

Porozumienie nr **POWR.05.02.00-00-0005/20-00/3858/2021/52**

Tytuł Projektu: **Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych**
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Standardy przestrzegania praw pacjenta w Podstawowej Opiece Zdrowotnej - procedury i dobre praktyki

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta



Rzeczpospolita
Polska



Rzecznik Praw Pacjenta

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



www.gov.pl/rpp

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce opracowanie, które dotyczy przestrzegania praw pacjenta w podmiocie leczniczym. Jest to część projektu współfinansowanego ze środków unijnych „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”.

Celem publikacji jest wprowadzenie w podmiotach dobrych praktyk, które mają za zadanie poprawę bezpieczeństwa pacjenta podczas udzielanych świadczeń zdrowotnych. a w konsekwencji zwiększenie poziomu przestrzegania praw pacjenta. Poradnik będzie stanowił pomocnicze narzędzie do samokontroli w podmiocie leczniczym

w zakresie przestrzegania praw pacjenta. W ramach opracowania przygotowaliśmy listę kontrolną, która będzie wsparciem dla kadry zarządzającej w przeciwdziałaniu wystąpienia sytuacji niepożądanych. Mamy nadzieję, że korzystanie z tej listy wpłynie na podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie praw pacjenta.

Dynamiczny rozwój systemu ochrony zdrowia zmieniał sytuację pacjenta. Przez wiele lat nie było w Polsce dokumentu ujmującego prawa pacjenta w jednym akcie, a były one rozproszone w wielu przepisach prawnych. Dopiero przyjęcie ustawy o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta pozwoliło na wsparcie pacjentów i ich rodzin.

Podręcznik pozwoli Państwu zapoznać się, z poszczególnymi prawami pacjenta, zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych, a także z przykładami dobrych praktyk, których przestrzeganie ma zapewnić odpowiednie poszanowanie praw pacjenta.

Mam nadzieję, że niniejsze opracowanie pomoże Państwu lepiej zrozumieć prawa pacjenta co wpłynie na poprawę jakości usług zdrowotnych udzielanych w Państwa placówce.

Bartłomiej Chmielewicz

Rzecznik Praw Pacjenta

I. PRAWA PACJENTA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Jednym z podstawowych praw, zagwarantowanych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, jest prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na władzach publicznych. Warunki i zasady udzielania wspomnianych świadczeń zdefiniowane są w ustawach i aktach wykonawczych. Oznacza to, że każdy ubezpieczony pacjent otrzymuje takie same świadczenia opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to powszechnie dostępna, najważniejsza część systemu ochrony zdrowia. POZ powinna zapewniać kompleksową opiekę zdrowotną nad pacjentem oraz jego rodziną. Celem POZ jest ocena potrzeb objętej opieką populacji, ustalenie priorytetów zdrowotnych oraz działań profilaktycznych. Uzyskanie świadczeń zdrowotnych w POZ wiąże się ze złożeniem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Jak wskazano powyżej, POZ to fundament udzielanych świadczeń zdrowotnych. Swoim zasięgiem obejmuje największą liczbę pacjentów, w związku z czym generuje największą liczbę problemów.

Świadczenia POZ realizowane są najczęściej w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, przychodni lub poradni), a w uzasadnionych przypadkach także w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej.

Podstawowym aktem prawnym regulującym prawa pacjenta jest ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W ustawie został uregulowany podstawowy katalog praw pacjenta.

Rzecznik Praw Pacjenta - jest urzędem centralnym powołanym w celu ochrony praw pacjenta. Wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Rzecznik jest niezależnym organem, a nadzór nad jego działalnością sprawuje

wyłącznie Prezes Rady Ministrów. Zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta jest dbałość o to, aby prawa pacjentów były w należyty sposób przestrzegane przez przychodnie, szpitale, lekarzy i wszystkie placówki, które zajmują się udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Pacjent - to w świetle obowiązujących przepisów prawa osoba, która:

- Zwraca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub
- korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital, przychodnię lub osobę wykonującą zawód medyczny, na przykład lekarza czy pielęgniarkę.

Prawa pacjenta powinny być spisane i łatwo dostępne. Natomiast personel medyczny na życzenie pacjenta udziela mu właściwych wyjaśnień na temat przysługujących mu praw.

PRAWA PACJENTA	KRYTERIA	DOBRE PRAKTYKI/STANDARDY POSTĘPOWANIA
Prawo do świadczeń zdrowotnych (rozdział 2 upp)	- zgodnie z aktualną wiedzą medyczną - z dołożeniem należytej staranności - w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, bez zbędnej zwłoki - w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń - do zasięgnięcia opinii innego lekarza/konsylium	- kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjenta - uwzględnienie aktualnych wytycznych/standardów towarzystw medycznych - traktowanie pacjenta jako równoprawnego z lekarzem uczestnika udzielania świadczeń zdrowotnych - podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych - bieżąca weryfikacja prowadzonych list oczekujących, niezwłoczne informowanie pacjentów dostępnymi środkami o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia

Prawo pacjenta do informacji (rozdział 3 upp)	- informacja o zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych - do dostatecznie wczesnej informacji o przyczynach odstąpienia od leczenia - do wyczerpującej informacji o stanie zdrowia oraz stosowanych metodach diagnostyczno-leczniczych - upoważnienie innych osób do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta - prawo do nieprzekazywania informacji w sytuacji, gdy pacjent sobie tego życzy	- wywieszenie informacji o prawach pacjenta w miejscach widocznych ogólnodostępnych (dbanie o bieżącą ich aktualizację) - odstąpienie od leczenia powinno być przekazane pacjentowi również ustnie (adnotacja w dokumentacji medycznej w formie oświadczenia podpisanego przez pacjenta /przedstawiciela ustawowego – umożliwi to kontrolę zasadności takiej odmowy leczenia) - pacjentowi powinna zostać przekazana informacja o możliwości nieprzekazywania mu informacji. Pacjent może zmienić zdanie i być (nie)informowany o stanie zdrowia - informacje przekazywane pacjentowi powinny być sformułowane w sposób jasny oraz zrozumiały, a także powinny być pełne i przystępne - po udzieleniu informacji należy, potwierdzić czy pacjent zrozumiał przekazywane mu informacje oraz czy ma dodatkowe pytania - jeśli pacjent upoważnił więcej niż jedną osobę do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia lub też posiada więcej niż jednego ustawowego przedstawiciela, osoba wykonująca zawód medyczny powinna udzielać wyczerpujących informacji o stanie zdrowia tego pacjenta każdej z tych osób - pacjent (przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona) może umówić się z lekarzem, że
--	---	--

		będzie zwracał się o udzielenie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta np. drogą telefoniczną, zaś celem umożliwienia identyfikacji osoby dzwoniącej zostanie wcześniej ustalone hasło (kod). Należy wprowadzić procedurę udzielania informacji na odległość - osoba wyznaczona z personelu POZ powinna zapraszać pacjentów na badania profilaktyczne
Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (rozdział 3a upp)	- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi, który jest odpowiedzialny za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu, działania niepożądanego produktu leczniczego	- umożliwienie zgłoszenia lekarzowi niepożądanych działań produktów leczniczych - personel medyczny powinien zadzwonić do pacjenta, zapytać jak się czuje po leczeniu, czy nic się nie dzieje po zastosowanym leczeniu /szczepieniu
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (rozdział 4 upp)	- osoby wykonujące zawód medyczny zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych	- zakaz udzielania osobom nieupoważnionym informacji o stanie zdrowia pacjenta - informowanie o stanie zdrowia pacjenta tylko osobę lub osoby upoważnione - zakaz przekazywania informacji o pacjentach w prywatnych rozmowach, które nie mają związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (rozdział 5 upp)	- pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji na temat stanu swojego zdrowia. - prawo pacjenta na wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania	- przekazanie przystępnej informacji przed wyrażeniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego - przygotowanie formularzy zgody, w przypadku świadczeń zdrowotnych, które stwarzają podwyższone ryzyko ich stosowania - przygotowanie indywidualnych formularzy uwzględniających konkretne świadczenia zdrowotne - informowanie o możliwych, najczęściej występujących powikłaniach - jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, lekarz nie powinien informować rodziny, że działania medyczne zostaną podjęte po ubezwłasnowolnieniu pacjenta, wyznaczeniu opiekuna i wyrażeniu zgody przez przedstawiciela. Obowiązkiem lekarza jest, nie czekając na ewentualne rozpoczęcie procedury sądowej w sprawach o ubezwłasnowolnienie, wystąpienie osobiście do sądu opiekuńczego o zezwolenie na podjęcie określonych działań medycznych - odebranie zgody od opiekuna faktycznego na badanie pacjenta małoletniego (np. od babci, wujka, opiekunki itp.)
Prawo do poszanowania intymności i godności	- do poszanowania intymności i godności pacjenta	- poszanowanie intymności poprzez zapewnienie poufności i ochrony prywatności w trakcie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

pacjenta (rozdział 6 upp)	- prawo do leczenia bólu¹ - prawo do obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.	- przyjmowanie pacjentów pojedynczo w gabinecie - zapewnienie pacjentowi możliwości przygotowania się do badania - pacjent do gabinetu wchodzi sam lub z sobą mu towarzyszącą - dziecko ma prawo do jednoczesnej obecności matki i ojca - zakaz wchodzenia do gabinetu innych pacjentów lub osób im towarzyszących - zakaz wchodzenia personelu medycznego i administracyjnego, jeżeli nie biorą udziału w udzielaniu świadczenia zdrowotnego - w gabinetach powinny być zapewnione parawany umożliwiające zachowanie intymności - personel medyczny powinien zwracać się do pacjenta w sposób kulturalny i z szacunkiem, okazując cierpliwość i wyrozumiałość - personel medyczny powinien przekazywać informacje w sposób jasny i zrozumiały - obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na życzenie pacjenta (w przypadku braku takiej możliwości poinformowanie pacjenta
--------------------------------------	---	---

¹ Obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest podejmowanie działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

		o przyczynach odmowy i odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej)
Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej (rozdział 7 upp)	- pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych - zapewnienie ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej - udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentowi, przedstawicielom ustawowym oraz osobom upoważnionym	- dokumentacja medyczna stanowi odwzorowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych - ochrona przed nieuprawnionym dostępem osób postronnych, zniszczeniem wytworzonej dokumentacji medycznej - weryfikacja katalogu osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza (rozdział 8 upp)	- zarówno pacjent, jak i jego przedstawiciel ustawowy może wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza ² , jeżeli ma ono wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa ³	- wydanie opinii lub orzeczenia przez lekarza o stanie zdrowia pacjenta

II. PACJENT MAŁOLETNI

System ochrony zdrowia wymaga, aby osoby wykonujące zawód medyczny objęły szczególną uwagę pacjentów małoletnich. Pacjent, który ukończył 18. rok życia jest pełnoletni i ma pełne prawo do samodzielnego decydowania o sobie. Leczenie pacjenta pełnoletniego na żądanie jego rodziców jest niedopuszczalne.

² Opinia, jak i orzeczenie zostały określone w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

³ <https://www.gov.pl/web/rpp/sprzeciw-wobec-opinii-orzeczenia-lekarza>

Pacjent, który nie ukończył 18. roku życia czyli małoletni, nie posiada pełnego prawa do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojego leczenia. Natomiast pacjenci poniżej 16 roku życia nie mają prawa do decydowania o swoim stanie zdrowia i podjęcia decyzji o swoim stanie zdrowia.

W przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy (rodzic, opiekun) ma obowiązek wysłuchania dziecka i uwzględnienia w miarę możliwości jego zdania w procesie diagnostyczno-leczniczym. Pacjent do ukończenia 16. roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i tylko w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia. Przekazywane informacje muszą być dostosowane do poziomu zrozumienia przez pacjenta.

Pacjenci małoletni w wieku 16-18 lat, mają prawo do współdecydowania o swoim zdrowiu, a ich leczenie wymaga zgody kumulatywnej, tzn. pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. Jest to sytuacja, w której konieczne jest uzyskanie podwójnej zgody. Zgoda powinna być uzyskana w formie pisemnej, a jej formularz musi zawierać wszystkie elementy, które są wymagane w formularzu przygotowanym dla osoby dorosłej. Jeżeli małoletni sprzeciwia się leczeniu, na które zgodę wyrazili przedstawiciele ustawowi, to do podjęcia leczenia wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgoda sądu wymagana jest również w sytuacji odwrotnej.

Z kolei jeżeli pacjent jest osobą:

- całkowicie ubezwłasnowolnioną;
- z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie;

zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego udziela przedstawiciel ustawowy pacjenta. Natomiast sam pacjent może wyrazić jedynie sprzeciw na podjęcie takich działań medycznych.

W sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zaś pacjent sprzeciwia się temu sprzeciw, konieczne będzie uzyskanie zgody sądu opiekuńczego.

W zakresie tego prawa mogą jednak wystąpić wyjątki, w przypadkach gdy:

1. Pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej.

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej. Jest to możliwe gdy ze względu na stan zdrowia lub zaawansowany wiek, pacjent nie może wyrazić zgody na pomoc medyczną i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

2. Zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody, groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Taką decyzję lekarz powinien, w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem i wszystko odnotować w dokumentacji medycznej. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

3. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody.

Lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji na ten temat w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

III. REJESTRACJA

Punkt rejestracji jest wizytówką i miejscem pierwszego kontaktu pacjenta z podmiotem leczniczym. Dlatego ważnym elementem jest respektowanie praw pacjenta już podczas pierwszego kontaktu.. Personel powinien szanować i mieć na

uwadze godność pacjentów, w szczególności osób upośledzonych fizycznie, z zaburzeniami psychicznymi, słabszych i nieporadnych.

Już pierwszy kontakt z placówką buduje wyobrażenia oraz opinie o jakości pracy całego podmiotu. W jaki sposób zadbać o pozytywne pierwsze wrażenie pacjenta?

KRYTERIUM	DOBRE PRAKTYKI/STANDARDY POSTĘPOWANIA
Ład i porządek	– pacjent nie powinien widzieć brudnych kubków od kawy, kanapek czy prywatnych drobiazgów rejestratorek - schludny, estetyczny wygląd – uniform pracowniczy powinien być czysty i wyprasowany, fryzura i makijaż – dyskretne - personel placówki powinien kulturalnie i empatycznie zwracać się do pacjentów - pacjent powinien mieć zapewnioną możliwość zidentyfikowania personelu (łatwa możliwość zidentyfikowania imienia i nazwiska oraz funkcji poszczególnych osób pracujących w jednostce - bez względu na formę zatrudnienia). Pozwala to orientować się pacjentom, do kogo powinni zwracać się z określonymi problemami
Rejestracja	- brak rejonizacji (opracowane procedury w zakresie przyjmowania pacjentów nie mających złożonych deklaracji do POZ, będących w stanie zagrożenia życia i zdrowia) - sposoby rejestracji: • osobista • telefoniczna • za pośrednictwem osób trzecich • drogą elektroniczną - pracownik rejestracji medycznej podczas zapisywania pacjenta na wizytę – również drogą telefoniczną – przestrzega zasad w zakresie ochrony danych osobowych, w tym rozporządzenia RODO - pacjent ma prawo zapisać się na wizytę każdego dnia pracy podmiotu leczniczego⁴. Świadczenia powinny być udzielane w możliwie najkrótszym terminie - podczas rejestracji pacjent powinien otrzymać informację o dacie i godzinie wizyty

⁴ Wyznaczanie przez świadczeniodawcę dni do zapisywania się jest niezgodne z prawem

	- na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy rejestracji. Pacjent nie może być zmuszany do osobistego rejestrowania się na wizytę - w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, weryfikacja prawa pacjenta do otrzymania świadczeń zdrowotnych następuje w systemie EWUŚ na podstawie numeru PESEL - przestrzeń pracy rejestracji powinna być na tyle dyskretna, aby przebieg rozmowy nie był słyszany przez osoby postronne. Pracownik rejestracji nie ma prawa powtarzać za pacjentem jego imienia i nazwiska czy numeru PESEL – jeśli pacjent mówi niewyraźnie, należy poprosić go o ich powtórzenie. Dane pacjenta muszą być chronione przed postronnymi osobami - podmiot powinien gwarantować odbieranie telefonów w godzinach pracy lub oddzwanianie na połączenia nieodebrane oraz odpowiadanie na wiadomości e-mailowe oraz inne formy kontaktu udostępnione przez placówkę (SMS-y, wiadomości na Messengerze) - pacjent powinien otrzymać w rejestracji informacje o: • dacie i godzinie wizyty • zakresach świadczeń udzielanych w placówce • kolejce oczekujących • formach i terminach zapisu do lekarza • wymaganych dokumentach koniecznych przy przyjęciu do lekarza • adresach miejsc wykonywania zleconych badań diagnostycznych • organizacji pracy przychodni • zasadach udostępniania dokumentacji medycznej
Informacja o przysługujących prawach pacjenta	- prawa pacjenta są spisane i łatwo dostępne dla pacjentów - personel medyczny zna prawa pacjenta i umie udzielić o nich informacji. Na życzenie pacjenta wyjaśniania mu niezrozumiałe przez niego kwestie - pacjent powinien mieć możliwość złożenia skargi, uwagi i wniosku również anonimowo. Podmiot powinien zapewnić możliwość złożenia przez pacjenta skargi ustnej bądź uwagi pisemnej.

	Informacja o możliwości złożenia wniosku powinna być widoczna w powszechnie dostępnym miejscu - skargi, wnioski uwagi pacjentów są poddawane ocenie i w oparciu o nie wyciągane są wnioski. Jeżeli wnioski zakładają potrzebę podjęcia działań, to kierownictwo określa zakres, termin ich realizacji. Wyniki prowadzonej analizy skarg są dokumentowane, a wszystkie skargi, uwagi i wnioski są archiwizowane - informacja o organizacji całodobowej opieki medycznej, w szczególności poza godzinami przyjęć jednostki oraz w dni wolne od pracy jest zrozumiała i łatwo dostępna. Umieszczona jest także na zewnątrz jednostki i na stronie internetowej, jeżeli podmiot leczniczy taką posiada - cennik opłat za świadczone usługi, jeżeli POZ udziela świadczeń komercyjnych, nie objętych umową z NFZ - pacjenci winni mieć łatwy dostęp do wyczerpujących informacji na ten temat. Informacja o zakresie i kosztach poszczególnych świadczeń poza kontraktowych wymagających opłaty lub dopłaty ze strony pacjenta winna być umieszczona w widocznym dla pacjentów miejscu
Ocena dostępności i badanie opinii pacjentów	- podmiot leczniczy na bieżąco analizuje zakres dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów - podmiot leczniczy ocenia jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o ankiety satysfakcji wypełniane przez pacjentów (narzędzie ma na celu identyfikację oczekiwań i preferencji pacjentów, jak również ma na celu identyfikację problemów występujących w POZ) - podmiot dokonuje analizy wystawianych skierowań do szpitala pod względem liczby i częstości odmów hospitalizacji – z analizy tej wyciąga wnioski
Wyznaczanie wizyt	- terminarz jest elastyczny, aby umożliwić pacjentom uzyskanie świadczeń zdrowotnych w możliwie najszybszym terminie. Powinien uwzględniać pacjentów zgłaszających się w stanie nagłym - czas przeznaczony na wizytę jest uzależniony od indywidualnych problemów pacjenta

	- pracownicy rejestracji wyznaczając godziny przyjęć pacjentów uwzględniają: planowych – takich, który termin wizyty został ustalony podczas poprzedniej wizyty pilnych – którym należy zapewnić możliwość wizyty w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia nagłych – wymagających przyjęcia natychmiastowego od chwili zgłoszenia
Efektywny system rejestracji telefonicznej	- podmiot leczniczy powinien posiadać odpowiednią liczbę numerów telefonicznych i rejestratorek, która umożliwia pacjentom łatwe dodzwonienie się w godzinach pracy. Należy dokonywać bieżącej analizy w zakresie zapewnienia pacjentom sprawnego i skutecznego kontaktu

IV. DEKLARACJA WYBORU LEKARZA, PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ POZ

Pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Pacjent, w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinien wykonać wybór i złożyć deklarację.

Noworodki do 6 miesiąca życia, które nie mają nadanego numeru PESEL mogą być zgłaszane na listę lekarza/pielegniarki/położnej POZ na podstawie ubezpieczenia rodzica lub opiekuna prawnego.

! Podczas pobytu pacjenta poza miejscem zamieszkania, np. na wakacjach, pacjent ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Pacjent, w ramach wyboru, o którym mowa powyżej, może złożyć deklarację zawierającą wybór:

- lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy albo

- lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u różnych świadczeniodawców albo
- lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ będących świadczeniodawcami tworzących zespół POZ.

! Pacjent składający deklarację do POZ nie ma obowiązku wybrania wszystkich trzech zakresów świadczeń w tej samej przychodni.

Wybór lekarza POZ lub pielęgniarki POZ lub położnej POZ pacjent potwierdza oświadczeniem woli, zwanym dalej "deklaracją wyboru". Wyboru dokonuje pacjent w swoim imieniu. W imieniu innej osoby deklarację mogą złożyć pełnoletni opiekunowie lub opiekunowie prawni pełnoletnich dzieci bądź innych osób, dla których został ustanowiony opiekun.

Dopuszczalnym sposobem złożenia przez pacjenta deklaracji wyboru jest:

- w postaci papierowej;
- w postaci elektronicznej, złożonym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;
- złożonym za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666).

Uwaga!

Niedopuszczalne jest przyjmowanie deklaracji wyboru podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzone wyłącznie oświadczeniem złożonym przez pacjenta.

Z uwagi na trwającą sytuację epidemiczną możliwe jest przesłanie przez pacjenta skanu poprawnie wypełnionej i podpisanej deklaracji wyboru drogą elektroniczną⁵.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:

⁵ § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii

- udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;
- przed przyjęciem deklaracji wyboru, sprawdzić uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wypełnione deklaracje wyboru, świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie albo w miejscu udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych.

Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawcy, są obowiązani do poinformowania pacjentów o możliwości zmiany wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może złożyć do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wniosek, w którym wskaże świadczeniodawcę, który zabezpieczy udzielanie tych świadczeń pacjentom, którzy potwierdzili w deklaracji wyboru wybór wnioskującego świadczeniodawcy, w przypadku gdy jego umowa wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu.

Lekarza POZ, pielęgniarkę lub położną pacjent ma prawo wybrać bezpłatnie dwa razy w roku kalendarzowym. Za kolejną zmianę wnosi opłatę.

Pacjent nie płaci za kolejną zmianę lekarza, jeśli będzie ona związana:

- ze zmianą miejsca zamieszkania pacjenta;
- zamknięciem bądź likwidacją przychodni, w której do tej pory się leczył;
- przejściem na emeryturę lekarza POZ, u którego dotychczas się leczył;
- ukończeniem przez pacjenta lub dziecko pacjenta 18 lat.

Zmiany dokonuje się poprzez wypełnienie u nowo wybranego lekarza/ pielęgniarki/ położnej POZ druku deklaracji, przy czym pacjent nie ma obowiązku powiadamiania poprzedniego świadczeniodawcy o tej zmianie.

V. WIZYTY DOMOWA

Wizyta domowa przysługuje pacjentom na podstawie zapisów zarządzenia Prezesa NFZ⁶. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia pacjenta, świadczeniodawca zapewnia realizację świadczeń, także poprzez wizyty domowe.

Pacjenci mają prawo do wizyty domowej, **w sytuacji gdy ich stan zdrowia się pogorszy bądź nagle zachorują i nie są w stanie udać się do swojego lekarza rodzinnego osobiście.**

W uzasadnionych przypadkach, gdy stan pacjenta jest poważny, wizyta domowa powinna się odbyć w dniu zgłoszenia. W sytuacji gdy wizyta domowa dotyczy osoby chorej przewlekle, termin ustala się z pacjentem.

1. Sposoby ustalania wizyty domowej

Pacjent ma prawo do ustalenia wizyty domowej osobiście, telefonicznie lub poprzez osoby trzecie, analogicznie tak jak w przypadku wizyty lekarskiej w przychodni.

! Ważne informacje

Wizyta domowa przysługuje również w nocy i w okresie świąt, w ramach tzw. nocnej i świątecznej opieki medycznej. Przychodnia jest zobligowana do udzielenia informacji pacjentom o możliwościach uzyskania pomocy poza standardowymi godzinami pracy. Podmiot ma obowiązek zapewnienia wizyt domowych w okresie nocnym i świątecznym w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub nagłego zachorowania, z wyłączeniem sytuacji zagrażających życiu pacjenta.

Jeżeli podczas wizyty domowej lekarz uzna, że stan zdrowia pacjenta wymaga przewiezienia go do szpitala, może on w takiej sytuacji liczyć na transport do najbliższego szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych. Natomiast w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia lekarz może wezwać zespół ratownictwa medycznego.

2. Wizyty domowe pielęgniarki i położnej

Świadczenia pielęgniarki i położnej realizowane są w formie świadczeń ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych

⁶ zarządzenie nr 72/2009/DSOZ z 3 listopada 2009 r.

wskazaniami medycznymi podczas wizyty domowej: dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki i położnej stanowiący integralną część umowy.

Świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania. W przypadku kiedy konieczna jest zmiana opatrunków czy na przykład regularne zastrzyki, pacjent wówczas może liczyć na pomoc pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli stan zdrowia pacjenta będzie wymagał zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń pielęgniarskich również po godzinie 18 lub w weekend oraz w dni wolne od pracy, wówczas pacjent uzyska pomoc w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej.

Pielęgniarka pomaga w terapii prowadzonej przez lekarza, aplikuje zastrzyki, zmienia opatrunki, wykonuje zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze. Pacjent może liczyć na wsparcie pielęgniarki w ustaleniu sposobu żywienia. Pacjenci wraz ze swoim rodzinami mogą liczyć na rady w zakresie codziennej opieki i pielęgnacji.

VI. STANDARDY TELEPORAD

Sytuacja epidemiologiczna w kraju wymagała od wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej podejmowania dodatkowych wysiłków w walce z tak niebezpiecznym i powszechnym zjawiskiem jakim jest koronawirus SARS-CoV-2.

Rozpowszechnienie możliwości korzystania z teleporad w kolejnych miesiącach spowodowało zwiększenie świadomości pacjentów w jaki sposób w obecnej sytuacji mogą uzyskać poradę lekarza POZ.

Rozporządzeniem z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁷ ujednolicono udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie teleporady. Wprowadzenie standardu teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej miało służyć zapewnieniu odpowiednich warunków realizacji teleporady, gwarantując ten sam standard realizacji świadczeń przez

⁷ Dz.U. z 2020 r., poz. 1395, ze zm.

świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, przy zachowaniu bezpieczeństwa informacji medycznych przekazywanych drogą elektroniczną.

1. Standard teleporady w ramach POZ ma zapewnić realizację teleporady z uwzględnieniem takich elementów jak:

- opracowanie i udostępnienie przez świadczeniodawcę w miejscu wykonywania świadczeń oraz na swojej stronie internetowej informacji o zasadach udzielania teleporad, a na żądanie pacjenta również telefonicznie;
- pacjent ma prawo do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym;
- pacjent albo jego opiekun ustawowy może nie wyrazić zgody na realizację świadczenia w formie teleporady; wtedy należy umożliwić im odbycie wizyty w formie osobistej;
- potwierdzenie tożsamości świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego - tożsamość pacjenta można także potwierdzić za pomocą IKP lub dokumentu tożsamości, który pacjent okazuje w trakcie wideoporady;
- zapewnienie poufności teleporady;
- poinformowanie świadczeniobiorcy o sposobie realizacji e-recepty, e-skierowania, orzeczeniu o czasowej niezdolności do pracy, w przypadku ich wystawienia oraz o możliwości założenia przez świadczeniobiorcę Internetowego Konta Pacjenta, w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada takiego konta, w celu ułatwienia dostępu do informacji przekazanych w ramach teleporady;
- pacjentowi albo jego opiekunowi ustawowemu możemy odmówić wizyty osobistej tylko wyłącznie:
 - ✓ w przypadku porady recepturowej, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej,
 - ✓ wystawienia recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia,
 - ✓ w przypadkach związanych z wydaniem zaświadczenia.
- nie można przeprowadzić teleporady w przypadku:

- ✓ pierwszej wizyty realizowanej przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ, wskazanych w deklaracji wyboru,
- ✓ choroby przewlekłej, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów,
- ✓ podejrzenia choroby nowotworowej,
- ✓ dzieciom do 6. roku życia poza poradami kontrolnymi w trakcie leczenia, ustalonego w wyniku osobistego badania pacjenta, których udzielenie jest możliwe bez badania fizykalnego,
- ✓ z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w części II ust. 2 pkt 1 lit. b oraz ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 1749, 1873 i 2043).
- terminy realizacji teleporad:
 - ✓ nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobistego, albo
 - ✓ w późniejszym terminie ustalonym w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym;
- w przypadku teleporad pacjentowi przysługują takie same prawa pacjenta jak w przypadku wizyty osobistej;
- określenie zasad kontaktu lekarza z pacjentem celem udzielania teleporady:
 - ✓ połączenie telefoniczne następuje w godzinie wyznaczonej wizyty. Lekarz wykonuje połączenie do pacjenta;
 - ✓ w przypadku braku połączenia za pierwszym razem, lekarz jest zobowiązany do podjęcia kolejnych co najmniej trzech prób połączeń, w odstępie nie krótszym niż 5 minut;
 - ✓ teleporady nie powinny być udzielane w obecności innych osób lub innych pacjentów znajdujących się w gabinecie lekarskim;

- ✓ w przypadku możliwości technicznych możliwe jest przeprowadzenie wideoporady;
- ✓ w dokumentacji medycznej pacjenta odnotowujemy przeprowadzenie porady lekarskiej w formie teleporady lub jej brak wraz ze zaznaczeniem kiedy były wykonywane próby połączenia z pacjentem;
- ✓ lekarz na początku rozmowy na obowiązek podania swoich danych osobowych. Musi to zrobić także w trakcie teleporady na żądanie pacjenta;
- ✓ jeśli udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie teleporady jest niewystarczające należy poinformować pacjenta o konieczności odbycia wizyty osobistej.

VII. PORADA RECEPTUROWA

Porada recepturowa jest to świadczenie obejmujące ordynację leków, którego celem jest kontynuacja leczenia specjalistycznego, powiązana min. z weryfikacją dawek zaordynowanych leków, stanem zdrowia pacjenta, może zawierać osobiste badanie pacjenta⁸.

Zapotrzebowanie na leki bez wizyty u lekarza powinno zostać zrealizowane najwyżej w dwóch następujących po sobie okresach o łącznej długości nie więcej niż 6 miesięcy. Po upływie 6 miesięcy kontynuacja leczenia powinna być rozważona wizyta w gabinecie lekarskim za wyjątkiem leków zaleconych przez specjalistę w formie pisemnej odpowiedzi na zleconą konsultację specjalistyczną o ile lekarz specjalista nie określił potrzeby ponownej konsultacji. Lekarz w razie wątpliwości powinien zweryfikować stan zdrowia pacjenta.

Aby udzielenie porady recepturowej nastąpiło zgodnie z prawem, łącznie muszą zostać spełnione następujące warunki:

- recepta musi być niezbędna do kontynuacji leczenia,

⁸ Z początkiem roku zmianie uległ art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w którym określone zostały warunki udzielenia tzw. porady receptowej. Zmiany te umożliwiają wystawienie recepty bez uprzedniego, osobistego zbadania pacjenta (tzw. recepta zaoczna), bez styczności z pacjentem, jak również wprowadzają obowiązek dokonania odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej oraz zasady wydania wystawionej recepty w ramach porady receptowej.

- wizyta recepturowa musi być uzasadniona stanem zdrowia pacjenta,
- stan zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie porady recepturowej musi być odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta.

Porada recepturowa dotyczy wyłącznie zapotrzebowania na leki przyjmowane w schorzeniach przewlekłych. Recepta wypisywana jest na lek przyjmowany stale w chorobach przewlekłych, który został ustalony na poprzednich wizytach.

1. Zamawianie wizyty recepturowej („powtórzenie leków”):

- zamawianie wizyty recepturowej odbywa się w rejestracji przychodni, telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej, osoby trzeciej;
- rejestracja w przychodni możliwa jest od poniedziałku do piątku w godzinach pracy przychodni;
- telefoniczna rejestracja na wizytę recepturową możliwa jest od poniedziałku do piątku w wyznaczonych godzinach przyjęć przychodni;
- do rejestracji na wizytę recepturową za pośrednictwem poczty elektronicznej Podmiot zobowiązany jest o podanie adresu swojej strony.

2. Wizyta recepturowa odbywa się w rejestracji przychodni po uprzednim dostarczeniu zamówienia na receptę. Aby skorzystać z porady recepturowej pacjent w dniu złożenia zapotrzebowania powinien posiadać aktywną deklarację do lekarza POZ.

3. Zapotrzebowanie na recepty

Pacjent może składać na 2 sposoby:

- osobiście: pobierając i wypełniając ankietę w recepcji,
- drogą elektroniczną (pobierając druk ze strony internetowej), podmiot powinien udostępnić przystępną informację o procedurze składania zapotrzebowania na leki drogą elektroniczną (adres strony, kolejność otwierania zakładek na stronie itp.). Pacjent może wysłać zapotrzebowanie drogą elektroniczną w formie skanu lub zdjęcia na adres poczty elektronicznej podmiotu. Ze względów bezpieczeństwa Pacjent może zabezpieczyć plik ze

skanem poprzez jego zaszyfrowanie (zahasłowanie), np. programem 7zip i podać hasło telefonicznie w rejestracji podmiotu leczniczego.

4. Druki na zamówienie leków

Podmiot powinien zapewnić Pacjentom dostęp do druków zamówienia pisemnego na leki celem ułatwienia i przyspieszenia składania zapotrzebowania. Druki takie powinny być dostępne w rejestracji oraz do pozyskania ze strony internetowej podmiotu. Na zamówieniu pisemnym powinny znaleźć się imię i nazwisko pacjenta, PESEL, wykaz leków wraz z dawkami i ilością zamawianych opakowań.

5. Osoby uprawnione do odbioru recept

Recepty mogą być przekazane pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty po spełnieniu warunków:

- recepty można odebrać osobiście - za okazaniem dokumentu tożsamości ze zdjęciem;
- za pośrednictwem innej osoby wskazanej w upoważnieniu po potwierdzeniu jej tożsamości.

Recepta powinna być wystawiona niezwłocznie od momentu złożenia zapotrzebowania.

Lekarz może nie zrealizować zapotrzebowania na recepty w ilościach wskazanych przez pacjenta, jeżeli uzna, że stan zdrowia pacjenta mający odzwierciedlenie w dokumentacji lekarskiej budzi uzasadnione wątpliwości i zachodzi potrzeba osobistego zbadania pacjenta.

Lekarz może odmówić wystawienia recept jeżeli zapotrzebowanie na recepty wystawione będzie w sposób nieczytelny lub niepoprawny – pisemne uzasadnienie odmowy dostępne powinno być w Recepcji.

VIII. OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Przychodnia POZ powinna zapewnić opiekę pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci mają mieć możliwość skorzystania z takiej opieki również

w domu. Opieka musi być zorganizowana w sposób zapewniający przepływ informacji pomiędzy lekarzem, pielęgniarką i położną. Konieczne jest zapewnienie systemu bieżącego przekazywania przez pielęgniarkę (położną) lekarzowi informacji oraz przekazywania zaleceń lekarza pielęgniarce (położnej).

Podmiot leczniczy powinien mieć ustalony harmonogram opieki nad kobietami ciężarnymi oraz plan opieki okołoporodowej połączony z harmonogramem poporodowej opieki nad matką i dzieckiem. Niezbędne jest bliskie i efektywne współdziałanie pielęgniarki (położnej) z lekarzem.

1. DOBRE PRAKTYKI OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM

Przychodnia POZ organizuje opiekę okołoporodową w sposób zapewniający dobry stan zdrowia matki i dziecka;
W przypadku wystąpienia objawów patologicznych położna niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza;
Niebagatelizowanie objawów zgłaszanych przez pacjentkę, wszelkie zgłaszane nieprawidłowości są weryfikowane;
Zrozumienie lęku pacjentki przed porodem, należy wyjaśnić rzeczowo i zrozumiale wszelkie wątpliwości;
Lekarz informuje ciężarną o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje ją w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;
Kobiety w ciąży mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością;
Wszystkie kobiety w trakcie ciąży mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
Kobieta ciężarna ma prawo do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ.

2. OPIEKA ŚRODOWISKOWA I POŁOŻNICZA

Edukacja przedporodowa powinna być prowadzona w sposób przystępny i zrozumiały dla pacjentki i jej bliskich;
Edukację przedporodową można prowadzić osobiście lub online w sytuacji kiedy kontakt osobisty nie jest możliwy;
Zapewnienie pacjentce możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę położniczo-środowiskową spośród osób uprawnionych, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
Położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie poprzez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numeru telefonu kontaktowego i faksu lub adresu poczty elektronicznej;
Położna odpowiada za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej;
Zadaniem położnej jest wspieranie i pomoc, informowanie i rozpoznawanie stanów wymagających pomocy lekarskiej i realizowanie zleceń lekarskich oraz szerzenie profilaktyki i edukowanie prozdrowotnie;
Wizyty patronażowe przeprowadzane są zgodnie z harmonogramem, ustalając jej termin z pacjentką;
Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka);
Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej;

Podczas wizyt położna w szczególności:

- 1) ocenia oraz dokumentuje stan zdrowia położnicy i noworodka;
- 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
- 3) udziela porad na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
- 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
- 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia położnicy ze strony osoby bliskiej;
- 6) zwraca uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
- 7) zachęca matkę do karmienia naturalnego, udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
- 8) udziela instruktażu w zakresie czynności higienicznych u noworodka, w tym: techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikutu pępowiny i dna pępka;
- 9) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
- 10) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ciągu 6 tygodni od urodzenia dziecka;
- 11) udziela porad na temat zdrowego stylu życia;
- 12) udziela porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem;
- 13) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, przenikania alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w połogu, odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i

zapobiegania problemom związanym z laktacją, samo opieki położnicy i pielęgnacji dziecka;

14) realizuje świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne samodzielnie lub na zlecenie lekarskie;

15) zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji, jeżeli zachodzi taka potrzeba;

16) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;

17) motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w położu;

18) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu położu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;

19) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w położu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc;

20) W przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje położnicę lub noworodka pod opiekę lekarza.

IX. SZCZEPIENIA

Przychodnia POZ powinna informować o zakresie wykonywanych szczepień ochronnych. Informacja obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe, jak również zalecane. Opracowany program szczepień powinien obejmować warunki uzyskania świadczenia – program powinien być skonstruowany pod kątem całej rodziny, a więc obejmować wszystkie grupy wiekowe (nie tylko dzieci).

1. Książeczka Szczepień

Książeczka szczepień jest odwzorowaniem karty uodpornienia, która stanowi dokument dla osoby szczepionej lub rodziców (opiekunów prawnych dziecka). Książeczka zakładana jest na oddziale noworodkowym dla każdego

nowonarodzonego dziecka. Jest ona wydawana rodzicom i stanowi dokument historii szczepień danego dziecka. W sytuacji gdy książeczka zaginie lub ulegnie zniszczeniu, osoby przeprowadzające szczepienie w podmiocie leczniczym wydają nowy dokument (duplikat) na podstawie karty uodpornienia. Książeczka wypełniana jest przez osoby przeprowadzające szczepienie, w trakcie realizacji szczepień ochronnych, w danym podmiocie leczniczym.

UWAGA !

Brak książeczki szczepień nie może stanowić powodu do odmowy przeprowadzenia szczepienia. Brakujące informacje można uzupełnić podczas kolejnej wizyty w podmiocie leczniczym, na podstawie informacji odnotowanych w karcie uodpornienia.

2. Karta Uodpornienia

a) Dlaczego Karta Odpornościowa jest ważnym dokumentem?

Nadzór nad stanem zaszczepienia przeciwko wybranym chorobom zakaźnym poszczególnych grup osób objętych obowiązkiem szczepień oraz nadzór nad wykonaniem tego obowiązku przez osoby do tego zobowiązane jest prowadzony w oparciu o dane ze zbioru oryginalnych kart uodpornienia znajdujących się w podmiotach leczniczych. W Polsce nie istnieją bowiem rejestry osób podawanych szczepieniom ochronnym, które umożliwiałyby wgląd w stan realizacji obowiązku szczepień ochronnych. Tym samym karta uodpornienia stanowi nie tylko indywidualną wewnętrzną dokumentację medyczną podmiotu leczniczego⁹ dotyczącą przeprowadzonych szczepień ochronnych, ale również jest niepowtarzalnym dokumentem składającym się na rozproszony unikatowy krajowy zbiór kart uodpornienia przedstawiający stan zaszczepienia populacji przeciwko chorobom zakaźnym i potwierdzający dla potrzeb nadzoru wykonanie obowiązku szczepień.

b) Konsekwencje utraty karty uodpornienia.

⁹ § 2 ust. 2 pkt 1 oraz ust. 3 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

W wyniku utraty oryginalnej karty uodpornienia lub posługiwania się duplikatami karty uodpornienia tej samej osoby w kilku podmiotach leczniczych dochodziłoby do utraty danych o stanie zaszczepienia (błąd niedoszacowania) lub kilkukrotnego wykazania szczepień tej samej osoby do stanu zaszczepienia populacji (błąd przeszacowania).

c) Prawidłowe przekazywanie karty uodpornienia.

Obowiązek założenia nowonarodzonemu dziecku karty uodpornienia spoczywa na osobie wydającej zaświadczenie o urodzeniu żywym¹⁰. Tak założona karta uodpornienia po wypisaniu noworodka z oddziału noworodkowego jest następnie przekazywana wybranemu przez rodziców/opiekunów dziecka świadczeniodawcy sprawującemu podstawową opiekę zdrowotną, który umieszcza w niej kolejne wpisy dotyczące przeprowadzonych przez siebie szczepień ochronnych. Również w przypadku zmiany świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do wybranego przez niego podmiotu leczniczego każdorazowo w ślad za świadczeniobiorcą powinna zostać przekazana również oryginalna karta uodpornienia.

d) Prawo do dokumentacji medycznej.

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jak też przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie przewidują wydawania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu oryginalnej dokumentacji medycznej wewnętrznej, a jedynie umożliwiają udostępnienie im tej dokumentacji: do wglądu, w formie odpisów, kopii, wyciągów, wydruków, na nośnikach elektronicznych i za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Możliwe jest wydanie oryginału dokumentacji medycznej wewnętrznej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem jej zwrotu po wykorzystaniu jedynie podmiotowi lub organowi do tego uprawnionemu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogła by spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Pacjent i jego przedstawiciel ustawowy mogą

¹⁰ Art. 17 ust 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz.U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.)

żądać udostępnienia dokumentacji w takiej formie, ustawa o prawach pacjenta nie wyklucza ich z kręgu podmiotów uprawnionych do takiego żądania, ale przy zachowaniu zasad określonych w ustawie tj. za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Mając powyższe na względzie, nie istnieją prawne podstawy dla wydawania kart uodpornienia dzieci rodzicom tych dzieci, jedynie na podstawie zobowiązania się przez tych rodziców do przekazania karty uodpornienia do innego podmiotu leczniczego, ponieważ przesłanką upoważniającą do wydania oryginału dokumentacji medycznej jest jednocześnie zobowiązanie się do jej zwrotu po wykorzystaniu, a nie w celu jej dalszego przekazania.

3. Standardy w zakresie wyrażania zgody na szczepienie

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji.

- W świetle przepisów prawa o realizacji obowiązkowego szczepienia ochronnego u dziecka decyduje lekarz, po uprzednim przeprowadzeniu szczegółowego badania jego stanu zdrowia oraz zebraniu potrzebnych informacji w trakcie wywiadu z jego rodzicem w ramach kwalifikacyjnego badania lekarskiego.
- Lekarz przeprowadza badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego, w przypadku, gdy badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego pacjenta, lekarz wydaje skierowanie osobie objętej obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej.
- W trakcie wizyty lekarz powinien poinformować rodziców (opiekunów dziecka) o ewentualnych niepożądanych odczynach poszczepiennych oraz o odpowiedzialności z tytułu uchyłania się od obowiązkowych szczepień ich dziecka.

- Lekarz nie może wykonać szczepienia jeżeli pacjent lub opiekun prawny lub faktyczny odmówi wykonania szczepienia. Wykonanie zabiegu medycznego bez zgody pacjenta, czyli z zastosowaniem przymusu bezpośredniego dopuszcza wprawdzie art. 36 ust. 1 ustawy o szczepieniach, ale tylko wobec osoby chorej na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób.

4. Czy pacjent może odmówić wyrażenia zgody na obowiązkowe szczepienia ochronne?

Szczegółowe zasady realizacji szczepień ochronnych określa ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z art. 5 ww. ustawy osoby przebywające na obszarze RP są obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. W stosunku do osób małoletnich odpowiedzialność za wykonanie tych szczepień spoczywa na rodzicach (opiekunach dziecka). Obowiązkowi temu nie podlegają osoby przebywające w Polsce przez okres krótszy niż 3 miesiące, z wyjątkiem szczepień przeciwko wściekliźnie i tężcowi. Ustawowy obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym nie oznacza przymusowego wykonania szczepienia z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego.

Niepoddanie dziecka badaniu kwalifikacyjnemu z winy osoby zobowiązanej, nie skutkuje ustaniem obowiązku szczepienia ochronnego; obowiązek zbadania dziecka jest bowiem integralnym elementem procedury szczepienia. Dopiero stwierdzenie przez lekarza przeciwwskazań do szczepienia może uwolnić od wykonania ustawowego obowiązku (wyrok NSA z dnia 7 lutego 2018 r., sygn. akt. II OSK 933/16).

5. Konsekwencje odmowy poddania się obowiązkowym szczepieniom

Brak realizacji wykonania obowiązku szczepienia może powodować powstanie określonych konsekwencji prawnych wobec osoby uchylającej się od obowiązku (np. wymierzenie takiej osobie grzywny na podstawie odrębnych przepisów, przez właściwe organy zabezpieczające obowiązek wykonywania szczepień ochronnych).

Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z 16 kwietnia 2013r., obowiązek rodziców poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom jest w Polsce obowiązkiem prawnym. Zwolnić z tego obowiązku mogą jedynie konkretne przeciwwskazania lekarskie do szczepienia dziecka. Jednocześnie sąd wskazał (wyrok WSA w Białymstoku z 16.04.2013 r., sygn. akt II SA/Bk 18/13), że w przypadku obowiązkowych szczepień ochronnych wyłączone jest uprawnienie pacjenta do wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. Sąd podkreślił, że „zaniechanie poddania się obowiązkowemu szczepieniu, mimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, rodzi odpowiedzialność karnoadministracyjną, przewidzianą art. 115 par. 1 kodeksu wykroczeń”.

6. Wyrażenie zgody na szczepienie przez przedstawiciela ustawowego

- a) Uzyskanie zgody na zaszczepienie osoby małoletniej, która nie ukończyła jeszcze 16 lat.

Za wypełnienie obowiązku szczepień u osoby małoletniej, zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, odpowiedzialność ponosi osoba, która sprawuje prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

Szczepienie może odbywać się:

- w obecności rodziców/opiekuna faktycznego, przy czym w przypadku dzieci do ukończenia 6 roku życia jest to obligatoryjne (§ 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie szczepień obowiązkowych);
- bez obecności rodziców/opiekunów faktycznych w przypadku dzieci, po ukończeniu 6 roku życia, po uzyskaniu pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego (§ 7 ust. 2 ww. rozporządzenia).

W sytuacji małoletniego, który nie ukończył jeszcze 16 lat, zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wymagana

jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego można zaliczyć do zabiegów prostych (czyli małoinwazyjnych, nie niosących poważniejszego ryzyka dla pacjenta), w przypadku których ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty dopuszcza zgodę ustną, a nawet konkludentną. W przypadku więc szczepienia w obecności rodziców, wystarczająca jest zgoda konkludentna, ustalona na podstawie samego faktu zgłoszenia się z dzieckiem na szczepienie.

b) Procedura uzyskania zgody na zaszczepienie osoby małoletniej, która ukończyła 16 lat

Po przekroczeniu 16 roku życia konieczne jest uzyskanie zgody małoletniego pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego (rodziców), czyli tzw. zgody podwójnej - kumulatywnej, oznacza to, że konieczna jest zgoda zarówno samego pacjenta, jak i osobę trzecią (najczęściej przedstawiciela ustawowego – rodzica) (art. 17 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 32 ust. 2 i 5 oraz art. 34 ust. 3 i 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Podkreślić należy, że mimo iż istnieje obowiązek szczepień, nie daje to uprawnienia lekarzowi do dokonania takiego zabiegu bez wiedzy lub zgody osoby uprawnionej albo wbrew jej woli. Szczepienia obowiązkowe nie oznaczają bowiem szczepień przymusowych.

Jeżeli pacjent w wieku 16-18 lat sprzeciwia się przeprowadzeniu szczepienia ochronnego, bądź taki sprzeciw składa nastolatek i jego przedstawiciel ustawowy, zgodę na jego wykonanie wyraża sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 6 oraz art. 34 ust. 5 i 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Sąd opiekuńczy rozstrzyga również sprawę gdy jedno z rodziców odmówi wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego (art. 97 § 1 i § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). Niemniej jednak w przypadku tego świadczenia drugi z rodziców musi wyraźnie zaznaczyć swój sprzeciw. Wynika to z faktu, że obowiązkowe szczepienia ochronne można zaliczyć do zabiegów prostych (czyli małoinwazyjnych), w tym wypadku

lekarzowi wystarcza zgoda ustna rodzica bądź sam fakt przyprowadzenia dziecka do szczepienia przez rodzica (zgoda konkludentna).¹¹

X. PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Regulacje dotyczące prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zawarte są w rozdziale 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa). Aktem wykonawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej: rozporządzenie)¹².

Dokumentacja medyczna jest formą kontroli procesu udzielania świadczenia zdrowotnego oraz poszczególnych czynności medycznych wchodzących w jego skład. Kwestia rzetelnie prowadzonej dokumentacji medycznej leży nie tylko w „interesie” pacjenta, ale i samego podmiotu leczniczego. To na podstawie dokumentacji medycznej można dokonać weryfikacji rzetelności udzielonych świadczeń zdrowotnych. Ponadto rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna pozwala personelowi medycznemu – kontrolować proces leczniczy.

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona zgodnie z odpowiednimi standardami, należy pamiętać, że:

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.	§ 4 ust.1 rozporządzenia
Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem.	§ 4 ust.5 rozporządzenia
Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go	

¹¹ <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2020/01/Wspo%CC%81ny-komunikat-Prezesa-NRL-i-G%C5%82%C3%B3wnego-Inspektora-Sanitarnego.pdf>

¹² Dz. U. z 2021 r. poz. 666 ze zm.

i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.	§ 4 ust.6 rozporządzenia
Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.	§ 6 ust.1 rozporządzenia
Pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej oraz pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawierają oznaczenie pacjenta: określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony, datę urodzenia oraz płeć pacjenta wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany, adres miejsca zamieszkania wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej (zgodnie z § 10 pkt 2), a kolejne strony - co najmniej imię (imiona) i nazwisko pacjenta.	§ 6 ust. 2 rozporządzenia

1. Formy udostępniania dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy w celu realizacji prawa, o którym mowa powyżej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 ustawy). Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, określone zostało w art. 27 ustawy i może polegać na udostępnieniu dokumentacji:

- a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- c) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (o ile zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia);
- d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- e) na informatycznym nośniku danych.

O formie udostępnienia dokumentacji medycznej decyduje pacjent (przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta) składając w tym celu wniosek do podmiotu, w którego posiadaniu znajduje się dokumentacja medyczna.

Podmiot leczniczy posiada możliwość wprowadzenia formularza o udostępnienie dokumentacji, w celu usprawnienia wnioskowania o nią. Formularz taki nie może być jednak w żadnym wypadku uznawany za obligatoryjny.

2. Termin udostępnienia dokumentacji medycznej.

Podmiot udostępnia dokumentację medyczną podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki (niezwłocznie). Z uwagi na fakt, że żaden z przepisów nie precyzuje czasu, w jakim podmiot leczniczy powinien udostępnić dokumentację medyczną przyjmuje się, że zarówno wgląd w dokumentację medyczną jak również jej udostępnienia (w formie wskazanej przez osobę, która o to wnosi) powinien być umożliwiony „niezwłocznie”. Przez „niezwłocznie” należy rozumieć czas, który jest konieczny do jej przygotowania. Załatwienie sprawy bez zbędnej zwłoki oznacza, że wszelkie czynności konieczne do wykonania wniosku powinny mieścić się w czasie, jaki jest niezbędny do załatwienia danej sprawy w warunkach prawidłowej organizacji pracy i w możliwie krótkim czasie (tak szybko jak to jest możliwe). Termin taki uważa się za zachowany, jeżeli czynność została wykonana w

najwcześniejszym możliwym terminie, a opóźnienie nie powinno wykraczać poza tzw. normalne procedowanie.

Jednocześnie należy wskazać, iż obowiązujące w tym zakresie przepisy zarówno ustawy o prawach pacjenta, jak również rozporządzenia nie przewidują szczególnej formy dla składanych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. Oznacza to, że taki wniosek może zostać złożony w każdej formie (ustnie, pisemnie). Złożenie wniosku w jednej z ww. form, powinno stanowić podstawę udostępnienia przez podmiot dokumentacji medycznej. Ponadto, należy wskazać, iż na podstawie § 71 rozporządzenia w przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

3. Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Wskazać należy, że zgodnie z art. 28 ustawy, za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Maksymalna wysokość opłaty w okresie od 1 czerwca 2021 r. do 31 sierpnia 2021 r., za udostępnienie dokumentacji medycznej jest następująca:

- a) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej nie może przekroczyć – 11,36 zł;
- b) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekroczyć - 0,40 zł;
- c) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych nie może przekroczyć – 2,27 zł.

Wyliczenia dokonuje się na podstawie wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach

z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹³, poczynwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest **bezpłatne**.

Podmiot leczniczy nie ma prawa pobierać dodatkowych opłat za poświadczenie za zgodność z oryginałem. Obowiązujące przepisy nie odnoszą się do kwestii poświadczenia za zgodność z oryginałem. Dla pacjenta oznacza to, że odpis oraz kopię dokumentacji poświadczoną za zgodność z oryginałem należy traktować jako kopię lub odpis i pobierać wyłącznie opłaty stosowane za przygotowanie kopii lub odpisu¹⁴.

Podmiot leczniczy ma prawo domagać się opłaty przed wydaniem kopii dokumentacji medycznej.¹⁵

4. Udostępnienie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

Zgodnie z nowymi przepisami (m.in. znowelizowany art. 26 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), placówka medyczna poza dotychczas uprawnionymi osobami (czyli osobami upoważnionymi przez pacjenta za życia oraz przedstawicielem ustawowym) dokumentację medyczną ma obowiązek udostępniać osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu za życia pacjent. **Sprzeciw złożony przez pacjenta lub osobę bliską należy dołączyć do dokumentacji medycznej. Jeżeli**

¹³ Dz. U. z 2021 r., poz. 291

¹⁴ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2018 r. (sygn. VII SA/Wa 2720/17) "Poświadczenie za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji medycznej nie zmienia jej charakteru, bowiem w świetle zapisów ustawy może być ona traktowana wyłącznie jako kopia. W ustawie nie przewidziano bowiem kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem (...) w konsekwencji skarżący nie był uprawniony do pobierania opłat wyższych niż maksymalna kwota określona w art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy.

¹⁵ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 kwietnia 2018 r. (sygn. II OSK 3194/17) zgodnie z treścią: „Wprowadzenie regulacji uzależniającej udostępnienie dokumentacji medycznej od uiszczenia opłaty przed wykonaniem czynności udostępnienia dokumentacji medycznej jest związane z ceną usługi, nie stanowi naruszenia praw pacjenta. Jest to związane z przyjęciem dopuszczalności obciążenia pacjentów kosztami tego rodzaju usługi (art. 28 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)”.

został zgłoszony ustnie – należy odnotować ten fakt również w dokumentacji medycznej.

Istnieją dwie sytuacje w których taki sprzeciw nie będzie skuteczny:

- a) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- b) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym decyduje sąd na wniosek złożony przez osobę bliską. Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia. W przypadku, gdy po śmierci pacjenta dochodzi do konfliktu pomiędzy osobami bliskimi i w konsekwencji do wzajemnego utrudniania sobie dostępu do dokumentacji medycznej, o dostępie do dokumentów zmarłego rozstrzyga sąd. Wniosek w tej sprawie może złożyć osoba bliska¹⁶ lub lekarz.

Weryfikacja osób bliskich może nastąpić na podstawie przekazanego oświadczenia, np. o pozostawaniu we wspólnym pożyciu, bądź poprzez inne dokumenty, w których wpisano adres zamieszkania tożsamy z adresem pacjenta. Przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie precyzują za pomocą jakich środków można dokonywać weryfikacji takiej osoby lub osób. Oznacza to, że w tym procesie można korzystać ze środków w dowolnej formie. Osoba wnioskująca o udostępnienie dokumentacji medycznej może przedłożyć dowolny, wiarygodny dokument wskazujący na jej bliskie relacje z pacjentem, np. wskazujący na prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego, a placówka medyczna powinna racjonalnie ocenić przedłożone dokumenty i zobowiązać takiej osoby, aby nie doszło do ograniczenia osobom bliskim ich praw.

5. Darmowe udostępnienie pierwszej kopii dokumentacji medycznej.

4 maja 2019 r. weszły w życie ważne zmiany w przepisach dotyczących opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Nowe zasady są efektem zmian, zawartych

¹⁶ Za osobę bliską uznawany będzie: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (dziecko, rodzice, dziadkowie, wnukowie, teściowie), przedstawiciel ustawowy, ale także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

w ustawie wprowadzającej unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, czyli tzw. RODO.

Ustawa porządkuje przepisy, ostatecznie rozstrzygając, że pierwsza kopia dokumentacji medycznej powinna być wydana pacjentowi za darmo. Każdy dokument z dokumentacji medycznej zostanie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu udostępniony nieodpłatnie. Przy kolejnym wniosku pacjentowi bezpłatnie zostanie udostępniona ta część dokumentacji, której wcześniej nie otrzymał. Za każde ponowne udostępnienie tych samych dokumentów placówka medyczna może pobrać opłatę, której maksymalne stawki określa ustawa.

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej.

Jak stanowi art. 24 ust. 1 ustawy, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami prawa. Dokumentację uważa się za zabezpieczoną, w sytuacji gdy w sposób ciągły są spełnione łącznie warunki: zapewniona jest dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, stosuje się metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność jest powszechnie uznawana¹⁷.

Zaznaczyć należy, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do prawidłowego zabezpieczenia dokumentacji medycznej w sytuacji likwidacji lub przeniesienia miejsca udzielania świadczeń. Sytuacje zawiruszenia, zgubienia, zniszczenia, udostępnienia osobom postronnym są prawnie nieakceptowalne.¹⁸

XI. STANDARDY DOTYCZĄCE EDUKACJI PACJENTÓW I ICH RODZIN

Edukacja zdrowotna ma za zadanie zdobywanie i kształtowanie umiejętności w celu zachowania, a także polepszania zdrowia własnego oraz innych osób. Zadaniem jej jest budzenie świadomości oraz kształtowanie postaw wobec zdrowia poszczególnych

¹⁷ § 1 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

¹⁸ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 10 maja 2017 r. (sygn. VI SA/Wa 361/17) Cyt. *Brak odebrania całej dokumentacji, brak informacji, gdzie przedmiotowa dokumentacja się znajduje, oraz w jaki sposób można uzyskać do niej dostęp, powoduje niemożność realizacji przez pacjentów ich prawa do dokumentacji medycznej. Stanowi to więc naruszenie praw pacjenta.*

pacjentów. W POZ odgrywa istotną rolę. Prowadzona na odpowiednim poziomie zarówno wpływa na ograniczenie wydatków w opiece zdrowotnej, jak również służy polepszeniu zdrowia społeczeństwa. Rzetelni lekarze zdają sobie sprawę, że jeżeli pacjent dobrze zrozumie na czym polega jego choroba, istnieje większa szansa, że będzie skuteczniej z nią walczył. Konieczność edukowania pacjentów przez POZ, zagwarantowana jest przez obowiązujące prawo. Do celów podstawowej opieki zdrowotnej zaliczamy bowiem m. in.¹⁹:

- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

1. Standardy badań profilaktycznych wykonywanych w ramach POZ.

Świadczenia lekarza POZ obejmują²⁰:

- profilaktykę chorób, w tym badania i porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne,
- świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia,
- udzielanie porad w leczeniu schorzeń, w tym zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej i nieobrazowej (EKG, RTG, USG) zgodnie z obowiązującym wykazem,
- wykonywanie zabiegów w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- inne świadczenia wynikające z potrzeb populacji objętej opieką, w tym: kierowanie do poradni specjalistycznych i na leczenie szpitalne, kierowanie na rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe, kwalifikowanie do świadczeń transportu sanitarnego w POZ i wystawianie zleceń przewozów, wystawianie zleceń na realizację świadczeń pozostających w zakresie zadań

¹⁹ Art. 3 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o Podstawowej Opiece Zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050).

²⁰ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

pielęgniarki POZ, wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Świadczenia pielęgniarki POZ obejmują kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń, takie jak:

- świadczenia profilaktyczne u dzieci w wieku **0-6 r.ż.**, w tym:
 - ✓ wizyty patronażowe w **3-4.** (trzecim - czwartym) miesiącu życia i - o ile w czasie tej wizyty zostały stwierdzone zaburzenia stanu zdrowia dziecka - także w **9.** (dziewiątym) miesiącu życia dziecka,
 - ✓ testy przesiewowe w **12. (dwunastym)** miesiącu życia dziecka oraz w wieku **2, 4 i 5** lat;
- świadczenia profilaktyki gruźlicy;
- świadczenia lecznicze, w tym: wykonywanie iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w gabinecie pielęgniarki POZ i w domu pacjenta;
- świadczenia diagnostyczne, w tym: pobieranie materiałów do badań diagnostycznych na podstawie zlecenia lekarza POZ, w sytuacji gdy pobranie z przyczyn medycznych powinno być zrealizowane w domu pacjenta;
- świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, w szczególności dla osób, u których występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej w wyniku choroby.

Świadczenia położnej POZ obejmują kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad populacją objętą opieką, w tym:

- edukację w zakresie planowania rodziny;
- opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu, w tym edukację przedporodową realizowaną u kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od **21.** (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania;
- opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia **2.** (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych;
- opiekę w chorobach ginekologicznych, w tym opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmującą okres

od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej, realizowane na podstawie skierowania lekarza oddziału, który wykonał operację;

- wykonywanie zgodnie z posiadanymi kompetencjami, iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, w gabinecie położnej POZ i w domu pacjenta;
- pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy, o ile umowa świadczeniodawcy z Funduszem obejmuje powyższe świadczenie;
- opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.

2. Badania dostępne w ramach POZ

Jeśli w wyniku udzielonej porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym wykonane zostaną na jego zlecenie badania diagnostyczne i mikrobiologiczne.

W przypadku uzasadnionym medycznie, materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta. Zlecenie na pobranie materiału wystawia lekarz POZ, który we własnym zakresie i na własny koszt zapewnia także pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik zbiorczy do transportu pobranych próbek. Zlecenie lekarza POZ wykonuje pielęgniarka, do której pacjent jest zadeklarowany.

Wykaz badań diagnostycznych, na które kieruje i za które płaci lekarz POZ ze środków finansowych otrzymywanych z NFZ za każdego pacjenta, jest ściśle określony²¹. Wszystkie wykonywane są na zlecenie lekarza w laboratorium lub pracowni, z którymi na wykonywanie danych badań zostały podpisane umowy.

- Badania hematologiczne: morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi, morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, retikulocyty, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Część IV. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 2021 r. poz. 540)

- Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi: sód, potas, wapń zjonizowany, żelazo, żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), stężenie transferyny, stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), mocznik, kreatynina, glukoza, test obciążenia glukozą, białko całkowite, proteinogram, albumina, białko C-reaktywne (CRP), kwas moczowy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL, cholesterol-LDL, triglicerydy (TG), bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, fosfataza alkaliczna (ALP), aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), amylaza, kinaza kreatynowa (CK), fosfataza kwaśna całkowita (ACP), czynnik reumatoidalny (RF), miano antystreptolizyn O (ASO), hormon tyreotropowy (TSH), antygen HBs-AgHBs, VDRL, FT3, FT4, PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity.
- Badania moczu: ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu, ilościowe oznaczanie białka, ilościowe oznaczanie glukozy, ilościowe oznaczanie wapnia, ilościowe oznaczanie amylazy.
- Badania kału: badanie ogólne, pasożyty, krew utajona - metodą immunochemiczną.
- Badania układu krzepnięcia: wskaźnik protrombinowy (INR), czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), fibrynogen.
- Badania mikrobiologiczne: posiew moczu z antybiogramem, posiew wymazu z gardła z antybiogramem, posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella.
- Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.
- Badanie ultrasonograficzne (USG): USG tarczycy i przytarczyc, USG ślinianek, USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego, USG obwodowych węzłów chłonnych.
- Spirometria.

- Zdjęcia radiologiczne: zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, zdjęcia kostne – w przypadku kręgosłupa, kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej; zdjęcie czaszki, zdjęcie zatok, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

Poza badaniami wymienionymi powyżej, lekarz POZ może kierować pacjentów także na finansowane przez Fundusz badania endoskopowe: gastroskopię i kolonoskopię.

3. Standardy jakości udzielanych świadczeń.

Podstawowym elementem, w zakresie podnoszenia jakości udzielanych świadczeń jest postawa personelu podmiotu leczniczego, jego ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych i wysoki poziom zaangażowania pracowników w wykonywanie obowiązków zawodowych. Ponadto akceptacja podejmowanych przez przychodnię działań pro jakościowych znajduje odzwierciedlenie w oferowanych świadczeniach zdrowotnych. Osoby wykonujące zawody medyczne powinny stale doskonalić posiadane umiejętności i zdobywać nowe. Należy pamiętać, że obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych wynika wprost z przepisów prawa²².

XII. TRANSPORT SANITARNY

Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ przewiduje realizację następujących przewozów celem podjęcia lub kontynuacji leczenia:

- z miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
- z miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta na leczenie w trybie dziennym;
- z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza

²² Art. 56 Kodeks Etyki Lekarskiej, oraz art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790)

podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca i z powrotem;

- z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.”

Lekarzem kwalifikującym pacjenta do realizacji przewozu oraz wydającym skierowanie na przewóz jest lekarz POZ. Wydając skierowanie na przewóz, lekarz POZ wskazuje pacjentowi jednocześnie realizatora przewozu. W przypadku świadczeń transportu sanitarnego w POZ zasady odpłatności pacjenta są takie same jak w przypadku opisanego wcześniej transportu sanitarnego.

W ramach umowy o udzielanie transportu sanitarnego w POZ realizowane są także przewozy określone jako transport sanitarny "daleki" w POZ.

Z transportu "dalekiego" w POZ można skorzystać w następujących sytuacjach:

- kiedy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą, a jego stan zdrowia w momencie wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do domu. Taki transport jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania;
- kiedy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w zagranicznym szpitalu, ale wymaga kontynuacji leczenia w kraju, a stan zdrowia pozwala na uzyskanie wypisu i nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu ambulansem. W takim przypadku przysługuje transport od granicy Polski do szpitala, który jest położony najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta i w którym możliwe jest kontynuowanie leczenia;
- kiedy z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej oddalonej od miejsca zamieszkania o więcej niż 120 km "tam i z powrotem", a ogólny stan zdrowia pacjenta nie pozwala na samodzielne dotarcie do poradni. Transport przysługuje wtedy z miejsca zamieszkania do najbliższego świadczeniodawcy, który udzieli świadczeń i z powrotem;
- kiedy chory musi ze względów medycznych korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, które realizowane są jedynie przez niektóre poradnie,

do których odległość z miejsca jego zamieszkania przekracza 120 km "tam i z powrotem", a ogólny stan zdrowia chorego nie pozwala na samodzielny dojazd do poradni. Transport przysługuje wtedy od miejsca zamieszkania do poradni i z powrotem.

Aby skorzystać z transportu sanitarnego "dalekiego" w POZ, pacjent (rodzina albo opiekun prawny), po wcześniejszej konsultacji z lekarzem POZ, może wystąpić z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Wniosek taki należy złożyć w oddziale Funduszu, do którego pacjent należy. Po rozpatrzeniu wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wyda w jego sprawie pisemnie stanowisko.

Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego²³ lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

W przypadkach niewymienionych powyżej na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

²³ Art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285).

Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych powyżej, jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku²⁴:

- chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- chorób nowotworowych,
- chorób oczu,
- chorób przemiany materii,
- chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- chorób skóry i tkanki podskórnej,
- chorób układu krążenia,
- chorób układu moczowo -płciowego,
- chorób układu nerwowego,
- chorób układu oddechowego,
- chorób układu ruchu,
- chorób układu trawienego,
- chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- urazów i zatruc,
- wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych.

Gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

²⁴§ 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Część IV. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 2021 r. poz. 540)

