

Dzisiaj trochę o tym, z czym nieustannie kojarzy nam się służba zdrowia - czyli o kolejkach. A więc - czy zawsze musimy w nich oczekiwać, o zasadach tworzenia list oczekujących oraz czy można odmówić pacjentowi wpisania go na taką listę. A także - kto ma prawo do korzystania ze świadczeń medycznych poza kolejnością.

KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Koniec roku kalendarzowego, a więc czas trwania konkursu oraz podpisywania przez placówki medyczne nowych kontraktów z NFZ na świadczenie usług medycznych na najbliższe lata jest szczególnie uciążliwy dla każdego z nas, kto teraz właśnie poszukuje pomocy u lekarza. Często bowiem słyszymy, iż nie tylko nie zostaniemy przyjęci, ze względu na wyczerpane kontrakty, ale nawet nie zostaniemy wpisani do kolejki oczekujących na procedurę medyczną, program lekowy czy na przyjęcie do określonej poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego. Czy takie postępowanie placówek medycznych jest słuszne? W świetle *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 04.210.2135 z późn. zm.) - nie.

Zakłady realizujące świadczenia w rodzaju leczenia szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w sytuacji kiedy świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia się pacjenta do poradni bądź szpitala, są bowiem ustawowo zobowiązane do udzielania świadczeń **według kolejności zgłoszenia w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących** na udzielenie świadczenia, o czym mówi artykuł 20 powyższej wspomnianej *Ustawy*. Oznacza to, że świadczeniodawca **nie może odmówić wpisania nas na listę oczekujących. Nawet kiedy okres obowiązywania kontraktu z NFZ się kończy świadczeniodawca ma obowiązek wpisania nas do kolejki oczekujących.**

ZASADY PROWADZENIA LIST OCZEKUJĄCYCH

- skierowanie** - warunkiem wpisania nas na listę oczekujących jest posiadanie wymaganego, ważnego skierowania na świadczenie danego typu, przy czym skierowania z brakami, niekompletne, nie mogą być powodem odmowy wpisania nas na listę. W takim wypadku brakujące dane są uzupełniane przez nas lub lekarza kierującego.
- 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 przyczynę wyboru tego terminu**. Wszystko to stanowi zobowiązanie świadczeniodawcy do udzielenia nam danego świadczenia w wyznaczonym terminie. Listę oczekujących, w myśl artykułu 20 ust. 5 *Ustawy o świadczeniach*, prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Kryteria te, którymi powinni kierować się wszyscy świadczeniodawcy, reguluje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 26 września 2005 roku* (Dz.U. nr 200 poz. 1661), 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*, świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do

kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

- 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 zaistnieją 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 udzielenia świadczenia oraz jej przyczynie.
 - z przyczyn leżących po stronie pacjenta - w przypadku, kiedy z różnych przyczyn, osobistych lub medycznych, nie możemy stawić się u lekarza w wyznaczonym terminie lub z wizyty tej rezygnujemy, powinniśmy jak najszybciej powiadomić o tym świadczeniodawcę. A jeśli nadal chcemy skorzystać z leczenia u tego samego świadczeniodawcy, zostajemy ponownie wpisani na listę oczekujących na pierwszy wolny termin, co w praktyce często oznacza wpisanie na koniec kolejki i wiąże się z ponownym długim oczekiwaniem.

- 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*).
- rezygnacja ze świadczeń lub zmiana świadczeniodawcy** - w przypadku, kiedy wyznaczony termin realizacji świadczenia jest odległy, możemy wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, **ale UWAGA! tylko z zachowaniem zasady, że wpisani jesteśmy tylko na jednej liście oczekujących** (artykuł 20 ust. 10 *Ustawy*). Kiedy zatem decydujemy się na leczenie u innego świadczeniodawcy lub z tego leczenia rezygnujemy całkowicie, ustawa zobowiązuje nas do wypisania się z listy oczekujących, na której dotychczas figurowaliśmy.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.);
- 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. nr 200, poz. 1661);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej załącznik do rozporządzenia § 13 (Dz.U. nr 81 poz. 484);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. 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. nr 123, poz. 801).

Informujemy, iż zgodnie z § 4 ust. 4 obowiązującego Regulaminu Organizacyjnego Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach, począwszy od stycznia 2009 r.

w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca w godzinach od 14.00 do 15.00

Dyrektor Oddziału lub jego Zastępcy będą przyjmować strony w sprawach skarg i wniosków w siedzibie Śląskiego OW NFZ przy ul. Kossutha 13 w Katowicach.

PYTANIE DO... PAWŁA BĄKA

z Działu Ewidencji Świadczeniobiorców i Europejskiej KUZ Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach

Zbliża się nieuchronnie koniec roku. Jak się okazuje, jest to trudny czas dla wielu pacjentów, którzy często po przyjściu do lekarza lub wybranego specjalisty dowiadują się, iż nie zostaną przyjęci ze względu na „wyczerpanie kontraktu”. Co w takiej sytuacji mają zrobić ubezpieczeni?

Trzeba przede wszystkim pamiętać o tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia za realizację umów na udzielanie 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 ilości 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, pozostałym pacjentom natomiast wpisywać na prowadzone rejestry oczekujących, bez względu na to, czy nowy kontrakt zostanie podpisany, czy nie. Dopiero bowiem w sytuacji, kiedy do podpisania nowego kontraktu by nie doszło, pacjenci kierowani są do innej najbliższej placówki, realizującej świadczenia medyczne tego samego typu. Pewnym sposobem na rozwiązanie problemów związanych z kolejkami, może być udanie się do innego, posiadającego kontrakt z NFZ, świadczeniodawcy, do którego być może będziemy mieli znacznie dalej, za to świadczenia uzyskamy bez konieczności oczekiwania, bądź też kolejki te okażą się być znacznie krótsze. Pacjenci często zapominają, że obecnie nie obowiązuje rejonizacja i to oni decydują o wyborze placówki, w której chcą się leczyć. Zanim więc podejmiemy decyzję o wyborze poradni, warto najpierw upewnić się, jaki jest czas oczekiwania na uzyskanie świadczeń. Informacje takie możemy uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ lub też znaleźć na stronie internetowej www.nfz-katowice.pl w dziale „ubezpieczony” w zakładce „listy oczekujących”.

Dziękuję za rozmowę.

PRAWO DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ POZA KOLEJNOŚCIĄ

W świetle **artykułu 47c** osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (a więc Świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawią stosowne legitymacje poświadczające posiadanie powyższych tytułów), *inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombataneci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach*. Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia, wymienione osoby **nie mogą więc być umieszczane przez Świadczeniodawców na listach oczekujących**. Powyższy zapis w ustawie, który ma

też właśnie grupie ubezpieczonych ułatwić dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, wynika z potrzeby docenienia oraz otoczenia specjalną opieką medyczną grup społecznych, jaką stanowią krwiodawcy i dawcy przeszczepów oraz inwalidzi wojenni, wojskowi, a także kombataneci.

Również pacjenci objęci leczeniem planowym (leczenie wymagające okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, np. kolejne wizyty, badania) - nie są umieszczani na listach oczekujących, chociaż muszą być uwzględniani przy planowaniu pracy personelu medycznego.

