

# Podstawowe zasady wpisywania pacjentów i prowadzenia kolejek oczekujących na świadczenie medyczne.

Wyciąg z aktów prawnych Ministra Zdrowia i NFZ.

## 1. Definicje

**a/ Osoba oczekująca** – osoba wpisana na listę oczekujących w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Jako osobę oczekującą należy traktować tylko pacjenta pierwszorazowego.

**b/ Osoba oczekująca na terapeutyczny program zdrowotny** - to osoba zakwalifikowana do programu na podstawie niezbędnej diagnostyki, oczekującą na rozpoczęcie udzielania świadczeń przewidzianych programem.

**c/ Pacjent pierwszorazowy** - to osoba rejestrowana pierwszy raz, lub po raz kolejny, lecz na nowe świadczenie. Jeśli pacjent po zakończeniu leczenia, wraca do placówki (choćby z tą samą jednostką chorobową) powinien być traktowany jako pacjent pierwszorazowy.

**d/ Osoba skreślona** – osoba skreślona z listy oczekujących z jednej z przyczyn, wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez Świadczeniodawców (...):

- Wykonanie świadczenia przez danego Świadczeniodawcę;
- Powiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji;
- Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę;
- przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy;
- zgon osoby wpisanej na listę oczekujących;
- potwierdzona przez Fundusz informacja, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy;
- Inna przyczyna.

**e/ Osoba po terminie** – osoba wpisana na listę oczekujących, której minął planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a nie została jeszcze z tej listy skreślona.

**f/ Przypadek pilny** – kategoria medyczna Świadczeniobiorców, w przypadku których 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.

**g/ Przypadek stabilny** – kategoria medyczna Świadczeniobiorców, którzy nie znajdują się w stanie nagłym i nie zostali zaliczeni do przypadków pilnych.

## 2. Zasady

a/Świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorców ( pacjentów ) na listę oczekujących , jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia.

b/Wpis następuje po stwierdzeniu , że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju.

c/Przy planowaniu terminu leczenia pacjentom wpisanym na listę oczekujących świadczeniodawca musi uwzględnić fakt konieczności przyjmowania w trybie nagłym oraz w trybie planu leczenia ( kolejny etap leczenia )

d/Planowany termin udzielania świadczenia oznaczany jest przez wskazanie daty ( dzień miesiąc , rok ) Jeżeli przekracza on 6 m-cy dopuszcza się wskazanie terminu z dokładnością do tygodni.

e/Osoba , które są zaliczane do kategorii „ po terminie „ wyznacza się nowy termin lub skreśla z listy oczekujących. **Chęć przesunięcia terminu udzielenia świadczenia przez Świadczeniobiorcę, nie poparta względami medycznymi jest traktowana jako rezygnacja i skutkuje skreśleniem z kolejki.** Skreślenie następuje także w przypadkach wymienionych w p 1/d. , oraz w przypadku nie stawienia się pacjenta na leczenie bez powiadomienia świadczeniodawcy.

f/W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalenia planowanego terminu , a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy świadczeniodawca ma obowiązek ustalić nowy termin i powiadomić o nim świadczeniobiorców ( pacjentów )

**Ramy prawne ujednociające i promujące zasady dobrej praktyki prowadzenia list oczekujących wyznaczają unormowania ujęte w następujących aktach:**

a) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

b) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011r. zmieniające rozporządzenie 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 2011r. Nr 215, poz. 1273).

c) 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).

d) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 250 poz. 1884).

e) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.08.81.484).

f) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 247 poz. 1819 z późn. zm.).

g) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697)

zgodnie z § 88. Rozporządzenia, który stanowi, że: „Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011r.” weszło ono w życie z dniem 1 stycznia 2011r. Jednocześnie zgodnie z 17 pkt 1) ustawy z dnia 24 kwietnia 2009r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641), który stanowi, że „Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 18 ust. 8 (...) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych

wydanych na podstawie art. 30 i art. 40 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...)” straciło moc obowiązującą Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia - Dz.U.05.200.1661 z dnia 13 października  
2005 r.**

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**

Na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**

Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej "listą oczekujących", na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy ;2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- 3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

**§ 2.**

1. Świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne, o których mowa w § 1:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej:
  - a) "przypadek pilny" - jeżeli 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,
  - b) "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a;
- 2) umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu **potwierdza kategorię medyczną**, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej.

3. W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

### § 3.

Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny".

### § 4.

Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

Minister Zdrowia