

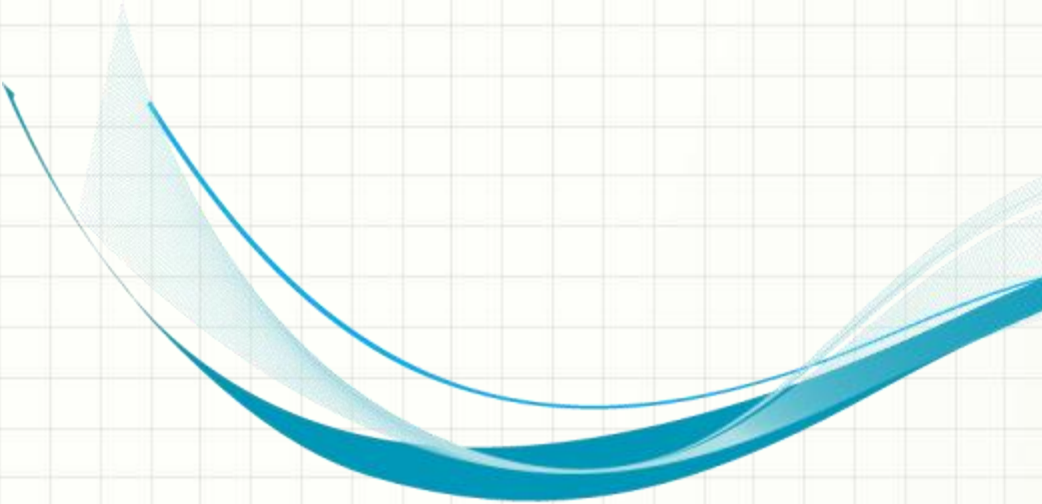


Narodowy Fundusz Zdrowia
Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie

KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Zasady
Prowadzenie
Sprawozdawczość

22 marca 2018 r.



Wstęp

Powód istnienia kolejek

W Polsce podobnie jak w wielu innych krajach, w których opieka zdrowotna oparta jest na powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego, występują problemy z dostępnością do części świadczeń opieki zdrowotnej, zwykle tych o wysokim koszcie jednostkowym, wymagających zaangażowania profesjonalnej kadry medycznej i specjalistycznej aparatury.



Cele prowadzenia listy oczekujących





Prowadzenie listy oczekujących

Kwestie podstawowe

WSZYSTKIE
listy oczekujących
są prowadzone
od 1 stycznia 2015 r.
w wersji elektronicznej

Kolejki są
prowadzone
z dokładnością:

- do komórek
- do świadczeń

*(patrz: słownik
komórek i słownik
świadczeń)*

Wszystkie pozycje
związane z kolejkami
oczekujących
dotyczą wyłączenie
pacjentów
pierwszorazowych



Kolejki są
prowadzone:

- w programach
Świadczeniodawców
- W programie
AP-KOLCE

Listy oczekujących
stanowią
część dokumentacji
medycznej
(okres przechowywania 20 lat)

Ogólne reguły prowadzenia list oczekujących przez Świadczeniodawcę

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielenia przez Świadczeniodawców, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej i priorytetów określonych przez kategorię medyczną.

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

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

Świadczeniodawca powinien wyznaczyć imiennie osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących, systematyczne i terminowe przekazywanie do oddziału wojewódzkiego NFZ danych z zakresu tychże list. Informację o wyznaczonej osobie wraz z telefonem i adresem poczty elektronicznej, prosimy przekazać do POW NFZ w celu ułatwienia i przyspieszenia wymiany informacji.

Świadczeniodawca wpisuje Świadczeniobiorcę na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia.

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

Prowadzenie wpisów na listy oczekujących powinno odbywać się na bieżąco, a więc umieszczanie Świadczeniobiorcy na liście oczekujących powinno nastąpić w dniu jego zgłoszenia się do Świadczeniodawcy.

Świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, wpisuje Świadczeniobiorcę na prowadzoną listę oczekujących oraz informuje Świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia. Wykonanie tych czynności stanowi zobowiązanie Świadczeniodawcy do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej w określonym terminie.

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych nie mogą być przyczyną nie wpisania na listę oczekujących. Należy wystąpić do Świadczeniobiorcy o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego

Kolejka oczekujących (z punktu widzenia pacjenta)

Kolejka oczekujących to sytuacja, gdy czas oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej wynosi co najmniej jeden dzień, a więc gdy świadczenie nie może być udzielone pacjentowi w dniu jego zgłoszenia się.

kwiecień 2015						
Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	N
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10



Rejestracja: 30 kwietnia
Termin wizyty: 30 kwietnia
Czas oczekiwania: 0 dni
Brak wpisu na listę oczekujących

kwiecień 2015						
Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	N
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10



Rejestracja: 16 kwietnia
Termin wizyty: 30 kwietnia
Czas oczekiwania: 14 dni
Wpis na listę oczekujących

kwiecień 2015						
Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	N
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10

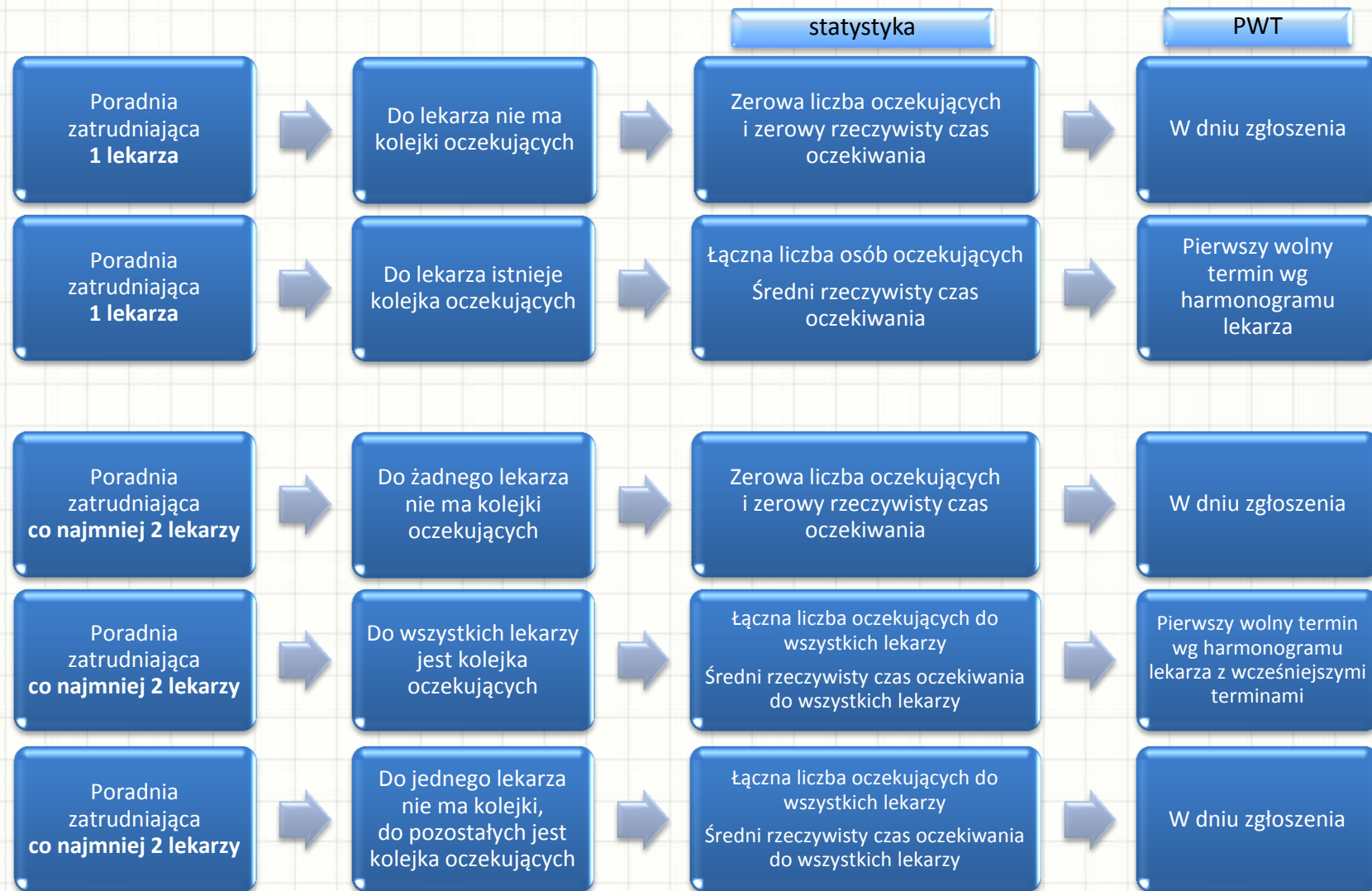


Rejestracja: 29 kwietnia
Termin wizyty: 30 kwietnia
Czas oczekiwania: 1 dzień
Wpis na listę oczekujących

Zgodnie z kodeksem cywilnym, nie wlicza się dnia wpisu na listę, natomiast wlicza się dzień udzielenia świadczenia.

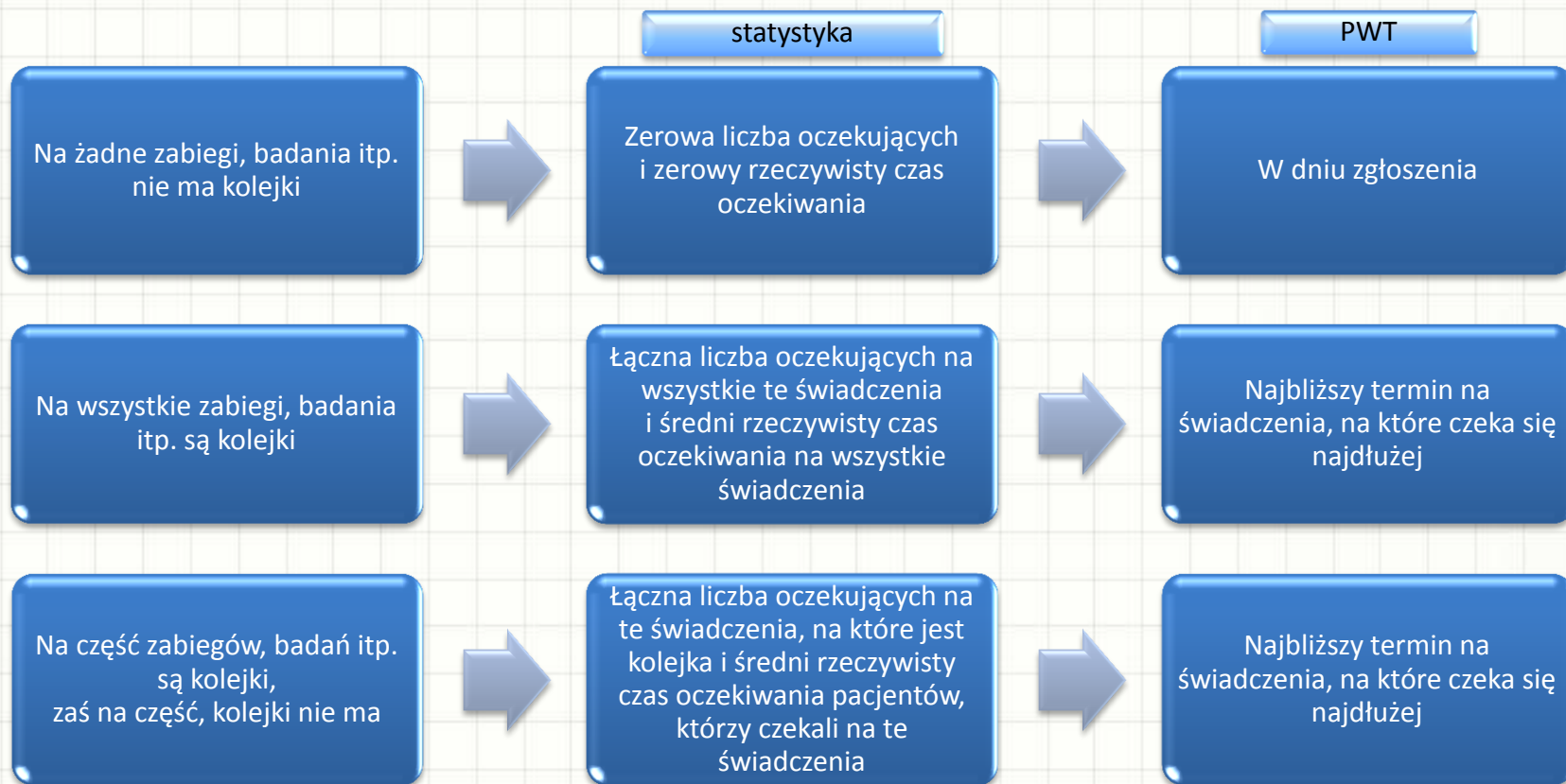
Kolejka oczekujących (z punktu widzenia poradni)

W przypadku różnego czasu oczekiwania do kilku lekarzy w poradni, statystyki należy obliczać wg poniższego schematu.

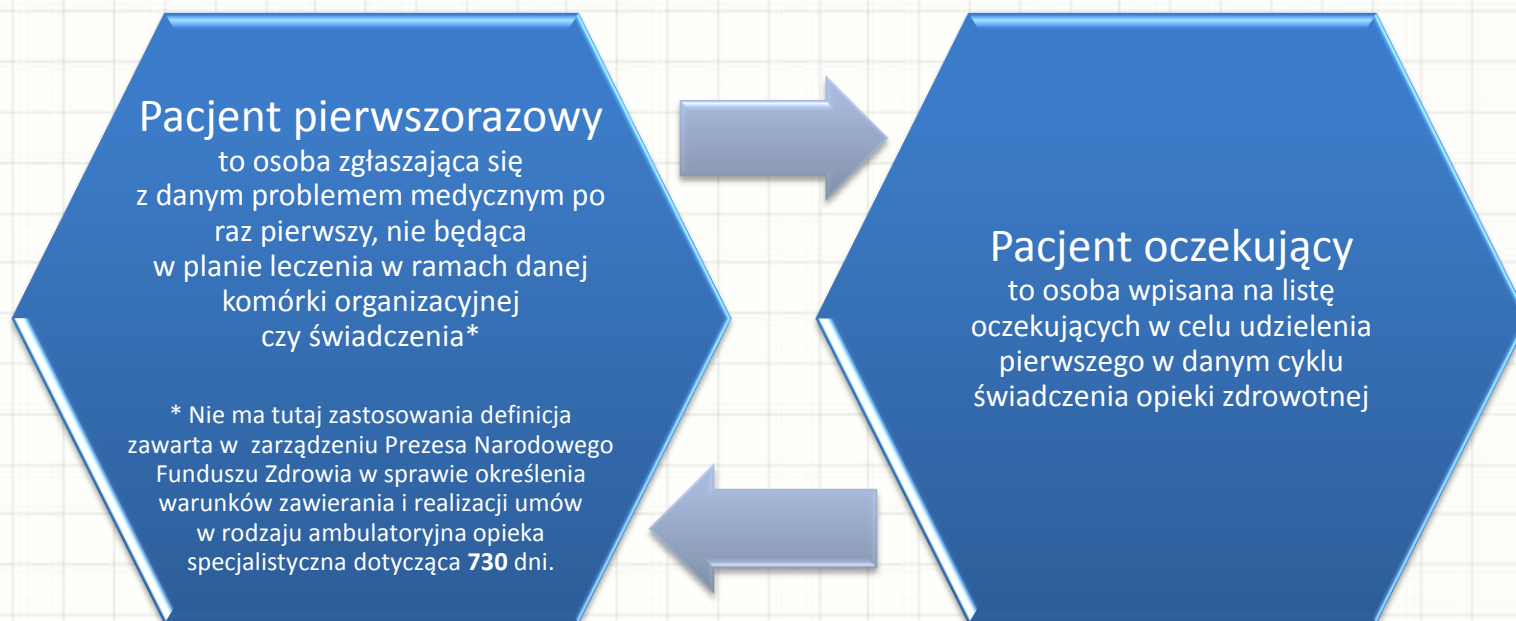


Kolejka oczekujących (z punktu widzenia oddziału, pracowni, świadczenia)

W przypadku różnego czasu oczekiwania na zabiegi i świadczenia w przypadku oddziałów stacjonarnych, pracowni diagnostycznych i gabinetów fizjoterapii, statystyki należy obliczać wg poniższego schematu.



Status pacjenta na liście oczekujących



Plan leczenia to proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, najczęściej rozciągnięty w czasie, realizowany w ramach większej niż jedna liczbie wizyt, trwający od daty pierwszej wizyty do dnia ostatniej wizyty po której, decyzją lekarza kończy się proces terapeutyczny. Jeżeli w trakcie pierwszej porady okaże się, że leczenie musi być kontynuowane, nie ma potrzeby uzyskania ponownego skierowania. Od tej pory specjalista wyznacza terminy kolejnych wizyt kontrolnych, decyduje o niezbędnych badaniach, lekach i zabiegach.

Pacjent po terminie to osoba wpisana na liście osób oczekujących, której minął planowany termin udzielenia świadczenia i nie została jeszcze z tej listy skreślona lub nie został jej zmieniony planowany termin udzielenia świadczenia.

Pacjent skreślony to osoba skreślona z listy z podaniem konkretnej przyczyny określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Przyjęcie pacjenta skutkuje również skreśleniem z listy (z powodu wykonania świadczenia).

Komórka a świadczenie

KOMÓRKA - przykłady

- Poradnia okulistyczna o kodzie 1600
- Pracownia fizjoterapii o kodzie 1310
- Oddział okulistyczny o kodzie 4600
- ...

ŚWIADCZENIE - przykłady

- Świadczenia Rezonansu Magnetycznego o kodzie 20005
- Leczenie protetyczne w stomatologii o kodzie 10001
- Leczenie Stwardnienia Rozsianego o kodzie 90053
- ...

Kompletne słowniki znajdują się na stronie internetowej POW NFZ

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



Osoby oczekujące na świadczenie nie mogą być jednocześnie wykazywane jako oczekujące do komórki organizacyjnej, w której te świadczenia są udzielane, gdyż ta sama osoba oczekująca na dane świadczenie byłaby wykazywana dwukrotnie jako osoba oczekująca.

Lista oczekujących w rejestracji

Lista oczekujących to lista osób zgłaszających się do Świadczeniodawcy z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia. Lista oczekujących zawiera następujące pozycje:

Elementy stałe

Identyfikator listy, na który składa się identyfikator Świadczeniodawcy wraz z kodem komórki organizacyjnej oraz kod świadczenia

Elementy aktualizowane okresowo

Data okresowej oceny listy oczekujących

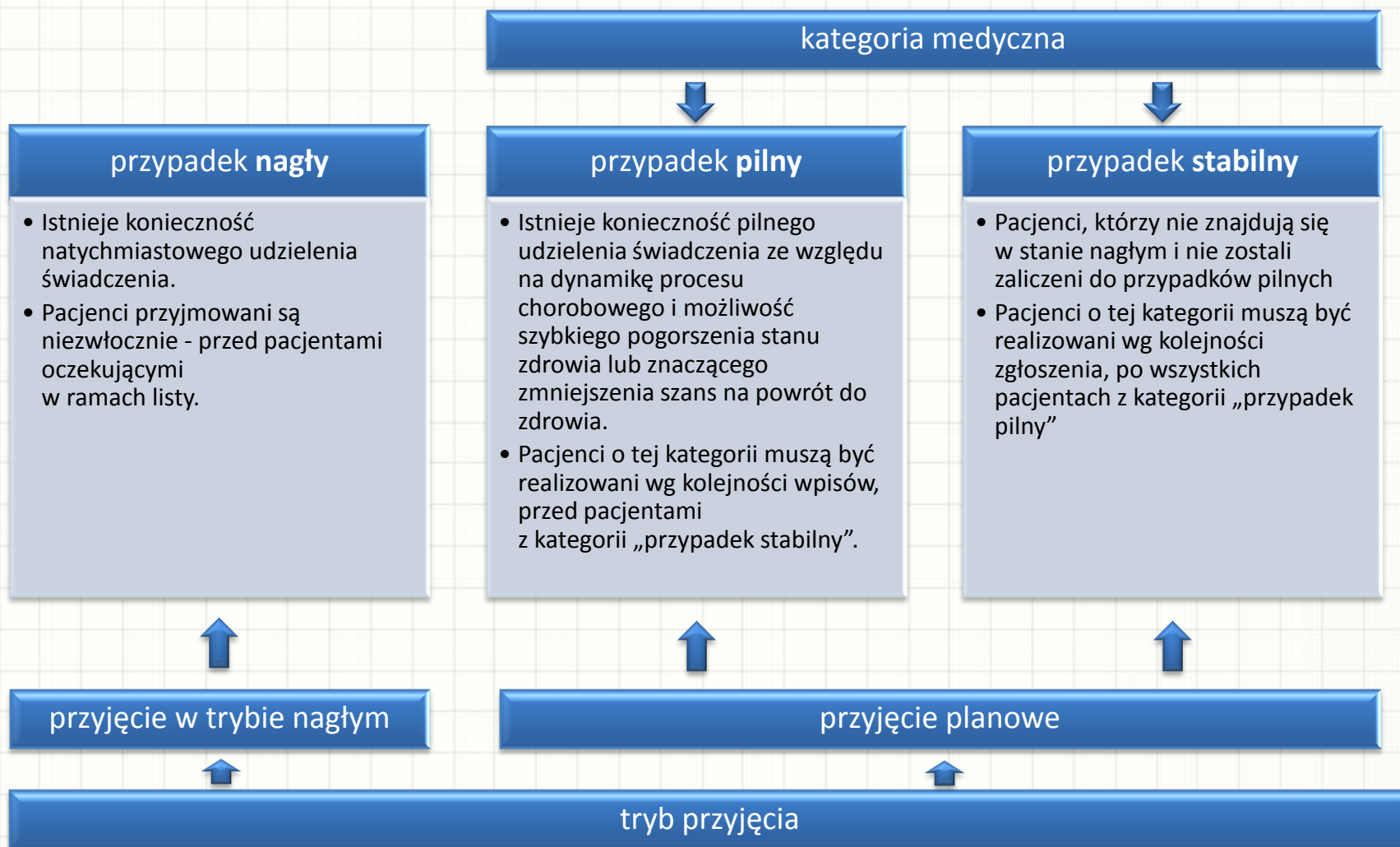
Elementy istniejące, gdy istnieje kolejka

1. Numer kolejny na liście oczekujących
2. Data i godzina wpisu na listę oczekujących
3. Imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu na listę oczekujących
4. Dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
 - a). Identyfikator osoby (numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer paszportu)
 - b) Imię i nazwisko
 - c). Adres zamieszkania
 - d) Informacje kontaktowe, tj. numer telefonu lub adres poczty elektronicznej lub jego opiekuna
5. Rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia
6. Dane dotyczące planowanego terminu świadczenia:
 - a). Planowany termin udzielenia świadczenia
 - b). Kategoria medyczna
7. Przyczyna ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem
8. Data ewentualnej zmiany udzielenia świadczenia
9. Dane dotyczące skreślenia osoby z listy oczekujących:
 - a). Data skreślenia
 - b). Przyczyna skreślenia
10. Informacja o przywróceniu na listę oczekujących świadczeniobiorcy skreślonego z listy z powodu niezgłoszenia się na udzielenie świadczenia w terminie. Przywrócenie może nastąpić na wniosek świadczeniobiorcy w terminie 7 dni od ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia i po uprawdopodobnieniu przez świadczeniobiorcę, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.
11. Informacja o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia.

Osoby nie ujmowane na liście oczekujących

- Osoby objęte planem leczenia, czyli osoby kontynuujące proces leczniczy, wymagające okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. kolejnych wizyt, badań). Liczba tych pacjentów, ani ich czas oczekiwania na kolejne wizyty nie są wliczane do liczby oczekujących ani do średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.
- Osoby wybierające termin wizyty/badania/itp. na własne życzenie (późniejszy niż w dniu zgłoszenia), w sytuacji gdy wszystkim innym świadczeniobiorcom jest możliwość udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia. **Uwaga! W sytuacji, gdy wszyscy pacjenci oczekują na pierwszą wizytę, w kolejkę jest wpisywany nawet ten pacjent, który decyduje się na jeszcze późniejszy termin.**
- Osoby, o których mowa w art. 47c Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...). Są to inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci, osoby represjonowane, osoby z tytułem „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, Dawcy Przeszczepu i osoby z tytułem "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu,,, działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych.
- Osoby, o których mowa w art. 24b i 24 c Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...). Są to weterani poszkodowani podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, którym udzielane są świadczenia w związku z leczeniem urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
- Kobiety w ciąży.
- Świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadający zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Osoby przyjmowane w stanach nagłych (nie stabilnych i nie pilnych).
- Osoby podlegające obowiązkowemu leczeniu na podstawie decyzji sądu.
- Osoby przyjmowane w ramach świadczeń pohospitalizacyjnych, którym jest świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej, w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo świadczenia udzielonego w ramach „leczenia jednego dnia” w rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenie gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nim przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:
 - a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) lub terapeutycznych, według aktualnej wersj klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją procedur rozpoczętych wcześniej, lub
 - b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach
- W przypadku, gdy pacjent realizuje skierowanie wystawione przez tego samego świadczeniodawcę, ma on (świadczeniodawca) obowiązek przyjąć pacjenta w terminie wskazanym na skierowaniu BEZ umieszczania go w kolejce oczekujących. W przypadku świadczeń, na które skierowanie nie jest wymagane, logicznym będzie wystawienie odpowiedniego zaświadczenia umożliwiającego przyjęcie świadczeniobiorcy w wyznaczonym przez lekarza kierującego terminie.
- W przypadku, gdy pacjent rezygnuje w kontynuacji leczenia u świadczeniodawcy prowadzącego jego hospitalizację i wybiera poradnię u innego świadczeniodawcy, jest on traktowany jako pacjent pierwszorazowy i wpisywany do kolejki oczekujących jako przypadek pilny lub stabilny na końcu listy oczekujących.

Kategorie medyczne - definicje



Uwaga: W przypadku, gdy pacjent oczekiwał na świadczenie, a został przyjęty w trybie **nagłym**, należy:

1. Zmienić planowany termin udzielenia świadczenia, na faktyczny dzień udzielenia świadczenia w trybie nagłym.
2. Jako powód zmiany terminu podać „przyjęcie w trybie nagłym”.
3. Skreślić świadczeniobiorcę z powodu wykonania świadczenia bez zmiany kategorii medycznej.

Kategorie medyczne - kwalifikacja

- Na listach oczekujących umieszczani są Świadczeniobiorcy zaliczani do kategorii medycznych „przypadek stabilny” i „przypadek pilny”. Pacjenci oczekujący powinni zostać przypisani do jednej z tych dwóch kategorii, gdyż określona dla Świadczeniobiorcy kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.
- **W procesie kwalifikacji, oprócz konieczności uwzględniania przepisów prawnych, należy kierować się jednak również zasadami dobrej praktyki lekarskiej.**

Umieszczanie Świadczeniobiorcy na liście oczekujących następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej

- Stan zdrowia Świadczeniobiorcy
- Rokowania co do dalszego przebiegu choroby
- Występowanie chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie
- Zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Priorytety konieczne do ustalenia przy kwalifikowaniu do odpowiedniej kategorii medycznych

- Skierowanie z adnotacją „Pilne” lub „Cito”
- Pogorszenie stanu zdrowia w trakcie oczekiwania na termin udzielenia świadczenia
- Konieczność wykonania świadczenia, od którego uzależnione jest wykonanie innego, pilnego świadczenia
- Rozpoznanie choroby wskazujące na konieczność pilnego wdrożenia leczenia lub wykonania badania diagnostycznego



Zgodnie z art. 20 Ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy (w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia) wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.

Ocena kolejki przez Zespół Oceny Przyjęć

Wyznaczony przez świadczeniodawcę
Przewodniczący Zespołu określa tryb pracy
zespołu



Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej ocenie,
(co najmniej raz w miesiącu):

- w SZPITALU przez zespół oceny przyjęć powołany przez Świadczeniodawcę. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej i pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku, inna pielęgniarka albo położna.
- w AOS przez kierownika świadczeniodawcy
- w pozostałych przypadkach przez Świadczeniodawcę



Do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny
list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

- prawidłowości prowadzenia dokumentacji
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia
- zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń



- Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy
- Data oceny kolejki jest przekazywana comiesięcznie w sprawozdaniach

E-rejestracja

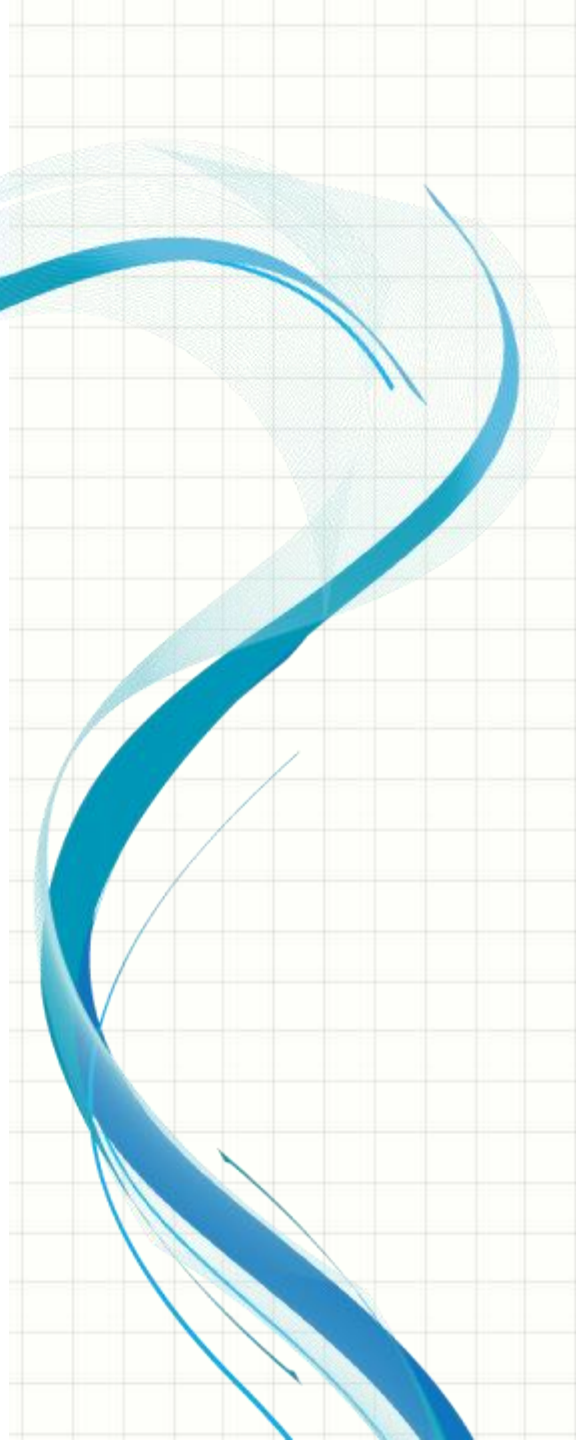
Systemy informatyczne Świadczeniodawców zapewniają co najmniej:

1. Automatyczne wyszukiwanie wolnych terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz możliwości rejestrowania na wizytę, wybieranie terminu wizyty podczas rejestracji oraz powiadamianie o terminie planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Monitorowanie przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz umożliwienie świadczeniobiorcy dostępu do informacji o:
 - a) terminie planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
3. Wyszukiwania według określonych kryteriów:
 - a) kodu i nazwy charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego,
 - b) miejsca udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - c) terminu planowanego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Powiadamiania świadczeniobiorców za pomocą środków komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty.
5. Przeglądanie i drukowanie przez świadczeniobiorcę zaplanowanych przez niego wizyt.
6. Identyfikowania i uwierzytelniania świadczeniobiorców w systemach z użyciem:
 - a) nadanego identyfikatora i hasła z zastrzeżeniem, że założenie kont świadczeniobiorców w systemach teleinformatycznych następuje po potwierdzeniu ich tożsamości, lub
 - b) profilu zaufanego ePUAP.
7. Dokonywania przez świadczeniobiorców korekty danych wprowadzanych podczas rejestracji, w tym powiadamiania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się w określonym terminie albo rezygnacji z realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.

Uwaga dot. pkt 1: Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia, w przypadku Leczenia Szpitalnego, elektroniczne umawianie się na wizytę należy traktować jako wniosek o wpis na listę oczekujących, a termin powinien być zwrotnie potwierdzany przez Świadczeniodawcę.

Niektóre prawa i obowiązki pacjenta

- W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
 - Świadczeniobiorca ma obowiązek niezwłocznie powiadomić Świadczeniodawcę, że nie może zgłosić się w wyznaczonym terminie oraz o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej.
 - O Każdej zmianie danych adresowych czy telefonu, pacjent powinien powiadomić rejestrację.
 - O zmianie stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę wykonania świadczenia opieki zdrowotnej w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony, Świadczeniobiorca informuje Świadczeniodawcę, który jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, odpowiednio koryguje termin udzielenia świadczenia i niezwłocznie informuje Świadczeniobiorcę o nowym terminie.
 - Osoby, o których mowa w art. 24b, 24c i 47c Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...), czyli inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci, osoby z tytułem „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, Dawcy Przeszczepu, osoby z tytułem "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" lub weterani poszkodowani podczas wykonywania zadań poza granicami kraju, którym udzielane są świadczenia w związku z leczeniem urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, kobiety w ciąży oraz świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadający zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych, zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia powinny być przyjęte poza kolejnością i nie są wpisywane na listy oczekujących, a zatem nie mają również przypisywanych kategorii medycznych „przypadek stabilny” i „przypadek pilny”. Świadczeniodawca powinien udzielić świadczenia w dniu zgłoszenia, a jeżeli nie jest to możliwe, wyznaczyć inny termin poza kolejnością wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących przy czym świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
- Ponadto, osoby podlegające obowiązkowemu leczeniu na podstawie decyzji sądu są przyjmowane zgodnie z decyzją sądu i nie są umieszczane na listach oczekujących.

A decorative blue wavy line with a gradient, starting from the top left and curving downwards towards the bottom left corner of the slide.

AP-KOLCE

Prowadzenie listy oczekujących w AP-KOLCE

Zasady dotyczące prowadzenia kolejek oczekujących w AP-KOLCE są identyczne jak dla wszystkich pozostałych kolejek, jednakże należy pamiętać o dwóch kwestiach:



Lista oczekujących w AP-KOLCE jest prowadzona w czasie rzeczywistym. Wszystkie zmiany na liście powinny być wprowadzane niezwłocznie do aplikacji.



Nawet w przypadku braku kolejek i przyjmowaniu pacjentów na bieżąco obowiązkowe jest:

- Stworzenie (zgodnie z umową) odpowiedniej kolejki
- Comiesięczne uzupełnianie daty oceny kolejki
- Cotygodniowe uzupełnianie PWT

Pacjent skreślony z listy oczekujących może zostać na nią przywrócony na podstawie odpowiedniego wniosku Świadczeniodawcy. Wzór wniosku został umieszczony na stronie www.nfz-rzeszow.pl Wniosek może zostać przesłany pocztą tradycyjną czy faksem, jednakże przesyłanie jego skanu na adres e-mail kolejki@nfz-rzeszow.pl, zapewnia niezwłoczną jego realizację.

W przypadku list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców w AP-KOLCE nie ma obowiązku przekazywania comiesięcznie komunikatem XML danych statystycznych (liczby osób oczekujących, liczb osób skreślonych, średniego czasu oczekiwania). Dane te są automatycznie obliczane przez aplikację i przekazywane do Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne. Informację dotyczącą PWT świadczeniodawcy wprowadzają bezpośrednio do aplikacji co najmniej raz w tygodniu.

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

W sytuacji zaprzestania wykonywania świadczeń z danego zakresu należy wykorzystać opcję „Dezaktywuj” a następnie: „ZAPRZESTANIE WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA DANEGO RODZAJU PRZEZ DANEGO ŚWIADCZENIODAWCĘ”.

Dane ogólne

Aplikacja Kolejki Centralne (AP-KOLCE) dostępna pod adresem internetowym <https://dilo.nfz.gov.pl/ap-kolce/> przeznaczona jest dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia.

Warunkiem uzyskania przez świadczeniodawcę dostępu do systemu jest posiadanie konta w Portalu Świadczeniodawcy.

Instrukcja postępowania w celu uzyskania dostępu do systemu oraz obsługi aplikacji znajduje się na stronie https://dilo.nfz.gov.pl/ap-kolce/app/AP-KOLCE_inst_uzyt.pdf

Świadczenia ewidencjonowane w AP-KOLCE

60002 - ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ONKOLOGII

60003 - ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU

60004 - ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU KARDIOLOGII

60005 - ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ENDOKRYNOLOGII

50009 - WIDEOTORAKOSKOPOWA ABLACJA W CIĘŻKIM, NIEPODDAJĄCYM SIĘ LECZENIU FARMAKOLOGICZNEMU MIGOTANIU PRZEDSIONKÓW

50010 - OPERACJE WAD WRODZONYCH SERCA I WIELKICH NACZYŃ U DZIECI DO UKOŃCZENIA 1 ROKU ŻYCIA, Z WYŁĄCZENIEM OPERACJI IZOLOWANEGO PRZEWODU TĘTNICZEGO BOTALLA

50013 - PRZESKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA

50014 - KARDIOLOGICZNE ZABIEGI INTERWENCYJNE U DZIECI DO LAT 18, W TYM PRZESKÓRNE ZAMYKANIE PRZECIEKÓW Z UŻYCIEM ZESTAWÓW ZAMYKAJĄCYCH

50015 - OPERACJA WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM

50016 - MECHANICZNE, POZAUSTROJOWE WSPOMAGANIE SERCA SZTUCZNYMI KOMORAMI

50017 - PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWKI MITRALNEJ U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA

30002 - ZABIEGI W ZAKRESIE SOCZEWKI (ZAĆMA)

50002 - USUNIĘCIE ZWĘŻENIA TĘTNICY WIEŃCOWEJ (ANGIOPLASTYKA)

80003 - ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO

80004 * - REWIZJA PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO

80005 - ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU KOLANOWEGO

80006 * - REWIZJA PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU KOLANOWEGO

* Listy oczekujących na udzielenie procedury rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i kolanowego były prowadzone w AP-KOLCE do dnia 31 grudnia 2015 r.

Kolejka na ŚWIADCZENIA UDZIELANE NA PODSTAWIE KARTY ONKOLOGICZNEJ od 01.01.2015 r.

Kolejkę prowadzi się nie do komórki, czy świadczenia lecz na poszczególny **etap postępowania diagnostycznego lub leczniczego**.

Świadczenia udzielane świadczeniobiorcom na podstawie karty onkologicznej nie są (jako jedyne) określone w podziale na kategorie medyczne przypadek pilny i przypadek stabilny.

Dodatkowo na liście oczekujących gromadzi się informację o numerze identyfikacyjnym karty onkologicznej każdej osoby wpisywanej na listę.

Etap	Kod
Oczekiwanie na diagnostykę wstępną	1
Oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną	2
Oczekiwanie na konsylium	3
Oczekiwanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej	4 (pozycja usunięta)
Oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
Oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne	6
Oczekiwanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy	7

Wykaz poradni, ewidencjonowanych jako świadczenia w AP-KOLCE od 01.04.2015 r.

Świadczenia z zakresu Onkologii 60002

- 1240 Poradnia onkologiczna;
- 1241 Poradnia onkologiczna dla dzieci;
- 1242 Poradnia chemioterapii;
- 1244 Poradnia radioterapii
- 1249 Poradnia onkologii i hematologii dla dzieci;
- ~~1458 Poradnia profilaktyki chorób piersi;~~
- 1460 Poradnia ginekologii onkologicznej;

Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu 60003

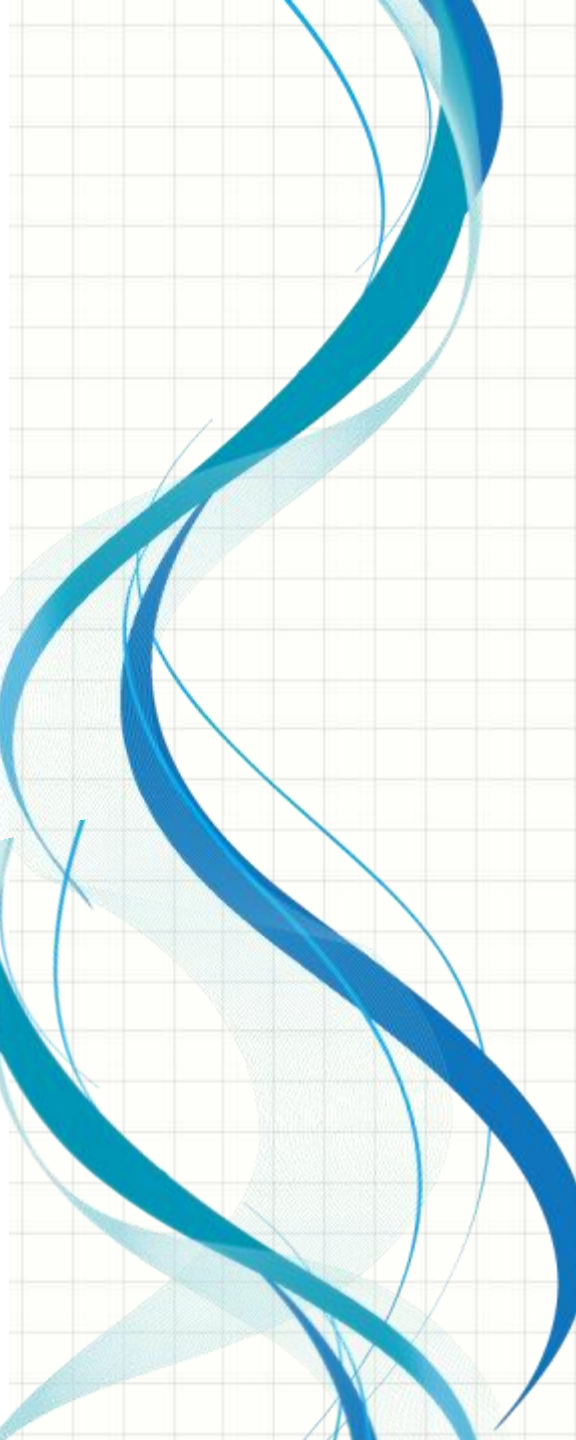
- 1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej;
- 1581 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci

Świadczenia z zakresu Kardiologii 60004

- 1100 Poradnia kardiologiczna;
- 1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci;
- 1102 Poradnia wad serca;
- 1103 Poradnia wad serca dla dzieci;
- 1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego;
- 1105 Poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci

Świadczenia z zakresu Endokrynologii 60005

- 1030 Poradnia endokrynologiczna;
- 1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci;
- 1032 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna;
- 1033 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci;
- 1034 Poradnia andrologiczna;
- 1035 Poradnia andrologiczna dla dzieci;
- 1036 Poradnia leczenia niepłodności;
- 1038 Poradnia chorób tarczycy;
- 1039 Poradnia chorób tarczycy dla dzieci



Zmiany na liście oczekujących

Wpis na listę oczekujących (cz.1)



- Wpisywanie Świadczeniobiorców na listy oczekujących następuje w dniu zgłoszenia, w dniach i godzinach pracy Świadczeniodawcy.
- Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane Świadczeniobiorcom wpisanym na listy oczekujących stanowią tylko część udzielanych świadczeń. Świadczeniodawca udziela ponadto świadczeń w trybie nagłym oraz w trybie planu leczenia, co należy uwzględnić przy określaniu terminu udzielenia świadczenia.
- W przypadku:
 - świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje Świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej. Umieszczenie na liście oczekujących następuje po kwalifikacji. Czasu oczekiwania na kwalifikację nie wlicza się do rzeczywistego czasu oczekiwania.
 - świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona. Lekarz w poradni specjalistycznej może jednak biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia świadczeniobiorcy zmienić kategorię medyczną „przypadek stabilny” na kategorię „przypadek pilny” i odwrotnie. Każda zmiana kategorii medycznej powinna znajdować uzasadnienie wynikające ze zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy i zostać odnotowana w dokumentacji.
- Realizując podstawowy obowiązek informowania Świadczeniobiorcy o terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz uzasadnienia przyczyny wyboru tego terminu, świadczeniodawca może na skierowaniu odnotować datę udzielenia świadczenia, rodzaj/nazwę listy oczekujących wraz z numerem kolejnym na liście oraz datę dokonania wpisu na listę. Adnotację należy potwierdzić pieczęcią Świadczeniodawcy oraz podpisem i ewentualnie pieczęcią osoby potwierdzającej wpisanie Świadczeniobiorcy na listę.
- Planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oznaczany jest poprzez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok). Jeśli przekracza on 6 miesięcy licząc od daty wpisu na listę oczekujących, dopuszczalne jest wskazanie terminu z dokładnością do tygodnia (terminem wskazanym jest pierwszy dzień tygodnia - poniedziałek). W tym przypadku dokładny termin realizacji świadczenia powinien zostać przekazany Świadczeniobiorcy nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia. Powiadomienie musi być skuteczne, kontakt ze Świadczeniobiorcą lub jego opiekunem może być osiągnięty w sposób ustalony w trakcie wpisywania na listę oczekujących.

Wpis na listę oczekujących (cz.2)



- świadczeniodawca ma obowiązek wpisania pacjenta na listę oczekujących także w sytuacji, gdy przewidywany termin realizacji świadczenia medycznego będzie wykraczał poza okres obowiązywania umowy danej placówki medycznej z oddziałem wojewódzkim NFZ.

Wykazane jest jednak poinformowanie pacjentów o tym fakcie i o konieczności sprawdzenia w późniejszym czasie sytuacji na liście oczekujących po podpisaniu nowej umowy, lub renegocjacji warunków finansowych.

W sytuacji, gdy po zakończeniu umowy z NFZ na listach oczekujących danej placówki nadal znajdują się pacjenci, którzy nie uzyskali świadczenia, świadczeniodawca jest zobowiązany wydać tym pacjentom zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących, a w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie skierowań - dodatkowo oryginały złożonych przez pacjentów skierowań. Zaświadczenie musi zawierać datę zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy, ponieważ data ta ma być brana pod uwagę przy wyznaczaniu terminu udzielenia danego świadczenia przez kolejnego świadczeniodawcę, do którego zgłosi się pacjent.

- W sytuacji, gdy świadczeniobiorca dostarcza skierowanie wystawione z datą wystawienia późniejszą niż data wpisu na listę oczekujących, np. pacjent zapisał się telefonicznie do poradni w dniu 5 stycznia, następnie dostarczył skierowanie z datą wystawienia 15 stycznia – świadczeniodawca powinien skreślić pacjenta z powodu „INNA NIŻ WSKAZANA W SŁOWNIKU PRZYCZYNA” i ponownie wpisać z datą dostarczenia skierowania, co będzie się wiązało z wyznaczeniem nowego (na ogół późniejszego) terminu udzielenia świadczenia.
- W przypadku gdy do świadczeniodawcy zgłasza się pacjent z dwoma różnymi skierowaniami do tej samej poradni specjalistycznej dotyczącymi dwóch różnych jednostek chorobowych, świadczeniodawca powinien rozważyć czy jest możliwe udzielenie świadczenia odpowiadającego wpisanym jednostkom chorobowym w jednym terminie (w czasie jednej wizyty). Jeżeli nie będzie to możliwe należy wpisać pacjenta dwukrotnie na listę oczekujących do danego świadczeniodawcy. Należy zwrócić uwagę, iż przyjęcie pacjenta w jednym terminie jest pożądane zarówno z punktu widzenia interesów pacjenta jak i racjonalnego wykorzystania zasobów.

Zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia

Zmiany terminu leżące po stronie Świadczeniodawcy

- W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Świadczeniodawca ma obowiązek poinformować w każdy dostępny sposób o tym fakcie Świadczeniobiorców, podając nowy termin oraz podając przyczynę zmiany.
 - Dotyczy to przesunięcia terminu na okres wcześniejszy i późniejszy.
 - Datę i przyczynę zmiany terminu (np. remont oddziału, choroba lekarza, czy zatrudnienie dodatkowego) należy odnotować na liście oczekujących.
- Brak zgody pacjenta na przyspieszenie terminu, skutkuje pozostawienie niezmiennego terminu.

Zmiany terminu z przyczyn leżących po stronie Świadczeniobiorcy czyli Pacjenta

- Jeżeli Świadczeniobiorca odwoła wyznaczony termin, ponieważ w wyznaczonym dniu nie może stawić się u Świadczeniodawcy należy dokonać zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz podać przyczynę tej zmiany lub skreślić pacjenta z listy.
- Przesunięcie terminu na wcześniejszy niż ustalony pierwotnie może nastąpić tylko ze względów medycznych (pogorszenie stanu zdrowia, które jest powodem konieczności szybszego udzielenia świadczenia). Zmiana ta wiązać się powinna ze zmianą kategorii medycznej ze stabilnej na pilną.
- Przesunięcie pacjenta w kolejce na późniejszy termin może nastąpić zarówno ze względów medycznych (np. konieczność wykonania innych procedur, szczepień wieku dziecięcego, pobyt w sanatorium, opieka nad chorym członkiem rodziny, choroba, itp.) jak i z przyczyn losowych.

Świadczeniodawca w ww. sytuacji powinien wyznaczyć świadczeniobiorcy nowy planowany termin udzielenia świadczenia, tj. dokonać zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia, a także odnotować na liście przyczynę tej zmiany.

Zapełnianie zwolnionych terminów

Dodatkowe wolne terminy, które powstają np.:

- po zawiadomieniu o rezygnacji Świadczeniobiorcy,
- jego nie zgłoszeniu się,
- wydłużeniu godzin przyjęć,
- zatrudnieniu dodatkowego personelu medycznego itp.,

należy przeznaczyć na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla Świadczeniobiorców, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości. Zawiadomienia powinny być kierowane przede wszystkim do osób następnych na liście.



Osoby rezygnujące z możliwości udzielenia świadczenia w przyspieszonym terminie – pozostają na liście z pierwotnie ustalonym terminem udzielenia świadczenia. Informacja o takim zdarzeniu powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej lub na liście oczekujących.



Częstotliwość informowania Świadczeniobiorców o zmianie planowanego terminu udzielenia świadczenia

W związku z faktem, że wyznaczane świadczeniobiorcom planowane terminy udzielenia świadczenia mogą ulegać wielokrotnym zmianom, Świadczeniodawca powinien o zmianach planowanego terminu udzielenia świadczenia informować **nie rzadziej niż raz na 3 miesiące**.

W przypadku gdy do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało mniej niż 30 dni, wówczas **o każdej jego zmianie powinien być informowany Świadczeniobiorca**.

Skreślenie z listy oczekujących (cz.1)

Przyczyna skreślenia z listy oczekujących	Kod skreślenia
Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę Skreślenie następuje w chwilę rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, zatem data skreślenia to data rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku: - poradni, jest to data przyjęcia pacjenta, - pracowni fizjoterapii, jest to data rozpoczęcia zabiegów, a nie data ich zakończenia, - leczenia protetycznego w stomatologii, jest to data pobrania wycisku, a nie data oddania protezy, - oddziału, jest to data przyjęcia na oddział, a nie data wypisu ze szpitala, - zabiegu na oddziale, jest to data przyjęcia na oddział.	1
Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę oczekujących Świadczeniodawca zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania.	2
Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę W tej sytuacji pacjent może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego Świadczeniodawcę. • Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy oraz oryginał skierowania. Za wydanie zaświadczenia świadczeniobiorca nie ponosi opłaty. • Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym świadczeniodawca do którego zgłasza się pacjent, będzie musiał przesunąć planowane terminy udzielenia świadczenia świadczeniobiorcom, którzy zostali wpisani na listę oczekujących później. Świadczeniodawca wpisując na listę oczekujących zgłaszających się świadczeniobiorców powinien uwzględnić zarówno datę zgłoszenia u poprzedniego świadczeniodawcy jak i stan zdrowia, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące, zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. • Świadczeniodawca przekazuje do oddziału wojewódzkiego NFZ listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dane świadczeniobiorców objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację. Przekazanie list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz danych świadczeniobiorców powinno nastąpić nie później niż 14 dni przed rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy, z wyjątkiem sytuacji, których nie można było przewidzieć.	3

Skreślenie z listy oczekujących (cz.2)

Przyczyna skreślenia z listy oczekujących	Kod skreślenia
Oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.	3 (uzupełnienie z poprzedniej strony)
Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy Np. w wyniku błędnego wpisu na listę, czy przenoszenia pacjentów pomiędzy kolejkami.	5
Zgon osoby wpisanej na listę oczekujących W przypadku braku informacji o dacie zgonu, należy podać datę uzyskania tej informacji.	6
Informacja potwierdzona przez Fundusz, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy Ten powód wykreślenia jest wykorzystywany w sytuacji, gdy Oddział NFZ dokonał weryfikacji wielokrotnego wpisu na listę oczekujących w tym samym zakresie świadczeń i o jej wyniku poinformował Świadczeniodawcę.	7
Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną na listę oczekujących w ustalonym terminie udzielenia świadczenia W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, 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.	8
Inna przyczyna Jeśli to tylko możliwe, należy wykorzystywać słownik „innych powodów” istniejący w programie.	9
Niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących Za dostarczone w terminie uznaje się również nadanie do 14 dni roboczych przesyłki pocztowej.	10

Ważność skierowania

Termin ważności skierowania nie jest ściśle określony. Skierowanie ważne jest do chwili jego realizacji lub do ustania przyczyny jego wystawienia. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy skierowanie zostanie przedłożone do realizacji po zbyt długim czasie od daty jego wystawienia - wtedy lekarz może podjąć decyzję o konieczności zaktualizowania informacji o stanie zdrowia pacjenta celem zweryfikowania pierwotnej przyczyny kierowania.

**Konieczność
dostarczenia
oryginału
skierowania
do 14 dni roboczych**

poza rodzajem świadczeń „Świadczenia
Pielęgnacyjne i Opiekuńcze”

Skierowanie do pracowni
fizjoterapii straci
ważność jeżeli nie
zostanie zarejestrowane
w kolejce w terminie
30 dni od daty
wystawienia

Skierowanie oddział
psychiatryczny straci
ważność jeżeli nie
zostanie zarejestrowane
w kolejce w terminie
14 dni od daty
wystawienia

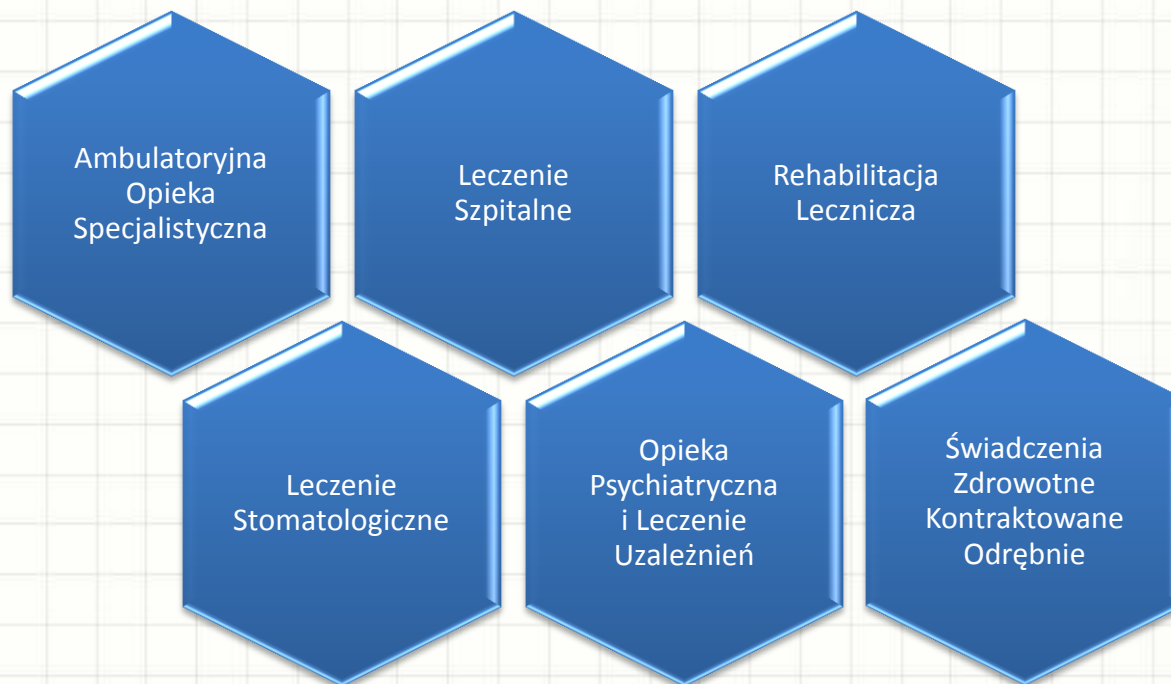
Od 1 stycznia 2015 r. skierowania są konieczne również do następujących poradni specjalistycznych:

- Dermatologiczna
- Dermatologiczna dla Dzieci
- Okulistyczna
- Okulistyczna dla Dzieci

A decorative blue wavy line with a gradient, flowing from the top left towards the bottom left, partially framing the text.

Sprawozdawczość z listy oczekujących

Rodzaje świadczeń podlegające sprawozdawczości



Od 1 kwietnia 2015 r. usunięte ze sprawozdawczości zostały:

- „Świadczenia Pielęgnacyjne i Opiekuńcze”
- „Opieka Paliatywna i Hospicyjna”.



Brak obowiązku sprawozdawania danych do NFZ, nie zwalnia Świadczeniodawcy z obowiązku prowadzenia listy oczekujących w swoim programie.

Rodzaje sprawozdawczości

dane COMIESIĘCZNE

- Statystyki podsumowujące cały miesiąc
- Dane osób oczekujących

dane COTYGODNIOWE

- Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia
- Data sporządzenie informacji o pierwszym wolnym terminie

Zawartość comiesięcznych sprawozdań

STATYSTYKA

- **Liczba oczekujących** - liczba osób, które wg stanu na ostatni dzień miesiąca sprawozdawczego oczekują na udzielenie pierwszego świadczenia.
- **Liczba osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia** - liczba osób przyjętych na pierwsze świadczenie w danym miesiącu sprawozdawczym.
- **Liczba osób skreślonych w danym miesiącu** - liczba osób skreślonych w danym miesiącu sprawozdawczym ze wszystkich możliwych powodów, w tym z powodu wykonania świadczenia.
- **Liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z powodu wykonania świadczenia** - liczba osób przyjętych na pierwsze świadczenie w ostatnich trzech miesiącach.
- **Średni czas oczekiwania** - średni czas oczekiwania pacjentów przyjętych z kolejki oczekujących na pierwsze świadczenie w ostatnich trzech miesiącach.
- **Data oceny kolejki**

WYKAZ OSÓB OCZEKUJĄCYCH

- **Imię (Imiona)**
- **Nazwisko**
- **Identyfikator np. numer PESEL**
- **Typ identyfikatora**

- Wszystkie ww. dane są przesyłane wg stanu na ostatni dzień miesiąca.
- Do okresu sprawozdawczego grudzień 2014, dane obliczane były w oparciu o ostatnie 6 miesięcy. Dla okresu styczeń 2015 i nowszych, dane obliczane są w oparciu o ostatnie 3 miesiące.



Statystyki przesyłane są co miesiąc, nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca.

Jeżeli ostatni dzień miesiąca (10-ty) wypada w dzień wolny od pracy (sobotę, niedzielę lub święto)

– termin przestania danych przesuwa się na następny dzień, który nie jest dniem wolnym od pracy (np. poniedziałek).

Identyfikatory świadczeniobiorców stosowane w sprawozdawczości

Lp.	Identyfikator	Kod	Wymagany
1	numer PESEL	P	zawsze w przypadku osoby, która ma nadany numer PESEL
2	osobisty numer identyfikacyjny	R	zawsze w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, bez względu na to, czy ma nadany numer PESEL
3	seria i numer dowodu osobistego	D	w przypadku gdy osoba nie ma nadanego numeru PESEL lub osobistego numeru identyfikacyjnego
4	seria i numer paszportu	T	
5	nazwa, seria, i numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość	I	

W przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych w powyższej tabeli, należy posłużyć się identyfikatorem jednego z rodziców albo opiekuna prawnego. Zalecane jest, aby w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących posługiwać się konsekwentnie tym samym identyfikatorem od momentu wpisu na listę oczekujących do skreślenia z listy. Jeśli zatem przy wpisie na listę oczekujących dziecka do 6. miesiąca życia został wykorzystany np. PESEL matki, wówczas przy przekazywaniu informacji o osobach skreślonych z listy oczekujących świadczeniodawca również powinien posłużyć się dla tego dziecka numerem PESEL matki.

Zawartość cotygodniowych PWT

Pierwsze wolne terminy (PWT)

- PWT dla przypadków stabilnych.
- PWT dla przypadków pilnych.
- Data sporządzenia ww. informacji.



Listy oczekujących prowadzone są wyłącznie z dokładnością do komórek organizacyjnych, w których udzielane są świadczenia. W przypadku komórek, w których czas oczekiwania jest różny na różne świadczenia, podawany pierwszy wolny termin powinien być możliwy do zaproponowania zarówno dla pacjenta, który potrzebuje świadczenia na który kolejka jest dłuższa, jak i na który czas oczekiwania jest krótszy.

Przykładowy sposób obliczania PWT:

- Pierwszy wolny termin na świadczenie nr 1: **15 maja 2015 r.**
- Pierwszy wolny termin na świadczenie nr 2: **25 czerwca 2015 r.**
- Pierwszy wolny termin na świadczenie nr 3: **10 grudnia 2015 r.**

Pierwszy wolny termin dla komórki:
10 grudnia 2015 r.

Kiedy należy wysyłać PWT?

Informacja powinna być przygotowana, a następnie przesłana do POW NFZ:

- w tym samym dniu, bądź
- w następnym dniu roboczym.

Od 01 lipca 2017 r. nie obowiązuje konieczność przygotowywania informacji wg stanu na ostatni dzień roboczy tygodnia. Informacja o PWT może mieć jako datę przygotowania dowolny dzień tygodnia, pod warunkiem, że informacja będzie przekazywana do POW NFZ co najmniej raz w tygodniu.



Informacje o PWT należy przekazywać minimum niż raz w tygodniu. Im jednak częściej będą te informacje przekazywane, tym aktualniejszą informację uzyska użytkownik Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.



Wersja komunikatu XML

Wersja komunikatu XML określa sposób i zakres danych, które są wysyłane do POW NFZ. Wersja komunikatu dotyczącego kolejek oczekujących powinna być zmieniana automatycznie podczas aktualizacji oprogramowania Świadczeniodawców. W przypadku konieczności przesłania danych z okresów sprawozdawczych innych niż aktualny, może wystąpić konieczność ręcznej jej zmiany wg następujących kolejności:

okres sprawozdawczy:
styczeń 2014 –
grudzień 2014

wersja **5 1.6**

okres sprawozdawczy:
styczeń 2015 –
marzec 2015

wersja **6 1.7**

okres sprawozdawczy:
kwiecień 2015 – nadal

wersja **7 1.7**

Problem z przestaniem danych, lub brak możliwości ich przestania

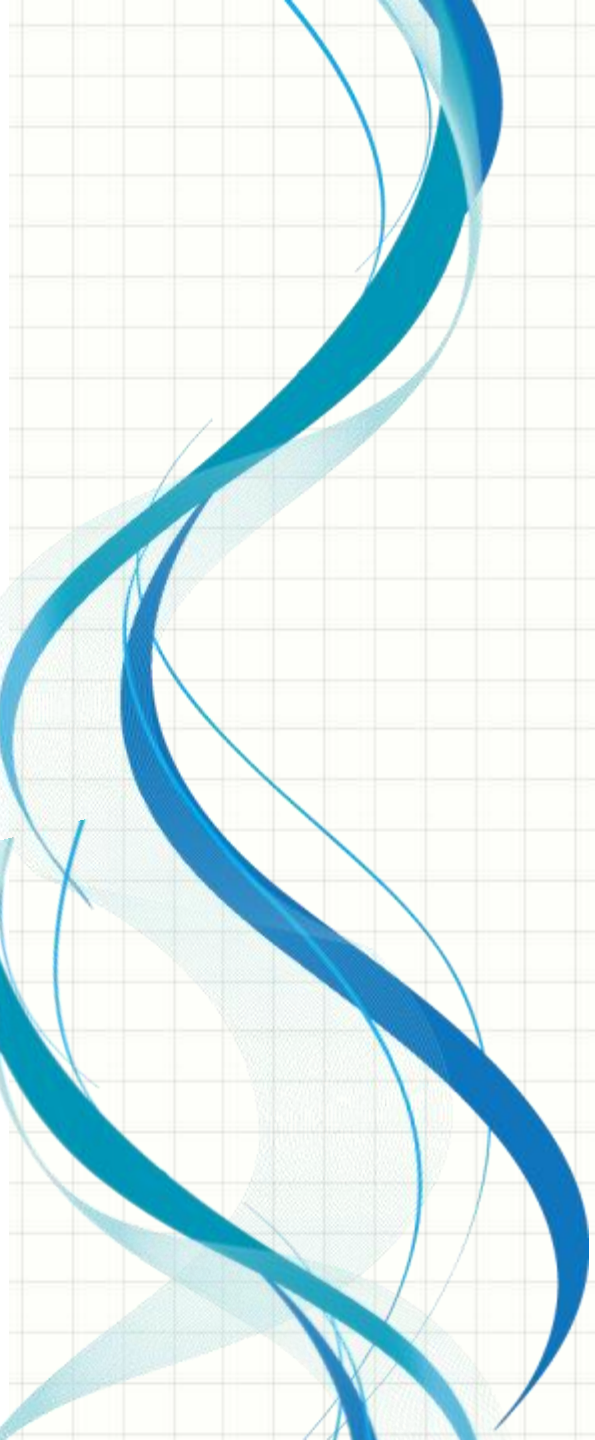
Wszystkie dane dotyczące kolejek oczekujących mają określone maksymalne terminy ich prawidłowego przestania do POW NFZ.



W przypadku niemożności dopełnienia tego obowiązku, prosimy o informację:
(e-mail, faks lub pismo) wg wzoru zawartego na stronie internetowej.

Najważniejsze kwestie





Słownik komórek i świadczeń

Słowniki komórek i świadczeń

Słownik **komórek** organizacyjnych
podlegających sprawozdawczości
komunikatem danych o listach
oczekujących - przykłady

- Poradnia Okulistyczna
- Poradnia Dermatologiczna
- Poradnia Stomatologiczna
- Oddział Wewnętrzny
- Oddział chirurgiczny ogólny
- Pracownia Endoskopii
- Pracownia fizjoterapii
- ...



sprawozdawczość

- Comiesięczne statystyki
- Comiesięczna data oceny kolejki
- Cotygodniowy PWT

Słownik **świadczeń** podlegających
sprawozdawczości komunikatem
danych o listach oczekujących -
przykłady

- Leczenie protetyczne
- Rezonans Magnetyczny
- Tomograf Komputerowy
- Leczenie Stwardnienia Rozsianego
- Badania genetyczne
- ...



sprawozdawczość

- Comiesięczne statystyki
- Comiesięczna data oceny kolejki
- Cotygodniowy PWT

Słownik świadczeń podlegających
sprawozdawczości w
udostępnionej przez oddziały
wojewódzkie Narodowego
Funduszu Zdrowia aplikacji Kolejki
Centralne (**AP-KOLCE**) - przykłady

- Poradnia Kardiologiczna
- Poradnia Endokrynologiczna
- Poradnia Ortopedyczna
- Poradnia Onkologiczna
- Świadczenia onkologiczne
- Operacja zaćmy
- Endoprotezoplastyka stawu biodrowego
- ...

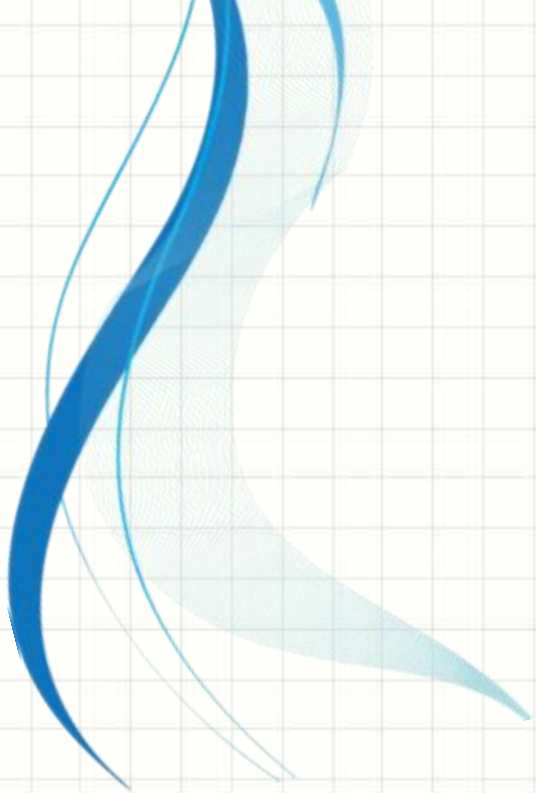


sprawozdawczość

- Comiesięczna data oceny kolejki
- Cotygodniowy PWT

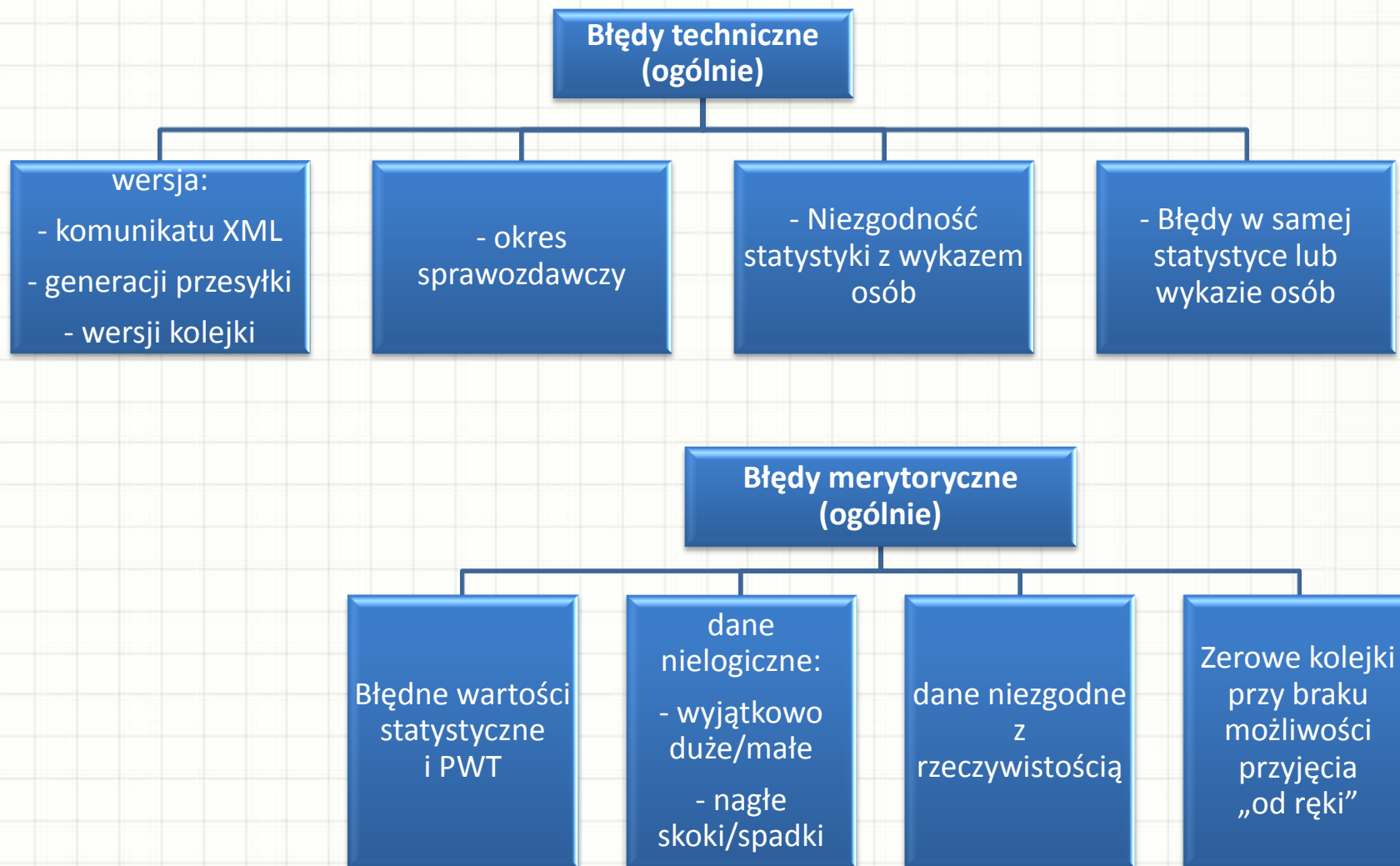
Kompletne słowniki znajdują się na stronie internetowej POW NFZ

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



Błędy w sprawozdaniach

Błędy w statystykach comiesięcznych i PWT



Szczegółowe opisy błędów znajdują się na stronie internetowej POW NFZ
<http://www.nfz-rzeszow.pl/swiadczeniodawcy/informacje/kolejki-oczekujacych/>

Komunikaty zwrotne

Przekazywane przez Świadczeniodawców informacje dotyczące kolejek oczekujących są importowane przez POW NFZ bezpośrednio po wysłaniu. W ciągu kilku minut po ich zaimportowaniu wysyłany jest komunikat zwrotny, do odebrania w programach Świadczeniodawców lub na Portalu Świadczeniodawcy. Po wysłaniu danych możliwe są trzy sytuacje:

Brak komunikatu zwrotnego

- Brak komunikatu zwrotnego świadczy o nieotrzymaniu danych przez POW NFZ. W tym przypadku należy ponownie wysłać dane, a w przypadku dalszego braku komunikatu skontaktować się z POW NFZ lub dostawcą oprogramowania.

Komunikat zwrotny z opisem

- Komunikat zwrotny z informacją o błędzie, informacji lub ostrzeżeniu przy imporcie danych. W tym przypadku należy wysłać dane ponownie po usunięciu błędu, a w przypadku problemów z interpretacją opisu, bądź innych wątpliwości należy się skontaktować z POW NFZ.

Komunikat zwrotny nie zawierający żadnych opisów

- Komunikat zwrotny nie zawierający żadnych informacji o błędzie, informacji lub ostrzeżeniu świadczy o dostarczeniu danych i prawidłowym ich imporcie.



System informatyczny POW NFZ jest w stanie wykryć tylko błędy techniczne, oraz te, które zostały wcześniej zdefiniowane. Wątpliwości co do zawartości merytorycznych, powstają najczęściej po weryfikacji kilku okresów sprawozdawczych przeprowadzanej przez pracowników POW NFZ, a wyniki przekazywane są Świadczeniodawcom na ogół na Portalu Świadczeniodawcy.

Statystyki comiesięczne i PWT

status „B”

- błąd

- problem powodujący odrzucenie danych

przesyłka NIE
jest importowana

status „O”

- ostrzeżenie

- sygnalizacja potencjalnego problemu

przesyłka JEST
importowana, lecz należy
sprawdzić dane i dokonać
ewentualnych korekt

status „I”

- informacja

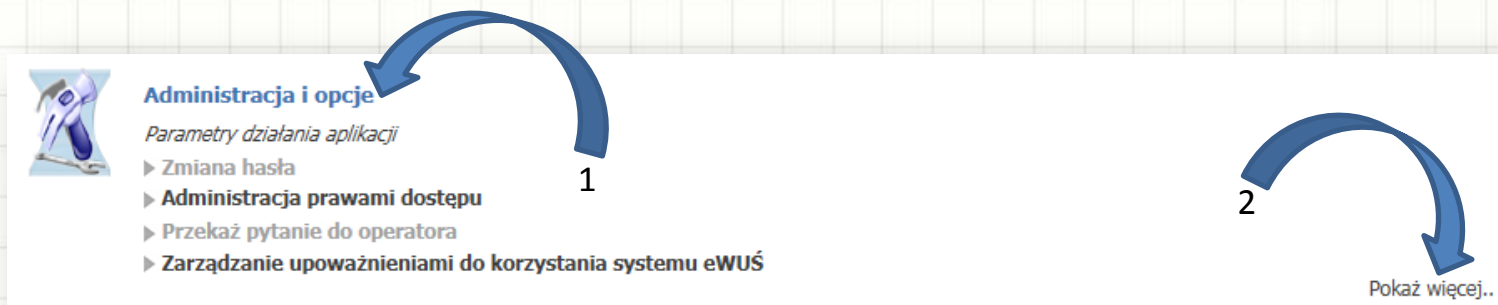
- dodatkowa informacja od płatnika, np. sugestia sprawdzenia danych w sytuacji podejrzenia często popełnianego błędu

przesyłka JEST
importowana, lecz należy
sprawdzić dane i dokonać
ewentualnych korekt

Odczyt komunikatów zwrotnych (cz.1)

Komunikaty zwrotne są odpowiedzią systemu informatycznego informującą o statusie przesyłki, która została zaimportowana do systemu POW NFZ i są możliwe do odczytania:

- w programach własnych Świadczeniodawców (*patrz: instrukcja obsługi programu bądź kontakt z jego dostawcą*).
- na Portalu Świadczeniodawcy:



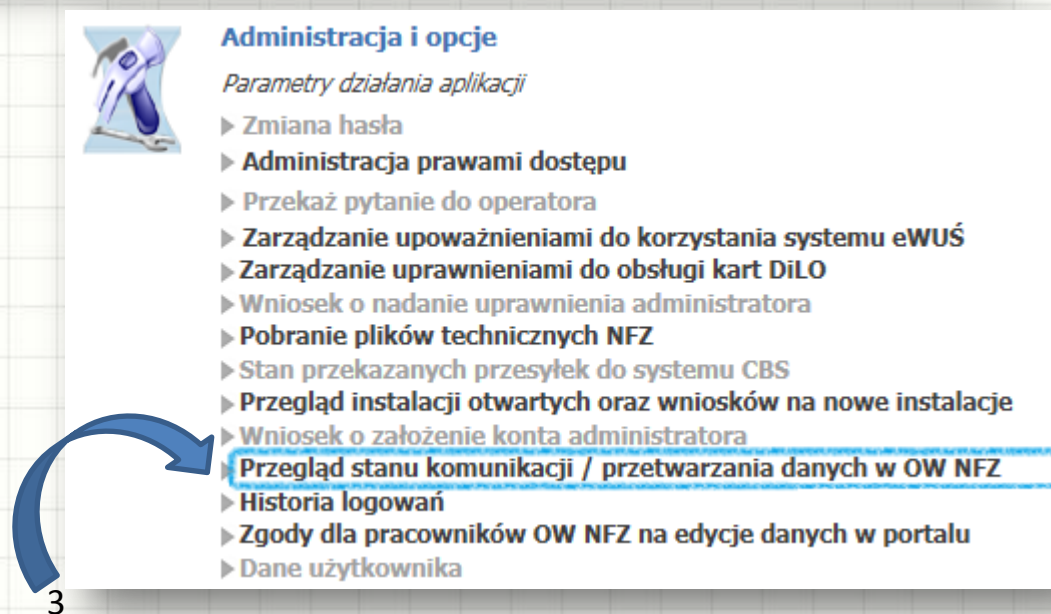
Administracja i opcje
Parametry działania aplikacji

- ▶ Zmiana hasła
- ▶ Administracja prawami dostępu
- ▶ Przekaż pytanie do operatora
- ▶ Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

1

2

Pokaż więcej..



Administracja i opcje
Parametry działania aplikacji

- ▶ Zmiana hasła
- ▶ Administracja prawami dostępu
- ▶ Przekaż pytanie do operatora
- ▶ Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ
- ▶ Zarządzanie uprawnieniami do obsługi kart DiLO
- ▶ Wniosek o nadanie uprawnienia administratora
- ▶ Pobranie plików technicznych NFZ
- ▶ Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS
- ▶ Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje
- ▶ Wniosek o założenie konta administratora
- ▶ **Przegląd stanu komunikacji / przetwarzania danych w OW NFZ**
- ▶ Historia logowań
- ▶ Zgody dla pracowników OW NFZ na edycje danych w portalu
- ▶ Dane użytkownika

3

Odczyt komunikatów zwrotnych (cz.2)

Wyszukiwanie

Rok:	2015
Miesiąc:	maj
Przestrzeń:	Świat
Grupa:	Loader SOKO
Typ:	
Wersja:	< Proszę wybrać pozycję nadrzędną >
Status:	
Transport:	
Guid:	
Nazwa pliku:	
Pobrano:	Nie

4 – zawężenie pól wyszukiwania do miesiąca, w którym wysłano dane

Przestrzeń	Grupa	Wersja	Transport	Status	Data rej	Plik	Odpowiedzi
Świat	Loader SOKO	7 1.7 (LIOCH)	Email	Przetworzona pomyślnie	2015-05-04 09:08:45	Plik: 09R-_5_LIOCH2101954.pgp GUID: ba328d1c-66b5-487f-b0fd-b7b2f97ce788	Pobierz Typ: P_LIO Status: Pomyślnie wysłana



Uwaga: „przetworzona pomyślnie” oznacza, że przesyłka została poprawnie zaczytana do systemu i przeszła dalsze sprawdzanie, którego wynik można zobaczyć otwierając plik z pozycji „Pobierz”

5 – pobranie pliku z odpowiedzią

Odczyt komunikatów zwrotnych (cz.3)

1. Komunikat o prawidłowym imporcie kolejki o kodzie 41221 + procedury 10001 w tej komórce:

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<komunikat xmlns:nfz="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" xmlns:csioz="www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" nfz:info-aplik-nad="SOKO_IMPORT 1.5.901.2388" czas-gen="2015-05-04T22:55:01" nr-gen="54728" id-inst-nad="" id-nad="09" nr-gen-odb="720" id-inst-odb="10021105" id-odb="09R/100001" nfz:wersja="1.7" wersja="7" typ="P_LIO">
  <swiadczeniodawca id-inst="100000006" id-sw="09R/100001" typ-id-sw="X"/>
  - <potw-danych>
    <potw-lista wersja="20" kod-proc="10001" nfz:id-tech-kom-org="41221" miesiac="4" rok="2015"/>
    <potw-lista wersja="72" nfz:id-tech-kom-org="41221" miesiac="4" rok="2015"/>
  </potw-danych>
</komunikat>
```

2. Komunikat o nieprawidłowym imporcie całej kolejki (brak konkretnego kodu technicznego komórki):

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<komunikat xmlns:nfz="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" xmlns:csioz="www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" nfz:info-aplik-nad="SOKO_IMPORT 1.5.901.2329" czas-gen="2015-04-17T13:29:45" nr-gen="48625" id-inst-nad="" id-nad="09" nr-gen-odb="870" id-inst-odb="100000009" id-odb="09R/100001" nfz:wersja="1.7" wersja="6" typ="P_LIO">
  <swiadczeniodawca id-inst="100000009" id-sw="09R/100001" typ-id-sw="X"/>
  <problem opis="Nieprawidłowa wersja komunikatu LIOCZ." kod="80100034" waga="B"/>
</komunikat>
```

3. Komunikat o częściowo prawidłowym imporcie kolejek.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<komunikat xmlns:nfz="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" xmlns:csioz="www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" nfz:info-aplik-nad="SOKO_IMPORT 1.5.901.2388" czas-gen="2015-04-30T15:32:13" nr-gen="52888" id-inst-nad="" id-nad="09" nr-gen-odb="8506" id-inst-odb="100000010" id-odb="09R/100001" nfz:wersja="1.7" wersja="7" typ="P_LIO">
  <swiadczeniodawca id-inst="100000015" id-sw="09R/100001" typ-id-sw="X"/>
  - <potw-danych>
    - <potw-lista wersja="87" nfz:id-tech-kom-org="43360" miesiac="4" rok="2015">
      <lista-problem lista-nie-publ="N" lista-zakw="N" opis="Pacjent o identyfikatorze 70000000002 jest wielokrotnie wpisany do kolejki 43360 {1}." kod="80100041" waga="O"/>
      <lista-problem lista-nie-publ="N" lista-zakw="N" opis="Pacjent o identyfikatorze 70000000002 jest wielokrotnie wpisany do kolejki 43360 {1}." kod="80100041" waga="O"/>
    </potw-lista>
    <potw-lista wersja="77" nfz:id-tech-kom-org="44212" miesiac="4" rok="2015"/>
    <potw-lista wersja="77" nfz:id-tech-kom-org="44211" miesiac="4" rok="2015"/>
    <potw-lista wersja="75" nfz:id-tech-kom-org="38722" miesiac="4" rok="2015"/>
    <potw-lista wersja="66" nfz:id-tech-kom-org="52264" miesiac="4" rok="2015"/>
    <potw-lista wersja="102" nfz:id-tech-kom-org="41145" miesiac="4" rok="2015"/>
    - <potw-lista wersja="96" nfz:id-tech-kom-org="41144" miesiac="4" rok="2015">
      <lista-problem lista-nie-publ="N" lista-zakw="N" opis="Dla kolejki 41144 {1} wykazano dłuższy średni czas oczekiwania dla kategorii "przypadek pilny" niż dla kategorii "przypadek stabilny". Sprawdź prawidłowość obliczenia średniego czasu oczekiwania." kod="80101014" waga="O"/>
    </potw-lista>
  </potw-danych>
</komunikat>
```



Aktualny słownik błędów i ostrzeżeń jest opublikowany na stronie internetowej
<http://www.nfz-rzeszow.pl/swiadczeniodawcy/informacje/kolejki-oczekujacych/>

Korekty sprawozdań

1. Wykrycie nieprawidłowości

- Analizy własne świadczeniodawcy
- Odpowiedź automatyczna systemu informatycznego POW NFZ
- Analizy indywidualne POW NFZ



2. Przesłanie skorygowanych danych

- Odpowiednia wersja komunikatu XML
- Kolejność przesyłania danych (od najstarszych)
- Minimum kilkuminutowa przerwa pomiędzy eksportami



3. Potwierdzenie prawidłowego importu w POW NFZ

- Komunikat zwrotny



W przypadku konieczności skorygowania lub przesłania danych starszych niż 6 miesięcy, wymagane jest zwrócenie się z wnioskiem o czasowe zniesienie blokady uniemożliwiającej import tak odległych danych. Wniosek, którego wzór znajduje się na stronie internetowej można przesłać do POW NFZ drogą pocztową, faksem, w formie skanu lub zdjęcia za pomocą poczty elektronicznej, bądź dostarczyć osobiście.

W przypadku konieczności skorygowania lub przesłania danych z okresów sprawozdawczych innych niż aktualny:

- konieczne jest eksportowanie ich w kolejności od najstarszego okresu do najnowszego
- zalecany jest kilkuminutowy odstęp między poszczególnymi eksportami lub wysłanie danych po otrzymaniu poprzedniego komunikatu zwrotnego
- wskazane jest przesłanie również wszystkich kolejnych (nowszych) danych



Działania POW NFZ w zakresie kolejek oczekujących

Działalność POW NFZ w zakresie kolejek oczekujących





Możliwe konsekwencje związane z niedopełnieniem obowiązków w zakresie kolejek oczekujących

Brak
prawidłowych
danych
w określonym
terminie

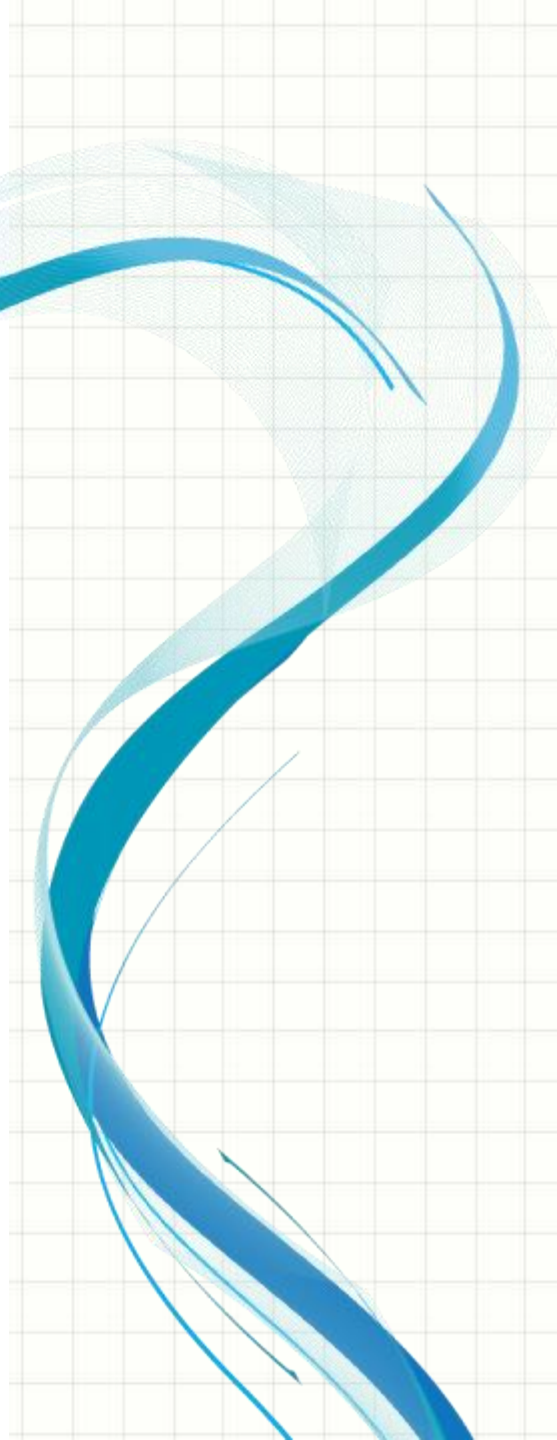


Kara umowna w wysokości do 1% rocznej wartości umowy.
Kara zawsze jest poprzedzona minimum jedną informacją
o brakujących pozycjach i podyktowana nadal występującym
brakiem danych z zakresu kolejek oczekujących.

1. Błędy w prowadzeniu list oczekujących
2. Nieprzestrzeganie praw pacjentów dotyczących kolejek
3. Przekazywania nieprawdziwych danych w sprawozdaniach



Zlecenie kontroli
do Wydziału
kontroli Realizacji
Umów na
Świadczenia
w POW NFZ

A decorative blue wavy line with a gradient, starting from the top left and curving downwards towards the bottom left corner of the slide.

Dodatek

Internetowe źródła wiedzy w zakresie kolejek oczekujących

www.nfz.gov.pl

www.nfz-rzeszow.pl

www.mz.gov.pl

www.dziennikustaw.gov.pl

<http://legislacja.rcl.gov.pl>

Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne

<http://kolejki.nfz.gov.pl/>

Przepisy prawne dot. kolejek oczekujących

- **Ustawa** z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2015 poz. 581 ze zm.)
- **Ustawa** z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2016 poz. 186 ze zm.)
- **Ustawa** z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2015 poz. 618 ze zm.)
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez Świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2016 poz. 192 ze zm.).
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się Świadczeniodawcy, umieszczając Świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005 r. nr 200 poz. 1661).
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 1146).
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069).
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1948).
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1404)

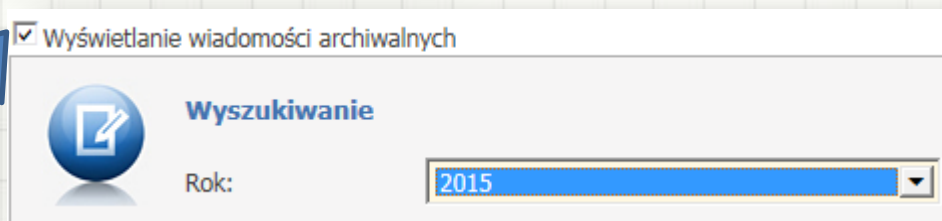
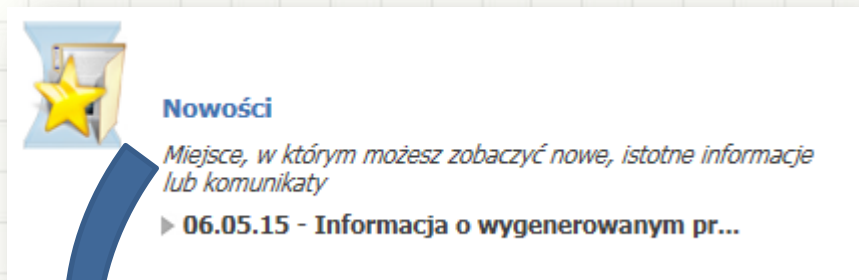
Przekazywanie informacji dot. kolejek oczekujących NFZ → Świadczeniodawca

- Portal Świadczeniodawcy <http://portal.nfz-rzeszow.pl>
- strona internetowa www.nfz-rzeszow.pl
- E-mail 09R-.....@swd.nfz-rzeszow.pl
- E-mail prywatny (*jeśli został podany*)

Komunikaty na Portalu Świadczeniodawcy

Wszystkie komunikaty można odnaleźć w części „Nowości”.

Komunikaty już odczytane można wyświetlić po zaznaczeniu opcji „Wyświetlanie wiadomości archiwalnych”



Komunikaty dot. kolejek oczekujących na stronie internetowej POW NFZ

- Wszystkie „nowe” komunikaty są wyświetlane w aktualnościach na głównej stronie www.nfz-rzeszow.pl
- Wszystkie „stałe” komunikaty (np. aktualne słowniki) dostępne są w części „Kolejki oczekujących”:

The image shows the header of the website for the National Fund for Health (NFZ) in the Podkarpacki Voivodeship, Rzeszów. The header includes the NFZ logo, the text 'Narodowy Fundusz Zdrowia Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie', an infoline number '800 804 009', and various utility icons like accessibility and search. Below the header is a navigation bar with links: 'Pacjenci', 'Świadczeniodawcy', 'Farmaceuci / Lekarze', 'Informacje ogólne', 'POW NFZ w mediach', and 'Kontakt'. A blue arrow points from the 'Świadczeniodawcy' link to a dropdown menu titled 'Informacje'. This menu contains several links, including 'Kolejki oczekujących', which is highlighted by another blue arrow.

NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia
Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie

Infolinia ☎ 800 804 009 A | A+ | A++ A A Aktualności ♿ BIP Q

Pacjenci Świadczeniodawcy Farmaceuci / Lekarze Informacje ogólne POW NFZ w mediach Kontakt

Informacje

- Kontraktowanie 2015
- Format otwarty wymiany danych
- Walidacje i Weryfikacje
- Rozliczanie świadczeń
- Szybka Terapia Onkologiczna DiLO
- SIMP
- SMPT
- FAQ
- Pacjenci z UE/EFTA
- Decyzje w sprawie odwołań dotyczących rozstrzygnięć postępowań konkursowych
- Kolejki oczekujących
- Ratownictwo medyczne
- Świadczenia transportu sanitarnego w POZ
- Pliki do pobrania
- CEF-wstrzymania/wycofania/zakaz wprowadzania do/z obrotu
- Archiwum - kontraktowanie

Kontakt

z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w zakresie kolejek oczekujących

- **Anna Witek:** tel. 17 86 04 008, anna.witek@nfz-rzeszow.pl
- **Rafał Śliż:** tel: 17 86 04 251, rafal.sliz@nfz-rzeszow.pl, kolejki@nfz-rzeszow.pl
- faks: 17 86 04 228
- 35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8. Parter, stanowisko 11 i 15. Godziny pracy: 8⁰⁰-16⁰⁰
- całodobowa bezpłatna infolinia: **800 804 009**

Chronologia zmian dokumentu rok 2015

- Data opublikowania prezentacji: 27.05.2015 r.
- Zmiana nr 1 w dniu 02.06.2015 r.
 - Na stronie 12 dodano adres internetowy, pod którym zostały umieszczone aktualne słowniki komórek i świadczeń.
 - Na stronie 14 uszczegółowiono definicję osoby wybierającej termin wizyty na własne życzenie (dodano opis w nawiasie).
 - Na stronie 55 zmieniono nagłówek strony z „Ilość danych” na „Ilość danych podlegających analizie”.
- Zmiana nr 2 w dniu 08.07.2015 r.
 - Na stronie 29 podano częstotliwość informowania świadczeniobiorcy o zmianie planowanego terminu udzielenia świadczenia.

Chronologia zmian dokumentu

rok 2016

- Zmiana nr 3 w dniu 04.01.2016 r.
 - Na stronie 9:
 - zmieniono w ostatniej pozycji opis sposobu postępowania i obliczania comiesięcznej statystyki przy braku kolejki do jednego lekarza i niezerowej kolejki do pozostałych lekarzy. Obecnie wpisywani są do kolejki wszyscy pacjenci.
 - dodano opis sposobu podawania danych dot. pierwszego wolnego terminu.
 - Na stronie 10 dodano opis sposobu podawania danych dot. pierwszego wolnego terminu.
 - Na stronie 14 zmieniono sposób postępowania z pacjentem wybierającym termin na własne życzenie późniejszy niż proponowany przez rejestrację. Obecnie nie wpisuje się takiej osoby na listę oczekujących tylko w przypadku, gdy wszyscy inni pacjenci są przyjmowani „od ręki”.
 - Na stronie 19 (pierwszy punkt) zmieniono tekst na cytat z art. 20 ust. 10 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...)
 - Na stronie 22 uzupełniono wykaz świadczeń ewidencjonowanych w AP-KOLCE o świadczenia o kodach 50010, 50014, 50016 i 50017.
 - Na stronie 28 dodano informację o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia zgłoszonej przez świadczeniobiorcę na późniejszy ze wszystkich powodów (a nie tylko medycznych).
 - Na stronie 30 zmieniono sposób postępowania podczas wpisu świadczeniobiorcy na listę w przypadku zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez innego świadczeniodawcę (drugi punkt przy kodzie skreślenia nr 3).
 - Na stronie 62 pokazano nowy sposób dostępu do komunikatów, związany ze zmianami wyglądu strony internetowej POW NFZ.
- Zmiana nr 4 w dniu 18.02.2016 r.
 - Na stronie 19 zmieniono sposób przyjmowania pacjentów uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.
- Zmiana nr 5 w dniu 22.02.2016 r.
 - Na stronie 14 w drugim punkcie, uściślono sposób postępowania z pacjentami wybierającymi termin udzielania świadczenia „na własne życzenie”.
- Zmiana nr 6 w dniu 06.04.2016 r.
 - Na stronie 27 w drugim punkcie, określono sposób postępowania w przypadku dostarczenia skierowania, wystawionego z datą późniejszą, niż data wpisu na listę oczekujących.
- Zmiana nr 7 w dniu 12.10.2016 r.
 - Na stronie 14 zaktualizowano definicję świadczenia pohospitalizacyjnego.
 - Na stronie 15 zmieniono rozmieszczenie i układ grafu.
 - Na stronie 16 wykreślono ze względu na archiwalność wpis dotyczący wytycznych konsultantów krajowych i braku aktualnych dokumentów.
 - Na stronie 16 dodano opis sytuacji zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia.
 - Na stronie 18 zawarto informację o oczekiwaniu na aktualne przepisy prawa w przedmiotowej sprawie.
 - Na stronie 22 uaktualniono informacje dot. kolejek na rewizję po endoprotezoplastyce i podano nowy adres instrukcji do AP-KOLCE.
 - Na stronie 23 zmieniono etapy postępowania diagnostycznego lub leczniczego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
 - Na stronie 24 usunięto pozycję p kodzie 1458: Poradnia profilaktyki chorób piersi.
 - Na stronie 27 wyjaśniono sposób postępowania w sytuacji gdy do świadczeniodawcy zgłasza się pacjent z dwoma różnymi skierowaniami do tej samej poradni specjalistycznej.
 - Na stronie 30 i 31 zmieniono opis daty wykreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących na zabieg w szpitalu. Datą wykreślenia z kolejki jest data przyjęcia na oddział bez względu na powód przyjęcia i bez względu na datę faktycznego wykonania planowanego zabiegu. Uzupełniono również opis skreślenia nr 3 – przekazanie listy oczekujących do NFZ.
 - Na stronie 36 wśród zawartości „wykazu osób oczekujących” zmieniono nazwę pozycji z „PESEL” na „Identyfikator np. numer PESEL”.
 - Na stronie 59 zaktualizowano obowiązujące akty prawne.
 - Na stronie 63 podano aktualne miejsce pracy osób zajmujących się kolejkami oczekujących.

Chronologia zmian dokumentu rok 2017

- Zmiana nr 8 w dniu 20.01.2017 r.
 - Na stronie 14 i 19:
 - dodano uprawnienia dla dwóch grup osób, które są przyjmowane poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy osób oczekujących (kobiety w ciąży i dzieci do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu).
 - dodano osoby, które nie są umieszczane na listach oczekujących (osoby podlegające obowiązkowemu leczeniu na podstawie decyzji sądu).
- Zmiana nr 9 w dniu 23.02.2017 r.
 - Na stronie 39 (w polu „Uwaga”) uściślono sposób wyznaczania informacji o „Pierwszym Wolnym Terminie” w przypadku, gdy poszczególne komórki Świadczeniodawcy kończą udzielanie świadczeń w różnych dniach tygodnia.
- Zmiana nr 10 w dniu 28.02.2017 r.
 - Na stronie 14 i 19 na podstawie otrzymanej interpretacji Ministra Zdrowia, do grupy osób uprawnionych do bycia przyjętymi poza kolejnością (m.in. Osób z tytułem „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”) dodano osoby posiadające tytuł „Dawcy Przeszczepu”.
- Zmiana nr 11 w dniu 03.07.2017 r.
 - Na stronie 22 usunięto świadczenie o kodzie 00000, która przestało być sprawozdawane w zakresie kolejek oczekujących w AP-KOLCE.
 - Na stronie 39 zmieniono opis sposobu przygotowania i przekazania informacji o PWT.
 - Usunięto stronę 55.
- Zmiana nr 12 w dniu 03.11.2017 r.
 - Na stronie 36 zmieniono opis przesuwania terminu wysłania comiesięcznych statystyk, jeśli 10-ty dzień miesiąca wypada w sobotę.

Chronologia zmian dokumentu rok 2018

- Zmiana nr 13 w dniu 22.03.2018 r.
 - Na stronie 14 i 19 dodano informację o dodatkowych uprawnieniach dla działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych.
 - Na stronie 18 podano aktualne wytyczne dotyczące e-rejestracji.
 - Na stronie 59 dodano informację o rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1404).



Opracowanie (tekst i grafika)
Rafał Śliż, Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie
tel. 17 86 04 251
e-mail: kolejki@nfz-rzeszow.pl