

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE

Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród tych, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. O wskazanie specjalisty ubezpieczony może się zwrócić do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej / lekarza rodzinnego.

Kiedy skierowanie nie jest potrzebne?

Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest potrzebne w wypadku, gdy pacjent chce się udać do:

- ginekologa i położnika;
- dentysty;
- wenerologa;
- onkologa;
- psychiatry,
- poradni dla osób chorych na gruźlicę;
- poradni dla osób zakażonych wirusem HIV,
- poradni dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji -psychotropowych- w zakresie leczenia odwykowego.

Ponadto skierowanie do specjalisty **nie jest wymagane**:

- gdy pacjent jest inwalidą wojennym i wojskowym, osobą represjonowaną, kombatantem lub cywilną niewidomą ofiarą działań wojennych;

- gdy pacjent jest uprawnionym żołnierzem lub pracownikiem, w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne może być udzielane bez wymaganego skierowania.

Poza tymi przypadkami do lekarza specjalisty obowiązuje skierowanie. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca pacjent.

Zasady wystawiania skierowań i korzystania z opieki specjalisty

Skierowanie do specjalisty wystawia lekarz POZ / lekarz rodzinny lub lekarz specjalista z poradni specjalistycznej lub szpitala, który ma kontrakt z NFZ.

Porada specjalistyczna to wydanie przez specjalistę opinii o stanie zdrowia pacjenta oraz wskazanie dalszego toku leczenia na podstawie wykonanych badań diagnostycznych. Podczas pierwszej wizyty specjalista decyduje o tym, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też konieczne jest objęcie leczeniem stałym. Jeśli wystarczy jednorazowa konsultacja, specjalista odsyła pacjenta z powrotem do lekarza POZ, który będzie kontynuował leczenie. Jeżeli jednak w trakcie pierwszej porady okaże się, że trzeba kontynuować leczenie u specjalisty, nie ma potrzeby uzyskania ponownego skierowania od lekarza POZ. Od tej pory specjalista wyznacza terminy kolejnych wizyt kontrolnych, decyduje o niezbędnych badaniach, lekach i zabiegach.

Od momentu, gdy lekarz specjalista przejmuje leczenie, to on kieruje na potrzebne badania diagnostyczne, które są niezbędne w przebiegu dalszego

leczenia. Lekarz specjalista nie odsyła pacjenta w celu wykonania badań do lekarza POZ/rodzinnego.

Lekarz specjalista może skierować pacjenta do innego specjalisty, nie ma wtedy konieczności kierowania pacjenta do POZ celem uzyskania skierowania lub wykonania badań. Kierujący lekarz specjalista wykonuje wszystkie niezbędne badania w celu potwierdzenia rozpoznania.

W wypadku, gdy ubezpieczony objęty jest leczeniem specjalistycznym i wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista. Badania należy wykonywać w placówkach wskazanych przez lekarza kierującego.

Od 2012 r. nie są już kontraktowane jako odrębne zakresy świadczeń wymienione poniżej badania:

- badanie angiograficzne narządu wzroku
- badania ultrasonograficzne - doppler duplex
- badania ultrasonograficzne - kwalifikacja do operacji kardiochirurgicznych
- ph metria przewodu pokarmowego
- badania ultrasonograficzne - echokardiografia obciążeniowa lub przezprzełykowa
- diagnostyka laboratoryjna: badania molekularne (pcr/pfge)
- badania radiologiczne (rtg)
- badania elektrokardiograficzne
- badania endoskopowe układu oddechowego
- badania elektrofizjologiczne
- badania endoskopowe układu oddechowego

BADANIA TE BĘDĄ WKONYWANE W RAMACH PORADY LEKARSKIEJ.

Pacjent przyjęty do stałego leczenia w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych ma wykonane wszystkie zlecone badania bezpłatnie. Natomiast lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, kierując pacjenta do leczenia specjalistycznego, ma obowiązek wykonać badania niezbędne w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

Każdy lekarz specjalista obowiązany jest do pisemnego poinformowania lekarza kierującego pacjenta o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach i ich stosowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Otrzymane od lekarza specjalisty zaświadczenie pacjent powinien przekazać lekarzowi kierującemu lub POZ, do którego jest zadeklarowany.

Skierowanie na leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego nie jest skierowaniem do poradni specjalistycznej. Po zakończeniu leczenia szpitalnego (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) pacjent stosownie do zaistniałej sytuacji powinien otrzymać : skierowania do lekarzy specjalistów, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie oraz wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia.

Lekarz specjalista może **skierować na leczenie szpitalne**, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych. Pacjentowi przysługuje prawo

wyboru szpitala posiadającego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na terenie całego kraju.

Lekarz kierujący ubezpieczonego do szpitala zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do przyjęcia na oddział szpitalny, w tym także na leczenie operacyjne, wykonanie dalszych badań dodatkowych, wymaganych w określonym oddziale szpitalnym leży po stronie szpitala. Po zakończeniu leczenia szpitalnego, w wypadku stwierdzenia konieczności kontynuowania leczenia w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarz szpitala dokonujący wypisu wystawi skierowanie do poradni specjalistycznej.

Rejestracja do poradni specjalistycznej możliwa jest na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego, za pośrednictwem osób trzecich lub drogą internetową. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wyznaczenia terminu przyjęcia. Zobowiązany jest również do prowadzenia listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do podania do publicznej wiadomości informacji o godzinach i miejscu udzielania świadczeń oraz umieszczenia na zewnątrz budynku tablicy ze znakiem graficznym NFZ. Na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku powinien natomiast zamieścić harmonogram pracy poradni, zasady rejestracji pacjentów, tryb składania skarg i wniosków oraz Kartę Praw Pacjenta.

Skierowania na badania kosztochłonne

Od 2010r. skierowania na tzw. badania kosztochłonne (ASDK) mogą kierować tylko lekarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz psychiatrii i leczenia uzależnień. Wyjątkiem są badania endoskopowe przewodu pokarmowego /gastroskopia, kolonoskopia/, na które mogą kierować lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.