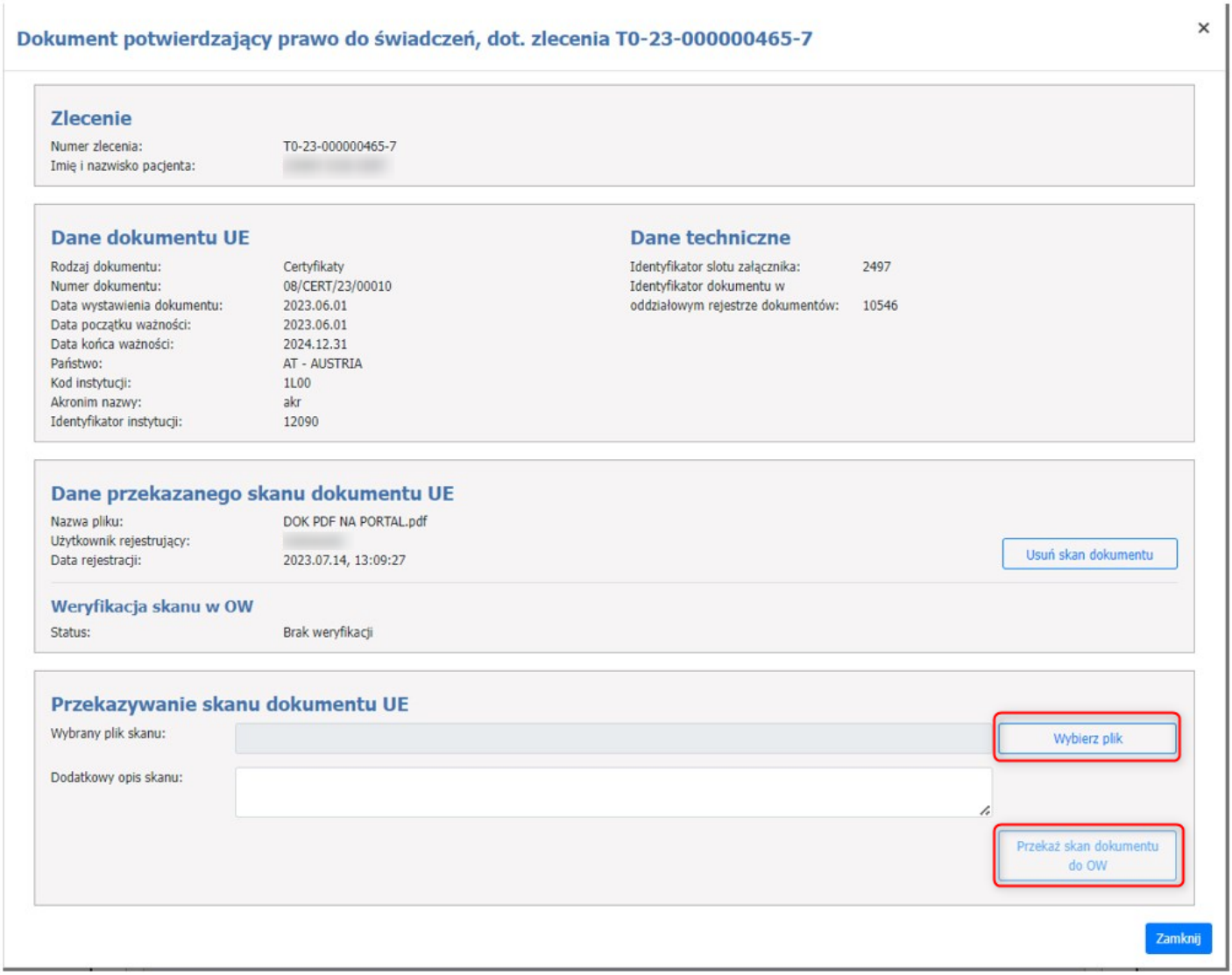
Skan dokumentu może też zostać dodany przez operatora OW NFZ. W tym przypadku sposób przekazania to załącznik papierowy.
Jest tez miejsce na uwagi operatora OW w sekcji **Weryfikacja skanu w OW**.

© 2026 Kamsoft S.A.



W oknie **Dokument potwierdzający prawo do świadczeń, dot. zlecenia.**. w sekcji ***Przekazywanie skanu dokumentu UE*** należy użyć przycisku **Wybierz plik** w celu wskazania pliku na dysku.
W celu przesłania pliku użyć przycisku **Przekaż skan dokumentu do OW**.

© 2026 Kamsoft S.A.



- **Zlecenia**

W sekcji **Zlecenia** znajduje się lista wygenerowanych zleceń zestawień refundacyjnych.

Każde wygenerowane zlecenie składa się z:
- Rok - rok na który zostało wygenerowane zlecenie;
- Miesiąc - miesiąc na który zostało wygenerowane zlecenie;
- Id szablonu - unikalny identyfikator szablonu, który zostaje nadany w momencie generowania;
- Nr zlecenia - unikalny identyfikator zlecenia;
- Wyrób - kod wyrobu;
- Lb sztuk - liczba sztuk;
- Kwota refundacji - kwota na ktorą opiewa refundacja;
- Kwota dopłaty - Kwota, która zostanie dopłacona;
- Weryfikacja - możliwe statusy: Pozytywna, Negatywna, Nieweryfikowane
- Operacje - linki do Podglądu zlecenia, Podglądu realizacji.

© 2026 Kamsoft S.A.

W sekcji **Zlecenia** użytkownik ma również możliwość wyszukiwania wygenerowanych zleceń za pomocą rozwijanej listy: Rok, Miesiąc, Kod umowy, Id szablonu, Nr zlecenia, Weryfikacja, Skan dokumentu i przycisku **Szukaj**.
Status weryfikacji może mieć następujące wartości: Pozytywna, Negatywna, Nieweryfikowane.
Skan dokumentu może mieć następujące wartości: Nie dotyczy, Nie wymaga przekazania, Wymaga przekazania, Przekazano (oczekuje na weryfikację), Przekazano (zweryfikowano pozytywnie), Przekazano (zweryfikowano negatywnie).

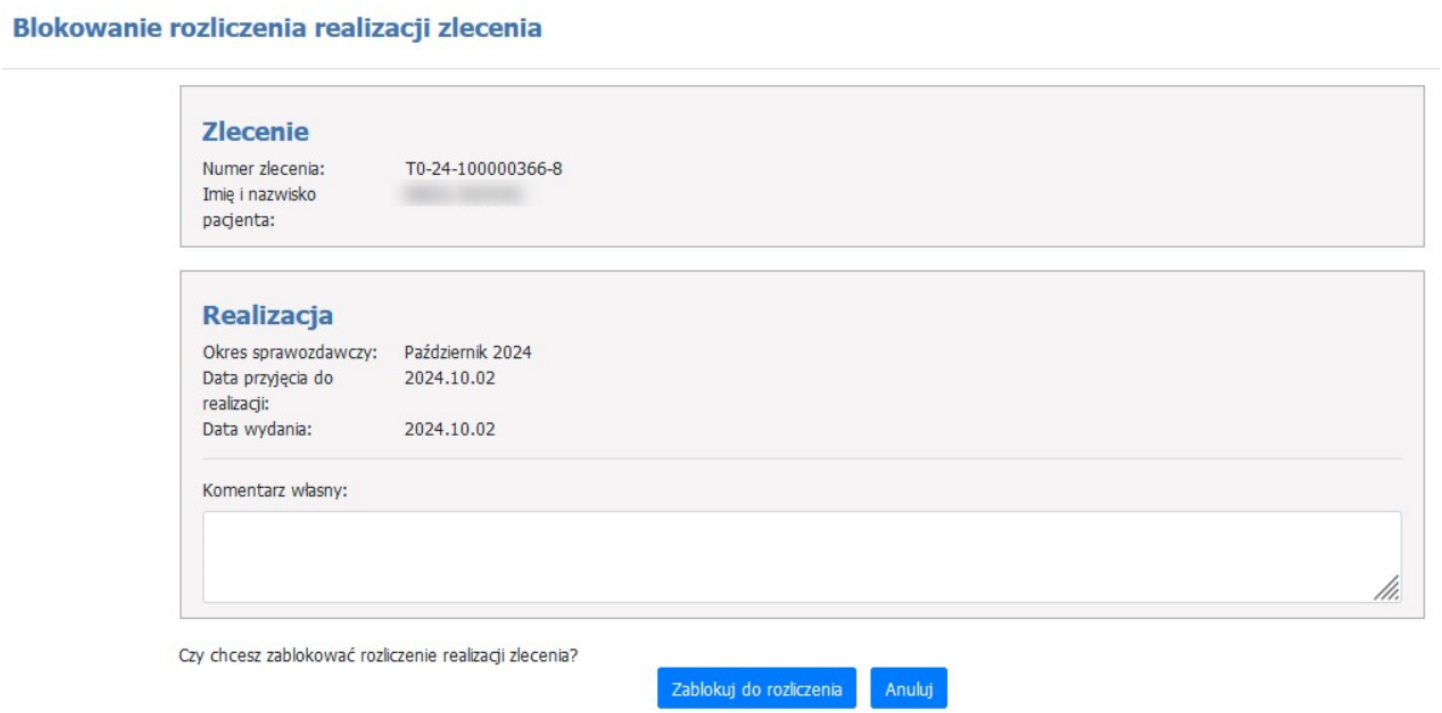
Uwaga:
Do przeglądu zleceń (sprawozdania refundacyjne ZPOZR) i generowania zestawień refundacyjnych (ZPOZR) wymagane jest nadanie właściwych uprawnień dla użytkownika Portalu Świadczeniodawcy.

Uprawnienie: „Zaopatrzenie w wyroby medyczne – obsługa zestawień refundacyjnych" umożliwia użytkownikowi przegląd zleceń oraz wykonywanie wszystkich operacji na zestawieniach refundacyjnych.

Uprawnienie: „Zaopatrzenie w wyroby medyczne – podgląd zrealizowanych w systemie eZWM zleceń zaopatrzenia" umożliwia użytkownikowi podgląd zrealizowanych zleceń.

- **Zablokuj do rozliczenia**

Link **Zablokuj do rozliczenia** przenosi użytkownika do formatki **Blokowanie rozliczenia realizacji zlecenia.**



Sekcja **Zlecenie** składa się z:
- Numer zlecenia,
- Imię i nazwisko pacjenta.

Sekcja **Realizacja** składa się z:

© 2026 Kamsoft S.A.

- Okres sprawozdawczy,
- Data przyjęcia do realizacji,
- Data wydania,
- Komentarz własny - nie jest wymagany.

W celu zablokowania rozliczenia należy użyć przycisku **Zablokuj do rozliczenia**.
Przycisk **Zablokuj do rozliczenia** w kolumnie **Operacje** umożliwia nałożenie blokady rozliczenia dla wskazanego zlecenia. Założenie blokady rozliczenia spowoduje, że dana realizacja nie zostanie uwzględniona na szablonie rachunku zestawienia refundacyjnego.
W celu zdjęcia blokady rozliczenia pozycji należy użyć przycisku **Przywróć do rozliczenia**, w kolumnie **Operacje**.

4.4.3 Przekazywanie danych o zrealizowanych środkach (ZPOSP)

Rozliczenie z OW NFZ związane jest z koniecznością wykonania przez świadczeniodawcę następujących czynności:

- **I faza:** Świadczeniodawca przesyła komunikat XML z listą produktów, za które chce otrzymać zwrot w postaci refundacji.
- **Odpowiedź:** System informatyczny OW NFZ sprawdza poprawność pliku XML i generuje odpowiedź.
- **II faza:** Świadczeniodawca potwierdza chęć rozliczenia pozycji uznanych przez system za poprawne.
- **Odpowiedź:** System informatyczny przypisuje poszczególne produkty do szablonów rachunku i prezentuję tę informację świadczeniodawcy
- **Rozliczenie:** Świadczeniodawca sporządza faktury oddzielnie dla każdego szablonu rachunku i dostarcza je do OW NFZ.

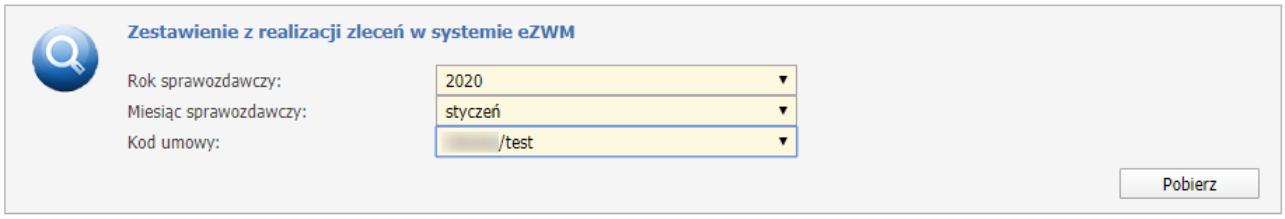
I faza - Wysyłanie pliku XML

Zestawienie z realizacji zleceń w systemie eZWM

Sekcja pozwala na wygenerowanie pliku CSV z danymi realizacji z systemu eZWM zarejestowanymi w systemie OW NFZ.
Wszystkie pola są wymagane, należy więc wybrać z listy:

- Rok sprawozdawczy - ustawiony automatycznie na rok bieżący,
- Miesiąc sprawozdawczy - do wyboru styczeń-grudzień,
- Kod umowy - kod umowy dla którego będzie generowany plik CSV.

Następnie za pomocą przycisku **Pobierz** można wygenerować plik i zapisać go na dysku.

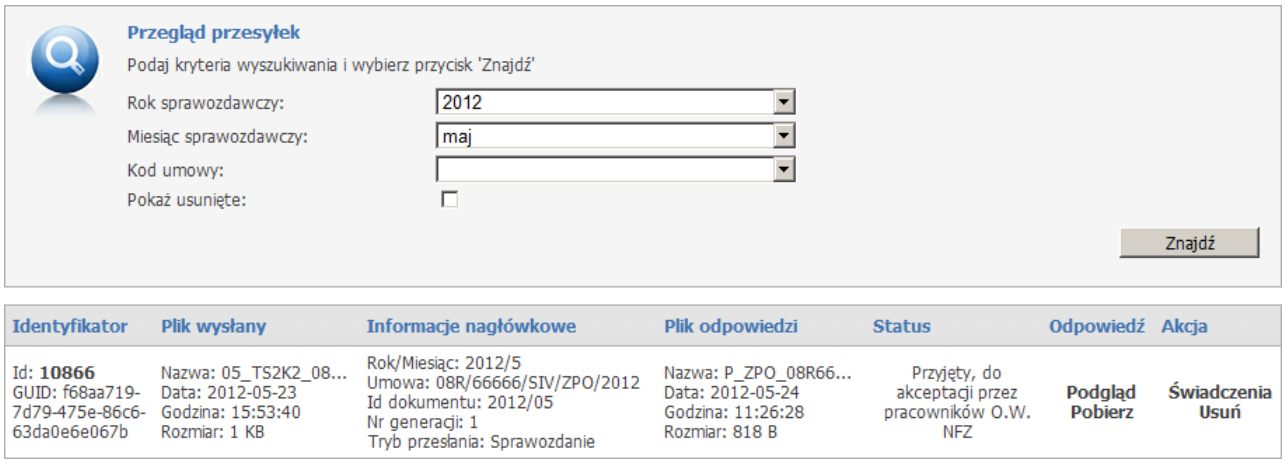


© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk **Przeglądaj** w sekcji ***Wysyłanie pliku*** powoduje wyświetlenie okna wybierania pliku. Aby wysłać przesyłkę należy wybrać plik i nacisnąć przycisk **Wyślij**.

Przegląd przesyłek

Na stronie WWW możliwe jest przeglądanie przesyłek dostarczonych przez zalogowanego Świadczeniodawcę. Przeglądać można przesyłki względem deklarowanego roku i miesiąca sprawozdawczego oraz kodu umowy. Można również uwzględnić usunięte przesyłki.



W tabeli z przesyłkami można wybrać odnośnik **Podgląd**, który przeniesie nas do strony zawierającej treść odpowiedzi na daną przesyłkę lub - w przypadku braku odpowiedzi - wyświetli odpowiedni komunikat.
Przykładowy komunikat potwierdzenia danych:

Komunikat potwierdzenia danych
(typ: P_ZPO, wersja 2, utworzony dnia: 2009-01-29 godz. 11:06:09)

Wystąpiły błędy w pozycjach sprawozdania

Dane sprawozdania	
Kod świadczeniodawcy:	AH001
Umowa:	AH001/0412/09
Miesiąc / rok:	styczeń / 2009
Identyfikator dokumentu:	2009/01
Numer korekty:	0

Identyfikator pozycji	Waga problemu	Opis problemu
19	błąd	Kod wniosku: 2-04-09-0021512-8. Brak decenia wśród wniosków potwierdzonych. Nie znaleziono danych w bazie danych.
20	błąd	Kod karty zaopatrzenia: 3-04-09-0026352-2. Brak karty zaopatrzenia. Nie znaleziono danych w bazie danych.

© 2026 Kamsoft S.A.

Informacja zawarta w powyższym komunikacie zawiera m.in. opis napotkanych problemów w odniesieniu do każdej pozycji z osobna lub w stosunku do całego komunikatu.

Te same dane można uzyskać w formie komunikatu odpowiedzi XML poprzez kliknięcie w tabeli z przesyłkami w odnośnik **Pobierz**. Skutkuje to pobraniem pliku odpowiedzi I fazy i zapisaniem jej na dysk lokalny komputera, bądź wyświetleniem komunikatu o braku odpowiedzi do przesyłki.


```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" ?>
- <komunikat xmlns="www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" xmlns:nfz="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1"
  typ="P_ZPO" wersja="2" nfz:wersja="1.4" id-odb="AH001" id-inst-odb="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-
  8F84891078DA}" nr-gen-odb="8" id-nad="04" id-inst-nad="" nr-gen="2804" czas-gen="2009-01-
  29T11:06:09" nfz:info-aplik-nad="KC_ORTN_LOAD 01.5503" nfz:info-kontakt-nad="tech_port@sygnity.pl">
  <swiadczeniodawca typ-id-swd="X" id-swd="AH001" id-inst="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-
    8F84891078DR}" />
- <potw-spraw-rozlicz-zposp umowa="AH001/0412/09" rok="2009" miesiac="01" id-dok-rozl="2009/01" nr-
    korekty="0">
  - <potw-poz-spraw-zposp>
    - <potw-poz-rozl-zposp id-inst="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-8F84891078DR}" id-poz-rozl="19">
        <problem waga="B" kod="E1001" opis="Kod wniosku: 2-04-09-0021512-8. Brak zlecenia
          wśród wniosków potwierdzonych. Nie znaleziono danych w bazie danych." />
      </potw-poz-rozl-zposp>
    - <potw-poz-rozl-zposp id-inst="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-8F84891078DR}" id-poz-rozl="20">
        <problem waga="B" kod="E1201" opis="Kod karty zaopatrzenia: 3-04-09-0026352-2. Brak
          karty zaopatrzenia. Nie znaleziono danych w bazie danych." />
      </potw-poz-rozl-zposp>
    </potw-poz-spraw-zposp>
  </potw-spraw-rozlicz-zposp>
</komunikat>
```

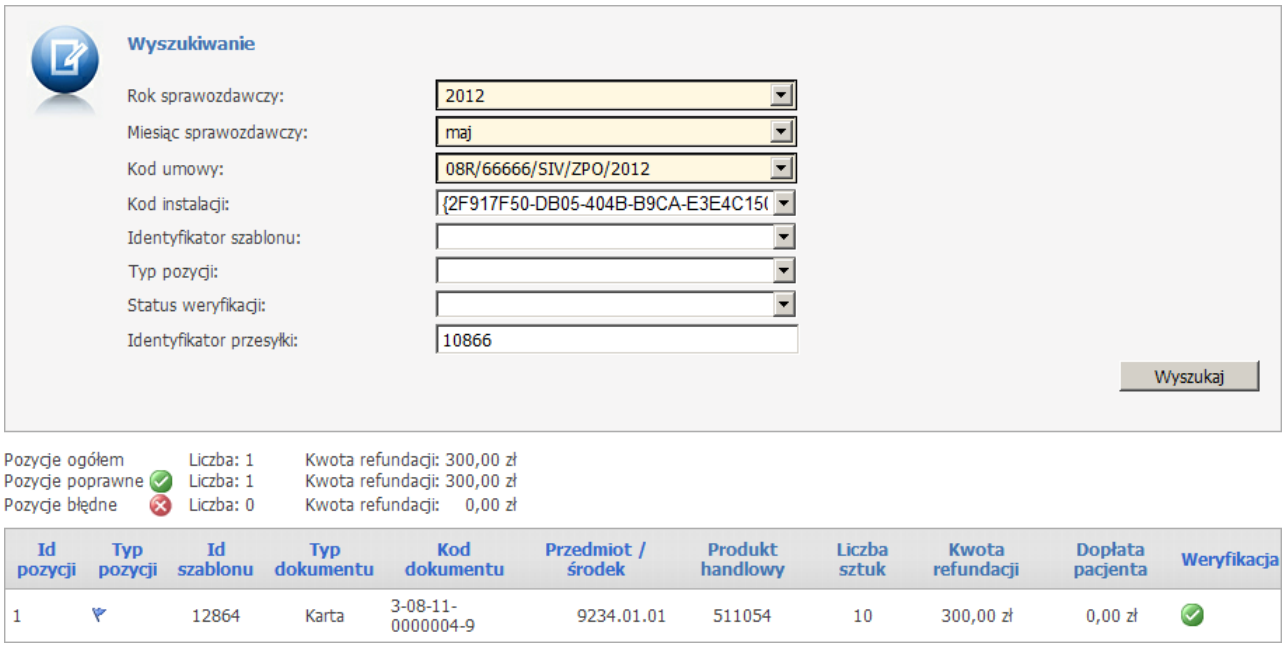

Plik odpowiedzi P_ZPO przeznaczony jest do importowania go do aplikacji realizatora.
Pozycje wskazane jako błędne na portalu należy skorygować przesyłając plik korekty - dotyczy to również pozycji, które mają zostać usunięte (jeśli nie zostaną usunięte z portalu będą nadal brane pod uwagę w procesie weryfikacji pomimo, iż nie znalazły się w wygenerowanym szablonie rozliczeniowym).

Odnośnik **Przetwórz ponownie** umożliwia ponowne przesłanie pliku ze sprawozdaniem realizatora ortopedycznego do ponownego przetworzenia. Ponowne przetworzenie plików możliwe jest dla przesyłek odrzuconych bądź usuniętych. Funkcja pozwala wyeliminować problem odrzucenia sprawozdania z powodu przesłania przez świadczeniodawcę plików w złej kolejności. Odrzucone sprawozdanie można przesłać do ponownego przetworzenia w dalszej kolejności.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.4.4 Przegląd zrealizowanych świadczeń (sprawozdania refundacyjne ZPOSP)

Wybór opcji **Świadczenia** w tabeli z przesyłkami lub wybór odnośnika **Świadczenia** w menu głównym pozwoli na przegląd listy poszczególnych produktów przesłanych do systemu informatycznego OW NFZ.



Na liście dostepne są miedzy innymi filtry takie jak:

- *okres sprawozdawczy* (rok i miesiąc),
- *kod umowy*,
- *identyfikator instalacji systemu realizatora*,
- *identyfikator szablonu rachunku*,
- *typ pozycji* (pozycje aktualne, pozycje skorygowane oraz korygujące),
- *status wersyfikacji* (poprawna/błędna).

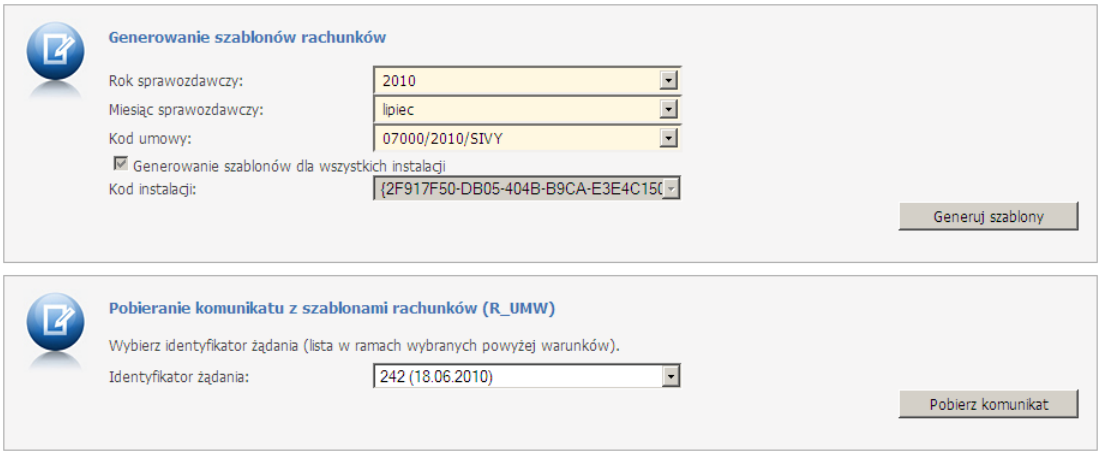
Na podglądzie dostępne są także: liczba wniosków oraz sumaryczna kwota refundacji wynikająca z zadanych warunków wyszukiwania.

W przypadku błędnych pozycji informacja prezentowana na stronie WWW będzie następująca:

II faza - Generowanie szablonów

Na stronie ***Przegląd świadczeń zaopatrzenia ortopedycznego*** udostępnione zostały nowe funkcje pozwalające na wskazanie przesłanych pozycji do rozliczenia. Następuje to poprzez wybór opcji w menu głównym **Generowanie szablonów**.

© 2026 Kamsoft S.A.



W przypadku wskazania kodu instalacji podczas generacji szablonów będą uwzględniane jedynie te pozycje, które znajdowały się na przesyłkach z podanym kodem instalacji. Przy braku kodu instalacji uwzględniane są pozycje z przesyłek przesłanych ze wszystkich baz danych (instalacji) świadczeniodawcy.
Wybór przycisku **Generuj szablony** stanowi drugą fazę i jest warunkiem koniecznym do rozliczenia. Szablony generowane są dla zadanego okresu rozliczeniowego, kodu umowy oraz kodu instalacji (jeżeli został wybrany). Po wykonaniu tej czynności zostaniemy poinformowani odpowiednim komunikatem:

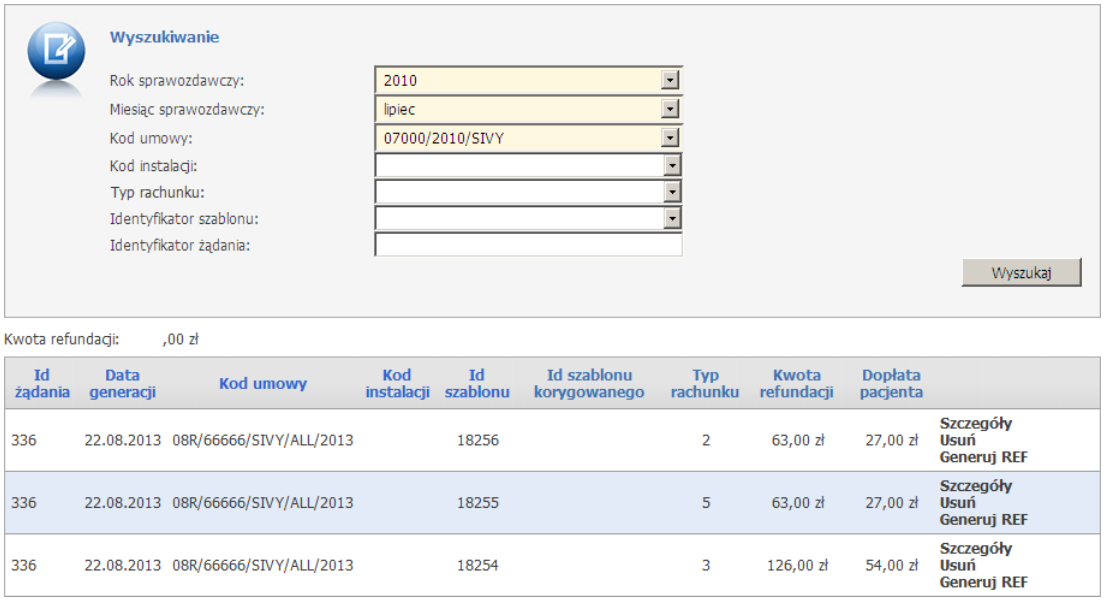
W sytuacji, gdy w sprawozdaniu realizatora pojawią się zlecenia potwierdzone w różnych latach (okres zaopatrzenia z różnych lat dla kart), wówczas pozycje takie będą ujmowane na odrębnych szablonach rachunków.

Po wybraniu opcji **Pobierz komunikat** otrzymamy plik odpowiedzi na II fazę, czyli listę produktów przypisanych do właściwych szablonów rachunku. Dla każdego z tych szablonów należy sporządzić odrębną fakturę, która jest następnie dostarczana do OW NFZ.

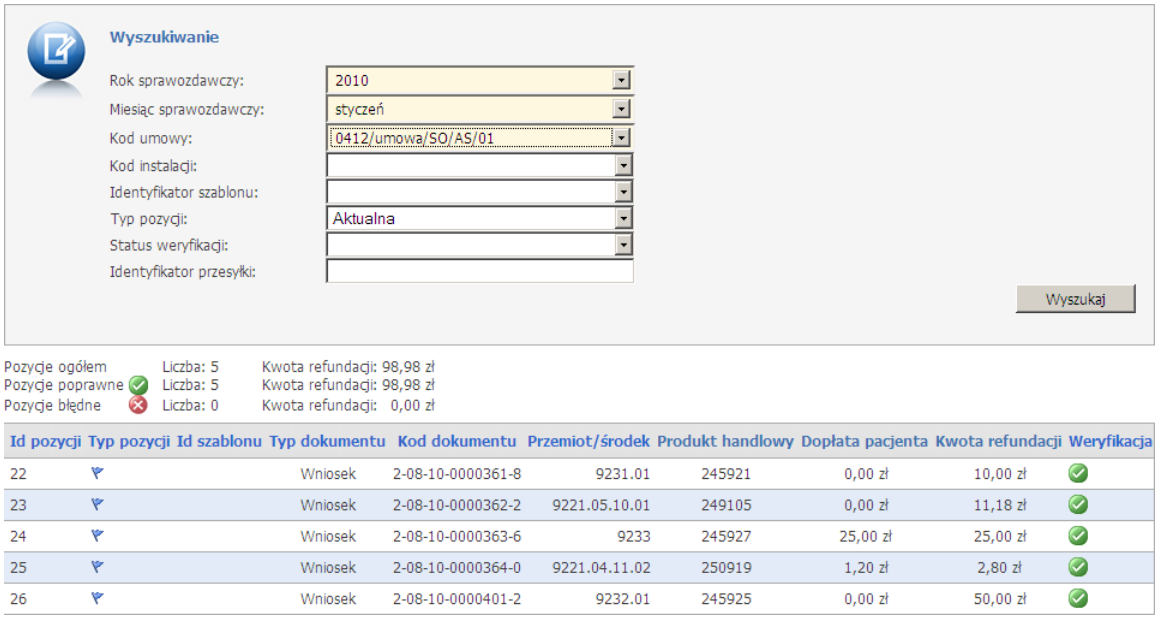

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8" ?>
- <komunikat xmlns="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" typ="R_UMW" wersja="1" id-nad="04" id-inst-
  nad="CLO" nr-zadania-rozliczenia="89" czas-gen="2009-01-29T14:45:03">
  <swiadczeniodawca typ-id-swd="X" id-swd="AH001" id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-
    E3E4C150FCFP}" />
  - <umowa nr-umowy="MARTON/0412/09" oddz-nfz="04">
    - <szablon-rach id-szablonu="124" typ-rach="1" typ-dok="1" rok="2009" miesiac="01">
      - <poz-umowy zakres-swiadcz="12.0000.003.09" wyroznik="1">
          <poz-szabl-rach id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" id-poz-rozl="1"
            refundacja="1000" />
          <poz-szabl-rach id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" id-poz-rozl="2"
            refundacja="110" />
          <poz-szabl-rach id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" id-poz-rozl="3"
            refundacja="2500" />
        </poz-umowy>
      </szablon-rach>
    </umowa>
  </komunikat>
```


Przegląd szablonów

Wybór w menu głównym opcji **Przegląd szablonów** pozwala na zapoznanie się z listą szablonów rachunków dla świadczeniodawcy.



Po wybraniu odnośnika **Szczegóły** na liście szablonów rachunku zostaniemy przeniesieni na stronę WWW zawierającą szczegółowe informacje dotyczące wszystkich produktów, które zostały przypisane do danego szablonu.

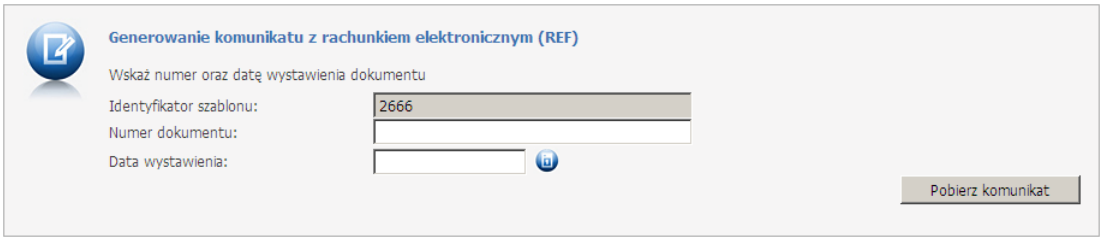


Po wybraniu odnośnika **Generuj REF** na liście szablonów pokaże się panel umożliwiający wygenerowanie komunikatu REF. Na panelu dostępne są pola:

- *identyfikator szablonu* (pole nieedytowalne) - identyfikator wybranego przez użytkownika szablonu rachunku
- *numer dokumentu* - numer dokumentu faktury/rachunku
- *numer dokumentu korygowanego* - pole to dotyczy szablonów korygujących i jeśli w systemie OW NFZ istnieje rachunek to jest ono podpowiadane
- *data wystawienia* - data wystawienia rachunku/faktury

Po uzupełnieniu pól za pomocą przycisku **Pobierz komunikat** można pobrać i zapisać na komputerze plik XML z danymi rachunku.

© 2026 Kamsoft S.A.

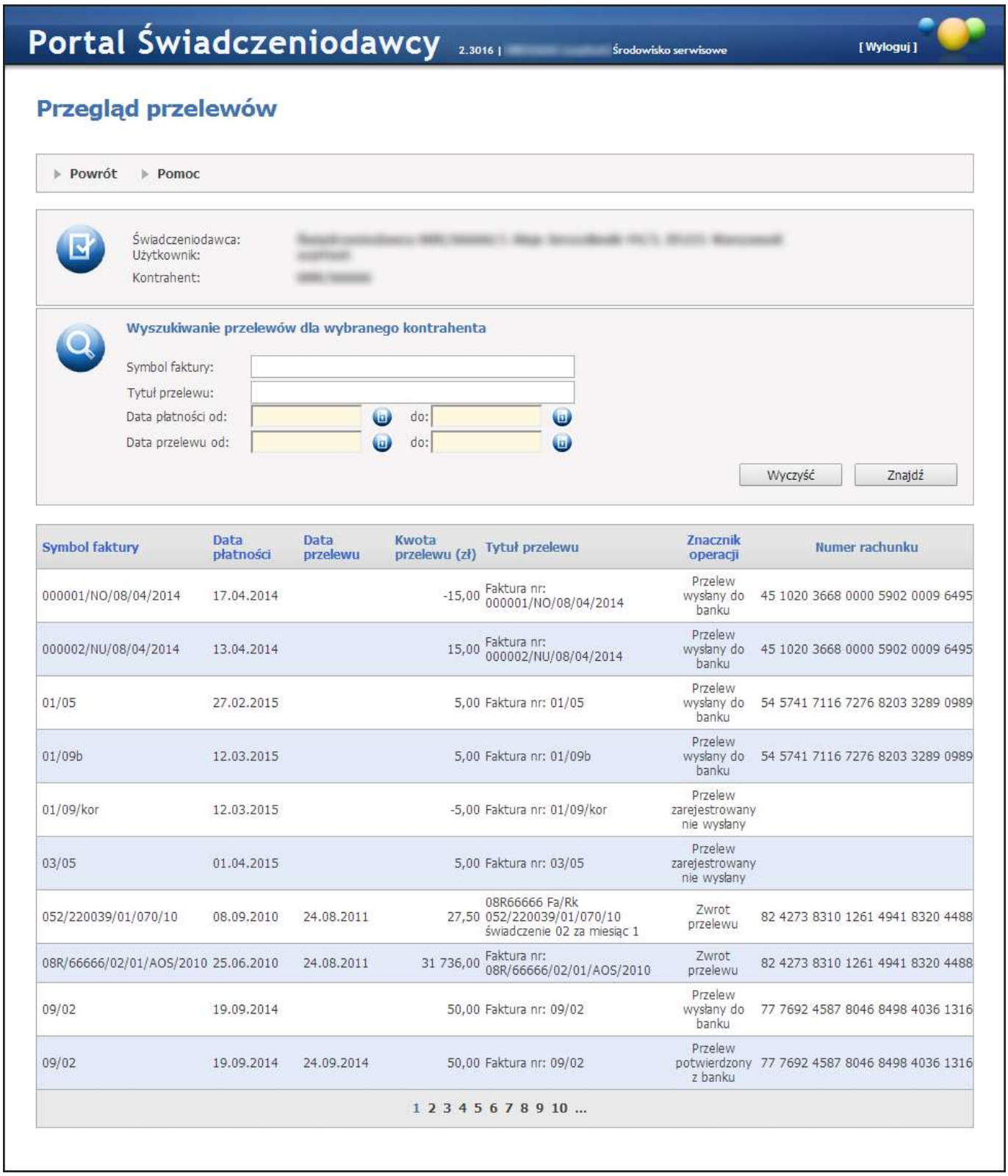


Odnośnik **Usuń** na liście szablonów pozwala na usunięcie wybranego szablonu.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.4.5 Stan przelewów bankowych

Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie informacji o przelewach dotyczących rozliczeń ze Świadczeniodawcą. Na formularzu wyświetlona jest lista przelewów bankowych wynikająca z danych systemu księgowego NFZ.



Symbol faktury	Data płatności	Data przelewu	Kwota przelewu (zł)	Tytuł przelewu	Znacznik operacji	Numer rachunku
000001/NO/08/04/2014	17.04.2014		-15,00	Faktura nr: 000001/NO/08/04/2014	Przelew wysłany do banku	45 1020 3668 0000 5902 0009 6495
000002/NU/08/04/2014	13.04.2014		15,00	Faktura nr: 000002/NU/08/04/2014	Przelew wysłany do banku	45 1020 3668 0000 5902 0009 6495
01/05	27.02.2015		5,00	Faktura nr: 01/05	Przelew wysłany do banku	54 5741 7116 7276 8203 3289 0989
01/09b	12.03.2015		5,00	Faktura nr: 01/09b	Przelew wysłany do banku	54 5741 7116 7276 8203 3289 0989
01/09/kor	12.03.2015		-5,00	Faktura nr: 01/09/kor	Przelew zarejestrowany nie wysłany	
03/05	01.04.2015		5,00	Faktura nr: 03/05	Przelew zarejestrowany nie wysłany	
052/220039/01/070/10	08.09.2010	24.08.2011	27,50	08R66666 Fa/Rk 052/220039/01/070/10 świadczenie 02 za miesiąc 1	Zwrot przelewu	82 4273 8310 1261 4941 8320 4488
08R/66666/02/01/AOS/2010	25.06.2010	24.08.2011	31 736,00	Faktura nr: 08R/66666/02/01/AOS/2010	Zwrot przelewu	82 4273 8310 1261 4941 8320 4488
09/02	19.09.2014		50,00	Faktura nr: 09/02	Przelew wysłany do banku	77 7692 4587 8046 8498 4036 1316
09/02	19.09.2014	24.09.2014	50,00	Faktura nr: 09/02	Przelew potwierdzony z banku	77 7692 4587 8046 8498 4036 1316

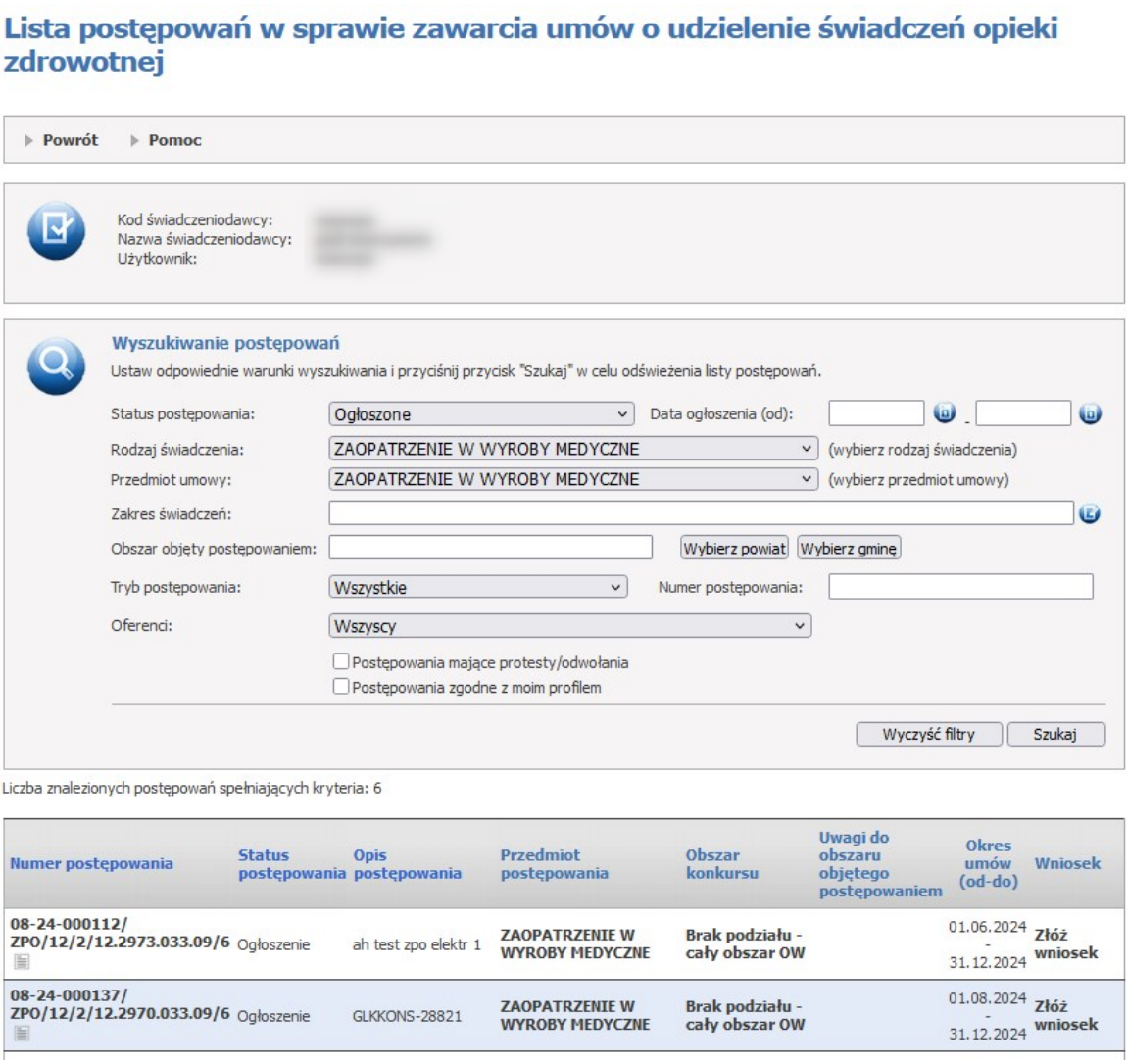
Dostępne przyciski

© 2026 Kamsoft S.A.

- **Znajdź -** powoduje umieszczenie danych dotyczących przelewów pod paskiem przeglądu przelewów, z listy przelewów dla danego kontrahenta wg kryteriów określonych w sekcji wyszukiwania.
- **Wyczyść** - powoduje czyszczenie wszystkich pól kryteriów dla wyszukiwania.
- **Powrót -** powoduje przejście do strony poprzedniej.

4.4.6 Informator o postępowaniach na rok (...)

Strona **Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej** pozwala na przegląd oraz złożenie wniosku dla postępowań ZPO.



W sekcji **Wyszukiwanie postępowań** użytkownik ma możliwość wyszukiwania postępowań.
Wyszukiwanie jest możliwe za pomoca następujących pól:

- Status postępowania: Wszystkie, Ogłoszone, Rozstrzygnięte, Unieważnione, Odwołane;
- Data ogłoszenia od/do;
- Rodzaj świadczenia - do wyboru tylko ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE;
- Przedmiot umowy - do wyboru tylko ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE;
- Zakres świadczeń;
- Obszar objęty postępowaniem: powiat/gmina;

© 2026 Kamsoft S.A.

- Tryb postępowania: Konkurs ofert, Konkurs ofert na podstawie art. 16b ustawy, Objęcie umową na wykonywanie szczepień w aptekach, Objęcie umową PSZ świadcz. opieki kompleksowej, Postępowanie na podstawie art. 159, Program pilotażowy realizowany na podstawie art. 48e ustawy o świadczeniach, Rokowania art. 144 pkt. 1, Rokowania art. 144 pkt. 2, Rokowania art. 144 pkt. 3, Rokowania na podstawie art. 144 pkt 1 w związku z art. 161b ustawy, Rokowania na podstawie art. 144 pkt 3 w związku a art. 161b ustawy, Rokowania na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy, Umowy niewygasające, Ustalenie kwoty zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy;
- Numer postępowania;
- Oferenci: Wszyscy, Nadzorowani przez MON, MSWiA lub MS, Nie nadzorowanych przez MON, MSWiA lub MS, Brak ograniczeń;
- Postępowania mające protesty/odwołania;
- Postępowania zgodne z moim profilem.

Uwaga:
Przycisk **Złóż wniosek** pojawi się jeżeli wyłącznie dla postępowań obsługiwanych elektronicznie oraz udostępnionych na Portal.

4.5 Punkt dystrybucji recept

Formularz udostępnia funkcjonalność do wykonywania operacji związanych z punktem dystrybucji recept.

Przy rezerwacji numerów recept w ramach **Punktu Dystrybucji Recept** na umowę upoważniającą operator otrzymał możliwość wskazania przeznaczenia typu recept zależnie od typu umowy upoważniającej:

- w przypadku umowy o statusie 5 (Rodzina) przydzielane recepty są zawsze "pro familiae/pro auctore"
- w przypadku umowy o statusie 7 (Praktyka) przydzielane recepty są zawsze "na prywatną praktykę"
- w przypadku umowy o statusie 9 (Wszystko) użytkownik może wybrać czy chce przydzielić nową pulę recept w celach "pro familiae/pro auctore' czy 'na prywatną praktykę".

© 2026 Kamsoft S.A.

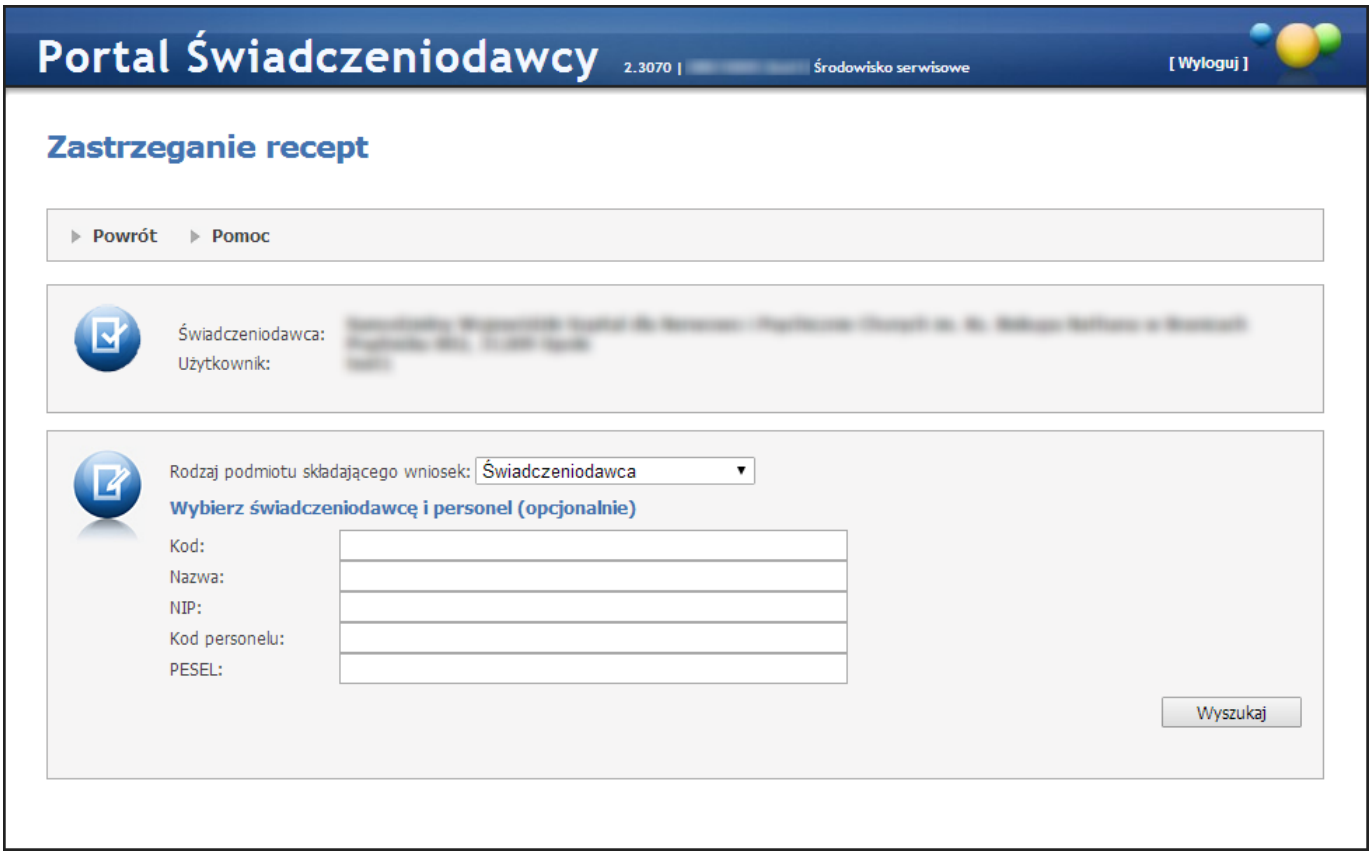
W głównej części formularza są prezentowane informacje na temat umowy na dystrybucję recept, a poniżej znajdują się odsyłacze do dostępnych operacji:

1. Zastrzeganie recept
2. Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept
3. Przyjmowanie wniosków na recepty

© 2026 Kamsoft S.A.

4.5.1 Zastrzeganie recept

Zastrzeganie recept - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na zastrzeganie recept.



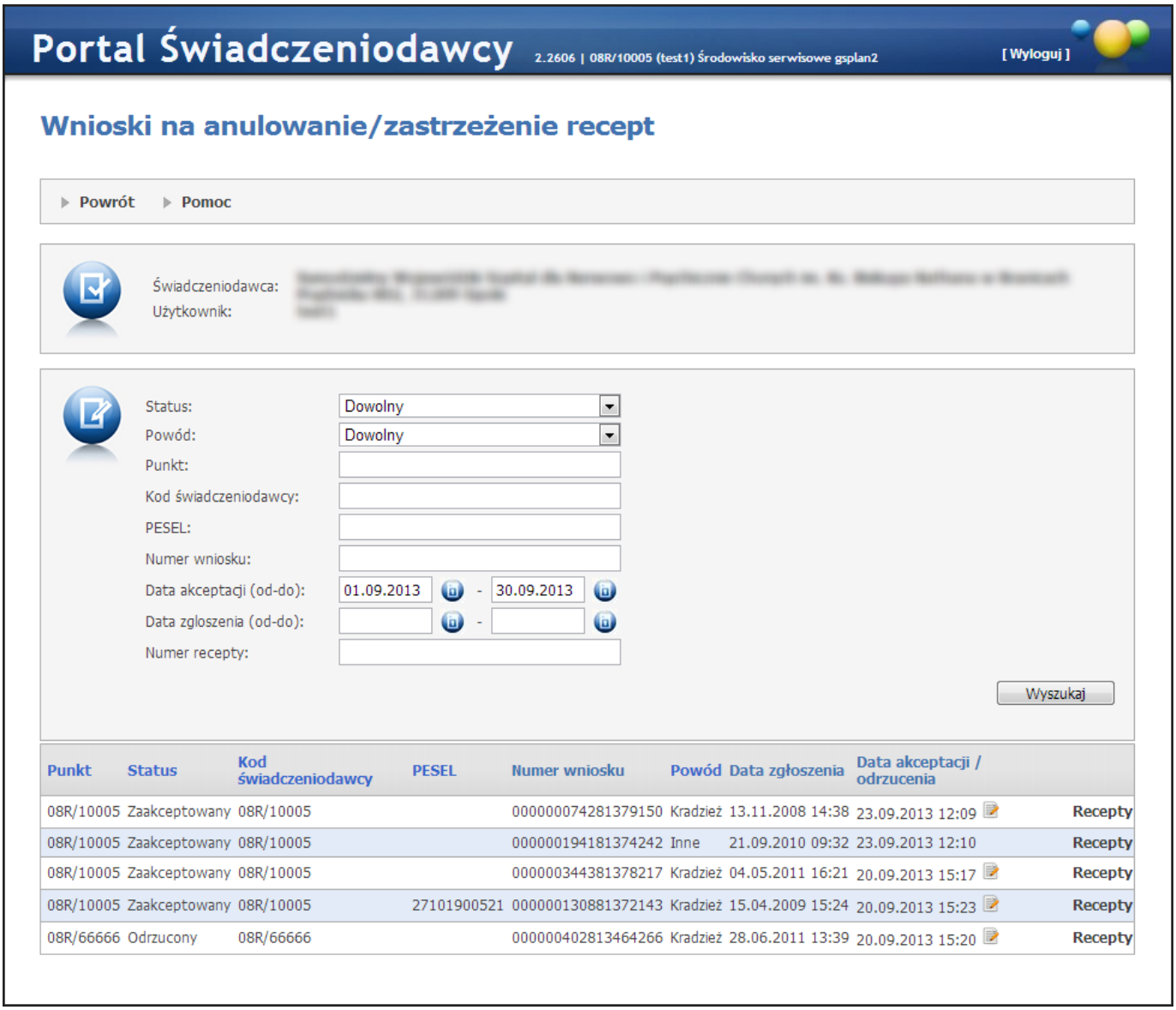
Opis formularza

- Rodzaj podmiotu składającego wniosek - pole umożliwia wybór czy wniosek jest składany przez Świadczeniodawcę czy lekarza.
- Przy wyborze Świadczeniodawcy jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwa oraz NIP należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie za pomocą przycisku **Wybierz**b> w tabeli, należy wybrać konkretny podmiot.
- Przy wyborze personelu jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwisko oraz PESEL należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie za pomocą przycisku **Wybierz** w tabeli, należy wybrać konkretny podmiot
- Po wybraniu podmiotu należy określić zakres recept do zastrzeżenia. Zależnie od wartości wybranej w polu Sposób wyboru można wybierać całe bloczki w tabelce, bądź wprowadzić zakres ręcznie.
- Po wybraniu zakresu należy nacisnąć przycisk **Wniosek**, który wyświetla wniosek do zatwierdzenia (ewentualnie można wniosek po zatwierdzeniu wydrukować).

© 2026 Kamsoft S.A.

4.5.2 Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept

Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na przegląd złożonych wniosków na anulowanie bądź zastrzeżenie recept.



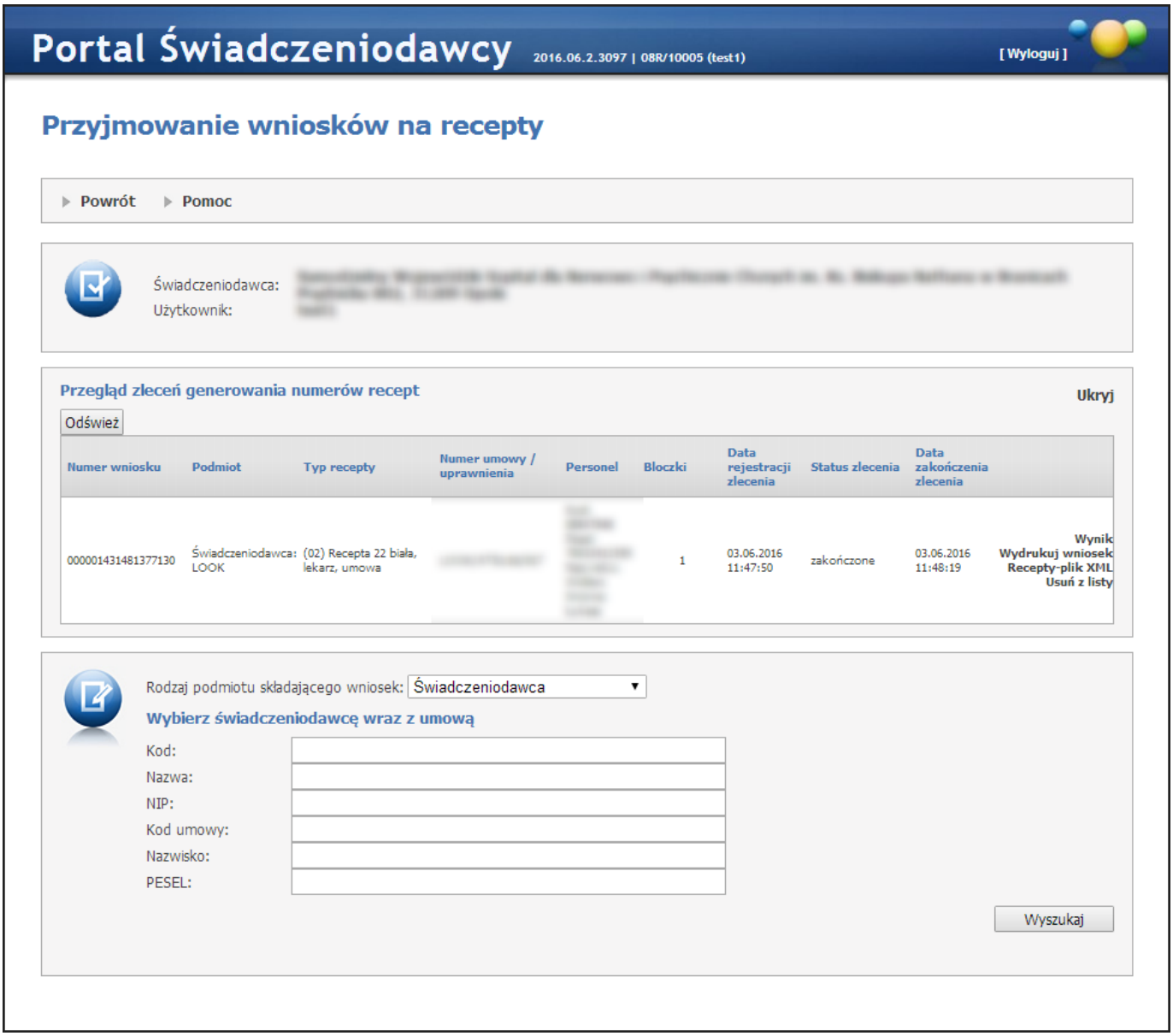
Opis formularza

- Korzystając z filtrów *Status*, *Powód*, *Kod świadczeniodawcy*, *PESEL*, *Numer wniosku*, *Data akceptacji*, *Data zgłoszenia* oraz *Numer recepty* można określić warunki wyszukiwania wniosków
- Po naciśnięciu przycisku **Wyszukaj** wyświetlana jest tabela z wnioskami spełniającymi warunki wyszukiwania. Przycisk **Recepty** wyświetla formularz z zakresami recept objętymi danym wnioskiem.
- Ikona oznacza, że wniosek zawiera komentarz. Komentarz zostanie wyświetlony w "dymku" po naprowadzeniu na ikonę kursora myszy.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.5.3 Przyjmowanie wniosków na recepty

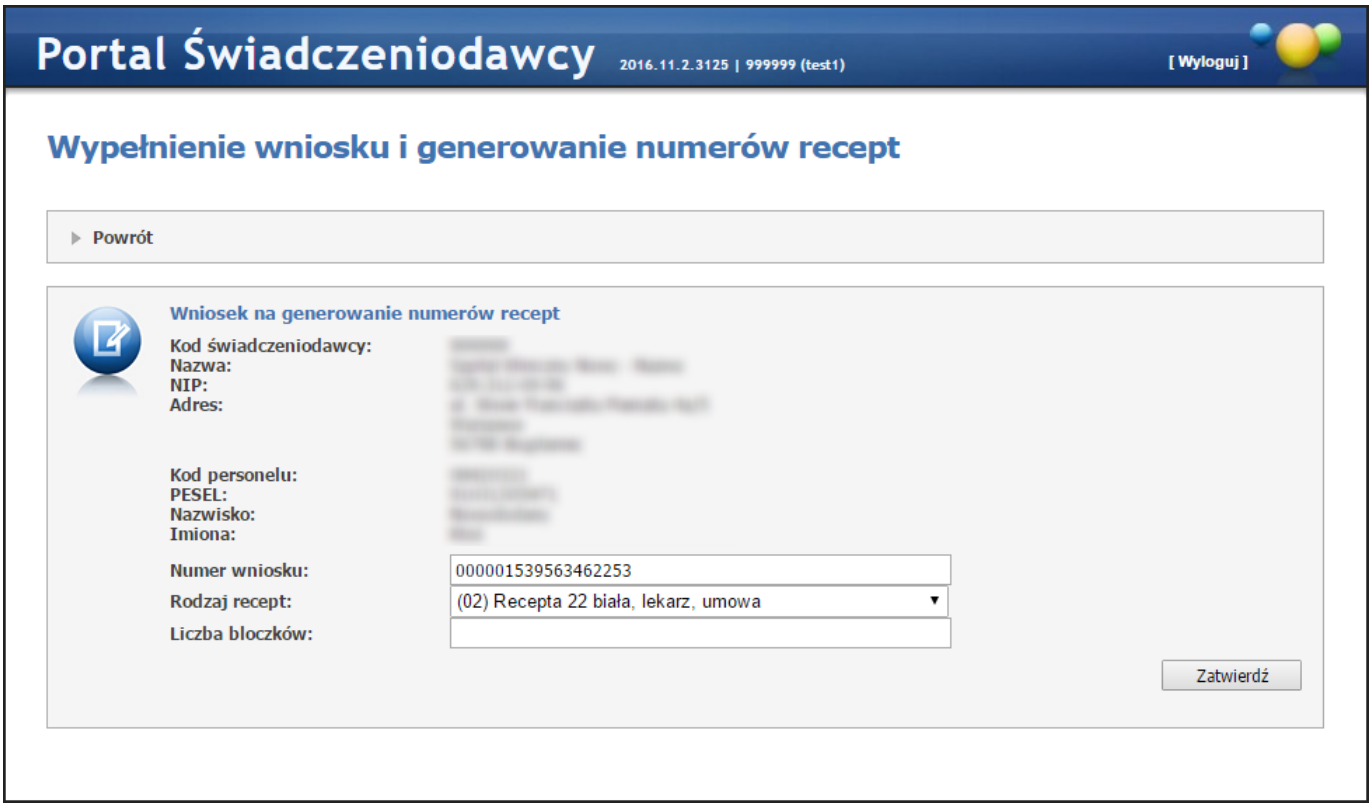
Przyjmowanie wniosków na recepty - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na wprowadzanie wniosków na recepty w trybie skróconym.



Najpierw dokonywany jest wybór *Rodzaju podmiotu*, dla którego mają zostać wydane recepty. Przy wyborze Świadczeniodawcy jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwa, NIP, Kod umowy, Nazwisko oraz PESEL należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Przy wyborze osoby z umową upoważniającą jako podmiotu składającego, za pomocą pól Nazwisko, PESEL oraz Numer umowy należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Po naciśnięciu przycisku **Wniosek** wyświetlany jest wniosek na recepty, który należy wypełnić i zatwierdzić, a później ewentualnie wydrukować. Dodatkowo podczas tworzenia wniosku na recepty należy dokonać wyboru praktyki, albo pro auctore/pro familia. Następnie za pomocą przycisku **Personel umowy** w tabeli, należy wyświetlić listę personelu w ramach umowy i przy wybranym personelu nacisnąć przycisk **Wniosek**.

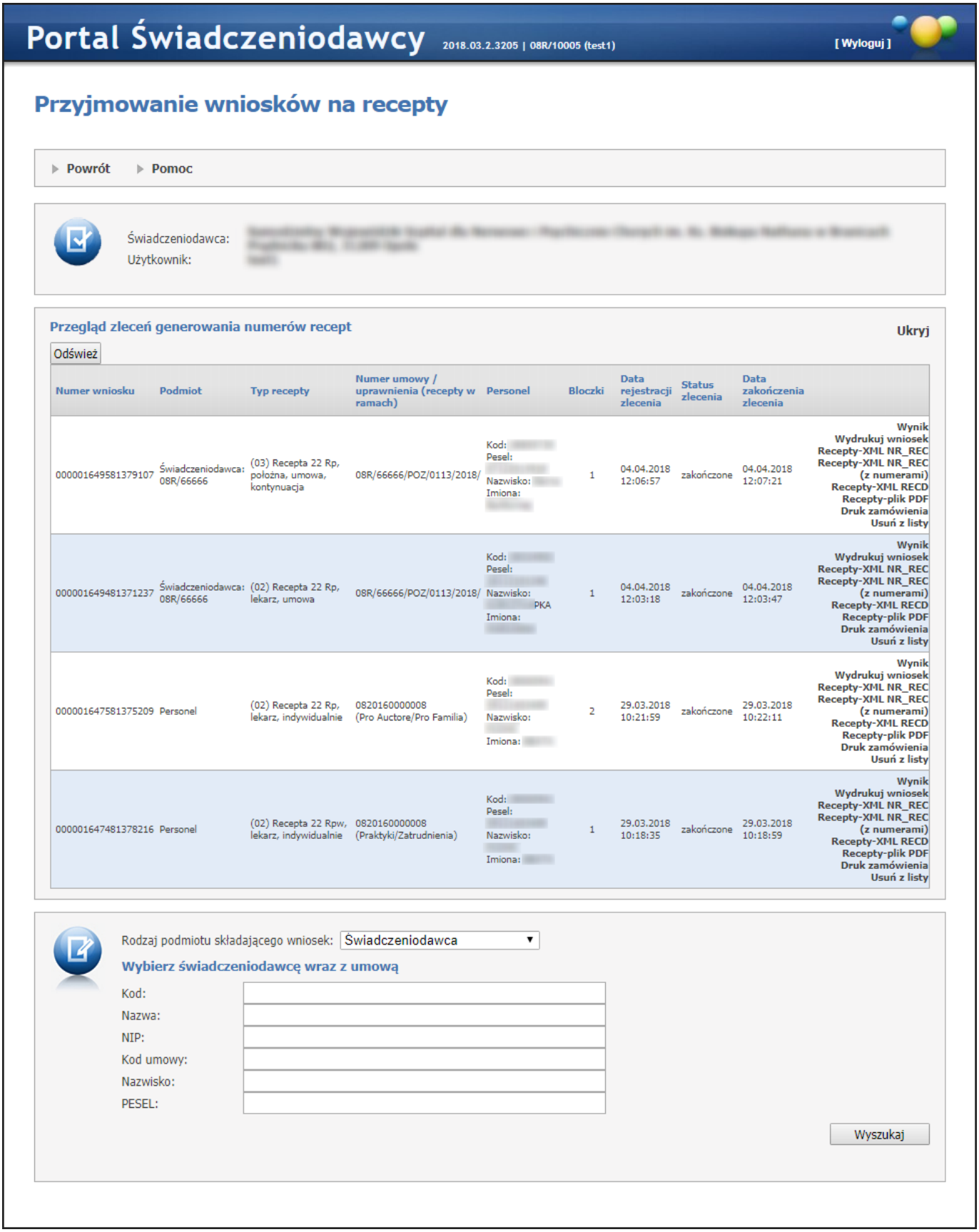
© 2026 Kamsoft S.A.

Po użyciu przycisku **Personel umowy** zostanie wyświetlona lista personelu w ramach umowy, po użyciu przycisku **Wniosek** przy konkretnym personelu nastąpi przeniesienie do podstrony ***Wypełnienie wniosku i generowanie numerów recept***.



Na tej stronie należy wybrać rodzaj recept, uzupełnić liczbę bloczków i kliknąć przycisk **Zatwierdź**, co spowoduje dodanie zlecenia do kolejki i wyświetlenie przeglądu przyjmowanych wniosków na recepty. W przypadku gdy świadczeniodawca może jeszcze posługiwać się receptami numerowanymi starym sposobem (20 znaków) dodatkowo jest dostępny wybór rodzaju recept, w którym należy dokonać wyboru pomiędzy receptami z numerami 20-cyfrowymi, a 22-cyfrowymi.

© 2026 Kamsoft S.A.



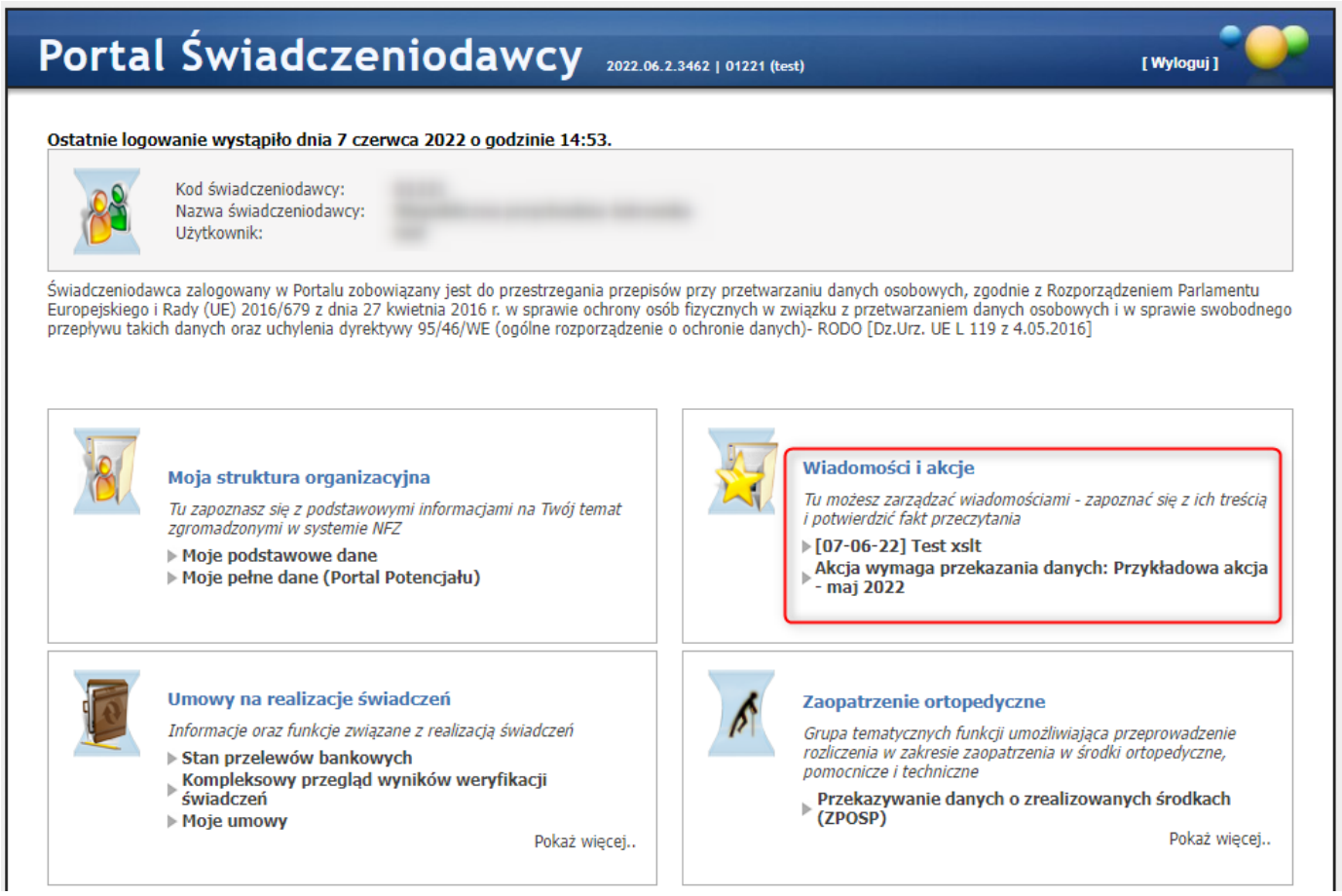
Na przeglądzie przyjętych wniosków na recepty, w części ***Przegląd zleceń generowania numerów recept***, widoczne są zlecenia wygenerowania numerów recept. Zlecenia oczekujące na wygenerowanie można usunąć z kolejki klikając **Anuluj** znajdujące się w ostatniej kolumnie. Po wygenerowaniu w miejscu **Anuluj** widoczne są **Wynik**, **Wydrukuj wniosek**, **Recepty-plik XML**, **Recepty-plik PDF** i **Usuń z listy**. Kliknięcie **Wynik** spowoduje

© 2026 Kamsoft S.A.

wyświetlenie informacji o wyniku generowania. Kliknięcie **Wydrukuj** wniosek wyświetli okno pozwalające na wydruk wniosku. Kliknięcie na **Recepty-plik XML NR_REC** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku z komunikatem NR_REC niezawierającego elementów <recepta>. Kliknięcie na **Recepty-plik XML NR_REC (z numerami)** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku z komunikatem NR_REC zawierającego elementy <recepta> z numerami recept. Kliknięcie na **Recepty-plik XML RECD** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku z komunikatem RECD. Kliknięcie na **Recepty-plik PDF** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku PDF. Kliknięcie na **Druk zamówienia** umożliwia wydruk zamówienia dla drukarni. Kliknięcie **Usuń z listy** spowoduje usunięcie zakończonego zlecenia z przeglądu. Przycisk **Odśwież** znajdujący się ponad tabelką umożliwia na odświeżenie danych w tabelce.

4.6 Wiadomości i akcje

Funkcjonalność w sekcji **Wiadomości i akcje** służy do odbierania wiadomości przesłanych z Oddziału Wojewódzkiego NFZ (wysyłanych specjalnym narzędziem do komunikacji ze świadczeniodawcami – Messengera systemowego).



Sekcja ***Wiadomości i akcje*** pozwoli na wywołanie przeglądu wiadomości i zapoznania się z ich treścią.

Jeżeli istnieje wiadomość jeszcze nie przeczytana to w sekcji „Wiadomości" będzie wyświetlona najnowsza z nich – data wysłania i temat wiadomości (jak w dołączonej kopii ekranu).

Wyświetlana wiadomość jest odsyłaczem do przeglądu wiadomości.

© 2026 Kamsoft S.A.

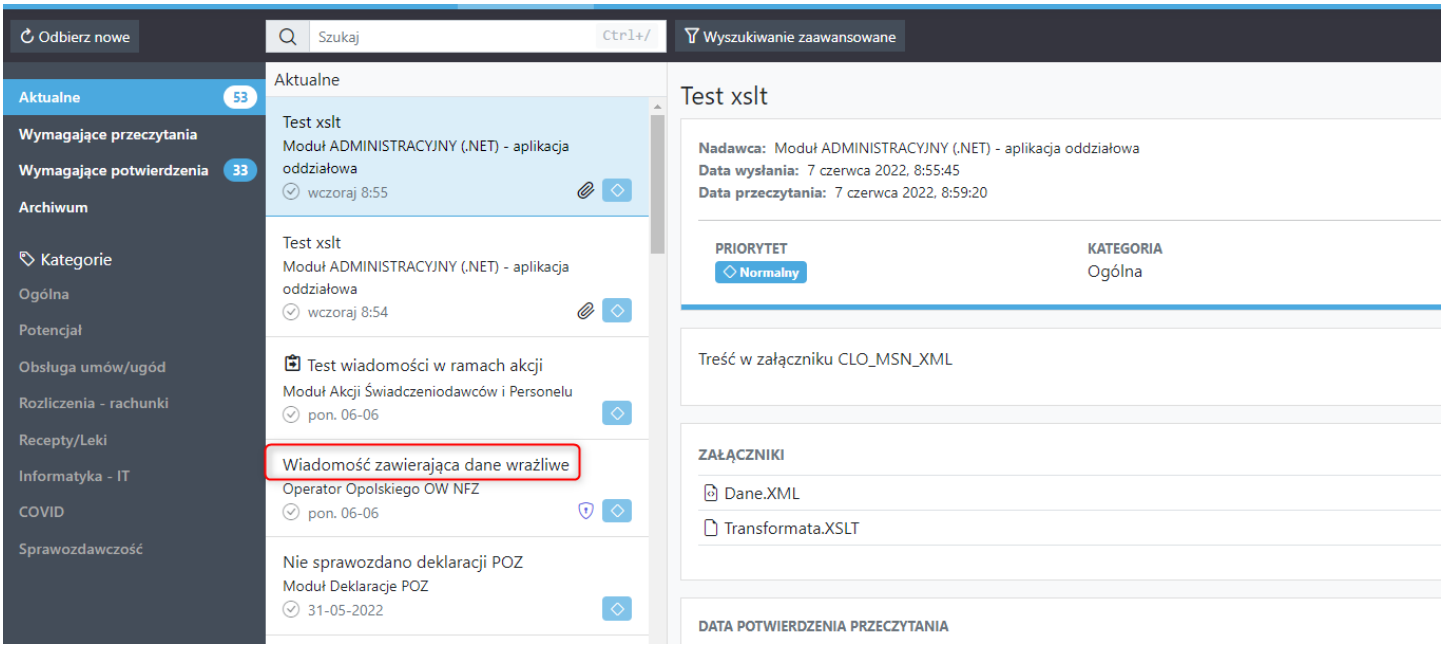
Jeżeli świadczeniodawca nie ma nieprzeczytanych wiadomości to zamiast daty wysłania i tematu wiadomości zostanie wyświetlony napis, będący odsyłaczem do funkcji przeglądu wiadomości.

Ze względu na potrzebę ograniczenia dostępu do danych wrażliwych, przez osoby nieuprawnione, wprowadzono mechanizm oznaczania wiadomości jako „zawierające dane wrażliwe".

Oznaczenia wiadomości jako zawierającej dane wrażliwe dokonuje operator OW NFZ przygotowujący i wysyłający wiadomość.

Więcej informacji na temat danych wrażliwych można uzyskać w sekcji Dane wrażliwe.

Wiadomość zawierająca dane wrażliwe jest oznaczona w tytule wiadomości.



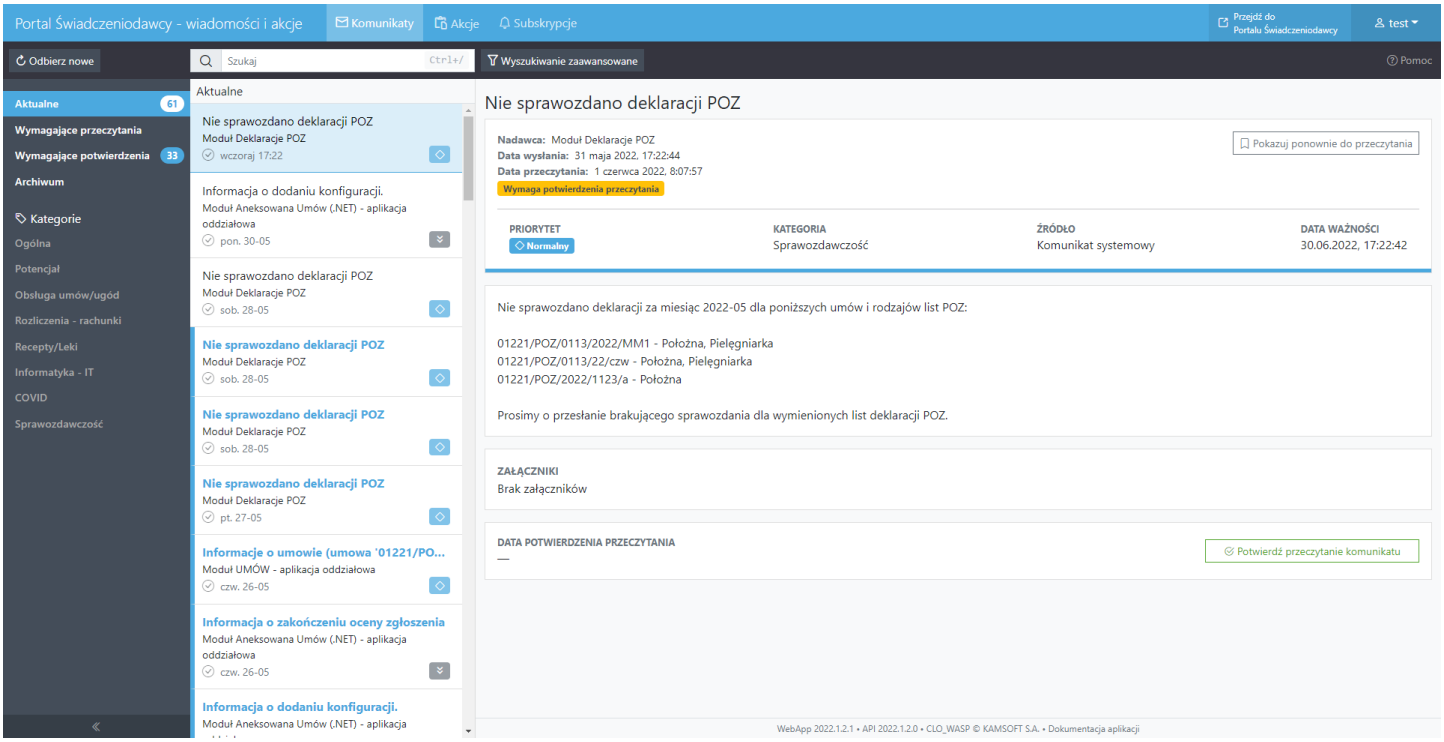
W przypadku wiadomości oznaczonej jako „zawierająca dane wrażliwe", przeczytanie takiej wiadomości wymaga posiadania odpowiedniego uprawnienia.

Więcej informacji na temat przydziału uprawnień (w tym nadawania uprawnienia dotyczącego dostępu do danych wrażliwych) można uzyskać w sekcji **Uprawnienia do kategorii komunikatów**.

Temat wiadomości jest widoczny dla wszystkich operatorów (bez względu na posiadanie lub brak odpowiedniego uprawnienia). Zapoznanie się z treścią wiadomości wymaga posiadania uprawnienia.

Po użyciu linku pojawi się strona z wiadomościami **Portal Świadczeniodawcy - wiadomości i akcje.**

© 2026 Kamsoft S.A.



4.6.1 Komunikaty

W części **Komunikaty** wyświetlają się wiadomości dla konkretnego świadczeniodawcy.

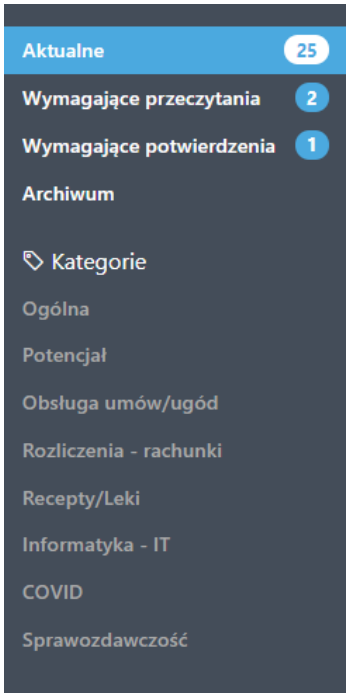
Świadczeniodawca może sobie włączyć lub wyłączyć obsługę podziału wiadomości na kategorie i przydzielanie uprawnień do kategorii w części Administracja prawami użytkowników.

- Przegląd nowości i komunikatów
- Przegląd wiadomości - dostęp do danych wrażliwych
- Akcje przekazywania danych - przegląd akcji
- Akcje przekazywania danych - zarządzanie akcjami

Przegląd wiadomości.

Przegląd wiadomości jest pogrupowany w foldery: Aktualne, Wymagające przeczytania, Wymagające potwierdzenia, Archiwum oraz Kategorie: Ogólna, Potencjał, Obsługa umów/ugód, Rozliczenia - rachunki, Recepty/Leki, Informatyka - IT, COVID, Sprawozdawczość.

© 2026 Kamsoft S.A.



W ramach kolejki - wysyłania komunikatów stosowana jest określona poniżej lista kategorii:

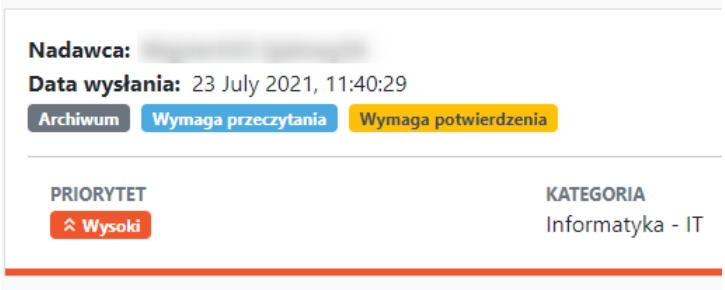
- Ogólna;
- Potencjał;
- Obsługa umów/ugód;
- Rozliczenia - rachunki;
- Recepty/Leki;
- Informatyka – IT;
- COVID;
- Sprawozdawczość.

Jeżeli operator ma włączoną obsługę sprawdzania uprawnień kategorii to będzie on widział tylko te, do których ma uprawnienia. To już w samym CLO_WS administrator ustawia.

Jeżeli komunikat jest oznaczony jako wymagający przeczytania to jest konieczność jego przeczytania po zalogowaniu się do portalu, przed wykonaniem innych czynności w portalu.

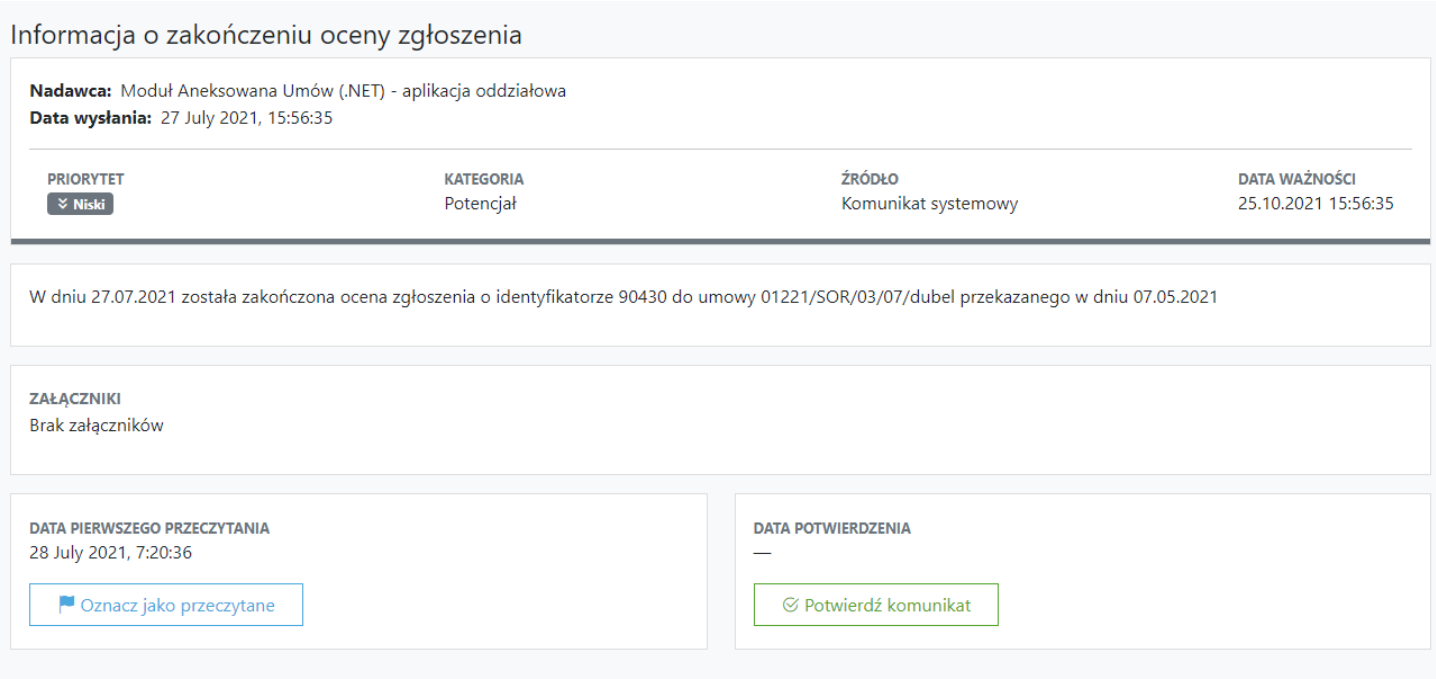
Jeżeli wiadomość jest oznaczona jako wymagająca potwierdzenia to operator czytając wiadomość musi potwierdzić jej przeczytanie. Jeżeli tego nie zrobi to po kolejnym zalogowaniu się do portalu operator będzie musiał ją ponownie przeczytać i potwierdzić przeczytanie (aż do potwierdzenia przeczytania wiadomości).

© 2026 Kamsoft S.A.



Przegląd treści.

Przegląd treści domyślnie otwiera się na najnowszej wiadomości z folderu **Aktualne**, po dacie publikacji komuniktu.



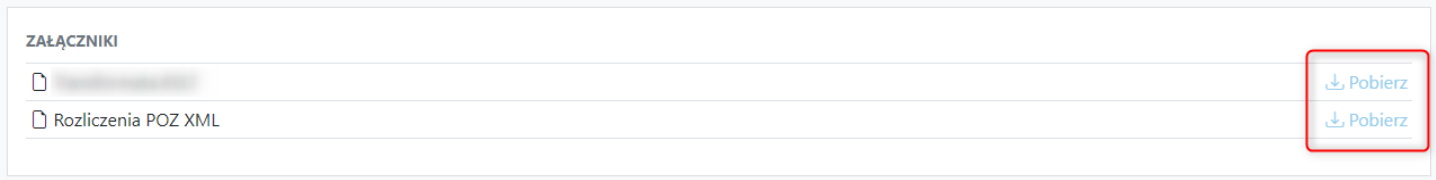
Operator, dla komunikatu który go dotyczy, dla komunikatu przeczytanego - może zmienić status na Nieprzeczytany (dla ułatwienia późniejszego, ponownego dostępu do komunikatu) i odwrotnie.

W systemie jest pamiętana informacja o przeczytaniu tylko za pierwszym razem (Data pierwszego przeczytania). Pierwsze przeczytanie wiadomości (nawet jeżeli później zostanie zmieniony status wiadomości jako Nieprzeczytana), dla wiadomości oznaczonej jako Wymagająca przeczytania, spowoduje, że nie będzie konieczności czytania wiadomości przy kolejnym logowaniu.

Podobnie jeżeli komunikat zostanie oznaczony jako wymagający potwierdzenia o przeczytaniu to takie potwierdzenie będzie wysłane tylko przy pierwszym potwierdzeniu.

W polu **Załączniki**, jeżeli takowe są dostępne, można je pobrać za pomocą linka *Pobierz*.

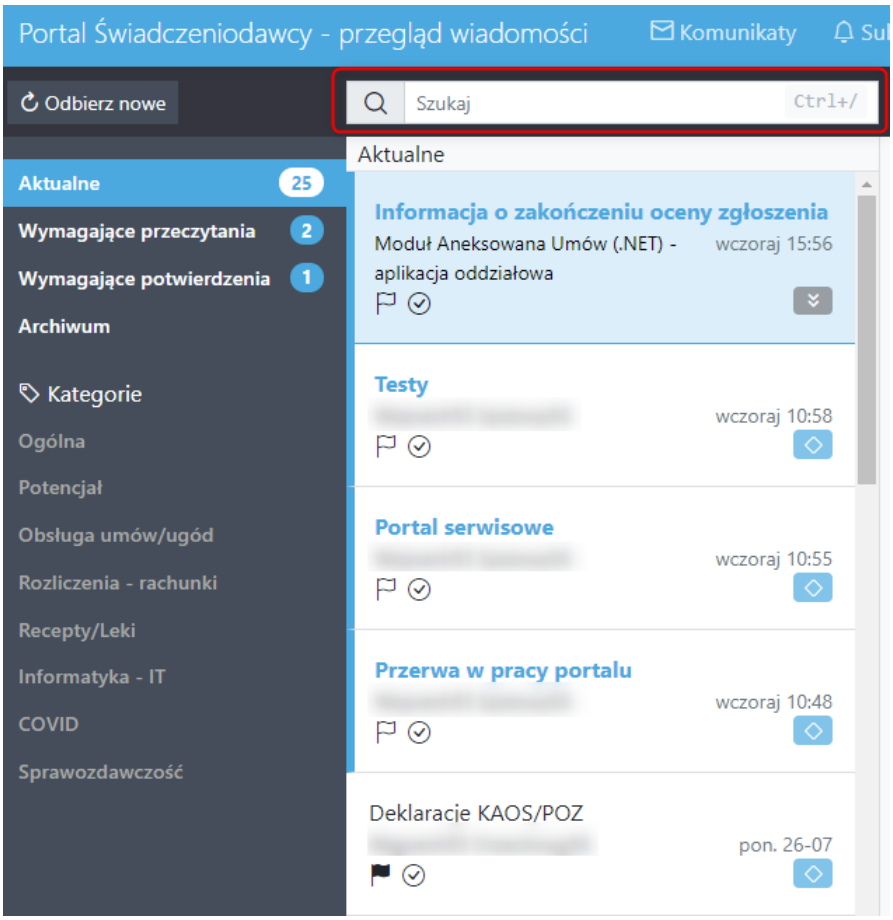
© 2026 Kamsoft S.A.



Wyszukiwanie wiadomości.

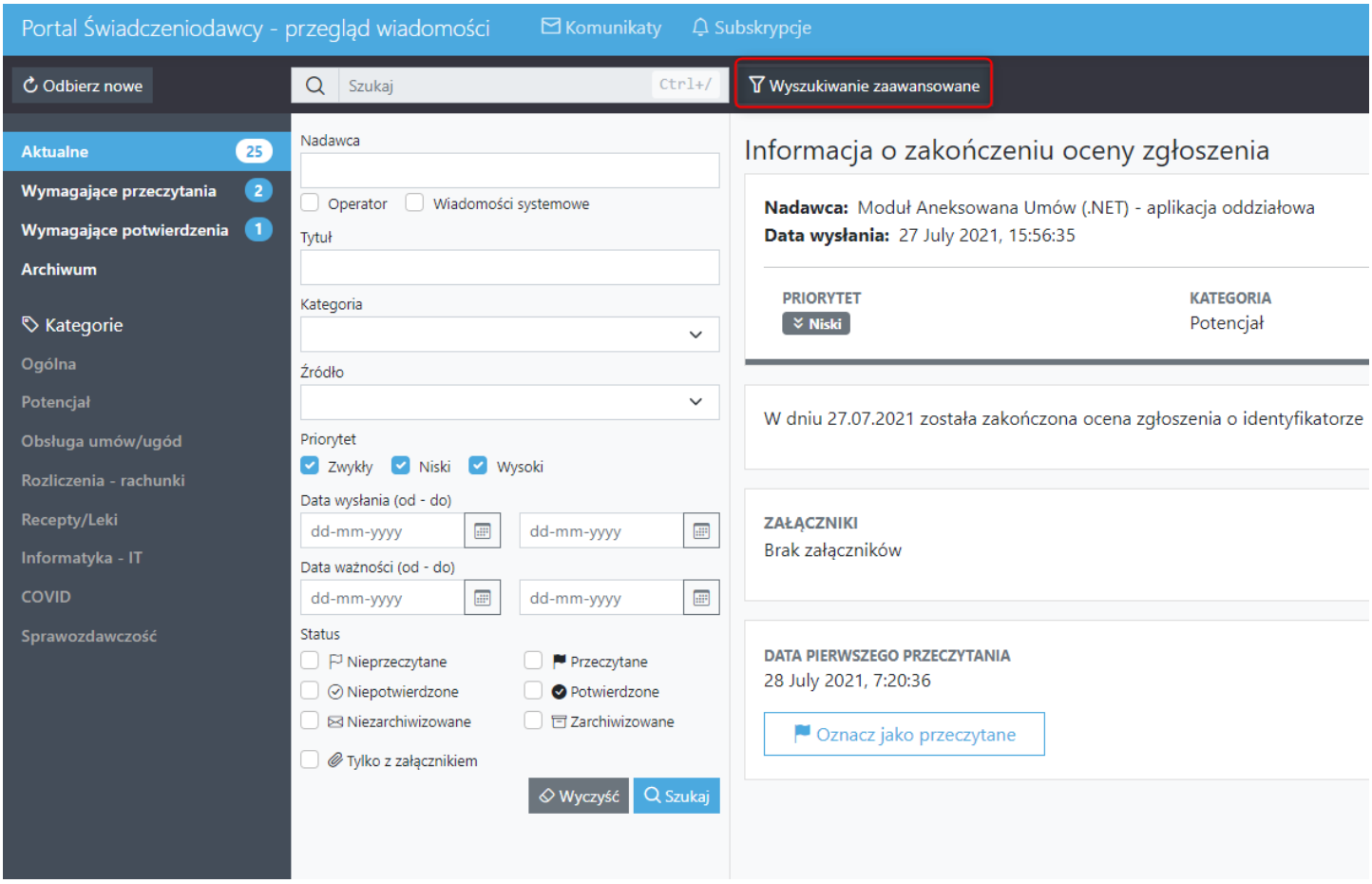
Wiadomości można wyszukiwać korzystając z dwóch opcji:

- prostego wyszukiwania, gdzie w polu tekstowym operator wpisuje fragmenty tytułu wiadomości lub nadawcy (minimum 3 znaki);



- wyszukiwania zaawansowanego, gdzie rozwija się formularz z parametrami wyszukiwania;

© 2026 Kamsoft S.A.



Możliwość filtrowania jest dostępna wg:

- Nadawca (komunikat wysłany przez operatora lub nazwa modułu z którego wysłano komunikat) z możliwością zaznaczenia czy wiadomość jest systemowa lub zredagowana przez operatora;

- Tytuł;

- Kategoria;

- Źródło komunikatu;

- Priorytet (Zwykły, Niski, Wysoki);

- Data wysłania komunikatu (faktyczna data publikacji komunikatu), filtrowana z podaniem przedziału dat od-do;

- Data ważności komunikatu, filtrowana z podaniem przedziału dat od-do;

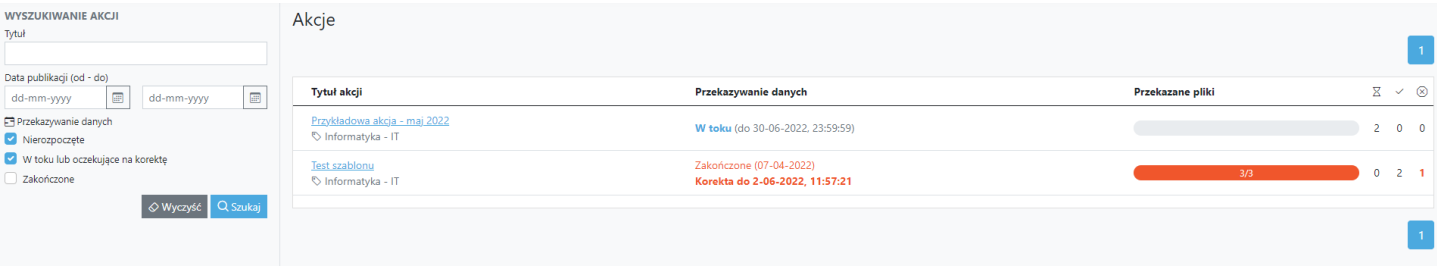
- Status: Nieprzeczytane lub Przeczytane (nie jest uwzględnione przeczytanie przez pracownika OW w trybie serwisowym), Niepotwierdzone, Potwierdzone, Niezarchiwozowane, Zarchiwizowane, Oznaczone do ponownego przeczytania.

© 2026 Kamsoft S.A.

4.6.2 Akcje

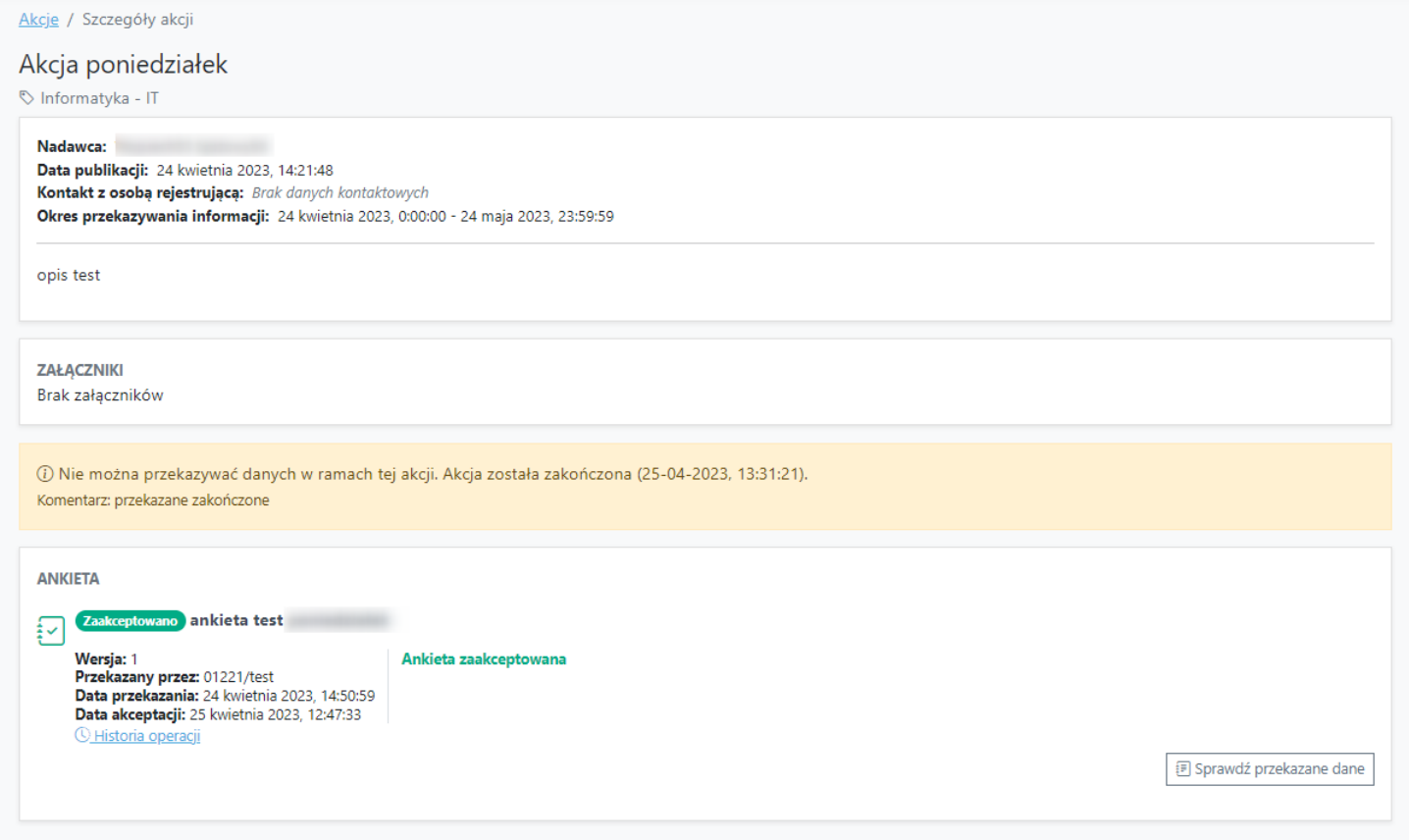
Link **Akcje** umożliwia obsługę kanału komunikacji pozwalającego na przekazywanie danych przez świadczeniodawcę na zlecenie OW NFZ.

Na stronie można przeglądać akcje, przekazywać pliki w ramach akcji, usuwać je oraz podglądać historię operacji. Przekazywanie lub usuwanie plików jest możliwe dla:
- akcji, które są w toku,
- w przypadku, gdy dany plik został odrzucony i nie minął termin jego korekty,
- akcji z atrybutem umożliwiającym wysyłanie plików nawet po okresie przekazywania danych.



Akcje dotyczące zbierania informacji od świadczeniodawców i personelu medycznego można również przekazać w formie ankietowej - tj. w formie odpowiedzi na pytania w ankiecie zdefiniowanej przez operatora OW NFZ. Dane przekazane w formie ankiet są oceniane przez operatora OW NFZ. Ocenie podlega cała ankieta (wynik oceny dotyczy całej ankiety a nie poszczególnych odpowiedzi).
O obowiązku wypełnienia ankiety i przesłania danych do OW NFZ świadczeniodawca zostanie powiadomiony przez wysłanie wiadomości.

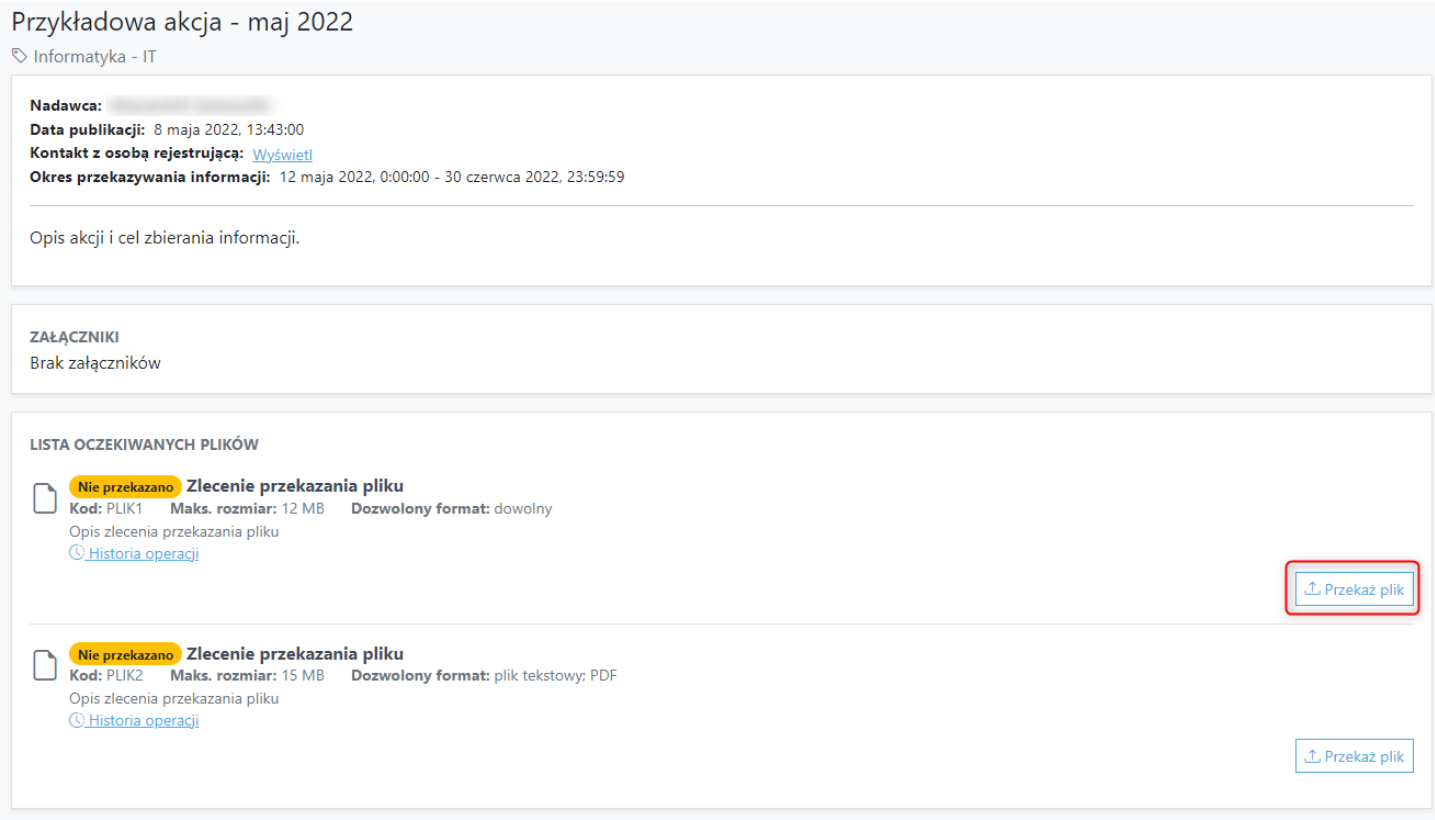
© 2026 Kamsoft S.A.



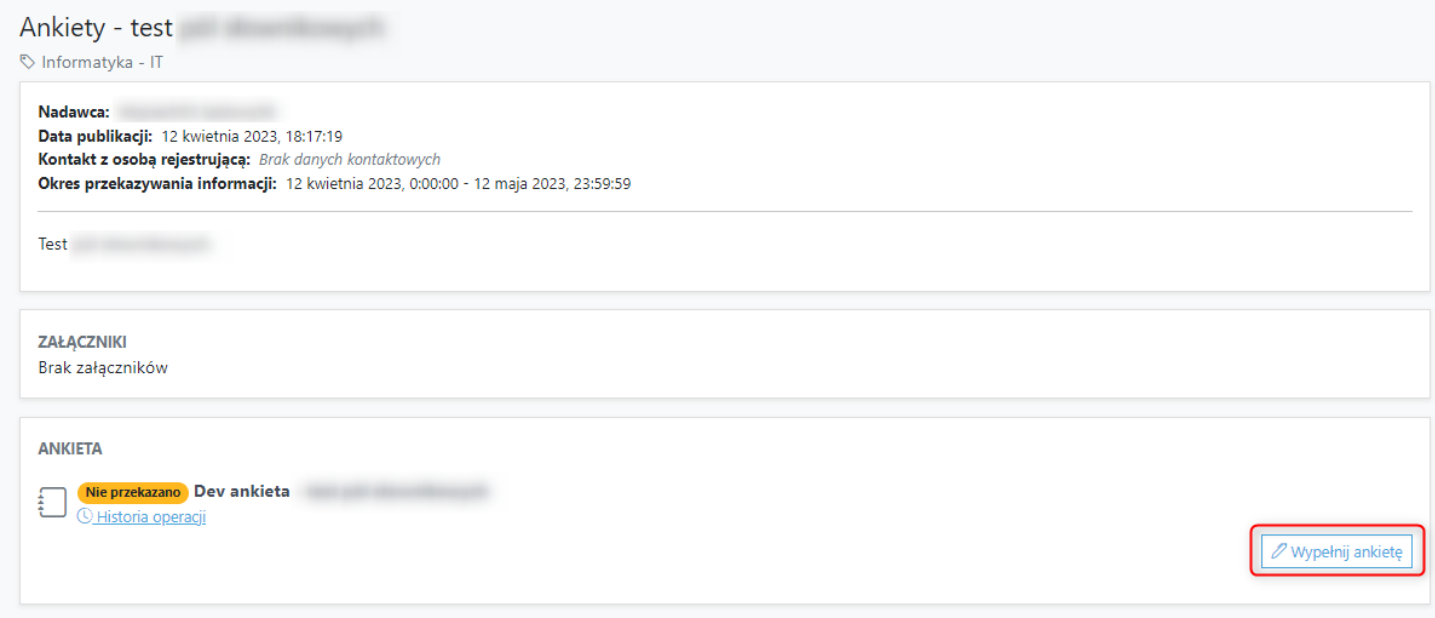
Szczegóły akcji.

Po kliknięciu w tytuł akcji otworzy się okno, w którym operator może przeglądać akcję a jeśli status na to pozwala może zlecić przekaznie plików. Do przekazania pliku/plików służy przycisk **Przekaż plik**.
Operator może przekazywać pliki zgodnie z definicją akcji, każdy plik można nadpisać przekazaując nową wersję, aż do upływu czasu wskazanego w definicji akcji. W przypadku negatywnej oceny operatora po stronie OW NFZ czas ten może być określony indywidualnie dla danego kontrahenta w ramach operacji oceny i wezwania do uzupełnienia, ale nie bedzie mógł być krótszy niż określony dla całej akcji.
Razem z wymaganym plikiem kontrahent może przekazać wyjaśnienia w formie komentarza. Cały czas będzie widoczny status oceny załącznika, więc informacja o potrzebie poprawienia i ponownego wysłania załącznika będzie od razu widoczna.

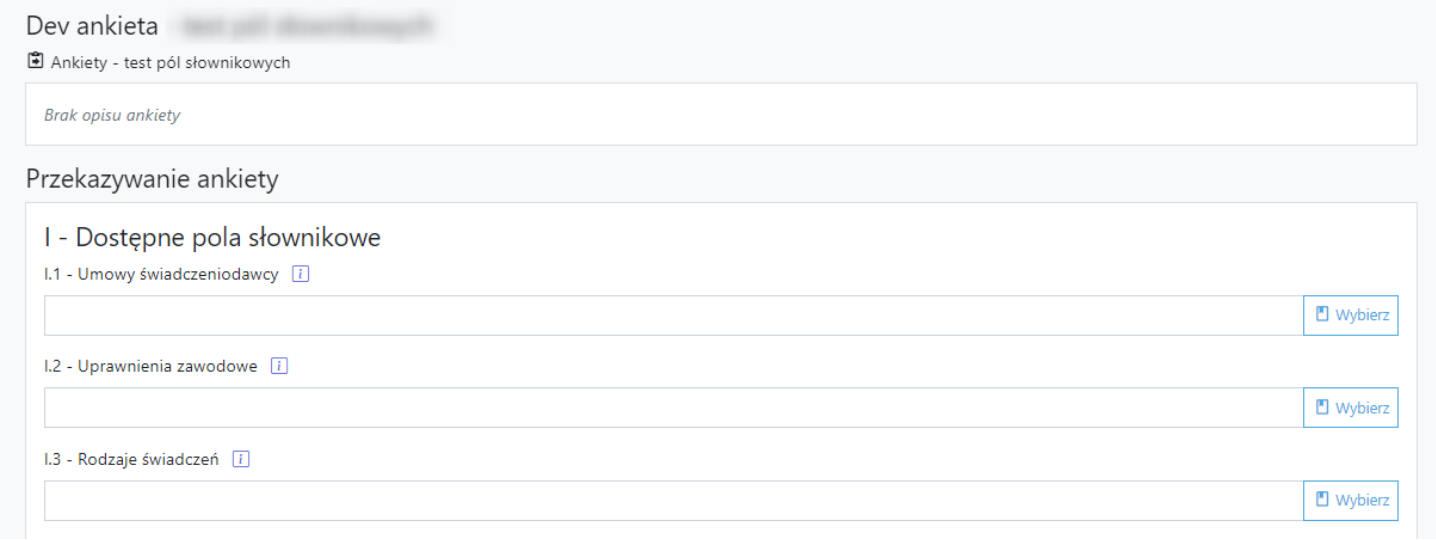
© 2026 Kamsoft S.A.



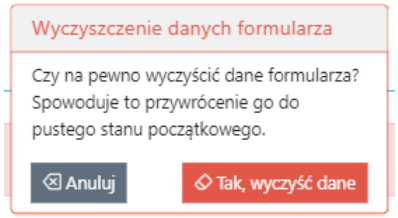
W przypadku gdy operator musi wypełnić ankietę po kliknięciu w tytuł akcji otworzy się okno, w którym należy skorzystać z przycisku **Wypełnij ankietę**. Spowoduje to otwarcie kolejnego okna gdzie należy wypełnić wszystkie wymagane pola.



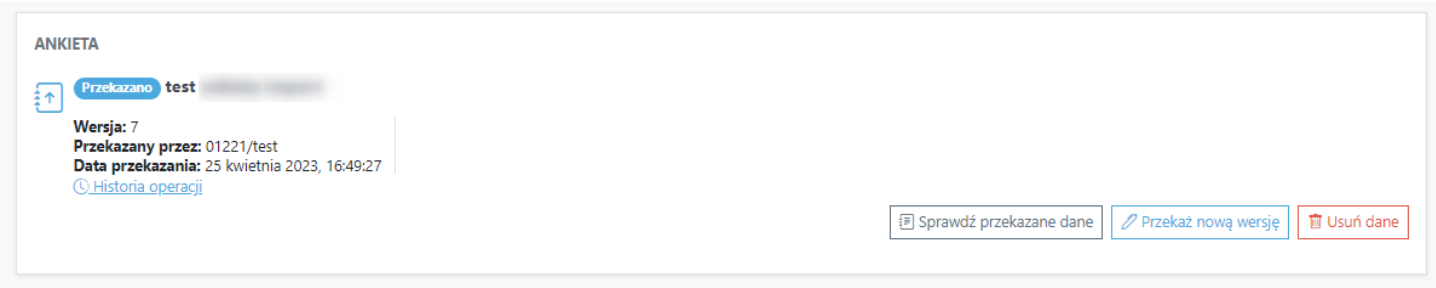
© 2026 Kamsoft S.A.



Do zapisania ankiety służy przycisk **Zatwierdź**. Przycisk **Wyczyść** usuwa dane z formularza co jest poprzedzone komunikatem.



Dopóki ankieta nie zostanie zatwierdzona operator ma możliwość edycji. Służy do tego przycisk **Sprawdź przekazane dane**. Operator zostanie przeniosiony do nowego okna gdzie za pomoca przycisku **Przekaż nową wersję** może zmienić dane pole lub może usunąć całą ankietę za pomocą przycisku **Usuń dane**.



Wyszukiwanie akcji.

Akcje można wyszukiwać korzystając z opcji takich, jak:

- Tytuł,

- Data publikacji (od-do)

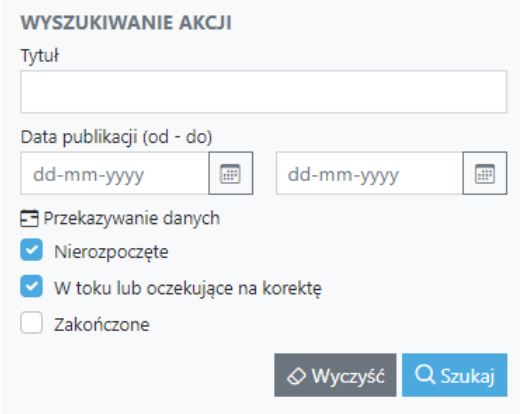
w sekcji **Przekazywanie danych**:

© 2026 Kamsoft S.A.

- Nierozpoczęte,

- W toku lub oczekujące na korektę,

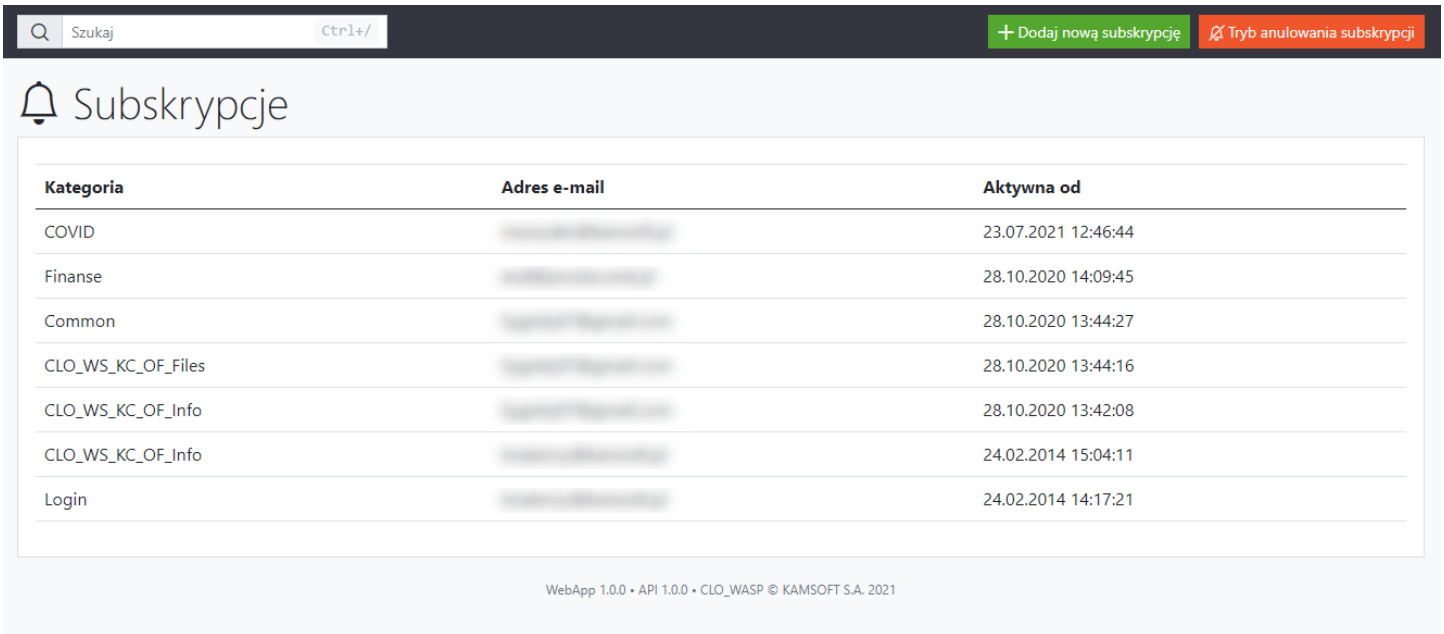
- Zakończone.



4.6.3 Subskrypcje

Link **Subskrypcje** pozwala na otrzymywanie informacji na podany mail o nowych wiadomościach w danej kategorii.

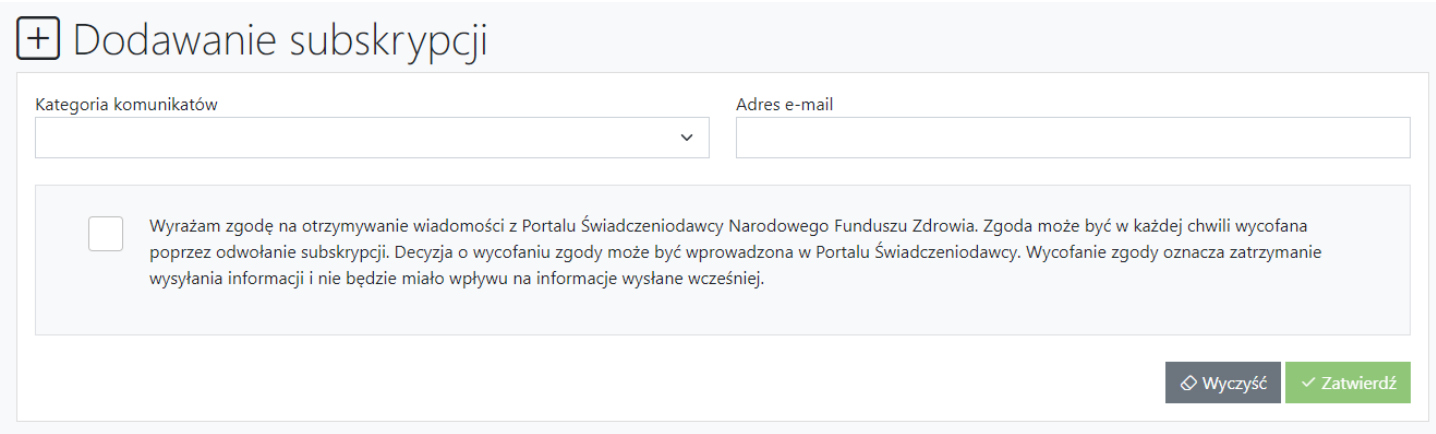
Po jego kliknięciu otworzy się okno, w którym operator może przeglądać zdefiniowane subskrypcje, tworzyć je i anulować.



© 2026 Kamsoft S.A.

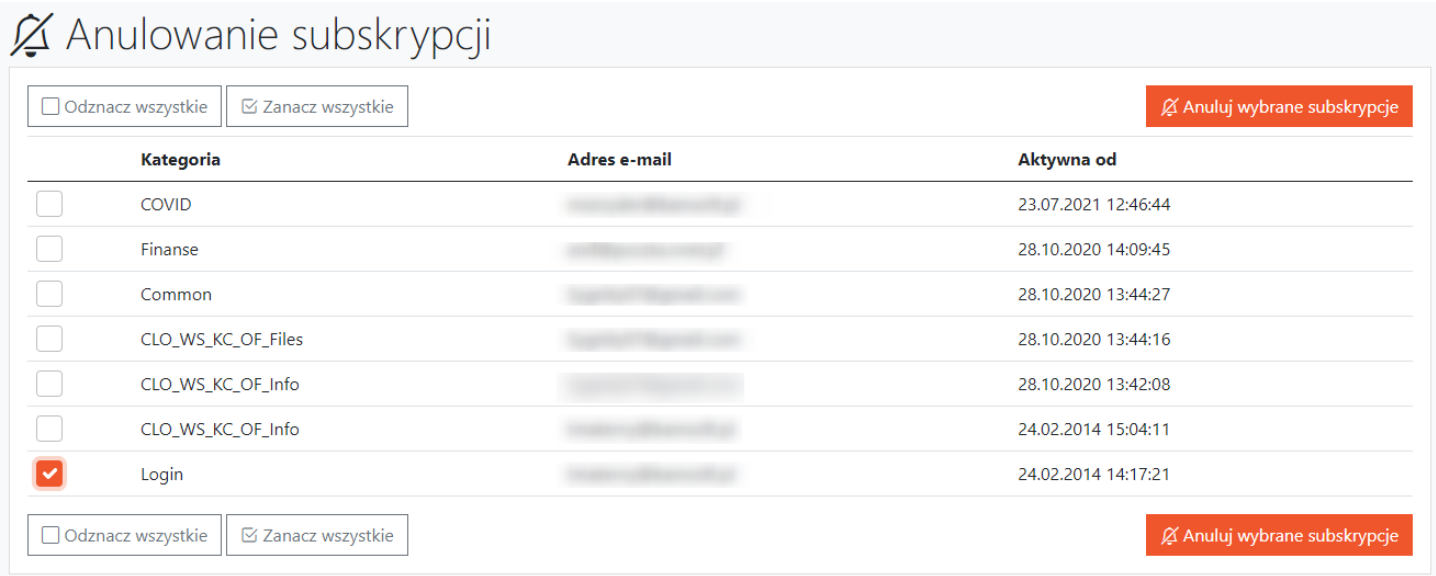
Dodawanie nowej subskrypcji.

Dodanie nowej subskrypcji odbywa się za pomocą przycisku **Dodaj nową subskrypcję**.
Po kliknięciu w przycisk otworzy się okno w którym operator musi wybrać ze słownika jeden z typów z *Kategorii komunikatów* oraz podać *Adres e-mail*.
Dodanie nowej subskrypcji zatwierdza się za pomocą przycisku **Zatwierdź**. Przycisk **Wyczyść** usuwa wprowadzone wcześniej dane.



Anulowanie subskrypcji.

Anulowanie subskrypcji odbywa się za pomocą przycisku **Tryb anulowania subskrypcji**.
Po kliknięciu w przycisk otworzy się okno w którym operator zanacza za pomocą znacznika kategorię, którą chce anulować.
Operator może anulować kilka kategorii - pojedyńczo lub wszystkie (za pomocą przycisku Zaznacz wszystkie; Odznacz wszystkie jest inwersją).
Anulowanie subskrypcji zatwierdza się za pomocą przycisku **Anuluj wybrane subskrypcje**.



© 2026 Kamsoft S.A.

Uwagi:
- Domyślnie wiadomości są sortowane po dacie publikacji komunikatu - od wiadomości najnowszych.
- Wpływ oznaczenia wiadomości jako zawierającej dane wrażliwe na działanie subskrypcji.

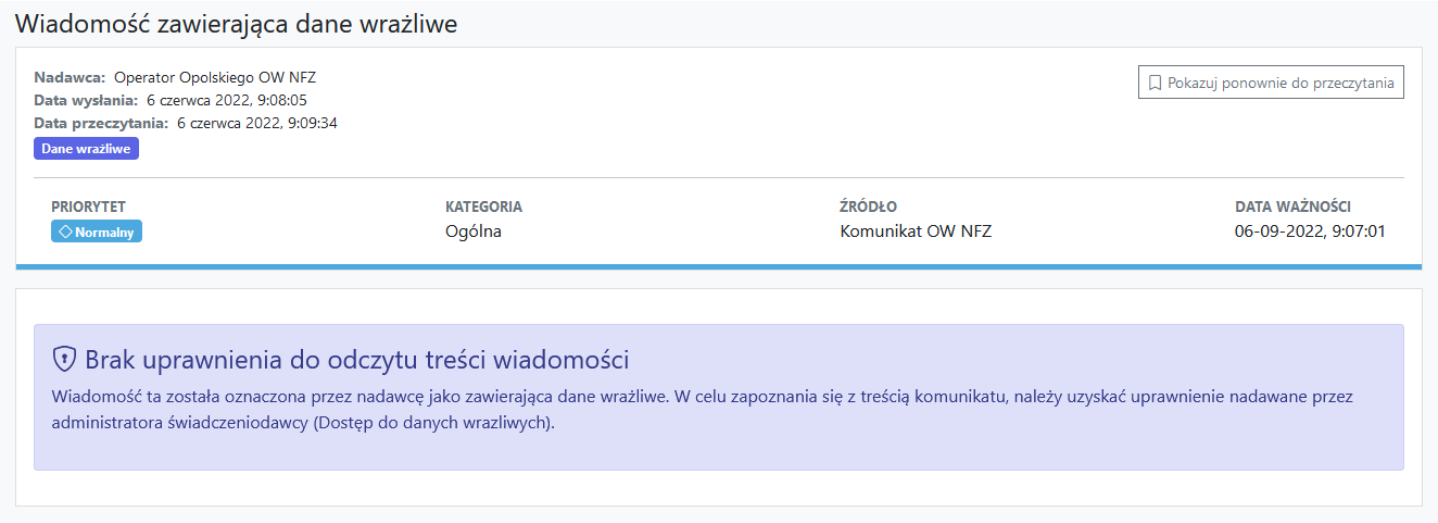
Wiadomość jest oznaczona jako zawierająca dane wrażliwe, użytkownicy dostając o niej subskrypcję (powiadomienie) na maila będą widzieli w tytule, że jest to wiadomość z danymi wrażliwymi.

4.6.4 Dane wrażliwe

Operatorzy przygotowujący komunikaty, ewentualne dane wrażliwe powinni je zapisywać w treści komunikatu a nie temacie ponieważ temat wiadomości będzie prezentowany na liście i dostęp do niego będą mieli wszyscy operatorzy, bez względu na posiadanie lub brak uprawnienia do danych wrażliwych.

Do odczytu treści komunikatów oznaczonych jako zawierające dane wrażliwe (z zaznaczonym nowym atrybutem) mają dostęp tylko operatorzy świadczeniodawcy posiadający stosowne uprawnienie.
W związku z tym:
- Do zbioru uprawnień, które można nadawać operatorom świadczeniodawcy dodano: Dostęp do danych wrażliwych.
- Dostęp do danych wrażliwych automatycznie posiadają operatorzy świadczeniodawcy będący administratorami.
- Nowe uprawnienie nie jest domyślnie przypisywane żadnemu użytkownikowi – nikt poza administratorami nie ma dostępu do komunikatów zawierających dane wrażliwe. Stosowne uprawnienie operatorom powinni przypisać administratorzy świadczeniodawcy.
- W przeglądzie komunikatów w portalu (przegląd listy komunikatów) dodana informację „Dane wrażliwe".
- Jeżeli komunikat zostanie opisany jako zawierający dane wrażliwe a operator nie będzie posiadał uprawnienia (Dostęp do danych wrażliwych) to nie będzie mógł zapoznać się z treścią komunikatu.
- Jeżeli komunikat zostanie opisany jako zawierający dane wrażliwe a operator będzie posiadał uprawnienia (Dostęp do danych wrażliwych) to operator będzie miał dostęp do komunikatu bez zmian.

Uwagi:
Oznaczenie komunikatu atrybutem „Dane wrażliwe" nie wpływa na listę kategorii i zasady dostępu do komunikatów wynikające ze stosowania kategorii.



© 2026 Kamsoft S.A.

5 Administracja i opcje

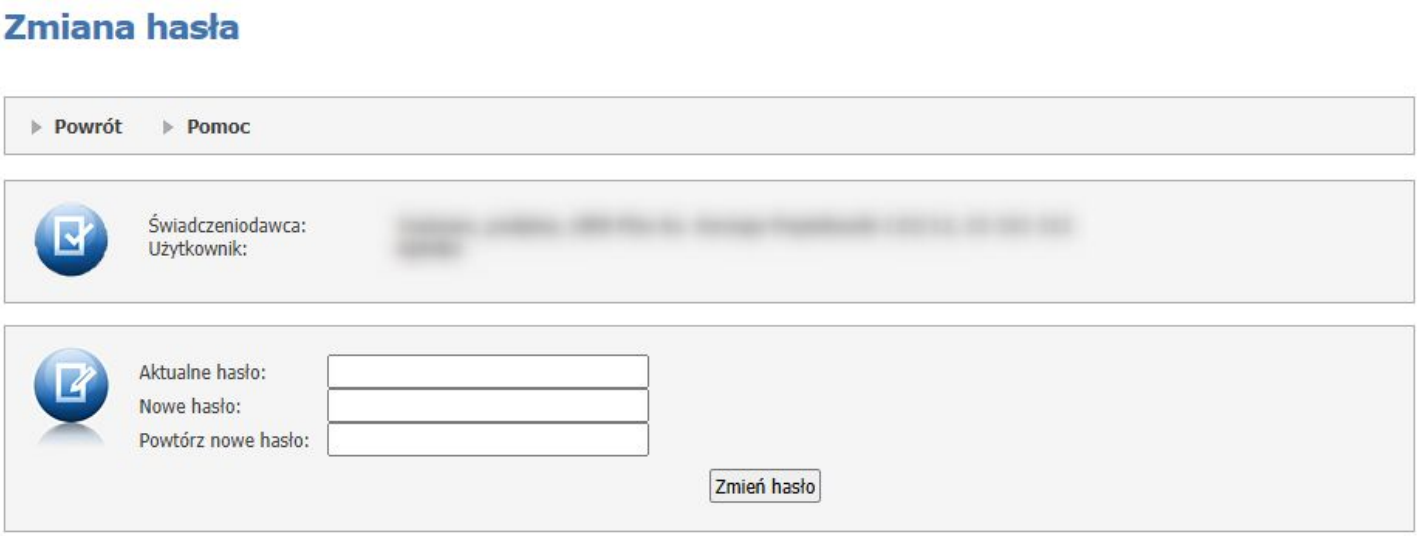
Jeżeli skorzystamy z odsyłacza **Pokaż więcej...** przejdziemy do poniższej strony.

- Zmiana hasła
- Administracja prawami dostępu
- Przekaż pytanie do operatora
- Zarządzanie upoważnieniami do korzystania z systemu eWUŚ
- Zarządzanie blokadami oraz granicami w systemie eWUŚ
- Uwierzytelnienie wieloskładnikowe (MFA)
- Zarządzanie uprawnieniami do obsługi kart DiLO
- Wniosek o nadanie uprawnień administratora
- Pobranie plików technicznych z 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
- Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu
- Dane użytkownika

© 2026 Kamsoft S.A.

5.1 Zmiana hasła

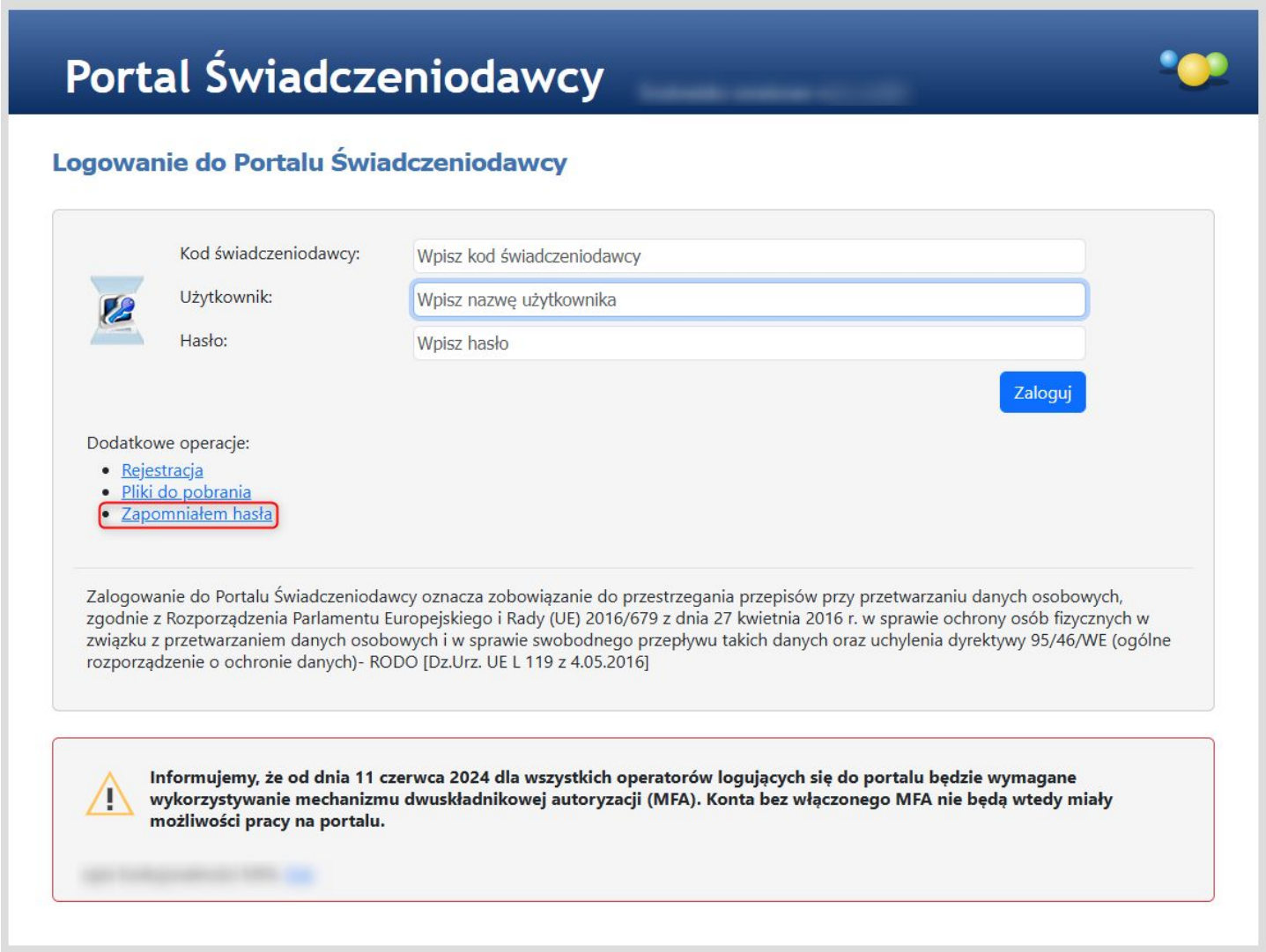
Zmiana hasła powoduje wyświetlenie strony umieszczonej poniżej i umożliwia zmianę hasła użytkownika.



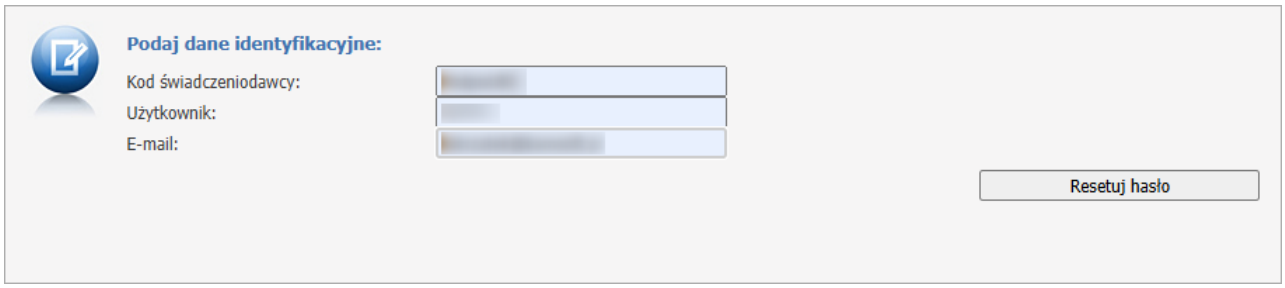
Po wprowadzeniu starego hasła oraz dwukrotnym wpisaniu hasła nowego naciskamy przycisk **Zmień hasło**. Nowe hasło wprowadzone przez operatora musi mieć conajmniej 8 znaków. Po pozytywnym komunikacie dotyczącym zmiany hasła, wracamy na stronę administracji i opcji **Portalu Świadczeniodawcy** za pomocą przycisku **Powrót**. Dla Świadczeniodawców rejestrujących się za pomocą karty profesjonalisty i numeru PIN (tylko w Śląskim OW NFZ) opcja zmiany hasła nie jest dostępna.

W przypadku, gdy Świadczeniodawca zapomniał hasła może skorzystać z podpowiedzi, na stronie logowania pojawia się odnośnik **zapomniałem hasła** w *dodatkowych operacjach*.

© 2026 Kamsoft S.A.



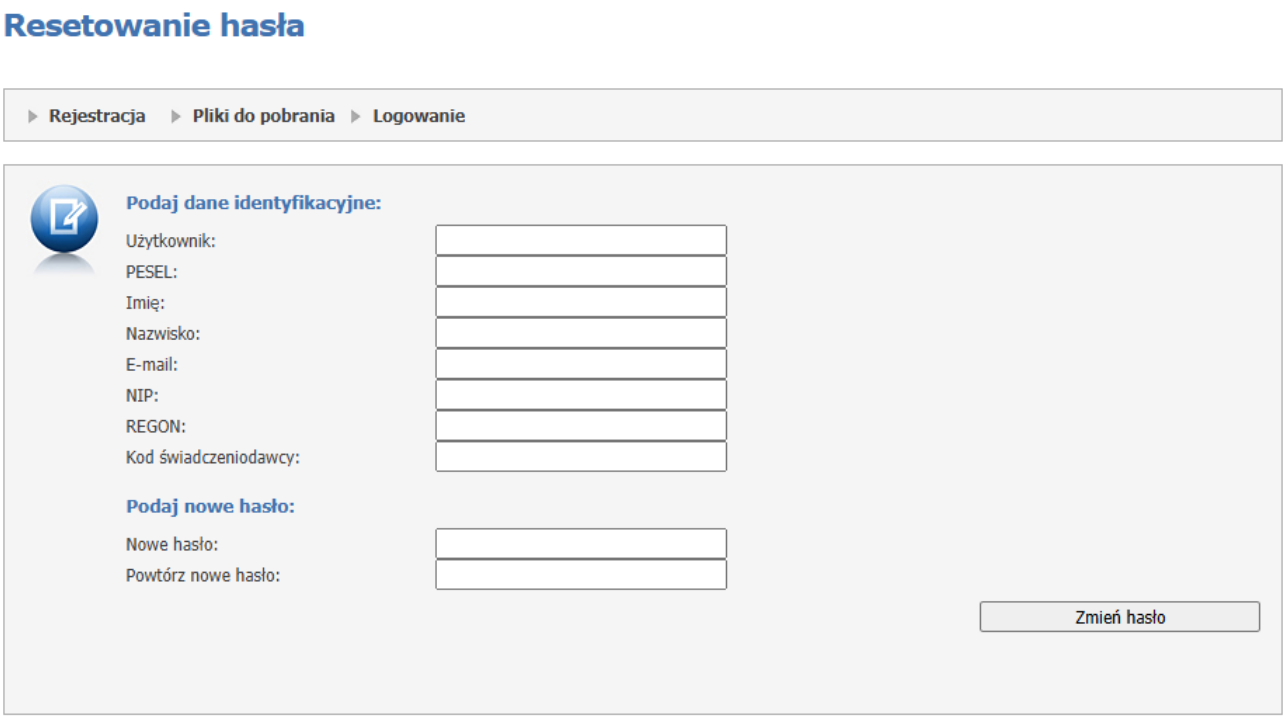
Aby móc skorzystać z przypominania hasła, użytkownik musi podać **kod świadczeniodawcy**, **identyfikator**, oraz **adres e-mail**.



Gdy poprawnie uzupełni te dane i klikanie **resetuj hasło** pojawi się pytanie i odpowiedź do odzyskiwania hasła, którą należy uzupełnić i **zatwierdzić**.

© 2026 Kamsoft S.A.

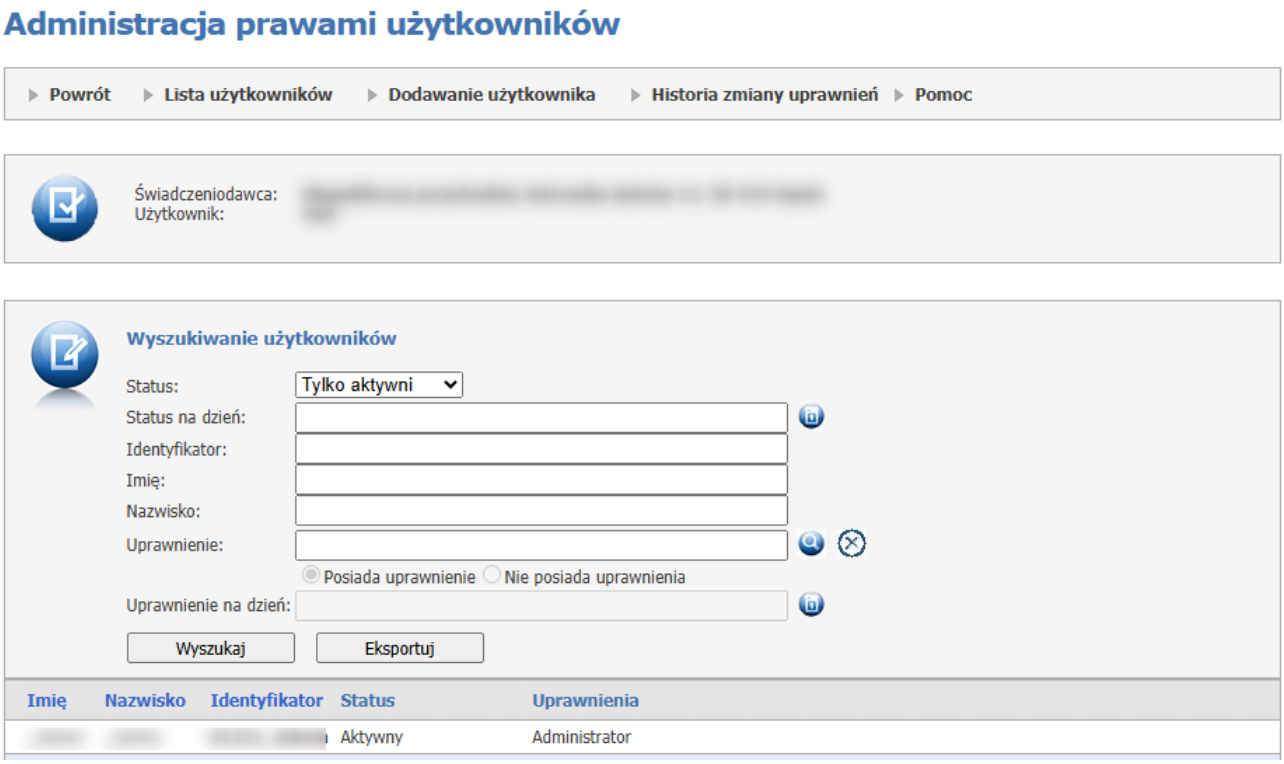
W przypadku poprawnego uzupełnienia na podany adres e-mail zostanie wysłany link do restartowania hasła, działa on przez godzinę. Po kliknięciu w link użytkownik musi uzupełnić dodatkowe informacje identyfikacyjne oraz nowe hasło i nacisnąć **zmień hasło**.



© 2026 Kamsoft S.A.

5.2 Administracja prawami dostępu

Administracja prawami dostępu umożliwia przegląd uprawnień nadanych użytkownikom portalu, wyszukiwanie użytkowników wg atrybutów oraz podgląd historii zmian uprawnień.

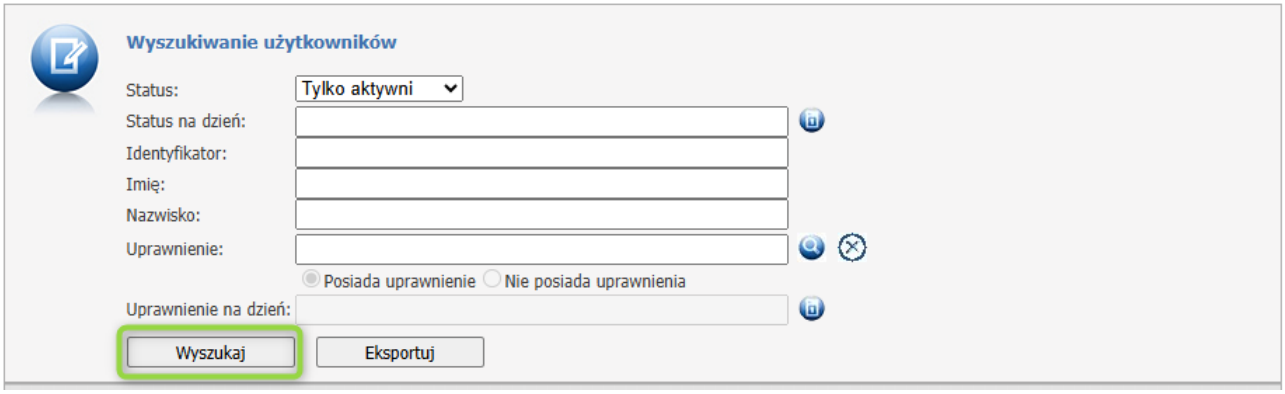


*****

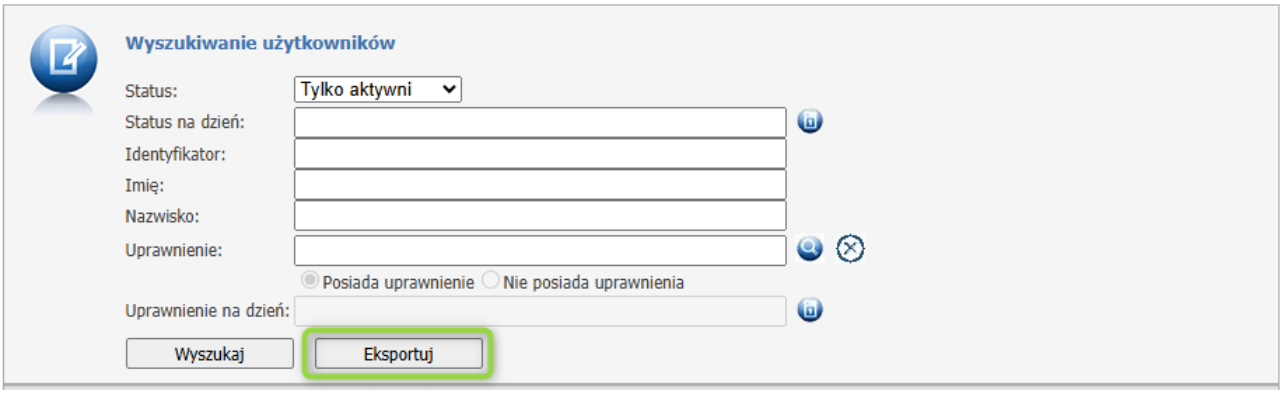
Lista użytkowników

W części **Wyszukiwanie użytkowników** znajdują się filtry:
- Status (Wszyscy/Tylko aktywni/Tylko nieaktywni);
- Status na dzień;
- Identyfikator;
- Imię;
- Nazwisko;
- Uprawnienie (Posiada uprawnienie/Nie posiada uprawnienia);
- Uprawnienie na dzień;

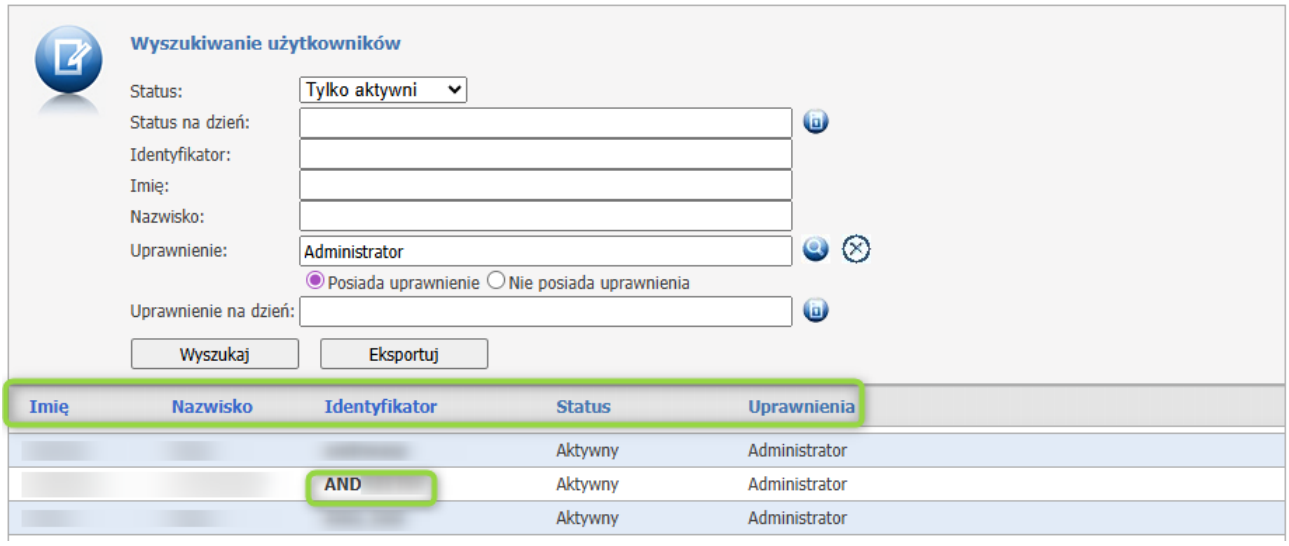
© 2026 Kamsoft S.A.



Przycisk **Eksportuj** pozwala na eksport wyświetlonej listy użytkowników w postaci pliku formatu xls.

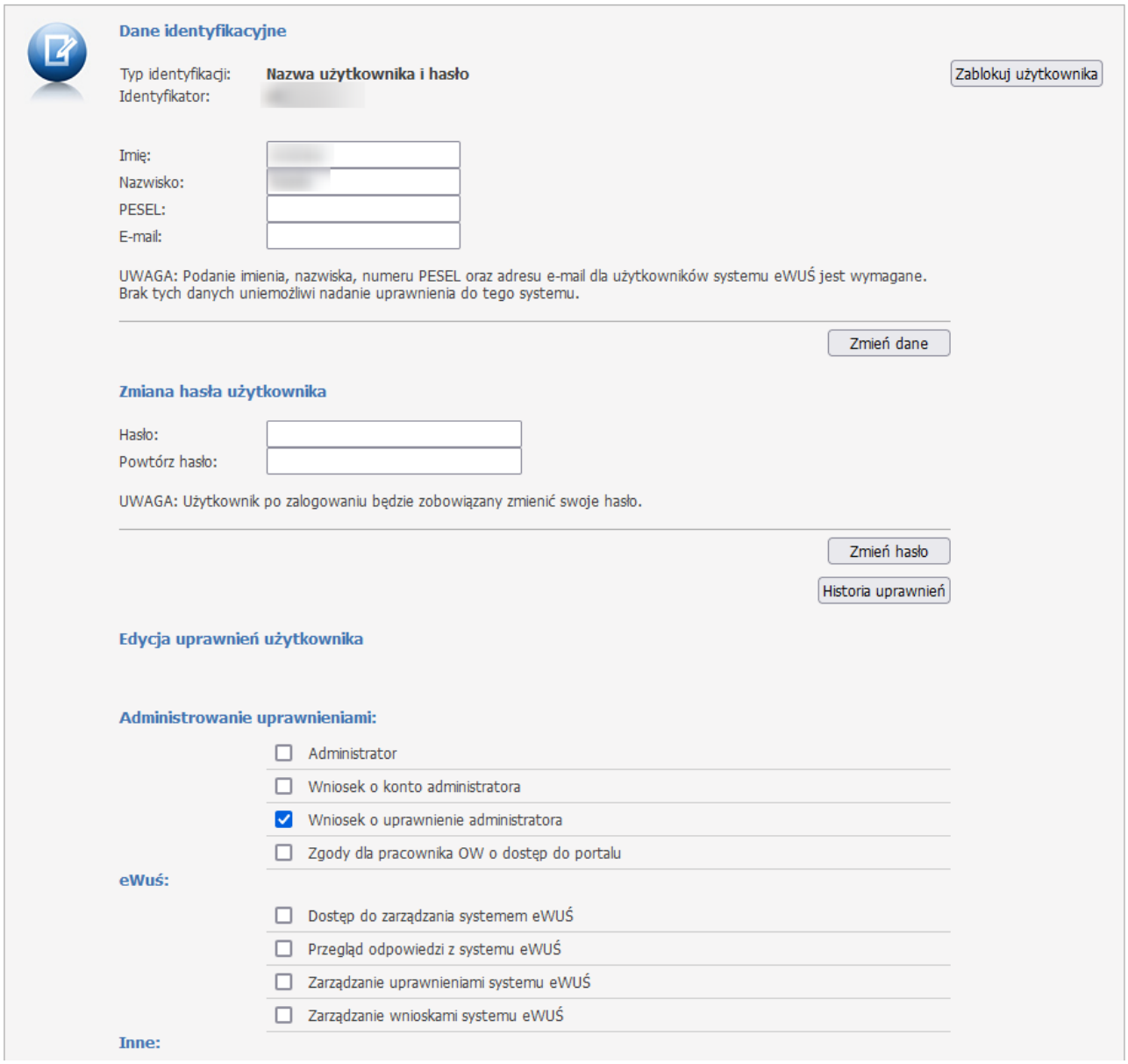


Poniżej sekcji wyszukiwania wyświetlona jest tabela w której znajduje się lista użytkowników.



Kliknięcie na identyfikatorze wybranego użytkownika spowoduje otwarcie okna ze szczegółowymi danymi konta użytkownika oraz z jego uprawnieniami.

© 2026 Kamsoft S.A.



W oknie dostępne są następujące sekcje:

- **Dane identyfikacyjne**

- Typ identyfikacji;
- Identyfikator;
- Imię;
- Nazwisko;
- PESEL;
- E-mail;

Dane te można zmienić, a po ich zapisaniu za pomocą przycisku **Zmień dane** pojawi się komunikat **Dane zostały zmienione.**
Numer PESEL - jeśli jest poprawny - nie może zostać zmieniony.

© 2026 Kamsoft S.A.

Przycisk ***Zablokowanie użytkownika*** pozwala na zmianę statusu aktywności użytkownika na **Nieaktywny**, co jest równoznaczne z usunięciem, ale dla zachowania czytelności informacji taka osoba nie jest usuwana z systemu, ale odpowiednio oznaczana, i takiemu użytkownikowi odbierane są wszystkie uprawnienia.
Użytkownikowi dezaktywowanemu można przywrócić status aktywności ale poszczególne uprawnienia muszą być ponownie nadane przez Administratora.

Przywrócenie praw do logowania do poszczególnych systemów musi być wykonane zgodnie z przyjętymi zasadami:

- Prawo do logowania się w Portalu Świadczeniodawcy i prawa związane z dostępem do poszczególnych funkcji w Portalu – zaznaczenie odpowiedniego pola wyboru zmieni wartość w systemie OW.
- Prawo do korzystania z systemu obsługi kart DiLO, KOLCE, PKUŚ i eZWM – zaznaczenie odpowiednich pól wyboru zmieni odpowiednią wartość w systemie OW i spowoduje wysłanie informacji dotyczącej przywrócenia aktywności użytkownika do centralnego repozytorium użytkowników.
- Prawo do korzystania z systemu eWUŚ – musi być ponownie przydzielone zgodnie z ustalonymi procedurami, jak przy pierwszym uzyskiwaniu dostępu do tego systemu.

- **Zmiana hasła użytkownika**

Funkcjonalność jest dostępna wyłącznie dla użytkowników z uprawnieniem administratora.

Wyświetlony panel posiada pola do wprowadzenia dla niego nowego hasła (nowe hasło należy wprowadzić dwukrotnie) oraz przycisku **Zmień hasło**.

- **Edycja uprawnień użytkownika**

Dostępne są następujące uprawnienia użytkownika:

- ***Administracja uprawnieniami***
  - Administrator
  - Wniosek o konto administratora
  - Wniosek o uprawnienia dministratora
  - Zgody dla pracownika OW o dostęp do Portalu
- ***eWuś***
  - Dostęp do zarządzania systemem eWUŚ
  - Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ
  - Zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ
  - Zarządzanie wnioskami systemu eWUŚ
- ***Inne***
  - Kontrakty (Wiadomości Kontrakty)
  - Prawo pozwalające na sprawdzenie objęcia pacjentki programem KOC
  - Przegląd i wypełnianie ankiet

© 2026 Kamsoft S.A.

- Realizator ortopedyczny - generowanie i zatwierdzanie sprawozdań dla OW NFZ
- Realizator ortopedyczny - modyfikacja ustawień dla OW NFZ
- Realizator ortopedyczny - rejestracja wniosków i kart zaopatrzenia
- Rejestracja diagramów uzębienia
- Świadczenia (Wiadomości Deklaracje POZ)
- Wnioski o zmianę miejsca udzielenia świadczeń
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne - obsługa zestawień refundacyjnych
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne - podgląd zrealizowanych w systemie eZWM zleceń zaopatrzenia
- Zgłoszenie informacji dot. podwyżki wynagrodzenia zasadniczego

- ***Obsługa umów i kontraktowanie***
  - Generowanie, pobranie oraz przegląd pliku o strukturze (komórki, personel)
  - Moje wnioski o umowę (apteki)
  - Pobieranie plików z umowami
  - Przegląd i pobieranie plików z definicją postępowania
  - Przegląd planów umów
  - Przegląd umów
  - Przygotowanie ofert i wniosków oraz obsługa postępowań
  - Raport z utworzenia szablonu umowy
  - Wnioski w sprawie rachunków bankowych dla umów
  - Wnioski w sprawie rachunku bankowego apteki
- ***Podstawowe***
  - Akcje przekazywania danych - przegląd akcji
  - Akcje przekazywania danych - zarządzanie akcjami
  - Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta
  - Logowanie do Portalu
  - Logowanie do Portalu tylko w zakresie zarządzania kontem użytkownika
  - Przegląd nowości i komunikatów
  - Przegląd stanu komunikacji / przetwarzania danych w OW NFZ
  - Przegląd szczegółów złożonych deklaracji POZ
  - Przegląd wiadomości - dostęp do danych wrażliwych
  - Przegląd złożonych deklaracji POZ
  - Wczytywanie plików do Systemu Oddziałowego
  - Zgłaszanie problemów i pytań do oddziału
- ***Potencjał***
  - Modyfikacja danych własnych
  - Modyfikacja personelu
  - Portal Potencjału - dane świadczeniodawcy
  - Portal Potencjału - dostęp do danych osobowych
  - Portal Potencjału - moje dane
  - Portal Potencjału - personel
  - Portal Potencjału - produkty handlowe
  - Portal Potencjału - profile potencjału
  - Portal Potencjału - przekształcenia strukturalne związane z cesjami

© 2026 Kamsoft S.A.

- Portal Potencjału - przenoszenie komórki
- Portal Potencjału - sprzęt świadczeniodawcy
- Portal Potencjału - struktura świadczeniodawcy
- Portal Potencjału - umowy podwykonawstwa
- Portal Potencjału - wejście do aneksowania
- Portal Potencjału - zestawy produktów handlowych
- Portal Potencjału - zmiany danych personelu
- Przegląd danych własnych
- Przegląd personelu

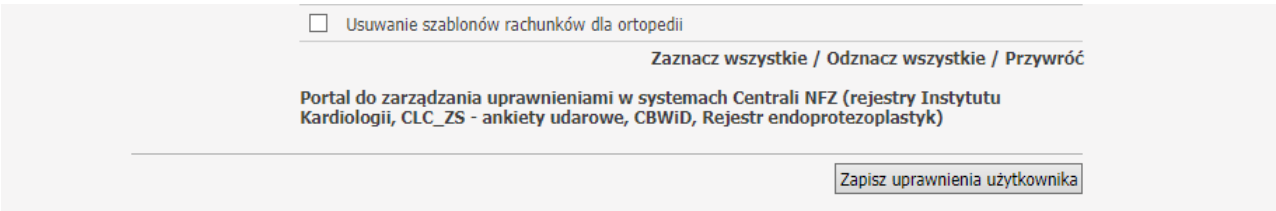
- ***Recepty***
  - Generowanie numerów recept
  - Obsługa punktu dystrybucji recept
  - Pobieranie plików z receptami zastrzeżonymi
  - Przegląd informacji o recepcie
  - Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej
  - Przekazywanie danych z aptek (pliki z receptami)
  - Sprawdzenie poprawności recepty
  - Wniosek o zastrzeżenie recept
  - Zastrzeżenie recepty
  - Zestawienie statystyczne recept
- ***Rozliczenia***
  - Dodawanie zleceń naliczania świadczeń do zapłaty
  - Generowanie rachunków elektronicznych (REF)
  - Generowanie sprawozdania zbiorczego z sprawozdania szczegółowego
  - Okresy rozliczeniowe
  - Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
  - Przegląd decyzji OW
  - Przegląd faktur
  - Przegląd płatności umów
  - Przegląd przelewów bankowych
  - Przegląd wspomagania rozliczeń
  - Przegląd wyników weryfikacji
  - Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP
  - Przygotowywanie skierowań na leczenie sanatoryjne
  - Wnioski o rozliczenie indywidualne
  - Wnioski w sprawie wcześniejszego rozliczenia świadczeń
  - Wyznaczanie grup JGP
  - Zgłoszenie liczby etatów dla lekarzy specjalistów
  - Zgłoszenie liczby etatów dla pielęgniarek i położnych
  - Zgłoszenie liczby etatów dla ratowników medycznych
- ***Systemy centralne***
  - Uprawnienie DiLO
  - Uprawnienie dostępowe do systemu eZWM

© 2026 Kamsoft S.A.

- Zarządzanie relacją lekarz/świadczeniodawca (PKUŚ - procesy koordynowanego udzielania świadczeń; KOS-Zawał, POZ PLUS, CZP)
- Zarządzanie modułem DiLO
- Zarządzanie modułem kolejek centralnych
- Zarządzanie modułem PKUŚ (procesy koordynowanego udzielania świadczeń; KOS-Zawał, POZ PLUS, CZP)
- Zarządzanie pozostałymi systemami centralnymi (rejestry Instytutu Kardiologii, ankiety udarowe, CBWiD, Rejestr endoprotezoplastyk)
- Zarządzanie rejestrami Instytutu Kardiologii
- Zarządzanie relacją lekarz/świadczeniodawca dla systemu DiLO

- ***Techniczne***
  - Pobieranie plików OW
  - Praca z usługą dostępową
  - Przegląd instalacji otwartych
  - Przegląd przesyłek
  - Wniosek o instalację otwartą
- ***Zaopatrzenie w wyroby medyczne***
  - Przegląd zrealizowanych świadczeń ortopedycznych
  - Przekazywanie danych z zaopatrzenia ortopedycznego
  - Usuwanie przesyłek ortopedycznych
  - Usuwanie szablonów rachunków dla ortopedii

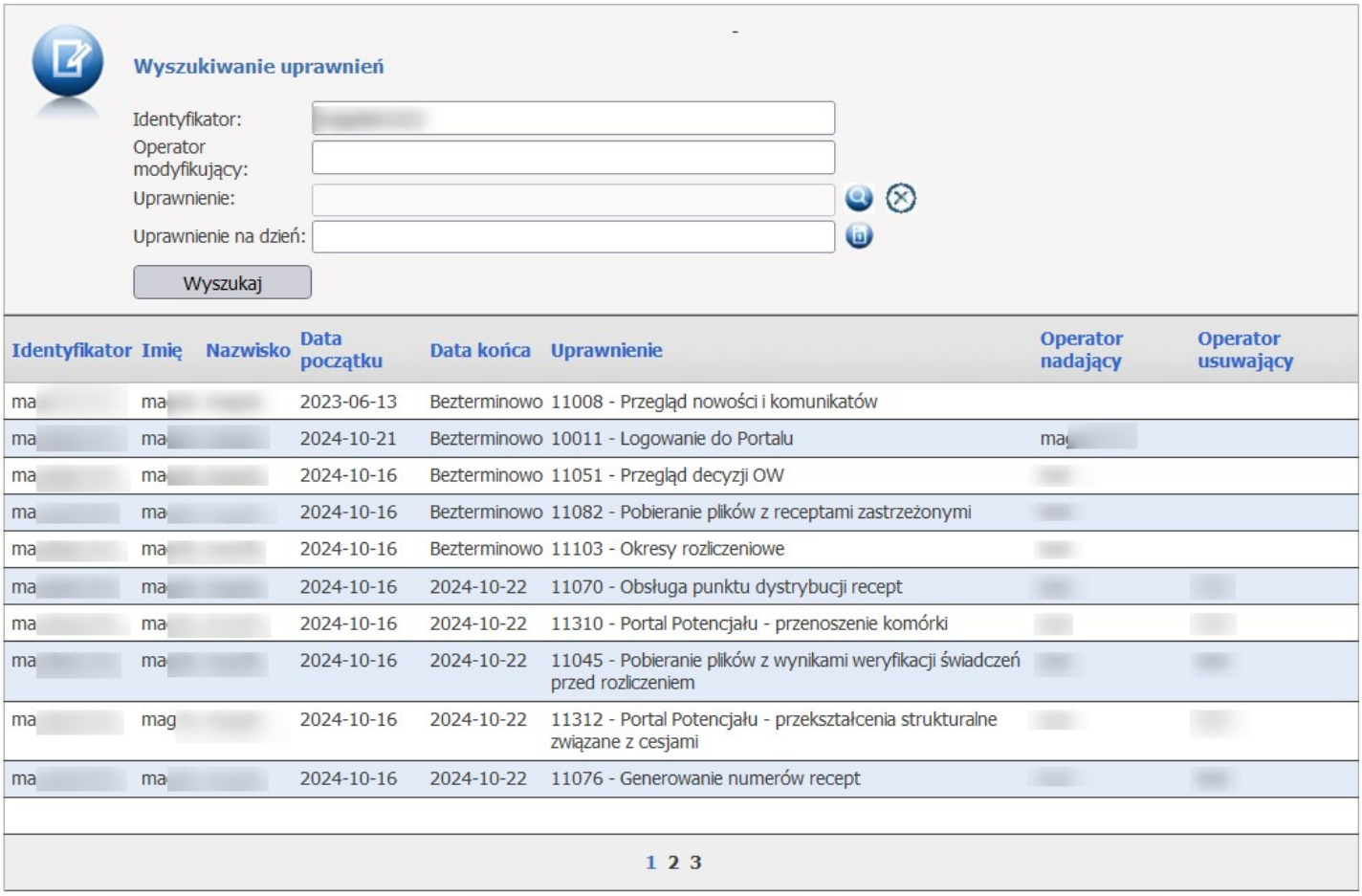
Poniżej uprawnień znajduje się odnośnik **Portal do zarządzania uprawnieniami w systemach Centrali NFZ (rejestry Instytutu Kardiologii, CLC_ZS - ankiety udarowe, CBWID, Rejestr endoprotezoplastyk)** pozwalający administratorowi na zalogowanie się do portalu systemu zarządzania uprawnieniami do rejestrów (KAAS-ADM-SYS), który umożliwia nadawanie dostępu do aplikacji **Ankiety udarowe** wybranym operatorom świadczeniodawcy. Opis nadawania dostępu do aplikacji **Ankiety udarowe** został opisany w następnym podrozdziale.



Nadawanie/odbieranie poszczególnych uprawnień odbywa się poprzez zaznaczenie/odznaczenie pola przy wybranym uprawnieniu. Zaznaczone pole oznacza nadane uprawnienia.
Przycisk **Zaznacz wszystkie** znajdujący się pod uprawnieniami dotyczącymi Portalu Świadczeniodawcy umożliwia zaznaczenie wszystkich pól, przycisk **Odznacz wszystkie** odznacza wszystkie pola. Przycisk **Przywróć** pozwala na przywrócenie uprawnień do ustawień sprzed zmian ale przed ich zapisaniem przy pomocy przycisku **Zapisz uprawnienia użytkownika**.

© 2026 Kamsoft S.A.

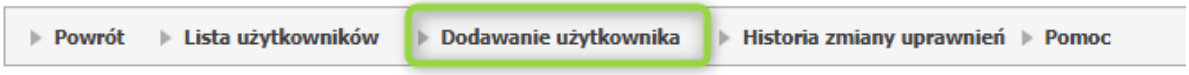
Przycisk **Historia zmiany uprawnień** prezentuje historię zmian uprawnień w kontekście danego użytkownika dokonanej zarówno przez operatora portalu jak i operatora OW (w zakresie, w jakim operator OW zarządza uprawnieniami operatora portalu).
Poniżej sekcji wyszukiwania wyświetlona jest tabela w której znajduje się lista składająca się z identyfikatora, imienia, nazwiska, daty początku, daty końca, uprawnienia oraz operatora nadającego.



Użytkownik może skorzystać z wyszukiwarki uprawnień.
W części **Wyszukiwanie uprawnień** znajdują się filtry:
- Identyfikator;
- Operator modyfikujący;
- Uprawnienie;
- Uprawnienia na dzień;

*****

Dodawanie użytkownika



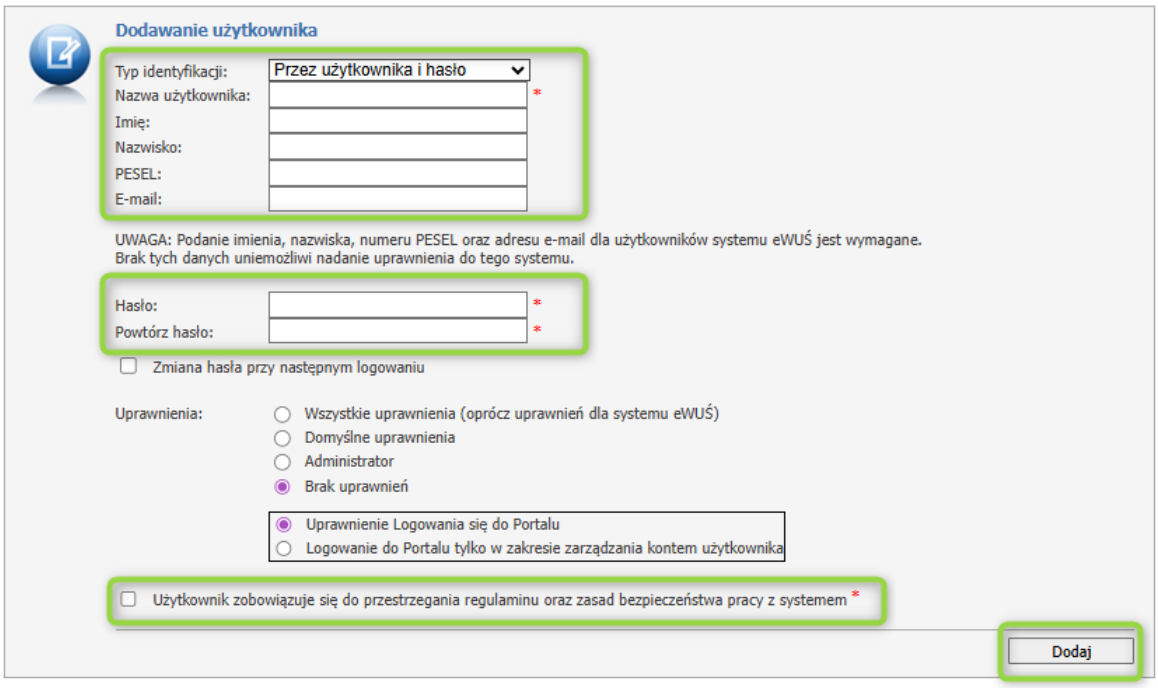
© 2026 Kamsoft S.A.

Wybranie tej opcji powoduje przejście do strony na której mamy możliwość dopisania osoby do listy użytkowników, posiadających dostęp do portalu za pomocą hasła i użytkownika bądź za pomocą karty.

Operator wprowadza nazwę użytkownika, imię, nazwisko, PESEL (wymagany dla użytkowników systemu eWUŚ - dla pozostałych opcjonalny), e-mail oraz hasło (dwukrotnie) a następnie zatwierdzić przyciskiem **Dodaj**. Użytkownik zostanie dopisany do listy.

Zaznaczenie *Domyślne uprawnienia* spowoduje nadanie nowo dodawanemu użytkownikowi domyślnych uprawnień zdefiniowanych przez OW NFZ.

Zaznaczenie znacznika *Zmiana hasła przy następnym logowaniu* wymusza zmianę hasła użytkownikowi przy następnym logowaniu.



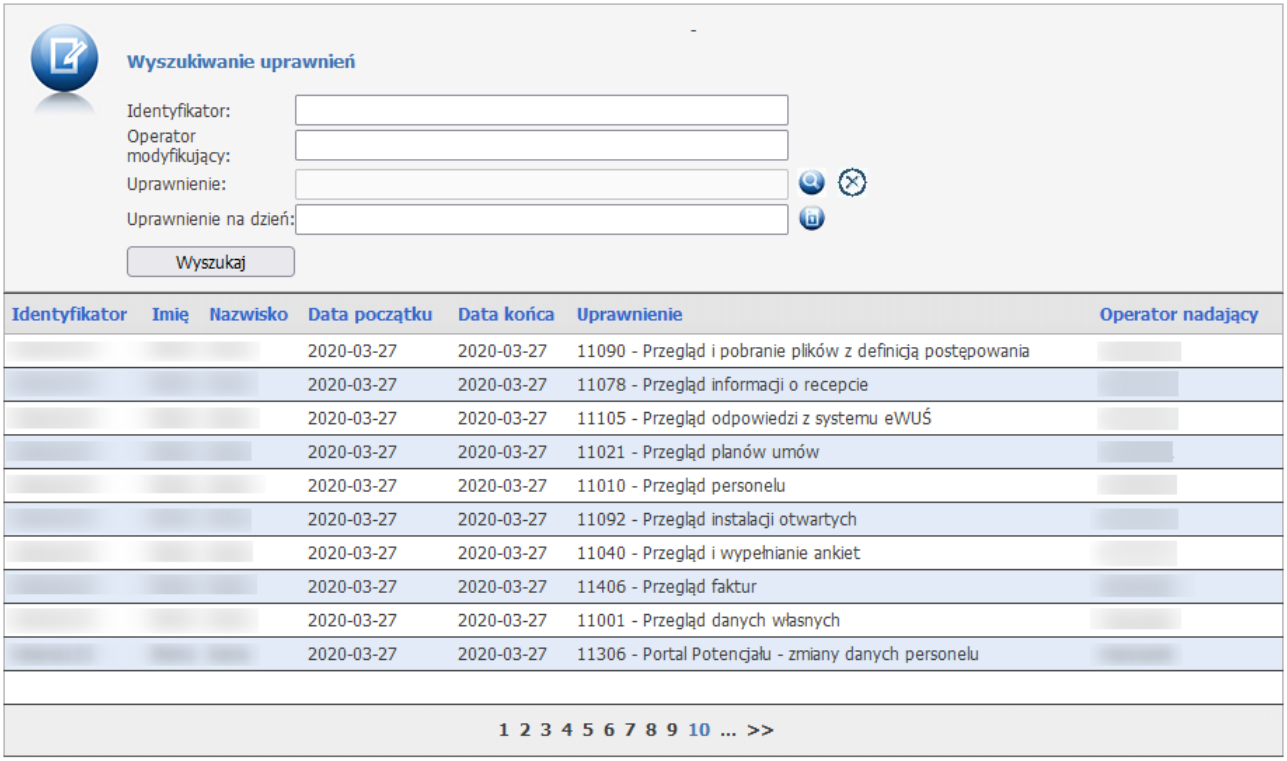
Uprawnienie „Logowanie do Portalu" pozwala na wejście do Portalu Świadczeniodawcy i obsługę funkcji, które nie wymagają dodatkowych uprawnień.
Uprawnienie „Logowanie do Portalu tylko w zakresie zarządzania kontem użytkownika" umożliwia jedynie zarządzanie swoim własnym kontem.

Uwaga:
- Tylko administratorzy mogą modyfikować uprawnienia dostępu innych użytkowników portalu.
- Administrator z poziomu portalu może nadać uprawnienia administratora innym użytkownikom.
- Świadczeniodawca ma możliwość określenia lub zdjęcia z poziomu portalu praw administracyjnych.
- Nowych użytkowników może dopisywać jedynie OW NFZ.

*****

Historia zmiany uprawnień

© 2026 Kamsoft S.A.



Wybranie tej opcji powoduje przejście do strony na której prezentowany jest podgląd pokazujący zmianę wybranego uprawnienia w czasie w ramach funkcji Administracja prawami dostępu – Przegląd uprawnień nadanych użytkownikom portalu.

Użytkownik może skorzystać z wyszukiwarki uprawnień.
W części **Wyszukiwanie uprawnień** znajdują się filtry:
- Identyfikator;
- Operator modyfikujący;
- Uprawnienie;
- Uprawnienia na dzień;

Poniżej sekcji wyszukiwania wyświetlona jest tabela w której znajduje się lista składająca się z identyfikatora, imienia, nazwiska, daty początku, daty końca, urpawnienia oraz operatora nadającego.

Historia zmian jest prezentowana od daty jej wprowadzenia.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.2.1 Nadawanie uprawnień do systemów centralnych [KAAS-ADM-SYS]

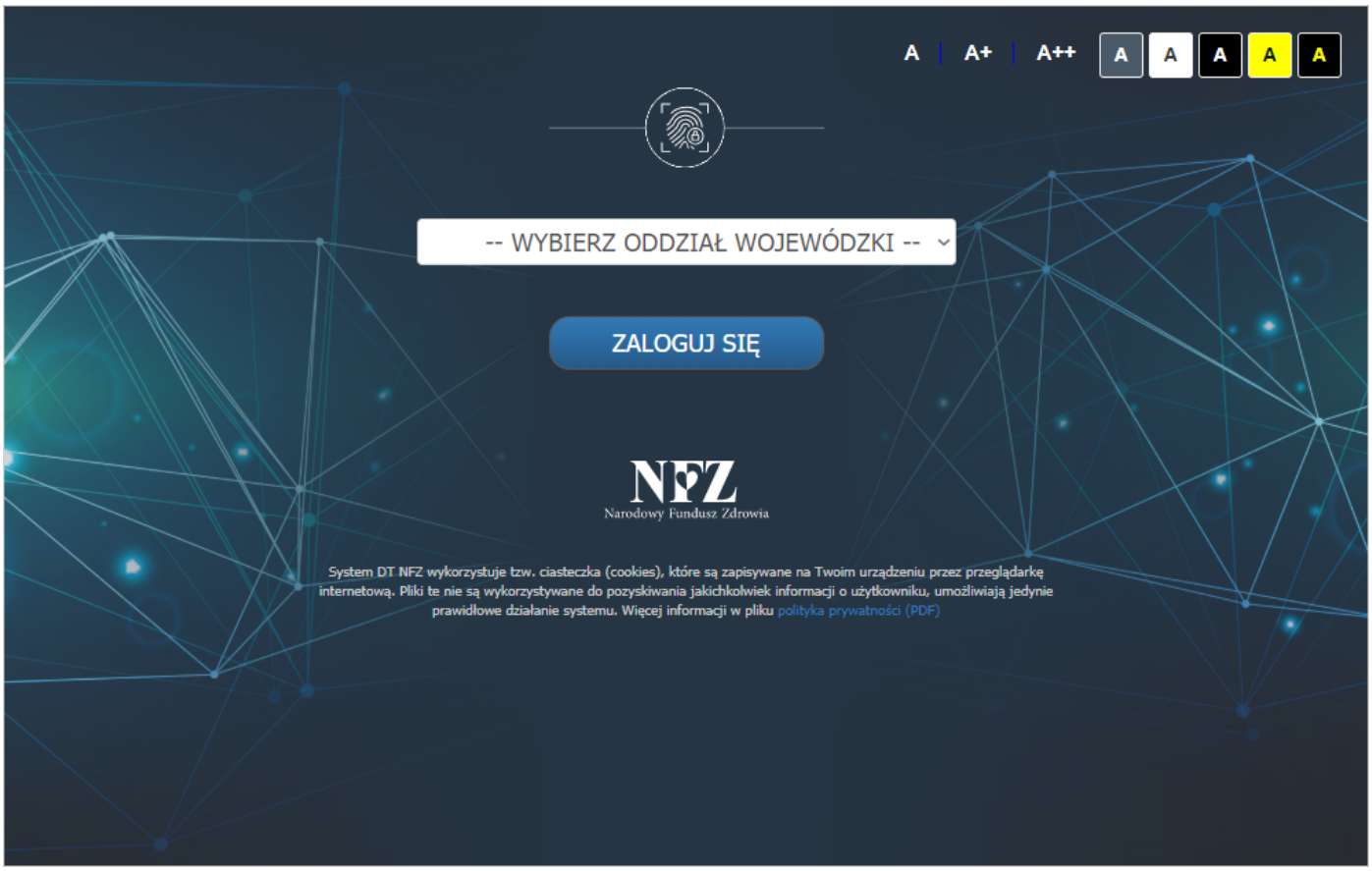
System KAAS-MGR-SYS (menadżer uprawnień świadczeniodawcy) jest modułem centralnym przeznaczonym do zarządzania uprawnieniami operatorów świadczeniodawcy.

Dla aplikacji CLC_ZS-Ankiety udarowe zdefiniowany został obiekt uprawnień:

- Dostęp do portalu Ankiety udarowe

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.



W celu zalogowania się do systemu należy:

1. z rozwijanego pola wyboru wybrać właściwy Oddział Wojewódzki
2. z rozwijanego pola wyboru wybrać typ kontrahenta
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.

© 2026 Kamsoft S.A.

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

W celu nadania uprawnienia dostępu do portalu Ankiety udarowe należy:

1. W górnej części okna, w sekcji ***Wybór systemu*** wybrać CLC_ZS-ankiety udarowe.

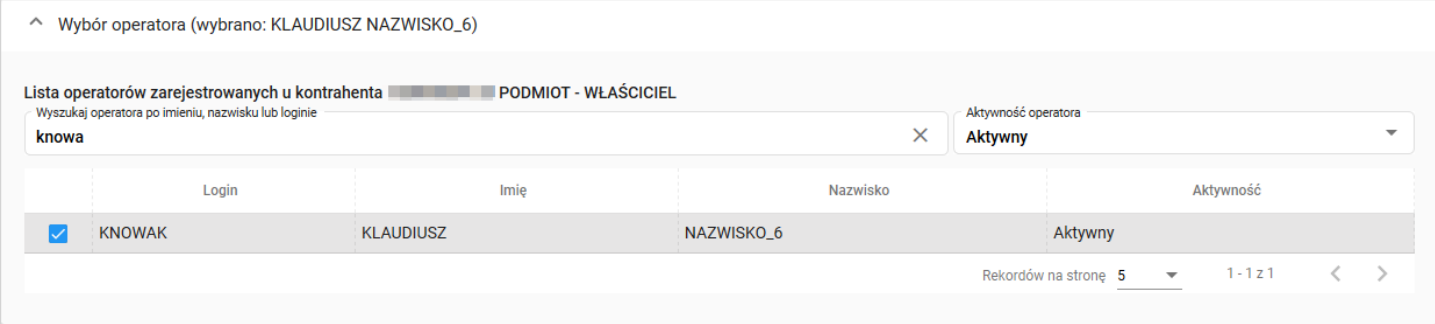
2. W sekcji ***Lista operatorów zarejestrowanych u kontrahenta...***, należy:
   a) korzystając z pola wyszukiwania *Wyszukaj operatora po imieniu, nazwisku lub loginie* wprowadzić ciąg znaków odpowiadający wyszukiwanym danym – lista zostanie odświeżona automatycznie po wprowadzeniu minimum 3 znaków;

© 2026 Kamsoft S.A.

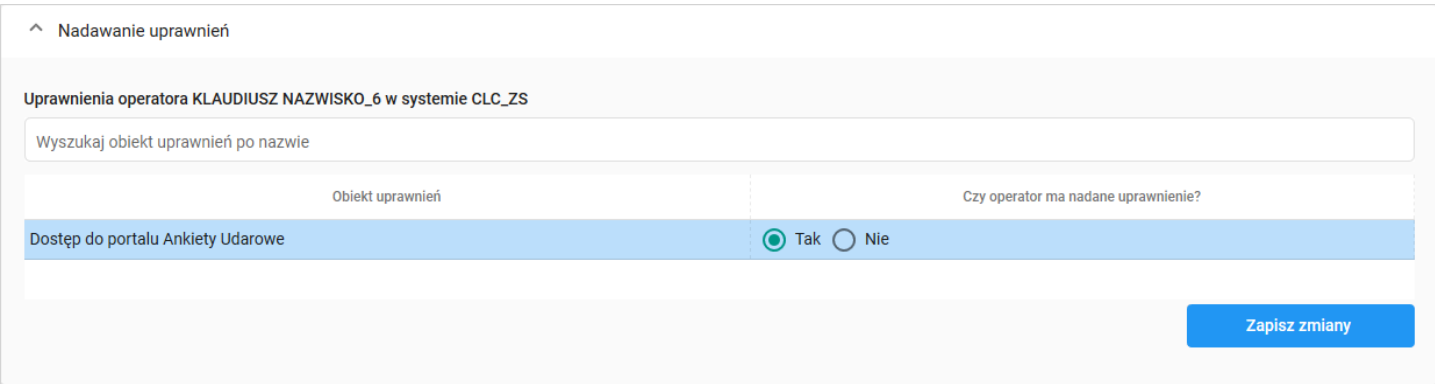
U W A G A !

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)



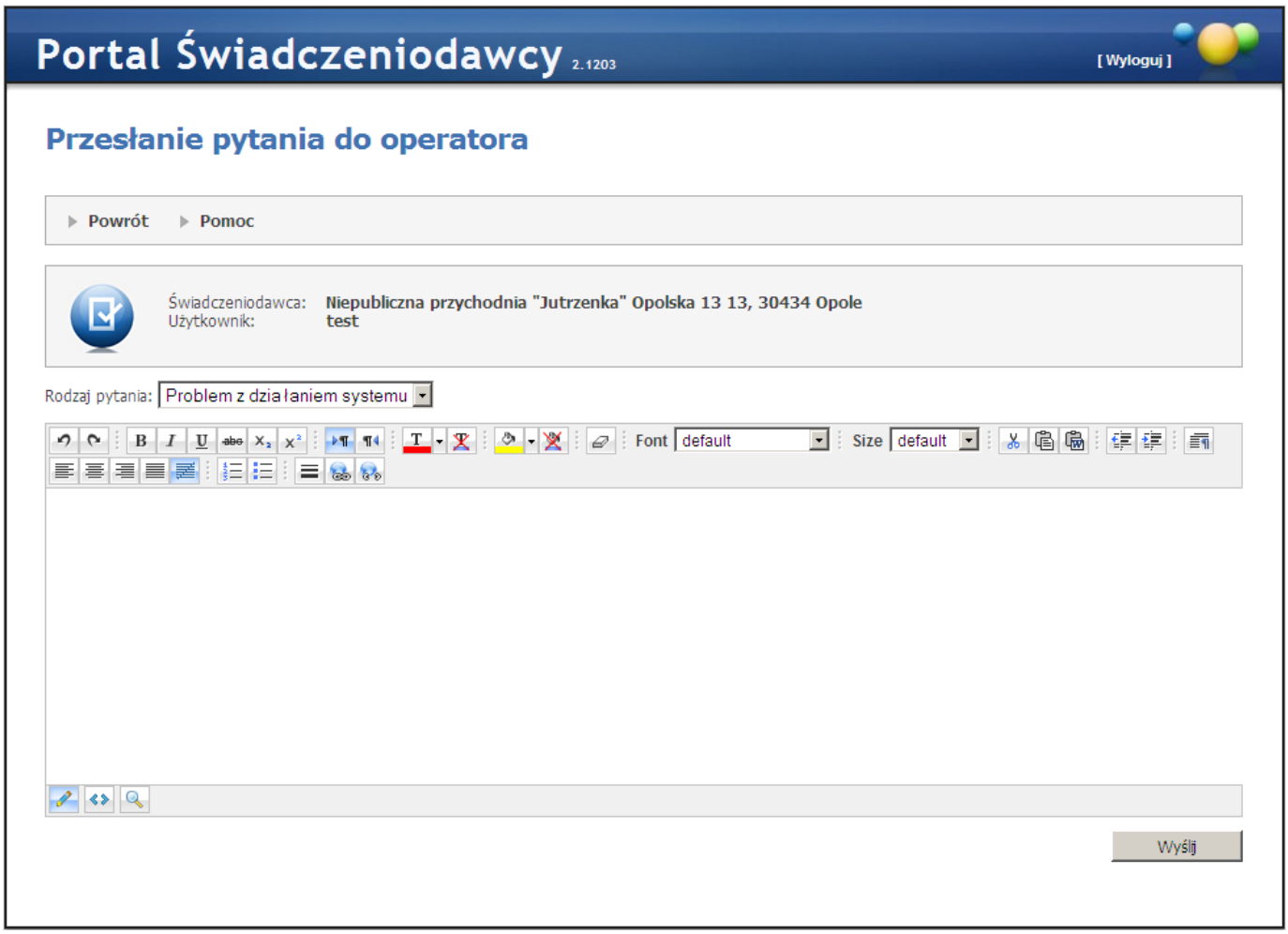
3. W sekcji ***Nadawanie uprawnień*** wyświetlona zostanie informacja o operatorze, dla którego rejestrowane jest uprawnienie: ***Uprawnienia operatora... w systemie...*** Jeśli poprawnie wybrano operatora należy:
   a) Dla obiektu uprawnień *Dostęp do portalu Ankiety udarowe* zaznaczyć opcję ◉ Tak ○ Nie w kolumnie *Czy operator ma nadane uprawnienie*
   b) Kliknąć przycisk **Zapisz zmiany**



© 2026 Kamsoft S.A.

5.3 Przekaż pytanie do operatora

Przekaż pytanie do operatora - wybranie tej opcji umożliwia sformułowanie, a następnie przesłanie zapytania do operatora w oddziale. Przed zredagowaniem wiadomości należy wybrać rodzaj pytania. Jest to o tyle istotne, że każdy rodzaj wiadomości trafia do innych osób. Wybór przycisku **Wyślij** (po wprowadzeniu nowej wiadomości) spowoduje wysłanie go do operatora w oddziale NFZ. Wybranie przycisku **Powrót** spowoduje przejście do strony głównej **Portalu Świadczeniodawcy**.



5.4 Zarządzanie upoważnieniami do korzystania z systemu eWUŚ

Funkcja **Zarządzanie upoważnieniami do korzystania z systemu eWUŚ** umożliwia:

- składanie wniosków o nadanie upoważnienia - umożliwia zarejestrowanie wniosku i przekazanie go do OW NFZ.
- zarządzanie operatorami.
- przegląd wniosków o uprawnienia administratora.
- przegląd i składanie wniosków o przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.

By mieć możliwość korzystania z funkcjonalności świadczeniodawca powinien posiadać upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ. Jeśli takowego nie posiada należy złożyć wniosek o jego nadanie klikając przycisk Utwórz wniosek.

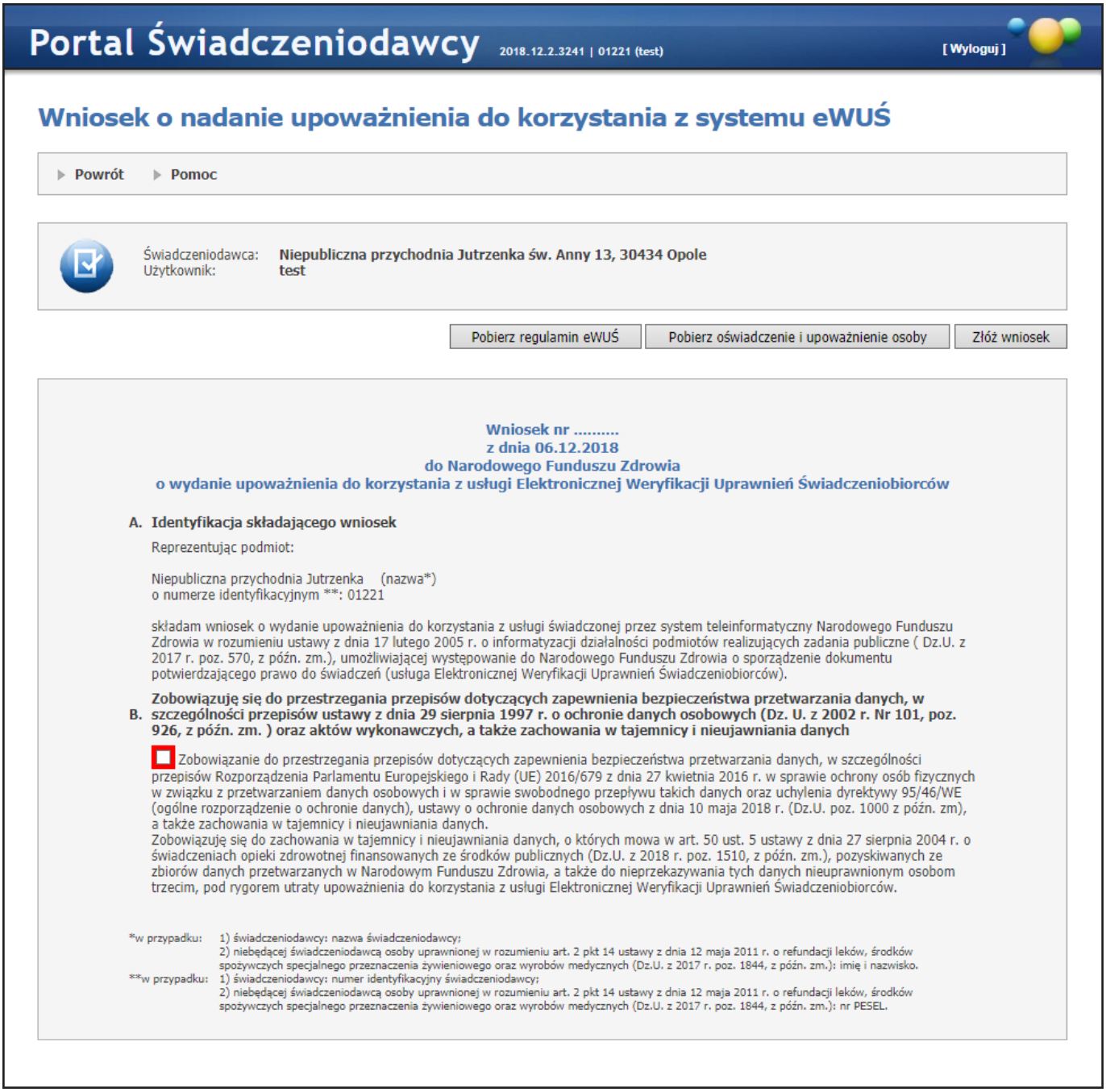
© 2026 Kamsoft S.A.

Przed przekazaniem wniosku do OW NFZ świadczeniodawca przez zaznaczenie odpowiednich pól we wniosku zobowiązany jest potwierdzić zobowiązanie się do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych, a także zasad poufności i tajemnicy danych (zgodnie z zobowiązaniem w sekcji B na wniosku).

Regulamin dostępny jest w formie pliku pdf. Można go pobrać klikając przycisk Pobierz regulamin eWUŚ.

Oświadczenie i upoważnienie operatora jest dostępne w formie pliku pdf. Można je pobrać klikając przycisk Pobierz oświadczenie i upoważnienie osoby.

© 2026 Kamsoft S.A.



Kliknięcie przycisku Złóż wniosek spowoduje zapisanie wniosku w systemie. Do czasu podjęcia wniosku przez pracownika OW NFZ wniosek można anulować.

Rejestracja wniosku jest w pełni automatyczna i nie wymaga dodatkowych danych. Wszystkie wymagane na wniosku dane (dane świadczeniodawcy) są wypełniane na podstawie kontekstu zalogowanego użytkownika.

Złożenie wniosku jest możliwe tylko w przypadku (wszystkie warunki muszą być spełnione):

- gdy świadczeniodawca nie posiada ważnego upoważnienia;
- gdy świadczeniodawca posiada aktualną umowę z NFZ;
- gdy żaden inny wniosek świadczeniodawcy o wydanie upoważnienia nie będzie oczekiwał na decyzję OW NFZ.

© 2026 Kamsoft S.A.

W przypadku zaistnienia którejkolwiek sytuacji blokującej przyjęcie wniosku, użytkownik zostanie poinformowany o powodzie nieprzyjęcia wniosku.

Podjęcie wniosku przez OW spowoduje automatyczne przygotowanie dla świadczeniodawcy upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ, a sam wniosek uzyska status: ***w trakcie akceptacji***. Przygotowanie upoważnienia związane jest z wygenerowaniem unikalnego numeru upoważnienia.

Jeśli świadczeniodawca ma ważne upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ, to nie ma możliwości złożenia wniosku.

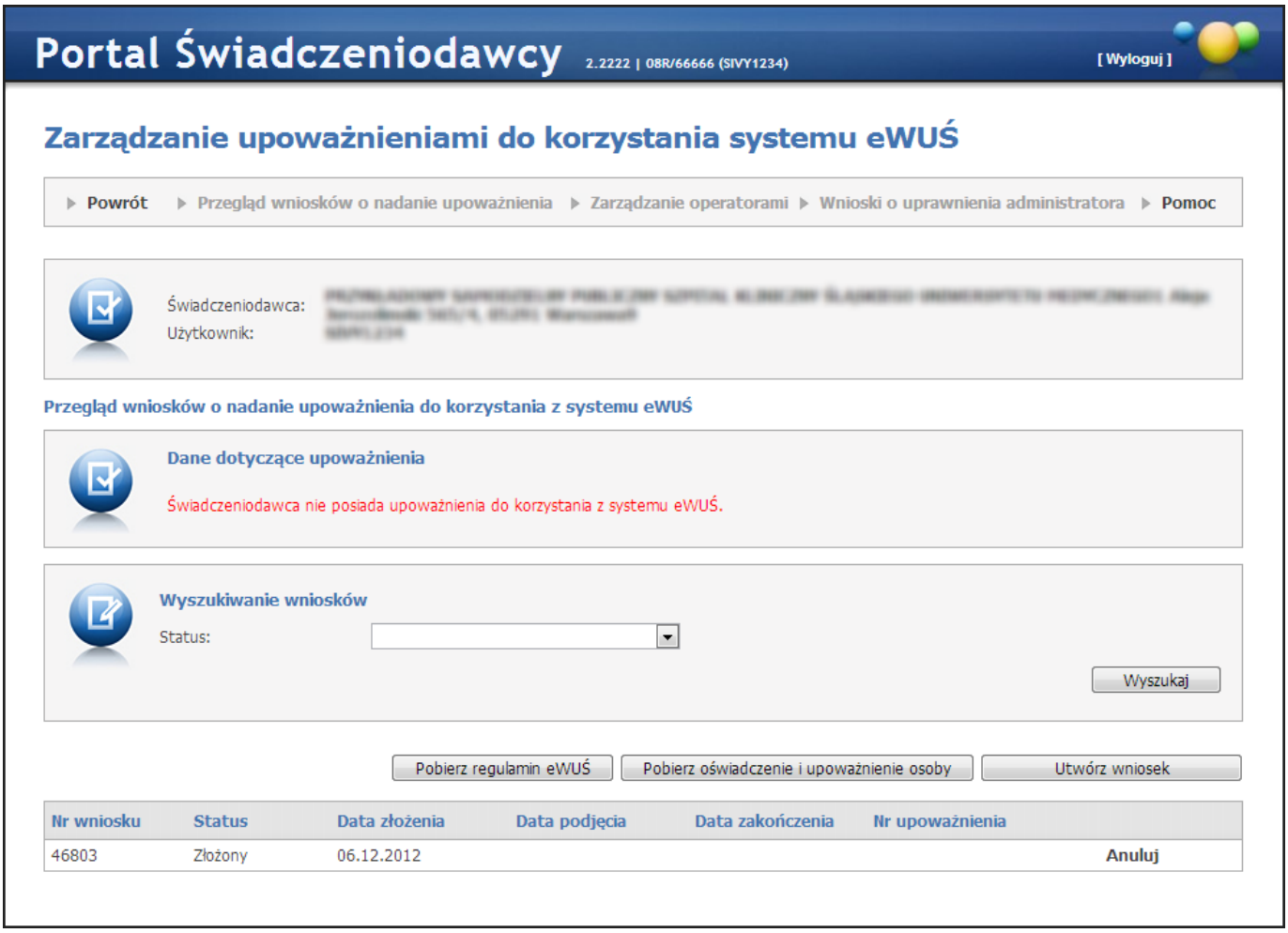
- Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia
- Zarządzanie operatorami
- Wnioski o uprawnienia administratora

© 2026 Kamsoft S.A.

5.4.1 Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia

Funkcjonalność umożliwia przegląd złożonych wniosków wraz z informacją o statusie jego realizacji. Wnioski mogą znajdować się w jednym ze statusów:

- złożony – status taki otrzymuje wniosek po zapisaniu w Portalu Świadczeniodawcy;
- w przygotowaniu – status taki otrzymuje wniosek po jego wstępnej akceptacji przez operatora OW NFZ;
- zatwierdzony – status taki otrzymuje wniosek, dla którego wydano ważne upoważnienie;
- anulowany – status taki otrzymuje wniosek anulowany przez świadczeniodawcę;
- odrzucony – status taki otrzymuje wniosek, dla którego decyzja o wydaniu upoważnienia była negatywna.



Na przeglądzie złożonych wniosków, w części ***Wyszukiwanie wniosków***, znajduje się pole *Status* pozwalające na wyszukiwanie wniosków spełniających wybrany status. Wyszukiwanie wniosków następuje po kliknięciu przycisku [Wyszukaj].

Przycisk [Utwórz wniosek] pozwala na utworzenie nowego wniosku. Sposób tworzenia wniosku został opisany w poprzednim rozdziale.

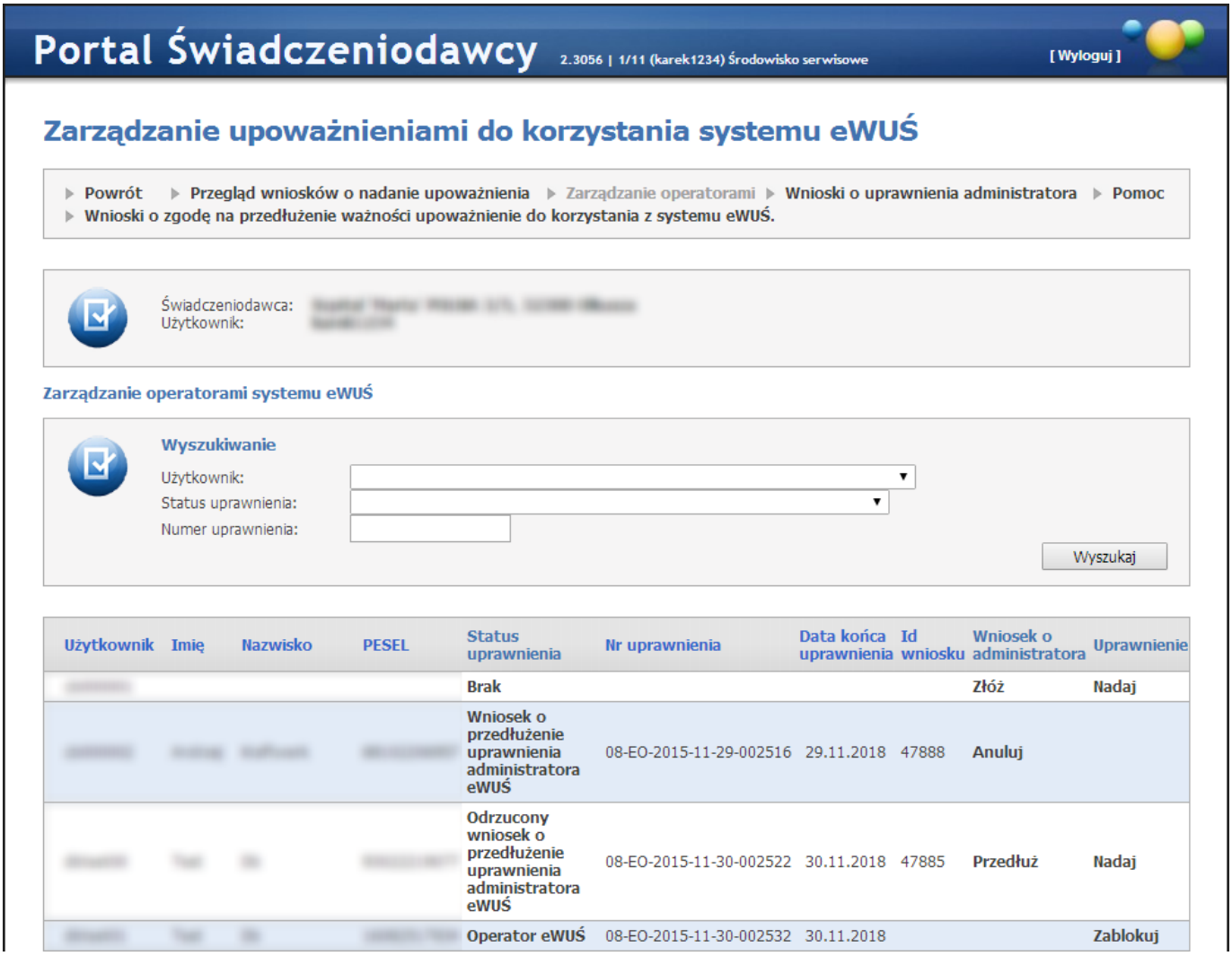
W dolnej części okna znajduje się tabela zawierająca wnioski spełniające kryteria wyszukiwania. Z lewej strony każdego wiersza w tabeli znajduje się przycisk **Anuluj**, który pozwala na anulowanie złożonego wniosku, jednakże tylko do momentu podjęcia wniosku przez operatora OW.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.4.2 Zarządzanie operatorami

Funkcjonalność **Zarządzanie operatorami** umożliwia:

- wnioskowanie o nadanie uprawnienia administratora lokalnego dla wybranego operatora
- nadawanie wybranym operatorom uprawnień do korzystania z systemu eWUŚ
- przegląd wniosków o nadanie uprawnień administratora lokalnego



W oknie możliwy jest przegląd i wyszukiwanie użytkowników świadczeniodawcy mających uprawnienia do korzystania z systemu eWUŚ.

W części ***Wyszukiwanie*** znajdują się filtry:

- *Użytkownik;*
- *Status uprawnienia;*
- *Numer uprawnienia;*

pozwalające na precyzowanie warunków wyszukiwania użytkowników. Wyszukiwanie użytkowników następuje po kliknięciu przycisku Wyszukaj.

Poniżej znajduje się tabela, ze wszystkimi użytkownikami spełniającymi kryteria wyszukiwania określone w filtrach. W kolumnie *Status* uprawnienia znajdują się uprawnienia użytkownika w systemie eWUŚ.

© 2026 Kamsoft S.A.

W kolumnie *Wniosek o administratora* znajduje się przycisk:

- **Złóż** - pozwalający złożyć wniosek o nadanie uprawnień administratora lokalnego wybranemu użytkownikowi. Szczegóły wnioskowania o nadanie uprawnień administratora został opisane w rozdziale Uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ.
- **Przedłuż** - pozwalający na złożenie wniosku o przedłużenie uprawnienia administratora eWUŚ (dla operatorów, którym zbliża się termin wygaśnięcia uprawnień administratora eWUŚ, po zalogowaniu się do portalu, będzie prezentowana informacja ostrzegająca o tym fakcie). Kliknięcie przycisku spowoduje natychmiastowe złożenie wniosku o przedłużenie ważności uprawnienia administratora eWUŚ. Przedłużenie ważności uprawnienia administratora eWUŚ skutkować będzie wyłączeniem ważności aktualnego uprawnienia i nadaniem nowego z terminem ważności 3 lata. Wniosek zatwierdzany jest przez operatora OW NFZ.
- **Anuluj** - pozwalający na anulowanie ostatnio wykonanej akcji (złożenia bądź przedłużenia) i powrót do stanu sprzed jej wykonania.

W kolumnie *Uprawnienie* znajduje się przycisk:

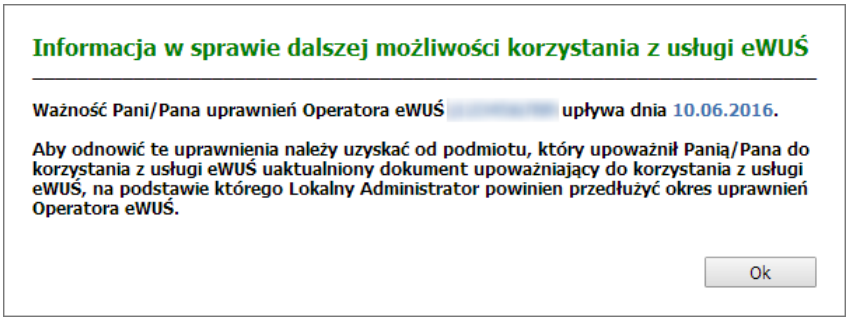
- **Nadaj** dla użytkowników bez uprawnień do systemu eWUŚ - pozwalający nadać wybranemu użytkownikowi uprawnienia operatora systemu eWUŚ;
- **Zablokuj** dla użytkowników z uprawnieniami do systemu eWUŚ - pozwalający zablokować wybranemu użytkownikowi dostęp do systemu eWUŚ;
- **Odblokuj** dla użytkowników z zablokowanym dostępem do systemu eWUŚ - pozwalający odblokować wybranemu użytkownikowi dostęp do systemu eWUŚ;

W przypadku gdy uprawnienie będzie zablokowane przez OW NFZ, informacja ta będzie prezentowana dla danego użytkownika wraz z podaniem przyczyny blokady. W przypadku blokady uprawnienia przez OW NFZ nie będzie możliwe odblokowanie uprawnienia w Portalu Świadczeniodawcy.

Użytkownik	Imię	Nazwisko	PESEL	Status uprawnienia	Nr uprawnienia	Id wniosku	Wniosek o administratora	Uprawnienie
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Operator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012011			Zablokuj
[illegible]				Brak			Złóż	Nadaj
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Administrator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012009	46805		Zablokuj
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Administrator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012008	46804		Zablokuj
[illegible]	[illegible]	[illegible]		Brak			Złóż	Nadaj
[illegible]				Brak			Złóż	Nadaj
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Zablokowane uprawnienie operatora	08-EO-2012-12-06-012010		Złóż	Odblokuj
[illegible]				Brak			Złóż	Nadaj
[illegible]				Brak			Złóż	Nadaj
[illegible]				Brak			Złóż	Nadaj
1 2 3								

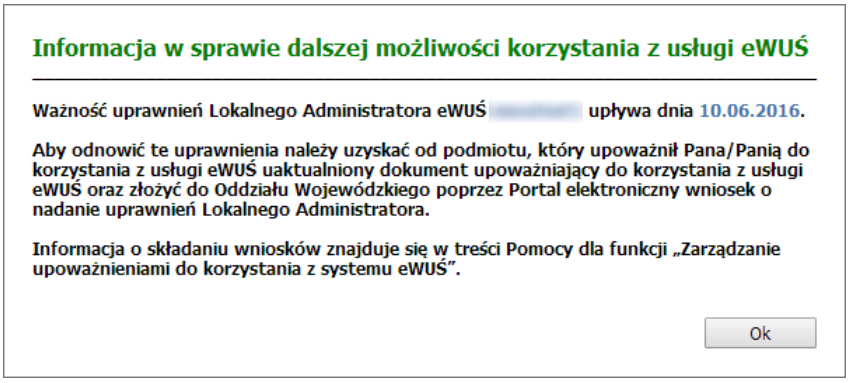
Jeżeli operatorowi niebędącemu administratorem do dnia wygaśnięcia upoważnień do eWUŚ pozostało 7 dni lub mniej to w czasie logowania się operatora do systemu, system wyświetli mu następującą informację:

© 2026 Kamsoft S.A.

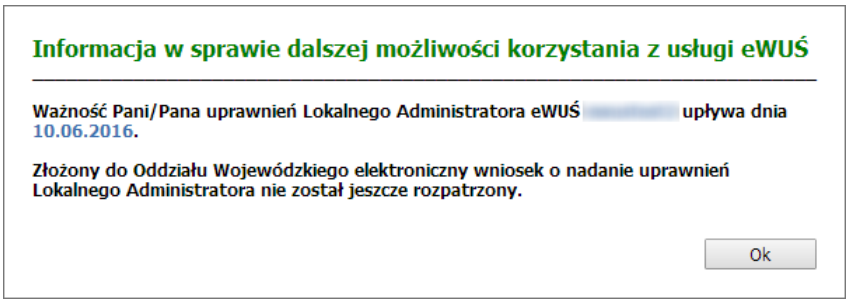


Jeżeli operatorowi będącemu administratorem do dnia wygaśnięcia uprawnień pozostało 7 dni lub mniej to w czasie logowania się administratora do systemu, system wyświetli mu następującą informację:

- Jeżeli operator nie złożył jeszcze wniosku o przedłużenie uprawnień:



- Jeżeli operator złożył już wniosek o przedłużenie uprawnień a wniosek ten nie został jeszcze zaakceptowany przez pracownika OW NFZ:



5.4.2.1 Uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ

Wnioski o nadanie uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia zarejestrowanie wniosku o uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ wniosku i przekazanie go do OW NFZ. Do czasu podjęcia wniosku przez pracownika OW NFZ wniosek można anulować.
Rejestracja wniosku jest w pełni automatyczna i wymaga tylko wskazania istniejącego w portalu użytkownika. Użytkownik ten musi mieć wcześniej uzupełnione informacje takie jak:

- imię
- nazwisko
- PESEL

© 2026 Kamsoft S.A.

Wszystkie pozostałe wymagane na wniosku dane (dane świadczeniodawcy) będą wypełnione na podstawie kontekstu zalogowanego użytkownika.

Złożenie wniosku jest możliwe tylko przez świadczeniodawców posiadających ważne upoważnienie wydane przez OW NFZ. W przypadku braku aktualnego upoważnienia, Portal Świadczeniodawcy zablokuje dostęp do funkcji rejestracji wniosku.
W przypadku, gdy dany użytkownik ma zablokowane przez OW NFZ wcześniej przyznane uprawnienie operatora, nie będzie możliwe złożenie dla niego wniosku o administratora lokalnego. Najpierw jest wymagane zdjęcie blokady z uprawnienia operatora przez pracownika OW NFZ.

Możliwe będzie złożenie kilku wniosków o administratora lokalnego, dotyczących różnych użytkowników portalu.

Złożenie wniosku dla danego użytkownika będzie możliwe tylko w przypadku:

- gdy żaden inny wniosek o nadanie uprawnienia administratora dla danego użytkownika nie będzie oczekiwał na decyzję OW NFZ;
- gdy użytkownik nie ma nadanego aktualnego uprawnienia administratora;

Wnioski mogą być składane tylko dla operatora posiadającego aktualne upoważnienie świadczeniodawcy zgodne z załącznikiem nr 1 do regulaminu korzystania przez świadczeniodawców z systemu eWUŚ, wydawane na okres nie dłuższy niż 3 lata. Upoważnienia te nie są rejestrowane w Portalu Świadczeniodawcy, obowiązek ich posiadania i przechowywania należy do świadczeniodawcy.

Wniosek o lokalnego administratora nie ma formy papierowej – akceptowany jest przez OW na podstawie wniosku elektronicznego w systemie.
Akceptacja wniosku przez OW spowoduje automatyczne przyznanie użytkownikowi uprawnienie lokalnego administratora systemu eWUŚ. Nadanie uprawnienia związane jest z wygenerowaniem unikalnego numeru uprawnienia.
Uprawnienie administratora lokalnego nadawane będą na okres 3 lat od dnia złożenia wniosku.

Zablokowanie uprawnienia lokalnego administratora systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia zablokowanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia lokalnego administratora systemu eWUŚ.
Zablokować uprawnienie lokalnego administratora systemu eWUŚ może:

- inny lokalny administrator systemu eWUŚ
- użytkownik Portalu Świadczeniodawcy posiadający uprawnienie zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ.

Zablokowanie uprawnienia lokalnego administratora jest nieodwracalne. Uprawnienie można odzyskać wnioskując o jego ponowne nadanie. Ponownie nadane uprawnienie administratora lokalnego posiada nowy numer uprawnienia i ponownie wyznaczony okres ważności.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.4.2.2 Uprawnienia operatora systemu eWUŚ

Nadawanie uprawnienia operatora systemu eWUŚ

Funkcja umożliwia nadanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia operatora systemu eWUŚ. Uprawnienie może nadać tylko lokalny administrator systemu eWUŚ.
Uprawnienie to można nadać tylko użytkownikom, którzy mają wypełnione dane:

- imię
- nazwisko
- PESEL

W danym momencie użytkownik może mieć nadane tylko jedno uprawnienie. W przypadku, gdy użytkownik będzie miał już nadane uprawnienie administratora lokalnego bądź operatora, nie będzie możliwości nadania kolejnego uprawnienia.
Nadanie uprawnienia związane jest z wygenerowaniem unikalnego numeru uprawnienia.
Uprawnienie operatora nadawane będą na okres 3 lat od dnia nadania uprawnienia.
Uprawnienia operatora mogą być nadawane tylko dla użytkownika posiadającego aktualne upoważnienie świadczeniodawcy zgodne z załącznikiem nr 2 do regulaminu korzystania przez świadczeniodawców z systemu eWUŚ, wydawane na okres nie dłuższy niż 3 lata.
Upoważnienia te są rejestrowane w Portalu Świadczeniodawcy, obowiązek ich posiadania i przechowywania należy do świadczeniodawcy.

Zablokowanie uprawnienia operatora systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia zablokowanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia operatora.
Zablokować uprawnienie operatora systemu eWUŚ może:

- lokalny administrator systemu eWUŚ
- użytkownik Portalu Świadczeniodawcy posiadający uprawnienie zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ.

Odblokowanie uprawnienia operatora systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwi odblokowanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia operatora.
Odblokować uprawnienie operatora systemu eWUŚ może tylko lokalny administrator systemu eWUŚ.

Uprawnienie to można odblokować tylko użytkownikom, którzy mają wypełnione dane:

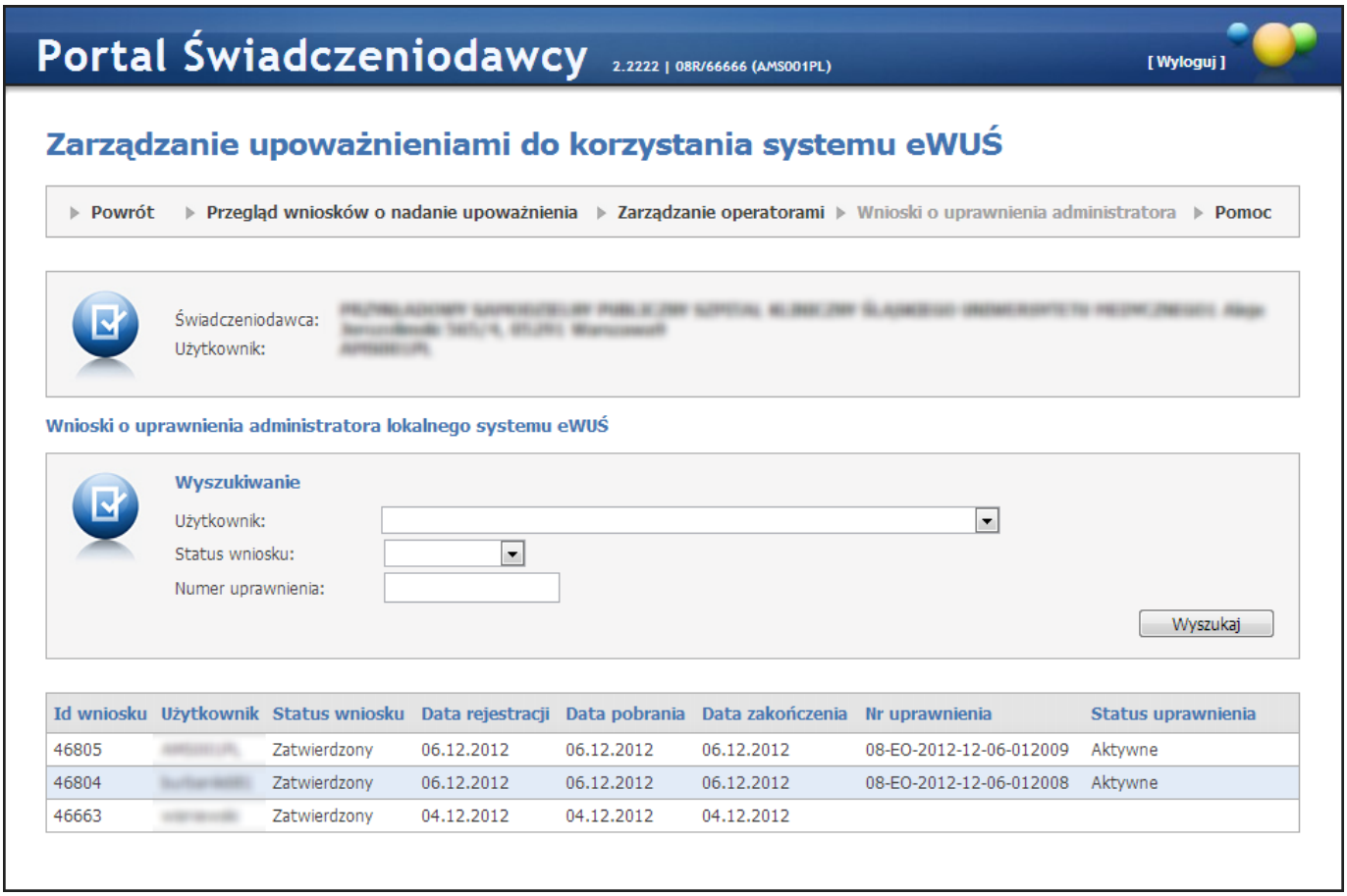
- imię
- nazwisko
- PESEL

Funkcja umożliwi odblokowanie uprawnienia operatora tylko w przypadku, gdy blokada uprawnienia została zrealizowana przez użytkownika Portalu Świadczeniodawcy. W przypadku, gdy blokada została nałożona przez operatora OW NFZ, odblokowanie uprawnienia użytkownika w Portalu Świadczeniodawcy nie będzie możliwe. Uprawnienie to w takim przypadku może odblokować tylko operator OW NFZ.
Odblokowanie uprawnienia operatora będzie także niemożliwe, jeśli w między czasie użytkownikowi nadano uprawnienie administratora lokalnego.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.4.3 Wnioski o uprawnienia administratora

W oknie możliwy jest przegląd i wyszukiwanie wniosków o uprawnienia administratora.



W części ***Wyszukiwanie*** znajdują się filtry:

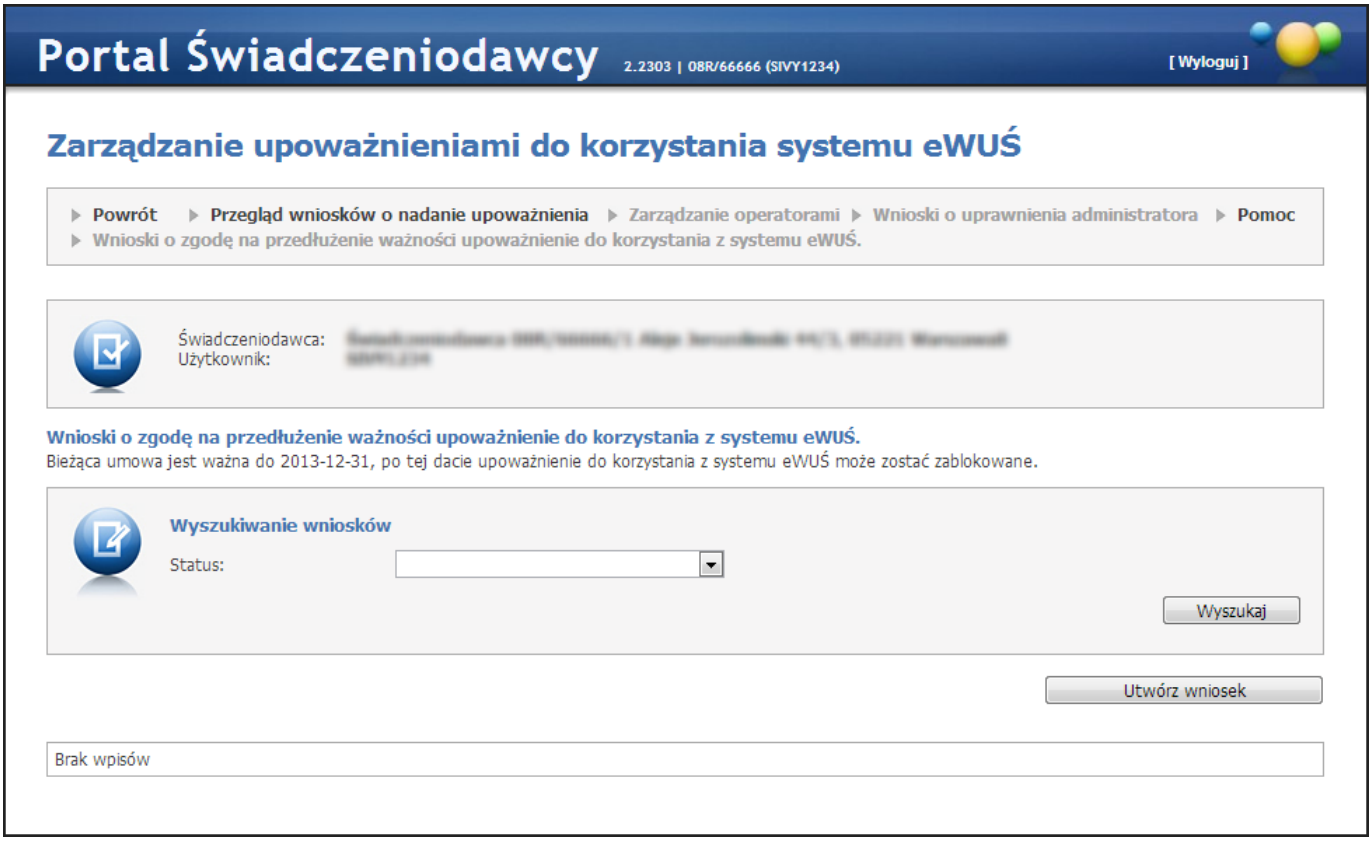
- *Użytkownik;*
- *Status uprawnienia;*
- *Numer uprawnienia;*

pozwalające na precyzowanie warunków wyszukiwania wniosków. Wyszukiwanie wniosków następuje po kliknięciu przycisku Wyszukaj.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.4.4 Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.

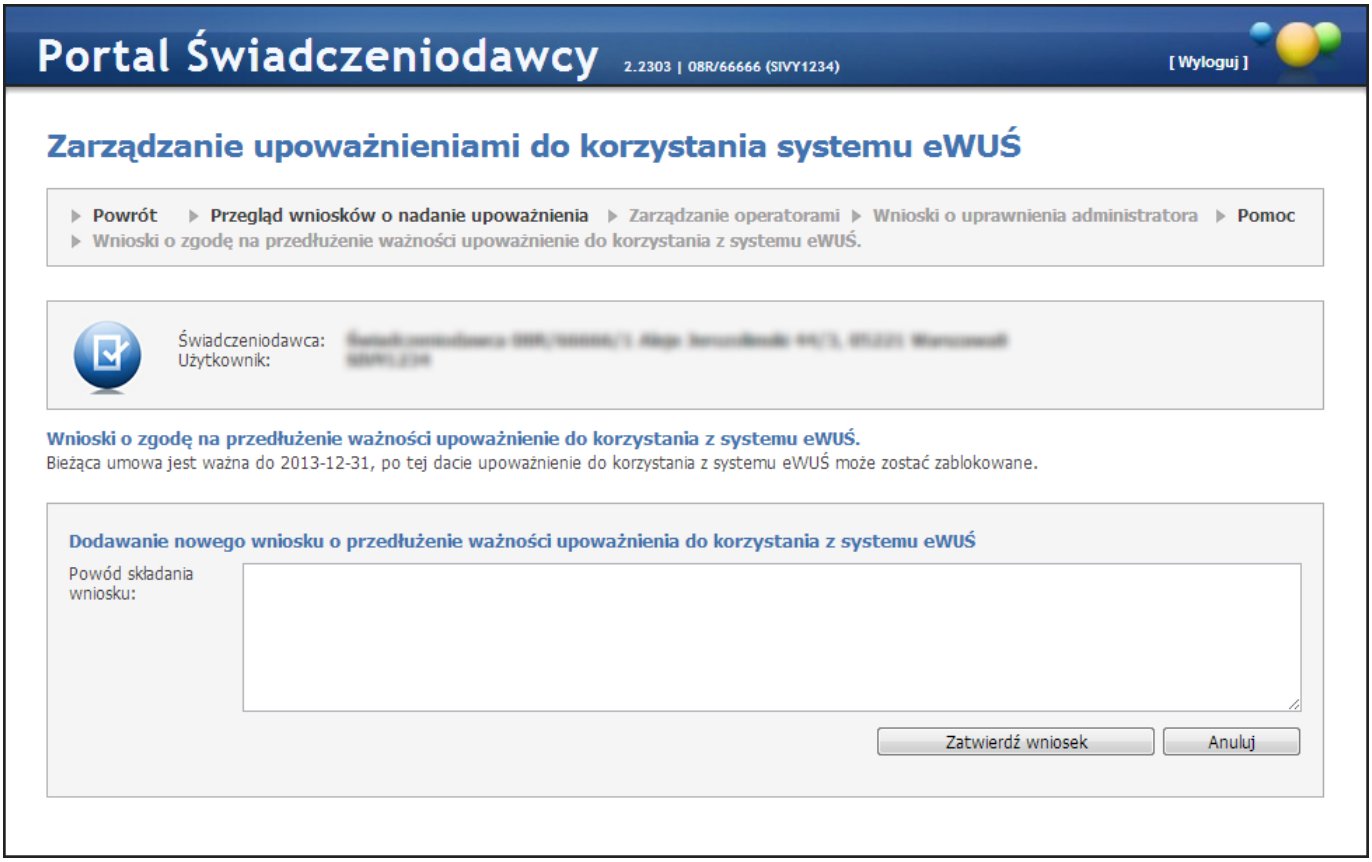
Funkcja umożliwia wystąpienie przez świadczeniodawcę z wnioskiem o przedłużenie ważności upoważnienia w sytuacji, gdy świadczeniodawcy upłynęła ważność umowy, a nowa umowa z różnych przyczyn nie została jeszcze podpisana. W takiej sytuacji dyrektor OW NFZ może wyrazić na ograniczone w czasie korzystanie z systemu eWUŚ.



Na przeglądzie złożonych wniosków, w części ***Wyszukiwanie wniosków***, znajduje się pole *Status* pozwalające na wyszukiwanie wniosków spełniających wybrany status. Wyszukiwanie wniosków następuje po kliknięciu przycisku [Wyszukaj].

Przycisk [Utwórz wniosek] pozwala na utworzenie nowego wniosku. Po jego kliknięciu otworzy się okno pozwalające na wprowadzenie powodu składania wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.



Po wprowadzeniu powodu należy wniosek zatwierdzić przyciskiem Zatwierdź wniosek, tym samym przekazując wniosek do rozpatrzenia przez OW NFZ. Okres, na jaki zostanie wydana zgoda na przedłużenie ważności upoważnienia będzie określany przez operatora OW NFZ.

W dolnej części okna znajduje się tabela zawierająca wnioski spełniające kryteria wyszukiwania. Z lewej strony każdego wiersza w tabeli znajduje się przycisk **Anuluj**, który pozwala na anulowanie złożonego wniosku, jednakże tylko do momentu podjęcia wniosku przez operatora OW.

5.5 Zarządzanie blokadami oraz granicami w systemie eWUŚ

Funkcja **Zarządzanie blokadami oraz granicami w systemie eWUŚ** umożliwia:

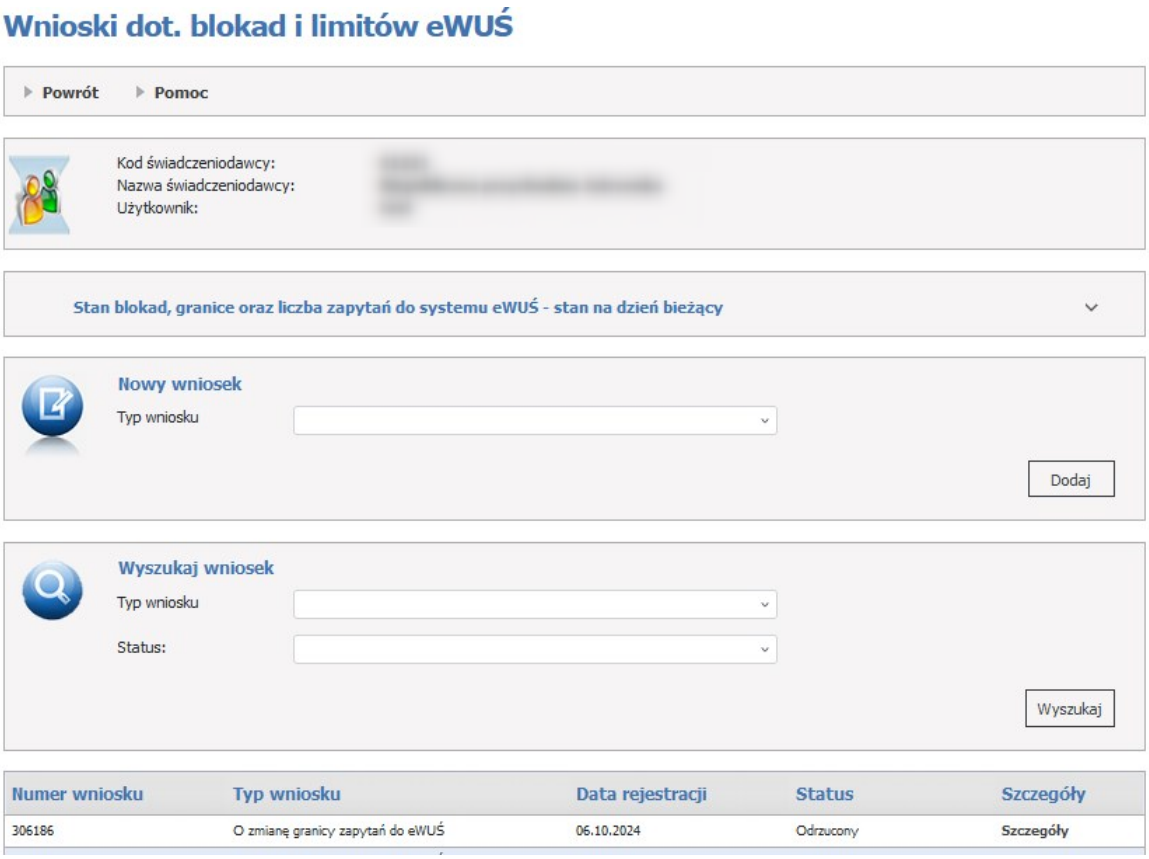
- składanie wniosków o zdjęcie blokady eWUŚ;
- składanie wniosków o zmianę granicy zapytań do eWUŚ

oraz ich przekazanie go do OW NFZ.

Do obsługi wniosków użytkownik musi posiadać uprawnienie 10010 - "Zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ".

Wniosek o zdjęcie blokady może być złożony tylko jeżeli jest założona blokada administracyjna. Blokada zwykła zostaje usunięta automatycznie o północy.

© 2026 Kamsoft S.A.



W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku. W celu zarejestrowania wniosku należy z rozwijanych pól wybrać jedną z dwóch opcji:

- o zdjęcie blokady eWUŚ;
- o zmianę granicy zapytań do eWUŚ

Po wybraniu danych należy kliknąć przycisk **Dodaj**.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków.
Listę można filtrować według *typu wniosku*:
- o zdjęcie blokady eWUŚ;
- o zmianę granicy zapytań do eWUŚ;

oraz *statusów*:
- Wprowadzony,
- Przekazany do OW,
- Oceniany,
- Przyjęty do realizacji,
- Anulowany,
- Zrealizowany,
- Odrzucony.

Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.
Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku.

© 2026 Kamsoft S.A.

W części *Stan blokad, granice oraz liczba zapytań do systemu eWUŚ na dzień:* - użytkownik ma przedstawiony raport ze stanu blokad i granic zapytań wykonany na dzień bieżący.
Panel zawierający szczegóły stanu granic i blokady jest domyślnie zwinięty.

Stan blokad, granice oraz liczba zapytań do systemu eWUŚ na dzień: 15.07.2025

Blokada

Czy została założona blokada? Tak
Rodzaj blokady: Administracyjna
Opis: Przekroczona liczba zapytań przez N kolejnych dni

Granice zapytań do systemu eWUŚ

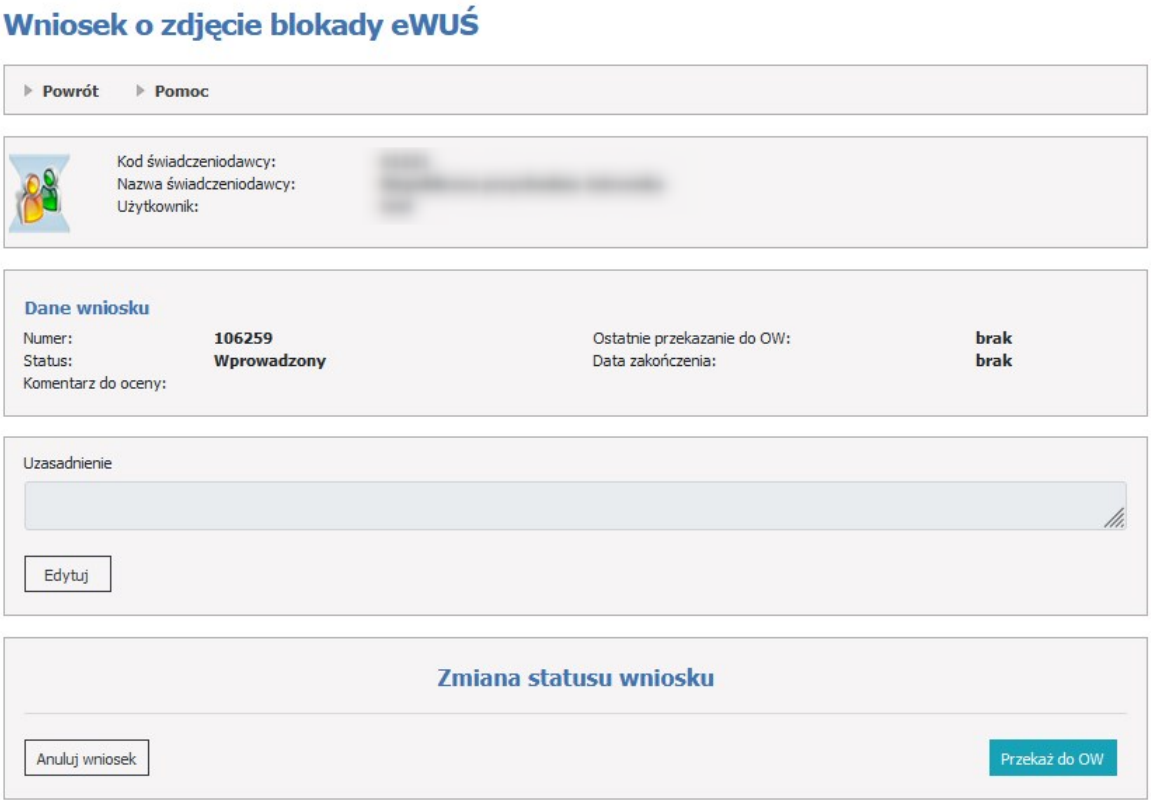
Rodzaj granicy	Wartość granicy	Liczba zapytań	Czy przekroczono?
Ogólna granica zapytań - usługa	10	0	NIE
Ogólna granica zapytań - strona WWW	10	0	Nie dotyczy
Granica zapytań o PESEL, którego nie ma w CWU - usługa	0	0	NIE
Granica zapytań o PESEL, którego nie ma w CWU - strona WWW	1	0	Nie dotyczy
Granica zapytań o ten sam PESEL - usługa	50	0	NIE

© 2026 Kamsoft S.A.

5.5.1 Wniosek o zdjęcie blokady eWUŚ

Wniosek o zdjęcie blokady eWUŚ służy do przekazania wniosku o zdjęcie blokady administracyjnej.
Wniosek o zdjęcie blokady może być złożony tylko jeżeli jest założona blokada administracyjna. Blokada zwykła zostaje usunięta automatycznie o północy.

W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data przekazania do OW, data zakończenia oceny oraz ewentualny komentarz.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, a następnie należy wypełnić pole *Uzasadnienie*.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

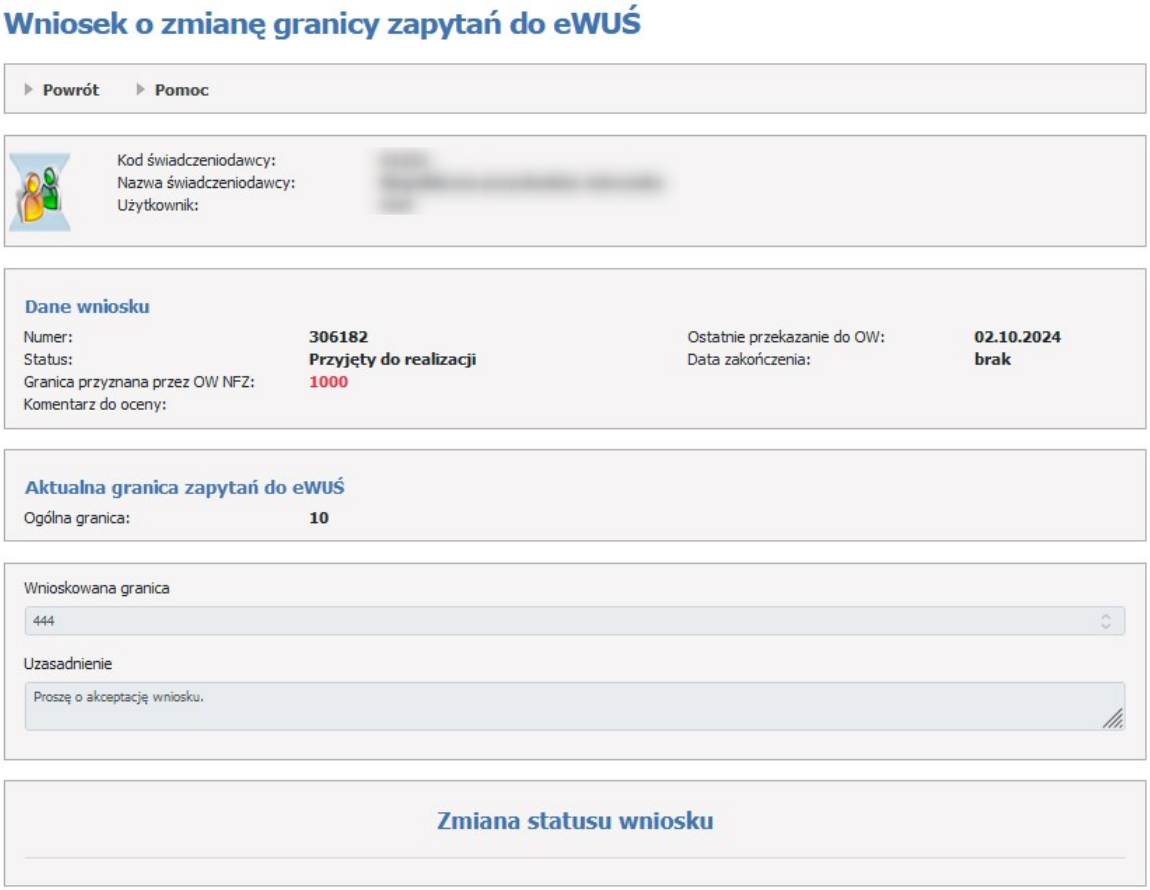
Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.
Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) użytkownik będzie miał możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.5.2 Wniosek o zmianę granicy zapytań do eWUŚ

Wniosek o zmianę granicy zapytań do eWUŚ służy do przekazania wniosku o zmianę dziennej liczby zapytań w systemie eWUŚ.

W górnej części wniosku znajduje się identyfikator zgłoszenia, jego status, data przekazania do OW, data zakończenia oceny oraz ewentualny komentarz.
Poniżej *Danych wniosku* znajduje się pole *Aktualna granica zapytań do eWUŚ* z aktualną wartością zapytań do systemu eWUŚ.



Aby zacząć pracować na wniosku, operator musi skorzystać z przycisku **Edytuj**, a następnie należy wypełnić pola *Wnioskowana granica* oraz *Uzasadnienie*.

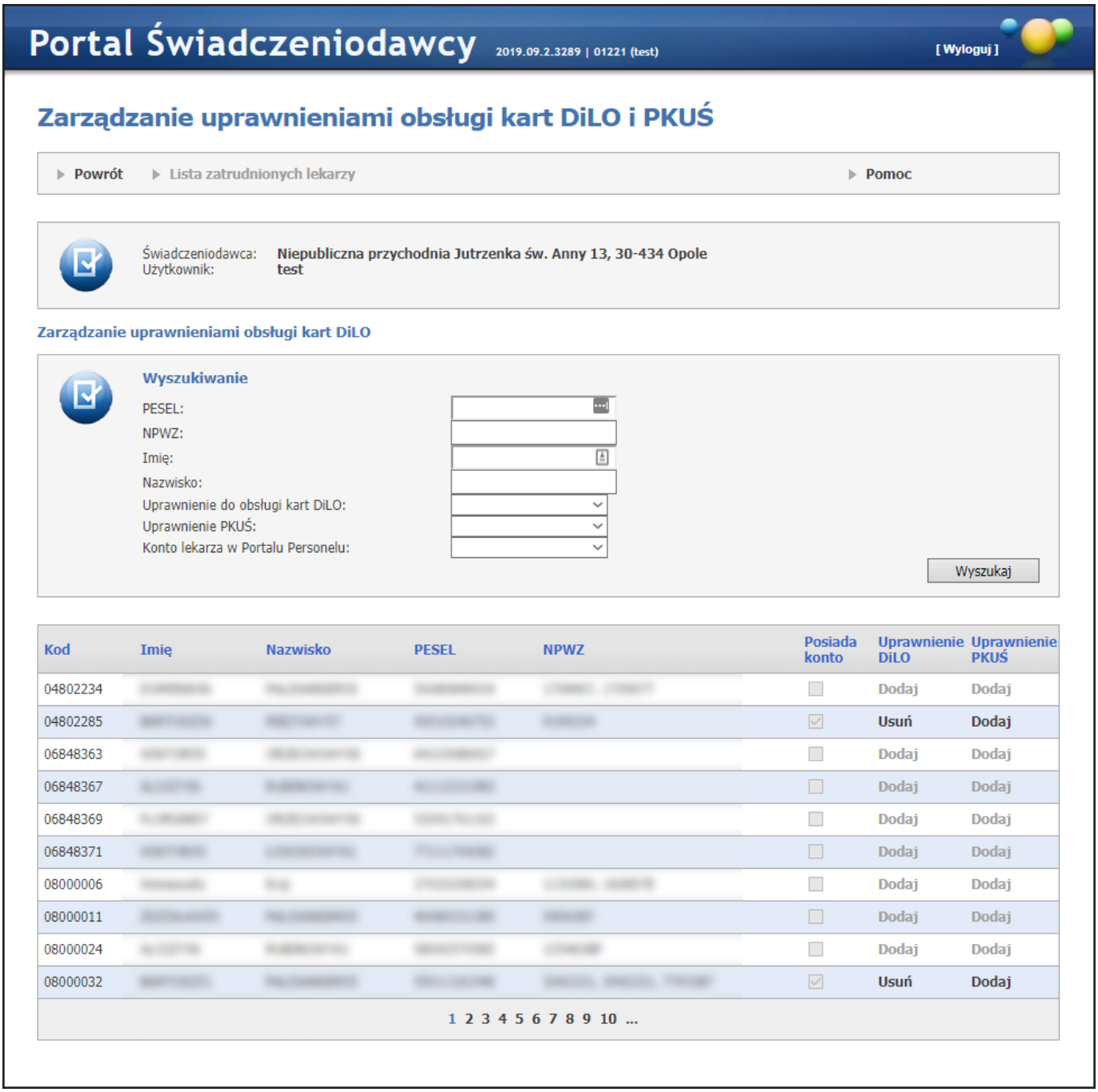
Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Wniosek można anulować za pomocą przycisku **Anuluj wniosek**.
Dopóki wniosek nie zostanie pobrany przez pracownika OW do rozpatrzenia (dopóki nie nastąpi zmiana statusu na **W trakcie oceny**) użytkownik będzie miał możliwość cofnięcia wniosku w celu jego edycji i ponownego przekazania do OW NFZ lub anulowania.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.6 Zarządzanie uprawnieniami do obsługi kart DiLO i PKUŚ

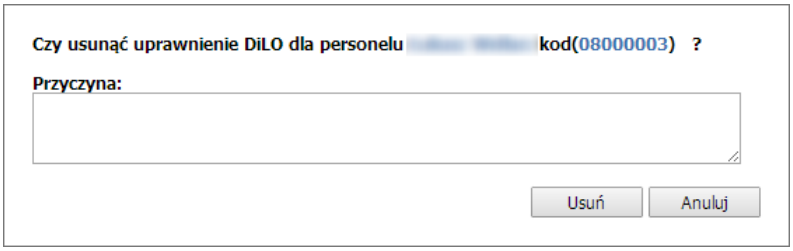
Funkcja **Zarządzanie uprawnieniami do obsługi kart DiLO** pozwala świadczeniodawcy na przypisywanie poszczególnym lekarzom uprawnień do obsługi kart DiLO w ramach umów danego świadczeniodawcy. Nadanie uprawnienia będzie umożliwiało lekarzowi obsługę kart DiLO w imieniu świadczeniodawcy, który nadał mu to uprawnienie. Jeżeli lekarz nie posiada konta w Portalu Świadczeniodawcy to będzie musiał je wcześniej utworzyć.



W tabeli na formatce prezentowana jest lista personelu medycznego zatrudnionego u świadczeniodawcy wraz z informacją czy osoba posiada konto w Portalu Personelu. W ostatniej kolumnie znajdują się przyciski: **Dodaj** - dostępne dla osób posiadających konto na Portalu Personelu oraz nie posiadających nadanego uprawnienia do obsługi kart DiLO; **Usuń** - dostępne dla osób, które już mają nadane uprawnienie do obsługi kart DiLO.

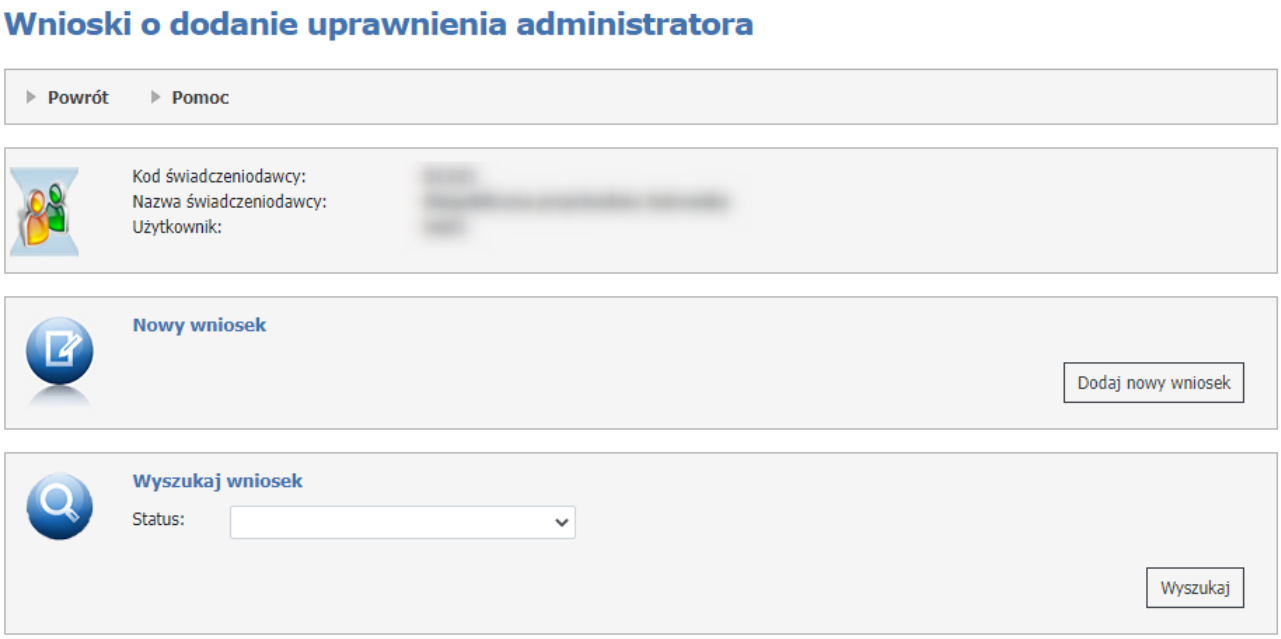
© 2026 Kamsoft S.A.

Nadanie uprawnieni polega na kliknięciu dostępnego przycisku **Dodaj** znajdującego się w wierszu wybranej osoby. Odebranie uprawnienie odbywa się w analogiczny sposób - przez kliknięcie przycisku **Usuń**, jednakże w tym przypadku po kliknięciu przycisku **Usuń** wyświetli się formatka pozwalająca na wprowadzenie uzasadnienia odebrania uprawnienia.



5.7 Wniosek o nadanie uprawnienia administratora

Funkcja **Wnioski o dodanie uprawnienia administratora** pozwala na przygotowanie i przekazanie do OW wniosku o nadanie uprawnień administratora w sposób tradycyjny (tak jak było dotychczas) lub w sposób elektroniczny.
Osoba wnioskująca deklaruje sposób obsługi wniosku po jego zatwierdzeniu.
Jeżeli operator zdecyduje o przekazaniu wniosku podpisanego cyfrowo, to przygotowany w Portalu dokument wniosku w postaci pliku PDF - przed pobraniem do podpisu cyfrowego będzie podpisywany przez system podpisem serwerowym.
Podpisywanie dokumentu wniosku podpisem cyfrowym (podpisem kwalifikowanym, osobistym lub certyfikatem ePUAP) jest realizowane poza Portalem.



W części ***Nowy wniosek*** możliwe jest zarejestrowanie nowego wniosku.

W dolnej części formatki prezentowana jest lista wniosków. Listę można filtrować według statusów:
- Wprowadzony,

© 2026 Kamsoft S.A.

- Przekazany do OW,
- Rozpatrywany,
- Zaakceptowany,
- Anulowany.

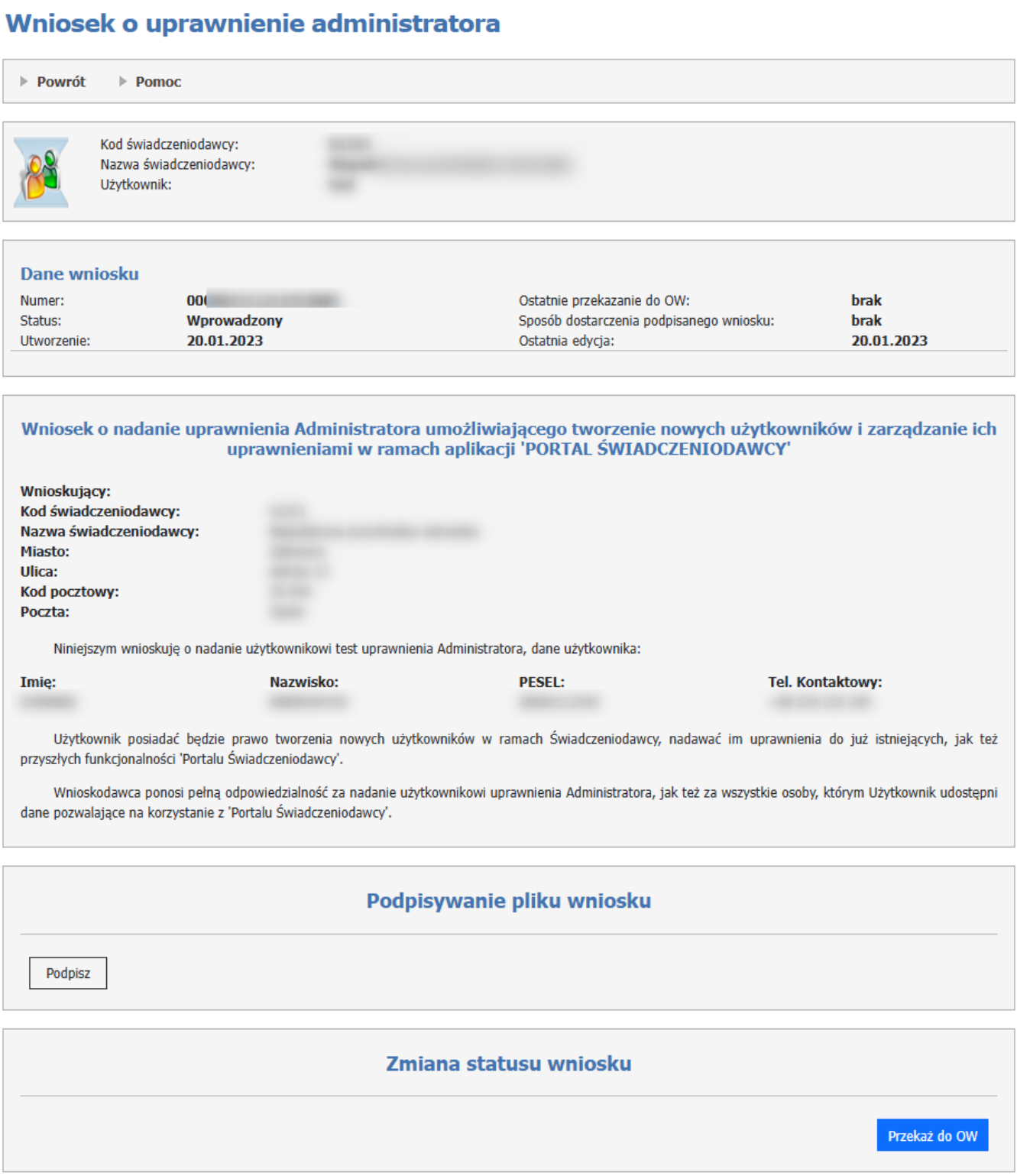
Odpowiednie wartości wybiera się w polach dostępnych w części ***Wyszukaj wniosek***.

Każdy wniosek na liście, w ostatniej kolumnie zawiera odnośnik **Szczegóły**, którego kliknięcie spowoduje otwarcie formatki konkretnego wniosku dla umowy, a zawierającej szczegóły zgłoszenia.

Przygotowanie nowego wniosku o nadanie uprawnienia administratora.

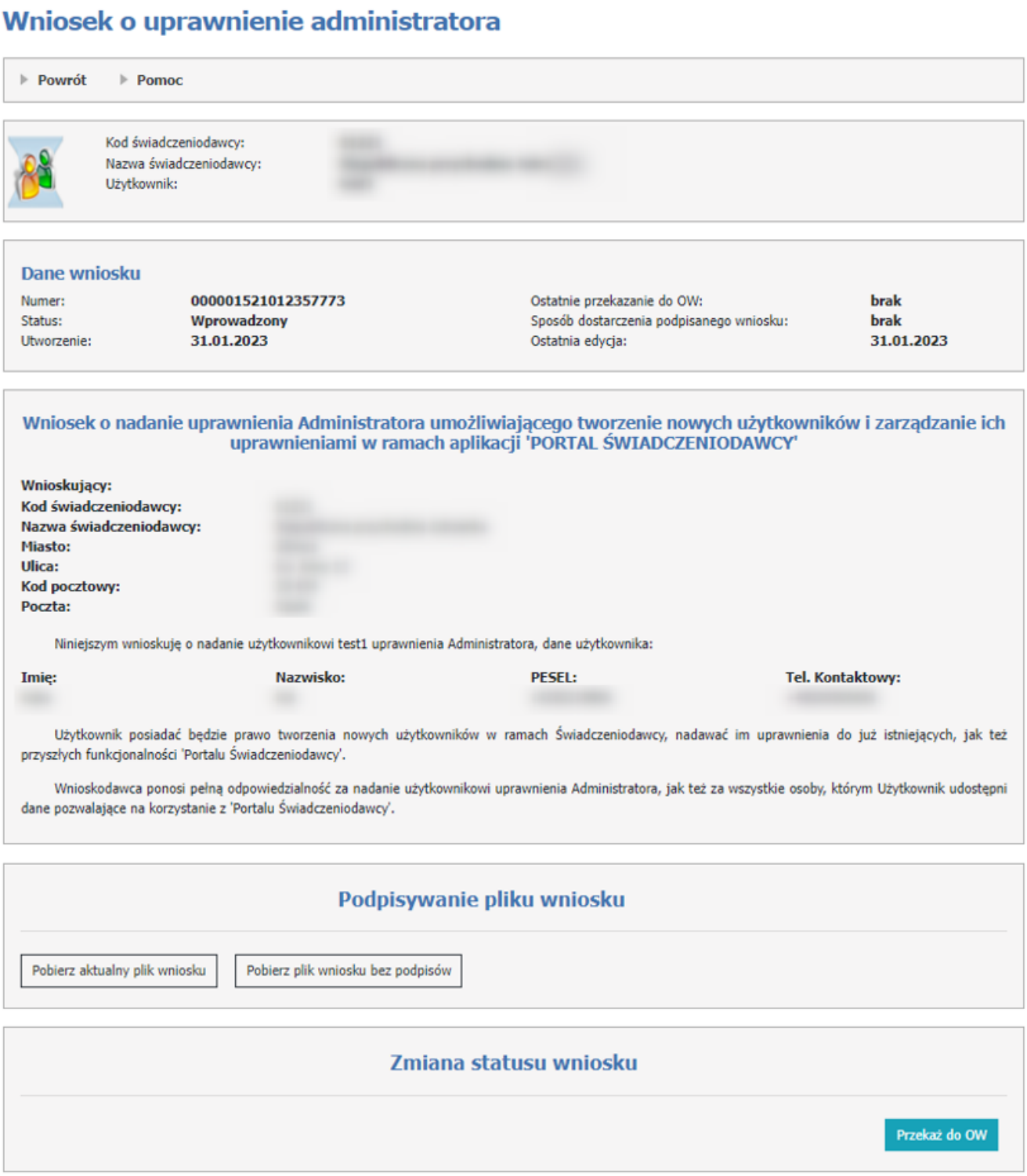
W celu zarejestrowania wniosku należy wybrać **Dodaj nowy wniosek.**

© 2026 Kamsoft S.A.



Jeżeli OW NFZ obsługuje moduł podpisów cyfrowych

© 2026 Kamsoft S.A.



Jeżeli OW NFZ nie obsługuje modułu podpisów cyfrowych

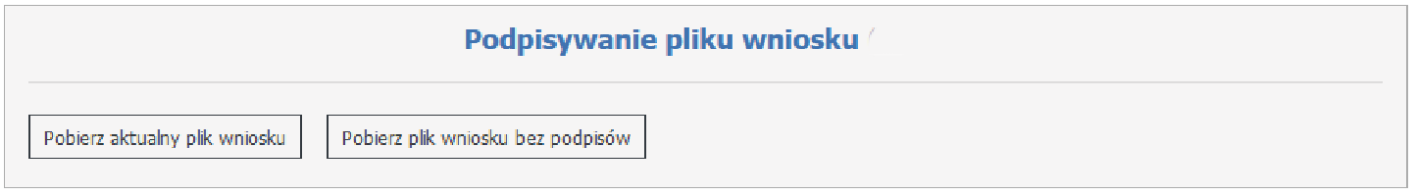
W części ***Dane wniosku*** znajduje się numer zgłoszenia, jego status, data utworzenia, a także informacje o datach przekazania zgłoszenia do OW NFZ.

Podpisywanie pliku wniosku - ścieżka cyfrowa

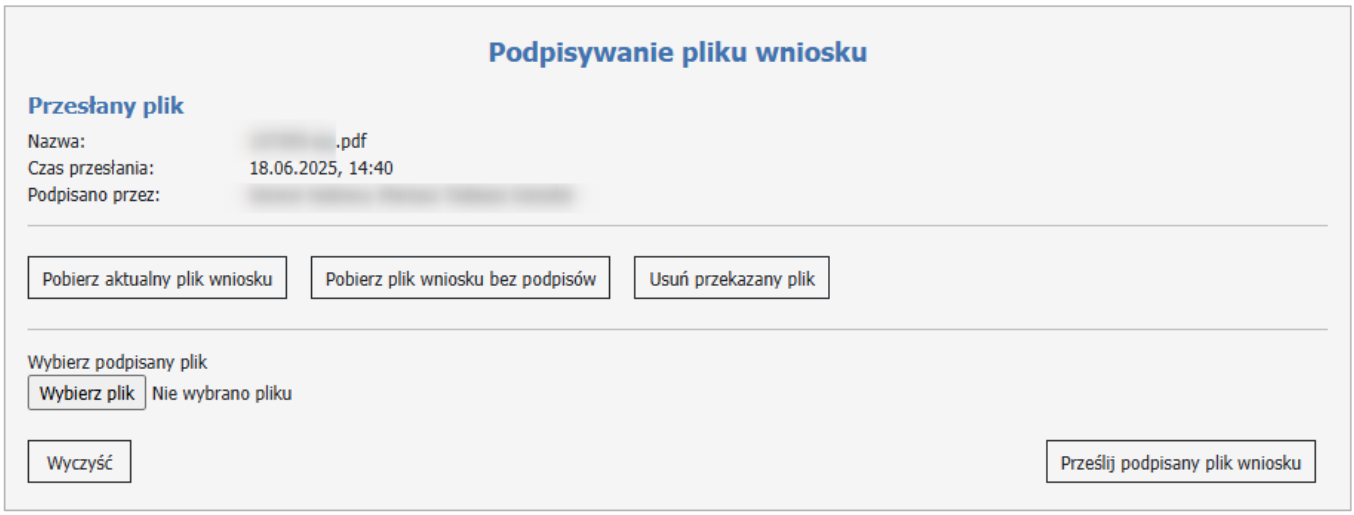
Jeżeli OW NFZ nie obsługuje modułu podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

© 2026 Kamsoft S.A.

Za pomocą przycisku **Pobierz aktualny plik wniosku** zostanie pobrany plik PDF, który można podpisać. Plik podpisuje się poza systemem Kamsoft podpisem kwalifikowanym. Zamieszczony plik musi być otoczony.
Pobierz plik wniosku bez podpisów pełni analogiczną funkcję jak **Pobierz aktualny plik wniosku**, ale pobiera on wniosek bez podpisu złożonego przez użytkownika. W przypadku pobrania w formacie PDF będzie on zawierał podpis serwerowy.



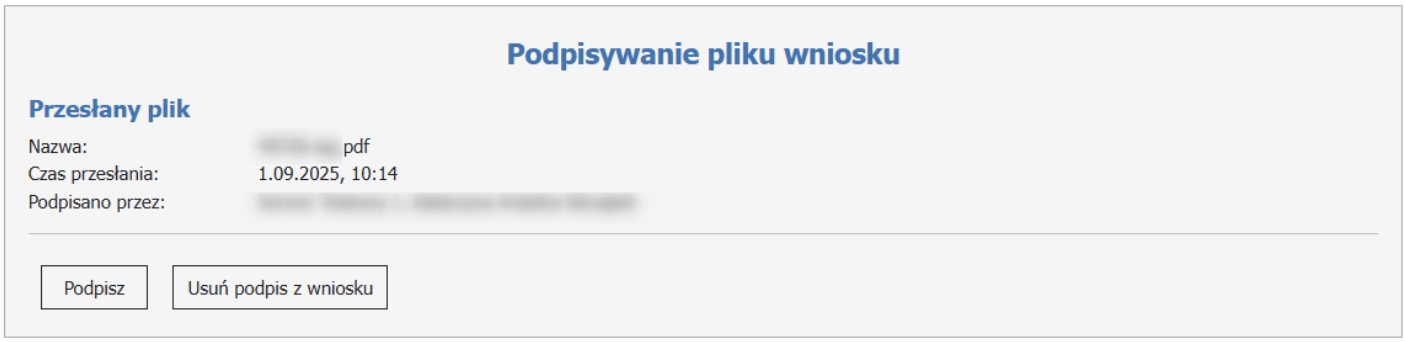
Informacja o przesłanym pliku pojawi się w górnej części sekcji Przesłany plik. Składa się on z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń przekazany plik.**
Podpisany plik należy przekazać na Portal za pomocą przycisku **Prześlij podpisany plik wniosku**.



Jeżeli OW NFZ obsługuje moduł podpisów cyfrowych, to podpisywanie pliku wygląda następująco:

Wybranie przycisku **Podpisz** spowoduje przejście do modułu podpisów elektronicznych w którym:
- użytkownik będzie miał możliwość podpisania dokumentu w dowolnej wybranej przez siebie formie
- pobrania pliku dokumentu PDF (zawiera podpis serwerowy)
- anulowanie podpisywania dokumentu i powrót do Portalu Świadczeniodawcy

© 2026 Kamsoft S.A.

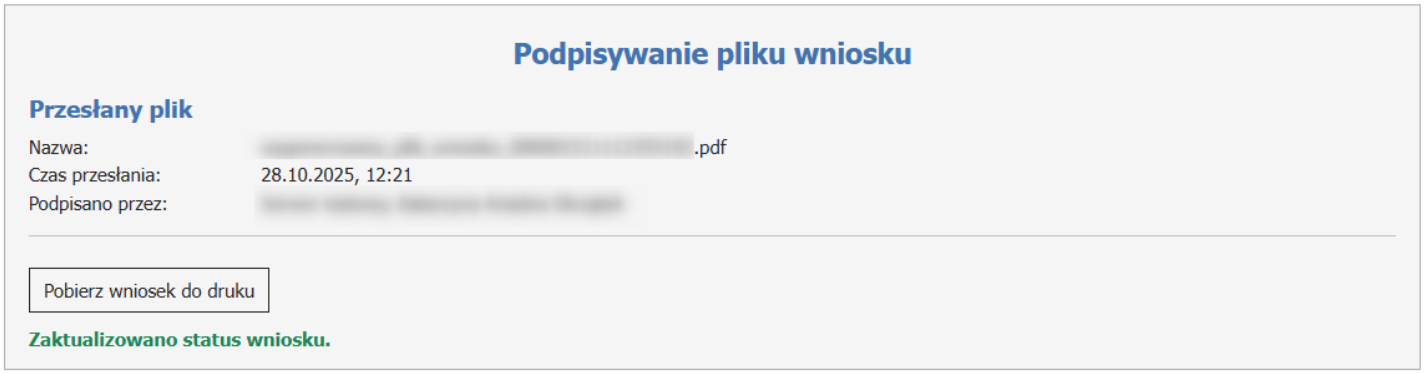


Informacja o przesłanym pliku pojawi się w sekcji **Podpisywanie pliku wniosku**. Składa się ona z nazwy, czasu przesłania oraz danych osób/osoby, przez które będzie on podpisany.
W przypadku, gdyby zdarzyła się z jakiegoś powodu pomyłka (np. wniosek zostałby podpisany przez osobę do tego niepowołaną) należy skorzystać z przycisku **Usuń podpis z wniosku.**
Jeżeli w trakcie operacji podpisywania operator zmieni cokolwiek we wniosku, proces z podpisami należy powtórzyć.

Zmiana statusu wniosku.

Wypełniony wniosek należy wysłać za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Po zmianie statusu wniosku na **Przekazany do OW**, użytkownik będzie miał możliwość pobrania dokumentu PDF do wydrukowania.

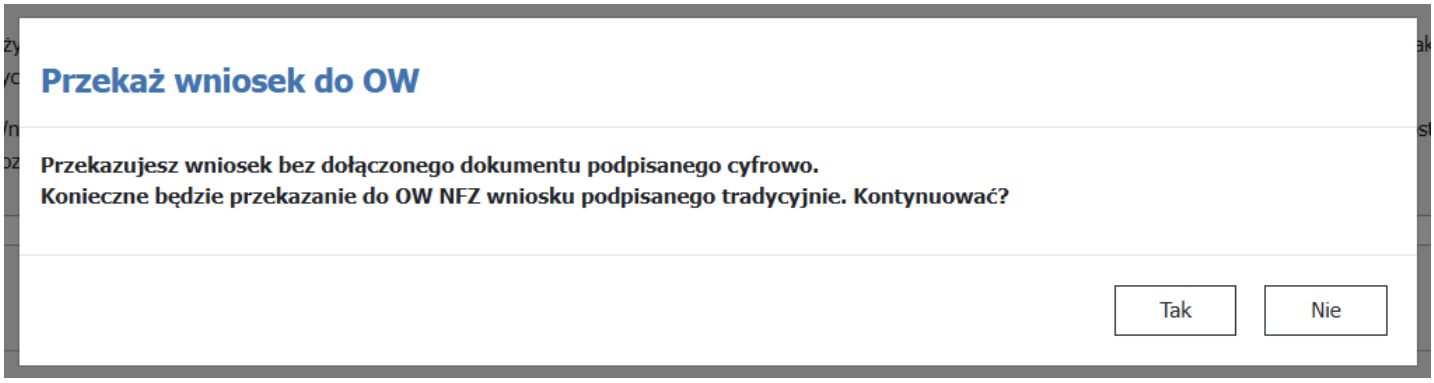


© 2026 Kamsoft S.A.

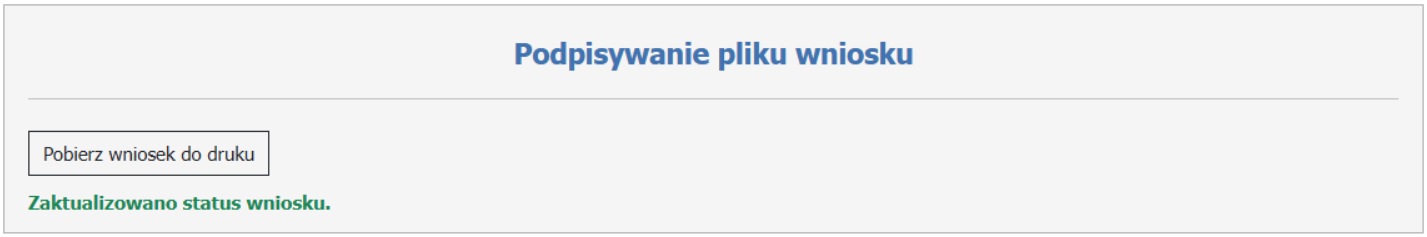
Przygotowanie wniosku - ścieżka tradycyjna, papierowa

Jeżeli operator zdecyduje na przekazanie wniosku w wersji papierowej, należy od razu przekazać wniosek za pomocą przycisku **Przekaż do OW**.

Podczas przekazywania wniosku, zostanie wyświetlony komunikat.



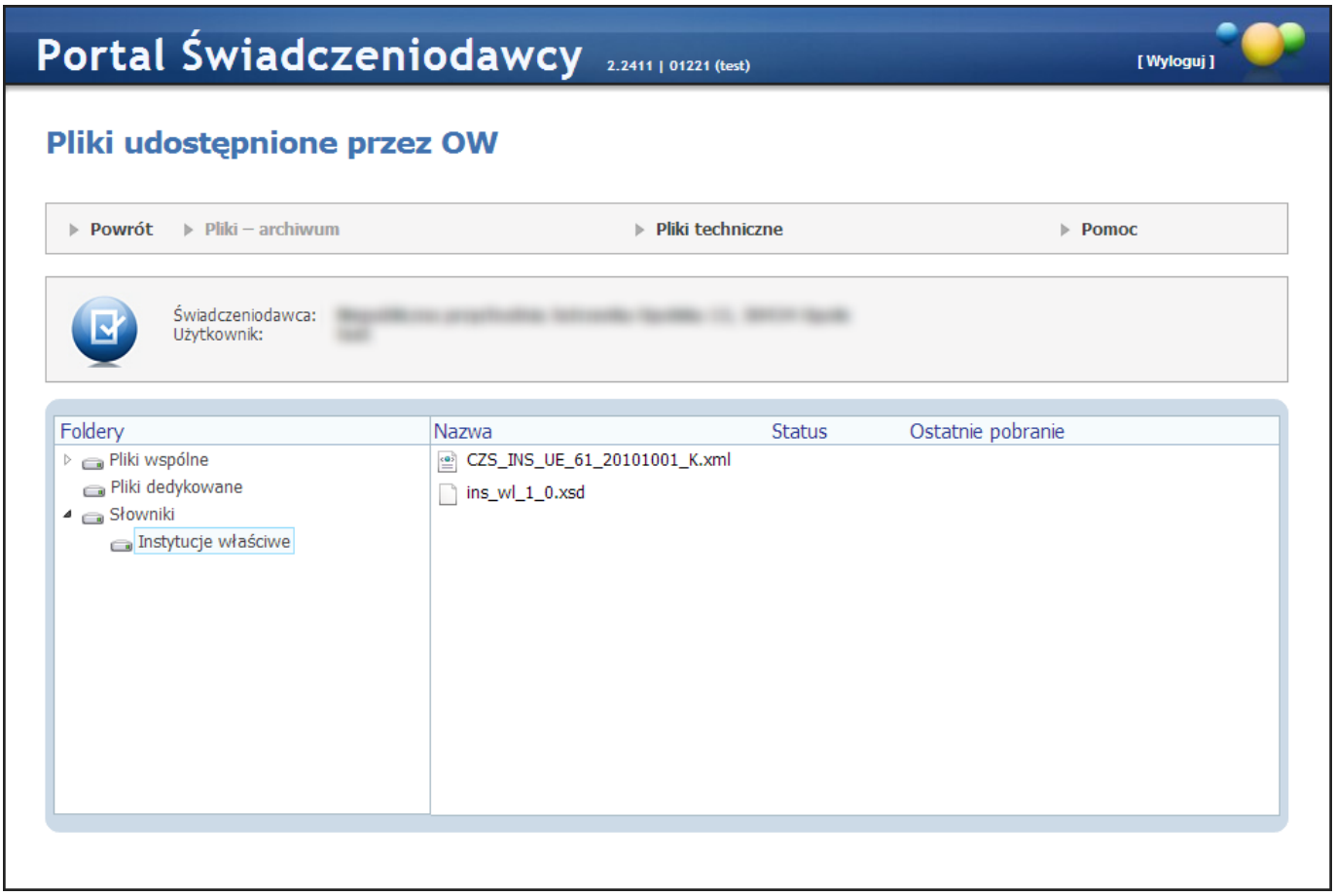
Po zatwierdzeniu komunikatu, operator może pobrać plik klikając w przycisk **Pobierz wniosek do wydruku,** a następnie po podpisaniu przekazać go w wersji papierowej do OW NFZ.



© 2026 Kamsoft S.A.

5.8 Pobranie plików technicznych NFZ

Pobranie plików technicznych NFZ przenosi nas do okna prezentowanego poniżej.
Przycisk **Pliki - archiwum** - umożliwia pobieranie plików znajdujących się na lokalnym dysku serwera
Przycisk **Pliki techniczne** - umożliwia pobieranie plików udostępnionych przez moduł wymiany plików (CLO_WD).



W przeglądarce plików znajdują się następujące foldery:
Pliki wspólne - prezentowane są pliki dostępne dla wszystkich Świadczeniodawców,
Pliki dedykowane - pliki dostępne dla zalogowanego Świadczeniodawcy,
Słowniki.
Pozycje prezentowane są w postaci drzew katalogowych, jak na powyższym rysunku.

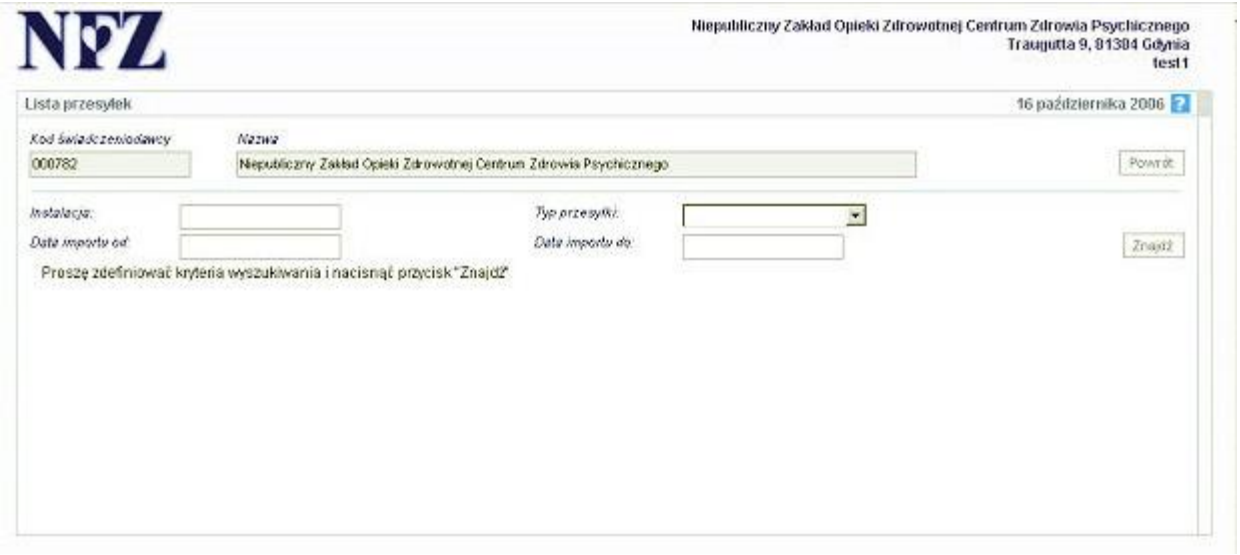
Pliki mogą przyjmować następujące statusy:

- ***Nowy*** - plik nie był jeszcze pobierany
- ***Pobrany*** - plik został już pobrany
- ***Zaktualizowany*** - plik był już pobierany, ale została udostępniona nowa wersja

© 2026 Kamsoft S.A.

5.9 Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS

Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS - Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie listy przesyłek, jakie zostały wczytane do systemu oddziałowego. Dane są prezentowane w ramach przekazywanych deklaracji POZ, CBS2 oraz danych z lecznictwa otwartego i zamkniętego.

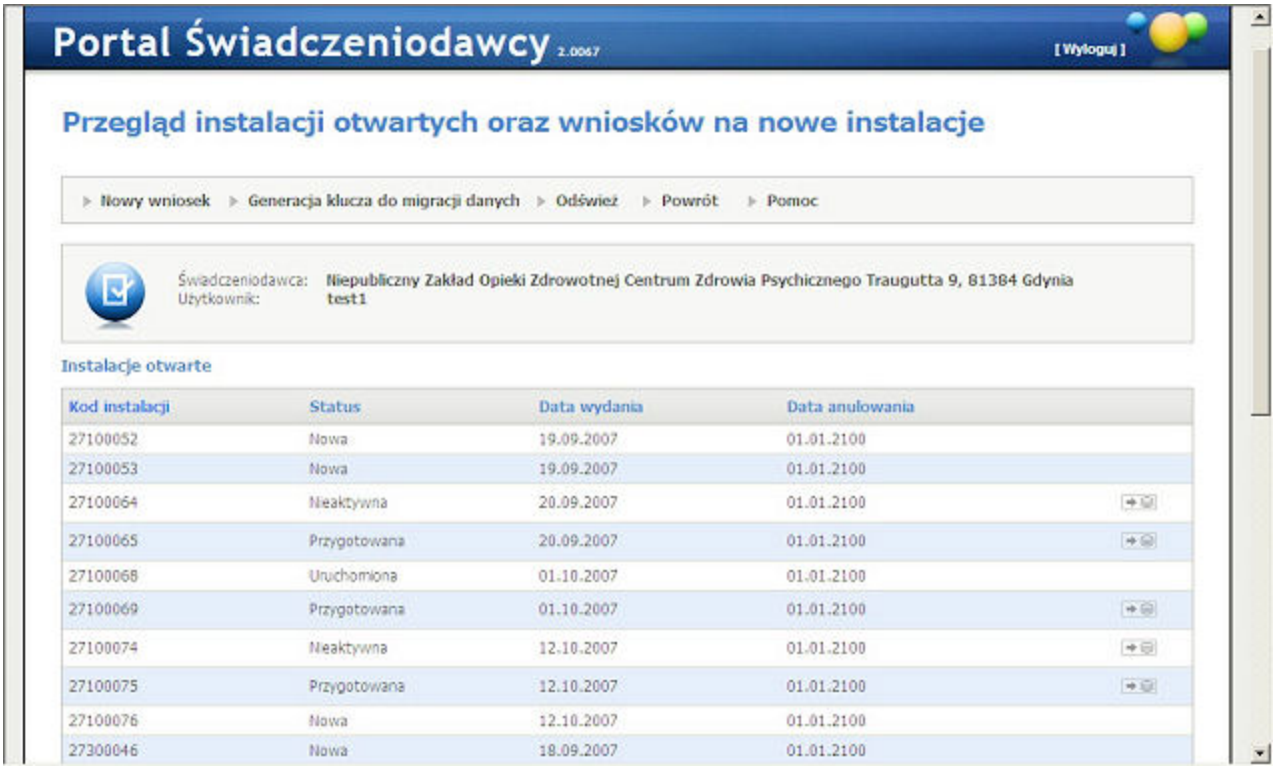


Aby wyświetlić dane można zdefiniować filtry, następnie wybrać przycisk **Znajdź**. Przycisk **Powrót** umożliwia przejście do strony głównej **Portalu Świadczeniodawcy**.

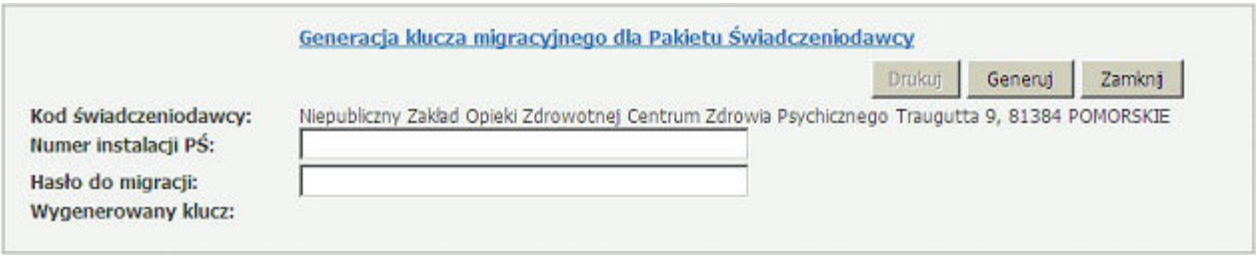
© 2026 Kamsoft S.A.

5.10 Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje

Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje - po wejściu do funkcjonalności otrzymujemy dane w dwóch tabelach. Pierwsza prezentuje informacje o instalacjach otwartych oraz udostępnia przycisk do pobrania pliku z licencją (jeżeli takowy jest dostępny, jeżeli nie - przycisku nie widać). Druga tabela znajdująca się poniżej prezentuje informacje o złożonych wnioskach na nowe instalacje.

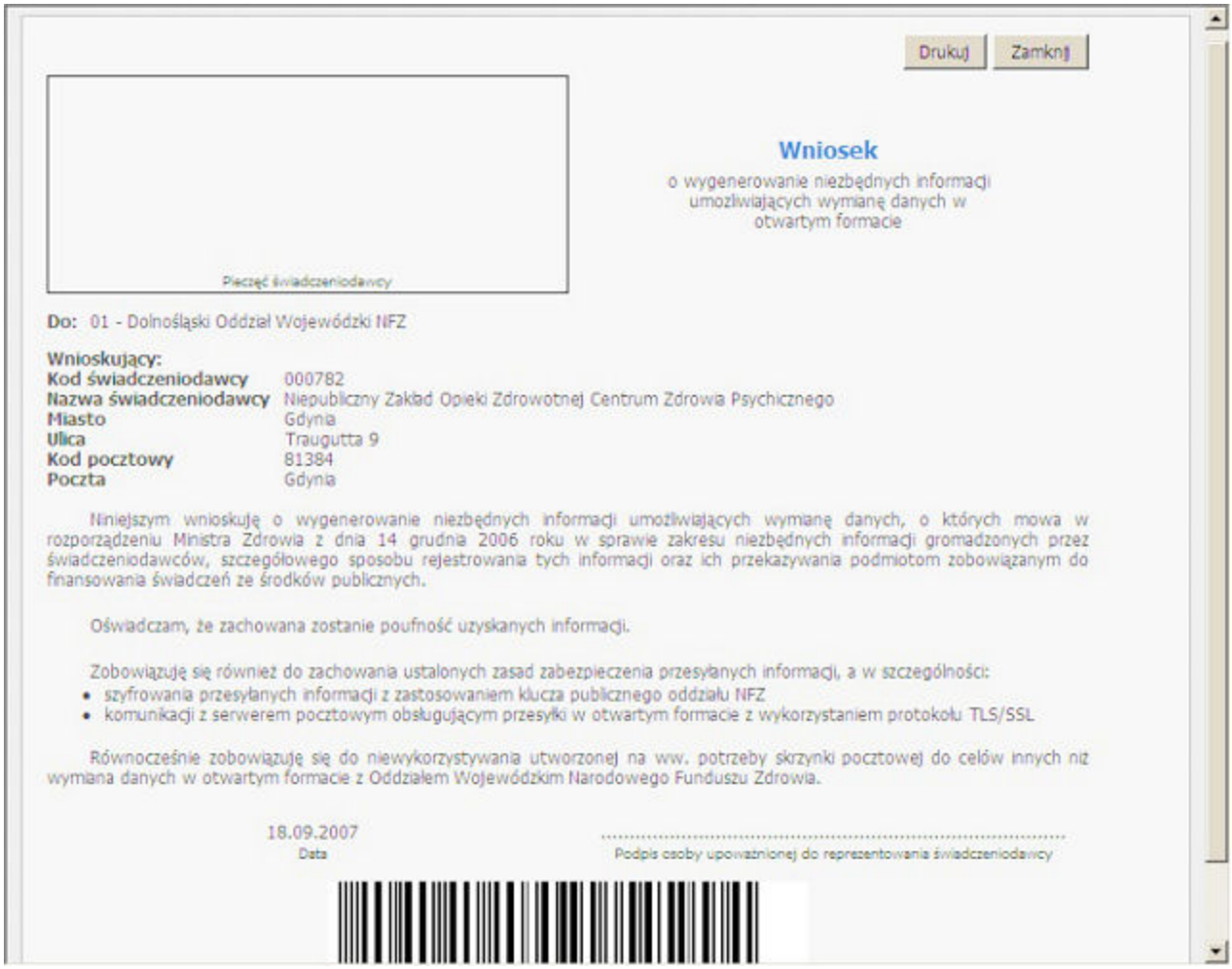


Na stronie znajduje się przycisk **Generacja klucza do migracji danych**, który wyświetla wniosek. Na wniosku należy wpisać kod instalacji oraz hasło, a następnie nacisnąć przycisk **Generuj**. Zostanie wygenerowany klucz migracyjny. Po wygenerowaniu klucza wniosek można wydrukować.



Na stronie znajduje się przycisk **Nowy wniosek**, który otwiera okno z formularzem nowego wniosku (należy pamiętać o wyłączeniu blokowania wyskakujących okienek). W momencie wydruku wniosku informacje o nim zapisywane są do bazy danych. Wydrukowany wniosek należy dostarczyć do oddziału NFZ. Wniosek można wydrukować tylko raz. Cała funkcjonalność objęta jest opcją dostosowania oraz prawem Przegląd instalacji otwartych (11093 - wniosek o instalacje otwartą). Aby zobaczyć wniosek na liście instalacji należy skorzystać z przycisku **Odśwież** i wydrukowany wniosek pojawi się w sekcji ***Instalacje otwarte***.

© 2026 Kamsoft S.A.



Drukuj Zamknij

Pieczęć świadczeniodawcy

Wniosek

o wygenerowanie niezbędnych informacji umożliwiających wymianę danych w otwartym formacie

Do: 01 - Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ

Wnioskujący:

Kod świadczeniodawcy	000782
Nazwa świadczeniodawcy	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego
Miasto	Gdynia
Ulica	Traugutta 9
Kod pocztowy	81384
Poczta	Gdynia

Niniejszym wnioskuję o wygenerowanie niezbędnych informacji umożliwiających wymianę danych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2006 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Oświadczam, że zachowana zostanie poufność uzyskanych informacji.

Zobowiązuję się również do zachowania ustalonych zasad zabezpieczenia przesyłanych informacji, a w szczególności:

- szyfrowania przesyłanych informacji z zastosowaniem klucza publicznego oddziału NFZ
- komunikacji z serwerem pocztowym obsługującym przesyłki w otwartym formacie z wykorzystaniem protokołu TLS/SSL

Równocześnie zobowiązuję się do niewykorzystywania utworzonej na ww. potrzeby skrzynki pocztowej do celów innych niż wymiana danych w otwartym formacie z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

18.09.2007
Data

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy

5.11 Wniosek o założenie konta administratora

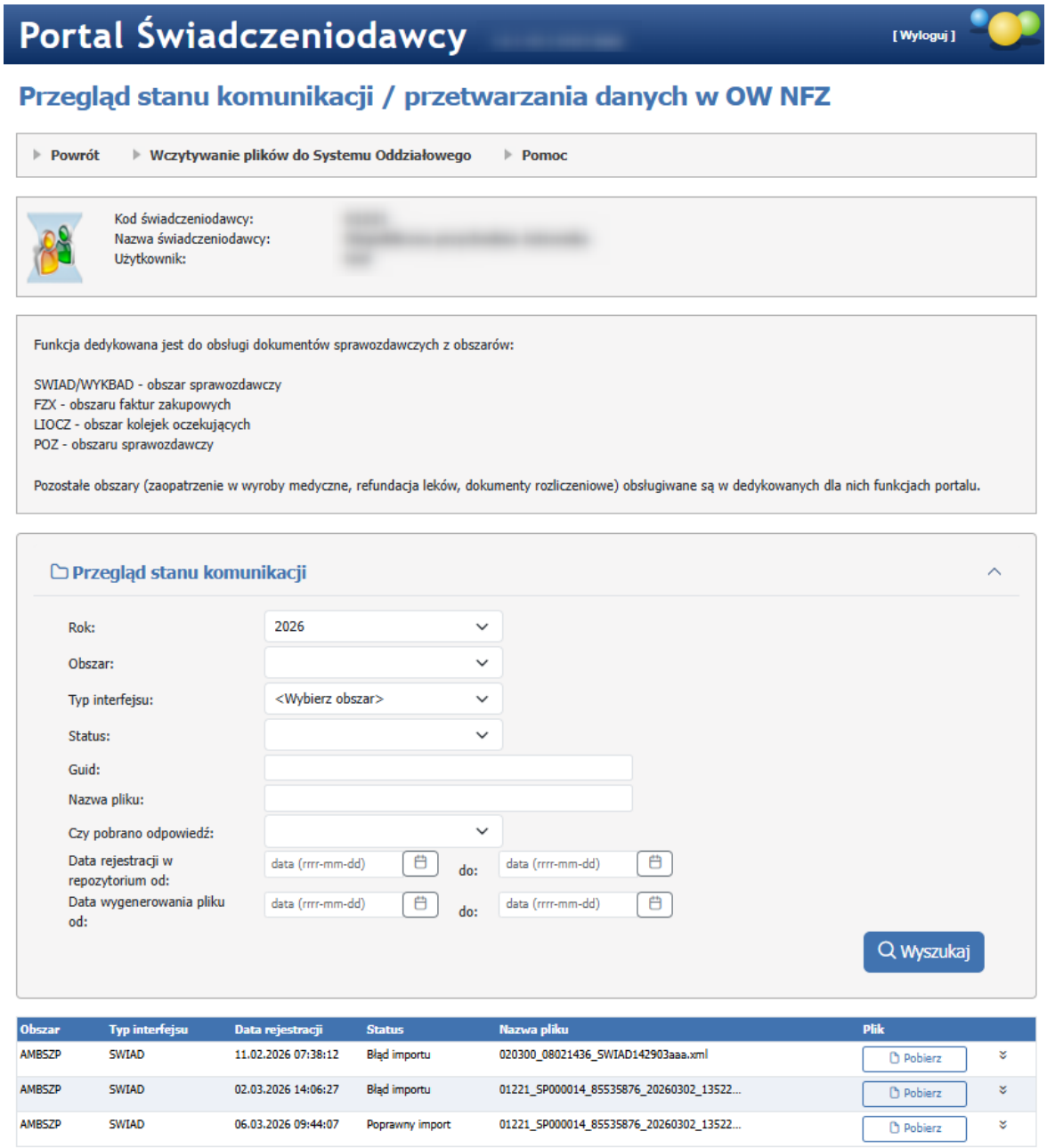
Wniosek o założenie konta administratora - Wniosek dostępny jest w grupie funkcyjnej administracja i nie jest objęty dostosowaniem i uprawnieniami. Wszystkie pola wniosku są obowiązkowe i walidowane pod względem formatu.

© 2026 Kamsoft S.A.

5.12 Przegląd stanu komunikacji/przetwarzania danych w OW NFZ

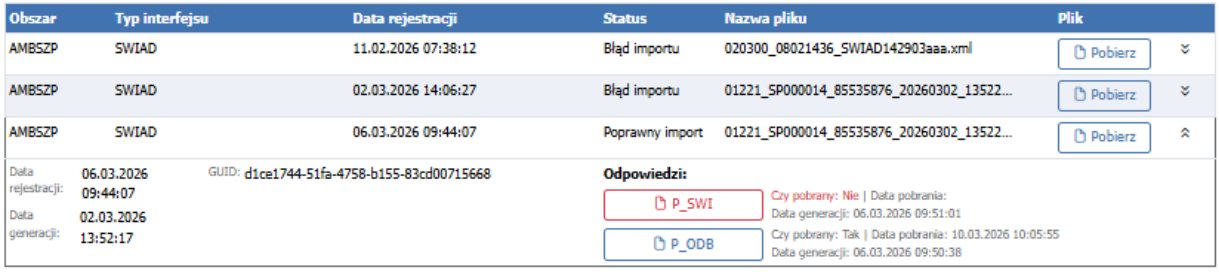
Formatka służy do wyszukiwania przesyłek znajdujących się w repozytorium plikowym WD REPO.

Na zakładce ***Przegląd stanu komunikacji*** można obejrzeć listę wysłanych plików oraz odpowiedzi do nich wygenerowane.

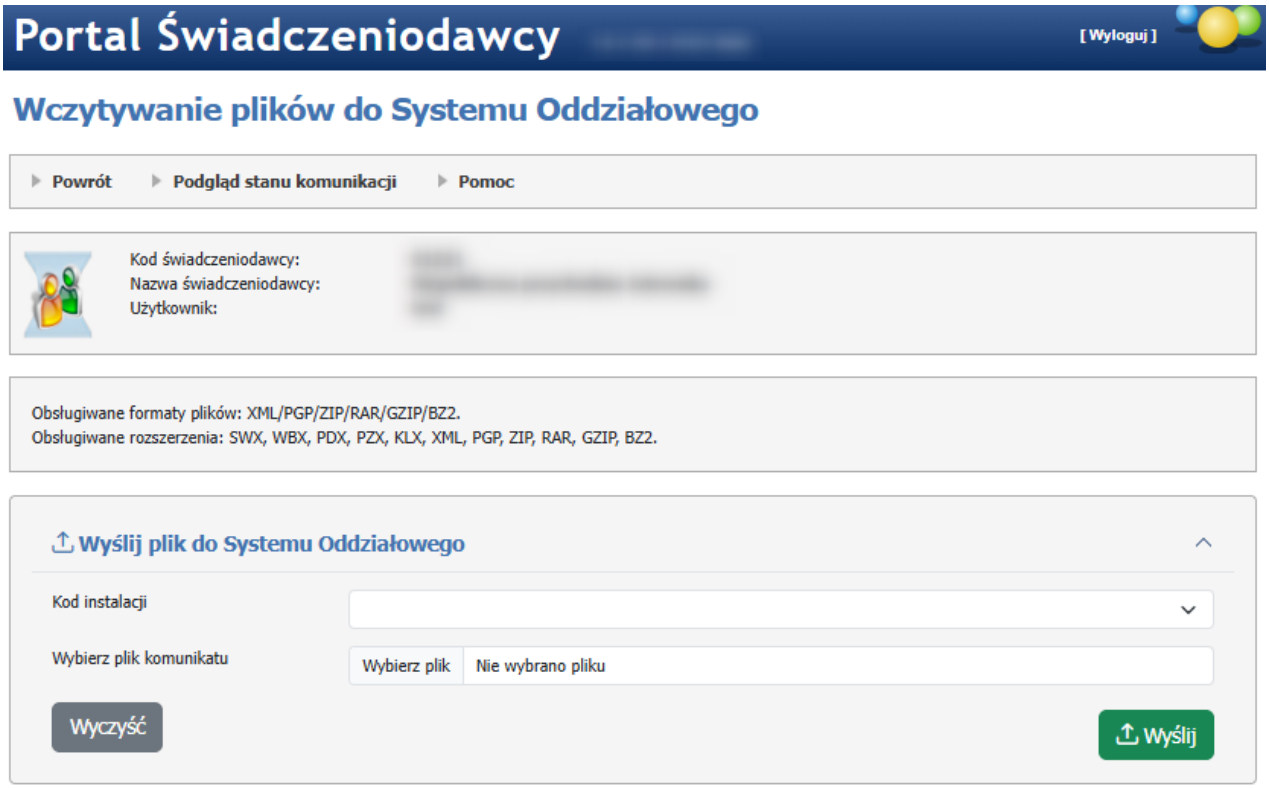


Za pomocą przycisku **Pobierz** znajdującego się w kolumnie *Odpowiedzi* na tabeli wyników wyszukiwania możliwe jest pobranie pliku z odpowiedzią.

© 2026 Kamsoft S.A.

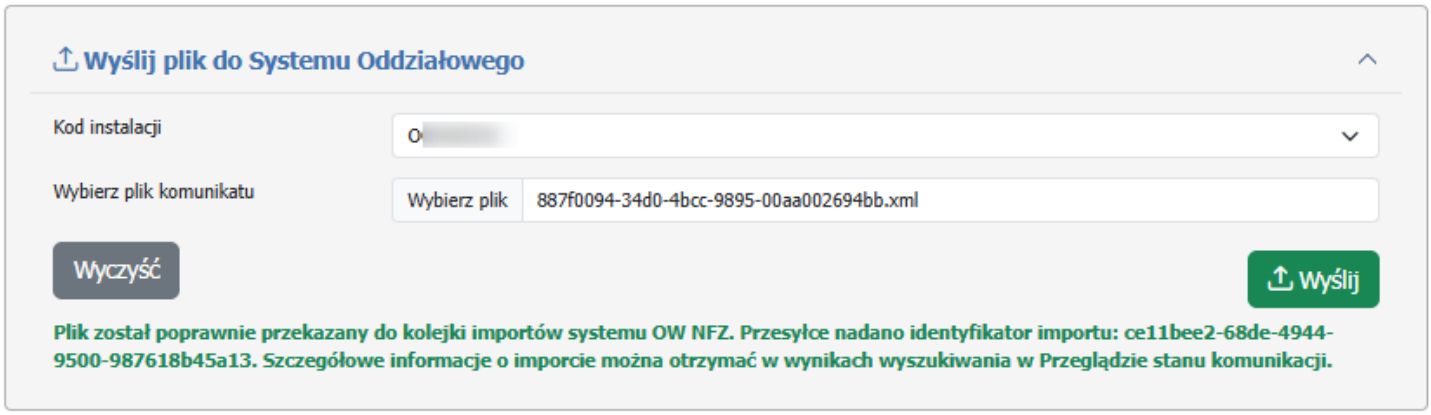


Na zakładce ***Wczytywanie plików do Systemu Oddziałowego*** jest możliwość wczytania pliku w formacie XML/PGP/ZIP/RAR/GZIP/BZ2. Konieczne jest wybranie instalacji w ramach której zostanie wysłany plik oraz która wskaże adres zwrotny.



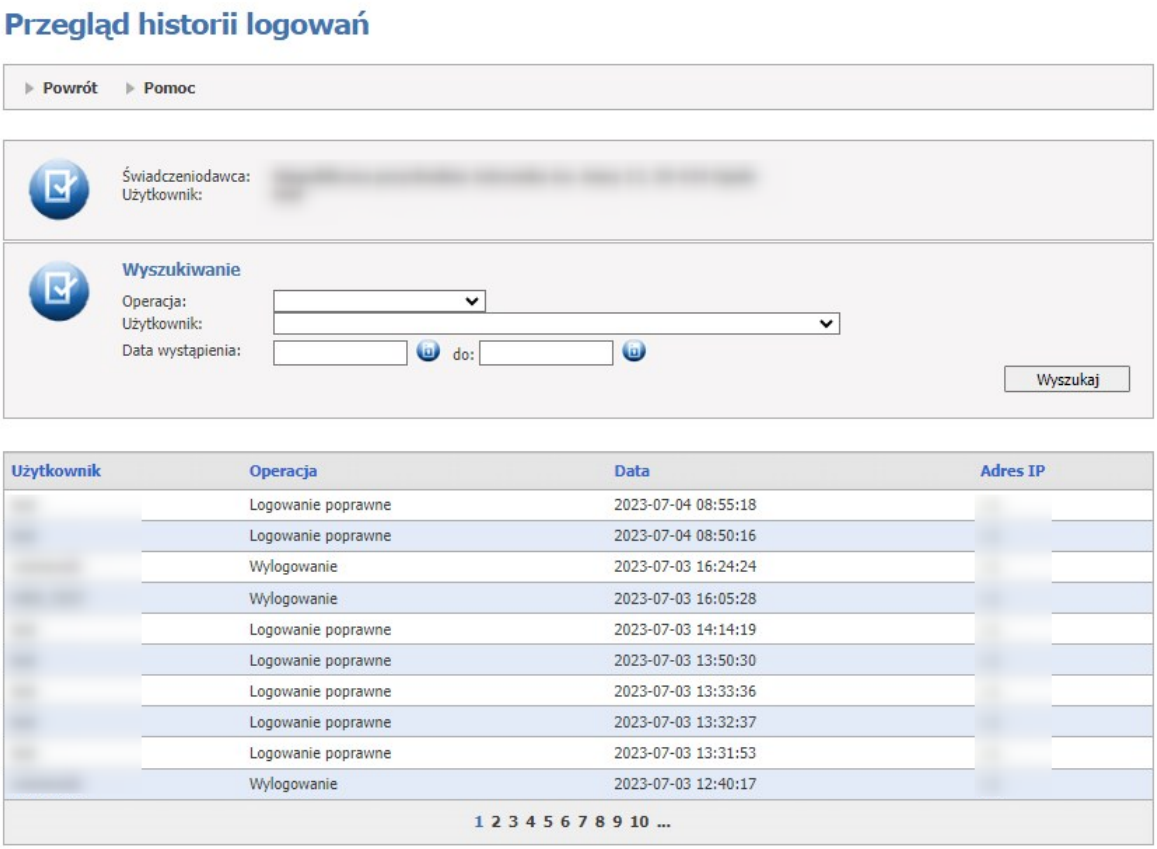
Po prawidłowym wczytaniu pliku pojawi się komunikat w kolorze zielonym, który służy do późniejszego śledzenia statusu pliku.

© 2026 Kamsoft S.A.



5.13 Historia logowań

Na formatce wyświetlana jest historia logowań użytkownika wraz z datami, godzinami i adresami IP z których następowało logowanie.



Użytkownik z prawami administratora ma możliwość przeglądu historii logowań wszystkich użytkowników danego świadczeniodawcy.

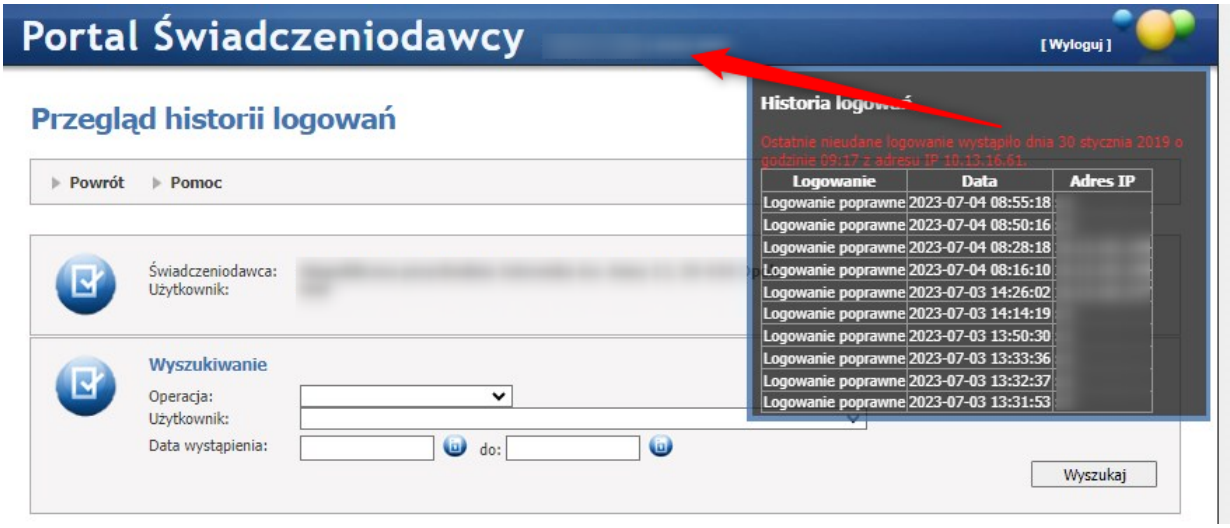
Użytkownik ma możliwość wyszukiwania za pomocą sekcji **Wyszukiwanie**.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- Operacja, do wyboru - Logowanie poprawne, Logowanie niepoprawne, Wylogowanie;
- Użytkownik;

© 2026 Kamsoft S.A.

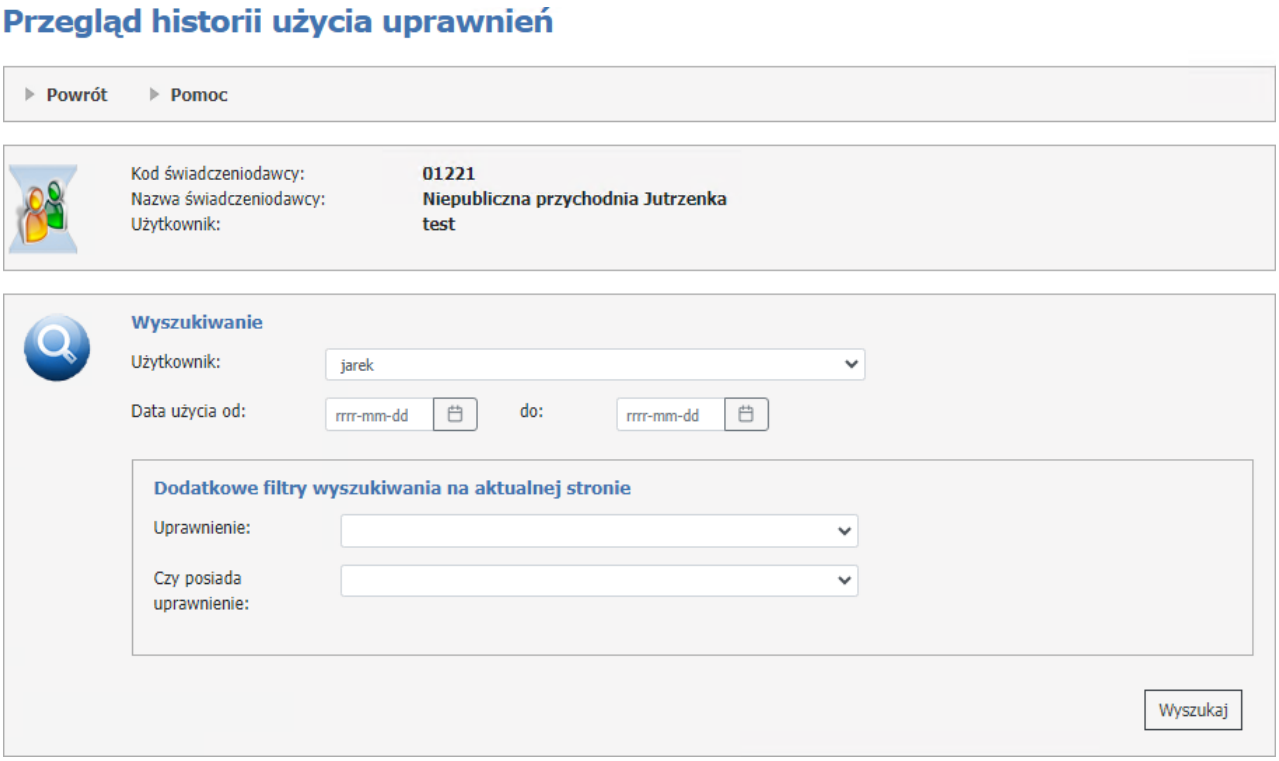
- Data wystąpienia.

Historia logowań dla obecnie zalogowanego dostępna jest również po wskazaniu kursorem myszy użytkownika na górnej belce aplikacji.



5.14 Historia użycia uprawień

Na formatce wyświetlany jest przegląd historii użycia uprawnień.
Możliwość przeglądu historii użycia uprawnień jest możliwa dla użytkownika z prawami administratora lub posiadającego uprawnienie 'Wyświetlanie raportu historii uprawnień'.



Użytkownik ma możliwość wyszukiwania za pomocą sekcji **Wyszukiwanie**.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

© 2026 Kamsoft S.A.

- *Użytkownik* - użytkownik do wyboru z listy;
- *Data użycia od/do* - możliwy zakres dat to 3 miesiące, czyli historia jest prezentowana dla aktualnego miesiąca oraz dla dwóch miesięcy kalendarzowych.

Oraz filtrowanie na aktualnej stronie w sekcji **Dodatkowe filtry wyszukiwania na aktualnej stronie**:

- *Uprawnienie* – uprawnienie do wybory z listy;
- *Czy posiada uprawnienie* – do wyboru Tak/Nie

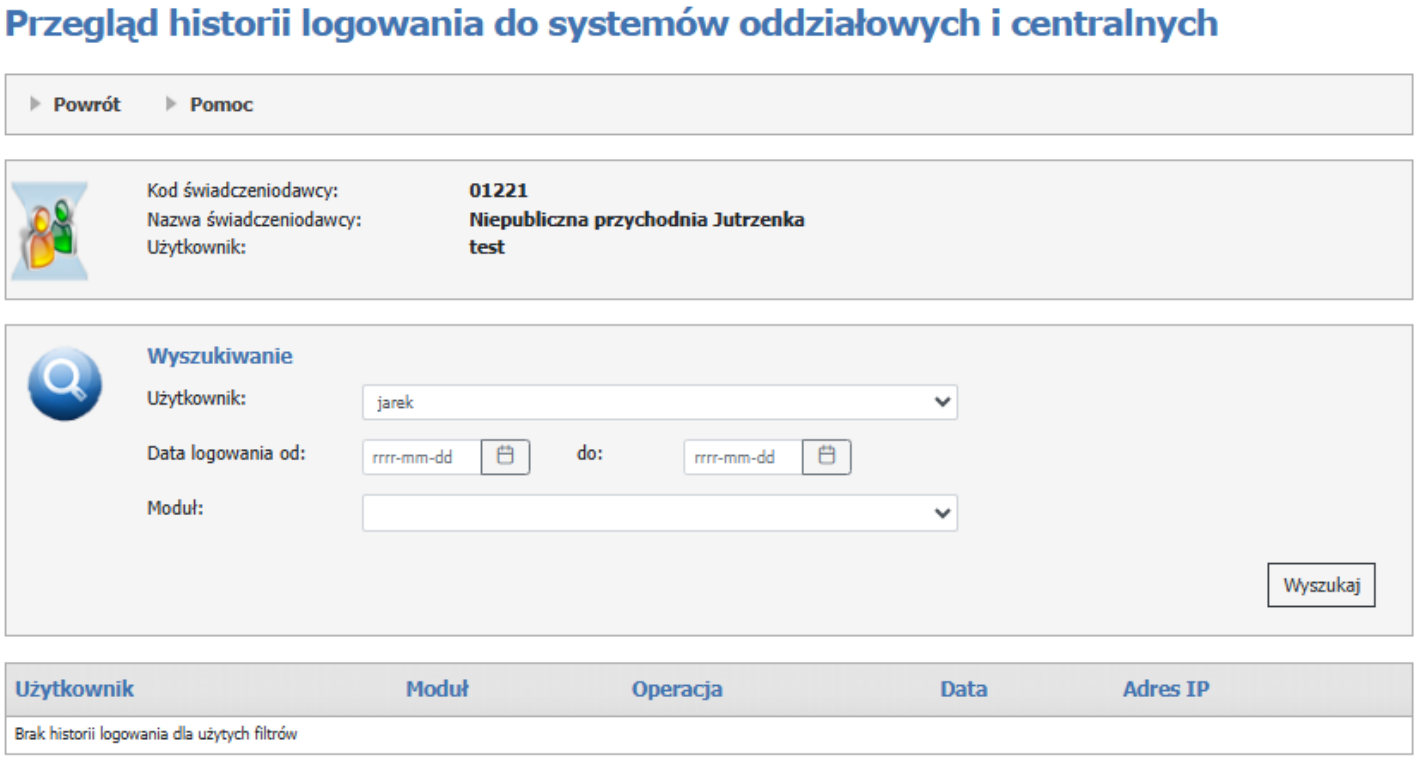
Po wyszukaniu w dolnej części formatki prezentowana jest lista użytkowników z informacjami na temat wykorzystywanych przez nich uprawnień.

Użytkownik	Moduł	Token	Posiada uprawnienie	Nazwa uprawnienia	Data operacji
jarek	Portal Ankiet Udarowych	BSFDZTSI5tV8OG4vFbO7m2	Tak	Dostęp do portalu Ankiety Udarowe przez użytkowników świadczeniodawców	12.04.2024 12:32:20
jarek	Portal Ankiet Udarowych	BSvsn4Ns_TsewgWvvCZR0f	Tak	Dostęp do portalu Ankiety Udarowe przez użytkowników świadczeniodawców	12.04.2024 12:15:32
jarek	Portal Ankiet Udarowych	BSxvocBXZbo33qluoN3jEE	Tak	Dostęp do portalu Ankiety Udarowe przez użytkowników świadczeniodawców	12.04.2024 11:58:06
jarek	Portal Ankiet Udarowych	BSUJO0lkDAsIlL2MLr5GWR	Tak	Dostęp do portalu Ankiety Udarowe przez użytkowników świadczeniodawców	12.04.2024 09:23:41
jarek	Portal Zgód Indywidualnych	BSs5yYOquhnMiYJ91UUJHx	Nie	Uprawnienie świadczeniodawcy do przeglądu i ewidencji wniosków o rozliczenie indywidualne na portalu CBWiD	12.04.2024 09:23:10
jarek	Portal Zgód Indywidualnych	BSs5yYOquhnMiYJ91UUJHx	Nie	Uprawnienie świadczeniodawcy do przeglądu i ewidencji wniosków o rozliczenie indywidualne na portalu CBWiD	12.04.2024 09:23:10
jarek	Portal Zgód Indywidualnych	BSs5yYOquhnMiYJ91UUJHx	Nie	Uprawnienie świadczeniodawcy do przeglądu i ewidencji wniosków o rozliczenie indywidualne na portalu CBWiD	12.04.2024 09:23:10
jarek	Portal Zgód Indywidualnych	BSs5yYOquhnMiYJ91UUJHx	Nie	Uprawnienie świadczeniodawcy do przeglądu i ewidencji wniosków o rozliczenie indywidualne na portalu CBWiD	12.04.2024 09:23:10

© 2026 Kamsoft S.A.

5.15 Historia logowań do systemów oddziałowych i centralnych

Na formatce wyświetlany jest przegląd historii logowań do systemów oddziałowych i centralnych.
Możliwość przeglądu historii logowań do systemów oddziałowych i centralnych jest dostępny dla użytkownika z prawami administratora.



Użytkownik ma możliwość wyszukiwania za pomocą sekcji ***Wyszukiwanie***.
Wyszukiwać można za pomocą filtrów:

- *Użytkownik* - użytkownik do wyboru z listy;
- *Data użycia od/do* - możliwy zakres dat to 3 miesiące, czyli historia jest prezentowana dla aktualnego miesiąca oraz dla dwóch miesięcy kalendarzowych.
- *Moduł* – moduł do wybory z listy;

Po wyszukaniu w dolnej części formatki prezentowana jest lista użytkowników z informacjami na temat logowania się do systemów oddziałowych i centralnych.

© 2026 Kamsoft S.A.

Użytkownik	Moduł	Operacja	Data	Adres IP
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wejście do systemu	08.04.2025 10:48:14	10.13.102.44
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wylogowany	08.04.2025 10:47:06	10.13.102.44
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wejście do systemu	08.04.2025 10:45:37	10.13.102.44
jarek	Portal Świadczeniodawcy	Wejście do systemu	04.04.2025 11:28:37	10.13.102.80
jarek	Portal Świadczeniodawcy	Wejście do systemu	04.04.2025 11:27:54	10.13.102.80
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wejście do systemu	04.04.2025 11:24:57	10.13.102.80
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wylogowany	04.04.2025 11:23:46	10.13.102.80
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wejście do systemu	04.04.2025 11:20:58	10.13.102.80
jarek	Portal Ankiet Udarowych	Wejście do systemu	03.04.2025 13:35:38	10.13.102.16
jarek	Portal Świadczeniodawcy	Wejście do systemu	02.04.2025 14:10:38	10.13.102.124
jarek	Portal Świadczeniodawcy	Wejście do systemu	02.04.2025 14:09:49	10.13.102.124

5.16 Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu

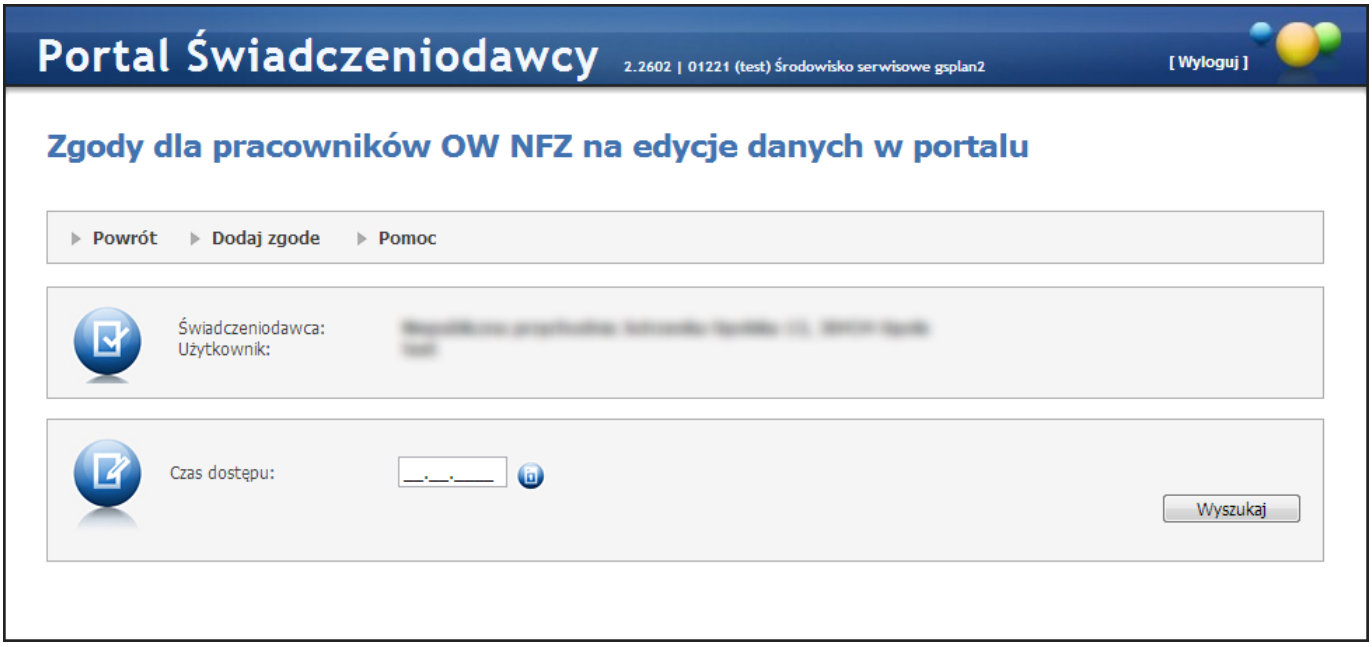
Okno umożliwia dodawanie, zmiany i anulowanie zgód na edycję danych na portalu. Dodając zgodę świadczeniodawca wyraża zgodę na to, by pracownik OW NFZ na prośbę świadczeniodawcy, pracując w Portalu w trybie serwisowym wykonał określone czynności w imieniu świadczeniodawcy. Zgoda na pracę pracownika OW NFZ jest rejestrowana w systemie, będą rejestrowane również następujące informacje:

- Dane użytkownika świadczeniodawcy, który zgodę wyraził
- Czas obowiązywania zgodny - przedział czasu (od-do), w którym pracownik OW NFZ może zalogować się na konto świadczeniodawcy w trybie serwisowym

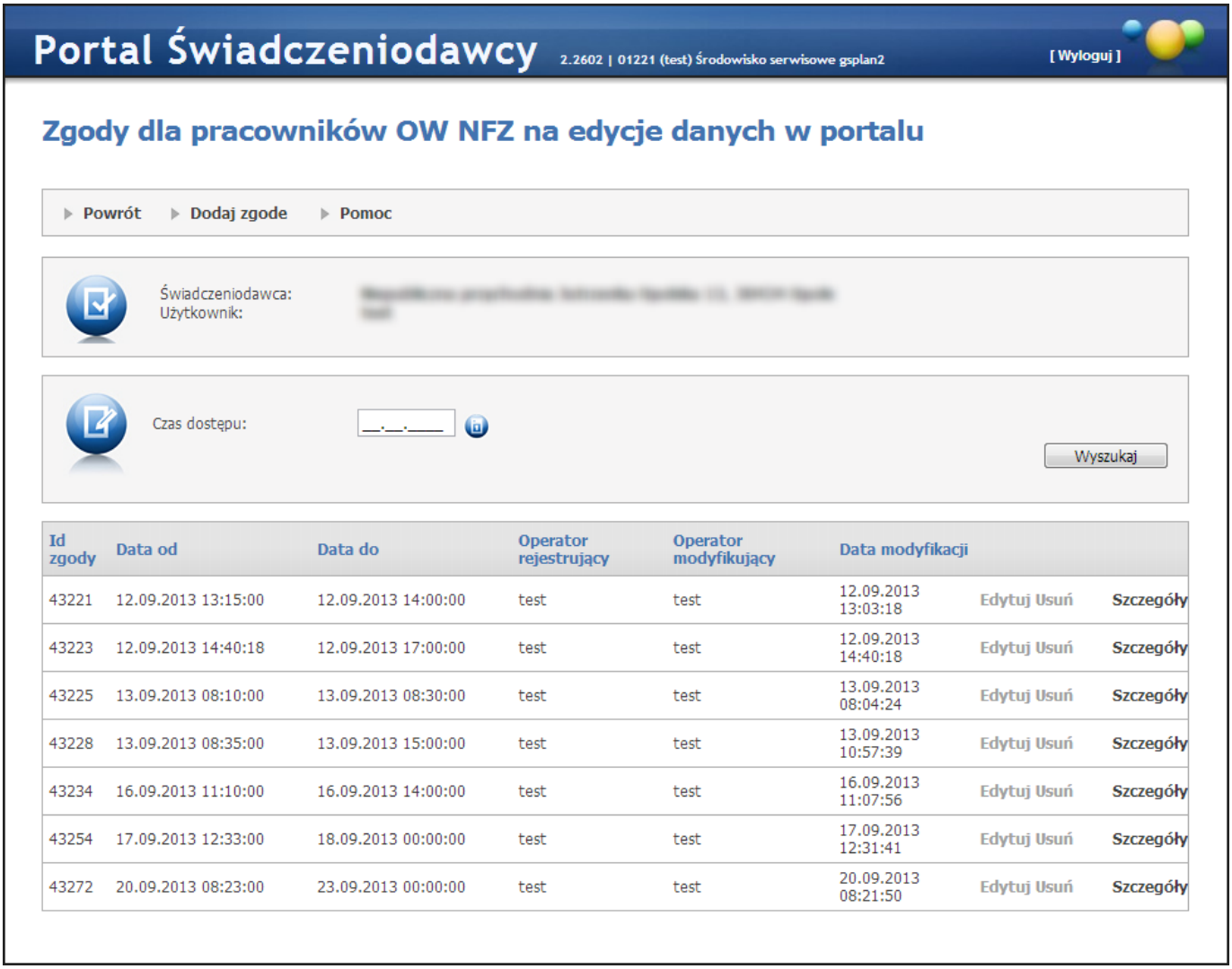
Tak wyrażona zgoda może być przez użytkownika świadczeniodawcy zmieniona lub anulowana - jeżeli określony czas jeszcze się nie rozpoczął to zgoda może być anulowana, jeżeli wskazany czas już się rozpoczął to może być zmieniona data i godzina końca okresu udzielenia zgody.

Podany przedział czasu dotyczy możliwości zalogowania się do portalu pracownika OW.
Wszystkie operacie wykonane w portalu przez pracownika OW NFZ będą zapisywane w rejestrze wykonanych operacji. Do rejestru będą także zapisywane informacje o tym, które strony i zakładki w portalu przeglądał pracownik OW oraz na których stronach i zakładkach zmieniał dane.
Do każdej operacji w rejestrze jest dołączona informacja, kto, kiedy i na podstawie której zgody świadczeniodawcy ta czynność została wykonana.

© 2026 Kamsoft S.A.



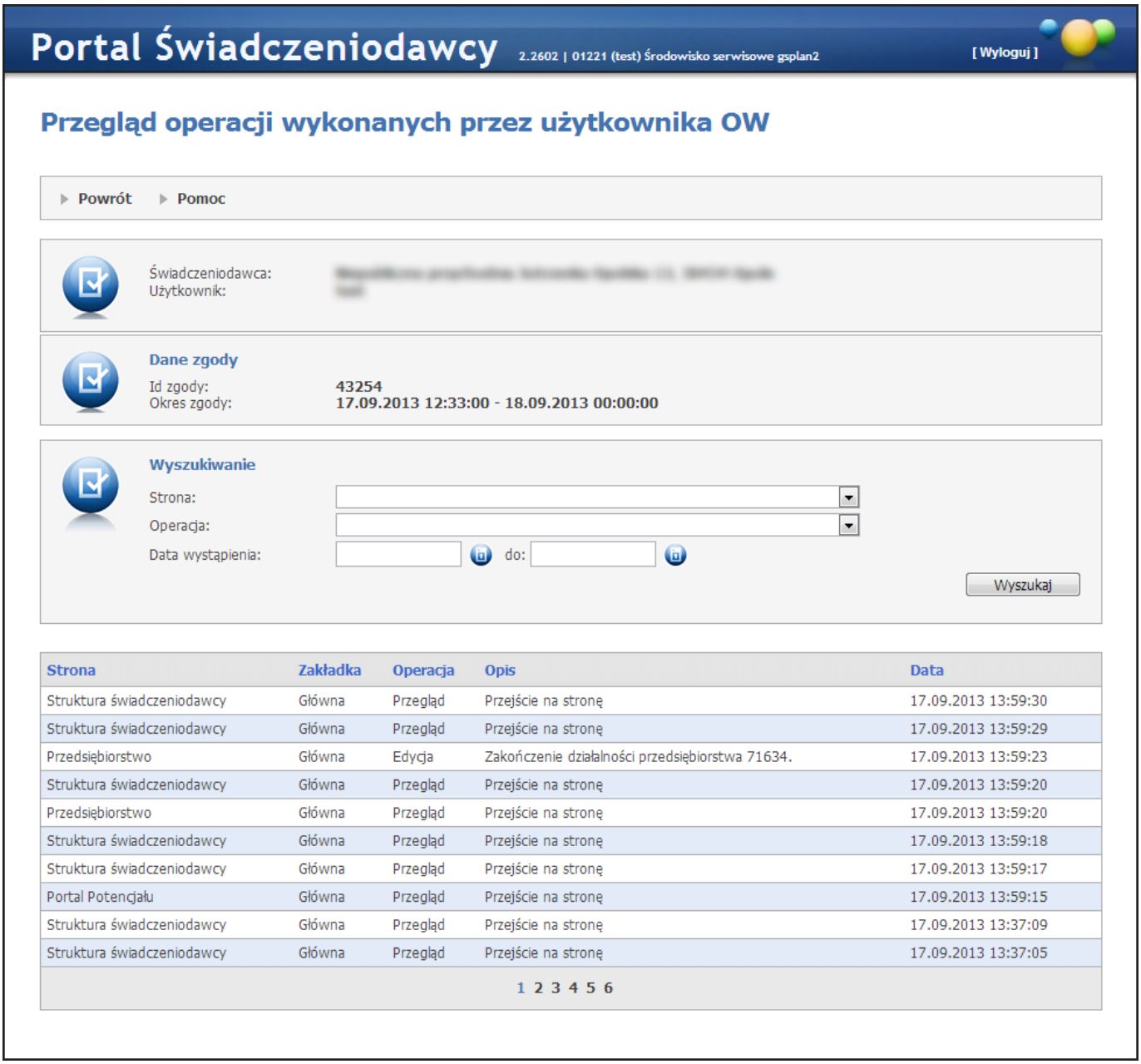
Pole *Czas dostępu* pozwala na przegląd rejestru zgód z wybranego dnia. Kliknięcie przycisku Wyszukaj przy niewypełnionym polu *Czas dostępu* pozwala na wyświetlenie całego rejestru zgód.



Id zgody	Data od	Data do	Operator rejestrujący	Operator modyfikujący	Data modyfikacji		
43221	12.09.2013 13:15:00	12.09.2013 14:00:00	test	test	12.09.2013 13:03:18	Edytuj Usuń	Szczegóły
43223	12.09.2013 14:40:18	12.09.2013 17:00:00	test	test	12.09.2013 14:40:18	Edytuj Usuń	Szczegóły
43225	13.09.2013 08:10:00	13.09.2013 08:30:00	test	test	13.09.2013 08:04:24	Edytuj Usuń	Szczegóły
43228	13.09.2013 08:35:00	13.09.2013 15:00:00	test	test	13.09.2013 10:57:39	Edytuj Usuń	Szczegóły
43234	16.09.2013 11:10:00	16.09.2013 14:00:00	test	test	16.09.2013 11:07:56	Edytuj Usuń	Szczegóły
43254	17.09.2013 12:33:00	18.09.2013 00:00:00	test	test	17.09.2013 12:31:41	Edytuj Usuń	Szczegóły
43272	20.09.2013 08:23:00	23.09.2013 00:00:00	test	test	20.09.2013 08:21:50	Edytuj Usuń	Szczegóły

© 2026 Kamsoft S.A.

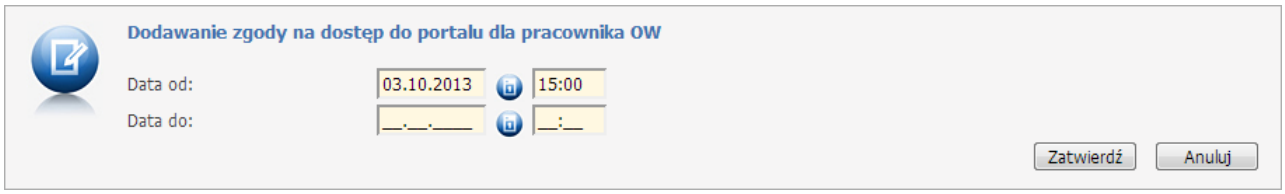
Przycisk **Szczegóły** znajdujący się na końcu każdego wiersza ze zgodą pozwala na przegląd rejestru operacji.



W rejestrze operacji możliwe jest wyszukiwanie operacji odpowiadającym określonym w filtrach stronom, operacjom oraz zakresowi dat wystąpienia.

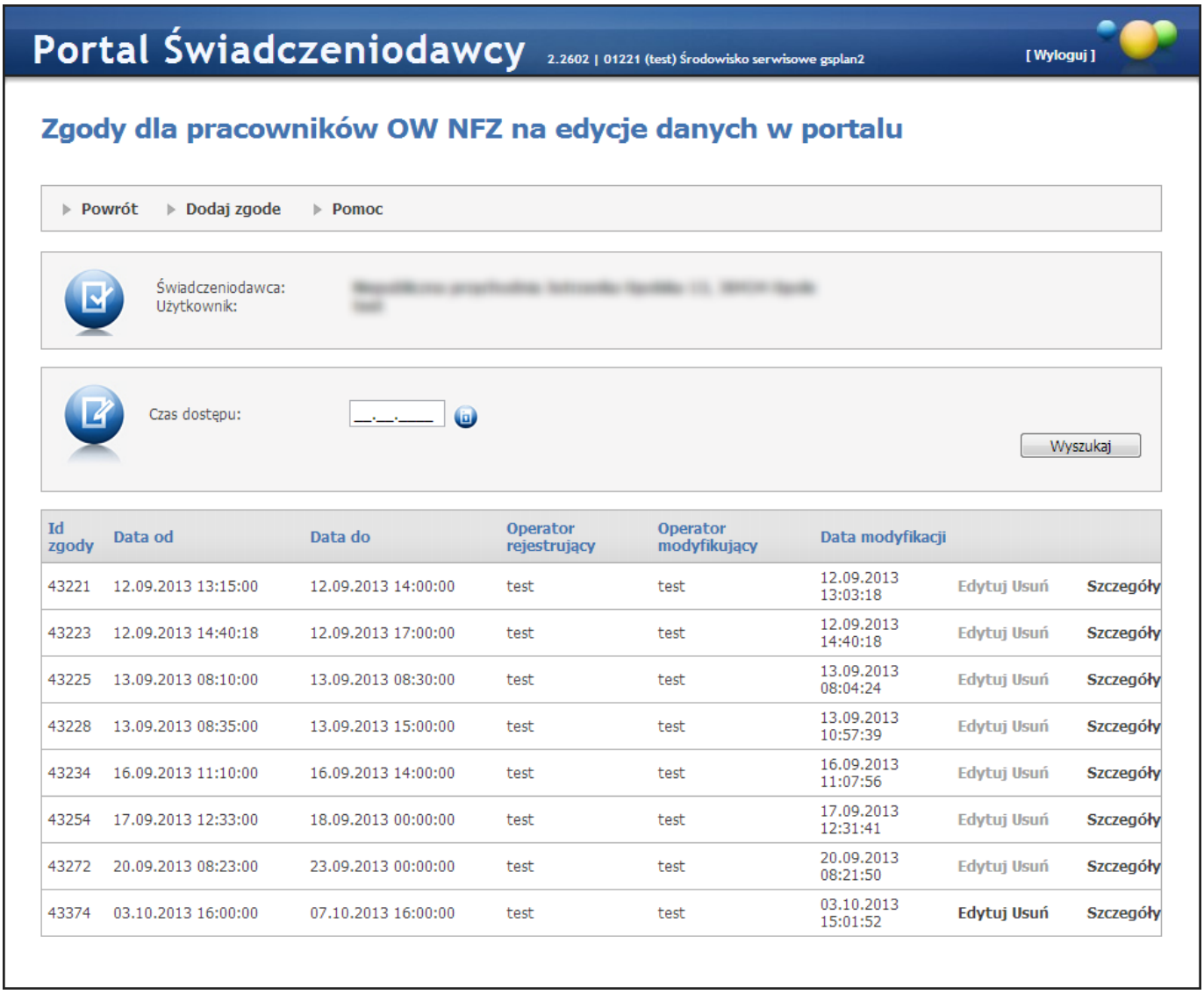
5.16.1 Dodawanie zgody

Dodanie zgody umożliwia przycisk **Dodaj zgodę**. Po jego kliknięciu pojawią się pola pozwalające na wprowadzenie dat i godzin zakresu zgody. Jako data i czas "od" podpowiadana jest bieżąca data i godzina.



© 2026 Kamsoft S.A.

Po zatwierdzeniu zgody pojawi się ona w rejestrze zgód. Do czasu jej wykorzystania przez pracownika OW lub do czasu upłynięcia jej terminu zgodę można edytować, bądź usunąć. Służą do tego przyciski **Edytuj** i **Usuń** znajdujące się w rejestrze zgód obok zgody.

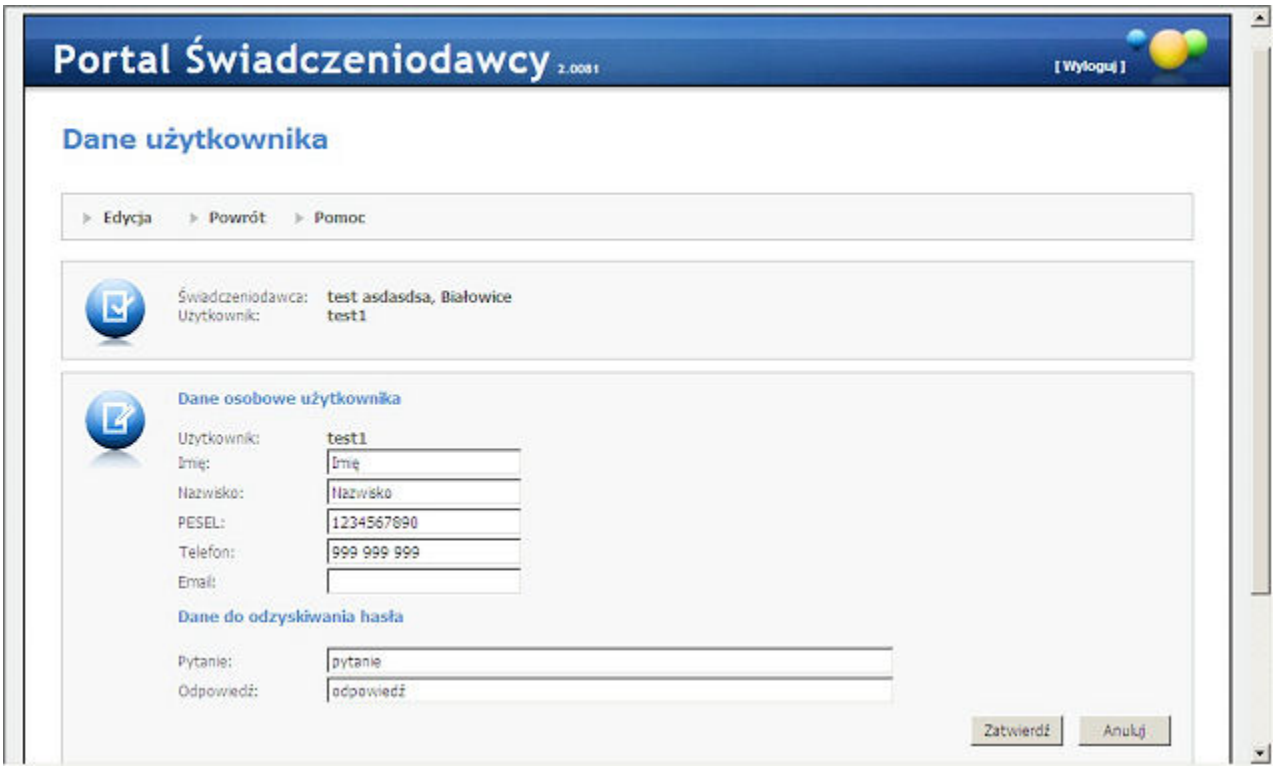


Id zgody	Data od	Data do	Operator rejestrujący	Operator modyfikujący	Data modyfikacji		
43221	12.09.2013 13:15:00	12.09.2013 14:00:00	test	test	12.09.2013 13:03:18	Edytuj Usuń	Szczegóły
43223	12.09.2013 14:40:18	12.09.2013 17:00:00	test	test	12.09.2013 14:40:18	Edytuj Usuń	Szczegóły
43225	13.09.2013 08:10:00	13.09.2013 08:30:00	test	test	13.09.2013 08:04:24	Edytuj Usuń	Szczegóły
43228	13.09.2013 08:35:00	13.09.2013 15:00:00	test	test	13.09.2013 10:57:39	Edytuj Usuń	Szczegóły
43234	16.09.2013 11:10:00	16.09.2013 14:00:00	test	test	16.09.2013 11:07:56	Edytuj Usuń	Szczegóły
43254	17.09.2013 12:33:00	18.09.2013 00:00:00	test	test	17.09.2013 12:31:41	Edytuj Usuń	Szczegóły
43272	20.09.2013 08:23:00	23.09.2013 00:00:00	test	test	20.09.2013 08:21:50	Edytuj Usuń	Szczegóły
43374	03.10.2013 16:00:00	07.10.2013 16:00:00	test	test	03.10.2013 15:01:52	Edytuj Usuń	Szczegóły

© 2026 Kamsoft S.A.

5.17 Dane użytkownika

Dane użytkownika - na formatce są wyświetlane dane osobowe zalogowanego użytkownika (identyfikator, imię, nazwisko, PESEL, telefon, e-mail, pytanie do przywracania hasła oraz odpowiedz na to pytanie).



5.18 Administracja uwierzytelniania wieloskładnikowego (MFA)

5.18.1 Zarządzanie uwierzytelnieniem wieloskładnikowym

W Portalu Świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia istnieje możliwość stosowania uwierzytelniania wieloskładnikowego. Uwierzytelnianie wieloskładnikowe znacznie podnosi bezpieczeństwo – zabezpieczenie przed dostępem do portalu osób nieuprawnionych.
Stosowanie do identyfikacji samych identyfikatorów użytkownika i haseł, obecnie, stało się już niewystarczające ze względu na duże zagrożenie włamaniami do systemu a także metody stosowane przez hakerów.

Wdrożenie mechanizmu **uwierzytelniania wieloskładnikowego (MFA)** w Portalu Świadczeniodawcy ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa. Klasyczne hasła nie są już bezpieczne głównie dlatego, że:
- użytkownicy nadal używają słabych haseł,
- używają tych samych haseł w wielu portalach,
- strony nadal źle zabezpieczają hasła, co powoduje możliwość wycieku haseł.

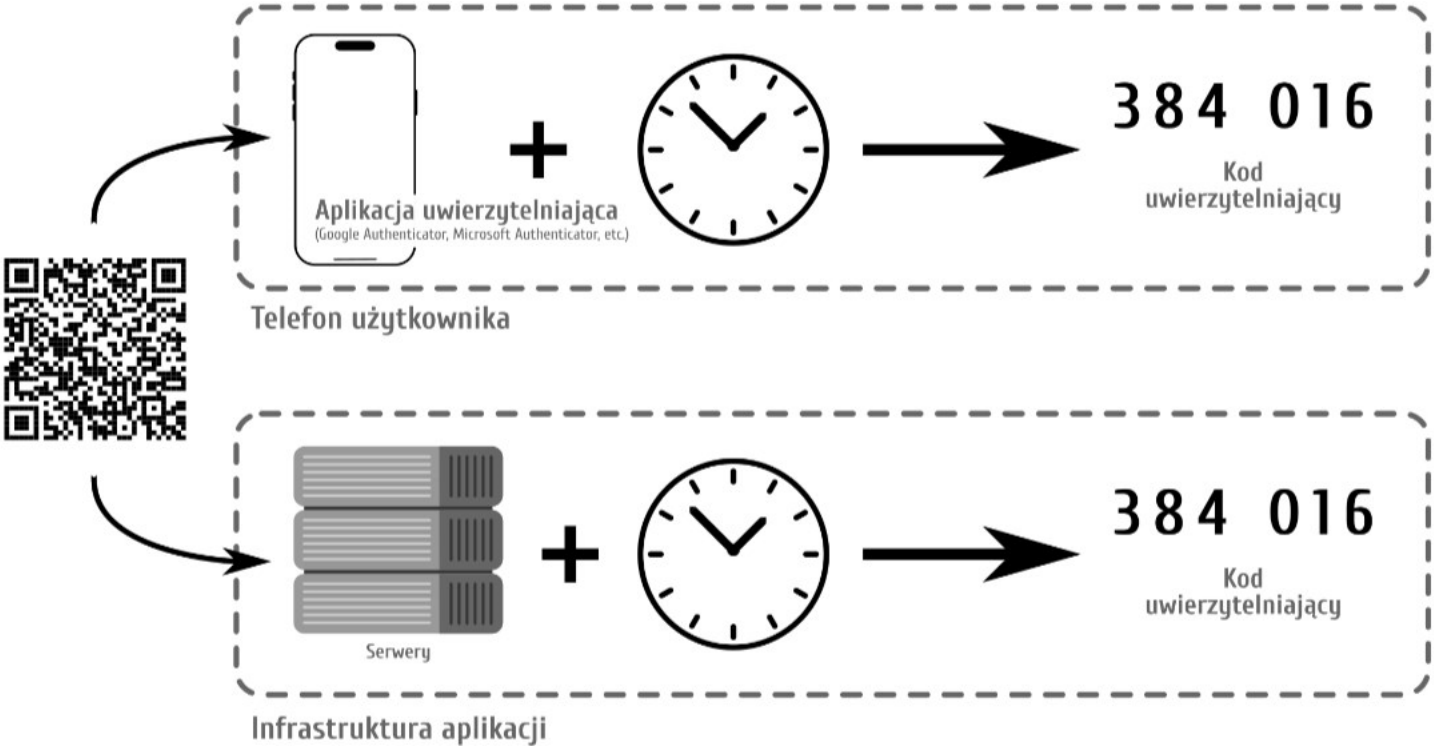
Czym jest uwierzytelnianie wieloskładnikowe?
Uwierzytelnianie wieloskładnikowe składa się z czegoś co użytkownik zna czyli np. hasła, kodu, PIN-u i dodatkowo czegoś co użytkownik ma czyli np. telefon, token sprzętowy, karta kodów. Mogą być również wykorzystywane indywidualne cechy użytkownika czyli odcisk palca, tęczówka (może być wykorzystywana biometria).

© 2026 Kamsoft S.A.

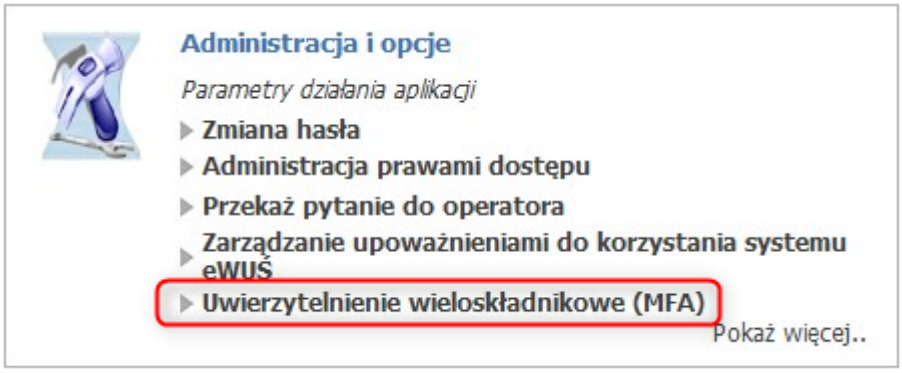
MFA wymaga dwóch lub więcej składników do uwierzytelnienia. W systemie Narodowego Funduszu zdrowia zastosowano uwierzytelnianie dwuskładnikowe czyli składające się z hasła (jak do tej pory) i z systemu jednorazowych kodów wysyłanych na urządzenie świadczeniodawcy np. na telefon komórkowy.

Tokeny TOTP.

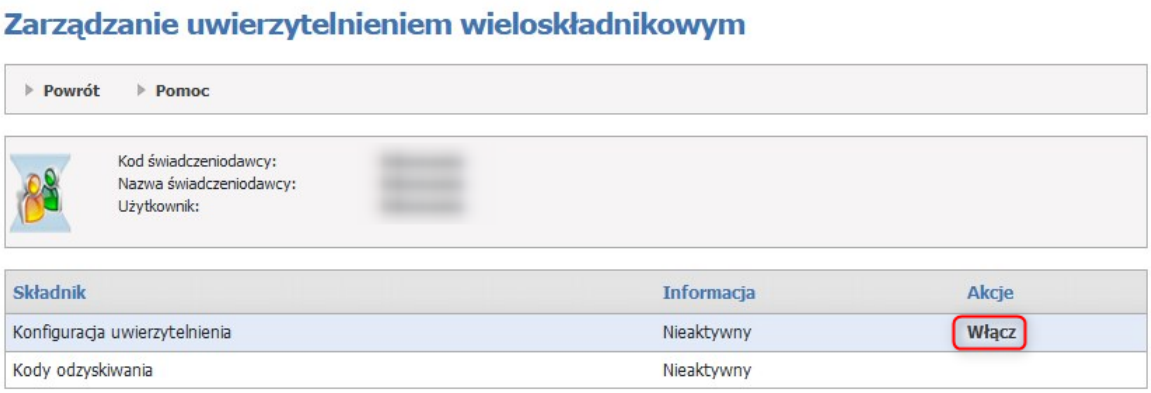
TOTP (Time-based One-Time Password), jest to mechanizm oparty na czasie. Od momentu wygenerowania hasła/kodu użytkownik ma określoną liczbę sekund na jego użycie, w przeciwnym wypadku straci ono ważność.



Operator Portalu Świadczeniodawcy ma możliwość zarządzania sposobem uwierzytelniania do portalu. Dostępność mechanizmu MFA w systemie Funduszu nie oznacza, że został on automatycznie włączony dla wszystkich świadczeniodawców. Rozpoczęcie stosowania uwierzytelniania dwuskładnikowego wymaga włączenia go przez operatora świadczeniodawcy, korzystając z funkcji **Włącz** w funkcji konfiguracji MFA.



© 2026 Kamsoft S.A.



Operator Portalu Świadczeniodawcy może włączyć mechanizm MFA wykorzystujący tokeny TOTP.

Aby móc skorzystać z tego mechanizmu konieczne jest posiadanie na urządzeniu aplikacji, która obsługuje otwarty standard TOTP. Taką aplikacją jest np. Microsoft Authenticator, Google Authenticator, Wizyta lekarska firmy Kamsoft, ale liczba aplikacji generujących tokeny TOTP jest bardzo duża i są to zarówno produkty darmowe jak i komercyjne.

Oprócz aplikacji generujących kody MFA na urządzenia mobilne jest cały szereg rozwiązań alternatywnych. Natomiast w przeciwieństwie do aplikacji na telefony komórkowe są one powiązane z danym kontem użytkownika na danym komputerze. Są to przykładowo dodatki do przeglądarek internetowych. Do wielu przeglądarek dostępny jest cały szereg rozwiązań tego typu. Poniżej prezentujemy zaledwie kilka przykładów:

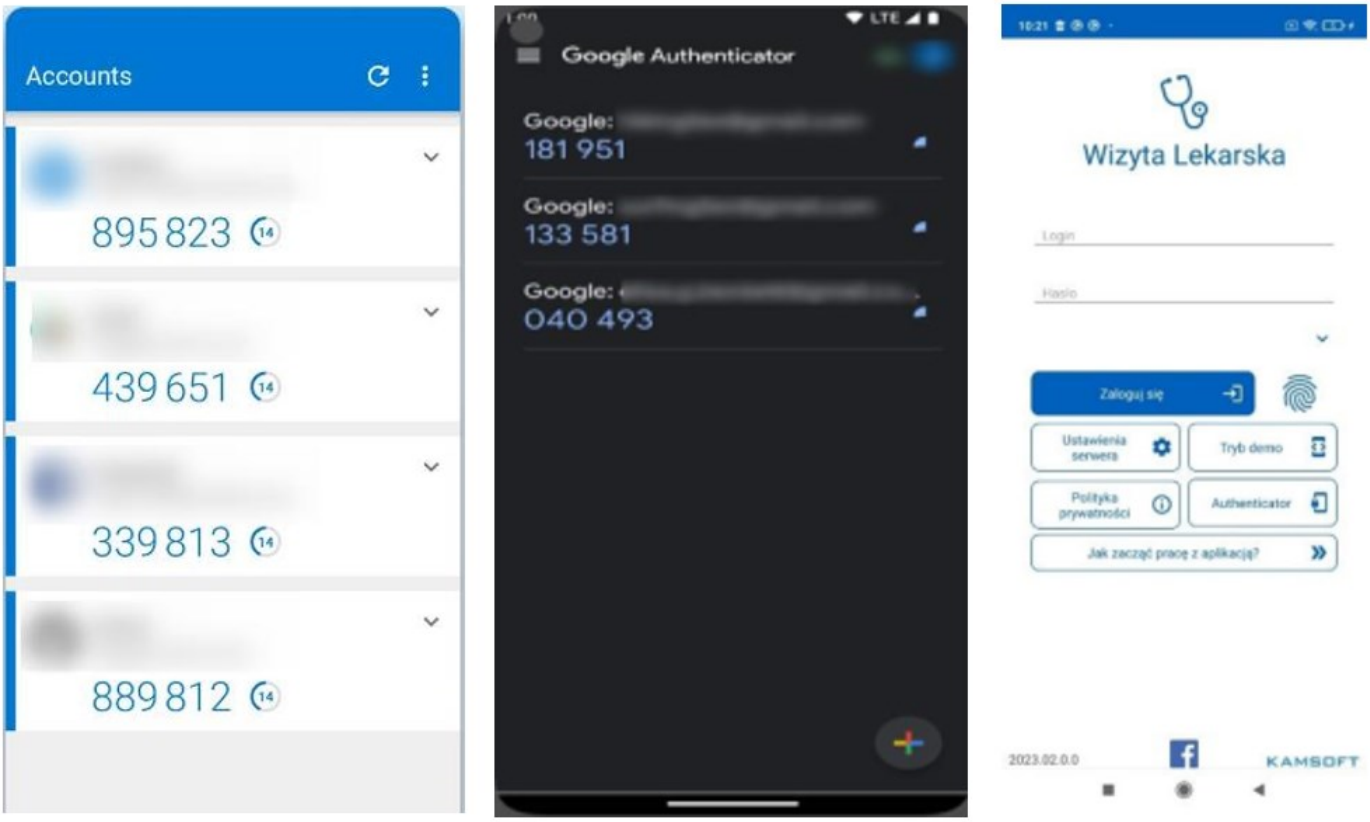
- **Authenticator** - dodatek do przeglądarki Chrome https://chromewebstore.google.com/detail/authenticator/bhghoamapcdpbohphigoooaddinpkbai?pli=1
- **Authenticator: 2FA Client** - dodatek do przeglądarki Microsoft Edge https://microsoftedge.microsoft.com/addons/detail/authenticator-2fa-client/ocglkepbibnalbgmbachknglpdipeoio
- **Authenticator by MindStorm** - dodatek do przeglądarki Firefox https://addons.mozilla.org/en-US/firefox/addon/auth-helper/

Inną alternatywą są aplikacje dla systemów operacyjnych desktopowych, przykłady poniżej to aplikacje dostępne z Windows Store:

- **Authme - Two factor (2FA) authenticator** https://apps.microsoft.com/detail/xp9m33rjsvd6jr?hl=pl-pl&gl=PL
- **OTPKEY Authenticator** https://apps.microsoft.com/detail/xp9mcl9t4jfz0b?hl=en-us&gl=US
- **Oracle Mobile Authenticator** - https://apps.microsoft.com/detail/9nblggh4nsh8?hl=en-us&gl=US

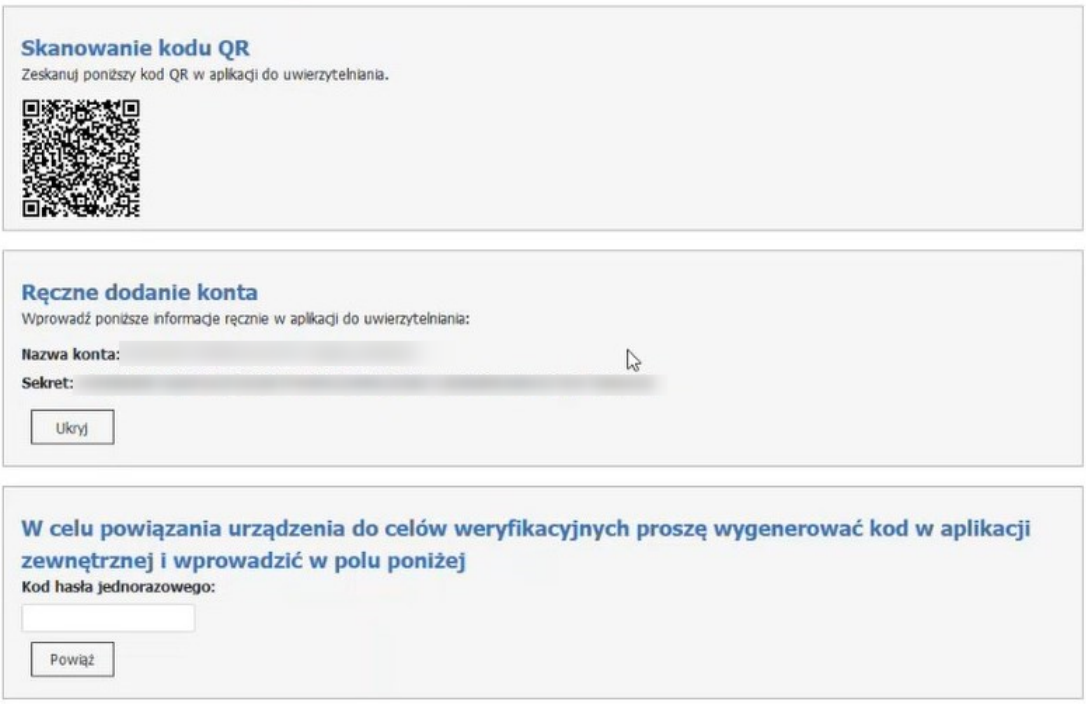
Aplikacje o tych samych funkcjach występują również w środowiskach Linuxowych czy też dla platformy iOS. Należy mieć świadomość, że wyżej wymienione rozwiązania to tylko jedne z wielu dostępnych możliwości.

© 2026 Kamsoft S.A.



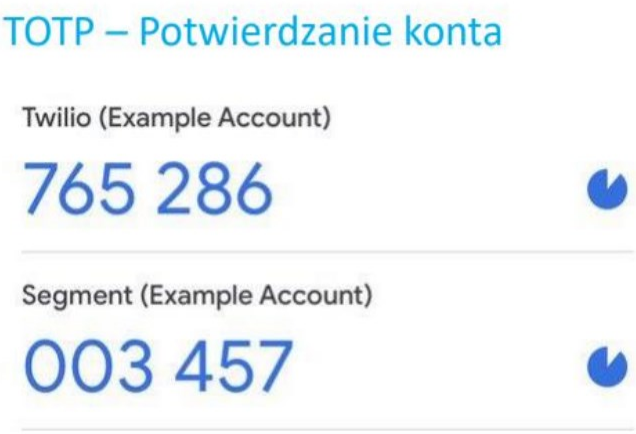
Rozpoczęcie korzystania z mechanizmu FMA wymaga jednorazowego wykonania czynności powiązania konta w portalu z aplikacją do uwierzytelniania.

Aby móc włączyć MFA wykorzystujący tokeny TOTP, użytkownik musi zeskanować w aplikacji, którą ma zainstalowaną np. na telefonie kod QR wyświetlony w portalu.

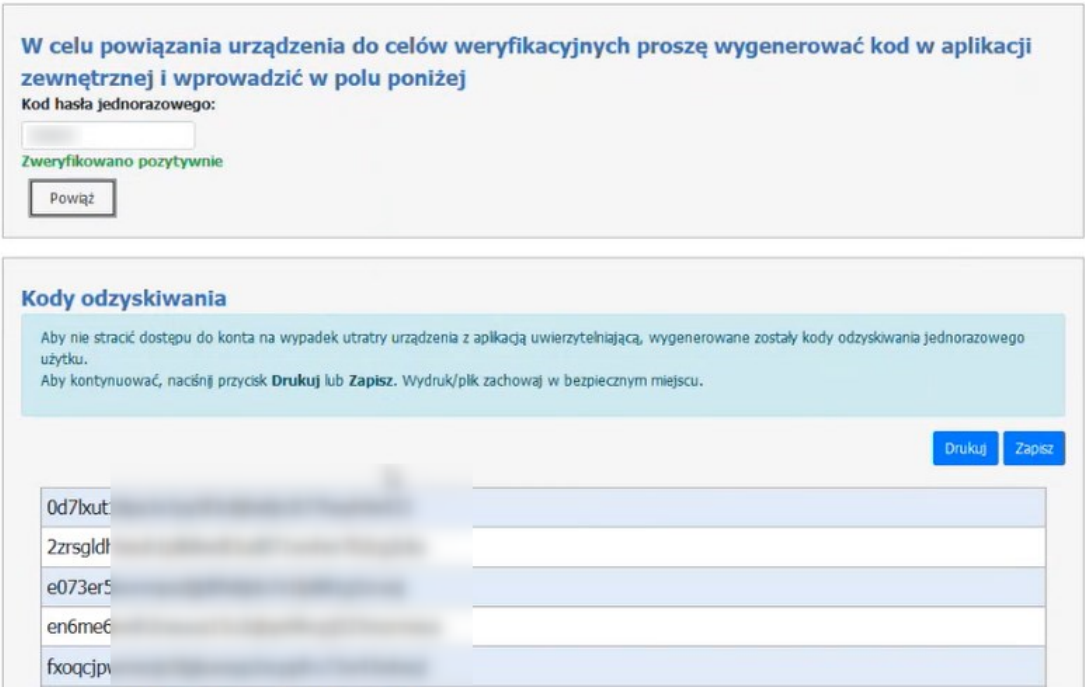


© 2026 Kamsoft S.A.

Zamiast zeskanowania kodu QR użytkownik może go przepisać ręcznie czyli na żądanie wyświetlić kod (sekret) i przepisać/skopiować do aplikacji używanej do uwierzytelniania. Wpisanie kodu ręcznie da ten sam efekt co zeskanowanie kodu QR. W aplikacji do uwierzytelniania zostanie wygenerowany kod potwierdzający.



Aby potwierdzić powiązanie aplikacji uwierzytelniającej z portalem należy wpisać 6-cyfrowy kod, generowany przez aplikację i użyć funkcji **Powiąż**. Nastąpi powiązanie uwierzytelnienia wieloskładnikowego.



Kolejnym krokiem, wymaganym w procesie włączania MFA, jest wyświetlenie kodów odzyskiwania wraz z możliwością ich wydruku lub zapisania. Kody te pozwalają na awaryjne zalogowanie się wykorzystując MFA w przypadku utracenia urządzenia generującego tokeny TOTP lub wystąpienia problemu z użyciem aplikacji uwierzytelniajacej. Są to kody jednorazowego użytku (raz wykorzystany kod staje się nieaktywny). Zaleca się te kody wydrukować, zapisać i schować w bezpieczne miejsce, nie ujawniać ich osobom niepowołanym.

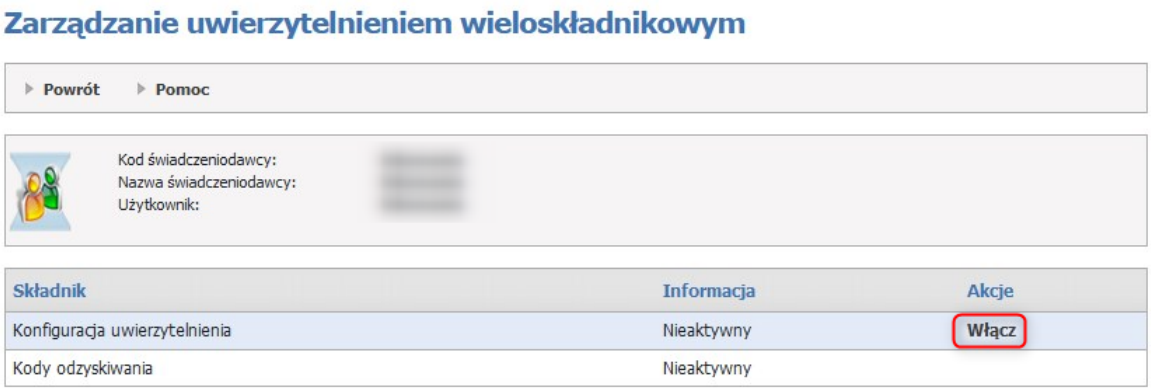
Po wydrukowaniu/zapisaniu kodów operator zapisuje konfigurację za pomocą klawisza Zapisz konfigurację. Po poprawnym zapisaniu pokaże się informacja **Poprawnie zapisano konfigurację**.

***

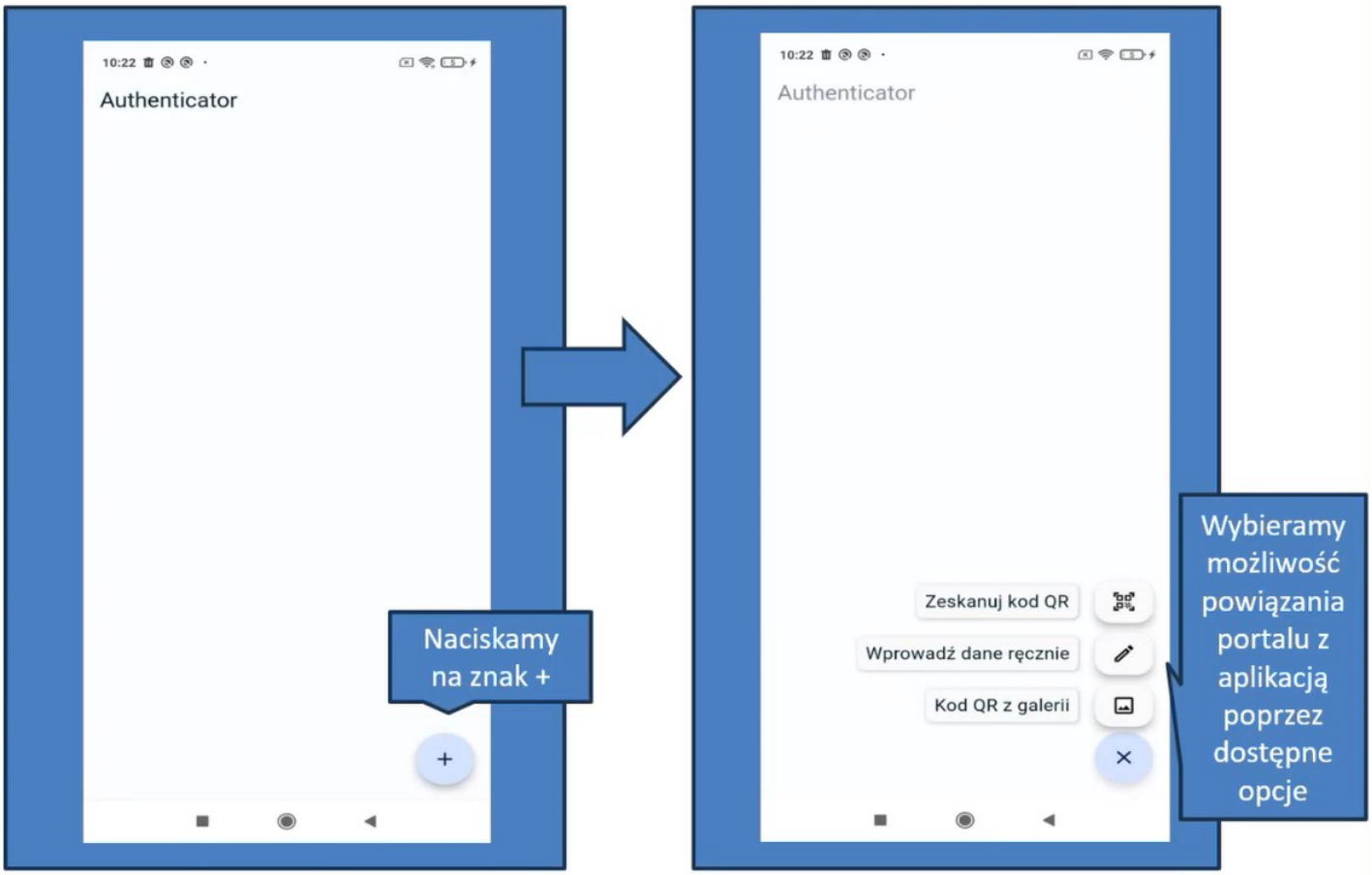
Włączanie MFA i powiązanie aplikacji do uwierzytelniania z portalem – wykaz czynności.

© 2026 Kamsoft S.A.

1. Aby włączyć MFA wykorzystujący tokeny TOTP operator musi skorzystać z linku **Włącz**.

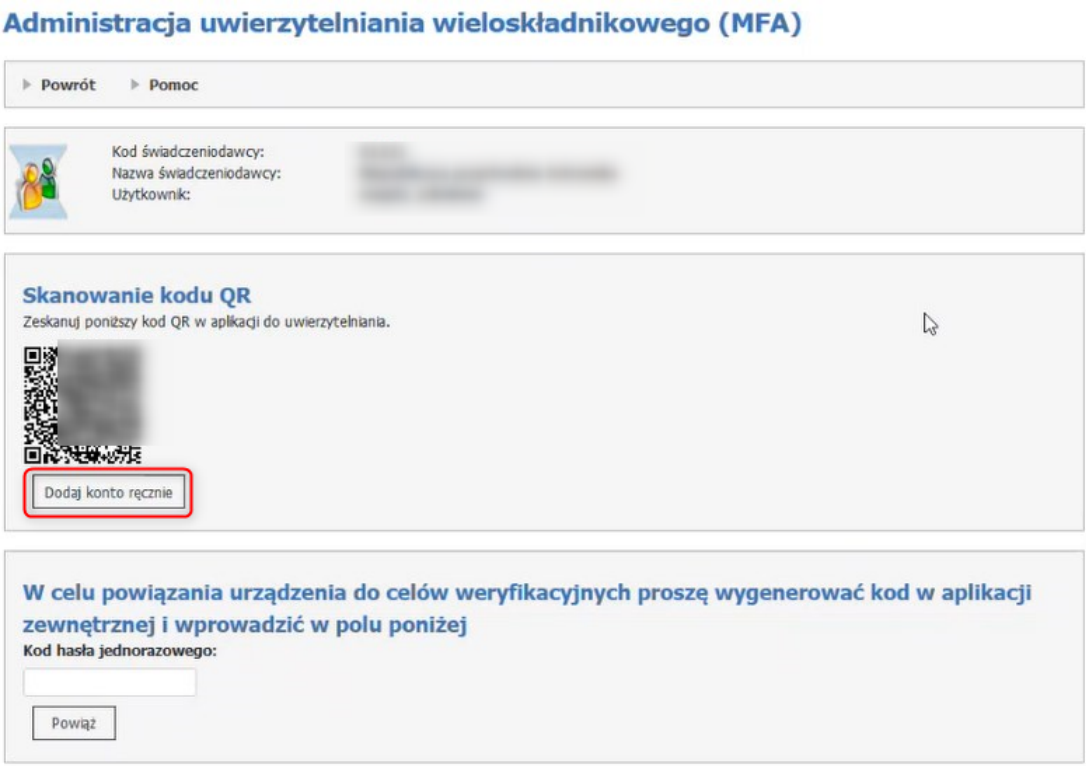


2. Po otwarciu formatki w aplikacji do uwierzytelniania operator dodaje i skanuje kod QR na aplikacji zewnętrznej.

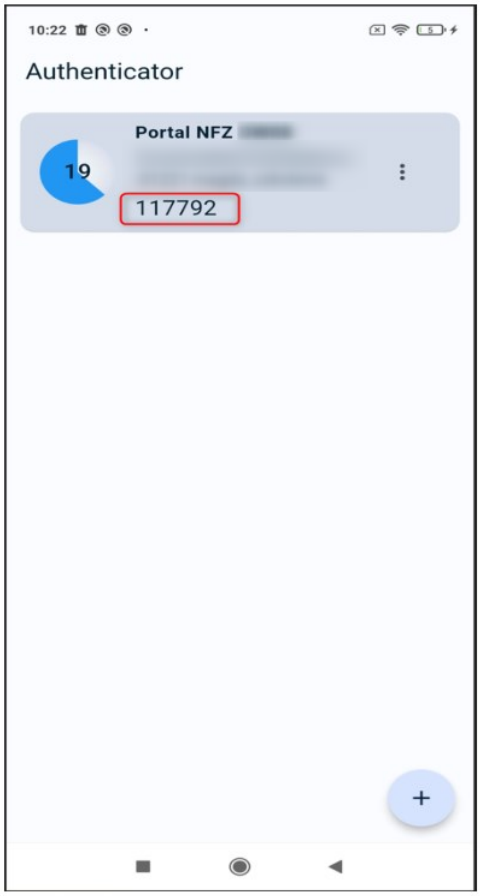


3. Zamiast zeskanowania można kliknąć w **Dodaj konto ręcznie**.

© 2026 Kamsoft S.A.

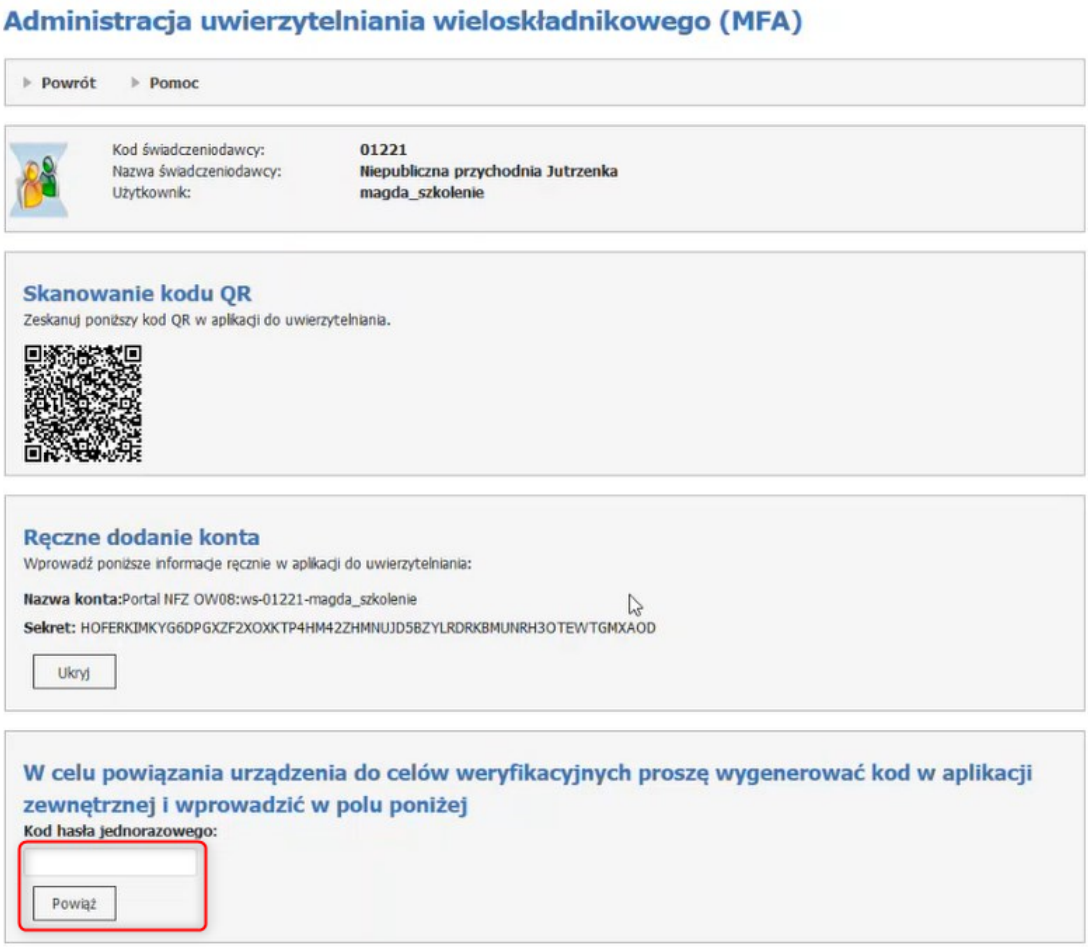


4. Po udanym powiązaniu urządzenia, aplikacja jest gotowa do uwierzytelnienia wieloskładnikowego.

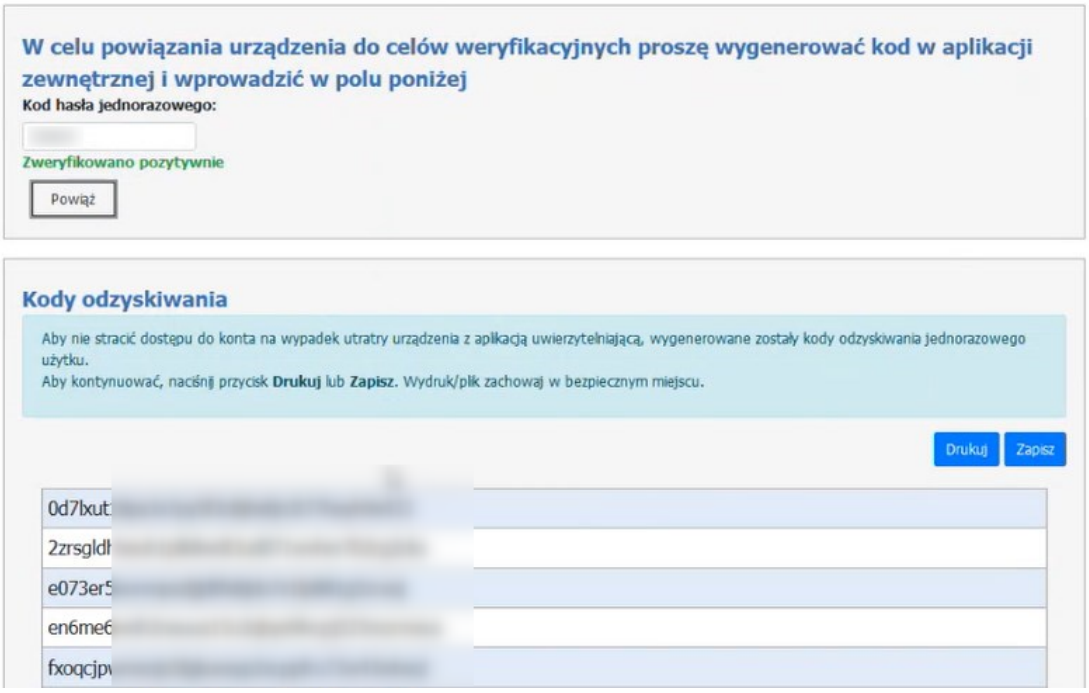


5. Operator przepisuje kod z aplikacji zewnętrznej do portalu i klika w **Powiąż**.

© 2026 Kamsoft S.A.

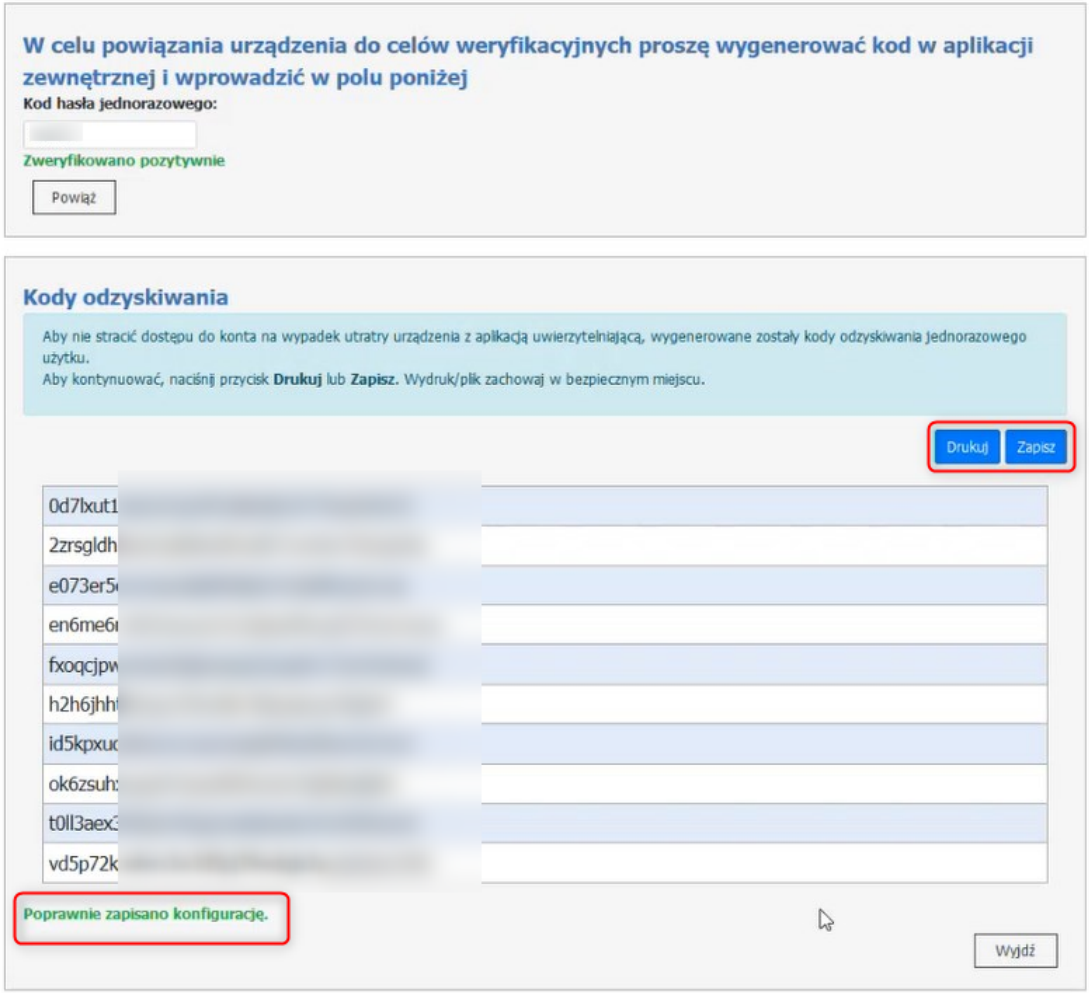


6. Po prawidłowym powiązaniu pokaże się informacja **Zweryfikowano pozytywnie** oraz lista kodów odzyskiwania.
Lista kodów odzyskiwania jest to lista 10 kodów, które można użyć w przypadku problemów z użyciem aplikacji uwierzytelniającej np. zgubienia lub uszkodzenia telefonu.
Kody należy zapisać lub wydrukować. Bez tej czynności program nie będzie mógł zakończyć konfiguracji.

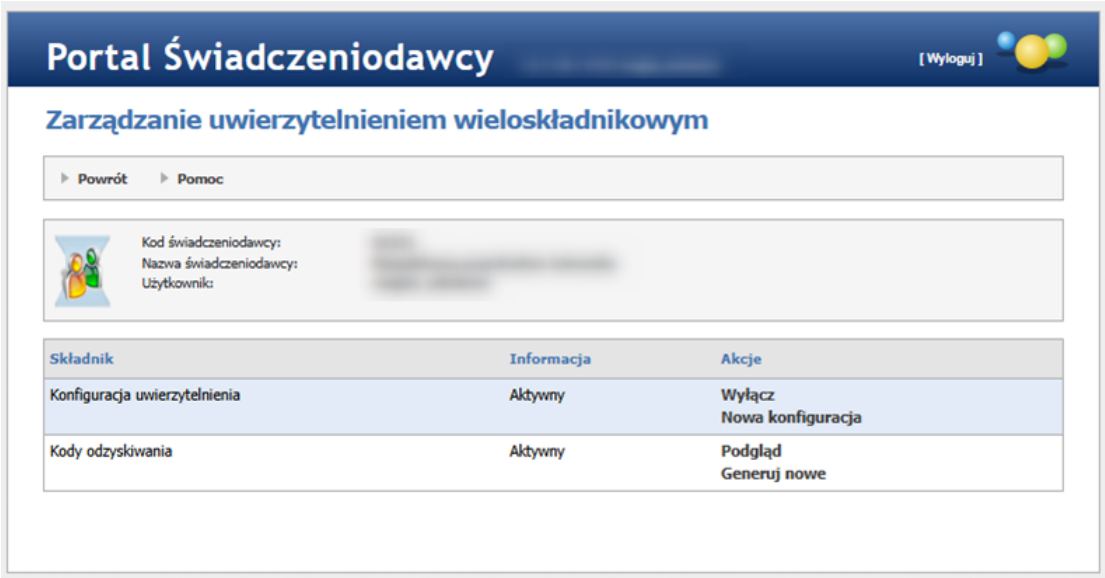


© 2026 Kamsoft S.A.

7. Po wydrukowaniu/zapisaniu kodów operator zapisuje konfigurację za pomocą klawisza **Zapisz konfigurację**. Po poprawnym zapisaniu pokaże się informacja **Poprawnie zapisano konfigurację**.



Jeśli mechanizm logowania do portalu z wykorzystaniem mechanizmu MFA jest już aktywny to pojawią się dodatkowe funkcje/linki.

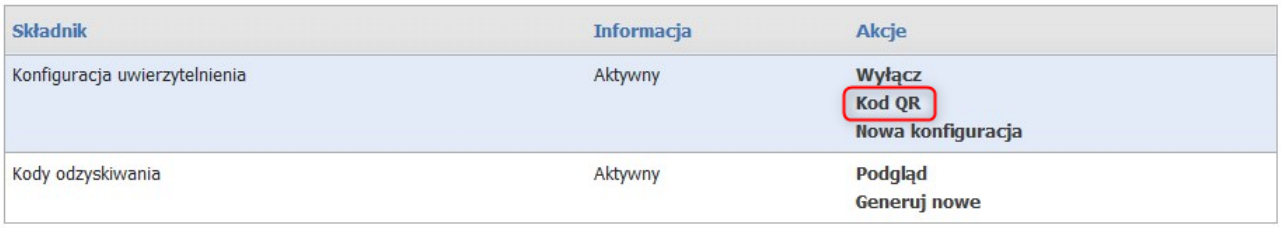


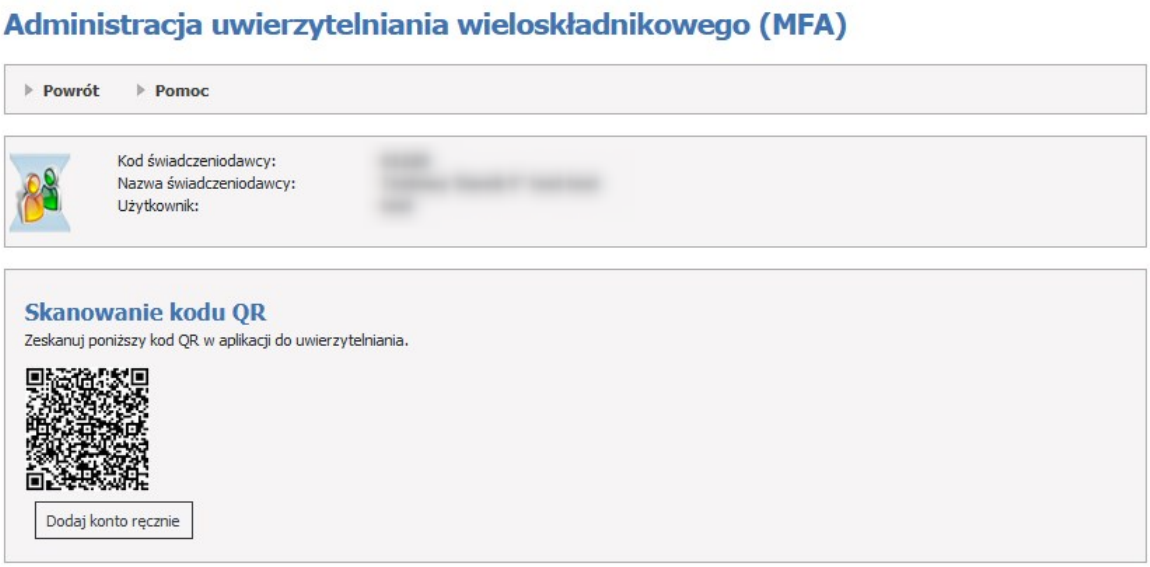
© 2026 Kamsoft S.A.

5.18.2 Wyświetlenie kodu QR

Wyświetlenie kodu QR może być przydatne w sytuacji, gdy operator chce używać więcej niż jednego telefonu do uwierzytelniania – generowania kodów jednorazowych. W takim przypadku, dla aplikacji zainstalowanej na kolejnym telefonie należy powtórzyć operacje powiązania aplikacji z kontem w Portalu. Należy ponownie wykonać skanowanie kodu QR lub wpisanie kodu ręcznie.

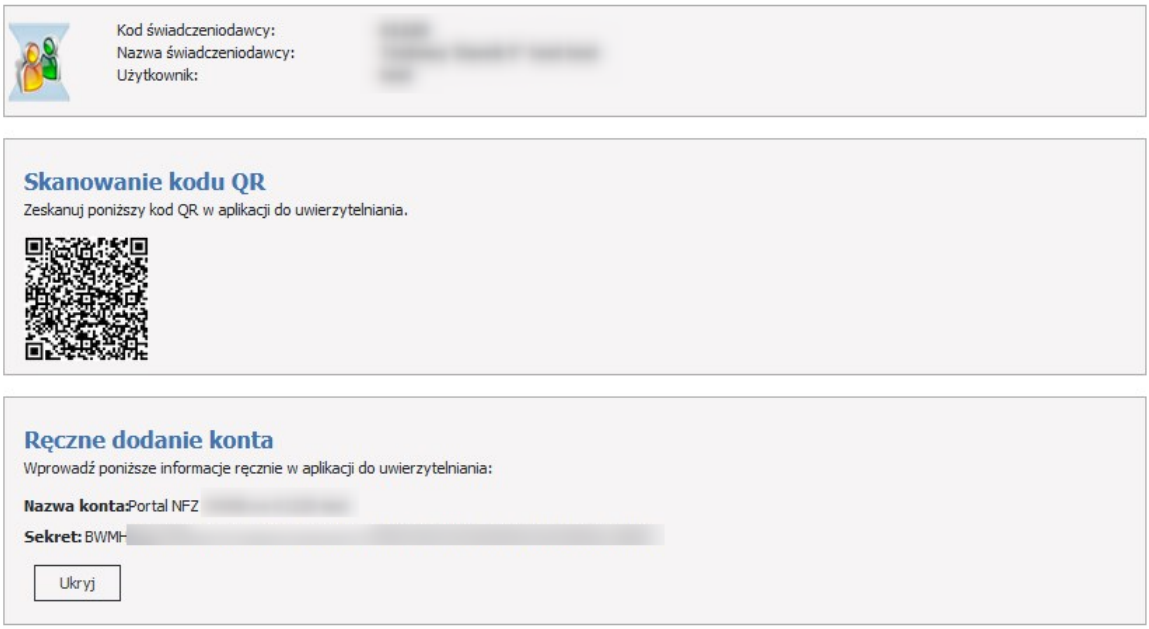
Operator może wyświetlić **Kod QR**.





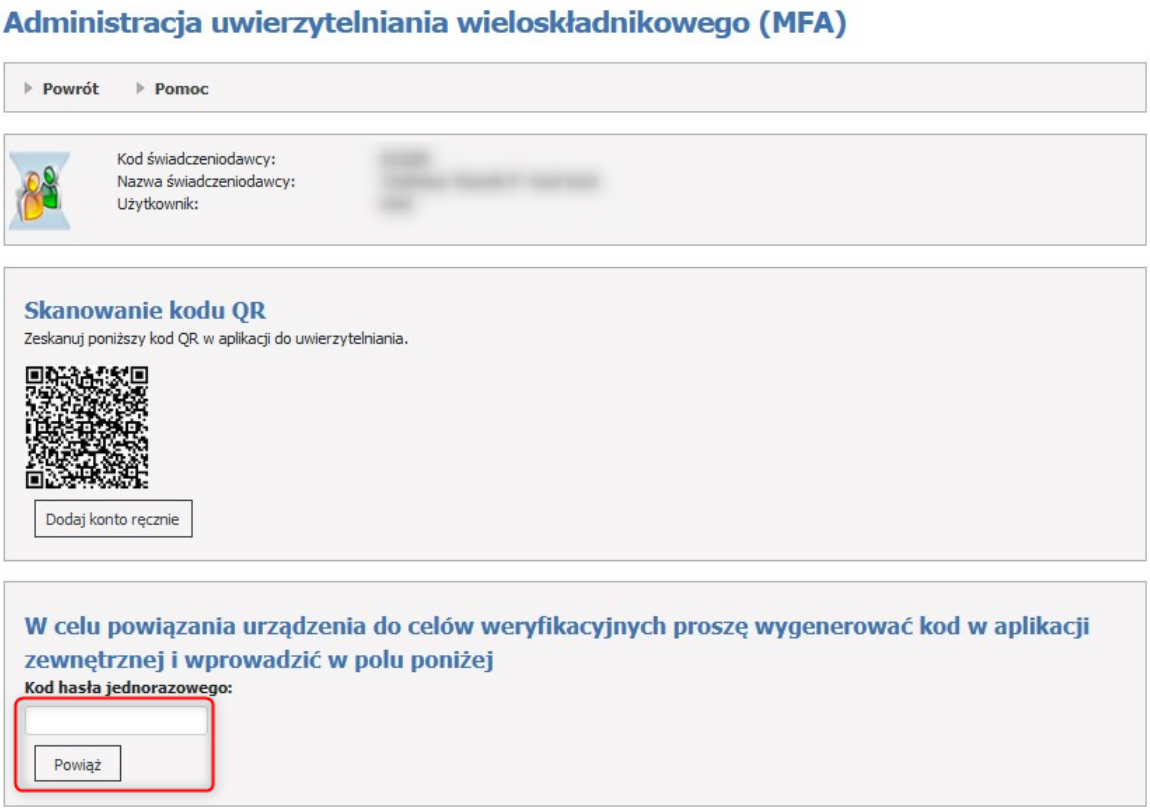
Należy przepisać lub skopiować kod (sekret) do aplikacji generującej jednorazowe kody.

© 2026 Kamsoft S.A.



5.18.3 Konfiguracja uwierzytelnienia wielkoskładnikowego (TOTP)

Aby potwierdzić zeskanowanie lub przepisanie kodu i przejść dalej należy wpisać token/kod 6 cyfrowy wygenerowany przez aplikację służącą do generowania tokenów TOTP a następnie kliknąć w **Powiąż**.

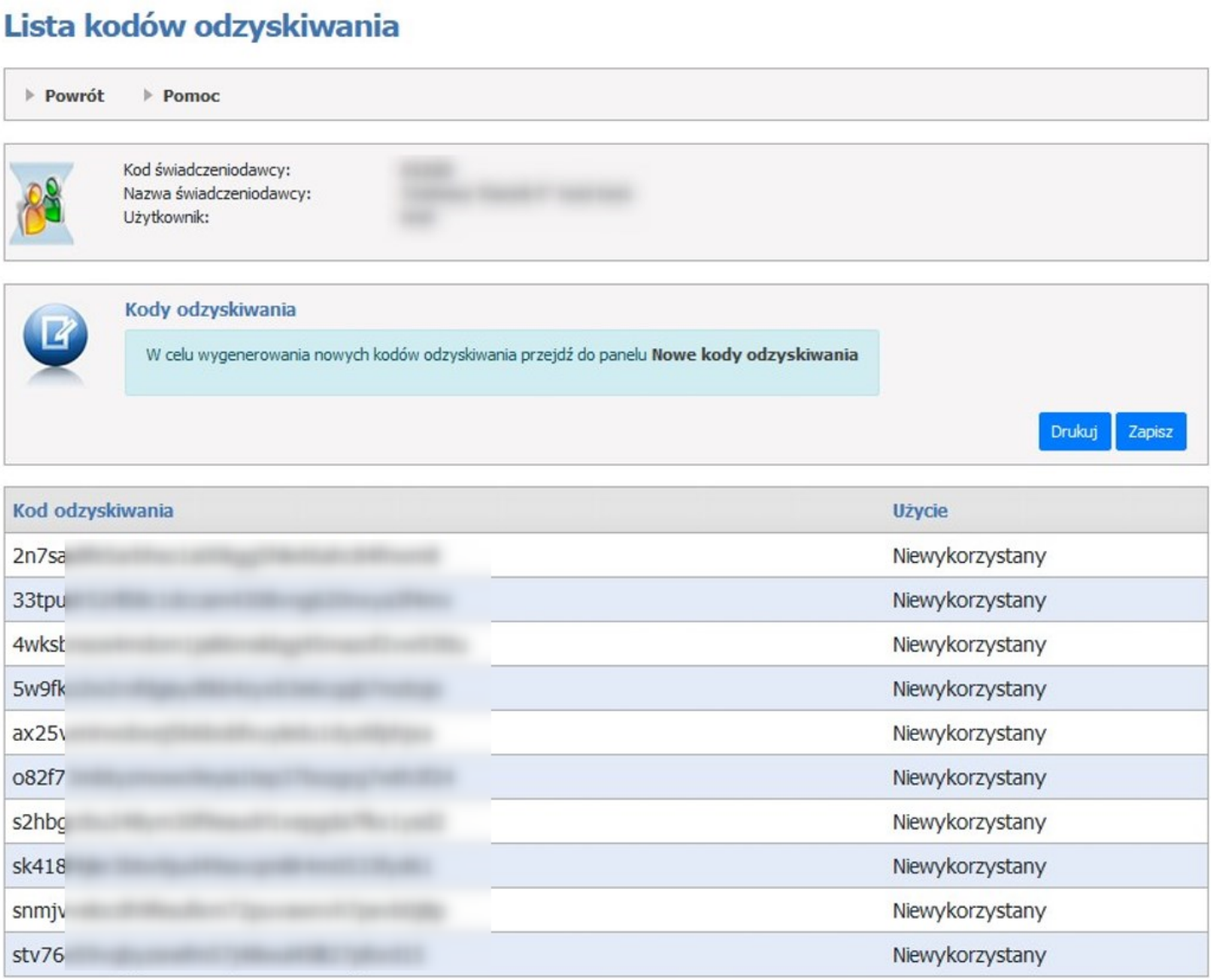


© 2026 Kamsoft S.A.

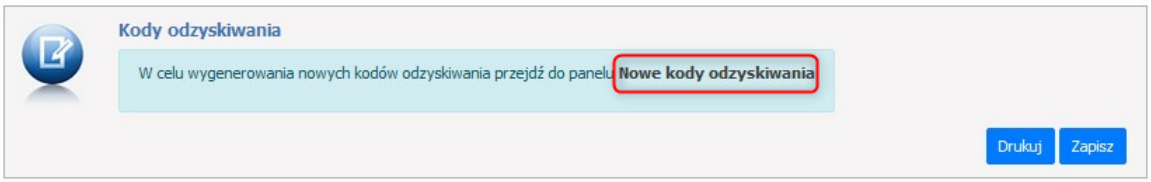
5.18.4 Lista kodów odzyskiwania

Kody odzyskiwania.
Kody odzyskiwania służą do awaryjnego logowania w przypadku braku możliwości skorzystania z aplikacji do uwierzytelniania, niezbędnej do uwierzytelniania MFA (zgubienie lub uszkodzenie telefonu, przywrócenie urządzenia do stanu fabrycznego).

Są to kody jednorazowego użytku, które zaleca się wydrukować i schować w bezpieczne miejsce.

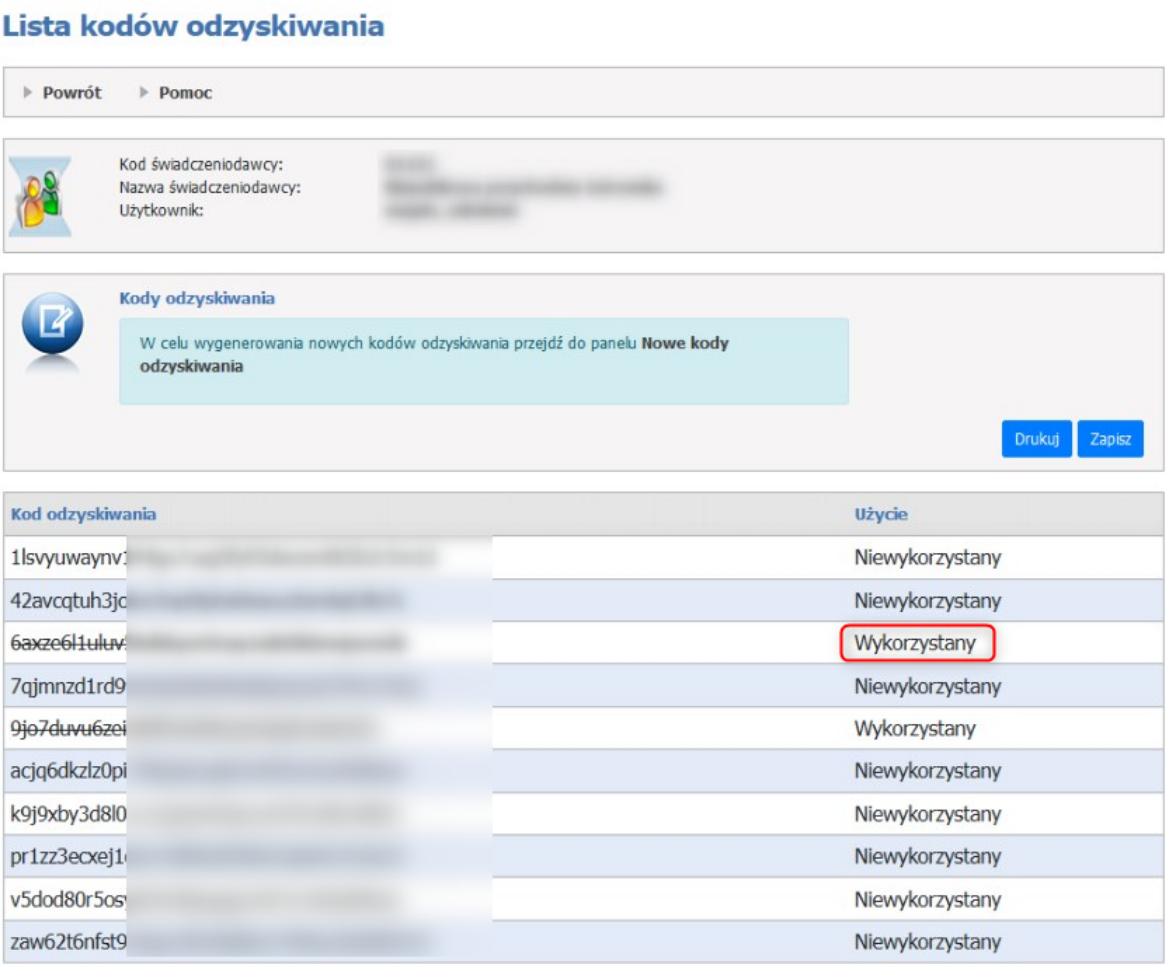


Aby wygenerować nowe kody odzyskiwania należy przejść do strony **Zarządzanie uwierzytelnieniem wieloskładnikowym** i skorzystać z linku **Generuj nowe** lub posłużyć się linkiem **Nowe kody odzyskiwania**.



© 2026 Kamsoft S.A.

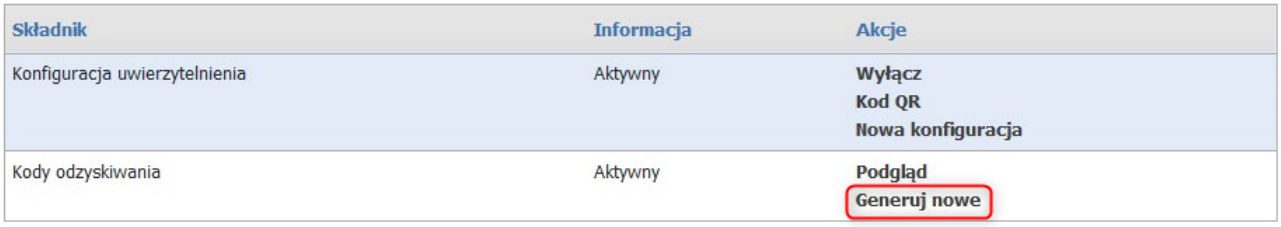
Kody, które zostały wykorzystane są oznaczone jako **Wykorzystane** oraz dodatkowo przekreślone.



Uwaga: Jeżeli z jakiegoś powodu, kody odzyskiwania zostaną przez osobę nieuprawnioną przechwycone, należy jak najszybciej anulować kody poprzez wygenerowanie nowych, które je nadpiszą.

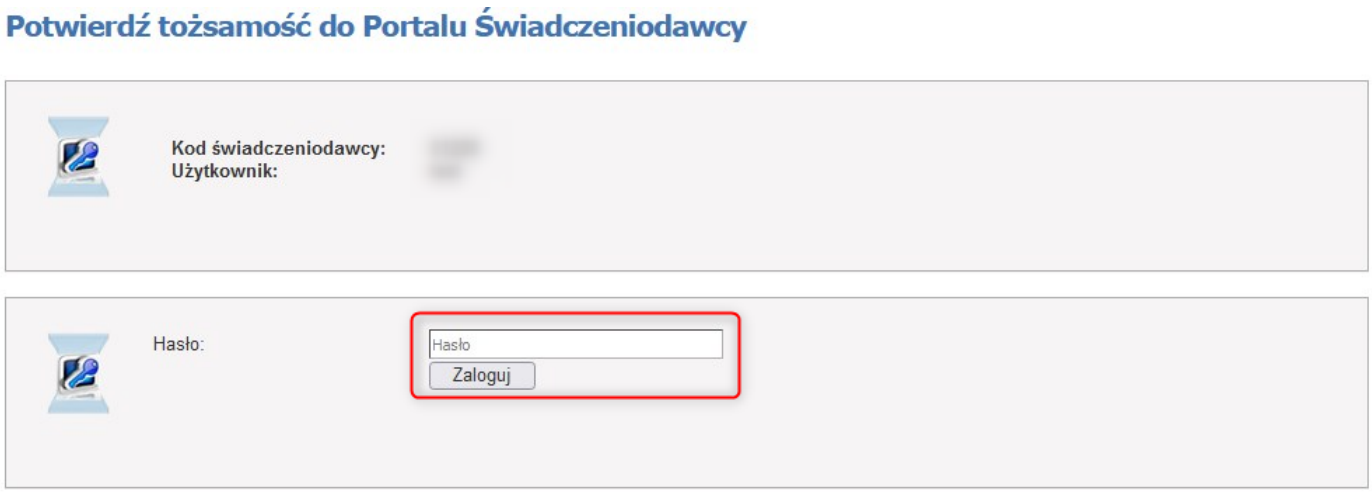
5.18.5 Generowanie nowych kodów odzyskiwania

Aby wygenerować nowe kody odzyskiwania należy skorzystać z linku **Generuj nowe** na stronie **Zarządzanie uwierzytelnieniem wieloskładnikowym**.



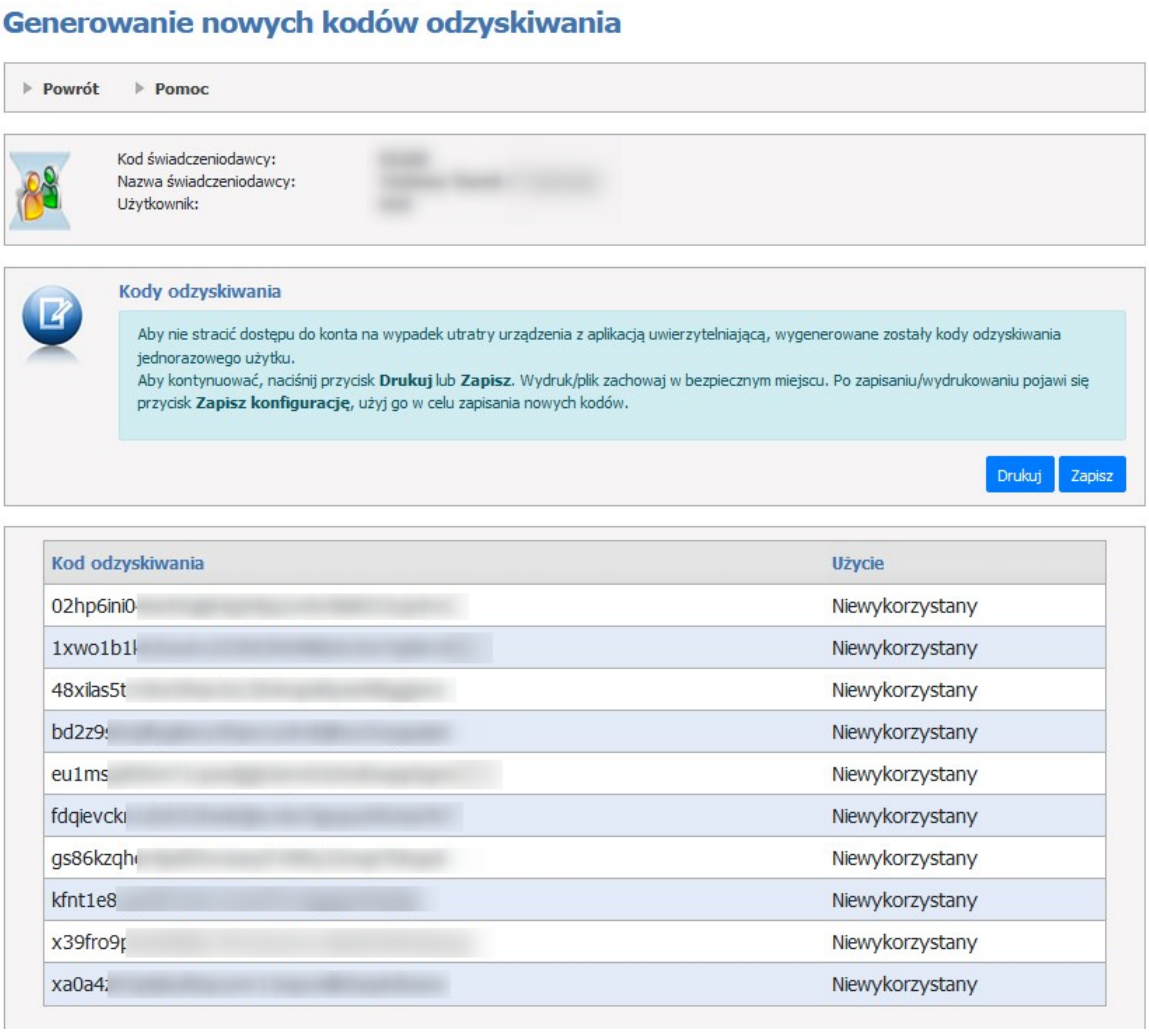
Operator zostanie poproszony o potwierdzenie tożsamości poprzez wpisanie hasła do Portalu Świadczeniodawcy.

© 2026 Kamsoft S.A.



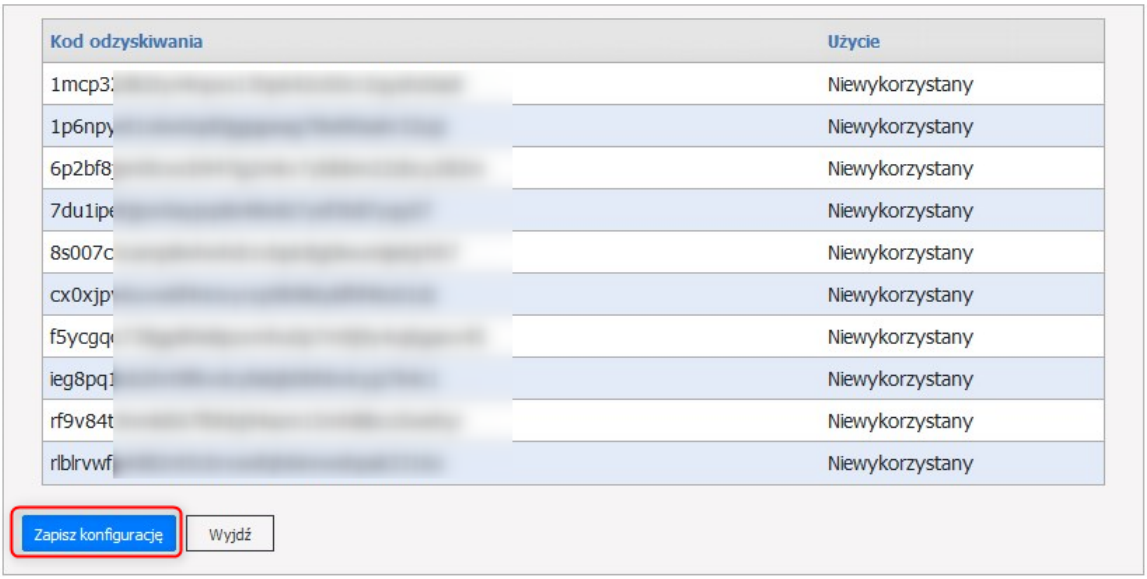
Po wpisaniu hasła otworzy się strona z wygenerowanymi kodami odzyskiwania.

Przycisk **Zapisz**, zapisuje kody odzyskiwania.
Przycisk **Drukuj** umożliwia wydrukowanie kodów odzyskiwania.



© 2026 Kamsoft S.A.

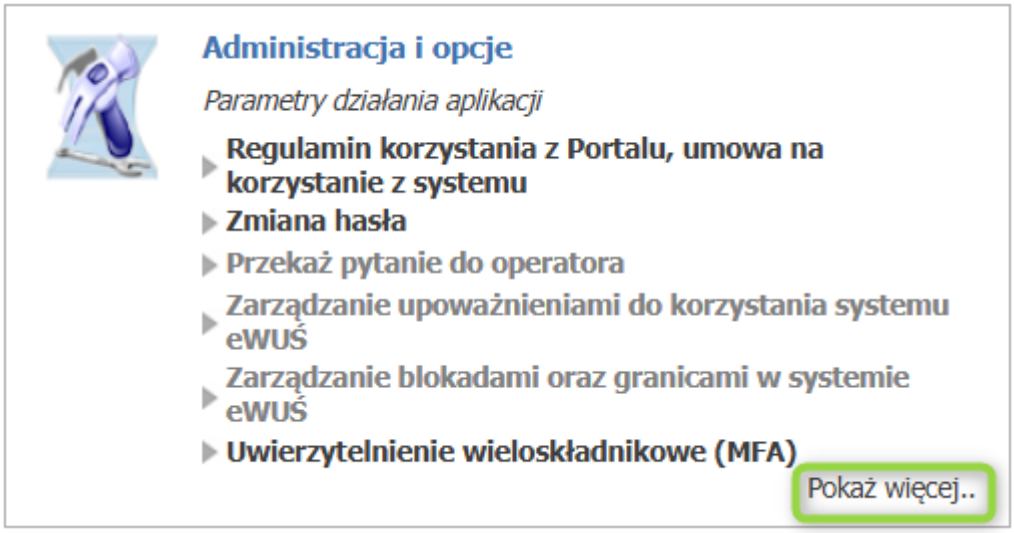
Po zapisaniu lub wydrukowaniu kodów odzyskiwania należy zapisać konfigurację za pomocą przycisku **Zapisz konfigurację.**



5.19 Węzeł Krajowy

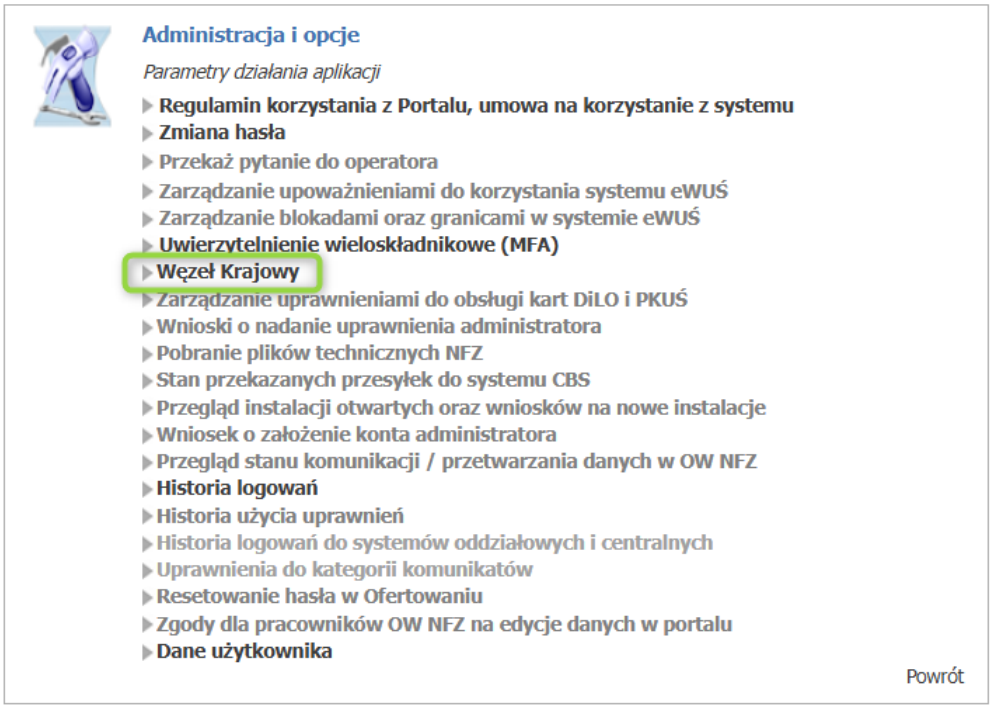
W Portalu Świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia istnieje możliwość stosowania uwierzytelniania użytkowników w oparciu o **Węzeł Krajowy**.

W celu skonfigurowania tej metody logowania należy przejść do sekcji **Administracja i opcje**, a następnie wybrać odnośnik **Pokaż więcej....**



Po rozwinięciu listy dostępnych funkcji należy wybrać pozycję **Węzeł Krajowy**.

© 2026 Kamsoft S.A.



Po wybraniu tej opcji użytkownik zostanie przekierowany do ekranu **Konfiguracja dla Węzła Krajowego**.

5.19.1 Konfiguracja dla Węzła Krajowego

W Portalu Świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia istnieje możliwość stosowania uwierzytelniania użytkowników w oparciu o **Węzeł Krajowy**.

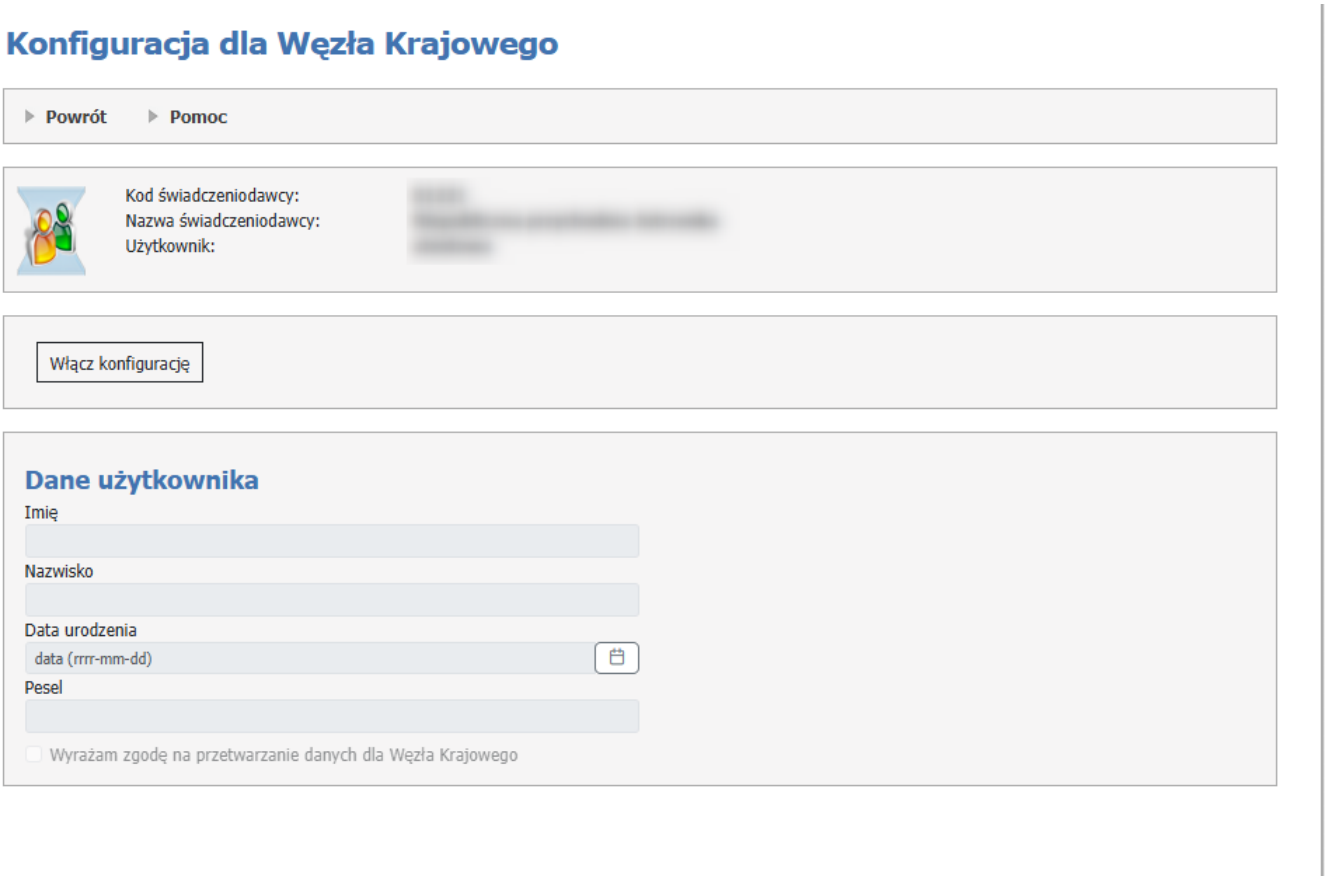
Węzeł Krajowy jest platformą umożliwiającą potwierdzanie tożsamości osób fizycznych podczas korzystania z usług elektronicznych administracji publicznej. Dzięki integracji z Węzłem Krajowym użytkownik może potwierdzić swoją tożsamość przy użyciu dostępnych metod identyfikacji elektronicznej, a następnie uzyskać dostęp do swojego konta w Portalu Świadczeniodawcy.

Przed skorzystaniem z logowania za pomocą Węzła Krajowego konieczne jest jednorazowe powiązanie konta operatora z tożsamością użytkownika potwierdzoną w Węźle Krajowym. Po poprawnym wykonaniu tej operacji możliwe jest logowanie do portalu bez użycia hasła do konta operatora.

Włączenie powiązanie dla Węzła Krajowego

W celu rozpoczęcia połączenia konta z tożsamością w Węźle Krajowym należy wybrać przycisk **Włącz konfigurację**.

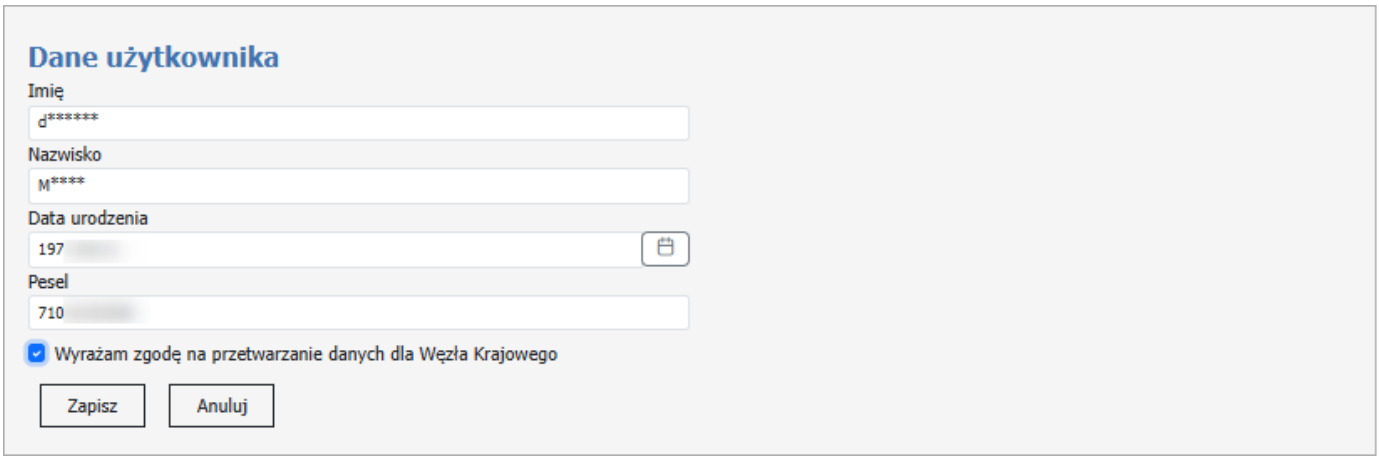
© 2026 Kamsoft S.A.



Po uruchomieniu konfiguracji aktywowane zostaną pola w sekcji **Dane użytkownika Świadczeniodawcy,** przeznaczone do uzupełnienia następujących danych:

- Imię,
- Nazwisko,
- Data urodzenia,
- PESEL.

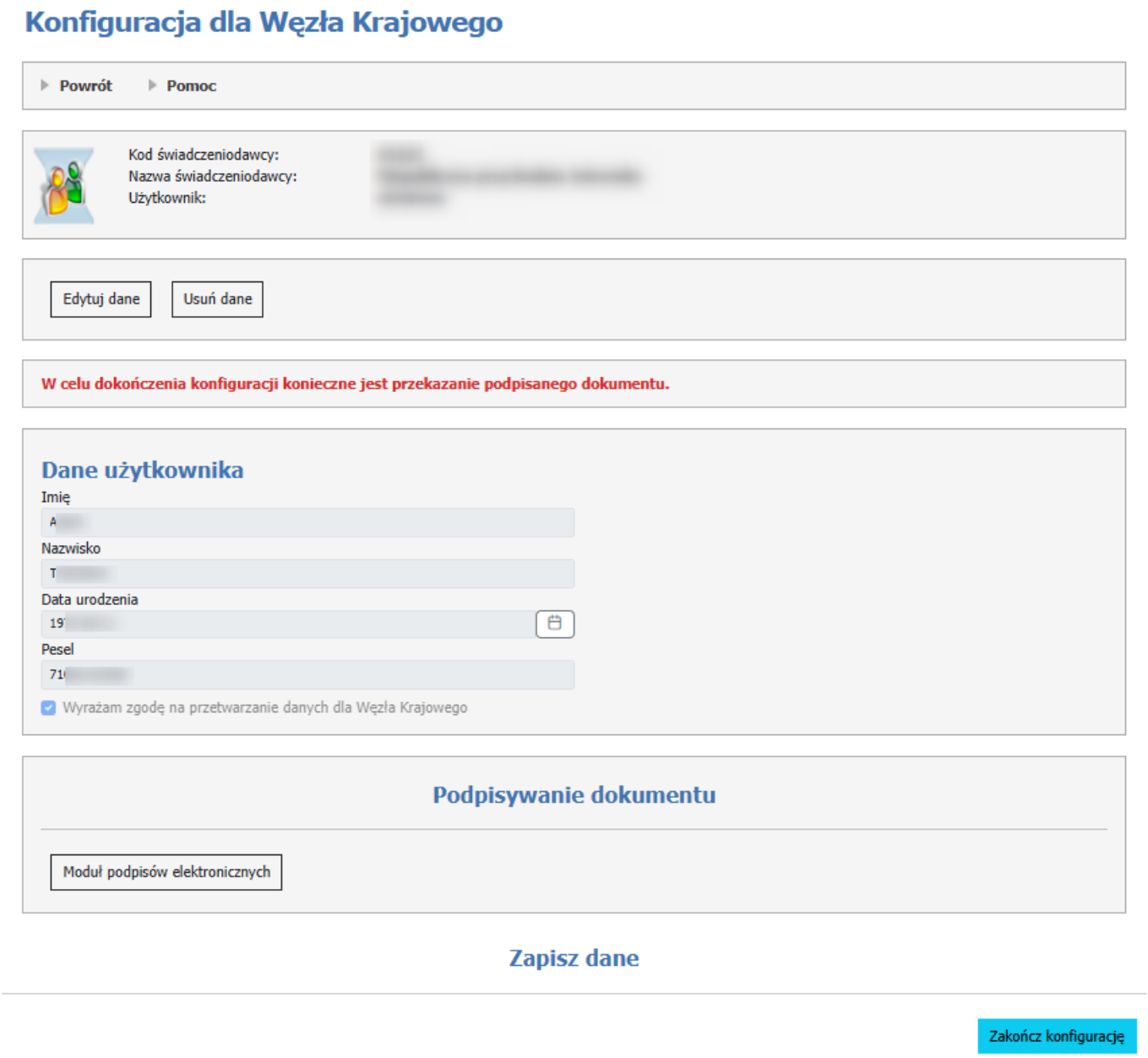
Po wprowadzeniu wymaganych danych należy zaznaczyć pole *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dla Węzła Krajowego*, a następnie wybrać przycisk **Zapisz**.



Na tym etapie użytkownik ma możliwość zweryfikowania wprowadzonych danych. W przypadku konieczności ich poprawienia należy skorzystać z przycisku **Edytuj dane**.

© 2026 Kamsoft S.A.

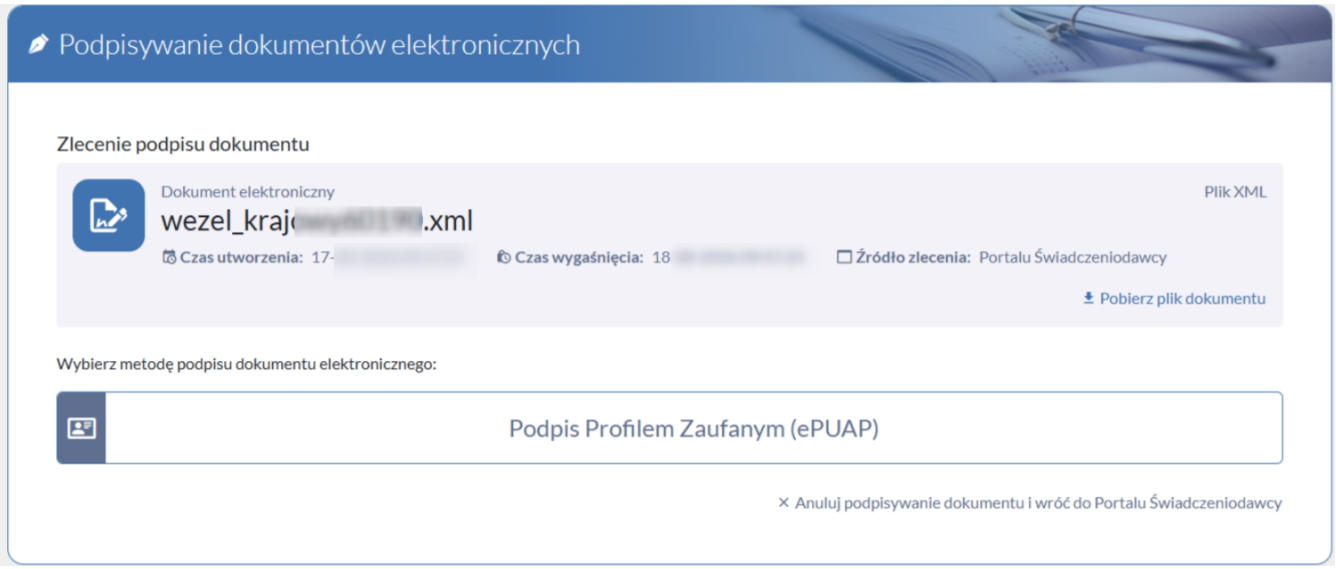
Dostępna jest również opcja **Usuń dane**, która umożliwia usunięcie zapisanych informacji i ponowne rozpoczęcie procesu konfiguracji.



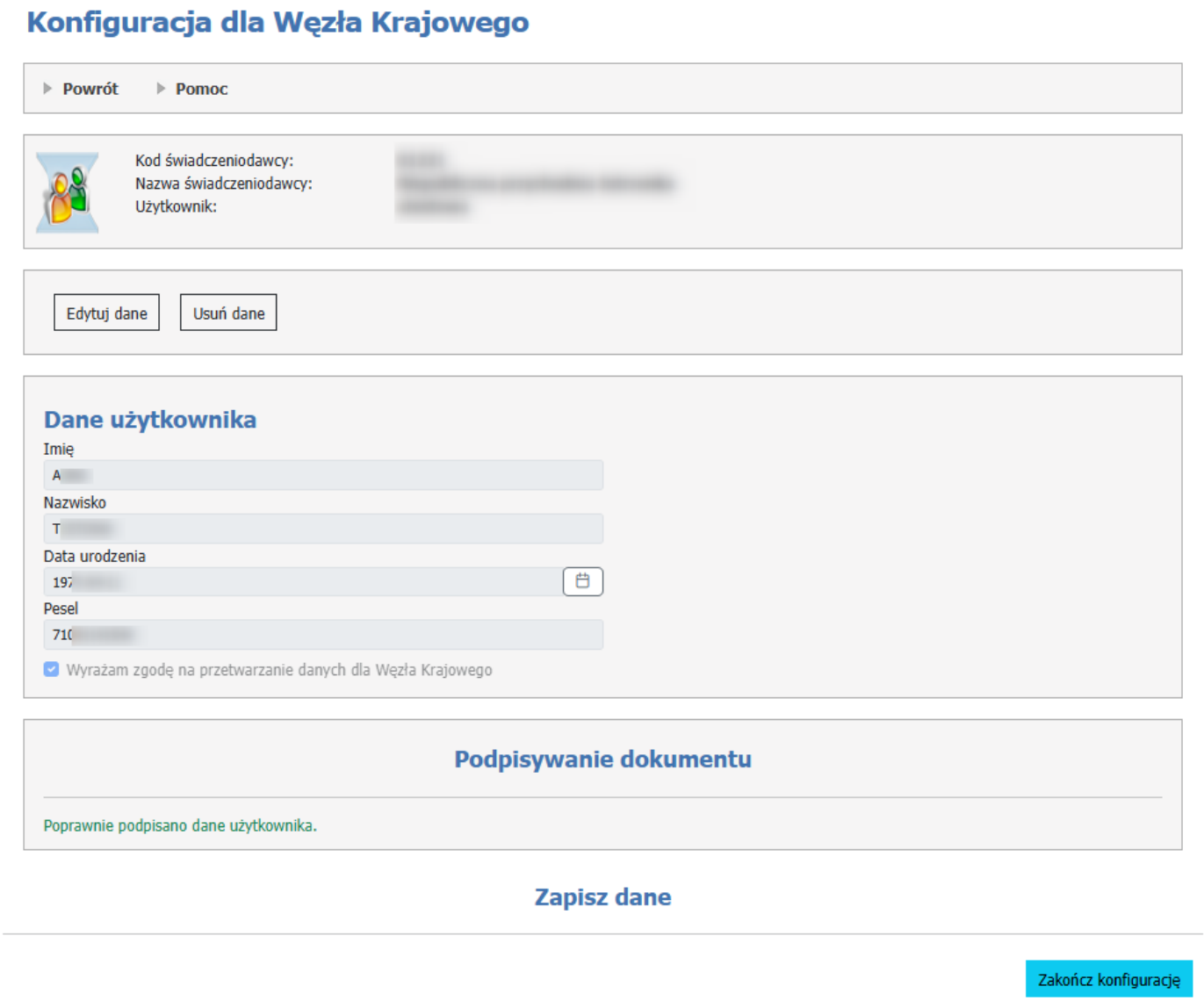
Uwaga: Wszystkie dane wprowadzone w formularzu muszą być zgodne z danymi użytkownika wykorzystywanymi podczas składania podpisu elektronicznego. W przypadku wykrycia niezgodności proces powiązania konta z Węzłem Krajowym nie zostanie zakończony pomyślnie.

Po zweryfikowaniu poprawności danych należy podpisać wygenerowany dokument w sekcji **Podpisywanie dokumentu**.
W tym celu należy wybrać przycisk **Moduł podpisów elektronicznych.**
Użytkownik zostanie przekierowany do modułu podpisu elektronicznego, gdzie powinien podpisać dokument przy użyciu **Profilu Zaufanego (ePUAP).**

© 2026 Kamsoft S.A.



Po pomyślnej weryfikacji podpisu nastąpi automatyczny powrót do **Portalu Świadczeniodawcy**.



© 2026 Kamsoft S.A.

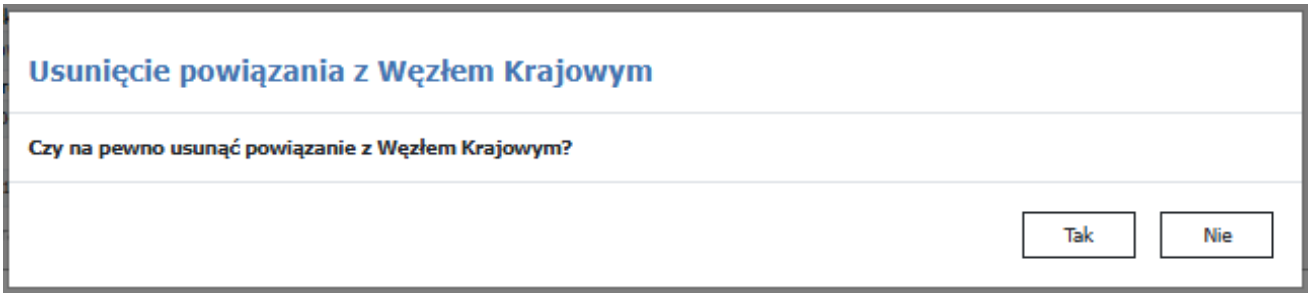
W celu zakończenia procesu powiązania konta z Węzłem Krajowym należy wybrać przycisk **Zakończ konfigurację.**

Po poprawnym zakończeniu konfiguracji konto operatora zostanie powiązane z tożsamością potwierdzoną w Węźle Krajowym i będzie mogło być wykorzystywane podczas logowania do Portalu Świadczeniodawcy.

Wyłączenie powiązanie dla Węzła Krajowego

W celu wyłączenia połączenia konta z tożsamością w Węźle Krajowym należy wybrać przycisk **Wyłącz konfigurację**.

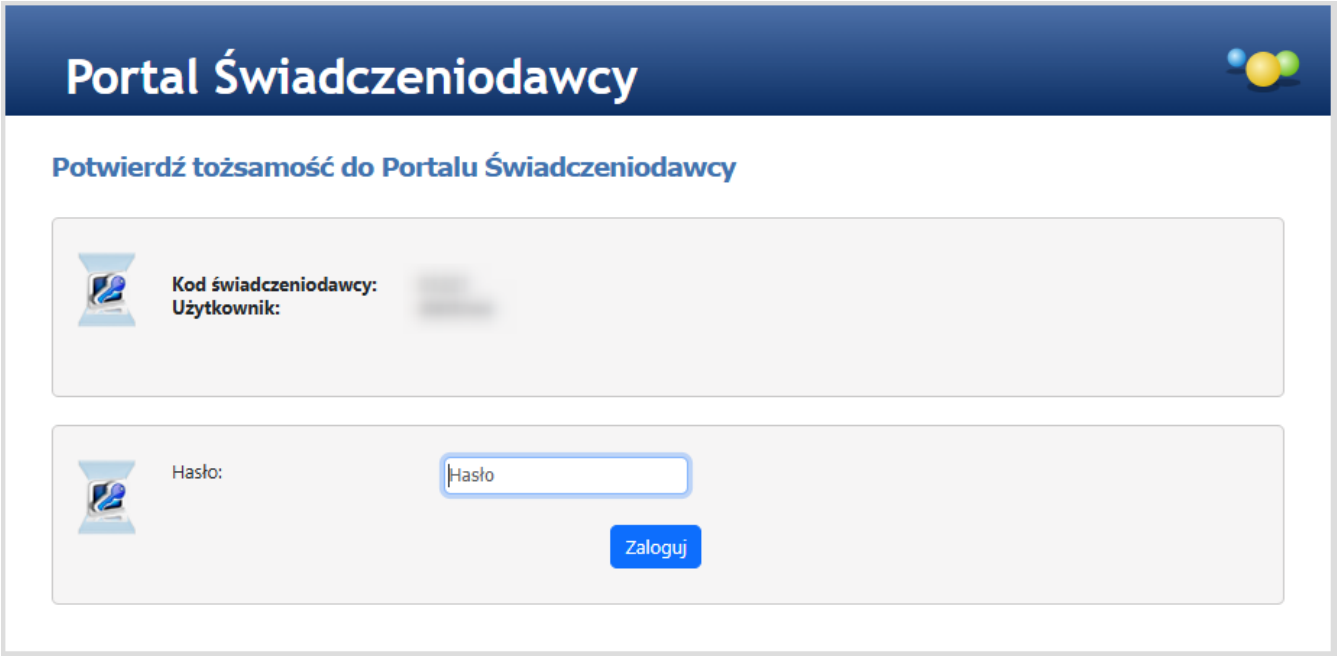
Po wybraniu tej opcji system wyświetli okno potwierdzenia z komunikatem.



Aby kontynuować operację, należy wybrać przycisk **Tak**.
Wybór przycisku **Nie** spowoduje zamknięcie okna bez wprowadzania zmian.

© 2026 Kamsoft S.A.

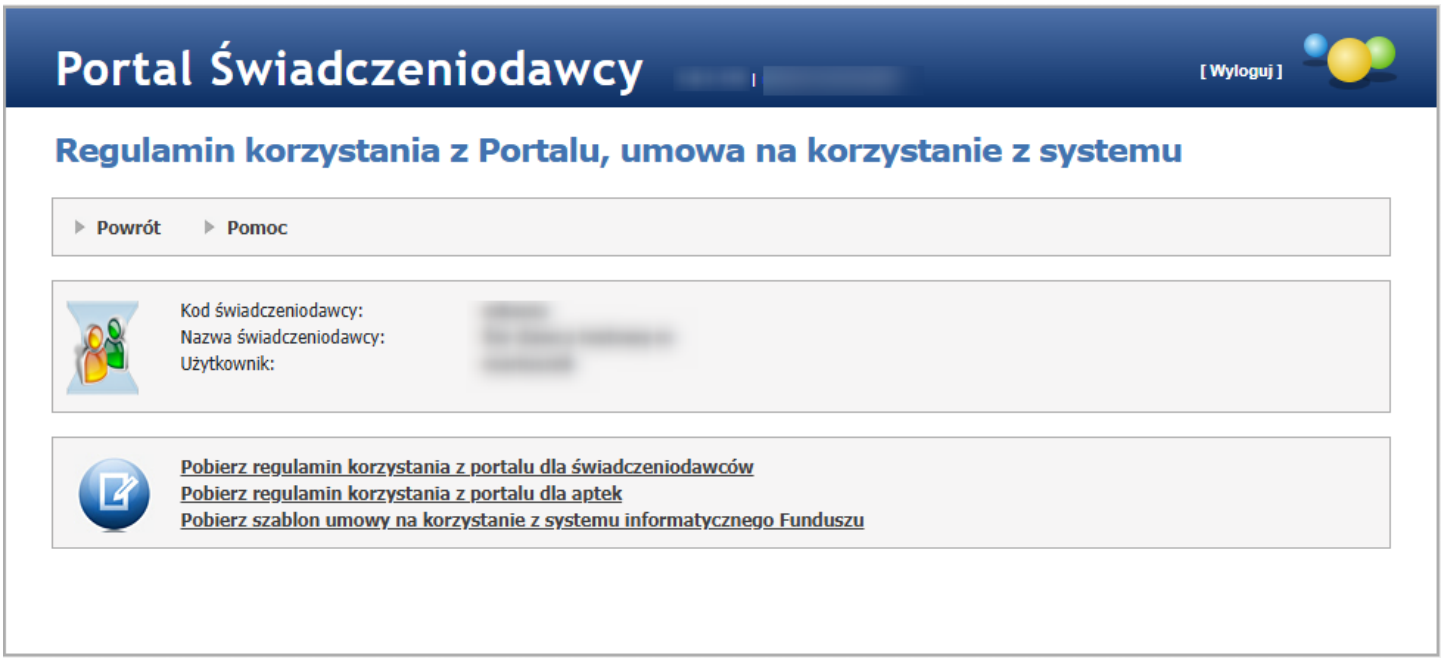
Następnie użytkownik zostanie przekierowany do ponownego uwierzytelnienia, gdzie wymagane jest potwierdzenie tożsamości.



Po pomyślnym wyłączeniu konfiguracji powiązanie konta operatora z Węzłem Krajowym zostanie usunięte, a użytkownik utraci możliwość logowania do Portalu Świadczeniodawcy przy użyciu Węzła Krajowego.

5.20 Regulamin Korzystania z Portalu

Przegląd zawierający regulaminy oraz umowy na korzystanie z systemu.



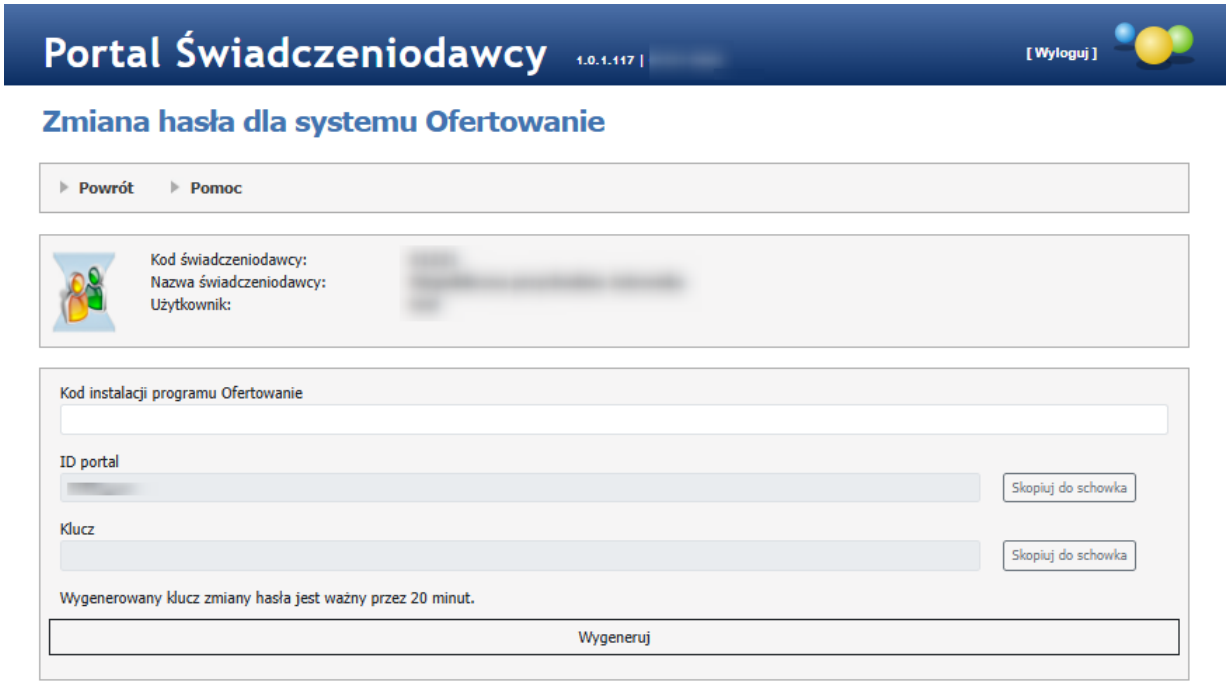
© 2026 Kamsoft S.A.

5.21 Resetowanie hasła w Ofertowaniu

Resetowanie hasła w Ofertowaniu zapewnienia dostęp do modułu Ofertowania w przypadku utraty hasła użytkownika bądź zablokowania konta.

Do resetowania hasła w Ofertowaniu ma dostęp użytkownik z uprawnieniem **Odzyskiwanie hasła w Ofertowaniu** lub administracyjnymi. Administrator ma możliwość nadania uprawnienia użytkownikom w **Administracja prawami dostępu** za pomocą oznaczenia *Odzyskiwanie hasła w Ofertowaniu*.

Resetowanie hasła w Portalu Świadczeniodawcy polega na wskazaniu Kod instalacji programu Ofertowanie z modułu Ofertowanie, dla którego w kontekście zalogowanego do portalu użytkownika zostanie wygenerowany kod jednorazowy umożliwiający zresetowanie hasła w konkretnej instalacji modułu Ofertowania.



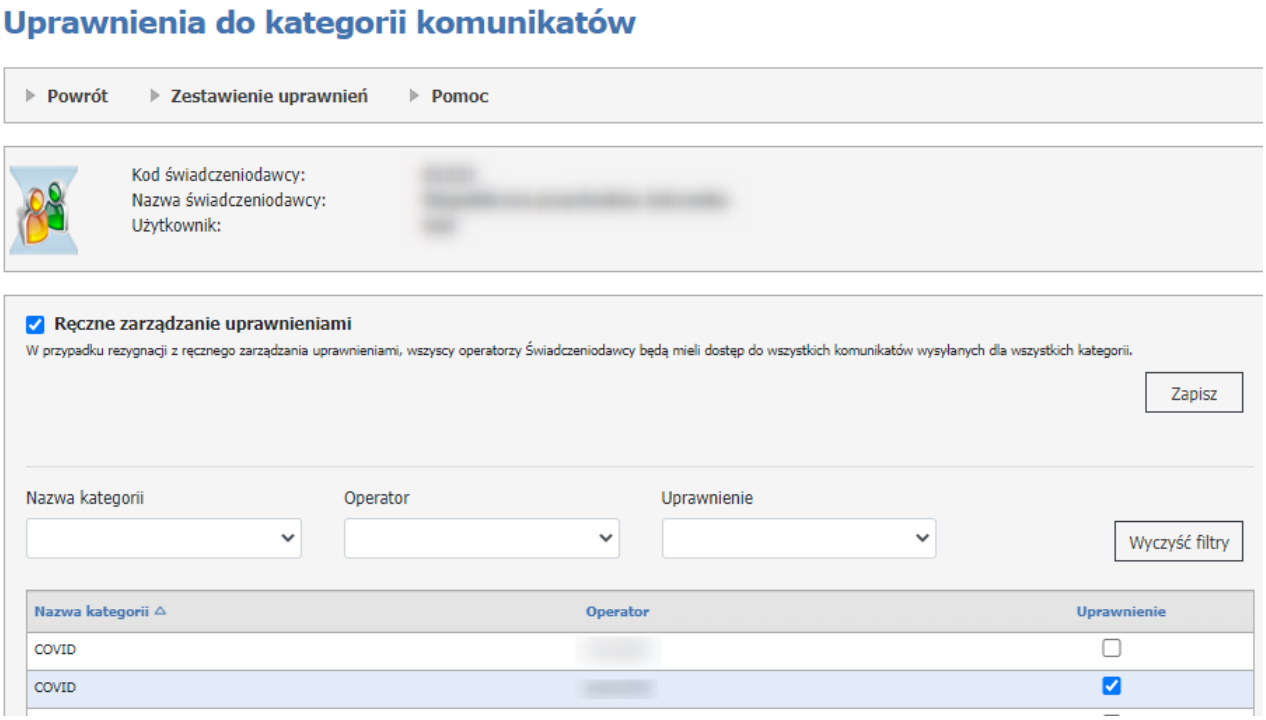
Widok zawiera:
Kod instalacji programu Ofertowanie (unikalny klucz wygenerowany w module Ofertowanie)
ID portal (kod swiadczeniodawcy_użytkownik)
Klucz (unikalny klucz wygenerowany po wykonaniu akcji **Wygeneruj**)

© 2026 Kamsoft S.A.

6 Uprawnienia do kategorii komunikatów

Link **Uprawnienia do kategorii komunikatów** służy do przydzielania uprawnień operatorom do komunikatów.

W szczególnym przypadku, gdy świadczeniodawca ma niewielką liczbę operatorów i nie jest zainteresowany przydziałem uprawnień, jego operatorzy będą mieli dostęp do wszystkich komunikatów wysyłanych dla wszystkich kategorii.



Na formatce za pomocą znacznika **Ręczne zarządzanie uprawnieniami** administrator nadaje/odbiera uprawnienia do danej kategorii użytkownikom.

Zestawienie przedstawia następujące informacje:

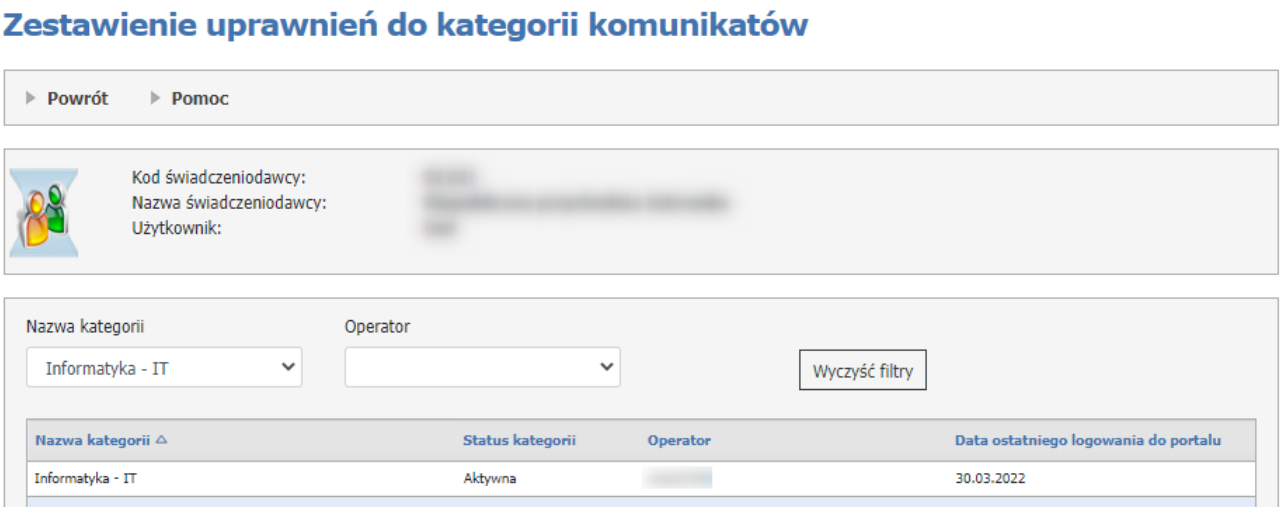
- Nazwa kategorii: COVID, Informatyka - IT, Obsługa umów/ugód, Ogólna, Potencjał, Recepty/Leki, Rozliczenia - rachunki, Sprawozdawczość;

- Operator;

- Uprawnienie: Tak/Nie.

Formatka ***Zestawienie uprawnień do kategorii komunikatów*** służy do podglądu zestawenia uprawnień .

© 2026 Kamsoft S.A.



Na formatce za pomocą filtrów Nazwa kategorii oraz Operator zostanie wyświetlona lista składająca się z następujących informacji:

- Nazwa kategorii;

- Status kategorii: Aktywny/Nieaktywny;

- Operator;

- Data ostatniego logowania do portalu.

Informacje:

W Portalu Świadczeniodawcy jest dostępny parametr (który, jeżeli będzie włączony) decydujący o tym czy dodawany mechanizm uprawnień ma być stosowany.

Uprawnienia są przydzielane i odbierane przez administratora konta świadczeniodawcy.

Dezaktywowanie operatora skutkuje odebraniem uprawnień operatora do wszystkich kategorii oraz dezaktywacją ewnetualnych subskrypcji.

Przeglądanie komunikatów jest ograniczone tylko do kanałów, dla których operator posiada uprawnienie.

© 2026 Kamsoft S.A.

7 Wymagania techniczne i instalacyjne

Dostęp do portalu może być realizowany przez Świadczeniodawcę w dowolnej przeglądarce internetowej obsługującej Java Script i język HTML w najnowszej dostępnej wersji. Działanie portalu zweryfikowano w następujących przeglądarkach:

- Mozilla Firefox 2.0
- Opera 9.10

W zależności od wprowadzonych przez OW NFZ zabezpieczeń dostępu do portali, mogą być wymagane dodatkowe obostrzenia: Ustawienia przeglądarki umożliwiające zapamiętywanie plików cookies aplikacji.

- W przypadku bezpiecznych połączeń po protokole SSL2 lub SSL3: system operacyjny umożliwiający pracę przeglądarki internetowej z siłą szyfrowania 128 bitów
- W przypadku autoryzacji z wykorzystaniem karty profesjonalisty lub pacjenta (Śląski OW NFZ) wymagane są:
  - czytnik kart współpracujący z wykorzystywanymi w OW NFZ kartami

Wydruki raportów i zestawień będą dostępne we wszystkich przeglądarkach, ale prawidłowe formatowanie możliwe jest jedynie w MS IE - pełne wsparcie wydruków (orientacja papieru, brak stopek) - po zezwoleniu przez operatora, na automatyczne zainstalowanie odpowiedniego komponentu ActiveX, dostarczonego przez portal.

© 2026 Kamsoft S.A.

8 Najczęściej zadawane pytania

Część dokumentacji, która znajdowała się w tym roździale została usunięta ze względu na zmiany w Portalu Świadczenio
Wszelkie operacje zarządzające zatrudnieniem personelu jak np. dodawanie nowego personelu, zmiana danych, znajdują
Opis postępowania znajduje się w dokumentacji dla Portalu Potencjału w roździałach:
- Struktura świadczeniodawcy/Komórki organizacyjne/Dostępny personel,
- Personel.

© 2026 Kamsoft S.A.

© 2026 KAMSOFT S.A.

Data utworzenia: 1.10.2026