

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty, spośród świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są **na podstawie skierowania** lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Skierowanie dla ubezpieczonego 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 w zakresie leczenia uzależnień:
 - a. dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
 - b. dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną,
- dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie 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,
- dla dzieci, w zakresie leczenia chorób wrodzonych, które stwierdzono w wyniku badań przesiewowych.
- dla świadczeniobiorców do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadających zaświadczenie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii
- dla świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (**data obowiązywania przepisu: od 1 lipca 2018 r.**).

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne mogą być udzielane również w poradni przyszpitalnej.

Ważne

- w przypadku braku możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących i wyznaczenia terminu przyjęcia (kryteria umieszczania pacjentów na liście reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia¹).
- w medycznie uzasadnionych przypadkach lekarz specjalista udziela porad w domu pacjenta.
- badania diagnostyczne są dla ubezpieczonego bezpłatne na podstawie skierowania, w laboratorium/ pracowni, wskazanej przez lekarza.
- rejestracja pacjentów odbywa się na podstawie zgłoszenia: osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej.

W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista.

Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej mają:

- Kobiety w ciąży,
- Świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadający zaświadczenie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii,
- świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (**data obowiązywania przepisu: od 1 lipca 2018 r.**).
- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi,
- Zasłużeni Dawcy Przeszczepu,
- Inwalidzi wojenni i wojskowi,
- Kombatanci,
- Weterani poszkodowani podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- Uprawnieni żołnierze lub pracownicy w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- Działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych.

W przypadku gdy udzielenie świadczenia, wyżej uprawnionym osobom, nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący chorego w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego/POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym okresie ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, w przypadku gdy:

- pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.