

## **Zasady prowadzenia listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne z wykorzystaniem aplikacji udostępnionej przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia**

### **Treść:**

1. Podstawy prawne
2. Cel prowadzenia listy oczekujących
3. Definicje
4. Reguły prowadzenia listy oczekujących przez świadczeniodawcę
5. Kwalifikacja według kategorii medycznych
6. Wpisywanie świadczeniobiorców na listy oczekujących
7. Dane świadczeniobiorcy umieszczane na listach oczekujących
8. Przesunięcia z powodu zmiany stanu zdrowia
9. Zmiany terminu udzielenia świadczenia
10. Potwierdzenie terminu udzielenia świadczenia
11. Skreślenie z listy oczekujących
12. Zapewnianie zwolnionych terminów realizacji świadczeń
13. Plan leczenia
14. Obowiązki ciężące na świadczeniobiorcach
15. Prowadzenie listy oczekujących z wykorzystaniem aplikacji dostarczonej przez oddział wojewódzki NFZ
16. Zespół oceny przyjęć

## **1. Podstawy prawne**

- 1) ustawa 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.);
- 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 (Dz. U. Nr 123, poz. 801).

## **2. Cel prowadzenia listy oczekujących**

### **A. Cel główny**

Głównym celem prowadzenia list oczekujących jest zapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców, w tym sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

### **B. Cele szczegółowe:**

- 1) monitorowanie okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) prosta, rzetelna i dokładna informacja dla świadczeniobiorców;
- 4) przeciwdziałanie korupcji;
- 5) uzyskanie informacji dla określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

## **3. Definicje**

- 1) lista oczekujących – lista osób nie objętych planem leczenia, zgłaszających się do świadczeniodawcy z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia;
- 2) czas oczekiwania – okres od dnia wpisania na listę oczekujących do dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) osoba oczekująca – osoba wpisana na listę oczekujących w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 4) osoba skreślona – osoba skreślona z listy oczekujących z jednej z przyczyn, wymienionych w Tabeli nr 10 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;

- 5) osoba po terminie – osoba wpisana na listę oczekujących, której minął planowany termin udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, a nie została z tej listy skreślona;
- 6) plan leczenia – proces leczniczy, wymagający okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. kolejnych wizyt, badań);
- 7) przypadek pilny – kategoria medyczna świadczeniobiorców, w której 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;
- 8) przypadek stabilny – kategoria medyczna świadczeniobiorców, którzy nie znajdują się w stanie nagłym i nie zostali zaliczeni do przypadków pilnych.

#### **4. Reguły prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawcę**

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej i priorytetów klinicznych, określonych przez kategorię medyczną. 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 wpisuje świadczeniobiorcę na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia. Świadczeniobiorcę wpisuje się na listę oczekujących po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną nie wpisania na listę oczekujących. Świadczeniobiorcy nie powinni być dyskryminowani z powodu niekompletności skierowań. Należy wystąpić do świadczeniobiorcy o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego.

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, informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu. Wykonanie tych czynności stanowi zobowiązanie świadczeniodawcy do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej w określonym terminie.

Istotne jest, żeby przyjęcia w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej odbywały się zgodnie z kolejnością wpisów na liście oczekujących, a przyspieszenie przez przesunięcie na liście było spowodowane wyłącznie względami medycznymi.

Świadczeniodawca ma obowiązek wyznaczyć imiennie osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących, w tym za przesunięcia na listach i przyspieszanie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Wskazane jest, aby była to osoba z odpowiednim autorytetem i właściwą postawą etyczną.

Świadczeniodawca wyznacza również osobę odpowiedzialną za systematyczne i terminowe przekazywanie do oddziału wojewódzkiego NFZ za pośrednictwem udostępnionej aplikacji danych z zakresu list oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne. Informację o wyznaczonej osobie wraz z adresem poczty elektronicznej i numerem telefonu, świadczeniodawca przekazuje NFZ w celu ułatwienia kontaktów.

## **5. Kwalifikacja według kategorii medycznych**

Na listach oczekujących umieszczani są świadczeniobiorcy zaliczani do kategorii medycznych przypadek pilny oraz przypadek stabilny. Określona dla świadczeniobiorcy kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.

Umieszczenie świadczeniobiorcy na liście oczekujących, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym oraz świadczeniobiorcy mającego prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością (świadczeniobiorcy wymienieni w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanem zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby;
- 3) chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Pomoc przy kwalifikacji świadczeniobiorców do kategorii medycznych stanowią wytyczne konsultantów krajowych, zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).

Konieczne jest ustalenie przez świadczeniodawcę grup priorytetów przy kwalifikowaniu do odpowiednich kategorii medycznych. Priorytety powinny uwzględniać:

- 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.

## **6. Wpisywanie świadczeniobiorców na listy oczekujących**

Wpisanie świadczeniobiorców na listę oczekujących następuje w dniu zgłoszenia. Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy świadczeniodawcy. W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących na podstawie skierowania, po zgłoszeniu się świadczeniobiorcy.

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.

Zgłoszenia osobiste – regułą jest rejestrowanie skierowań według kolejności zgłoszeń, na listę oczekujących zgodnie z określoną kategorią medyczną. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną (przypadek pilny lub stabilny), wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo sam kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej.

Realizując ustawowy 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. Adnotacje należy potwierdzić pieczęcią świadczeniodawcy oraz podpisem i ewentualnie pieczęcią osoby potwierdzającej wpisanie świadczeniobiorcy na listę.

## **7. Dane świadczeniobiorcy umieszczane na listach oczekujących**

Zgodnie z rozporządzeniem 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, na listach oczekujących gromadzone są następujące dane:

- 1) identyfikator listy, na który składa się identyfikator świadczeniodawcy wraz z kodem komórki organizacyjnej oraz kod świadczenia;
- 2) numer kolejny na liście oczekujących;
- 3) data i godzina wpisu na listę oczekujących;
- 4) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu na listę oczekujących;
- 5) 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 świadczeniobiorcy lub jego opiekuna;
- 6) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;
- 7) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia:
  - a) planowany termin udzielenia świadczenia,

- b) kategoria medyczna,
  - c) przyczyna ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem,
  - d) data ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia;
- 8) dane dotyczące skreślenia osoby z listy oczekujących:
- a) data skreślenia,
  - b) przyczyna skreślenia;
- 9) data okresowej oceny listy oczekujących.

Dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wpisywane są na listę oczekujących za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego.

Planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oznaczany jest poprzez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok). Jeżeli 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).

Na elektronicznych listach oczekujących prowadzonych w aplikacji odnotowywana jest data skreślenia świadczeniobiorcy z listy, aby umożliwić świadczeniodawcom automatyczne wyliczanie danych statystycznych z zakresu list oczekujących, m.in. średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

## **8. Przesunięcia z powodu zmiany stanu zdrowia**

O zmianie stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony, świadczeniobiorca informuje świadczeniodawcę. Świadczeniodawca, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, odpowiednio koryguje termin udzielenia świadczenia i niezwłocznie informuje świadczeniobiorcę o nowym terminie. Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez świadczeniodawcę (przy zgłoszeniu osobistym).

## **9. Zmiany terminu udzielenia świadczenia**

### A. Zmiany terminu z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy

W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczeń 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 przyczynę zmiany. Dotyczy to również przesunięcia terminu na okres wcześniejszy. Datę i przyczynę modyfikacji (remont oddziału, choroba lekarza) należy odnotować na liście oczekujących.

## B. Zmiana terminu z przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy

Jeżeli świadczeniobiorca odwoła przyjęcie do szpitala, ponieważ w wyznaczonym terminie nie może się stawić u świadczeniodawcy (np. konieczność wykonania innych procedur, szczepień wieku dziecięcego, pobyt w sanatorium itp.), należy dokonać zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz podać przyczynę tej zmiany.

### **10. Potwierdzanie terminu udzielenia świadczenia**

Jeżeli okres oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, świadczeniodawca może wskazać jako termin udzielenia świadczenia tydzień, w którym zostanie ono udzielone. 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.

### **11. Skreślenie z listy oczekujących**

W przypadku, kiedy świadczeniobiorca nie stawia się w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również w przypadku wykonania świadczenia przez danego świadczeniodawcę, powiadomienia przez osobą wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji oraz zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę. Jeśli przyczyną skreślenia z listy oczekujących jest wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę, za datę skreślenia należy przyjąć datę początku udzielania świadczenia.

### **12. Zapewnianie zwolnionych terminów realizacji świadczeń**

Dodatkowe wolne terminy, które powstają niezależnie od przyczyny (np. po zawiadomieniu o rezygnacji świadczeniobiorcy ze świadczenia opieki zdrowotnej, wydłużenia godzin przyjęć, zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego) 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 następujących na liście, czyli świadczeniobiorców czekających najdłużej.

### **13. Plan leczenia**

Świadczeniobiorcy objęci planem leczenia (kontynuacją leczenia) nie są umieszczani na listach oczekujących, choć muszą być uwzględniani przy planowaniu pracy personelu medycznego, oddziału szpitalnego. Plan leczenia dotyczy procedur medycznych, w przypadku których sekwencja opieki klinicznej jest wyznaczana przez kryteria kliniczne jako kontynuacja leczenia np. usunięcie elementów metalowych zespalających układ kostny.

#### **14. Obowiązki ciążące na świadczeniobiorcach**

W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca na podstawie jednego skierowania może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Świadczeniobiorca ma obowiązek niezwłocznie powiadomić świadczeniodawcę, że nie może stawić się u niego w wyznaczonym terminie oraz o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej.

#### **15. Prowadzenie listy oczekujących z wykorzystaniem aplikacji dostarczonej przez oddział wojewódzki NFZ**

Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia udostępnia świadczeniodawcy udzielającemu świadczeń wysokospecjalistycznych aplikację umożliwiającą prowadzenie elektronicznych list oczekujących. Szczegółowy sposób jej działania przedstawia dokumentacja użytkownika aplikacji.

W aplikacji służącej do prowadzenia list oczekujących zostały wyróżnione trzy obszary robocze: PACJENCI (obszar, pozwalający na prowadzenie rejestru świadczeniobiorców świadczeniodawcy), KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH (obszar umożliwiający wykonywanie operacji na prowadzonych listach oczekujących), RAPORTY IMPORTU (obszar umożliwiający import plików zawierających informacje o świadczeniobiorcach oraz listach oczekujących).

W przypadku, gdy świadczeniobiorca, który ma nadany numer PESEL, w momencie wpisywania na listę oczekujących tego numeru nie poda, należy w aplikacji wybrać jako identyfikator serię i numer paszportu i wpisać trzy znaki „X”. Jeśli tego rodzaju świadczeniobiorców jest więcej, po trzech znakach „X” trzeba wpisywać kolejne liczby (XXX1, XXX2, XXX3 itd.). Następnie należy zwrócić się do świadczeniobiorcy o uzupełnienie powyższej danej i dokonać ponownej edycji danych świadczeniobiorcy, zmieniając identyfikator na numer PESEL. Wskazaniem jest wpisywanie numeru PESEL zawsze, kiedy jest to możliwe.

Świadczeniobiorcom, którzy w aplikacji zostaną wyróżnieni jako osoby po terminie, tj. osoby, którym upłynął planowany termin udzielenia świadczenia, należy wyznaczyć nowy termin udzielenia świadczenia zgodnie z zasadami opisanymi w pkt 9 lub skreślić z listy oczekujących np. z powodu rezygnacji ze świadczenia.

#### **16. Zespół oceny przyjęć**

Świadczeniodawca powołuje zespół oceny przyjęć, wyznacza przewodniczącego i określa tryb pracy zespołu. Przewodniczącym jest jeden z członków zespołu, w skład którego wchodzi:

- 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
- 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
- 3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku – inna pielęgniarka albo położna.

Jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej działa zespół zarządzania jakością w powyższym składzie, wykonuje zadania przewidziane dla zespołu oceny przyjęć. W przypadku gdy zespół

oceny przyjęć działa przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, rada społeczna, o której mowa w art. 44b i 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym w tym zakładzie.

Obowiązkiem zespołu jest okresowa ocena list oczekujących, przeprowadzana co najmniej raz w miesiącu. Ocena jest przeprowadzana pod względem:

- 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
- 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
- 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.

Zespół oceny przyjęć każdorazowo sporządza raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, który powołał zespół.