



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

© 2011 Global Services Sp. z o.o.



global services

Spis treści

Rozdział I Podstawowe założenia nowego systemu rozliczania świadczeń	3
Rozdział II Przebieg procesu rozliczeń	4
Rozdział III Zmiany na poziomie rejestru umów - nowe parametry	5
Rozdział IV Proces naliczania świadczeń	6
Rozdział V Funkcje archiwalne	7
Rozdział VI Zmiany w komunikacie SWIAD oraz w protokole przesyłania danych	8
Rozdział VII Nowe komunikaty (R_UMX, P_SWI)	9
Rozdział VIII Zasady kwalifikacji świadczeń do rozliczenia	10
Rozdział IX Nowości w procedurze obsługi rachunków	11
Rozdział X Opis czynności	12

1. Podstawowe założenia nowego systemu rozliczania świadczeń

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

2. Przebieg procesu rozliczeń

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

3. Zmiany na poziomie rejestru umów - nowe parametry

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

4. Proces naliczania świadczeń

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

5. Funkcje archiwalne

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

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

6. Zmiany w komunikacie SWIAD oraz w protokole przesyłania danych

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

7. Nowe komunikaty (R_UMX, P_SWI)

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

8. Zasady kwalifikacji świadczeń do rozliczenia

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

9. Nowości w procedurze obsługi rachunków

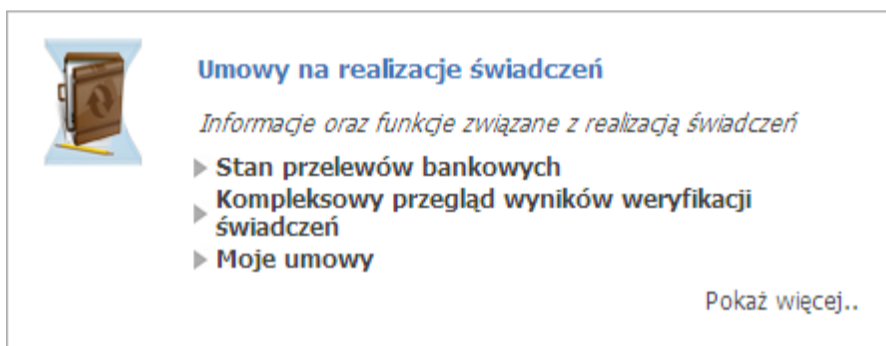
- Dodanie nowej weryfikacji sprawdzającej, czy do szablonów korekt istnieją faktury korygujące. W przypadku gdy istnieją szablony korekt bez wprowadzonych rachunków korygujących (nie dotyczy wczytywanego rachunku) - to system uniemożliwi zaimportowanie takiego rachunku.

10. Opis czynności

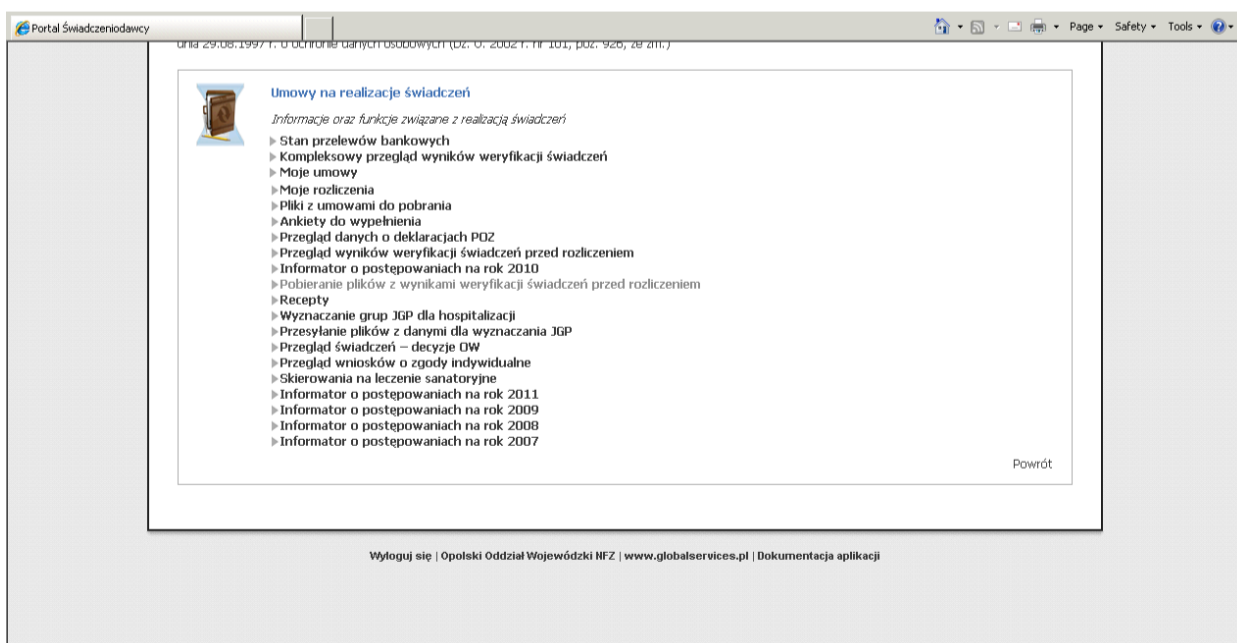
10.1 Pobieranie komunikatów z wynikami weryfikacji (P_SWI) – Aktualnie link na Portalu Świadczeniodawcy zablokowany z uwagi na prowadzone prace związane z przebudową sposobu generacji plików oraz prezentacji danych. Po jego dostosowaniu przez dostawcę zostanie przywrócony.

Aktualne wyniki weryfikacji prezentowane są (tak jak do tej pory) w raportach Przegląd kompleksowy wyników weryfikacji oraz Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem. Zatem po odebraniu odpowiedzi po komunikacji fazy I należy sprawdzić stan zweryfikowanych danych w wyżej wskazanych raportach i przejść do kroku 10.2 Instrukcji.

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



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



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

Zleć generowanie plików z wynikami weryfikacji

Data od do za okres.

Portal Świadczeniodawcy 2.1501 [Wyloguj]

Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca: Świadczeniodawca OBR/66666 Aleje Jerozolimskie1 1, 05221 Warszawa5
 Użytkownik: test1

Zleć generowanie plików z wynikami weryfikacji

Data od do za okres.

Status	Data od.	Data do	Plik zlecenia	Plik odpowiedzi
Przetworzone	2011-01-01 00:00:00	2011-01-31 00:00:00	Pobierz zlecenie	Pobierz odpowiedź
Przetworzone	2011-01-01 00:00:00	2011-01-31 00:00:00	Pobierz zlecenie	Pobierz odpowiedź
Przetworzone	2011-01-01 00:00:00	2011-01-10 00:00:00	Pobierz zlecenie	Pobierz odpowiedź

Wyloguj się | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | www.globalservices.pl | Dokumentacja aplikacji

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

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

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

10.2 Uruchamianie procesu naliczania świadczeń

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


Umowy na realizację świadczeń

Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

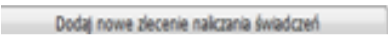
- Stan przelewów bankowych
- Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń
- Moje umowy

[Pokaż więcej..](#)

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

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

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

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

Dodanie nowego zadania naliczania świadczeń do zapłaty ✕

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

Kod rejestrującego: 08R/66666

Miesiąc rozliczeniowy:

Rok:

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

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

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

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

W górnej części okna znajduje się link **Parametry**, po kliknięciu którego możliwe jest określenie **rodzaju modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie** oraz **sposobu przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego**. Rodzaj modelu rozliczeniowego można zmienić tylko dla umów sprzed roku 2011.

Zmiana możliwa jest tylko w jedną stronę, tzn.: jeśli zostanie 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**.

▶ Powrót	▶ Parametry	▶ Pomoc
--------------------------	-----------------------------	-------------------------

✕

Rodzaj modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie:

Naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ▼

Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego:

Generowanie zbiorczego szablonu w ramach całej umowy▼

Zatwierdź

Wygenerowany plik R_UMX Świadczeniodawca pobiera z Portalu Świadczeniodawcy i na jego podstawie generuje komunikat REF, który importuje w Portalu Świadczeniodawcy korzystając z przycisku **Importuj dokumenty rozliczeniowe** z linku **Moje Umowy** lub **Moje rozliczenia**.