

# PRAWIE WSZYSTKO O... KOLEJKACH, CZYLI LISTY OCZEKUJĄCYCH

Artykuł 20 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mówi, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach oraz u specjalistów udzielane są **według kolejności zgłoszenia**. Tak więc w sytuacji, kiedy świadczenie nie może zostać nam udzielone w dniu zgłoszenia się do poradni bądź szpitala, powinniśmy zostać wpisani **na listę oczekujących**, do czego placówki zdrowia zobowiązane są ustawowo. Oznacza to, że świadczeniodawca **nie może odmówić wpisania nas na listę oczekujących nawet wtedy, kiedy limity przyjęć „już się wyczerpały”**. Natomiast w przypadku zaistnienia **stanu nagłego** świadczenie udzielane jest w dniu zgłoszenia się.

**stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia**

## ZASADY PROWADZENIA LIST OCZEKUJĄCYCH

Listy oczekujących prowadzi się w sposób ciągły, zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń. Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane **według kolejności zgłoszeń w dniach godzinach pracy świadczeniodawcy**.

### UWAGA!!!

**niedopuszczalne jest wstrzymywanie rejestracji lub wyznaczanie dni, w których prowadzone są zapisy na listy oczekujących!**

**Obowiązek prowadzenia list oczekujących nie dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarza rodzinnego.**

### WAŻNE!

## UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ POZA KOLEJNOŚCIĄ

Artykuł 47 c Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej mówi, że prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają:

- osoby, które posiadają tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu
- inwalidzi wojenni i wojskowi
- kombatancki (a także osoby represjonowane)
- uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

1. **skierowanie** – warunkiem wpisania nas na listę oczekujących jest posiadanie **ważnego** skierowania na świadczenie danego typu (w przypadku kiedy takie skierowanie jest wymagane, nie do wszystkich bowiem specjalistów skierowanie będzie nam potrzebne), przy czym skierowanie z brakami lub niekompletnie **nie może być powodem odmowy wpisania nas na listę**. W takim wypadku brakujące dane są uzupełniane przez lekarza kierującego.

2. **kolejność** – prowadzenie wpisów powinno się odbywać **na bieżąco**, a więc w dniu naszego zgłoszenia się do świadczeniodawcy, który **od razu** ustala kolejność, wpisuje nas na listę oraz **informuje pisemnie** o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu. Planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oznaczony jest poprzez **wskazanie konkretnej daty**. Jeżeli jednak czas oczekiwania przekracza sześć miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, można wskazać termin z dokładnością do tygodnia. W takim przypadku o dokładnej dacie przyjęcia powinniśmy zostać poinformowani **nie później niż na czternaście dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia**. Powiadomienie takie musi być skuteczne, tzn. świadczeniodawca powinien otrzymać potwierdzenie, że zostaliśmy powiadomieni. Wszystko to stanowi **zobowiązanie świadczeniodawcy do udzielenia nam danego świadczenia w wyznaczonym terminie**. Listę oczekujących, w myśl artykułu 20 ust. 5 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, prowadzi się również zgodnie z kryteriami medycznymi. Kryteria te, którymi powinni kierować się wszyscy świadczeniodawcy, reguluje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej*, w myśl którego, według paragrafu 2 ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca, umieszczając nas na liście oczekujących, kwalifikuje jednocześnie do jednej z następujących kategorii medycznych:

- „**przypadek pilny**” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę naszego procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia się stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia
- „**przypadek stabilny**” – jeżeli **nie jest to stan nagły ani przypadek**, który zalicza się do kategorii „**pilny**”.

Jednocześnie zgodnie z paragrafem 3 tegoż *Rozporządzenia* pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” **umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”**.

3. **zmiany na liście oczekujących** – przesunięcia na listach oczekujących mogą być dokonywane w następujących przypadkach:

- jeżeli **nasz stan zdrowia pogorszy się** na tyle, by wymagało to wcześniejszego wykonania świadczenia. O zmianie terminu przyjęcia decyduje lekarz, a podstawą takich działań każdorazowo powinny być tylko względy medyczne.
- z **przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy** – jedynym przypadkiem, kiedy placówka medyczna **może nie dochować terminu przyjęcia**, jest sytuacja, w której zaistnieje szczególne okoliczności, nie do przewidzenia w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, i które jednocześnie uniemożliwiają jego zachowanie. Przy czym w takim wypadku świadczeniodawca ma obowiązek poinformowania nas **w każdy dostępny sposób** o zmianie terminu udzie-

lenia świadczenia oraz jej przyczynie (np. telefonicznie, drogą elektroniczną, listownie). Dotyczy to również przypadku zmiany terminu na wcześniejszy.

- z **przyczyn leżących po stronie pacjenta** – w przypadku gdy nie możemy stawić się w poradni lub gdy zrezygnujemy ze świadczenia opieki zdrowotnej, **jesteśmy zobowiązani niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę**. W razie pogorszenia stanu zdrowia, które może wskazywać na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia, także poinformujemy o tym świadczeniodawcę, który może odpowiednio skorygować termin udzielenia świadczenia. Podstawą przesunięcia na liście jest wtedy zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez świadczeniodawcę (gdzie zgłosimy się osobiście). Jeżeli nie stawimy się u świadczeniodawcy w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, **zostaniemy z listy skreśleni**.

4. **weryfikacja list** – listy oczekujących podlegają okresowej ocenie przez powołany w danym zakładzie opieki zdrowotnej zespół, do którego zadań należy m.in. weryfikacja tychże list pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian wyznaczonych terminów (artykuł 21 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

## WYBÓR PORADNI, A NIE LEKARZA

Zgodnie z artykułem 28 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej prawo wyboru stałego lekarza (poprzez wypisanie deklaracji wyboru) dotyczy wyłącznie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego). Jeśli chodzi o świadczenia wykonywane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz w lecznictwie zamkniętym, mamy prawo wyboru świadczeniodawcy **spośród tych, którzy zawarli umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej** (art. 29 oraz 30 ww. ustawy). Oznacza to, że **nie ma rejonizacji i możemy wybrać dowolnego specjalistę lub dowolny szpital** spośród tych posiadających kontrakt z NFZ. Jest to istotne w przypadku, kiedy lekarz lub placówka cieszą się renomą lub znajdują się w pobliżu dużych ludzkich skupisk, gdyż w takich przypadkach najczęściej są do nich najdłuższe kolejki. Warto czasem zatem poszukać innego lekarza bądź przychodnię lub szpital co prawda dalej znajdujące się od naszego miejsca zamieszkania, ale gdzie szybciej uzyskamy opiekę lekarską. Informacje dotyczące list oczekujących i długości kolejek możemy uzyskać w oddziale oraz znaleźć na stronie internetowej funduszu: [www.nfz-katowice.pl](http://www.nfz-katowice.pl) w zakładce „LISTY OCZEKUJĄCYCH”. Informacje tam przedstawione pochodzą **od świadczeniodawców** i są prezentowane w podziale na dwie kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Średni czas oczekiwania oznacza **średnią liczbę dni, jaką oczekiwali na udzielenie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących, z powodu wykonania świadczenia u danego świadczeniodawcy**. Podkreślić należy, że do wylczenia średniego czasu oczekiwania są brane wyłącznie informacje o osobach znajdujących się na liście oczekujących, którym w okresie ostatnich sześciu miesięcy **udzielono świadczenia i z tego powodu zostały z listy skreślone. Czas ten nie ma więc bezpośredniego związku z planowanym terminem udzielenia świadczenia, wyznaczonym pacjentowi zgłaszającemu się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia**. Średni czas oczekiwania **może stanowić pomoc** w wyborze świadczeniodawców, u których na świadczenie oczekiwano się krócej. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż świadczeniodawcy mają obowiązek przekazywać informacje z zakresu list oczekujących raz w miesiącu ze stanem **na koniec miesiąca** – miesiąc i rok aktualizacji prezentowany jest w serwisie. Powyższe powoduje, że prezentowane informacje

### UWAGA!!!

**zgodnie z artykułem 20 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania możemy wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Nie zamyka nam to jednak drogi w poszukiwaniu świadczeniodawcy z krótszym terminem realizacji, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku zapisania się u kolejnego świadczeniodawcy powinniśmy poinformować o tym fakcie i wykreślić się u tego, u którego byliśmy wcześniej zapisani, do czego jesteśmy zobowiązani ustawowo.**

o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania **mogą się różnić** od tych uzyskanych od świadczeniodawcy w rozmowie telefonicznej, zwłaszcza gdy kontakt ze świadczeniodawcą następuje 2-3 tygodnie później niż aktualizacja danych przez świadczeniodawcę.

## KOLEJKI A „WYCZERPANIE SIĘ KONTRAKTU Z NFZ”

Warto wiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia za realizację umów na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej płaci świadczeniodawcom przez cały rok w celu zapewnienia ciągłości świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy. Co miesiąc jest zatem wypłacana 1/12 kwoty z całości kontraktu. Nie może być więc mowy o „wyczerpaniu” kontraktu, trzeba jednak pamiętać, że liczba zakontraktowanych świadczeń jest ściśle ustalona. Oznacza to, że w przypadku zgłoszenia się do poradni bądź szpitala większej liczby pacjentów, niż przewiduje to kontrakt, wysokość środków finansowych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne nie pozwala na natychmiastową realizację wszystkich potrzeb ubezpieczonych. W takiej sytuacji poradnie powinny udzielać pomocy tylko w stanach nagłych oraz pacjentom kontynuującym leczenie (wizyty kontrolne), pozostałych pacjentów natomiast wpisywać na prowadzone rejestry oczekujących, bez względu również na to, czy nowy kontrakt zostanie podpisany, czy nie, chyba że pacjenci sami zdecydują się szukać innego świadczeniodawcy. Dopiero bowiem w przypadku, gdy do podpisania nowej umowy by nie doszło, powinni zostać poinformowani o zaistniałej sytuacji, a także o tym, gdzie mogą szukać placówek realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ.

### Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity z 2008 roku, Dz.U. nr 164; poz. 1027 z późn. zm.)
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 udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 13 października 2005 roku nr 200; poz. 1661)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – § 13 załącznika (Dz.U. z dnia 13 maja 2008 roku nr 81; poz. 484)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 roku 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. z dnia 11 lipca 2008 roku nr 123; poz. 801 z późn. zm.).

KOLEJNE WYDANIE UKAŻE SIĘ 14 PAŹDZIERNIKA 2011 ROKU. SZUKAJ NAS W PIĄTKOWYM WYDANIU „GAZETY”!



Narodowy Fundusz Zdrowia  
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

[www.nfz-katowice.pl](http://www.nfz-katowice.pl) [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)

Informacja ogólna  
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 32 735 19 00  
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 32 735 05 05

Biurowisko Skarg i Wniosków  
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,  
tel. 32 735 05 13; 32 735 05 45

Informacja dotycząca  
Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)  
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 32 735 18 00

Informacja dotycząca zasad wydawania Europejskiej  
Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)  
oraz dokumentów potrzebnych do jej otrzymania  
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,  
tel. 32 735 18 87, 32 735 18 78, 32 735 18 72

Informacja dotycząca zasad rozliczania (refundacji)  
kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonych  
w krajach UE/EFTA  
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,  
tel. (0048) 32 735 16 73, 32 735 15 67, 32 735 16 25

Informacja dotycząca planowego leczenia  
poza granicami kraju  
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,  
tel. 32 735 16 25, 32 735 16 73

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego  
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,  
tel. 32 735 05 22

Dział ds. Środków Pomocniczych  
i Przedmiotów Ortopedycznych  
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,  
tel. 32 735 05 56, 32 735 05 57