

**Przygotowywanie sprawozdań z zakresu list oczekujących dla Narodowego Funduszu Zdrowia – informacje dla świadczeniodawców**

Sprawozdawczości podlegają dane dotyczące list oczekujących do komórek organizacyjnych oraz na świadczenia wymienione w publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia słownikach. Aktualne słowniki komórek organizacyjnych oraz świadczeń objętych ww. sprawozdawczością można znaleźć na stronie internetowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dane z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy przekazują za pośrednictwem komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących lub aplikacji udostępnianej przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym świadczeniodawca zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W aplikacji prowadzone są listy oczekujących wyłącznie na świadczenia wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w rozporządzeniu<sup>1</sup>. W przypadku pozostałych list oczekujących objętych sprawozdawczością dane są przekazywane za pośrednictwem komunikatów XML. Wzór komunikatu określany jest zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia publikowanym na stronie internetowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wszyscy świadczeniodawcy sprawozdający dane z zakresu list oczekujących są zobowiązani do przekazywania, co najmniej raz w tygodniu, informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. W przypadku przekazywania raz w tygodniu informacja ta powinna być sporządzona według stanu na ostatni dzień roboczy każdego tygodnia i przekazana do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia najpóźniej następnego dnia roboczego od ostatniego dnia roboczego tygodnia. Informacja ta wraz z otrzymywanymi co miesiąc: liczbą osób oczekujących, liczbą osób skreślonych z listy z powodu wykonania świadczenia oraz średnim czasem oczekiwania jest publikowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

---

<sup>1</sup> Załącznik nr 12 do rozporządzenia 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. z 2013 r. poz. 1447, z późn. zm.).

Na szczególną uwagę zasługują listy oczekujących, które świadczeniodawcy prowadzą od początku 2015 r., tj. listy oczekujących na świadczenia udzielane świadczeniobiorcom na podstawie karty onkologicznej (karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)<sup>2</sup>. W przypadku tych list oczekujących nie mają zastosowania przepisy *rozporządzenia 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. Nr 200, poz. 1661)*. W związku z powyższym zarówno dane statystyczne (liczba osób oczekujących, liczby osób skreślonych, średni czas oczekiwania), jak i informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia nie są określane w podziale na kategorie medyczne przypadek pilny, przypadek stabilny.

### **Sprawozdania przekazywane za pośrednictwem komunikatów XML dotyczących list oczekujących**

Co miesiąc, nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca, sprawozdanie mają przekazać komunikatem XML świadczeniodawcy prowadzący listy oczekujących do komórek organizacyjnych oraz na świadczenia wskazane w publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia słownikach. Od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. obowiązują nowe słowniki komórek organizacyjnych oraz świadczeń podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących. Z ww. słownika komórek organizacyjnych zostały usunięte przedstawione poniżej komórki, w przypadku których dane z zakresu list oczekujących są przekazywane do okresu sprawozdawczego marzec 2015 r. włącznie:

- 1) 1240 – poradnia onkologiczna,
- 2) 1241 – poradnia onkologiczna dla dzieci,
- 3) 1242 – poradnia chemioterapii,
- 4) 1244 – poradnia radioterapii,
- 5) 1249 – poradnia onkologii i hematologii dziecięcej,
- 6) 1458 – poradnia profilaktyki chorób piersi,
- 7) 1460 – poradnia ginekologii onkologicznej,
- 8) 1580 – poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- 9) 1581 – poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci,
- 10) 1100 – poradnia kardiologiczna,

---

<sup>2</sup> Listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

- 11) 1101 – poradnia kardiologiczna dla dzieci,
- 12) 1102 – poradnia wad serca,
- 13) 1103 – poradnia wad serca dla dzieci,
- 14) 1104 – poradnia nadciśnienia tętniczego,
- 15) 1105 – poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci,
- 16) 1030 – poradnia endokrynologiczna,
- 17) 1031 – poradnia endokrynologiczna dla dzieci,
- 18) 1032 – poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna,
- 19) 1033 – poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci,
- 20) 1034 – poradnia andrologiczna,
- 21) 1035 – poradnia andrologiczna dla dzieci,
- 22) 1036 – poradnia leczenia niepłodności,
- 23) 1038 – poradnia chorób tarczycy,
- 24) 1039 – poradnia chorób tarczycy dla dzieci,
- 25) 7220 – pracownia tomografii komputerowej,
- 26) 7221 – pracownia tomografii komputerowej dla dzieci,
- 27) 7222 – pracownia pozytonowej tomografii emisyjnej,
- 28) 7500 – ośrodek terapii hiperbarycznej,
- 29) 7950 – pracownia lub zakład medycyny nuklearnej,
- 30) 7951 – pracownia lub zakład medycyny nuklearnej dla dzieci,
- 31) 2140 – zespół długoterminowej opieki domowej,
- 32) 2141 – zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci,
- 33) 2142 – pielęgniarska opieka długoterminowa domowa,
- 34) 2143 – pielęgniarska opieka długoterminowa domowa dla dzieci,
- 35) 2180 – hospicjum domowe,
- 36) 2181 – hospicjum domowe dla dzieci,
- 37) 2182 – dzienny ośrodek opieki paliatywnej lub hospicyjnej,
- 38) 5160 – zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy,
- 39) 5161 – zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci,
- 40) 5170 – zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy,
- 41) 5171 – zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci,
- 42) 5180 – hospicjum stacjonarne,
- 43) 5181 – hospicjum stacjonarne dla dzieci,
- 44) 5182 – oddział medycyny paliatywnej.

W przypadku komórek organizacyjnych wymienionych w pkt. 1-24 listy oczekujących do tych komórek zostały zastąpione listami oczekujących na świadczenia prowadzonymi w aplikacji udostępnianej przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Przypisanie komórek organizacyjnych do właściwych świadczeń znajduje się w dalszej części dokumentu. Z kolei w przypadku komórek organizacyjnych wymienionych w pkt 25-30 listy oczekujących do tych komórek zostały zastąpione listami oczekujących na świadczenia, w odniesieniu do których dane sprawozdawcze mają być przekazywane komunikatami XML. W miejsce sprawozdawczości z zakresu list oczekujących do pracowni tomografii komputerowej (7220, 7221) wchodzi świadczenia tomografii komputerowej (20006), zamiast pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej (7222) jest pozytonowa tomografia emisyjna (20013), zamiast ośrodka terapii hiperbarycznej (7500) – terapia hiperbaryczna (20011), zamiast pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej (7950, 7951) – badania medycyny nuklearnej (20014) i terapia izotopowa (20008). Z kolei w przypadku komórek organizacyjnych wymienionych w pkt 31-44 Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje pozyskiwania od świadczeniodawców danych z zakresu list oczekujących zgodnie z otrzymanymi w marcu 2015 r. wytycznymi Ministerstwa Zdrowia.

Poza ww. świadczeniami nowymi pozycjami w słowniku świadczeń podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. są:

- implementacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu,
- wszczęcie albo wymiana stymulatora nerwu błędnego,
- leczenie aparatem ortodontycznym,
- leczenie protetyczne,
- badania genetyczne,
- teleradioterapia stereotaktyczna,
- teleradioterapia hadronowa wiązką protonów,
- wszczęcie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne,
- wszystkie świadczenia z zakresu programów lekowych dotychczas nie objęte sprawozdawczością.

Każde sprawozdanie przesyłane komunikatem XML ma zawierać określone w podziale na kategorie medyczne przypadek pilny, przypadek stabilny następujące dane:

- liczbę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca,
- imię (imiona), nazwisko i identyfikator (numer PESEL)<sup>3</sup> każdej osoby oczekującej wg stanu na ostatni dzień miesiąca,
- średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia obliczony zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>4</sup>,
- liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 3 miesiącach.

Ponadto każde sprawozdanie ma zawierać informację o dacie okresowej, przeprowadzanej przez świadczeniodawcę, oceny listy oczekujących<sup>5</sup>.

Szczególną uwagę należy zwrócić na sposób obliczania średniego czasu oczekiwania. Zgodnie z przedstawionym poniżej wzorem ma on być od okresu sprawozdawczego styczeń 2015 r. obliczany na podstawie informacji o osobach skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z listy z powodu wykonania świadczenia, a nie jak do okresu sprawozdawczego grudzień 2014 r. włącznie w okresie ostatnich 6 miesięcy. Przykładowo: obliczenia średniego czasu oczekiwania za okres sprawozdawczy kwiecień 2015 r. należy dokonać na podstawie informacji o osobach skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w miesiącach: luty – kwiecień 2015 r.

W ślad za zmianą sposobu obliczania średniego czasu oczekiwania od okresu sprawozdawczego styczeń 2015 r., zamiast liczby osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 6 miesiącach należy

---

<sup>3</sup> Numer PESEL ma być sprawozdawany zawsze, gdy jest nadany.

<sup>4</sup> *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. z 2013 r. poz. 1447, z późn. zm.).*

<sup>5</sup> *Ocena listy oczekujących dokonana zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).*

przekazywać liczbę osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 3 miesiącach.

**Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia – wzór**

$$T = D/L$$

**T** – średni czas oczekiwania;

**D** – łączna liczba dni oczekiwania, gdzie  $D = d^1 + d^2 + \dots + d^n$ ,

gdzie  $d^n$  – liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich 3 miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia;

**L** – łączna liczba osób skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia

Sporządzona w podziale na kategorie medyczne przypadek pilny, przypadek stabilny informacja o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia ma być przekazywana co najmniej raz w tygodniu. Może być przesyłana częściej np. każdego dnia roboczego. Im częściej będą te informacje przekazywane, tym aktualniejszą informację uzyska użytkownik Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne. Sprawozdawana do Narodowego Funduszu Zdrowia informacja o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia musi być zgodna z informacjami udzielanymi przez świadczeniodawcę zgłaszającym się do niego świadczeniobiorcom.

**Listy oczekujących przekazywane za pośrednictwem udostępnionej przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia aplikacji**

Świadczeniodawcy udzielający wymienionych poniżej świadczeń mają obowiązek prowadzenia w czasie rzeczywistym list oczekujących w aplikacji udostępnianej przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>6</sup>. Oznacza to, że informacje o osobie umieszczanej przez świadczeniodawcę na liście oczekujących muszą być od razu wprowadzone do aplikacji.

<sup>6</sup> Obowiązek ten wynika z § 8 ust. 1a rozporządzenia 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. z 2013 r. poz. 1447, z późn. zm.).

Od stycznia 2015 r. w aplikacji są prowadzone listy oczekujących na:

- *zabiegi w zakresie soczewki (zaćma),*
- *usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka),*
- *endoprotezoplastykę stawu biodrowego,*
- *rewizję po endoprotezoplastyce stawu biodrowego,*
- *endoprotezoplastykę stawu kolanowego,*
- *rewizję po endoprotezoplastyce stawu kolanowego,*
- *świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej.*

Od kwietnia 2015 r. w aplikacji będą prowadzone dodatkowo listy oczekujących na:

- *świadczenia z zakresu onkologii (w miejsce przesyłanych przez świadczeniodawców komunikatami XML danych z zakresu list oczekujących do poradni: onkologicznej, onkologicznej dla dzieci, chemioterapii, radioterapii, onkologii i hematologii dziecięcej, profilaktyki chorób piersi, ginekologii onkologicznej),*
- *świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w miejsce przesyłanych przez świadczeniodawców komunikatami XML danych z zakresu list oczekujących do poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci),*
- *świadczenia z zakresu kardiologii (w miejsce przesyłanych przez świadczeniodawców komunikatami XML danych z zakresu list oczekujących do poradni: kardiologicznej, kardiologicznej dla dzieci, wad serca, wad serca dla dzieci, nadciśnienia tętniczego, nadciśnienia tętniczego dla dzieci),*
- *świadczenia z zakresu endokrynologii (w miejsce przesyłanych przez świadczeniodawców komunikatami XML danych z zakresu list oczekujących do poradni: endokrynologicznej, endokrynologicznej dla dzieci, endokrynologiczno-ginekologicznej, endokrynologiczno-ginekologicznej dla dzieci, andrologicznej, andrologicznej dla dzieci, leczenia niepłodności, chorób tarczycy, chorób tarczycy dla dzieci),*
- *wideotorakoskopową ablacją w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków,*
- *operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanych przewodów tętniczych,*
- *przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca,*

- *kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających,*
- *operację wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym,*
- *mechaniczne, pozaustrojowe wspomaganie serca sztucznymi komorami.*

Listy oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej, jak wskazano powyżej, są listami nowymi, funkcjonującymi od stycznia 2015 r. Różnią się od pozostałych list oczekujących następującymi elementami:

- nie dokonuje się kwalifikacji osób do kategorii medycznych przypadek pilny, przypadek stabilny,
- dodatkowo na liście oczekujących gromadzi się informację o numerze identyfikacyjnym karty onkologicznej każdej osoby wpisywanej na listę oraz o kodzie etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, na jakim jest dana osoba.

Na listach oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej odnotowuje się następujące etapy<sup>7</sup>:

- oczekiwanie na diagnostykę wstępną (kod 1),
- oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną (kod 2),
- oczekiwanie na konsylium (kod 3),
- oczekiwanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej (kod 4),
- oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (kod 5),
- oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne (kod 6).

W przypadku list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców w aplikacji nie ma obowiązku przekazywania 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. 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. Świadczeniodawcy prowadzący listy oczekujących w aplikacji nie przekazują komunikatem XML również informacji o pierwszym wolnym terminie

---

<sup>7</sup> Tabela nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia 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. z 2013 r. poz. 1447, z późn. zm.)



udzielenia świadczenia. Informację tę świadczeniodawcy wprowadzają bezpośrednio do aplikacji co najmniej raz w tygodniu.

### **Inne obowiązujące zasady**

Prowadząc listy oczekujących<sup>8</sup> zarówno do komórek organizacyjnych jak i na świadczenia, świadczeniodawca powinien pamiętać o generalnej zasadzie, że osoby wpisanej na listę oczekujących na świadczenie nie wykazuje się jednocześnie jako osoby oczekującej do komórki organizacyjnej. W przeciwnym przypadku ta sama osoba oczekująca na dane świadczenie byłaby wykazywana dwukrotnie jako osoba oczekująca.

Przypomnieć należy również o obowiązku odnotowywania gromadzonych od stycznia 2015 r. następujących informacji:

- 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<sup>9</sup>,
- o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Zgodnie z art. 20 ust. 10g listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) prowadzi się w postaci elektronicznej

<sup>9</sup> Art. 20 ust. 10f ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

<sup>10</sup> Art. 20 ust. 10b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).