

**REGULAMIN PROWADZENIA LISTY OCZEKUJĄCYCH
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO
W PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ ŚW. ZOFII W WARSZAWIE
z dnia 07.06.2017 r.**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejszy regulamin określa zasady i sposób prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w poradni ginekologiczno – położniczej i poradni neonatologicznej), z zapewnieniem równego traktowania świadczeniobiorców, w tym sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 2

Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

1. Przychodni – należy przez to rozumieć Przychodnię św. Zofii;
2. liście oczekujących – należy przez to rozumieć listę osób nie objętych planem leczenia, zgłaszających się do Przychodni z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia;
3. czasie oczekiwania – należy przez to rozumieć okres od dnia wpisania na listę oczekujących do dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
4. świadczeniu zdrowotnym – należy przez to rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia lub wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
5. planie leczenia – należy przez to rozumieć proces leczniczy, wymagający okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. kolejnych wizyt, badań);
6. przypadku pilnym – należy przez to rozumieć kategorię medyczną pacjentów, 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
7. przypadku stabilnym – należy przez to rozumieć kategorię medyczną pacjentów, którzy nie znajdują się w stanie nagłym i nie zostali zaliczeni do przypadków pilnych.
8. pacjentach uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej - należy przez to rozumieć pacjentów określonych w art. 24, 24a, 24b, 24c i 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2016.1793 z późn. zm.) tj.:
 - Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi
 - Zasłużonych Dawców Przeszczepu,
 - inwalidów wojennych i wojskowych,
 - kobiety w ciąży
 - pacjentów do 18 roku życia, posiadających zaświadczenie o stwierdzonym ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu
 - kombatantów,
 - żołnierzy i pracowników, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
 - weteranów poszkodowanych w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

§3

1. Podstawą korzystania przez pacjentów o których mowa w §2 pkt. 8 ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością niezbędne jest okazanie stosownego dokumentu bądź zaświadczenia potwierdzającego status danej osoby:

- a) Zasłużony Honorowy Dawca Krwi - legitymacja stwierdzająca nadanie odznaki honorowej
- b) Zasłużony Dawca Przeszczepu - legitymacja potwierdzająca posiadanie tytułu Zasłużonego Dawcy Przeszczepu
- c) inwalida wojenny i wojskowy - książeczka inwalidy wojennego - wojskowego
- d) kobiety w ciąży - zaświadczenie od lekarza potwierdzające ciążę, karta przebiegu ciąży
- e) pacjenci do 18 roku życia - zaświadczenie o stwierdzonym ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu wydane 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,
- f) kombatanci - zaświadczenie o uprawnieniach kombatanckich
- g) żołnierze i pracownicy w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,- legitymacja osoby poszkodowanej poza granicami państwa
- h) weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa-legitymacji weterana – poszkodowanego oraz weterana -funkcjonariusza

§ 4

1. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji prowadzonej przez Przychodnię.
2. Listy, o których mowa w ust. 1, prowadzone są w wersji elektronicznej w systemie AMMS. Listy oczekujących w Przychodni prowadzi się mając na uwadze wysokość kontaktu z NFZ i harmonogram udzielania świadczeń, zakontraktowany z NFZ. Zapisy prowadzone są na okresy rozliczeniowe, którymi jest rok kalendarzowy. Na kolejny rok kalendarzowy zapisy rozpoczynają się od 15.12 danego roku. Listy sprawozdawane są do NFZ zgodnie z wytycznymi do 10 dnia każdego miesiąca. Dodatkowo co najmniej raz w tygodniu sprawozdawane są informacje o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia (przypadek pilny i stabilny) zgodnie z komunikatem NFZ. Wyliczenia (status aktywny, zrealizowany, rezygnacja, przeterminowany) bezpośrednio w systemie AMMS prowadzi wyznaczona rejestratorka.
3. W przypadku wpisu pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w następnym roku kalendarzowym, Przychodnia informuje pisemnie i ustnie pacjenta o warunkowym charakterze wpisu - pod warunkiem obowiązywania umowy z NFZ na udzielania danego świadczenia w następnym roku.
4. Przychodnia zobowiązana jest do potwierdzenia pacjentowi, o którym mowa w ust. 3 aktualnego statusu prowadzonej listy oczekujących w sytuacji zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na dany rok.

ZASADY WPISYWANIA PACJENTÓW NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH

§ 5

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielania przez Przychodnię (zgodnie z aktualnie obowiązującym grafikiem lekarskim sprawozdawanym do NFZ za pośrednictwem systemu SZOI), 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.
2. Przychodnia wpisuje pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie/porada nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia. Przychodnia prowadzi dwie listy oczekujących: w poradni neonatologicznej i poradni ginekologiczno – położniczej.

3. Na listę oczekujących wpisuje się tylko osoby, które rozpoczynają proces leczenia, tj. czekające na pierwszą wizytę oraz pacjentki dorosłe nie korzystające z usług Przychodni przez minimum 730 dni. Pacjenci objęci kontynuacją leczenia nie są umieszczani na listach oczekujących.
4. Wpisu do elektronicznego formularza listy oczekujących:
 - poradni ginekologiczno - położniczej dokonuje Rejestratorka w Przychodni podczas rozmowy z pacjentem (osobistej lub telefonicznej). Do Poradni ginekologiczno – położniczej nie jest wymagane skierowanie.
 - poradni neonatologicznej dokonuje rejestratorka na podstawie skierowania
5. Bezpośrednio podczas dokonywania wpisu pacjent/przedstawiciel ustawowy jest informowany o terminie udzielenia świadczenia.. Jeżeli planowany termin udzielenia świadczenia przekracza 6 miesięcy licząc od daty wpisu, dopuszczalne jest wskazanie terminu z dokładnością do tygodnia, w takim przypadku dokładny termin realizacji świadczenia przekazany zostanie nie później niż 14 dni przed terminem udzielania świadczenia.
6. Przychodnia za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego wpisuje:
 - numer kolejny,
 - datę i godzinę wpisu,
 - imię i nazwisko pacjenta,
 - numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta, W przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych w powyższej tabeli, należy posłużyć się identyfikatorem jednego z rodziców albo opiekuna prawnego. Zalecane jest, aby w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących posługiwać się konsekwentnie tym samym identyfikatorem od momentu wpisu na listę oczekujących do skreślenia z listy. Jeśli zatem przy wpisie na listę oczekujących dziecka do 6. miesiąca życia został wykorzystany np. PESEL matki, wówczas przy przekazywaniu informacji o osobach skreślonych z listy oczekujących świadczeniodawca również powinien posłużyć się dla tego dziecka numerem PESEL matki.
 - adres pacjenta,
 - numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
 - rozpoznanie (dla poradni wymagających skierowania) lub powód przyjęcia,
 - termin udzielenia świadczenia,
 - imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 6

1. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej pacjent na podstawie jednego skierowania może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego Świadczeniodawcy.
2. Pacjent umieszczony na liście oczekujących zobowiązany jest do dostarczenia oryginału skierowania na udzielenie świadczenia, najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych od umieszczenia na liście oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

OKREŚLENIE TERMINU REALIZACJI ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznych „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”. Pacjent zakwalifikowany do kategorii medycznej „przypadek pilny” ma udzielane świadczenie zdrowotne w Przychodni w jak najkrótszym czasie.
2. Pacjenci umieszczani są na liście oczekujących jako „przypadek stabilny” zgodnie z kolejnością zgłoszeń, chyba że wskażą na okoliczności (posiadane wyniki badań, dokumentacja medyczna innego świadczeniodawcy, objawy choroby) powodujące konieczność udzielenia im świadczeń w trybie pilnym.

ZMIANY TERMINU UDZIELENIA ŚWIADCZENIA

§ 8

W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent informuje o tym Przychodnię, która, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie.

§ 9

W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Przychodnia informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Powyższe dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.

§ 10

1. W przypadku, gdy pacjent nie może stawić się w Przychodni w terminie określonym w trybie, o którym mowa w §5 ust. 5, niniejszego regulaminu jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Przychodnię.
2. Informację, o której mowa powyżej należy przekazać personelowi rejestracji, numer tel. 22/ 53-69-320 lub 600 190 433, od pon. do pt. w godz. 8-15.
3. W przypadku określonym w niniejszym paragrafie, rejestratorka w porozumieniu z Dyrektorem Przychodni wyznacza nowy termin udzielenia świadczenia.
4. Obowiązek informacyjny, określony w ust. 2 powstaje również w przypadku, w którym pacjent zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej w Przychodni.

SKREŚLENIE Z LISTY OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA

§ 11

1. Pacjent zostaje skreślony z listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w przypadku:
 - a) wykonania świadczenia przez Przychodnię,
 - b) powiadomienia przez pacjenta wpisanego na listę o rezygnacji z udzielenia świadczenia,
 - c) zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez Przychodnię,
 - d) nie stawienia się przez pacjenta w Przychodni w wyznaczonym terminie, bez powiadomienia,
 - e) potwierdzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji, że pacjent znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt d pacjent ulega skreśleniu z listy oczekujących, o ile nie uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących pacjent jest zobowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia.
3. W przypadku niezgłoszenia się przez pacjenta na ustalony termin udzielenia świadczenia, rezygnacji z udzielenia świadczenia bądź zakończenia przez Przychodnię wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Przychodnia zwraca pacjentowi oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo umożliwia ponowne użycie skierowania w postaci elektronicznej przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, w przypadku skierowania w postaci elektronicznej.

OCENA LIST OCZEKUJĄCYCH

§ 12

1. Za prawidłowe prowadzenie list oczekujących w Przychodni odpowiada Dyrektor Przychodni.
2. Obowiązkiem Dyrektora Przychodni jest okresowa ocena list oczekujących, przeprowadzana co najmniej raz w miesiącu, pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Z oceny, o której mowa powyżej, Dyrektor Przychodni sporządza raport.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie mają zastosowanie:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U.2016.1793 z późn. zm).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2015.1948 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.2005.200.1661 z późn. zm.).
4. Aktualne wytyczne NFZ dostępne na stronie www.nfz.gov.pl.

Prezes Zarządu


Wojciech Puzyna dr n. med.