

**REGULAMIN PROWADZENIA LISTY OCZEKUJĄCYCH
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO
W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM ŚW. ZOFII W WARSZAWIE
z dnia 01.07.2025**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejszy regulamin określa zasady i sposób prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, 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. Szpitalu – należy przez to rozumieć Szpital Specjalistyczny św. Zofii;
2. Liście oczekujących – należy przez to rozumieć listę osób nieobjętych planem leczenia, zgłaszających się po raz pierwszy do Szpitala 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 prawa, 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. UŚOZ - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
9. Pacjentach uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej - należy przez to rozumieć pacjentów określonych w art. 24, 24a, 24b, 24c i 47c UŚOZ, tj.:
 - Kobiety w ciąży,
 - Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi,
 - Zasłużonych Dawców Przeszczepu,
 - Świadczeniobiorców 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, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b UŚOZ,

- Świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w art. 47 ust. 1b pkt 1 UŚOZ,
- Świadczeniobiorców posiadających 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, o których mowa w art. 47 ust. 1b pkt 2 UŚOZ
- inwalidów wojennych i wojskowych,
- żołnierzy zastępczej służby wojskowej;
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
- kombatanów,
- działaczy opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych,
- osoby deportowane do pracy przymusowej,
- uprawnionych żołnierzy lub pracowników, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%,
- weteranów poszkodowanych, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%,
- 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.
- dawców krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 – na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. 2023, poz. 318 i 650),
- osoby, które legitymują się zaświadczeniem potwierdzającym decyzję w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia.

§ 3

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej, prowadzonej przez Szpital.

ZASADY WPISYWANIA PACJENTÓW NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH

§ 4

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej i priorytetów klinicznych, określonych przez kategorię medyczną.
2. Szpital wpisuje pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia.
3. Pacjenta zgłaszającego się do szpitala ze skierowaniem na leczenie zabiegowe od specjalisty tj. lekarza ginekologa wpisuje się na listę oczekujących po odbyciu wizyty konsultacyjnej w Przychodni Specjalistycznej św. Zofii. Wizyta ta ma na celu weryfikację skierowania w zakresie przydziału trybu udzielenia świadczenia (pilny, stabilny) oraz określenie rodzaju i zakresu operacji.
4. Wpisu do elektronicznego formularza listy oczekujących dokonuje wyznaczony do tego pracownik DSM na podstawie skierowania i/lub wypełnionej dokumentacji złożonej przez lekarza prowadzącego.

5. W celu wpisu na listę oczekujących Pacjent zobowiązany jest podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
 - c) dokładny adres korespondencyjny,
 - d) numer telefonu oraz adres e-mail (o ile Pacjent posiada i wyrazi zgodę na przysyłanie informacji drogą elektroniczną) lub oznaczyć inny sposób komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem.
6. Pacjent zobowiązany jest do każdorazowego poinformowania Szpitala o zmianie danych kontaktowych i adresu korespondencyjnego (o których mowa w ust. 5 pkt c i d), pod rygorem uznania za skuteczne doręczenia korespondencji na adres znany Szpitalowi.
7. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, Pacjent jest obowiązany:
 - a) dostarczyć Szpitalowi 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
 - b) udostępnić Szpitalowi, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:
 - klucza dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1 UŚOZ albo
 - kodu dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2 UŚOZ, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
8. Szpital przechowuje oryginał skierowania przekazany przez Pacjenta. W przypadku skreślenia Pacjenta z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia albo zakończenia przez Szpital wykonywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, Szpital:
 - a) zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo
 - b) umożliwia ponowne użycie skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 UŚOZ, przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym.

§ 5

1. Szpital informuje pacjenta, w sposób z nim uzgodniony, o terminie udzielenia świadczenia.
2. Pacjent może wpisać się na listę oczekujących:
 - a) telefonicznie
 - b) osobiście
3. Dokonując wpisu na listę oczekujących, Szpital wpisuje:
 - a) numer kolejny,
 - b) datę i godzinę wpisu,
 - c) identyfikator skierowania, o którym mowa w ustawie,
 - d) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - e) termin udzielenia świadczenia,
 - f) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
 - g) dane wymienione w § 4 ust. 5– w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Dokonanie przez Szpital czynności, o których mowa w ust. 1 i 2 jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.

§ 6

1. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej, Pacjent może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy, niezależnie od liczby otrzymanych skierowań na to samo świadczenie zdrowotne.
2. Pacjent zobowiązany jest do zgłoszenia się na wizytę konsultacyjną z dotychczasową dokumentacją medyczną.

§ 7

1. Na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznych „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”. Pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Pacjenci leczeni w ramach świadczeń onkologicznych wpisywani są do odrębnej kolejki, tzw. „kolejki onkologicznej”.
2. Umieszczenie pacjenta na liście oczekujących, z wyjątkiem pacjentów znajdujących się w stanie nagłym oraz pacjentów mających prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:
 - a) stanem zdrowia pacjenta;
 - b) rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby;
 - c) chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
 - d) zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
3. Jeżeli okres oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, Szpital może wskazać jako termin udzielenia świadczenia tydzień, w którym zostanie ono udzielone. W tym przypadku dokładny termin realizacji świadczenia powinien zostać przekazany pacjentowi nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia.

§ 8

1. Pacjentów, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.
2. Pacjenci objęci planem leczenia nie są umieszczani na liście oczekujących.

ZMIANY TERMINU UDZIELENIA ŚWIADCZENIA

§ 9

W razie zmiany stanu zdrowia Pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego, niż w ustalonym terminie, udzielenia świadczenia, Pacjent informuje o tym Szpital który – jeżeli wynika to z kryteriów medycznych – koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie Pacjenta o nowym terminie. Szpital dokonuje weryfikacji zmiany stanu zdrowia Pacjenta, o której mowa powyżej.

§ 10

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, Szpital 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.

§ 11

1. W przypadku, gdy Pacjent nie może stawić się w Szpitalu w terminie określonym w trybie, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 10 lub § 11 niniejszego Regulaminu jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Szpital.
2. Informację, o której mowa powyżej należy przekazać pracownikowi DSM pod numer (22) 25-59-861 od pon. do pt. w godz. 8-14.30 lub elektronicznie na adres poczty email: kolejki@szpitalzelazna.pl.
3. W przypadku określonym w niniejszym paragrafie Szpital wyznacza nowy termin udzielenia świadczenia, zgodnie z dostępnymi, wolnymi miejscami.
4. Obowiązek informacyjny określony w ust. 2 powstaje również w przypadku, w którym Pacjent zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu.

SKREŚLENIE Z LISTY OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA

§ 12

1. Pacjent zostaje skreślony z listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w przypadku:
 - a. wykonania świadczenia przez Szpital;
 - b. powiadomienia przez Pacjenta wpisanego na listę o rezygnacji z udzielenia świadczenia;
 - c. zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez Szpital;
 - d. niestawienia się przez Pacjenta w Szpitalu w wyznaczonym terminie, bez powiadomienia;
2. W przypadku określonym w ust. 1 lit. 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. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących, Szpitali ustali termin jego przyjęcia z uwzględnieniem pierwotnej daty zgłoszenia do Szpitala.

ZAPEŁNIANIE ZWOLNIONYCH TERMINÓW REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

§ 13

1. Dodatkowe wolne terminy, które powstają niezależnie od przyczyny, Szpital przeznacza na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla Pacjentów, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości.
2. Zawiadomienia, o których mowa powyżej będą, w pierwszej kolejności, kierowane do osób kolejnych na liście.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przekazanie Pacjentowi informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.
4. W przypadku gdy Pacjent nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy lub w przypadku bezskuteczności próby kontaktu ze Pacjentem, w celu poinformowania o możliwości zmiany terminu na wcześniejszy, dotychczasowy termin wyznaczony dla tego Pacjenta pozostaje aktualny.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

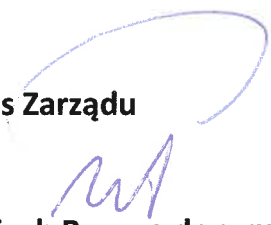
§ 15

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie mają zastosowanie:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2024 r. poz.146 z zm.).

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1948).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.05.200.1661)
4. Aktualne wytyczne NFZ dostępne na stronie www.nfz.gov.pl.

Prezes Zarządu


Wojciech Puzyna dr n. med.