SPMZOZ
SŁUPSK

Słupsk, dnia 06 października 2015 roku

ZARZĄDZENIE Nr 23 /2015

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku z dnia 06 października 2015 roku

w sprawie zasad prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i powołania zespołu ds. oceny przyjęć w Samodzielnym Publicznym Miejskim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupsku

z a r z ą d z a m, co następuje:

§ 1

Wprowadzam zasady prowadzenia listy oczekujących na świadczenia udzielane w Samodzielnym Publicznym Miejskim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupsku.
Zasady obejmują świadczenia udzielane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, do której zaliczamy również świadczenia ogólnostomatologiczne (załącznik nr 1 do zarządzenia).

§ 2

Powołuję zespół oceny przyjęć w składzie:
1) Marek Piliszczuk – Kierownik przychodni – lekarz ginekolog - położnik
2) Alina Zawadowicz – Naczelna Pielęgniarka
3) Anna Skuratowicz – starszy statystyk medyczny

Do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny listy oczekujących na udzielanie świadczenia pod względem:
1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.

Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedkłada go Dyrektorowi SPMZOZ w Słupsku.
Raport oceny list oczekujących – załącznik nr 2 do zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor
DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Miejskiego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku
.....
(podpis) Beata Mazur

Załącznik nr 1
do zarządzenia nr …./2015
Dyrektora SPMZOZ w Słupsku
z dnia 06 października 2015 roku

Zasady prowadzenia listy oczekujących na świadczenia specjalistyczne udzielane w Samodzielnym Publicznym Miejskim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupsku.

Podstawy prawne

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.);
2. 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);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 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 114, poz. 780, z późn. zm.).

Reguły prowadzenia list oczekujących przez Zakład

1. Świadczenia udzielane w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i świadczenia ogólnostomatologiczne realizowane w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez poszczególne komórki organizacyjne. W przypadku, gdy Zakład nie ma możliwości bieżącej realizacji świadczeń, prowadzi rejestrację Pacjentów oczekujących na udzielenie określonego świadczenia, zwaną **listą oczekujących**.
2. W ramach obowiązków wynikających z prowadzenia listy oczekujących rejestracja poradni:
   1) chirurgii urazowo-ortopedycznej,
   2) chirurgii ogólnej,
   3) ginekologiczno – położniczej przy ul. Wojska Polskiego 49,
   4) ginekologiczno – położniczej przy ul. 11 Listopada 7
   5) ginekologiczno – położniczej przy ul. Łokietka 6
   6) stomatologicznej przy ul. Tuwima 37,
   7) stomatologicznej przy ul. 11 Listopada 7

   ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszenia i przedstawienia wymaganego skierowania (do poradni chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo-ortopedycznej) na świadczenie danego rodzaju.
3. Dodatkowo obowiązkiem jest prowadzenie listy oczekujących na świadczenia protetyczne.
4. Skierowanie z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie może być przyczyną nie wpisania na listę oczekujących. Należy wystąpić do pacjenta o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego (np. nr cz.VII, VIII z Księgi Rejestrowej).
5. Prowadzenie wpisów na listy oczekujących powinny odbywać się na bieżąco, a więc umieszczenie pacjenta na liście oczekujących powinno nastąpić w dniu jego zgłoszenia się do świadczeniodawcy.

6. W ramach obowiązków wynikających z prowadzenia listy oczekujących, właściwa komórka organizacyjna Zakładu:
   1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń Pacjenta,
   2) informuje pisemnie Pacjenta o terminie udzielenia świadczenia,
   3) wpisuje za zgodą Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
      - numer kolejny,
      - datę i godzinę wpisu,
      - imię i nazwisko Pacjenta,
      - numer PESEL, a w przypadku jego braku- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Pacjenta,
      - rozpoznanie lub powód przyjęcia,
      - adres Pacjenta,
      - numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z Pacjentem lub jego opiekunem,
      - termin udzielenia świadczenia,
      - imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu – w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia,
   4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia pacjenta z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
   5) dołącza do prowadzonej listy oczekujących oryginał skierowania przedstawiony przez Pacjenta, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania.
7. Istotne jest, żeby przesunięcia w celu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej odbywały się zgodnie z kolejnością wpisów na listach oczekujących, a przyspieszenie przez przesunięcie na liście było spowodowane wyłącznie względami medycznymi.
8. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach rozporządzenia 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.
9. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną za systematyczne i terminowe przekazywanie do POW NFZ za pośrednictwem udostępnionej aplikacji danych.

Kwalifikacja według kategorii medycznych

1. Na listach oczekujących umieszczani są Pacjenci zaliczani do kategorii medycznych przypadek pilny oraz przypadek stabilny. Określona dla Pacjenta kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Umieszczenie Pacjenta na liście oczekujących, z wyjątkiem Pacjentów znajdującego się w stanie nagłym, następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:
   1) stanem zdrowia Pacjenta,
   2) rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby,
   3) chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie,
   4) zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
3. Konieczne jest ustalenie przez świadczeniodawcę grup priorytetów przy kwalifikowaniu do odpowiednich kategorii medycznych. Priorytety powinny uwzględniać:
   1) skierowania z adnotacją Pilne? i Cito?,
   2) pogorszenie stanu zdrowia w trakcie oczekiwania na termin udzielenia świadczenia,

3) konieczność wykonania świadczenia, od którego uzależnione jest wykonanie innego, pilnego świadczenia,
4) rozpoznanie choroby wskazujące na konieczność pilnego wdrożenia leczenia lub wykonania badania diagnostycznego.

Wpisanie Pacjenta na listę oczekujących

1. Wpisanie Pacjenta na listę oczekujących następuje w dniu zgłoszenia, po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju. Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy Świadczeniodawcy.
2. Zakład udziela ponadto świadczeń „w trybie nagłym" oraz „w trybie leczenia planowego", co uwzględnia się przy określaniu terminu udzielenia świadczenia. Pacjenci objęci leczeniem planowym (kontynuacją leczenia) i przyjmowanych w stanach nagłych (nie stabilnych i nie pilnych) nie są umieszczani na listach oczekujących tylko w terminarzu w systemie mMedica. W stanach nagłych świadczenia są udzielane Pacjentowi niezwłocznie.
3. Ponadto zgodnie z art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoby które posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu", a także inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Również, zgodnie z art. 24a wymienionej ustawy, uprawniony żołnierz lub pracownik, który podczas wykonywania zadań poza granicami kraju nabawił się urazów lub innych chorób, może korzystać ze świadczeń, w zakresie ich leczenia, poza kolejnością. Uprzywilejowanie to nie oznacza jednak bezwzględnego pierwszeństwa w korzystaniu ze świadczeń w sytuacji gdy prowadzone są listy oczekujących, a jedynie pierwszeństwa w danej kategorii medycznej (przypadki pilne i przypadki stabilne).
4. Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłych a także w przypadku:
   1) inwalidów wojennych, wojskowych osób represjonowanych i kombatantów,
   2) niewidomych cywilnych, ofiar działań wojennych,
   3) chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV,
   4) w zakresie badań dawców narządów,
   5) uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych w zakresie lecznictwa odwykowego,
   6) uprawnieni (żołnierze lub pracownicy, weterani poszkodowani) w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami kraju.

Obowiązki ciążące na świadczeniobiorcach (Pacjentach)

1. W celu otrzymania świadczenia opieki zdrowotnej Pacjent na podstawie jednego skierowania może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
2. Pacjent jest zobowiązany dostarczyć oryginał skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych, od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.
3. W przypadku skreślenia Pacjenta z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, świadczeniodawca zwraca Pacjentowi oryginał skierowania
4. Pacjent ma obowiązek niezwłocznie powiadomić świadczeniodawcę, że nie może stawić się u niego w wyznaczonym terminie oraz o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej.

Zmiany terminu udzielenia świadczenia

5. Zmiany terminu z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy

W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca ma obowiązek poinformować o tym fakcie Pacjentów podając nowy termin oraz przyczynę zmiany. Dotyczy to również przesunięcia terminu na okres wcześniejszy. Datę i przyczynę modyfikacji (remont oddziału, choroba lekarza) należy odnotować na liście oczekujących.

6. Zmiana terminu z przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy (Pacjenta)

1. Jeżeli Pacjent odwoła przyjęcie do specjalisty, ponieważ w wyznaczonym terminie nie może się stawić u świadczeniodawcy z powodów osobistych (np. urlop, pobyt w sanatorium) lub medycznych (np. konieczność wykonania innych procedur, szczepień wieku dziecięcego itp.), należy dokonać zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia oraz podać przyczynę tej zmiany.
2. W razie zmiany stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę udzielenia świadczenia w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony, Pacjent informuje właściwą komórkę organizacyjną Zakładu, która, jeśli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i niezwłocznie informuje Pacjenta o nowym terminie. Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez Zakład (przy zgłoszeniu osobistym).

Skreślenie z listy oczekujących

1. W przypadku, kiedy Pacjent nie stawi się w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy.
2. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również na wniosek Pacjenta, a także w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia.

Ważne:

1. Na listę oczekujących wpisuje się tylko osoby, które rozpoczynają proces leczenia, tj. czekające na pierwszą wizytę.
2. Pacjentów, którzy rozpoczęli tok leczenia, do momentu jego zakończenia (np. lekarz zaleca kolejne wizyty) nie wpisuje się ponownie na listę oczekujących.
3. Zerowa liczba Pacjentów na liście oczekujących oznacza, że świadczeniodawca może przyjąć Pacjenta w dniu zgłoszenia.
4. Warto przypominać pacjentom, że można się zapisać tylko na jedną listę oczekujących u tylko jednego świadczeniodawcy.

Kolejki oczekujących na podstawie wydania karty DiLO

1. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, prowadzi się w postaci elektronicznej.
2. Świadczeniodawcy mają obowiązek prowadzić listy oczekujących na świadczenia udzielane Pacjentom na podstawie karty onkologicznej (karty diagnostyki i leczenia onkologicznego).

3. Listy oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej, różnią się od pozostałych list oczekujących następującymi elementami:

   1) nie dokonuje się kwalifikacji osób do kategorii medycznych pilny, przypadek stabilny,
   2) dodatkowo na liście oczekujących gromadzi się informację o numerze identyfikacyjnym karty onkologicznej każdej osoby wpisanej na listę oraz o kodzie etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego na jakim jest dana osoba

4. Na listach oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej odnotowuje się następujące etapy:

   1) oczekiwanie na diagnostykę wstępną (kod 1),
   2) oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną (kod 2),
   3) oczekiwanie na konsylium (kod 3),
   4) oczekiwanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej (kod 4),
   5) oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (kod 5),
   6) oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne (kod 6).

Ocena list oczekujących

1. Listy oczekujących na udzielanie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie.
2. Zespół oceny przyjęć dokonuje oceny list oczekujących pod względem:
   1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
   2) czasu oczekiwania na udzielanie świadczenia,
   3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.
3. Zespół oceny przyjęć sporządza i przedstawia Dyrektorowi zakładu raport z dokonanej oceny.

Informacje o prowadzonych przez poszczególne placówki kolejki oczekujących w podziale na kategorie medyczne „przypadki pilne i przypadki stabilne" o:
- liczbie osób oczekujących,
- liczbie osób skreślonych,
- średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej,
- pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia,
publikuje właściwy oddział wojewódzki Funduszu, na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w tygodniu, miesiącu (www.nfz-gdansk.pl).

GŁÓWNY KSIĘGOWY
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
MIEJSKIEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Słupsku
Ewa Górak

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Miejskiego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku
Maria Mazur

Raport oceny list oczekujących

Lp.	Data oceny	Poradnia	Prawidłowość prowadzenia dokumentacji	Czas oczekiwania na udzielanie świadczenia	zasadność i przyczyna zmiany terminu udzielania świadczeń

.....

podpisy zespołu oceny

Raport oceny list oczekujących na podstawie Karty DILO

Lp.	Data oceny	Poradnia	Prawidłowość prowadzenia dokumentacji	Czas oczekiwania na udzielanie świadczenia	zasadność i przyczyna zmiany terminu udzielania świadczeń

.....

podpisy zespołu oceny