

Do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpływają zgłoszenia dotyczące problemów przy rejestrowaniu się pacjentów w placówkach prowadzących działalność leczniczą. W związku z tym Rzecznik Praw Pacjenta informuje, co warto wiedzieć, udając się do przychodni/poradni w celu umówienia się na wizytę lekarską.

- 1. Przy udzielaniu świadczeń powoływanie się na rejonizację jest niedopuszczalne.** Pacjent nie może zostać odesłany do miejsca swojego zamieszkania w sytuacji gdy dokonał wyboru świadczeniodawcy na podstawie uzyskanego skierowania do leczenia w rodzaju: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie specjalistyczne); leczenia szpitalnego; rehabilitacji leczniczej; leczenia uzależnień; opieki psychiatrycznej; opieki długoterminowej i hospicyjno - paliatywnej.
- 2. Pracownik rejestracji nie powinien zadawać pacjentowi szczegółowych pytań dotyczących choroby, jej przyczyn i przebiegu.** Zakres pytań zadanych przez pracownika rejestracji powinien dotyczyć tylko obszaru pozwalającego na dokonanie rejestracji zdarzenia (imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania, ewentualnie nr telefonu pacjenta w celu potwierdzenia wizyty). Poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać kompletną informację o: zakresach świadczeń udzielanych w placówce, kolejce oczekujących na świadczenia, porach zapisywania się do lekarzy, wymaganych dokumentach koniecznych przy przyjęciu do lekarza, adresach miejsc wykonywania zleconych badań diagnostycznych, zasadach udostępniania dokumentacji medycznej i innych informacji dotyczących organizacji pracy przychodni. Pacjent, w razie niepotwierdzenia przez system elektronicznej weryfikacji świadczeniobiorców (e-WUŚ) powinien także okazać dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne.
- 3. Ustalanie przez świadczeniodawcę konkretnego dnia lub wyznaczenie godzin zapisów do lekarza, jest niezgodne z prawem.** Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy przychodni - zgodnie z § 9 i § 13.1. Świadczeniodawca zapewnia bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ( Dz. U z 2015r., poz. 1400).
- 4. Pacjent nie może być zmuszany do osobistego dokonania rejestracji.** Pacjent w celu rejestracji do lekarza może: zgłosić się osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osoby trzeciej, a jeżeli placówka dysponuje odpowiednim oprogramowaniem, również drogą elektroniczną, a także listownie. Pracownik rejestracji natomiast ma obowiązek poinformowania o dacie i godzinie wizyty oraz w przypadku rejestracji pierwszorazowej poinformowania pacjenta o konieczności przekazania oryginalnego skierowania do placówki w ciągu 14 dni roboczych pod rygorem wykreślenia z listy oczekujących.
- 5. Termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza .**W sytuacji, gdy pacjent jest objęty leczeniem specjalistycznym, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. To lekarz powinien zapewnić ciągłość leczenia, a nie pracownicy rejestracji. Pacjenci leczeni w poradniach specjalistycznych w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia nie mogą być wpisywani na listy oczekujących na świadczenia zdrowotne. Traktowanie tych pacjentów na równi z pacjentami oczekującymi na pierwszą wizytę lekarską zapisanymi na liście kolejkowej jest działaniem niezgodnym z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 6. Żądanie od pacjenta aktualizacji skierowania jest nieuzasadnione.** Realizacja pierwszej wizyty u specjalisty odbywa się zawsze na podstawie skierowania, które stanowiło podstawę pierwszorazowej porady specjalistycznej. Dotyczy to wszystkich kolejnych porad specjalistycznych udzielonych pacjentowi z przyczyny wskazanej w skierowaniu, zarówno w

danym roku kalendarzowym jak i w dalszym okresie. W przypadku nieobecności lekarza, pacjent powinien zostać poinformowany o sposobie zorganizowania opieki specjalistycznej w tym okresie. Informacja taka powinna zostać udostępniona w miejscu udzielania świadczeń, a także w siedzibie świadczeniodawcy. Aktualizacja skierowania do leczenia specjalistycznego jest konieczna w sytuacji, gdy pacjent nie podejmował leczenia w ciągu ostatnich 730 dni. Nowe skierowanie konieczne jest również wówczas, gdy przyczyna jego wystawienia jest inna niż w wskazana we wcześniejszym skierowaniu. Aktualizacja skierowania do leczenia w ramach poradni rehabilitacyjnej wymagana jest po upływie 12 miesięcy.

- 7. Świadczeniodawca powinien poinformować pacjenta o ewentualnej zmianie terminu udzielenia świadczenia. Natomiast pacjent, gdy nie może stawić się na wizytę w umówionym terminie, również powinien poinformować o tym świadczeniodawcę, biorąc pod uwagę dobro innych oczekujących na świadczenie pacjentów.**

*Źródło: [bpp.gov.pl](http://bpp.gov.pl)*