W związku z występującymi wątpliwościami, dotyczącymi skierowań do poradni specjalistycznych w 2015 r., Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, że poza zmianami dotyczącymi skierowań do lekarza okulisty i dermatologa oraz wprowadzeniu nowego dokumentu- karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, która ma status skierowania do wskazanej w karcie poradni specjalistycznej, zasady dotyczące ważności i trybu kierowania do poradni specjalistycznych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, nie uległy zmianie w stosunku do roku 2014.

**O celowości konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, zwracając się o konsultację do wybranego specjalisty w trybie skierowania.**

Zgodnie z zapisami art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

**Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:**

• ginekologa i położnika;

• dentysty;

• wenerologa;

• onkologa;

• psychiatry;

• dla osób chorych na gruźlicę;

• dla osób zakażonych wirusem HIV;

• dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;

• dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;

• dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych- w zakresie lecznictwa odwykowego;

• dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;

• dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Zgodnie z zapisami art. 57 ust. 1a ww. ustawy, jeżeli w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych wykonywanych u dzieci stwierdzono występowanie chorób wrodzonych, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia tych chorób następuje bez skierowania.

**Zapisy art. 1. pkt 29 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw uchyliły obowiązujące do 31 grudnia 2014 r. zapisy art. 57 ust. 2 pkt 3 i 6 ustawy, wprowadzając konieczność posiadania skierowania do dermatologa i okulisty, z zastrzeżeniem dotyczącym niżej opisanych przepisów przejściowych dotyczących świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przez końcem 2014 r.)**

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach:

1. Świadczeniobiorców objętych zakresem przepisów przejściowych z art. 17 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wpisani na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przez końcem 2014 r.),

2. Świadczeniobiorców mających prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynika z zapisów art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32. Świadczeniobiorca, u którego:

• w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,

• lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy – ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58 ww. ustawy.

**Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.**

Świadczenia opieki zdrowotnej nie wymagają przedstawienia kolejnego (nowego) skierowania w przypadkach:

1. Kontynuacji procesu diagnostyczno- terapeutycznego, rozpoczętego w poradni specjalistycznej w roku 2014, która nie wymaga przedstawienia przez pacjenta kolejnego skierowania do poradni specjalistycznej. W przypadku objęcia świadczeniobiorcy stałą opieką poradni specjalistycznej skierowanie zachowuje swoją ważność do czasu podjęcia przez specjalistę decyzji o zakończeniu leczenia schorzenia będącego przyczyną wystawienia skierowania w ramach poradni specjalistycznej.

2. Decyzji pacjenta o nowej deklaracji wyboru lekarza POZ (niezależenie, czy pacjent zmienia lekarza POZ w obrębie tej samej, czy innej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niezależenie od okoliczności zmiany deklaracji). Zmiana lekarza POZ nie ma wpływu na ważność wcześniej wystawionego skierowania do poradni specjalistycznej. Informacja o zmianie lekarza POZ ma znaczenie dla specjalisty, wyłącznie z powodu potrzeby przekierowania informacji zwrotnej przekazywanej lekarzowi kierującemu w trybie § 12 ust. 5 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Skierowanie do poradni specjalistycznej jest ważne na czas objęcia pacjenta opieką poradni specjalistycznej, o czym autonomicznie decyduje lekarz specjalista realizujący pierwsze lub lekarz realizujący kolejne świadczenia w ramach tego samego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Lekarz specjalista decyduje o potrzebie jednorazowej konsultacji lub o objęciu pacjenta stałą opieką poradni specjalistycznej.

Uprawnienie do leczenia specjalistycznego na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego związane jest nie z konkretnym lekarzem specjalistą a z poradnią, jako miejscem udzielania świadczeń, do którego pacjent został skierowany. Diagnostykę i leczenie na podstawie tego samego skierowania może przejąć inny uprawniony lekarz spełniający warunki wymagane i deklarowane określone w danym zakresie świadczeń.

Uprawnienie do leczenia specjalistycznego wynikające ze skierowania nie jest również bezpośrednio związane z lekarzem POZ kierującym do poradni specjalistycznej- zachowuje swoją ważność również po zmianie deklaracji do lekarza POZ.

Zgodnie z art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. w stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Zgodnie § 9 ust. 1- 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ze zm. Osoba kierująca na badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

**Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, powinno zawierać:**

1. Oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;

2. Oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;

3. Oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację;

4. Inne informacje lub dane, w szczególności rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji;

5. Datę wystawienia skierowania;

6. Oznaczenie osoby kierującej na badanie lub konsultację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

a) nazwisko i imię,

b) tytuł zawodowy,

c) uzyskane specjalizacje,

d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,

e) podpis

Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008 nr 81 poz. 484 )

 §12.1 **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:**

1) Wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiając kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania,

2) Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

§12.7 **w przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych,** pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

§12.8 **w przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego,** a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.

**Pacjenci mają prawo do zapoznania się z wynikami badań** nie tylko podczas wyznaczonej wizyty u lekarza, który wystawił skierowanie.

Zgodnie z § 9 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji. Tym samym, podczas wyznaczonej wizyty, lekarz, który skierował pacjenta na badanie, dysponuje jego wynikami i w sposób przystępny może przekazać pacjentowi informację o jego stanie zdrowia. Jeżeli jednak pacjent chce zapoznać się z wynikami badania wcześniej niż podczas wizyty u lekarza, ma on do tego prawo.

Niezasadne jest uzależnianie dostępu pacjenta do wyników jego badań, od wizyty u lekarza specjalisty, który zlecił ich wykonanie. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wyniki badań stanowią bowiem część dokumentacji medycznej pacjenta.

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Tym samym wyniki badań pacjent może odebrać osobiście lub może to zrobić osoba przez niego upoważniona.

W myśl § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia, zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta lub dołącza do niej.

Wyniki badań powinny zostać udostępnione pacjentowi lub upoważnionej przez niego osobie, w jednej ze wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta form, tj.:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

**W przypadku kiedy pacjent leczy się poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych**, to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo odmówić wypisania skierowania na badania, które zlecił lekarz prywatny. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego nie jest zobowiązany do wystawiania skierowań na badania diagnostyczne wymagane przez lekarza, leczącego poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych.

W przypadku konieczności leczenia w porani specjalistycznej pacjenta wymagającego przewiezienia w ramach transportu sanitarnego na **świadczenie pierwszorazowe do poradni specjalistycznej**, to świadczenie jest realizowany na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Podmiotem właściwym do zlecenia i zapewnienia wykonania usługi transportu sanitarnego, zgodnie ze wskazaniami medycznymi leżącymi po stronie świadczeniobiorcy, jest podmiot u którego świadczeniobiorca dokonał wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

O powyższym stanowią warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna określone w rozdziale 8 zarządzenia

Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. (z późń. zm.)

W przypadku odbywania kolejnych wizyt w danej poradni specjalistycznej i utrzymujących się wskazaniach do korzystania przez pacjenta dla ich realizacji ze świadczeń transportu sanitarnego, właściwą do zapewnienia usługi jest poradnia specjalistyczna.

W przypadku **świadczeń szpitalnych**, zlecenie transportu sanitarnego wystawiane przez szpital w momencie wypisu dotyczy sytuacji przewozu pacjenta do domu po zakończonej hospitalizacji (także w przypadku pobytu w SOR), lub przewozu miedzyszpitalnego, zgodnie ze wskazaniami medycznymi.