

Zasady dostępu pacjentów do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych

Wypis z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.):

(...) „**Art. 57. 1.** Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

1a. 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, o którym mowa w ust. 1.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń:

- 1) ginekologa i położnika;
- 2) dentysty;
- 3) (uchylony);
- 4) wenerologa;
- 5) onkologa;
- 6) (uchylony);
- 7) psychiatry;
- 8) dla osób chorych na gruźlicę;
- 9) dla osób zakażonych wirusem HIV;
- 10) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów działaczy opozycji antykomunistycznej oraz osób represjonowanych z powodów politycznych;
- 10a) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- 11) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego;

ul. Młyńska 10, 33-300 Nowy Sącz
Centrala: tel. (18) 443-88-77, fax. (18) 443-86-01
REGON: 000306437, NIP: PL7342608458, KRS: 0000029409
e-mail: sekretariat@szpitalnowysacz.pl, www.szpitalnowysacz.pl



FS 543888

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

13) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;

14) dla osób posiadających zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a.^{1/}

3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, o których mowa w ust. 1 mogą być udzielane również w poradni przyszpitalnej.

Art. 59. Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 59a. 1. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymagania.

2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, wystawionego w języku obcym dołącza się jego tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Art. 60. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 61. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 47a, art. 57 ust. 2 i art. 60.”

(...)

„**Art. 32a.2.** Świadczeniobiorca, u którego:

- 1) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy,
 - 2) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy
- ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 57 lub art. 58.”

^{1/} / przepis ten brzmi: Świadczeniobiorcom 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, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.