

## **Badania dodatkowe i konsultacje**

Pacjent ubezpieczony ma prawo do korzystania z bezwzględnie koniecznych do diagnostyki i leczenia badań dodatkowych i konsultacji. Ocena czy badania te są faktycznie konieczne każdorazowo należy do prowadzącego diagnostykę i leczenie lekarza, który w takiej sytuacji wystawia skierowanie i pokrywa ich koszty.

**Wszelkie badania wykonywane na życzenie pacjenta (wynikające z ciekawości, obaw w związku ze stosowanymi używkami np. palenie papierosów, chęci wykonania profilaktycznych badań)– są płatne przez pacjenta.**

- W przypadku, gdy pacjent objęty jest leczeniem specjalistycznym i wymaga w związku z tym leczeniem wykonania niezbędnych dodatkowych badań diagnostycznych – skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty tych badań leczący lekarz specjalista.
- W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia szpitalnego/operacyjnego – konieczne badania diagnostyczne i konsultacje wykonuje szpital.
- W przypadku gdy pacjent korzysta z leczenia prywatnego - koszty wymaganych badań diagnostycznych pokrywa pacjent.

**W tych przypadkach odsyłanie pacjenta po skierowanie na badania do poradni lekarza rodzinnego jest całkowicie nieuprawnionym nadużyciem i zbędną fatygą dla pacjenta. Akty prawne nie przewidują konieczności / możliwości wykonywania raz w roku badań diagnostycznych! Obowiązek zlecenia badań profilaktycznych wraz z określeniem terminów ich realizacji funkcjonuje jedynie w medycynie pracy i medycynie sportu.**

## **Co nie jest refundowane przez NFZ?**

**Nie są finansowane przez NFZ**

**( i wiąże się z częściową lub całkowitą opłatą przez pacjenta):**

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych
- orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydane na życzenie pacjenta, jeżeli nie jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki
- orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydane na życzenie pacjenta jeżeli nie jest wydane w celach pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka
- świadczenia, które nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach ministra

- częściowy koszt wykupienia zleconych przez lekarza leków, środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych
- częściowy koszt zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo leczniczym
- niektóre usługi transportu sanitarnego
- wszelkie badania diagnostyczne wykonywane na życzenie pacjenta

## **Wszystko o skierowaniach**

### **Gdzie potrzebne jest skierowanie?**

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna ( tzw. „specjaliści”)
- leczenie szpitalne ( poza stanami nagłymi wymagającymi interwencji natychmiastowej)
- leczenie uzdrowiskowe/sanatoryjne - rehabilitacja lecznicza (ambulatoryjna)
- opieka nad przewlekle chorymi

### **Skierowanie powinien wystawić lekarz zalecający takie leczenie**

np. jeśli w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, SOR-u itp. wskazana jest kontynuacja leczenia - skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący leczenie pacjenta w tym szpitalu, jeśli laryngolog uważa, że pacjent powinien być skonsultowany przez neurologa - skierowanie do poradni neurologicznej wystawia laryngolog.

### **Jedno skierowanie - jedna rejestracja**

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

### **Gdzie skierowanie nie jest potrzebne skierowanie:**

- ginekolog i położnik
- onkolog
- psychiatra
- wenerolog
- dentysta
- badania wykonywane na życzenie pacjenta

## **Kto wystawia skierowania**

### w kontynuacji leczenia

- na badania diagnostyczne
- na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- na leczenie uzdrowiskowe
- na rehabilitację
- na opiekę długoterminową
- każdorazowo wystawia lekarz, który stwierdza zasadność i potrzebę takiego skierowania w ramach ważnej umowy z NFZ ( lekarz specjalista lub lekarz POZ)
- na badania diagnostyczne - jeśli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania niezbędnych dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia i pokrywa ich koszty – lekarz specjalista
- na leczenie szpitalne  
- każdy lekarz ( również działający prywatnie)
- na leczenie uzdrowiskowe  
– lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista lub POZ
- na transport sanitarny  
– lekarz lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego
- na transport sanitarny w POZ  
– lekarz POZ
- na realizację zadań pielęgniarstwa POZ  
– lekarz POZ i inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego.

## **Ważność skierowania**

***Skierowanie jest ważne tak długo - dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych i terapeutycznych.***

Zachowuje ono ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do szpitala lub poradni

- nawet jeśli termin jest odległy, kilkumiesięczny!

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

Raz wydane skierowanie może zachować ważność przez całe życie pacjenta!!

### **Wyjątkami są:**

- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe  
– podlega weryfikacji po upływie 18 miesięcy od jego wystawienia
- skierowanie do poradni rehabilitacyjnej  
– ważne przez 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia leczenia
- skierowanie do pracowni fizjoterapii (na zabiegi fizjoterapeutyczne )  
– traci ważność, jeśli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia
- skierowanie do szpitala psychiatrycznego  
– ważność upływa po 14 dniach.
- w przypadku, gdy mimo istnienia choroby przewlekłej pacjent nie pojawia się na wizyty kontrolne w poradni specjalistycznej przez 730 dni ( 2 lata) wymagane jest wystawienie nowego skierowania celem kontynuacji leczenia.

### **Wypis ze szpitala**

Oddział szpitalny jest **zobowiązany** wydać pacjentowi po zakończeniu leczenia szpitalnego, niezależnie od karty informacyjnej, skierowania na wszystkie świadczenia zlecone w tej karcie np.:

- konsultację/leczenie kardiologiczne, neurologiczne, diabetologiczne itd.
- leczenie rehabilitacyjne
- leczenie sanatoryjne
- zlecenie na wykonanie badań laboratoryjnych i obrazowych
- druk ZLA - określający okres niezdolności do pracy
- zlecenie na podawanie leku przez pielęgniarkę z nazwą leku, dawką, ilością dni podawania leku oraz określeniem czy w domu pacjenta
- zlecenie na zmianę opatrunku, wyciągnięcie szwów
- recepty na zlecone leki
- recepty na pieluchomajtki, kule, balkoniki i inny sprzęt zlecony w karcie informacyjnej, zlecenie na transport- również na transport w związku z kontynuacją leczenia w przyszpitalnej poradni specjalistycznej ( czyli z domu pacjenta do tej poradni)

**Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania – poza ww. – nie są finansowane przez NFZ , a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.**

## Pozostałe uwagi

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, **nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub niewpisania pacjenta na listę oczekujących** – niemniej brakujące dane należy uzupełnić w późniejszym terminie.

Pacjent ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. Jeśli pacjent nie przyjdzie na wyznaczoną wizytę, zostaje skreślony z listy oczekujących (o ile nie uprawdopodobni, że niezgłoszenie nastąpiło z powodu siły wyższej), a świadczeniodawca **zwraca mu oryginał skierowania**.

W celu otrzymania porady specjalistycznej – pacjent może się wpisać na listę oczekujących tylko u jednego świadczeniodawcy – zasada ta dotyczy również świadczeń udzielanych bez skierowania

**Każdy lekarz leczący pacjenta w poradni specjalistycznej zobowiązany jest nie rzadziej niż raz w roku (co 12 miesięcy) do pisemnego informowania lekarza kierującego i lekarza poz o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu, okresie ich stosowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych**

W przypadku, gdy pacjent objęty jest leczeniem specjalistycznym i wymaga w związku z tym leczeniem wykonania niezbędnych dodatkowych badań diagnostycznych – skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty tych badań leczący lekarz specjalista.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia szpitalnego/operacyjnego – konieczne badania diagnostyczne i konsultacje wykonuje szpital.

## Co nie jest refundowane przez NFZ?

**Nie są finansowane przez NFZ (i wiąże się z częściową lub całkowitą opłatą przez pacjenta):**

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych
- orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydane na życzenie pacjenta, jeżeli nie jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki
- orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydane na życzenie pacjenta jeżeli nie jest wydane w celach pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka
- świadczenia, które nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych

określonych w rozporządzeniach ministra

- częściowy koszt wykupienia zleconych przez lekarza leków, środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych
- częściowy koszt zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo leczniczym
- niektóre usługi transportu sanitarnego
- wszelkie badania diagnostyczne wykonywane na życzenie pacjenta