

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 lekarzy specjalistów **udzielane są według kolejności zgłoszenia**. Tak więc w sytuacji, kiedy nie możemy zostać przyjęci w dniu stawienia się w poradni bądź szpitalu, powinniśmy zostać wpisani na listę oczekujących, do czego placówką zdrowia zobowiązane są ustawowo. **Natomiast w przypadku zaistnienia stanu nagłego świadczenie udzielane jest w dniu zgłoszenia się.**

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego

– nagłe wystąpienie objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia

ZASADY PROWADZENIA LIST OCZEKUJĄCYCH

Listę oczekujących prowadzi się w sposób ciągły, zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być udzielane według kolejności zgłoszeń w dniach i godzinach pracy świadczeniodawcy.

UWAGA!!!

Niedopuszczalne jest wyznaczanie przez przychodnię lub szpital dni, w których prowadzone są zapisy na listy oczekujących!

KIEDY NIE ZAPISZĄ CIĘ DO KOLEJKI:

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

Gdy **kontynuujesz leczenie** i wymagasz okresowego, w ściśle ustalonych terminach wykonywania kolejnych wizyt albo porad, nie musisz być zapisywany na liście oczekujących.

W kolejce na wykonanie świadczenia nie będziesz czekać także w przypadku, gdy przysługuje ci **prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością**.

Szczególne uprawnienia w tym zakresie mają:

- osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu
- inwalidzi wojenni i wojskowi
- komatanci
- uprawnieni żołnierze i pracownicy w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa
- weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Od dnia 18 maja 2014 roku zmieniły się zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom posiadającym szczególne uprawnienia w tym zakresie. W szczególności świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia. Jeżeli jednak udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących. W przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (lekarza specjalisty) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

- 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.
- 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 możliwą szybką 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 tego rozporządzenia pacjent 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 ustalenia 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 (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, **jestemy zobowiązani niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę**. W razie pogorszenia stanu zdrowia, które może wskazywać na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia, także informujemy 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 (gdy zgłosimy się osobiście). Jeżeli nie stawimy się u świadczeniodawcy w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaniemy z listy skreśleni.

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.**

- weryfikacja list** – listy oczekujących podlegają okresowej ocenie przez powołany w danym zakładzie opieki zdrowotnej zespół, do którego zadań należy między innymi 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 (lekarze specjaliści) oraz w lecznictwie zamkniętym (szpitale), mamy prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 29 oraz 30 teże ustawy). Oznacza to, że **nie ma rejonizacji i możemy wybrać dowolnego specjalistę lub dowolny szpital** spośród tych posiadających kontrakt z NFZ. Jest to istotne, zwłaszcza 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, przychodni bądź szpitala, co prawda znajdującego się dalej od naszego miejsca zamieszkania, ale w którym szybciej uzyskamy opiekę lekarską.

GDZIE SZUKAĆ INFORMACJI O KOLEJKACH

- w internecie – na stronie internetowej:
 - prowadzonej przez Centralę NFZ: www.nfz.gov.pl → ABC pacjenta → **Listy oczekujących** (informacje o zasadach tworzenia list oczekujących na świadczenia medyczne) lub **Sprawdź kolejkę** (ogólnopolski informator o czasie oczekiwania na świadczenia).
 - Śląskiego OW NFZ: www.nfz-katowice.pl w zakładce **Ubezpieczony** → **Listy oczekujących** znajduje się link przekierowujący do „strony kolejkowej” Centrali.
 - na bezpłatnej infolinii „kolejkowej” pod numerem telefonu: **0 800 800 008** (z telefonu komórkowego bez „0”) – można dowiedzieć się między innymi, gdzie udzielane są świadczenia w ramach NFZ oraz ile wynosi średni czas oczekiwania na przyjęcie w poszczególnych poradniach, gdzie są najkrótsze kolejki do specjalistów.
- Uwaga!** Pod tym numerem udzielane są wyłącznie informacje dotyczące kolejek. **Infolinia jest czynna w dni robocze w godzinach od 8.00 do 16.00.**
- w **Zintegrowanym Informatorze Pacjenta** – ogólnopolskim serwisie internetowym udostępniającym pacjentom po zalogowaniu informacje o ich leczeniu i kosztach tego leczenia. W części „Kolejki oczekujących” w ramach Rejestru Usług Medycznych można sprawdzić informacje dotyczące wpisu na listę oczekujących.

OGÓLNOPOLSKI INFORMATOR O CZASIE OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA

Informacje przedstawione na stronie <http://kolejki.nfz.gov.pl> pochodzą od świadczeniodawców i są prezentowane w podziale na dwie kategorie medyczne: „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Dla każdej z kategorii podane zostały następujące informacje:

- liczba osób oczekujących (określona przez przychodnię lub szpital na koniec miesiąca sprawozdawczego liczba osób wpisanych na listę oczekujących)
- liczba osób skreślonych (liczba osób, które miały wykonane świadczenie w miesiącu sprawozdawczym – pokazuje, o ile osób może w ciągu miesiąca skrócić się kolejka)
- średni czas oczekiwania (w dniach)
- miesiąc i rok aktualizacji danych.

Średni czas oczekiwania to średni rzeczywisty czas oczekiwania i oznacza średnią liczbę dni, jaką oczekiwali na udzielenie świadczenia osoby skreślone w okresie ostatnich sześciu miesięcy z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Średni czas oczekiwania wynoszący 0 dni może oznaczać dwie sytuacje:

- pacjenci przyjmowani są na bieżąco
- w okresie ostatnich 6 miesięcy żadnej z osób oczekujących nie zostało udzielone świadczenie.

Przy obliczaniu średniego czasu oczekiwania nie są brani pod uwagę pacjenci, którzy zgłosili się do świadczeniodawcy w stanie nagłym, ani pacjenci znajdujący się w planie leczenia, wymagający okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. ci, którzy zgłaszają się na wizytę kontrolną). Średni czas oczekiwania może stanowić pomoc w wyborze świadczeniodawców, u których na świadczenie oczekiwano się krócej.

Należy jednak 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. **Powoduje to, że prezentowane informacje 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 w związku z tym liczba zakontraktowanych świadczeń jest ograniczona. 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 oraz informować o możliwości uzyskania opieki lekarskiej w placówkach, w których kolejki są znacznie krótsze.

Podstawa prawna:

- 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.)*
- 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)*
- 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)*
- 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 31 października 2014 roku. Szukaj nas w piątkowym wydaniu gazety!

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

www.nfz-katowice.pl www.nfz.gov.pl

Informacja ogólna
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 32 735 19 00

Bezpłatna infolinia kolejkowa
tel. 0 800 800 008

Biuro Działu Skarg i Wniosków
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 32 735 05 45

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

Informacja dotycząca EKUZ
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice;
tel. 32 735 18 82; 32 735 18 72; 32 735 18 87;
32 735 18 78; 32 735 16 78; 32 735 16 79

Informacja dot. zasad refundacji kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonych w krajach UE/EFTA:
- polski ubezpieczony zagranicą:
tel. 32 735 15 12, 32 735 16 73, 32 735 19 31
- zagraniczny pacjent w Polsce:
tel. 32 735 15 67, 32 735 17 63, 32 735 17 65
- dyrektywa transgraniczna: tel. 32 735 16 16

Informacja dotycząca
Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP)
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice
tel. 32 735 16 00

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 32 735 05 22
Dział ds. Środków Pomocniczych
i Przedmiotów Ortopedycznych
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice
tel. 32 735 16 86, 32 735 16 05

Platny materiał przygotowany i zlecony przez NFZ

32684252

20140926

DLOKA