

**REGULAMIN PROWADZENIA LISTY OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA
ZDROWOTNEGO W PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ ŚW. ZOFII W WARSZAWIE
z dnia 14.06.2023 r.**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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

§ 2

Ilekróć w regulaminie jest mowa o:

1. Przychodni – należy przez to rozumieć Przychodnię Specjalistyczną św. Zofii;
2. Ustawie – należy przez to rozumieć Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561z późn. zm.)
3. 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;
4. czasie oczekiwania – należy przez to rozumieć okres od dnia wpisania na listę oczekujących do dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
5. świadczeniu zdrowotnym – należy przez to rozumieć działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
6. planie leczenia – należy przez to rozumieć proces leczniczy, wymagający okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. kolejnych wizyt, badań);
7. 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
8. przypadku stabilnym – należy przez to rozumieć kategorię medyczną pacjentów, którzy nie znajdują się w stanie nagłym i nie zostali zaliczeni do przypadków pilnych.
9. pacjentach uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością - należy przez to rozumieć pacjentów określonych w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561z późn. zm.) tj.:
 - 1) kobiety w ciąży;
 - 2) świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b Ustawy, czyli:
 - a) 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,
 - b) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie:
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 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.
 - 3) osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 Ustawy, czyli Świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”
 - 4) inwalidzi wojenni i wojskowi;
 - 5) żołnierze zastępczej służby wojskowej;
 - 6) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
 - 7) kombatancki;
 - 8) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
 - 9) osoby deportowane do pracy przymusowej;

- 10) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 11) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 12) dawcy 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. z 2021 r. poz. 1749 oraz z 2022 r. poz. 974 i 2280);

§ 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:

- 1) 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 – zaświadczenie 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,
- 2) Świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” – legitymacja „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”
- 3) inwalida wojenny i wojskowy - książeczka inwalidy wojennego - wojskowego
- 4) kombatanci - zaświadczenie o uprawnieniach kombatanckich
- 5) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 – zaświadczenie, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749 oraz z 2022 r. poz. 974 i 2280);

§ 4

1. Pacjenci uprawnieni do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, o których mowa w § 2 p. 8, nie są wpisywani na listę oczekujących.
2. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji prowadzonej przez Przychodnię.
3. Listy, o których mowa w ust. 2, prowadzone są w wersji elektronicznej. Listy oczekujących w Przychodni prowadzi się mając na uwadze wysokość kontraktu z NFZ i harmonogram udzielania świadczeń.

ZASADY WPISYWANIA PACJENTÓW NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH

§ 5

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielania przez Przychodnię, 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 się w Przychodni podczas rozmowy z pacjentem (osobistej lub telefonicznej). Do Poradni ginekologiczno – położniczej nie jest wymagane skierowanie.
 - poradni neonatologicznej dokonuje się wyłącznie 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:
 - 1) numer kolejny,
 - 2) datę i godzinę wpisu,
 - 3) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 Ustawy,
 - 4) imię i nazwisko pacjenta,
 - 5) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta, W przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych powyżej, wpisuje się identyfikator jednego z rodziców albo opiekuna prawnego.
 - 6) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - 7) adres pacjenta,
 - 8) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem, dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia

§ 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. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, pacjent jest obowiązany:
 - 1) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:
 - a) klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1 Ustawy, albo
 - b) kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2 Ustawy, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
 - 2) Jeśli pacjent nie posiada skierowania w postaci elektronicznej, jest zobowiązany dostarczyć do Przychodni 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.

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 25 59 900, lub na adres odwołaniewizyty@szpitalzelazna.pl
3. W przypadku określonym w niniejszym paragrafie, pacjentowi zostaje wyznaczony 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie mają zastosowanie:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U.2022.2561 z późn. zm).

1. 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).
2. 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.).
3. Aktualne wytyczne NFZ dostępne na stronie www.nfz.gov.pl.

Prezes Zarządu

Wojciech Puzyra dr n. med.