

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA W SPZOZ W HAJNÓWCE

INFORMATOR



OPRACOWANE PRZEZ IZYDORĘ DUDAR, PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW
PACJENTA W SPZOZ W HAJNÓWCE
WYDANIE 1/2026



**Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Hajnówce**
Szpital im. lek. med. Włodzimierza Mantiuka

Spis treści

Informacje Podstawowe	4
Zadania podstawowej opieki zdrowotnej.....	4
Opieka koordynowana w POZ	4
Deklaracja wyboru.....	5
Jak można zapisać się do wybranej przychodni POZ? Czym jest deklaracja wyboru? ...	5
Jak i gdzie można złożyć deklarację wyboru?	6
Jak długo ważna jest deklaracja wyboru? Czy można zmienić wybraną placówkę?	6
Zasady przyjmowania pacjentów	6
Bilanse zdrowia i szczepienia dzieci.....	6
Wizyta nagła	7
Wizyta kontrolna.....	7
Wizyta pilna	7
Wizyta zwykła	7
Wizyta domowa	7
Porada telefoniczna	8
Wizyta w przychodni POZ (wizyta stacjonarna):	8
Zaświadczenia lekarskie.....	9
Zaświadczenia wystawiane bezpłatnie	9
Zaświadczenia wystawiane odpłatnie	9
Lekarz POZ nie wystawia zaświadczeń	10
Szczepienia	10
Bezpłatne programy profilaktyczne	11
Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK).....	11
Profilaktyka gruźlicy	12
Moje zdrowie	12
Opieka nocna i świąteczna.....	13
Zasady przyjmowania pacjentów	13

Udostępnianie dokumentacji medycznej	14
Sposób udostępniania dokumentacji	14
Odbiór dokumentów	15
Prawa pacjenta	15
Prawo do świadczeń zdrowotnych	15
Prawo wyboru	15
Prawo do informacji	16
Prawo do wyrażenia zgody	16
Prawo do tajemnicy	17
Prawo do poszanowania intymności i godności	17
Prawo do dokumentacji medycznej	17
Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lekarza	17
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	17
Prawo do złożenia skargi	18
Bezpłatne leki dla seniorów 65+ oraz dzieci i młodzieży	18
Internetowe Konto Pacjenta	19
Jakie m.in. informacje są na Internetowym Koncie Pacjenta	19
Co przykładowo można załatwić poprzez Internetowe Konto Pacjenta	19
Kontakt	20

Informacje Podstawowe

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) w SPZOZ w Hajnówce działa w ramach publicznej ochrony zdrowia na podstawie umowy z NFZ.

W skład zespołu POZ wchodzi:

- lekarz POZ
- pielęgniarka POZ
- położna POZ.

Aby korzystać z porad lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, wystarczy złożyć deklarację ich wyboru, w wybranej przychodni.

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej

Do głównych zadań placówek POZ należy:

- zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną;
- ocena potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych;
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społecznych;
- zapewnienie edukacji pacjentów w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Wykaz przychodni podstawowej opieki zdrowotnej SPZOZ w Hajnówce w załączeniu.

Opieka koordynowana w POZ

Od 1 czerwca 2025 r. w wybranych placówkach POZ realizowane są świadczenia w ramach opieki koordynowanej.

Na czym polega opieka koordynowana?

Opieka koordynowana w POZ ma na celu zapewnienie pacjentowi choremu przewlekłe kompletnej diagnostyki i terapii. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem. Zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny:

- kardiologii
- diabetologii
- endokrynologii
- pulmonologii
- nefrologii.

Indywidualny Plan Opieki Medycznej

Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na podstawie działania w tzw. Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, który lekarz POZ ustala razem z pacjentem.

Lekarz pierwszego kontaktu:

- przeprowadzi pogłębiony wywiad oraz badanie
- przeanalizuje wyniki badań diagnostycznych
- oceni aktualny stan zdrowia
- ustali indywidualny plan działania – dalsze etapy postępowania
- przekaze plan do realizacji.

Koordynator

Nad sprawną realizacją różnorodnych świadczeń zdrowotnych czuwa koordynator. Do zadań koordynatora należy m.in.:

- ustalanie terminów badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych
- przekazywanie informacji o kolejnych etapach terapii
- dbanie o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

Opieka koordynowana to lepsza dostępność do świadczeń

Rozwiązania wprowadzone do podstawowej opieki zdrowotnej dzięki opiece koordynowanej poprawiają jakość opieki i dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Między innymi:

- rozszerzają listę badań diagnostycznych realizowanych przez lekarza POZ
- umożliwiają szybszy dostęp do opieki specjalistycznej
- pozwalają podjąć działania edukacyjne – pacjent dowie się więcej o swoim zdrowiu, zagrożeniach i profilaktyce
- aktywizują pacjenta – pacjent podejmuje działania zgodnie z ustalonym planem.

Wykaz przychodni oraz lekarzy realizujących świadczenie w ramach opieki koordynowanej w SPZOZ w Hajnówce w załączeniu.

Deklaracja wyboru

Jak można zapisać się do wybranej przychodni POZ? Czym jest deklaracja wyboru?

By zapisać się do przychodni POZ, należy złożyć deklarację wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Każdą z tych deklaracji można złożyć oddzielnie, wybierając imiennie lekarza oraz pielęgniarkę. Kobiety oraz opiekun w imieniu niemowlęcia do ukończenia 2. miesiąca życia, mogą wybrać także imiennie położną, która będzie się nimi opiekować.

Deklaracja wyboru to prawo pacjenta do decyzji o tym, gdzie i przez kogo chce być leczony w POZ.

Jak i gdzie można złożyć deklarację wyboru?

Deklarację można złożyć:

- pisemnie bezpośrednio w placówce;
- drogą elektroniczną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (np. mailem), podpisując ją kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym (deklaracje wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ oraz lekarza/pielęgniarki/położnej poz dostępne są na stronie internetowej www.spzozhajnowka.pl);
- za pomocą Internetowego Konta Pacjenta.

Wybierając placówkę POZ, warto wziąć pod uwagę jej odległość od miejsca zamieszkania, aby korzystanie z usług medycznych było komfortowe i dostępne. Może zdarzyć się, że deklaracja POZ zostanie odrzucona. Ma to miejsce np. w sytuacji, kiedy dany lekarz ma tylu pacjentów, że nie może przyjąć kolejnego lub, gdy przebywa na długim zwolnieniu, a także w sytuacji gdy po zweryfikowaniu okaże się, że pacjent nie jest ubezpieczony.

Jak długo ważna jest deklaracja wyboru? Czy można zmienić wybraną placówkę?

Deklaracja wyboru jest ważna bezterminowo. By zmienić przychodnię POZ lub lekarza, pielęgniarkę czy położną, należy złożyć deklarację wyboru w nowej, wybranej przychodni lub wskazać w deklaracji nazwisko nowego, wybranego lekarza, pielęgniarki lub położnej. Złożenie nowej deklaracji automatycznie wygasza ważność poprzedniej.

Zmiany deklaracji wyboru w ciągu roku można dokonać bezpłatnie dwukrotnie. Każda kolejna zmiana wiąże się z opłatą w wysokości 80 zł (opłata wnoszona na konto Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia). Opłata nie jest naliczana:

- w razie zmiany miejsca zamieszkania;
- w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy
- w momencie ukończenia 18 lat;
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

Zasady przyjmowania pacjentów

Bilanse zdrowia i szczepienia dzieci

Wykonywane są u dzieci zgodnie z obowiązującym kalendarzem w poradni POZ. Rejestracja w godz. 8.00 – 15.00.

Patronaże noworodków są wykonywane w poradni poz, w terminie ustalonym w dniu złożenia deklaracji do lekarza POZ.

Wizyta nagła

W stanach nagłych stanowiących zagrożenie dla życia należy w pierwszej kolejności rozważyć wezwanie Pogotowia Ratunkowego (nr 112 lub 999). Pacjenci z urazami i stanami nagłymi zgłaszający się do przychodni są przyjmowani poza kolejnością przez pielęgniarkę w Gabinetcie Zabiegowym. Pielęgniarka na podstawie stanu pacjenta oraz zebranego wywiadu ocenia, czy kwalifikuje się on do niezwłocznego przyjęcia przez lekarza.

Wizyta kontrolna

Jest standardowo umawiana na termin wskazany przez lekarza, bezpośrednio po ostatniej wizycie. Dorośli chorzy przewlekłe mogą w razie potrzeby (np. pogorszenie stanu zdrowia, brak wcześniej ustalonego terminu wizyty) skorzystać z możliwości rejestracji do wybranego przez siebie lekarza z wyprzedzeniem, w terminie do ośmiu dni roboczych.

Wizyta pilna

Należy z niej korzystać wyłącznie w przypadku wystąpienia niepokojących dolegliwości (np. gorączka pow. 38,5 st. C, uciążliwe dolegliwości bólowe, kaszel, duszność, wymioty) lub innej sytuacji, której rozwiązanie jest bezzwłocznie konieczne (np. potrzeba pilnego skierowania, zaświadczenia, recepty itp.).

Pacjent jest rejestrowany w dniu zgłoszenia, na najbliższy wolny termin, bez możliwości dokonania wyboru lekarza. W przypadku braku możliwości przyjęcia przez lekarza poz w dniu bieżącym, w godz. funkcjonowania porani, pacjenci są przekierowywani do gabinetu zabiegowego, gdzie pielęgniarka potwierdza zasadność wizyty w dniu bieżącym i kieruje do innej poradni poz lub poradni w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej po godzinie 18.00 (miejsca, w których można skorzystać z ww. świadczeń wymienione w załączniku).

Wizyta zwykła

We wszystkich pozostałych sytuacjach pacjent ma możliwość zarejestrowania się do wybranego przez siebie lekarza. Pacjenci niezadeklarowani do lekarza POZ mogą skorzystać z wizyty w przychodni wyłącznie w przypadkach nagłych lub pilnych.

Wizyta domowa

Pacjenci mogą zgłaszać potrzebę wizyty domowej osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej od. O kwalifikacji wizyty domowej decyduje lekarz.

Przykładowe sytuacje, które nie uzasadniają wezwania lekarza do domu:

- wizyta kontrolna;
- problem z dotarciem do przychodni z powodu braku własnego środka komunikacyjnego;
- uzyskanie recept na kontynuację leczenia.

Porada telefoniczna

Pacjent może zgłosić, podczas kontaktu z rejestracją przychodni, potrzebę konsultacji telefonicznej z pracownikiem medycznym. Warunkiem uzyskania porady telefonicznej jest zaktualizowanie swojego numeru kontaktowego w bazie przychodni.

Pracownik rejestracji podczas kontaktu telefonicznego z pacjentem:

- rozpoznaje potrzebę zdrowotną;
- weryfikuje możliwość udzielenia świadczenia w przychodni;
- wskazuje pacjentowi dzień i godzinę udzielenia teleporady;
- informuje na jakich zasadach będzie odbywać się teleporada.

Lekarz poz podejmuje trzy próby kontaktu, w przypadku niepowodzenia wniosek o świadczenie zostanie uznany za zrealizowany.

Teleporada nie jest przeprowadzana 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.

Wizyta w przychodni POZ (wizyta stacjonarna):

1. Termin wizyty umawiamy wcześniej.
2. Na umówioną wizytę należy przyjść ok. 5 min. przed planowaną godziną, uwzględniając zasady panujące w placówce.
3. Jeśli pacjent jest przeziębiony, zalecamy założenie maseczki, aby chronić innych, niezależnie od tego czy akurat wymagają tego przepisy.
4. Należy przygotować i wziąć ze sobą:
 - listę aktualnie przyjmowanych leków,
 - ewentualne wyniki badań, które ostatnio zostały wykonane w innym podmiocie,
 - ostatnie wypisy szpitalne oraz karty informacyjne z innych konsultacji, jeśli pacjent takie posiada.
5. Na wizytę można przyjść z kimś z rodziny, opiekunem bądź osobą bliską.
6. Można przygotować i wziąć ze sobą spis problemów, które pacjent chce poruszyć na wizycie. Warto uszeregować je od najważniejszego do najmniej istotnego dla stanu zdrowia.
7. Podczas wizyty pacjent powinien poczekać, aż zostanie poproszony do gabinetu, nie należy wchodzić bez zaproszenia – może właśnie trwać badanie innego pacjenta.

8. Przeciętnie czas wizyty wynosi ok. 10-15 min. Warto pamiętać, że odpowiedzi pacjenta na zadawane pytania mają duże znaczenie dla prawidłowej diagnozy i leczenia. Na koniec wizyty można zadać dodatkowe pytania lekarzowi, jeśli jakieś zalecenia nie są zrozumiałe.
9. Jeśli pacjent nie zna języka polskiego, na wizytę powinien zgłosić się z osobą, która porozumiewa się w tym języku. Pacjent ma prawo do obecności osoby przez niego wskazanej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Taka osoba może pomóc w komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, być jego tłumaczem i przekazywać informacje dotyczące stanu zdrowia czy zaleceń lekarskich.

Pacjenci Przychodni proszeni są o:

- powstrzymanie się od głośnych rozmów oraz innych zachowań utrudniających udzielanie świadczeń innym pacjentom;
- przestrzeganie zakazu palenia tytoniu i spożywania alkoholu na terenie przychodni;
- unikanie gwałtownych lub agresywnych zachowań.

Zachowania te nie są tolerowane i wiążą się konsekwencją nieudzielenia świadczenia, a w sytuacjach skrajnych z wezwaniem Policji.

Przed wejściem do gabinetu lekarskiego należy zdjąć okrycie wierzchnie.

Zaświadczenia lekarskie

Zaświadczenia wystawiane bezpłatnie

Do wystawienia bezpłatnego zaświadczenia pacjent ma prawo jeżeli jest ono związane z:

- leczeniem i rehabilitacją;
- niezdolnością do pracy;
- orzekaniem o niepełnosprawności;
- uzyskaniem pomocy społecznej, zasiłku pielęgnacyjnego;
- dodatkiem lub jednorazową zapomogą z tytułu urodzenia dziecka (może wystawić położna);
- podjęciem lub kontynuowaniem nauki;
- uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku;
- urlopu dla poratowania zdrowia dla nauczycieli i nauczycieli akademickich.

Zaświadczenia wystawiane odpłatnie

Inne zaświadczenia wydawane na życzenie pacjenta podlegają opłacie zgodnej z Cennikiem Świadczeń Medycznych SPZOZ w Hajnówce (Cennik dostępny na stronie internetowej www.spzozhajnowka.pl oraz punkcie rejestracji w poradni poz). Dotyczy to przede wszystkim zaświadczeń wystawianych dla celów:

- lekarskich na potrzeby uzyskania zapomogi,
- orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych,

- uzyskania świadczeń pieniężnych od zakładu pracy lub innej instytucji (np. ubezpieczeniowej, podatkowej),
- w innych celach pozaleczniczych na życzenie pacjenta lub jego opiekuna prawnego.

Lekarz POZ nie wystawia zaświadczeń

O zdolności do uprawiania sportu – zasady orzekania do uprawiania sportów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2011 roku w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia. Jedyną kwalifikacją do zawodów sportowych i ćwiczeń, jakiej dokonuje lekarz rodzinny jest kwalifikacja w ramach wykonywanych bilansów.

Kandydatom na studia oraz do szkół ponadpodstawowych – zasady kierowania na badania lekarskie kandydatów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów. Zgodnie z § 3 tego rozporządzenie skierowanie na badania lekarskie wydaje szkoła, określając w nim m.in. czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne dla zdrowia, które występują w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu.

Zaświadczeń o karmieniu piersią – przerwy na karmienie udzielane są na wniosek pracownicy. Z przepisów nie wynika obowiązek udokumentowania przez pracownicę faktu karmienia piersią. Kodeks pracy nie wymaga od pracownicy karmiącej przedłożenia pracodawcy stosownego zaświadczenia lekarskiego, tak jak ma to miejsce w przypadku pracownic w ciąży, zainteresowanych korzystaniem z ochrony przewidzianej z tego tytułu. Także rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy nie nakłada na lekarza obowiązku wydania zaświadczenia o karmieniu piersią.

Szczepienia

Osoby do szczepienia kwalifikuje lekarz poz. Miejsce wykonywania szczepień: szczepienia odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach pracy przychodni poz, w gabinecie zabiegowym, po uprzedniej rejestracji.

Za dodatkowe szczepienia zalecane, w przypadku pacjentów niezadeklarowanych w SPZOZ w Hajnówce, pobierana jest odpłatność przed udzieleniem świadczenia, w Kasie SPZOZ (*budynek Szpitala, I piętro*) zgodnie z Cennikiem Świadczeń Medycznych (*dostępny na stronie internetowej: www.spzoz.hajnowka.pl*).

W przypadku preparatu przyniesionego przez pacjenta, o możliwości wykorzystania szczepionki decyduje lekarz kwalifikującego na szczepienie. Na mocy obowiązującego prawa lekarz wykonuje swój zawód z należytą starannością i dbałością o bezpieczeństwo pacjenta, jeśli więc w jego

przekonaniu istnieją jakiekolwiek wątpliwości co do jakości szczepionki, może odmówić użycia takiego preparatu.

Zgoda 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.

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”.

Bezpłatne programy profilaktyczne

Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK)

Program przeznaczony jest dla osób, które spełniają wszystkie poniższe warunki:

- mają od 35 do 65 lat
- złożyły deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
- nie mają rozpoznanej:
 - cukrzycy
 - przewlekłej choroby nerek
 - rodzinnej hipercholesterolemii
 - choroby układu krążenia (nie wszystkie choroby układu choroby krążenia wykluczają z udziału w programie – o szczegółach decyduje lekarz lub pielęgniarkę POZ)
- nie korzystały z badań w ramach tego programu w ciągu ostatnich 5 lat.

W ramach programu lekarz lub pielęgniarka POZ przeprowadzi wywiad oraz:

- wykona pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz określi BMI, czyli indeks masy ciała
- skieruje na badania krwi:
 - stężenie cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu
 - trójglicerydów, glukozy.

Na podstawie wyników badań lekarz lub pielęgniarka POZ oceni ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia oraz wskaże dalsze zalecenia.

Profilaktyka gruźlicy

Program przeznaczony dla osób powyżej 18. roku życia, które nie miały w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, a w szczególności:

- miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą
- mają trudne warunki życiowe, mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby (osoby niepełnosprawne, obciążone długotrwałą chorobą, obciążone problemem alkoholowym i narkomanią, bezdomne, długotrwale bezrobotne).

W ramach programu pielęgniarka POZ przeprowadzi wywiad zdrowotny, wypełni ankietę, a następnie przeprowadzi edukację zdrowotną.

Jeżeli w ankiecie pacjent uzyska:

- 10–24 punktów, to jest osobą z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania:
 - pielęgniarka POZ prześle pisemną informację o wynikach przeprowadzonej ankiety lekarzowi POZ
 - wskaże tryb dalszego postępowania, m.in. konieczność zgłoszenia się do lekarza POZ celem dalszej oceny stanu zdrowia
- 1–9 punktów, to pacjent jest osobą z grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania
 - pielęgniarka POZ nie zakwalifikuje pacjenta do dalszej diagnostyki
 - kolejny raz można wziąć udział w ankiecie po 24 miesiącach od daty ostatniego badania.

Moje zdrowie

Program przeznaczony dla osób:

- w wieku 20–49 lat (nie częściej niż co 5 lat)
- w wieku 50 lat i więcej (co 3 lata)
- które wypełnią ankietę online (w [Internetowym Koncie Pacjenta](#)) lub w przychodni POZ, do której pacjent jest zapisany.

Świadczenie obejmuje:

- ankietę na temat sytuacji zdrowotnej pacjenta dostępną do indywidualnego wypełnienia;
- badania laboratoryjne
 - podstawowy pakiet dla wszystkich zawiera:

- morfologię krwi
- stężenie glukozy we krwi
- lipidogram
- poziom kreatyniny wraz z oszacowaną wartością eGFR (parametr dotyczący nerek)
- TSH (hormon tyreotropowy)
- badanie ogólne moczu.
- pacjent może otrzymać również dodatkowy pakiet badań w zależności od wieku i wyników kwestionariusza zdrowotnego.
- wizytę podsumowującą przychodni POZ, na której pacjent otrzyma Indywidualny Plan Zdrowotny (IPZ); jeśli to konieczne, pacjent zostanie skierowany na dalszą diagnostykę.

Opieka nocna i świąteczna

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ obejmują świadczenia udzielane w dni powszednie po godzinie 18.00 do 8.00 rano dnia następnego i całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

W razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjent może udać się po pomoc do punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca zamieszkania i do którego lekarza/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej złożył swoją deklarację.

Dyżurny lekarz udziela porad:

- w warunkach ambulatoryjnych,
- telefonicznie,
- w domu pacjenta (w przypadkach medycznie uzasadnionych)

Zasady przyjmowania pacjentów

Z pomocy lekarza i pielęgniarki można skorzystać w razie:

- nagłego zachorowania;
- nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
- gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.

Skorzystanie ze świadczeń POZ w nocy i w święta uzasadniają między innymi:

- zaostrzenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością);
- infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (wyższą niż 39°C), szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku;
- bóle brzucha, nieustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych;
- bóle głowy, nieustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych;

- biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku;
- zatrzymanie stolca lub moczu;
- nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp.;
- zaburzenia psychiczne (z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej – wtedy należy wezwać pogotowie ratunkowe).

W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie można uzyskać wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem, recepty na stosowane stale leki w zw. ze schorzeniem przewlekłym, rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia oraz skierowania do specjalisty. W sytuacji zachorowania **zagrożającemu życiu pacjenta** należy bezzwłocznie wezwać **Pogotowie Ratunkowe** 999 lub 112.

Na terenie powiatu hajnowskiego świadczenia udzielane są przez:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Hajnówce

Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

17-200 Hajnówka; ul. Doc. Adama Dowgirda 9

(wejście od strony Izby Przyjęć)

Nr tel.: 85 682 91 11

Pełna lista placówek realizujących usługi w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego w załączeniu.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce udostępnia dokumentację medyczną w sposób i na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 26 ustawy Zakład udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Sposób udostępniania dokumentacji

- ❖ 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;
- ❖ przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- ❖ przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- ❖ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- ❖ na informatycznym nośniku danych.

SPZOZ w Hajnówce udostępnia dokumentację medyczną na podstawie wniosku. Zakład opracował formularz o udostępnienie dokumentacji medycznej będący wzorem, który może być wykorzystany dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej. Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej może być złożony również w formie ustnej lub za pomocą e-mail: dokumentacja@spzozhajnowka.pl, z zastrzeżeniem konieczności podania danych niezbędnych do zidentyfikowania osoby, której dotyczy dokumentacja oraz osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji.

Wnioski można składać w Sekcja Planowania, Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej. Pierwsza kopia dokumentacji medycznej udostępniana jest pacjentowi za darmo. Zasady odpłatności za uzyskanie dokumentacji reguluje Zarządzenie Dyrektora. Informację dotyczącą aktualnej ceny w zależności od formy udostępniania można uzyskać w miejscu składania wniosku, na stronie internetowej Zakładu oraz w punkcie rejestracji.

Odbiór dokumentów

Sekcja Planowania i Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej

(budynek Szpitala, I piętro, Administracja Szpitala, pok. 115)

czynna: poniedziałek – piątek, w godz. 8.00-15.00

e-mail: dokumentacja@spzozhajnowka.pl; tel. 85 682 91 41

Prawa pacjenta

Prawo do świadczeń zdrowotnych

- Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- Pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących.
- W sytuacji ograniczonej możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
- Pacjent ma prawo żądać drugiej opinii. W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Prawo wyboru

Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru:

- w ramach **podstawowej opieki zdrowotnej** – lekarza, pielęgniarki i położnej;

- w ramach **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** - poradni specjalistycznej udzielającej świadczeń we właściwym zakresie, które mają umowę z NFZ. Pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (czyli poradni specjalistycznej), jednakże to prawo wyboru nie jest równoznaczne z prawem wyboru lekarza udzielającego świadczeń w danej poradni. Brak ustawowego prawa nie oznacza braku możliwości. Przychylenie się do woli pacjenta w zakresie wyboru konkretnego lekarza zależne jest w tym wypadku od woli świadczeniodawcy.
- w ramach **leczenia szpitalnego** – dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski.

Prawo do informacji

- Pacjent **ma prawo do informacji o swoich prawach**.
- Pacjent **ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy** oraz o osobach udzielających tych świadczeń.
- Pacjent **ma prawo do informacji** zrozumiałej i przystępnej dla niego.
- Pacjent **ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia**, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować, komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.
- Pacjent **ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji**. Powinien jednak dokładnie wskazać, z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej.

Pacjent do ukończenia 16. roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia!

W przypadku utraty świadomości przez pacjenta obowiązują wcześniejsze ustalenia poczynione z pacjentem.

Prawo do wyrażenia zgody

- Pacjent, także małoletni, który ukończył 16 lat, **ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku – opiekun faktyczny**, jeżeli pacjent:
 - nie ukończył 18 lat,
 - jest całkowicie ubezwłasnowolniony,
 - niezdolny do świadomego wyrażenia zgody.
- Pacjent **ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia**. Prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego ma pacjent:
 - który ukończył 16 lat,

-
- ubezwłasnowolniony,
 - chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie. **W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.**

Prawo do tajemnicy

Pacjent ma prawo do poufności – zachowania w tajemnicy wszelkich informacji z nim związanych, a w szczególności o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane.

Prawo do poszanowania intymności i godności

- Pacjent **ma prawo do poszanowania intymności i godności.**
- Pacjent **ma prawo do godnego umierania.**
- Pacjent **ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.** Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi.

Prawo do dokumentacji medycznej

Pacjent **ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lekarza

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Każdy lek może powodować działania niepożądane. Pacjent ma prawo zgłosić wszystkie działania, które podczas przyjmowania danego leku, wydają mu się niewłaściwe. Są to zarówno działania szkodliwe, jak i takie, które powodują uczucie dyskomfortu.

Działanie niepożądane może zgłosić pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. Działanie niepożądane leków należy zgłosić do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych w Warszawie.

Prawo do złożenia skargi

Jeżeli pacjent lub osoba go reprezentująca uzna, że prawa pacjenta zostały naruszone, może:

- zwrócić się z interwencją do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia, a następnie do kierownictwa placówki lub Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta;
- złożyć skargę do Rzecznika Praw Pacjenta;
- zwrócić się do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który działa przy Okręgowej i Naczelnej Izbie Lekarskiej, a także przy Okręgowej i Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych – jeżeli naruszenie prawa dotyczyło czynności medycznej;
- skierować sprawę do sądu – jeżeli w wyniku działania lub zaniechania zakładu opieki zdrowotnej naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono mu szkodę materialną;
- złożyć skargę do NFZ.

Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona. Skargi mogą być składane ustnie lub pisemnie. Nie rozpatruje się jako skarg pism dotyczących spraw, które zostały rozstrzygnięte prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

Informacje dotyczące trybu składania skarg w załączeniu.

Bezpłatne leki dla seniorów 65+ oraz dzieci i młodzieży

Osoby powyżej 65 lat, dzieci i młodzież do 18 roku życia mają prawo do bezpłatnych leków na receptę. Bezpłatnie leki przysługują wszystkim osobom, które łącznie spełniają 3 kryteria:

- mają ukończone 65 lat lub mają poniżej 18 lat;
- lek znajduje się w wykazie „D1” lub D2 refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w załączniku do obwieszczenia ministra zdrowia;
- mają rozpoznane schorzenie, które jest zgodne z zakresem wskazań objętych refundacją.

Wykaz bezpłatnych leków dla dzieci i młodzieży w wieku do 18. roku życia zawiera ponad 2 800 leków. Z kolei dla seniorów powyżej 65+ wykaz ten to prawie 3 800 bezpłatnych leków. Na liście znajdują się leki, które wcześniej podlegały częściowej refundacji. Wśród nich są m.in. leki: antyhistaminowe, hipoglikemizujące, hormonalne, immunostymulujące, immunosupresyjne, okulistyczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe, przeciwbólowe, przeciwwzkaźne, przeciwdrgawkowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych, stosowane w nadciśnieniu tętniczym, stosowane w chorobach urologicznych, stosowane w chorobach układu pokarmowego czy szczepionki.

Aktualny wykaz leków bezpłatnych dostępny jest na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Internetowe Konto Pacjenta

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) to narzędzie, które ułatwia korzystanie z usług cyfrowych i uporządkowuje rozproszone informacje medyczne o stanie zdrowia Pacjenta. To bezpłatne konto ma każdy, kto posiada PESEL.

Jakie m.in. informacje są na Internetowym Koncie Pacjenta

- informacje o e-receptach wystawionych, zrealizowanych, a także o tych, które zostały zrealizowane częściowo;
- informacje o dawkowaniu leku, który przepisał lekarz;
- informacje o historii wizyt w przychodni/u lekarza oraz innych zdarzeniach medycznych, również finansowanych prywatnie;
- informacje o wystawionych skierowaniach i e-skierowaniach, w tym także e-skierowaniach do sanatorium;
- informacje o wystawionych e-zleceniach na wyroby medyczne;
- informacje o e-zwolnieniach i zaświadczeniach lekarskich wystawionych w związku z chorobą i macierzyństwem;
- informacje o szczepieniach pacjenta;
- informacje o historii leczenia dziecka do 18. roku życia;
- informacje o lekach;
- informacje o wyrobach medycznych zrefundowanych przez NFZ;
- informacje o elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) np. wyniki badań np. wyniki i opisy badań, diagnozy lekarzy, wypis ze szpitala, dokumenty z SOR, o ile lekarz lub placówka umieścili ją w systemie;
- informacje o indywidualnym planie opieki medycznej (IPOM) wraz z harmonogramem leczenia;
- informacje o wizytach umówionych przez centralną e-rejestrację.

Co przykładowo można załatwić poprzez Internetowe Konto Pacjenta

- odbiór e-recepty SMS-em lub e-mailem — wystarczy, że pacjent poda swój numer telefonu lub adres e-mail;
- odbiór kolejnej e-recepty bez wizyty w gabinecie (w przypadku choroby przewlekłej i po konsultacji, np. telefonicznej, z lekarzem);
- wypełnienie ankiety bezpłatnego programu profilaktycznego Moje Zdrowie;
- zmianę lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej
- upoważnić kogoś bliskiego lub medyka do odbioru recept lub wglądu do dokumentacji medycznej;
- upoważnić tego rodzica, który nie zgłaszał dziecka do ubezpieczenia, do dostępu do jego IKP;
- złożyć wniosek o wydanie EKUZ – Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- umówić się na mammografię, cytologię lub pierwszą wizytę u kardiologa przez centralną e-rejestrację.

Więcej informacji na stronie internetowej: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>

Kontakt

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Doc. Adama Dowgirda 9

17-200 Hajnówka

sekretariat: tel. 85 682 92 02; fax: 85 682 92 95

e-mail: szpital@spzozhajnowka.pl

strona internetowa: www.spzozhajnowka.pl

skrytka ePuap: /spzozhajnowka/SkrytkaESP

e-Doręczenia: AE:PL-90275-58768-DJHUE-31