

**ZASADY PROWADZENIA LISTY OCZEKUJĄCYCH
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ
FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH - W RAMACH UMÓW
ZAWARTYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA,
W SZPITALU WIELOSPECJALISTYCZNYM IM. DR. LUDWIKA BŁĄŻKA W
INOWROCŁAWIU**

Reguły prowadzenia list oczekujących przez Szpital

1. **Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej**, realizowane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz.1793) – w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala (oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne/diagnostyczno-zabiegowe, pracownia fizjoterapii). **W przypadku gdy Szpital nie ma możliwości bieżącej realizacji świadczeń, prowadzi rejestrację Pacjentów oczekujących na udzielenie określonego świadczenia, zwaną listą oczekujących na udzielenie świadczenia.**
2. W ramach obowiązków wynikających z prowadzenia listy oczekujących, dana komórka organizacyjna Szpitala (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna, pracownia diagnostyczna/diagnostyczno-zabiegowa, pracownia fizjoterapii):
 - 1) **ustala kolejność udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń Pacjenta;**
 - 2) **informuje pisemnie*) Pacjenta o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej: „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach 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. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661), i terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;**
 - 3) **wpisuje za zgodą Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:**
 - a) numer kolejny,
 - b) datę i godzinę wpisu,
 - c) imię i nazwisko Pacjenta,
 - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Pacjenta,
 - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - f) adres Pacjenta,
 - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z Pacjentem lub jego opiekunem,
 - h) **planowany termin udzielenia świadczenia – konkretną datę (dzień, miesiąc, rok), a w przypadku gdy planowany termin udzielenia świadczenia przekracza 6 miesięcy licząc od dnia wpisu na listę oczekujących i nie jest możliwe wskazanie konkretnej daty, termin ten jest oznaczany z dokładnością do tygodnia (wskazany planowanym terminem jest pierwszy dzień tygodnia – poniedziałek),**
 - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
 - 4) **wpisuje datę i przyczynę skreślenia Pacjenta z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;**

- 5) **dołącza do prowadzonej listy oczekujących oryginał skierowania przedstawiony przez Pacjenta, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.**
- 2a. **Pacjent jest obowiązany dostarczyć danej komórce organizacyjnej Szpitala oryginał skierowania**, o którym mowa w pkt 2 ppkt 5, w przypadku gdy skierowanie na udzielenie danego świadczenia jest wymagane, **nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.** Do terminu dostarczenia Szpitalowi oryginału skierowania stosuje się właściwe przepisy art.165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (termin 14 dni kończy się z upływem ostatniego tj. 14 dnia; przy obliczaniu terminu 14 dni nie uwzględnia się zdarzenia początkowego, tj. dnia dokonania wpisu na listę, jeśli koniec terminu do dostarczenia oryginału skierowania przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy lub w sobotę, termin upływa następnego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą). W przypadku przesłania skierowania pocztą, za datę dostarczenia skierowania uznaje się datę stempla pocztowego.
- 2b. **W przypadku skreślenia Pacjenta z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, dana komórka organizacyjna Szpitala zwraca Pacjentowi oryginał skierowania, o którym mowa w pkt 2a ppkt 5.**
3. Dokonanie przez Szpital czynności, o których mowa w pkt 2 ppkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.
4. **Listą oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital. Listę oczekujących prowadzi się w postaci elektronicznej.**
5. W poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala są wyznaczone osoby odpowiedzialne za ustalanie kolejności przyjęć i zapewnienie prawidłowego prowadzenia list oczekujących oraz udzielania informacji Pacjentom. Szczegółowych informacji w tym zakresie udzielają pracownicy sekretariatów oddziałów szpitalnych, rejestracji poradni specjalistycznych, rejestracji pracowni diagnostycznych/diagnostyczno-zabiegowych, rejestracji pracowni fizjoterapii.
6. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Kwalifikacja według kategorii medycznych

7. W myśl przepisów Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, **na listach oczekujących umieszczani są Pacjenci zaliczani do kategorii medycznych:**
- 1) „**przypadek pilny**” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
 - 2) „**przypadek stabilny**” – przypadek inny niż stan nagły i przypadek pilny, o którym mowa w powyższym ppkt 1.
- Określona dla Pacjenta kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia.**
8. **Umieszczenie Pacjenta na liście oczekujących następuje według poniższych kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:**
- 1) stanu zdrowia Pacjenta;

- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
 - 3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
 - 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
9. Przy kwalifikowaniu do odpowiednich kategorii medycznych uwzględnia się:
- 1) skierowania z adnotacją „Pilne” i „Cito”;
 - 2) pogorszenie stanu zdrowia w trakcie oczekiwania na termin udzielenia świadczenia;
 - 3) konieczność wykonania świadczenia, od którego uzależnione jest wykonanie innego, pilnego świadczenia;
 - 4) rozpoznanie choroby wskazujące na konieczność pilnego wdrożenia leczenia lub wykonania badania diagnostycznego.

Wpisywanie Pacjentów na listy oczekujących – zasady

10. Wpisanie Pacjenta na listę oczekujących następuje w dniu zgłoszenia. Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy danej komórki organizacyjnej Szpitala (oddziału szpitalnego, poradni specjalistycznej, pracowni diagnostycznej/diagnostyczno-zabiegowej, pracowni fizjoterapii). **Pacjent może dokonać zgłoszenia osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich, w tym przy wykorzystaniu telefonu, a jeżeli dana komórka dysponuje odpowiednim oprogramowaniem, również drogą elektroniczną*, a także listownie.** - Rejestrowanie zgłoszeń i wpisywanie na listę oczekujących następuje według kolejności zgłoszeń, zgodnie z określoną kategorią medyczną. **W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalu - lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną („przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”), wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo sam kwalifikuje Pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.** - **W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, regułą jest, że w rejestracji danego zgłoszenia bierze się pod uwagę kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.**
11. Wpisanie Pacjenta na listę oczekujących następuje po stwierdzeniu, że Pacjent posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną nie wpisania na listę oczekujących, jednakże w takich wypadkach, jeśli brakujących danych nie można uzyskać bezpośrednio w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (od lekarza kierującego), to na Pacjencie ciąży obowiązek dostarczenia uzupełnionych danych.

Skierowanie nie jest wymagane do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych:

- ginekologa i położnika;
- dentyści;
- wenerologa;
- onkologa;
- psychiatry;
- dla osób chorych na gruźlicę;
- dla osób zakażonych wirusem HIV;
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, działaczy opozycji antykomunistycznej oraz osób represjonowanych z powodów politycznych;
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia uzależnienia;
- dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;

- dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- dla świadczeniobiorców do 18 roku życia, posiadających zaświadczenie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii, stwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Również skierowanie nie jest wymagane do:

- **ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych**, jeżeli w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych wykonywanych u dzieci stwierdzono występowanie chorób wrodzonych, w zakresie leczenia tych chorób;
- w przypadku, gdy Pacjent ma prawo do danego świadczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – zgodnie z pkt 20dd-20e.

12. Świadczenia udzielane Pacjentom wpisanym na listy oczekujących stanowią tylko część świadczeń udzielanych przez Szpital. Szpital udziela ponadto świadczeń „w trybie kontynuacji leczenia” oraz „w trybie nagłym”, co uwzględnia się przy określaniu terminu udzielenia świadczenia.

Pacjenci kontynuujący konkretne leczenie u tego samego świadczeniodawcy (w danej komórce organizacyjnej Szpitala) nie są umieszczani na listach oczekujących. Pacjentów, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia (zasada ta dotyczy również Pacjentów kontynuujących konkretne leczenie, rozpoczęte w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym [SOR] tutejszego Szpitala, np. Pacjenta zgłaszającego się do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej tutejszego Szpitala w terminie ściśle ustalonym przez lekarza tutejszego SOR w celu kontroli/usunięcia opatrunku gipsowego założonego w SOR).

Również nie są umieszczani na listach oczekujących Pacjenci znajdujący się w stanie nagłym. Stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j.: Dz.U. z 2016 r. poz. 1868) - stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. – **Świadczenia w stanie nagłym są udzielane niezwłocznie.** - **Skierowanie nie jest wymagane.** – Regułą jest, że Pacjent zgłasza się do SOR, a w warunkach pozaszpitalnych medycznych czynności ratunkowych udzielają Zespoły Ratownictwa Medycznego (pogotowie ratunkowe).

Ponadto na listach oczekujących nie są umieszczani Pacjenci posiadający szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach poza kolejnością. – Na podstawie art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są to:

- kobiety w ciąży;
- świadczeniobiorcy do 18 roku życia, posiadający zaświadczenie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii, stwierdzające

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawiają legitymację "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu";
 - inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci oraz działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych.

Osoby te nie są wpisywane na listę oczekujących, a podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela im świadczeń w dniu zgłoszenia. Jednakże, w przypadku, gdy udzielenie świadczenia w podmiocie leczniczym nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, rejestracja danej komórki organizacyjnej wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących, przy czym świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż wciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia. W miejscach rejestracji Pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz w aptekach, kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo kierownik apteki uwidacznia pisemną informację o powyższych uprawnieniach.

13. Również na listach oczekujących nie są umieszczani Pacjenci posiadający szczególne uprawnienia do leczenia poza kolejnością urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa. – Na podstawie art. 24a-24b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uprawniony żołnierz lub pracownik oraz weteran poszkodowany, korzysta poza kolejnością ze świadczeń szpitalnych i specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa. – Ponadto, na podstawie art. 24c powyżej wymienionej ustawy, weteran poszkodowany korzysta poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej innych niż szpitalne, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami. Osoby te nie są wpisywane na listę oczekujących, a podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela im świadczeń w dniu zgłoszenia. Jednakże, w przypadku, gdy udzielenie świadczenia w podmiocie leczniczym nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, rejestracja danej komórki organizacyjnej wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących, przy czym świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż wciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Przesunięcia z powodu zmiany stanu zdrowia

14. W razie zmiany stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę udzielenia świadczenia w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony (zgodnie z pkt 2), Pacjent informuje właściwą komórkę organizacyjną Szpitala, która, jeśli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i niezwłocznie informuje Pacjenta o nowym terminie. Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez lekarza w szpitalu (przy zgłoszeniu osobistym).

Zmiany terminu udzielenia świadczenia

A. Zmiany terminu z przyczyn leżących po stronie podmiotu leczniczego

15. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, właściwa komórka organizacyjna Szpitala (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna itp.) jest zobowiązana skutecznie

poinformować o tym fakcie Pacjentów, w każdy dostępny sposób, podając nowy termin oraz przyczynę zmiany. Dotyczy to również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia na wcześniejszy. Data i przyczyna zmiany (np. remont oddziału, choroba lekarza) podlega odnotowaniu na liście oczekujących.

Pacjenci są informowani o zmianach planowanego terminu udzielenia świadczenia nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, a w przypadku gdy do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało mniej niż 30 dni, wówczas Pacjenci są informowani o każdej jego zmianie.

B. Zmiana terminu z przyczyn leżących po stronie Pacjenta

16. W przypadku, gdy Pacjent nie może stawić się w podmiocie leczniczym w terminie wyznaczonym w trybie zwykłym (zgodnie z pkt 2), jak i nadzwyczajnym (zgodnie z pkt 14 lub pkt 15), z powodów osobistych (np. urlop, pobyt w sanatorium) lub medycznych (np. konieczność wykonania w tym czasie innych procedur, szczepień wieku dziecięcego itp.) lub gdy zrezygnował ze świadczenia, **jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym daną komórkę organizacyjną Szpitala** (sekretariat oddziału szpitalnego, rejestrację poradni specjalistycznej itp.). W liście oczekujących dokonuje się zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia oraz wpisuje się przyczynę tej zmiany.

Potwierdzanie terminu udzielenia świadczenia

16a. Jeżeli **okres oczekiwania** na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej **przekracza 6 miesięcy** licząc od dnia wpisu na listę oczekujących i **nie jest możliwe wskazanie konkretnej daty udzielenia świadczenia (dzień, miesiąc, rok), planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej jest wskazywany z dokładnością do tygodnia (wskazany planowanym terminem jest pierwszy dzień tygodnia – poniedziałek)**. W takim przypadku właściwa komórka organizacyjna Szpitala (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna itp.) **informuje Pacjenta o konkretnej dacie realizacji świadczenia nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia**. Powiadomienie musi być skuteczne. Kontakt z Pacjentem lub jego przedstawicielem ustawowym może być osiągnięty w sposób ustalony w trakcie wpisywania na listę oczekujących.

Skreślenie z listy oczekujących, przywrócenie na listę oczekujących

17. W przypadku gdy Pacjent nie zgłosi się w wyznaczonym dniu udzielenia świadczenia (bez uprzedniego powiadomienia podmiotu leczniczego), **zostaje skreślony z listy, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej**. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również **na wniosek Pacjenta** (w przypadku gdy zawiadomił o rezygnacji ze świadczenia), a także w **momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia**. **Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących Pacjent jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na wyznaczony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących, kolejność na liście jest ustalana z uwzględnieniem daty pierwotnego zgłoszenia się do Szpitala.**

Zapelnianie zwolnionych terminów realizacji świadczeń

18. **Dodatkowe wolne terminy**, które powstają niezależnie od przyczyny (np. po zawiadomieniu o rezygnacji Pacjenta, wydłużenia godzin przyjęć, zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego) **przeznacza się na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla Pacjentów, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości**. Zawiadomienia są kierowane przede wszystkim do następnych Pacjentów z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na

podstawie zgłoszenia. Również wolne terminy mogą być wykorzystane dla Pacjentów posiadających prawo do udzielenia im świadczenia poza kolejnością.

Obowiązki ciążące na Pacjentach

- 19.** W celu otrzymania danego świadczenia Pacjent może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących w jednym podmiocie wykonującym działalność leczniczą (u jednego świadczeniodawcy), zarówno w przypadku gdy dane świadczenie jest udzielane na podstawie skierowania, jak i bez skierowania. Pacjent ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania, w przypadku gdy skierowanie na udzielenie danego świadczenia jest wymagane, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących (termin ten oblicza się zgodnie z pkt 2a).
- 20.** Pacjent ma obowiązek niezwłocznie powiadomić podmiot wykonujący działalność leczniczą, że nie może zgłosić się w tym podmiocie w wyznaczonym terminie oraz o rezygnacji ze świadczenia.

Zakończenie wykonywania umowy

- 20a.** W przypadku gdy podmiot wykonujący działalność leczniczą zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, Pacjent wpisany na listę oczekujących w tym podmiocie może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez inny podmiot wykonujący umowę w danym zakresie. W takim przypadku kolejność na liście oczekujących jest ustalana z uwzględnieniem daty zgłoszenia się do podmiotu, który zakończył działalność.
- 20b.** Podmiot, który zakończył wykonywanie umowy, jest obowiązany wydać Pacjentowi zaświadczenie o wpisaniu na listę wraz z podaniem daty zgłoszenia się Pacjenta oraz oryginał skierowania, o którym mowa w pkt. 2 ppkt 5. Za wydanie zaświadczenia Pacjent nie ponosi opłaty. Oddział Wojewódzki NFZ informuje w każdy dostępny sposób Pacjentów wpisanych na listy oczekujących w danym podmiocie, który zakończył wykonywanie umowy, o możliwości udzielenia świadczenia przez inne podmioty, które zawarły umowę z tym Oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia*).

Listy oczekujących dla Pacjentów objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym

- 20c.** Dla Pacjentów objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego (diagnostyką onkologiczną) lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu (leczeniem onkologicznym), Szpital prowadzi odrębną listę oczekujących. Do listy tej nie stosuje się przepisów dotyczących kwalifikacji według kategorii medycznych – „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”, tj. nie stosuje się 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.
- 20d.** Szpital umieszcza Pacjenta, z wyjątkiem Pacjenta znajdującego się w stanie nagłym, na powyższej liście, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:
- 1) stanu zdrowia Pacjenta;
 - 2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu;
 - 3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie;
 - 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

- 20dd.** Na podstawie **art. 32 a** ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
- 1) Pacjent, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej (do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych) na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania;**
 - 2) Pacjent, u którego:**
 - a) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy,**
 - b) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy****— ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania.**
- 20e.** Powyższych postanowień **pkt 20dd** nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.
- 20f.** Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje Pacjentowi lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – odpowiednio lekarz:
- 1) podstawowej opieki zdrowotnej, który u Pacjenta stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, albo**
 - 2) lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który u Pacjenta stwierdził podejrzenie lub stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy, albo**
 - 3) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, który u Pacjenta stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy, albo**
 - 4) lekarz udzielający świadczeń w ramach programów zdrowotnych, który u Pacjenta stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy.**
- 20g.** Pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego **pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w podmiocie, w którym świadczenia te będą udzielane.**
- W przypadku konieczności zmiany podmiotu leczniczego, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią odpowiedniej dokumentacji medycznej jest wydawana Pacjentowi. Za wydanie powyższej dokumentacji Pacjent nie ponosi opłaty.**

Ocena list oczekujących

- 21.** Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie.
- 22.** W oddziałach szpitalnych i pracowniach diagnostycznych/diagnostyczno-zabiegowych obowiązek oceny listy oczekujących spoczywa na Zespole Oceny Przyjęć, powołanym przez Dyrektora Szpitala, natomiast w poradniach specjalistycznych, pracowni rehabilitacji - oceny listy oczekujących dokonuje Kierownik Lecznictwa Specjalistycznego.
- 23.** Zespół / Kierownik Lecznictwa Specjalistycznego dokonuje oceny list oczekujących pod względem:
 - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
 - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
 - 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
- 24.** Zespół/ Kierownik Lecznictwa Specjalistycznego sporządza i przedstawia Dyrektorowi Szpitala raport z dokonanej oceny.

***) Informacje o listach oczekujących, przekazywane przez NFZ**

Informacje o prowadzonych przez poszczególne podmioty wykonujące działalność leczniczą (szpitale, przychodnie, poradnie, praktyki lekarskie itp.) listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania obliczonym w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez inne podmioty, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu (według stanu na ostatni dzień miesiąca).

Oddział Wojewódzki NFZ publikuje również na swojej stronie internetowej informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (odrębnie dla kategorii medycznej „przypadek pilny” i odrębnie dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”), aktualizując ją co najmniej raz w tygodniu. Ponadto, informuje Pacjenta, na jego żądanie, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym Oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

www.nfz-bydgoszcz.pl

Prezes NFZ tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich NFZ. Ponadto, udziela Pacjentom informacji o danych zawartych w powyższym wykazie, oraz informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.

www.nfz.gov.pl

****)Elektroniczna rejestracja i monitorowanie listy oczekujących on-line**

Z treści art. 20 i art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika konieczność umożliwienia Pacjentowi elektronicznego zapisania się na określony termin, czyli swego rodzaju zarezerwowania sobie tego terminu. **Podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą (świadczeniodawcy) przysługuje jednak prawo i obowiązek zmiany kolejności, a co zatem i daty udzielenia świadczenia, zgodnie z przepisami 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.**

Uzasadnienie: zgodnie z treścią art. 23a ust. 1 powołanej powyżej ustawy, podmiot wykonujący działalność leczniczą (świadczeniodawca), jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Artykuł 20 ustawy nakłada z kolei na świadczeniodawcę obowiązek prowadzenia list oczekujących, przy czym zgodnie z brzmieniem ust. 2 **to świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy.** Powtórzenie tej zasady znalazło się w ust. 6, wedle którego świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.

Podstawy prawne:

1. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz.1793);

2. 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. Nr 200, poz. 1661);
3. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz.192);
4. zarządzenie nr 1b/2015 Dyrektora Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu z dnia 2 stycznia 2015 r. w sprawie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, z późn. zm.: aneksem nr 1 z dnia 28 marca 2015 r., aneksem nr 2 z dnia 31 grudnia 2015 r., aneksem nr 3 z dnia 22 lutego 2017 r. i aneksem nr 4 z dnia 31 sierpnia 2017 r.).

Stan prawny:

– aktualny; ostatnia aktualizacja na dzień 31 sierpnia 2017 r.

Sporządził:

– Dział Prawno-Organizacyjny

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

Dyrektor
Eligiusz Patalas