

ŁÓDZKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI

Prowadzenie list kolejek oczekujących

w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji
(SZOI)



Łódź styczeń 2009

KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

na wybrane
świadczenia wysokospecjalistyczne:



ZASADNICZE CELE



Przejrzysty i sprawiedliwy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz rzetelna i dokładna informacja dla pacjentów.



Monitorowanie kolejek oczekujących w celu oceny faktycznego zapotrzebowania na świadczenia wysokospecjalistyczne i podejmowania właściwych działań poprawiających dostępność.

PLAN SZKOLENIA

- ✗ **Podstawy prawne prowadzenia list kolejek oczekujących na wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz gromadzenia i przekazywania danych w tym zakresie.**
- ✗ **Zasady prowadzenia listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne .**
- ✗ **Prezentacja Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) do prowadzenia kolejek oczekujących na wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne:**
 - **Nadawanie uprawnień dla operatorów**
 - **Funkcjonalność modułu „Zarządzanie kolejkami”**

PODSTAWY PRAWNE

- ✗ **Art. 20-24a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) – tekst jednolity Dz.U.08.164.1027**
- ✗ **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661)**
- ✗ **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 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. Nr 114, poz. 780 z późn. zm.) – ostatnia zmiana 20 czerwca 2008 r. (Dz.U. Nr 123, poz. 801)**
- ✗ **Zarządzenie Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne - zmienione Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 8/2009/DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r.**

ZARZĄDZENIE NR 93/2008/DSOZ

**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 22 października 2008 r.**

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne



Zgodnie z 26 do prowadzenia kolejek oczekujących według zasad określonych w załączniku nr 12 do zarządzenia oraz przekazywania list oczekujących z wykorzystaniem aplikacji udostępnionej przez oddział Funduszu zobowiązani są świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń w następujących grupach:

Endoprotezoplastyka

- H01 - pierwotna łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo-goleniowego, częściowa kolana;
- H02 - pierwotna połowicza stawu biodrowego;
- H04 - pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra;
- H05 - pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra;
- H06 - pierwotna całkowita biodra (trząpień przynasadowy, kappoplastyka), kolana (rekonstrukcja kostna);
- H07 - rewizyjna częściowa;
- H08 - rewizyjna częściowa;
- H09 - zabiegi operacyjne – rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”
- H10 - zabiegi operacyjne – rewizyjne jednoetapowe w przypadkach infekcji wokół protezy;
- H11- zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych

Zaćma

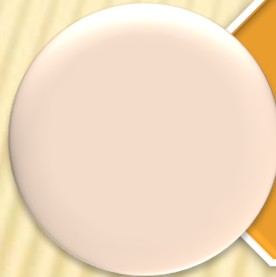
- Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
- Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
- Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
- Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki

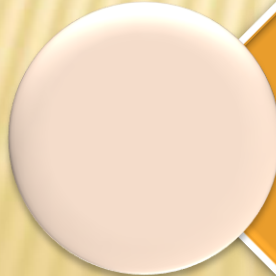
Angioplastyka

- Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES;
- Angioplastyka z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa;
- Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi

TYPY KOLEJEK OCZEKUJĄCYCH

- 
- endoprotezoplastyka stawu biodrowego
 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego
 - rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego
 - rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego

- 
- zabiegi w zakresie soczewki

- 
- usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)

ZAŁĄCZNIK NR 12

**do Zarządzenia nr 93/2008/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 22 października 2008 r.**

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne



**określa zasady prowadzenia listy oczekujących na
świadczenia wysokospecjalistyczne**

TREŚĆ ZAŁĄCZNIKA 12

- ✘ **Cel prowadzenia listy pacjentów** oczekujących na wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne oraz podstawy prawne, z których wynika obowiązek ich prowadzenia przez świadczeniodawców.
- ✘ **Definicje stosowanych określeń** takich jak: lista oczekujących, czas oczekiwania, osoba oczekująca, osoba po terminie, przypadek pilny i stabilny, plan leczenia.
- ✘ **Reguły prowadzenia listy oczekujących** przez świadczeniodawców w tym: kwalifikowanie wg kategorii medycznych, wpisywanie na listy, dokonywanie przesunięć z powodu zmiany stanu zdrowia, zmiany terminu, potwierdzanie terminu, skreślenie z listy, zapełnienie zwolnionych terminów realizacji świadczeń, dokonywanie okresowej oceny list.
- ✘ **Obowiązki świadczeniobiorców** wynikające z zapisu do kolejki oczekujących.
- ✘ **Sposób prowadzenia list oczekujących** z wykorzystaniem aplikacji udostępnionej przez oddział wojewódzki NFZ.
- ✘ **Zakres danych** umieszczanych na listach oczekujących.

Reguły prowadzenia kolejek oczekujących



WPISYWANIE NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH

- ✗ Pacjenta należy wpisać na listę, jeżeli nie jest możliwe udzielenie mu świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy.
- ✗ W przypadku świadczeń wyspecjalizowanych, wpisu na listę oczekujących dokonuje się na podstawie skierowania, po osobistym zgłoszeniu się pacjenta. Niekompletność skierowania nie może być jednak przyczyną odmowy wpisania na listę oczekujących.
- ✗ Umieszczenie pacjenta na liście oczekujących powinno nastąpić w dniu jego zgłoszenia się do świadczeniodawcy. Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy świadczeniodawcy.
- ✗ Świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnić przyczyny wyboru terminu.
- ✗ Wskazane jest odnotowanie na skierowaniu wyznaczonego terminu, numeru kolejnego na liście i daty dokonania wpisu. Adnotacja powinna być opatrzona pieczęcią świadczeniodawcy oraz podpisem i pieczętką osoby potwierdzającej wpisanie pacjenta na listę.
- ✗ Na podstawie jednego skierowania pacjent może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

USTALANIE KOLEJNOŚCI

- ✗ Na listach kolejek oczekujących nie umieszcza się pacjentów wymagających niezwłocznego udzielenia świadczenia w tzw. stanach nagłych.
- ✗ Wykonanie w określonych terminach sekwencji procedur medycznych uzasadnionych klinicznie traktowane jest jako kontynuacja leczenia. W tym przypadku świadczenia udzielane są pacjentom zgodnie z planem leczenia i nie ma potrzeby umieszczania ich na liście oczekujących.
- ✗ Kryteria medyczne decydujące o kolejności udzielania świadczeń zgłaszającym się pacjentom to w szczególności:
 - stan zdrowia pacjenta,
 - rokowania co do dalszego przebiegu choroby,
 - występowanie chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie,
 - zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
- ✗ Na termin realizacji udzielenia świadczenia wpływa także zakwalifikowanie pacjenta do jednej z dwóch kategorii: „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”. Pacjenta zakwalifikowanego do kategorii „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii „przypadek stabilny”.

USTALANIE KOLEJNOŚCI (C.D.)

- ✗ Konieczne jest ustalenie przez świadczeniodawcę grup priorytetów przy kwalifikowaniu do odpowiednich kategorii medycznych. Priorytety powinny uwzględniać:
 - skierowania z adnotacją „pilne” i „cito”,
 - pogorszenie stanu zdrowia w trakcie oczekiwania na termin udzielenia świadczeń,
 - konieczność wykonania świadczenia, od którego uzależnione jest wykonanie innego, pilnego świadczenia,
 - rozpoznanie choroby wskazujące na konieczność pilnego wdrożenia leczenia lub wykonania badania diagnostycznego.
- ✗ W przypadku świadczeń udzielanych w szpitalach, lekarz szpitala potwierdza kategorię medyczną, wskazaną w skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, albo sam kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.
- ✗ Przy ustalaniu terminu wykonania świadczenia należy wziąć pod uwagę, konieczność wykonania świadczeń w trybie nagłym, oraz tych których udzielenie wynika z trybu leczenia planowego (nie ujęte w rejestrze kolejki oczekujących).

DANE PACJENTA

Na listach oczekujących gromadzone są następujące dane:

- ✗ identyfikator listy, na który składa się kod świadczeniodawcy, kod komórki organizacyjnej i kod świadczenia,
- ✗ numer kolejny na liście oczekujących,
- ✗ data i godzina wpisu na listę oczekujących,
- ✗ imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu na listę oczekujących,
- ✗ numer PESEL lub seria i numer paszportu pacjenta, jego imię i nazwisko, adres zamieszkania i informacje kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej),
- ✗ rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia,
- ✗ planowany termin udzielenia świadczenia,
- ✗ kategoria medyczna,
- ✗ przyczyna ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem,
- ✗ data ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia,
- ✗ data skreślenia,
- ✗ przyczyna skreślenia,
- ✗ data okresowej oceny listy oczekujących przez zespół oceniający.

ZMIANY TERMINU ŚWIADCZENIA

- ✗ W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia, pacjent powinien zgłosić się do świadczeniodawcy, a ten odpowiednio korygować termin udzielenia świadczenia.
- ✗ Podstawą przesunięcia terminu jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez świadczeniodawcę (przy osobistym zgłoszeniu się pacjenta)
- ✗ Jeżeli pacjent nie może stawić się u świadczeniodawcy w ustalonym wcześniej terminie z powodów osobistych lub medycznych, zobowiązany jest zgłosić to świadczeniodawcy, a ten dokonać zmiany terminu udzielenia świadczenia z podaniem uzasadnienia tej zmiany
- ✗ W razie braku możliwości zachowania ustalonego terminu z powodu wystąpienia okoliczności, których nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca ma obowiązek poinformować o tym świadczeniobiorcę podając nowy termin i przyczynę tej zmiany.
- ✗ W sytuacji pojawienia się możliwości przyspieszenia terminów realizacji świadczeń, należy powiadomić o tym przede wszystkim pacjentów najdłużej oczekujących, a następnie za zgodą pacjenta ustalić wcześniejszy termin wykonania świadczenia.
- ✗ Planowany termin udzielenia świadczenia podaje się z dokładnością do dnia, chyba że okres oczekiwania przekracza 6 miesięcy, wówczas można wskazać termin z dokładnością do tygodnia.
- ✗ Każdorazowo powiadomienie pacjenta o ustalonym lub zmienionym terminie udzielenia świadczenia musi być skuteczne, dokonane w sposób ustalony w trakcie wpisywania na listę oczekujących.

SKREŚLENIA Z LISTY

- ✗ **Pacjenta należy skreślić z listy w następujących sytuacjach:
Skreślenia dokonuje się:**
 - gdy nastąpiło rozpoczęcie udzielenia świadczenia.
 - na wniosek pacjenta,
 - gdy pacjent nie stawia się w wyznaczonym dniu, bez powiadomienia o tym świadczeniodawcy,
- ✗ **Skreślenie pacjenta z listy oczekujących odnotowuje się poprzez podanie daty i przyczyny skreślenia.**

SPOSÓB PROWADZENIA KOLEJEK

- ✗ Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę i powinna być prowadzona na bieżąco, przez upoważnione do tego osoby.
- ✗ Co najmniej raz w miesiącu listy oczekujących podlegają ocenie przez zespół oceniający, pod kątem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenia świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia,
- ✗ W skład zespołu oceniającego powołanego przez świadczeniodawcę, wchodzi lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, pielęgniarka naczelna bądź inna pielęgniarka lub położna.
- ✗ Świadczeniodawca zobowiązany jest co miesiąc do przekazywania oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim formacie XML.
- ✗ Liczba pacjentów i średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne muszą wynikać z raportów kolejek oczekujących prowadzonych w SZOI.

Dziękujemy
za uwagę
w części I szkolenia

