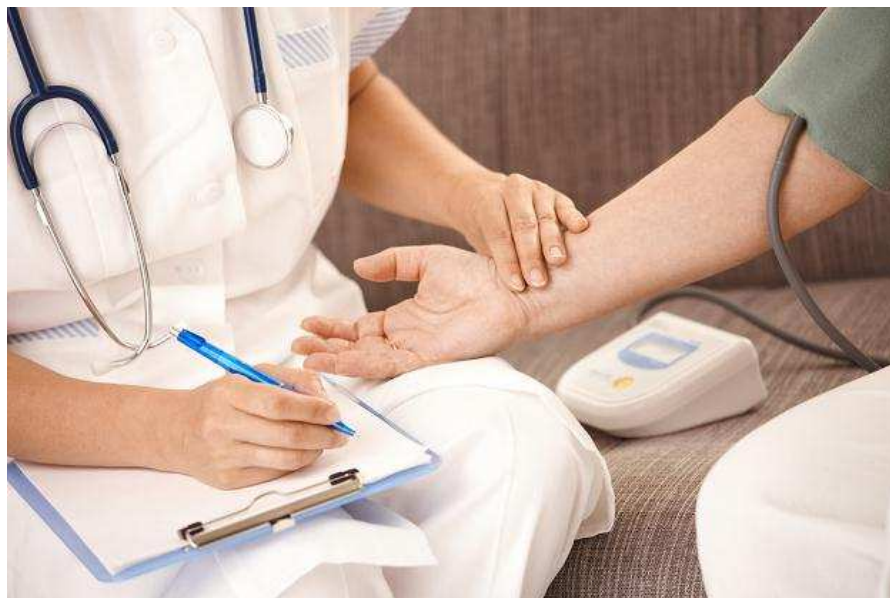


## Jakie prawa ma pacjent w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej

54 minuty temu

**Każdy ubezpieczony może być przypisany tylko do jednego lekarza rodzinnego. Sam dokonuje jego wyboru, a także pielęgniarki, w przypadku kobiet - również położnej. Nie ma znaczenia miejsce zamieszkania, bo w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie obowiązuje rejonizacja.**



Przychodnie są otwarte od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00 /© Panthermedia

Wyboru dokonuje się poprzez wypełnienie i złożenie w przychodni deklaracji wskazującej imiennie konkretnych lekarza, pielęgniarkę i ewentualnie położną. Pacjent nie ma obowiązku wybrania wszystkich trzech zakresów świadczeń (lekarskich, pielęgniarskich i położniczych) w tej samej przychodni. Deklarację do lekarza można złożyć w jednym miejscu, do pielęgniarki czy położnej - w innym. Dokonanego wyboru nie trzeba potwierdzać w Narodowym Funduszu Zdrowia. Załatwieniem wszelkich formalności (tzn. powiadomieniem funduszu) zajmie się przychodnia.

### Bez dowodu

Do bezpłatnych świadczeń POZ uprawnione są tylko osoby ubezpieczone w NFZ. Świadczeniodawcy muszą mieć pewność, że zapisująca się osoba opłaca składkę zdrowotną. Od początku roku ubezpieczenia zdrowotnego nie trzeba jednak potwierdzać. Przy zapisie wystarczy mieć ze sobą dowód osobisty. Świadczeniodawcy POZ mają dostęp do specjalnego systemu elektronicznej weryfikacji ubezpieczonych (eWUŚ) i na miejscu potwierdzą uprawnienia pacjenta do bezpłatnego [leczenia](#). Osoby, które przebywają poza miejscem stałego zameldowania, także mają prawo wyboru lekarza rodzinnego. Z kolei podczas czasowego pobytu poza miejscem zamieszkania (np. na wakacjach czy u rodziny) pacjent ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacjach nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia. Powinien się wtedy zgłosić do najbliższej placówki POZ. Pacjent niezadowolony z usług lekarza, pielęgniarki lub położnej może ich zmienić. Bezpłatnie można dokonać takiej zmiany dwa razy do roku. Za trzecią trzeba zapłacić 80 zł. Opłata nie jest pobierana w przypadku zmiany miejsca zamieszkania lub zaprzestania udzielenia świadczeń przez wybranych lekarza, pielęgniarkę lub położną.

### Czynne 10 godzin

Przychodnie są otwarte od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. Taki jest wymóg NFZ dla placówek, które podpisują z nim kontrakt na świadczenie usług medycznych. W nocy, niedziele i święta dyżury pełnią lekarze nocnej i świątecznej pomocy medycznej. Informacja, gdzie znajduje się taka najbliższa dyżurna placówka, przychodnia POZ powinna wywiesić w widocznym miejscu. Lekarz rodzinny w godzinach pracy przychodni udziela porad nie tylko we własnym gabinecie. W uzasadnionych przypadkach medycznych (np. gdy pacjent jest obłożnie chory) może realizować opiekę nad nim w jego domu. Wizyta odbywa się w godzinach pracy przychodni, ale termin trzeba wcześniej uzgodnić w rejestracji placówki POZ. Do lekarzy rodzinnych nie obowiązują kolejki. Zasadniczo świadczenie powinno być udzielone w dniu zgłoszenia. Placówki POZ wprowadzają jednak własne zasady organizacji pracy. W niektórych z nich można się do lekarza rodzinnego zapisywać z kilkudniowym wyprzedzeniem. Lekarz nie ma jednak prawa odmówić przyjęcia pacjenta w dniu zgłoszenia, gdy ten potrzebuje pilnie jego pomocy.

### Badania zleca lekarz

W gabinecie POZ pacjent może skorzystać z wielu świadczeń, do których udzielania jest uprawniony lekarz rodzinny. Zleca on pacjentowi przeprowadzenie badań laboratoryjnych, np. krwi lub moczu. Powinien wskazać choremu konkretne laboratorium, w którym zostaną mu one wykonane bezpłatnie. Usługa nie jest dla pacjenta płatna, jeśli placówka POZ zawarła stosowną umowę z danym laboratorium. Badania są wówczas opłacane ze środków przekazanych placówce POZ przez NFZ. Lekarz rodzinny nie może odmówić wydania zlecenia na takie badania, kierować do laboratorium, gdzie są one wykonywane odpłatnie, ani samemu domagać się opłat od pacjenta. W przypadku uzasadnionym medycznie materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta.

Zlecenie wystawia lekarz POZ, który na własny koszt zapewnia także pojemnik na pobrany materiał. Zlecenie wykonuje pielęgniarka, do której pacjent jest zadeklarowany.

uzasadnionym medycznie materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta.

Zlecenie wystawia lekarz POZ, który na własny koszt zapewnia także pojemnik na pobrany materiał. Zlecenie wykonuje pielęgniarka, do której pacjent jest zadeklarowany.

Wykaz badań diagnostycznych, na które kieruje i za które płaci lekarz POZ ze środków otrzymanych od NFZ, jest ściśle określony. Został on opublikowany w załączniku nr 1 część IV do rozporządzenia ministra [zdrowia](#) z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 139, poz. 1139). Lekarz POZ nie ma uprawnień do kierowania chorego na inne kosztowne badania (np. USG czy rezonans magnetyczny), które mogą zlecać choremu tylko lekarze specjaliści. Wyjątkiem od tej zasady są badania endoskopowe przewodu pokarmowego, które mogą być zlecane w POZ.

Lekarz rodzinny przeprowadza też obowiązkowe szczepienia ochronne. Odbývają się one zgodnie z programem ogłaszonym na kolejny rok w formie komunikatu głównego inspektora sanitarnego do końca października roku poprzedniego. Koszt zakupu szczepionek do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych jest finansowany z budżetu państwa. W każdej przychodni POZ powinien funkcjonować gabinet zabiegowy (punkt szczepień). Powinien być czynny od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych w godzinach pracy przychodni, przy czym punkt szczepień musi przynajmniej raz w tygodniu być dostępny dla pacjentów w godzinach popołudniowych.

## Skierowanie do specjalisty

Lekarz rodzinny ma także prawo kierować pacjenta na [leczenie](#) do specjalisty finansowane przez NFZ, a więc dla chorego bezpłatne. Może wystawić skierowanie zarówno na pierwszą konsultację, jak i kontynuację leczenia. Lekarz POZ, kierując pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych.

Do gabinetu lekarza rodzinnego chory udaje się także po przepisaniu recepty na leki refundowane, które zlecił mu specjalista. Ma prawo jednorazowo przepisać choremu taką ilość leków, która wystarczy maksymalnie do trzymiesięcznej kuracji.

Wystawia także skierowanie na bezpłatną rehabilitację, ważne przez 30 dni od jego wydania. Kieruje także chorego na leczenie uzdrowiskowe. To skierowanie jest ważne 18 miesięcy od dnia jego wystawienia.

## Leczenie bez skierowania

Do niektórych lekarzy specjalistów nie jest jednak wymagane skierowanie od lekarza POZ. Bez jego pośrednictwa można zapisać się na wizytę u:

- ginekologa i położnika,
- stomatologa,
- dermatologa i wenerologa,
- onkologa,
- psychiatry,
- okulisty.

## PRZYKŁADY

### 1. Pacjent nie musi informować NFZ o zmianie lekarza lub pielęgniarki POZ

Niedawno zmieniłem miejsce zamieszkania i chcę przenieść się do innego lekarza rodzinnego. Czy z listy dotychczasowego muszę się wykreślić?

Pacjenci mają swobodę wyboru lekarza rodzinnego, pielęgniarki oraz położnej. Bez żadnych konsekwencji mogą też zrezygnować z ich usług dwa razy w roku. Dokonując zmiany, nie muszą informować o tym wybranych wcześniej lekarza, pielęgniarkę i położną. Wystarczy złożyć nową deklarację wyboru u innego świadczeniodawcy. To on dopełni wszystkich formalności, tzn. poinformuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Zmieniając lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ, warto przypilnować, aby do nowego świadczeniodawcy została przekazana dokumentacja medyczna pacjenta. Ułatwi to kontynuację leczenia. Poprzedni świadczeniodawca ma obowiązek wydać choremu kopie lub odpisy dokumentacji medycznej. Są sporządzane na koszt pacjenta.

### 2. Lekarz rodzinny podczas swojej nieobecności musi zapewnić zastępstwo

Mój lekarz rodzinny przez trzy dni był nieobecny z powodu udziału w konferencji naukowej. Czy na czas swojej nieobecności powinien ustalić zastępcę?

NFZ wymaga, aby pacjenci mogli skorzystać ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej za każdym razem, gdy tego potrzebują. W przypadku nieobecności [lekarza](#), np. z powodu urlopu, choroby lub udziału w szkoleniu, przychodnia lub sam medyk muszą zapewnić zastępstwo. Taki obowiązek wynika z zasad realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Powinno być zorganizowane w taki sposób, aby inny lekarz POZ był dostępny dla pacjentów w tym samym lokalu i czasie, zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dodatkowo przychodnia powinna poinformować chorych o ustanowionym zastępstwie, umieszczając odpowiednio wcześniej taką informację w miejscu udzielania świadczeń.

### 3. Lekarz POZ przepisuje choremu przewlekłe leki refundowane

Od kilku lat choruję na astmę i zażywam te same leki przeciwastmatyczne. Lekarz rodzinny odmówił mi ich przepisania, odsyłając mnie do specjalisty. Czy miał do tego prawo?

Lekarz POZ może kontynuować terapię zastosowaną przez specjalistę. Zgodnie jednak z rozporządzeniem ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej musi dysponować udokumentowanym rozpoznaniem choroby. Taką informację przekazuje mu lekarz specjalista, który podjął leczenie danego pacjenta. Powinna mu być ona wydana w momencie ustalenia przez niego diagnozy i podjęcia terapii. Musi zawierać rozpoznanie oraz informacje o sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, zakresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Powinna być przekazana lekarzowi POZ nie rzadziej niż

Taką informację przekazuje mu lekarz specjalista, który podjął leczenie danego pacjenta. Powinna mu być ona wydana w momencie ustalenia przez niego diagnozy i podjęcia terapii. Musi zawierać rozpoznanie oraz informacje o sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, zakresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Powinna być przekazana lekarzowi POZ nie rzadziej niż raz do roku, a także w każdym przypadku zmiany leczenia.

#### **Podstawa prawna**

Art. 28, art. 55 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Załącznik nr 1 część IV rozporządzenia ministra zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 139, poz. 1139).

#### **Beata Lisowska**

13 czerwca 13 (nr 113)

Dziennik Gazeta Prawna