



Skierowanie na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne / leczenie szpitalne

Zasady wystawiania skierowań przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie specjalistyczne w poradni specjalistycznej lub szpitalu regulują zapisy § 12 rozporządzenia M Z z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.08.81.484) oraz art. 57-61 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Pacjent zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy powinien przedstawić - oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń - **ważne skierowanie**. Jest to dokument wymagany przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w ramach:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- leczenia szpitalnego,
- leczenia uzdrowiskowego,
- rehabilitacji leczniczej,
- opieki nad przewlekle chorymi.

Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, zatruc, urazów, wypadków i porodów.

Skierowaniem do lekarza specjalisty **nie jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć, czy szpitalnego oddziału ratunkowego**. Jeżeli w karcie informacyjnej wskazana jest kontynuacja leczenia, skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący pacjenta.

Należy pamiętać, że na podstawie jednego skierowania pacjent może się zarejestrować **tylko w jednej placówce** udzielającej świadczeń w danym zakresie!

Skierowanie nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów:

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



Skierowania nie muszą przedstawiać osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- inwalidzi wojenni, osoby represjonowane, kombatanci,
- chorzy na gruźlicę,
- zakażeni wirusem HIV,
- niewidome cywilne ofiary działań wojennych,
- w zakresie badań dawców narządów,
- uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych w zakresie leczenia odwykowego,
- uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.

Skierowanie wystawia:

- na badania diagnostyczne,
- na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- na leczenie uzdrowiskowe,
- na rehabilitację leczniczą,
- opiekę długoterminową

lekarz POZ lub inny lekarz udzielający świadczeń w ramach ważnej umowy NFZ

Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania niezbędnych, dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania.

- na badania diagnostyczne kosztochłonne (takie jak tomografia czy rezonans).

Lekarz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w tym także lekarz POZ, prowadzący leczenie pacjenta i stwierdzający potrzebę wykonania danego badania (w przypadkach uzasadnionych medycznie)

Odsyłanie pacjentów do lekarza POZ po skierowanie na badania diagnostyczne kosztochłonne jest nieuzasadnione. Dotyczy to także badań w opiece specjalistycznej zleczonych pacjentom z zaleceniem kolejnej wizyty.

- na leczenie szpitalne

każdy lekarz, nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

Lekarz POZ, kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.



Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania - poza wymienionymi przypadkami - **nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia**, a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.

Ważność skierowania:

Skierowanie wystawione do poradni specjalistycznej ważne jest do czasu zakończenia leczenia i nie jest wymagana jego aktualizacja.

O konieczności objęcia leczeniem i częstotliwości wizyt w poradni specjalistycznej decyduje lekarz specjalista.

Wyjątkami są:

- **skierowanie na leczenie uzdrowiskowe** , które jest ważne 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia.
- **skierowanie na rehabilitację leczniczą** , które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia.
- **skierowanie do szpitala psychiatrycznego** , którego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Zgodnie z powyższym pacjent przewlekle chory, pozostający pod stałą opieką lekarza poradni specjalistycznej **nie wymaga corocznego odnawiania ważności skierowania.**

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub nie wpisania pacjenta na listę oczekujących.