Tekst pobrano ze strony: http://www.nfz.gov.pl/

Skierowanie - kiedy i do kogo? *(opublikowano 11.03.2015 r.)*

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 uzdrowiskowego,
- 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,
- 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 lecznictwa 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 uzdrowiskowe, 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 kosztochłonne (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 pielęgniarki 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.

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 do poradni rehabilitacji jest ważne przez 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia leczenia (skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych, 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;

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