

Skierowania – zasady

Zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy powinieneś przedstawić - oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń - ważne skierowanie. Jest ono dokumentem wymaganym przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w ramach:

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

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 leczenie pacjenta w szpitalu.

Pamiętaj! Na podstawie jednego skierowania możesz zarejestrować się tylko w jednej placówce udzielającej świadczeń w danym zakresie. Pacjenci wymagający większej niż jedna liczby porad specjalistycznych z danej przyczyny, przedstawiają skierowanie tylko przy pierwszorazowym zgłoszeniu się do wybranej poradni specjalistycznej.

SKIEROWANIE NIE JEST POTRZEBNE DO NASTĘPUJĄCYCH LEKARZY SPECJALISTÓW:

- ginekologa i położnika,
- onkologa,
- psychiatry,
- wenerologa,
- dentysty.

SKIEROWANIA NIE MUSZĄ TAKŻE PRZEDSTAWIAĆ NASTĘPUJĄCE OSOBY KORZYSTAJĄCE Z AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ:

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

SKIEROWANIE WYSTAWIA:

- na badania diagnostyczne, na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na leczenie uzdrowskie, na rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową - lekarz POZ lub inny lekarz udzielający świadczeń w ramach ważnej umowy z 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 kosztowne (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) - lekarz będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w poradni, która zawarła umowę z Funduszem na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, rehabilitację lub psychiatrię, prowadzący leczenie pacjenta i stwierdzający potrzebę wykonania danego badania (w przypadkach uzasadnionych medycznie);
- na leczenie szpitalne - każdy lekarz. Nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego!
- na leczenie uzdrowiskowe - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
- na transport sanitarny - zlecenie wystawia lekarz/felczer ubezpieczenia zdrowotnego;
- na transport sanitarny w POZ - zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.
- na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarstwa POZ - zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego.

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

WAŻNOŚĆ SKIEROWANIA

Zazwyczaj skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do szpitala. Aktualizacja skierowania do leczenia specjalistycznego jest konieczna w sytuacji, gdy przez ostatnie 730 dni pacjent nie podjął leczenia.

Po objęciu pacjenta opieką danej poradni, skierowanie ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania i jak długo lekarz specjalista prowadzący pacjenta wyznacza terminy kolejnych wizyt.

Wyjątkami są:

- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, które podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia;
- skierowanie na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych; świadczeniobiorca obowiązany jest zarejestrować w zakładzie rehabilitacji nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia,
- skierowanie do szpitala psychiatrycznego, którego ważność wygasa po upływie 14 dni.

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

Od 2015 roku wymagane jest skierowanie do dermatologa i okulisty wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Ważne! Pacjent, który w tym roku rejestruje się do poradni specjalistycznej, ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania (o ile jest ono wymagane), nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

- Termin liczony jest zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, tj.: do terminu nie jest wliczany dzień dokonania wpisu na listę oczekujących; termin kończy się z upływem ostatniego dnia; jeśli koniec terminu przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, termin upływa następnego dnia; w przypadku przesyłania skierowania pocztą - liczy się data nadania listu.

- Jeśli pacjent nie przyjdzie na wyznaczoną wizytę, zostanie skreślony z listy oczekujących, a świadczeniodawca zwraca mu oryginał skierowania.
- Pacjent nie zostanie skreślony z listy oczekujących, jeśli uprawdopodobni, że niezgłoszenie się na wizytę nastąpiło z powodu siły wyższej (powszechnie przyjęte rozumienie siły wyższej: zdarzenie nadzwyczajne, zewnętrzne i niemożliwe do zapobieżenia).
- Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. Wniosek musi zawierać uzasadnienie przyczyny niestawienia się w ustalonym terminie.
- Pacjent w celu otrzymania danego świadczenia może się wpisać na listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Zasada ta dotyczy również świadczeń udzielanych bez skierowania oraz świadczeń onkologicznych.