



ZASADY PROWADZENIA LIST OCZEKUJĄCYCH NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SP. Z O.O.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, udzielane są przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. (dalej jako "świadczeniodawca") według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę.
2. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć pacjenta, wyznaczając termin udzielenia świadczenia w następujący sposób:
 1. Pacjentowi zgłaszającemu się po raz pierwszy:
 - a) w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia – termin udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia,
 - b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących,
 - c) innemu niż wymieniony w pkt. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej **listy oczekujących** na udzielenie świadczenia,
 2. Pacjentowi kontynuującemu leczenie – termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia.
3. W przypadku, gdy świadczenie nie może być udzielone w dniu zgłoszenia, pacjent wpisywany jest na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.
5. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.
6. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach.
7. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

SZCZEGÓŁOWY TRYB POSTĘPOWANIA

1. Zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielanie świadczenia dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia pacjentów drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.
2. Wpisu na listę oczekujących dokonuje się na podstawie skierowania – w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych na jego podstawie.
3. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, pacjent jest obowiązany:
 1. dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, albo
 2. udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:
 - a) klucz dostępu do skierowania, albo
 - b) kod dostępu oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

4. Skierowanie zawiera:

1. oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie:
 - a) nazwę podmiotu,
 - b) kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) nazwę zakładu leczniczego – w przypadku podmiotu leczniczego,
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
 - e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;
2. oznaczenie pacjenta:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
 - g) określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony,
 - h) datę urodzenia oraz płeć pacjenta wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany,
 - i) adres miejsca zamieszkania wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej;
3. oznaczenie rodzaju badania, konsultacji lub leczenia, na które kieruje się pacjenta;
4. rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
5. inne informacje lub dane w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
6. datę wystawienia skierowania;
7. oznaczenie osoby kierującej:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) tytuł zawodowy – nie dotyczy osoby upoważnionej,
 - c) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,
 - d) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych – w przypadku osoby upoważnionej,
 - e) podpis;
8. numer identyfikujący skierowanie, jeżeli dotyczy;
9. w przypadku gdy osobą wystawiającą skierowanie jest lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego albo położna ubezpieczenia zdrowotnego, skierowanie zawiera dodatkowo numer umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, chyba że skierowanie jest wystawiane w postaci elektronicznej i możliwe jest dokonanie weryfikacji uprawnień lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo położnej ubezpieczenia zdrowotnego w systemie.

5. Po dokonaniu wpisu na listę oczekujących, świadczeniodawca przechowuje oryginał skierowania w postaci papierowej przekazany przez świadczeniobiorcę, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.
6. Kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej ustalana jest podstawie zgłoszeń pacjentów.
7. Świadczeniodawca informuje pacjenta w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie pacjenta uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.

ZMIANA TERMINU NA LIŚCIE OCZEKUJĄCYCH

1. W przypadku gdy pacjent nie może stawić się u świadczeniodawcy w ustalonym terminie lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.
2. Gdy pacjent poinformuje, że nie może zgłosić się w wyznaczonym terminie z przyczyn nie dających się przewidzieć w momencie zapisu, ustalany jest nowy termin udzielenia świadczenia medycznego.
3. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie.
4. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy. W przypadku gdy pacjent nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego pacjenta z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.
5. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniodawca może ograniczyć informowanie o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy do pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7. a 30. dniem liczonym od daty tego wolnego terminu oraz niezależnie od kolejności pacjentów na tej liście, z uwzględnieniem kryteriów medycznych.
6. W przypadku gdy pacjent nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy lub w przypadku bezskuteczności próby kontaktu z pacjentem, w celu poinformowania o możliwości zmiany terminu na wcześniejszy, dotychczasowy termin wyznaczony dla tego świadczeniobiorcy jest równoznaczny z rezerwacją terminu.
7. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, pacjent podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.
8. 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 ustalony termin udzielenia świadczenia.

SKREŚLENIE Z LIST OCZEKUJĄCYCH

1. Skreślenie z listy oczekujących następuje w sytuacji gdy:

1. pacjent nie zgłosił się w zaplanowanym terminie;
 2. pacjent poinformował o rezygnacji ze świadczenia – fakt ten odnotowany zostaje w dokumentacji medycznej oraz na liście oczekujących prowadzonej w systemie inforatycznym;
 3. zaprzestaje się wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie. Świadczeniodawca w tym wypadku, jest obowiązany wydać pacjentowi zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się celem zapisu na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy oraz zwraca pacjentowi oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo umożliwia ponowne użycie skierowania przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym. Za wydanie zaświadczenia pacjent nie ponosi opłaty;
 4. pacjent nie dostarczył oryginału skierowania w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących.
-

UPRAWNIENI DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ POZA KOLEJNOŚCIĄ

1. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają:

1. kobiety w ciąży;
 2. świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
 3. pacjenci posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 4. pacjenci posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
 5. świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawiają legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;
 6. inwalidzi wojenni i wojskowi;
 7. żołnierze zastępczej służby wojskowej;
 8. cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
 9. kombatancki;
 10. działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
 11. osoby deportowane do pracy przymusowej;
 12. uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 13. weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.
-
2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących.

3. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w w dniu zgłoszenia.
4. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.);
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Du. U. z 2020 r. poz. 666);
- Ustawa z dnia 6 listopada 2009 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. poz. 849);
- 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. z 2005 r. nr 200, poz. 1661);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1207 z późn. zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.).

Radom, dnia 30 czerwca 2020 r.

WICEPREZES ZARZĄDU
Dyrektor
ds. Eksploatacyjno-Administracyjnych
Krzysztof Zajac

PREZES ZARZĄDU
Dyrektor ds. Medycyny
Tomasz Saura

