

Praktyczna instrukcja pracy dzień po dniu

Praktyczna wersja roboczą dla kierownika CZP i personelu: nie „co mówi przepis”, tylko **co trzeba robić na co dzień, żeby świadczenia były poprawnie udzielone, udokumentowane, sprawozdane i rozliczone przez NFZ.** Opracowanie opiera się na treści zarządzenia nr 38/2026/DSOZ i załączników z katalogiem produktów sprawozdawczych.

1. Co trzeba zrobić codziennie w rejestracji, PZK, poradni, ZLS i oddziale

Każdego dnia pracy trzeba zacząć od prostego założenia: **każdy kontakt pacjenta z centrum musi zakończyć się decyzją, czy powstaje produkt sprawozdawczy do NFZ.** W praktyce oznacza to, że personel nie może poprzestać na „pacjent był” albo „rozmowa się odbyła”. Trzeba ustalić, czy był to wpis na listę oczekujących, pierwszorazowe świadczenie, świadczenie kontynuacyjne, sesja kończąca cykl leczenia, osobodzeń, sesja koordynacji, badanie dodatkowe albo inny produkt przewidziany w katalogu.

Na początku każdego dnia kierownik lub osoba przez niego wyznaczona powinna sprawdzić:

- czy harmonogram przyjęć zgadza się z obsadą personelu,
- czy w systemie są prawidłowo przypisane miejsca udzielania świadczeń,
- czy osoby wpisane do pracy są ujęte w zasobach zgłoszonych do NFZ,
- czy nie ma zmian organizacyjnych, które wymagają aktualizacji harmonogramu i zasobów wobec Funduszu.

Zarządzenie wyraźnie zakłada, że przy zmianie komórki organizacyjnej, miejsca realizacji albo personelu trzeba uaktualniać wykazy miejsc i personelu.

2. Co robić w chwili zgłoszenia się pacjenta

Pierwsze pytanie zawsze brzmi: **czy pacjent dostanie świadczenie od razu, czy będzie musiał czekać.** Jeżeli nie może otrzymać świadczenia w dniu zgłoszenia i zostaje wpisany na listę oczekujących, trzeba sprawozdać odpowiedni produkt oznaczający datę wpisania na listę oczekujących. Dotyczy to oddziału psychiatrycznego, oddziału dziennego, poradni zdrowia psychicznego, punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego i zespołu leczenia środowiskowego. Jeżeli natomiast pacjent kontynuuje leczenie zgodnie z planem leczenia, nie wpisuje się go na listę oczekujących.

W praktyce rejestracja i PZK muszą codziennie wykonać trzy czynności. Po pierwsze ustalić, czy to jest nowy problem lub nowe świadczenie, czy zwykła kontynuacja leczenia. Po drugie zdecydować, czy pacjent jest przyjmowany dziś, czy wpisywany na listę. Po trzecie zapewnić, aby w systemie od razu znalazła się informacja potrzebna do późniejszego sprawozdania: data zgłoszenia, data wpisu na listę, miejsce świadczenia i

planowana forma pierwszego kontaktu. Z tego powodu już na etapie rejestracji trzeba pracować tak, jakby każdy wpis miał później trafić do raportu NFZ.

3. Co robić przy pierwszorazowym świadczeniu

Jeżeli pacjent jest przyjmowany po raz pierwszy w danym cyklu lub po wpisie na listę oczekujących, należy sprawozdać produkt „pierwszorazowy” właściwy dla miejsca i rodzaju świadczenia. Jeżeli wcześniej pacjent był wpisany na listę oczekujących, przy pierwszorazowym świadczeniu trzeba dodatkowo powiązać je z datą wpisu na listę. Zarządzenie bardzo konsekwentnie rozróżnia produkty wpisu na listę od produktów pierwszorazowego udzielenia świadczenia.

Dla personelu oznacza to prostą zasadę operacyjną: **pierwsza wizyta lub pierwsza sesja to nigdy nie jest zwykła kontynuacja**. Trzeba sprawdzić, czy w danym miejscu udzielania świadczenia i dla danego rodzaju pomocy nie ma odrębnego produktu „pierwszorazowa porada”, „pierwszorazowa sesja rozpoczynająca cykl” albo „pierwszorazowa wizyta”. Tak właśnie zbudowany jest katalog dla porad lekarskich, psychologicznych, psychoterapii, wsparcia psychospołecznego i wizyt środowiskowych.

4. Co robić przy kolejnych wizytach i sesjach

Jeżeli leczenie już trwa, a dana wizyta nie jest pierwszą i nie kończy cyklu, co do zasady sprawozdaje się produkt „kontynuacyjny”. Dotyczy to porad lekarskich diagnostycznych, terapeutycznych i kontrolnych, porad psychologicznych, sesji psychoterapii indywidualnej, rodzinnej i grupowej, sesji wsparcia psychospołecznego oraz wizyt domowych lub środowiskowych. Zarządzenie wprost odróżnia produkty pierwszorazowe od produktów kontynuacyjnych.

W codziennej pracy oznacza to, że po każdym kontakcie trzeba odpowiedzieć na pytanie: **czy to było rozpoczęcie, środek czy zakończenie procesu leczenia**. Jeśli personel tego nie ustali, bardzo łatwo pomylić produkt pierwszorazowy z kontynuacyjnym albo przeoczyć konieczność wykazania ostatniej sesji. To jest jeden z najczęstszych punktów ryzyka w raportowaniu.

5. Co robić przy zakończeniu psychoterapii lub wsparcia psychospołecznego

W psychoterapii i wsparciu psychospołecznym samo „odbycie kolejnej sesji” nie wyczerpuje obowiązków sprawozdawczych. Gdy cykl leczenia się kończy, trzeba sprawozdać produkt odpowiadający **ostatniej sesji kończącej cykl leczenia**. Zarządzenie wyraźnie to wskazuje dla psychoterapii indywidualnej, rodzinnej i grupowej, a także w logice rozpoczęcia i zamykania cyklu leczenia po 1 kwietnia 2026 r. oraz dla cykli rozpoczętych wcześniej.

Dlatego terapeuta i osoba wprowadzająca dane nie mogą odkładać decyzji o zamknięciu cyklu „na później”. W dniu ostatniej sesji trzeba w dokumentacji odnotować, że cykl

został zakończony, a w systemie wybrać produkt kończący. Bez tego leczenie będzie wyglądało w danych tak, jakby trwało nadal.

6. Co robić w oddziale dziennym i całodobowym

W oddziale psychiatrycznym i oddziale dziennym obowiązuje logika pobytowa. Jeśli pacjent został wpisany na listę oczekujących, najpierw raportuje się wpis na listę. Potem raportuje się osobodni. W oddziale dziennym katalog rozróżnia pierwszy osobodzień, osobodni pośrednie i ostatni osobodzień. W oddziale całodobowym raportuje się osobodzień, a przepustkę wykazuje się osobnym produktem. Dodatkowo przewidziano produkt dla sesji koordynacji podczas hospitalizacji i produkt dla udziału personelu w takiej sesji.

W praktyce oddział powinien codziennie zamykać dzień pobytu pacjenta w systemie i od razu przypisywać właściwy produkt. Nie należy zostawiać osobodni do zbiorczego uzupełnienia po tygodniu albo po miesiącu, bo wtedy najłatwiej pomylić pierwszy dzień, ostatni dzień, przepustkę lub sesję koordynacji.

7. Co robić przy wizytach środowiskowych i pracy ZLŚ

W zespole leczenia środowiskowego oraz przy wizytach domowych lub środowiskowych trzeba najpierw ustalić, czy pacjent był wpisany na listę oczekujących. Jeżeli tak, trzeba sprawozdać wpis. Pierwsza wizyta ma własny produkt, a kolejne wizyty produkt kontynuacyjny. W ZLŚ katalog przewiduje też osobne produkty dla porad lekarskich, porad psychologicznych, wizyt osoby prowadzącej terapię środowiskową oraz psychoterapii indywidualnej.

W praktyce zespoły środowiskowe powinny po każdej wizycie przekazać do systemu co najmniej: datę, rodzaj wizyty, osobę wykonującą świadczenie, informację czy to pierwsza wizyta czy kontynuacja, oraz czy pacjent był wcześniej wpisany na listę oczekujących. Bez tego kodowanie świadczeń z ZLŚ będzie obciążone dużym ryzykiem błędu.

8. Co robić przy badaniach dodatkowych

Jeżeli w ramach pomocy doraźnej albo porady lekarskiej diagnostycznej wykonano badania laboratoryjne, obrazowe lub elektrofizjologiczne, trzeba je sprawozdać odpowiednimi produktami. Zarządzenie zaznacza, że badania te należy raportować z datą omówienia wyników. W katalogu dla pomocy czynnej przewidziano osobne produkty dla badań laboratoryjnych, obrazowych i elektrofizjologicznych związanych z poradą lekarską diagnostyczną.

W codziennej pracy oznacza to, że lekarz i rejestracja medyczna muszą pilnować nie tylko zlecenia badania, ale również momentu jego omówienia z pacjentem. Dopiero wtedy produkt powinien trafić do sprawozdania.

9. Co robić przy sesjach koordynacji

Jeśli podczas hospitalizacji odbywa się sesja koordynacji między personelem oddziału a personelem ambulatoryjnym lub środowiskowym, do NFZ trzeba zgłosić dwa poziomy zdarzenia: samą sesję koordynacji oraz udział w tej sesji. To oznacza, że nie wystarczy ogólny wpis „odbyto poradę”. W dokumentacji i systemie trzeba rozdzielić produkt dotyczący sesji od produktów dotyczących uczestnictwa.

Najlepiej, aby oddział i zespół ambulatoryjny mieli jeden prosty wzór działania: po każdej takiej sesji sporządza się krótką notatkę z datą, listą uczestników i decyzją co do dalszego leczenia, a następnie w systemie wpisuje się odpowiedni produkt sesji oraz produkty udziału.

10. Co robić przy lekach o przedłużonym działaniu

Podanie leku o przedłużonym działaniu trzeba sprawozdawać ze wskazaniem daty podania. To znaczy, że w dokumentacji musi być wyraźnie zaznaczone, kiedy lek został podany, a osoba raportująca nie może zastąpić tej daty datą planowanej wizyty lub datą uzupełnienia dokumentacji.

11. Co robić przy leczeniu elektrowstrząsami

Jeżeli placówka realizuje leczenie elektrowstrząsami ze wskazań życiowych, trzeba pilnować trzech rzeczy jednocześnie: zasobów, kwalifikacji i rozliczenia. Po pierwsze, zasoby kadrowe, lokalowe i sprzętowe muszą być zgłoszone. Po drugie, przed pierwszym zabiegiem trzeba wykonać pełną kwalifikację obejmującą badania i konsultacje specjalistyczne. Po trzecie, w trakcie cyklu leczenia trzeba pamiętać o powtarzaniu części badań co trzeci zabieg, począwszy od czwartego. Dopiero po odnotowaniu wyników badań i konsultacji w dokumentacji można poprawnie sprawozdać odpowiednie produkty rozliczeniowe.

W praktyce oznacza to, że przy EW nie wolno pracować „z pamięci”. Potrzebna jest osobna lista kontrolna dla każdego pacjenta: kwalifikacja wstępna, zabieg, badania kontrolne po trzecim zabiegu, kolejne zabiegi, kompletność dokumentacji i prawidłowe produkty do raportu.

12. Co kierownik CZP powinien sprawdzać co tydzień

Raz w tygodniu kierownik powinien zrobić przegląd pięciu obszarów: list oczekujących, świadczeń pierwszorazowych, świadczeń kontynuacyjnych, sesji kończących cykle oraz świadczeń wymagających dodatkowego raportowania, takich jak badania, koordynacja czy podania leków o przedłużonym działaniu. Celem nie jest kontrola medyczna, tylko sprawdzenie, czy logika dokumentacji odpowiada logice produktów NFZ. Zarządzenie właśnie na tej zgodności opiera rozliczenie.

Taki cotygodniowy przegląd powinien odpowiadać na pytania:

- czy pacjenci oczekujący mają wpisane produkty listy,
- czy pierwsze świadczenia nie zostały omyłkowo zakwalifikowane jako kontynuacja,
- czy zakończone cykle terapii mają wykazane ostatnie sesje,
- czy badania i konsultacje zostały wykazane z właściwą datą,
- czy dane z oddziału, poradni i ZLS są spójne.

13. Co trzeba robić co miesiąc

Świadczeniodawca przekazuje do oddziału NFZ comiesięczny raport elektroniczny zawierający dane zgodne z katalogami świadczeń. Raport musi obejmować co najmniej rozpoznania ICD-10 oraz procedury ICD-9, zgodnie z wymaganiami Funduszu.

Przed wysyłką raportu miesięcznego kierownik albo osoba odpowiedzialna za rozliczenia powinna wykonać praktyczne zamknięcie miesiąca:

- sprawdzić, czy wszystkie wpisy na listę oczekujących mają dalszy ciąg w danych, jeśli pacjent został przyjęty,
- sprawdzić, czy każde świadczenie pierwszorazowe ma właściwy produkt,
- sprawdzić, czy nie brakuje ostatnich sesji w zakończonych cyklach,
- sprawdzić, czy badania, koordynacja, przepustki, osobodni i leki długodziałające zostały prawidłowo opisane,
- sprawdzić zgodność rozpoznań ICD-10 i procedur ICD-9 z dokumentacją medyczną.

14. Najprostszy podział ról w zespole

Żeby to działało dzień po dniu, najlepiej przyjąć prosty podział odpowiedzialności. Rejestracja i PZK odpowiadają za prawidłowe rozróżnienie między przyjęciem w dniu zgłoszenia a wpisem na listę oczekujących. Lekarz, psycholog, terapeuta i personel środowiskowy odpowiadają za prawidłowe oznaczenie etapu leczenia: pierwsze świadczenie, kontynuacja albo zakończenie cyklu. Osoba rozliczająca lub sekretariat medyczny odpowiada za techniczne sprawdzenie, czy do każdego zdarzenia dobrano właściwy produkt sprawozdawczy. Kierownik odpowiada za to, by cały ten mechanizm działał stale, a nie tylko przy końcu miesiąca.

15. Jedna zasada praktyczna dla wszystkich

Najprostsza codzienna zasada brzmi tak:

po każdym kontakcie z pacjentem trzeba odpowiedzieć na cztery pytania:

1. Czy pacjent był wpisany na listę oczekujących,
2. Gdzie udzielono świadczenia,
3. Czy to było świadczenie pierwsze, kolejne czy kończące,

4. Czy wykonano coś dodatkowego, co też trzeba wykazać, na przykład badanie, koordynację, przepustkę albo podanie leku.

Jeżeli zespół będzie konsekwentnie odpowiadał na te cztery pytania po każdym kontakcie, większość obowiązków wynikających z zarządzenia da się realizować bez chaosu.

Opracował ChatGPT