



Narodowy Fundusz Zdrowia
Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie

Harmonogramy przyjęć, pierwsze wolne terminy

Szkolenie dla osób odpowiadających za prowadzenie
i sprawozdawanie

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Dzieł Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń
Sekcja Lecznictwa Ambulatoryjnego



Harmonogramy przyjęć – informacje ogólne

Świadczenia opieki zdrowotnej

w szpitalach,
świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej
oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne

są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z **harmonogramem przyjęć** prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*

Od 1 stycznia 2020 r. prowadzenie harmonogramów przyjęć jest obowiązkowe.

** art. 19a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U z 2020, poz. 1398 z późn. zm.)*

Harmonogramy przyjęć – informacje ogólne

Zasady prowadzenia harmonogramów przyjęć zostały opisane w:

- w art. 19a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U z 2020, poz. 1398 z późn. zm.)
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1207 z późn. zm.).

Harmonogramy przyjęć – informacje ogólne

Harmonogramy przyjęć stanowią część dokumentacji medycznej.

Prowadzone są:

- w wersji elektronicznej,
- w programach medycznych świadczeniodawców (np.: mMedica, AMMS, KS-PPS) oraz w aplikacji AP-KOLCE udostępnionej przez NFZ,
- z dokładnością do komórek organizacyjnych i do wybranych świadczeń
(patrz: [sprawozdania do Funduszu - słowniki](#))

Listy oczekujących w harmonogramach przyjęć

Do końca 2019 roku świadczeniodawcy prowadzili w wersji elektronicznej listy oczekujących.

Od 1 stycznia 2020 roku **listy oczekujących stały się jedną ze składowych harmonogramów.**

Listy oczekujących w harmonogramach przyjęć

Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Pacjentom znajdującym się w takim samym stanie medycznym powinny być wyznaczane takie same terminy udzielenia świadczenia.

Osoba, która uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu możliwość zapisywania się na listy oczekujących podlega karze grzywny

Listy oczekujących w harmonogramach przyjęć

Zgodnie z art. 20 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2020 r. poz.1398 z późn. zm.)

„w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej
**świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego
świadczeniodawcy”**

Sprawozdania do Funduszu - zakres

Świadczeniodawca przekazuje do Funduszu między innymi informację o:

Liczbie osób wpisanych w harmonogramie przyjęć.

Liczbie osób wpisanych do kategorii oczekujący wraz ze wskazaniem kryterium medycznego do której został zakwalifikowany pacjent.

Pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Sprawozdania do Funduszu - słowniki

Sprawozdawczość obowiązuje zgodnie z aktualnymi słownikami dostępnymi na stronie internetowej Centrali oraz Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

<https://www.nfz-rzeszow.pl/swiadczeniodawcy/informacje/kolejki-oczekujacych/>

- Słownik komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących - dane przekazywane z programu świadczeniodawcy komunikatem xml
- Słownik świadczeń podlegających sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących - dane przekazywane z programu świadczeniodawcy komunikatem xml
- Słownik świadczeń podlegających sprawozdawczości w udostępnionej przez NFZ aplikacji Kolejki Centralne – dane przekazywane w AP-KOLCE

Sprawozdania do Funduszu - terminy

1. Pierwszy Wolny Termin – w dni robocze

Świadczeniodawca przekazuje **każdego jego dnia roboczego z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy**, informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający. **Dotyczy również świadczeń sprawozdawanych w AP-KOLCE**

Od 7 września 2019 został zniesiony obowiązek przekazywania pierwszego wolnego terminu do godziny 10:00, a od 1 września 2020 – przekazywania w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.

2. Harmonogramy przyjęć – raz w miesiącu

Świadczeniodawca, przekazuje **do 10 dnia miesiąca następnego** po okresie sprawozdawanym (do 10 maja należy sprawozdać harmonogramy za kwiecień)

Nie dotyczy świadczeń sprawozdawanych w AP-KOLCE

Pierwszy wolny termin

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń **pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych albo opiekuńczo-leczniczych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień** są zwolnieni z **obowiązku**, o którym mowa w :

Art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach tj. raportowania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

W przypadku świadczeniodawców udzielających **świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej** analogiczne zwolnienie dotyczy tych świadczeniodawców, którzy nie udzielają świadczeń w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej, tj. zwolnienie dotyczy:

- Oddziałów medycyny paliatywnej
- Hospicjów stacjonarnych i domowych – w wyłączeniu przypadków, gdy udzielają świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.

Pierwszy wolny termin

Poradnie opieki paliatywnej oraz wszystkie komórki udzielające świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej (w odniesieniu do tych świadczeń) **są zobowiązane** do wpisywania w harmonogramie przyjęć planowanego terminu udzielenia świadczenia jak i przekazywania pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia

Pierwszy wolny termin – poradnia



Pierwszy wolny termin oddziały, poradnie, świadczenia



Pierwszy wolny termin

Dane dotyczące harmonogramów w tym informacja o pierwszym wolnym terminie, liczbie osób oczekujących, liczbie osób skreślonych oraz średnim czasie oczekiwania, przekazywane przez świadczeniodawców publikowane są na stronie <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>

Informator o Terminach Leczenia

A | A+ | A++ A A A A

Informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz dotyczące danych statystycznych mogą być nieaktualne z powodu zawieszenia obowiązków sprawozdawczych w okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567), art.15 pkt. 4 dot. art.7 b pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374).

przypadek stabilny pilny

jakiego świadczenia szukasz?

województwo

miejsowość

Pierwszy wolny termin

W przypadku pojawienia się **wolnego terminu udzielenia świadczenia** opieki zdrowotnej, świadczeniodawca może ograniczyć informowanie o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy do świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale **miedzy 7. a 30. dniem liczonym od daty tego wolnego terminu** oraz niezależnie od kolejności świadczeniobiorców na tej liście, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.

Pierwszy wolny termin

Najczęstsze błędy związane z przesyłaniem pierwszych wolnych terminów:

- Dla kolejki pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia określony dla kategorii medycznej „przypadek pilny” jest późniejszy niż pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia określony dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”
- Dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” kolejki wyznaczony został pierwszy wolny termin na dzień, w którym według harmonogramu nie są udzielane świadczenia

Harmonogramy

Zwolnieni z prowadzenia harmonogramów są:

- Szpitalny oddział ratunkowy
- Izba przyjęć
- Oddział intensywnej opieki medycznej
- Poradnia pediatryczna
- Poradnia chorób wewnętrznych
- Poradnia chorób wewnętrznych dla dzieci

Ocena harmonogramu

! Z dniem 1 września 2020 roku **uchylony** został art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych który stanowił, że listy oczekujących podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia. Ocena dokonywana jest przez jeden z niżej wymienionych podmiotów z zależności od rodzaju umowy zawartej przez świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- 1. Zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę** – w przypadku szpitali.
W skład zespołu wchodzi lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej oraz pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku inna pielęgniarka albo położna. Obowiązkiem zespołu oceny przyjęć jest sporządzenie szczegółowego raportu i przedstawienie go świadczeniodawcy
- 2. Kierownika świadczeniodawcy** – w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej
- 3. Świadczeniodawcę** – w sytuacji innej niż w pkt. 1 i 2

Harmonogramy

Świadczeniodawcy udzielający **świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych albo opiekuńczo-leczniczych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień** są zwolnieni z obowiązku, o którym mowa w art.19a ust. 4 pkt 2 ustawy o świadczeniach tj. wpisywania w harmonogram przyjęć/listy oczekujących planowanego terminu udzielenia świadczenia (który co do zasady powinien być wyznaczony w dniu dokonania wpisu).

W przypadku świadczeniodawców udzielających **świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej** analogiczne zwolnienie dotyczy tych świadczeniodawców, którzy nie udzielają świadczeń w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

Zwolnienie dotyczy:

- Oddziałów medycyny paliatywnej
- Hospicjów stacjonarnych i domowych – w wyłączeniem przypadków, gdy udzielają świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.

Harmonogramy

Poradnie opieki paliatywnej oraz wszystkie komórki udzielające **świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej** (w odniesieniu do tych świadczeń) są **zobowiązane** do wpisywania w harmonogramie przyjęć planowanego terminu udzielenia świadczenia jak i przekazywania pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia

Harmonogramy

W harmonogramie umieszczamy pacjentów zgodnie z odpowiednią kategorią:

1. **Przyjęty na bieżąco** - w przypadku świadczeniobiorców, któremu udzielono świadczenie w dniu zgłoszenia, nie oczekiwał ani jednego dnia
2. **Oczekujący** – w przypadku świadczeniobiorcy, który oczekuje na udzielenie świadczenia, nawet jeden dzień
3. **Oczekujący – onkologia** – w przypadku świadczeniobiorców posiadających kartę DILO
4. **Posiadający prawo – poza kolejnością** – ze wskazaniem podstawy tego prawa , art. 47c ustawy o świadczeniach
5. **Przyjęty w stanie nagłym**
6. **Kontynuujący leczenie** – świadczeniobiorcy, którzy wymagają okresowo realizowania kolejnych świadczeń

Każdy pacjent, który ma zrealizowane świadczenie należy do jednej z ww. kategorii, oznacza to, że każdy pacjent musi zostać wpisany do harmonogramu

Harmonogramy

Schemat działania:

1. Pacjent zostaje wpisany do harmonogramu z kategorią
 - „Oczekujący” – jeśli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia LUB
 - „Na bieżąco” – jeśli świadczenie zostało zrealizowane w dniu zgłoszenia LUB
 - „Poza kolejnością” – jeśli pacjent posiada uprawnienia art. 47c ustawa o świadczeniach,
2. W dniu udzielenia świadczenia następuje wykreślenie z harmonogramu z powodu wykonania świadczenia
3. Następuje ponowne wpisanie pacjenta do harmonogramu przyjęć z kategorią „kontynuacja leczenia”
4. Pacjent posiada kategorię „kontynuacja leczenia” w harmonogramie aż do chwili zakończenia leczenia
5. Po zakończeniu leczenia pacjent zostaje skreślony z powodu wykonania świadczenia

Harmonogramy

W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej

Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia do harmonogramu świadczeniodawca ustala datę udzielenia świadczenia z uwzględnieniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy

Harmonogramy

Najczęstsze błędy przy sprawozdawaniu harmonogramów:

- Liczba osób skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z powodu wykonania świadczenia jest różna od sumy przekazanych skreśleń z powodu wykonania za ostatnie 3 miesiące.
- Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia z ostatnich 3 miesięcy nie może być równa 0, gdy średni rzeczywisty czas oczekiwania jest większy od 0.
- Suma liczby osób oczekujących oraz skreślonych z listy nie może być mniejsza niż liczba osób oczekujących w bezpośrednio poprzedzającym okresie sprawozdawczym
- Nieprawidłowa wersja komunikatu LIOCZ

AP-KOLCE

Harmonogramy w AP-KOLCE należy prowadzić w czasie rzeczywistym

W przypadku harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawców w aplikacji AP-KOLCE nie ma obowiązku przekazywania danych statystycznych komunikatem XML. Natomiast należy codziennie aktualizować w programie pierwszy wolny termin, który jest wyświetlany w **INFORMATORZE O TERMINACH LECZENIA**

Warunkiem niezbędnym, aby te dane zostały w sposób automatyczny obliczone i przesłane do informatora, jest dokonywanie przez świadczeniodawców nie rzadziej niż raz w miesiącu oceny listy oczekujących i aktualizowanie daty oceny w aplikacji.

AP-KOLCE

Od września 2019 obowiązek sprawozdawania w AP-KOLCE

Świadczenia polegające na wykonywaniu procedur medycznych

- Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego – kod świadczenia 80004
- Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego – kod świadczenia 80006
- Operacje jaskry – kod świadczenia 30005
- Operacje jaskry z zaćmą – kod świadczenia 30006
- Operacje plastyczne oka – kod świadczenia 30007
- Operacje w zakresie ciała szklanego (witrektomia) – kod świadczenia 30003
- Wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka – kod świadczenia 40008
- Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego – kod świadczenia 40009
- Pomosty dla rewaskularyzacji serca – kod świadczenia 50003
- Zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia) – kod świadczenia 81004
- Wycięcie macicy (histerektomia) – kod świadczenia 82001

AP-KOLCE

Od września 2019 obowiązek sprawozdawania w AP-KOLCE

Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – badania diagnostyczne:

- Rezonans magnetyczny – kod świadczenia 20005
- Tomografia komputerowa – kod świadczenia 20006
- Gastroskopia – kod świadczenia 20015
- Kolonoskopia – kod świadczenia 20016

AP-KOLCE

Od września 2019 obowiązek sprawozdawania w AP-KOLCE

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:

- Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – kod świadczenia 71001
- Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych – kod świadczenia 71002
- Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych – kod świadczenia 71003
- Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych – kod świadczenia 71004
- Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych – kod świadczenia 71005

AP-KOLCE

Od września 2019 obowiązek sprawozdawania w AP-KOLCE

Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych:

- Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową – kod świadczenia 90127
- Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem (AMD) – kod świadczenia 90126
- Leczenie stwardnienia rozsianego - kod świadczenia 90053

Od stycznia 2020 obowiązek sprawozdawania w AP-KOLCE

- Fizjoterapia ambulatoryjna – kod świadczenia 71006
- Fizjoterapia domowa – kod świadczenia 71007

Pełny słownik świadczeń sprawozdawanych w AP-KOLCE dostępny na stronie internetowej POW NFZ oraz w programie AP-KOLCE

Przerwa w udzielaniu świadczeń

Przekazując dane o przerwie do Narodowego Funduszu Zdrowia należy podać:

- Kod świadczeniodawcy
- Kod techniczny komórki
- Datę kiedy komórka w całości nie pracuje (zarówno lekarze jak i osoby odpowiedzialne za prowadzenie harmonogramów)

Jeśli w komórce pracuje kilku lekarzy, nie ma potrzeby zgłaszania przerwy przy urlopie jednego lekarza. Przerwy należy zgłaszać jeśli nie będzie możliwości przestania pierwszych wolnych terminów lub statystyk dot. harmonogramów

Przerwy należy zgłaszać na adres: kolejki@nfz-rzeszow.pl

Przerwa w udzielaniu świadczeń

Przykłady kilku różnych świadczeniodawców:

Stomatolog, który samodzielnie prowadzi kolejki. Podczas urlopu stomatologa nie są zapisywani nowi pacjenci oraz nie są realizowane świadczenia. **Zgłaszamy przerwę do działu monitorowania kolejek oraz urlop lekarza do działu kontraktowania.**

Stomatolog, który pracuje sam, natomiast za prowadzenie kolejek odpowiada osoba w rejestracji. Podczas urlopu lekarza, są dopisywani nowi pacjenci, więc zmienia się pierwszy wolny termin. **Zgłaszamy urlop lekarza do działu kontraktowania, nie zgłaszamy przerwy do działu monitorowania kolejek.**

Kilku stomatologów udziela świadczeń, za prowadzenie kolejek odpowiada osoba w rejestracji. Podczas urlopu jednego lekarza pozostali mają zastępstwo. Nowi pacjenci są zapisywani oraz świadczenia są realizowane. **Zgłaszamy urlop lekarza do działu kontraktowania, nie zgłaszamy przerwy do działu monitorowania kolejek. Taki sposób działania będzie również w szpitalach.**

Pytania i odpowiedzi

Czy na oddziałach dziennych rehabilitacji prowadzimy harmonogram analogicznie jak w fizjoterapii ambulatoryjnej (komunikat z dnia 13.12.2019 aktualności na stronie internetowej Centrali NFZ)

Oddziały dzienne rehabilitacji powinny prowadzić harmonogramy przyjęć/listy oczekujących analogicznie jak w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej.

Pacjentka leczy się w poradni ginekologicznej, lekarz zaleca jej wizyty kontrolne raz w miesiącu. Czy każda wizyta powinna zostać wprowadzona do harmonogramu przyjęć jako „kontynuacja leczenia” i po wizycie pacjentka jest skreślana? Czy należy pacjentkę wprowadzić raz z kategorią „kontynuacja leczenia” i skreślić dopiero po zakończonym leczeniu?

Pacjentka do poradni ginekologicznej powinna zostać wpisana w harmonogram przyjęć po każdej wizycie w trakcie której miała udzielone świadczenie. W chwili gdy zgłasza się na wizytę zostaje skreślona z powodu udzielenia świadczenia i wpisana na kolejną wizytę.

Pytania i odpowiedzi

Pacjent ma udzielane świadczenia w zakresie tlenoterapii/żywienia dojelitowego jak powinny prawidłowo wyglądać jego wpisy w harmonogramie??

Pacjenta oczekującego na świadczenie w poradni żywieniowej wpisujemy na listę oczekujących i na pierwszej wizycie skreślamy z powodu wykonania świadczenia. Następnie wpisujemy pacjenta w harmonogram przyjęć z kategorią świadczeniobiorcy „kontynuujący leczenie”. Pacjent jest wykazywany w harmonogramie przyjęć jako kontynuujący leczenie do czasu aż zakończy leczenie. Analogicznie postępujemy w przypadku tlenoterapii i leczenia substytucyjnego



Narodowy Fundusz Zdrowia
Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie

Wszelkie pytania proszę kierować na adres e-mail: kolejki@nfz-rzeszow.pl
lub telefonicznie 17 86 04 244

