

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 2024 roku poz. 146 z późn. zm.):

(...) „**Art. 57. 1.** Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń okulisty, które są udzielane także na podstawie skierowania optometrysty, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo optometry sty, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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;
- 7a) lekarza medycyny sportowej;
- 7b) psychologa;
- 7c) optometrysty;
- 8) dla osób chorych na gruźlicę;
- 9) dla osób zakażonych wirusem HIV;
- 10) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
- 10a) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- 11) w zakresie leczenia uzależnień:
 - a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,

- b) dla osób zgłaszających się z powodu współzależnienia – 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;
- 12) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 13) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %;
- 14) dla osób, o których mowa w art. 47 ust. 1a.^{1/} i 1b;^{2/}
- 15) psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

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. 59aa. 1. Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej. (...)

(...) **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 ust. 1 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, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, 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.

² / **przepis ten brzmi:** Prawo do wyrobów medycznych, na zasadach, o których mowa w ust. 1a, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:

- 1) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.