Data: 29.09.2025 r.

Znak sprawy: NFZ11-WSOZ-S-PO.413.609.2025

Adresat: **Szanowni Państwo Świadczeniodawcy w poszczególnych rodzajach świadczeń**

Dotyczy: współpracy podmiotów leczniczych na różnych poziomach opieki zdrowotnej

Szanowni Państwo,

Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mając na uwadze napływające do Oddziału sygnały o nieuzasadnionym odsyłaniu pacjentów pomiędzy różnymi poziomami opieki zdrowotnej celem uzyskania świadczenia zdrowotnego przypomina o obowiązujących zasadach regulujących ten proces.

Podkreślenia wymaga, że podmioty lecznicze mają obowiązek współpracować ze sobą, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią opiekę i ciągłość leczenia. Świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia udzielanie świadczeń w **sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń**. Ponadto w przypadkach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[1] - zwanej dalej „ustawą" oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, **zapewnia transport sanitarny** w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy.

Poniżej przedstawiamy ważne dla pacjentów oraz świadczeniodawców zasady realizacji umów:

1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do dalszego leczenia, dołącza do skierowania:

[1] (t. j. Dz. U. 2024, poz. 146 ze zm.)

- kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę **w poradni specjalistycznej** jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527 oraz z 2024 r. poz. 1897), o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Informację, o której mowa powyżej lekarz **jest obowiązany** przekazać lekarzowi lub felczerowi, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku gdy:
   a) świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
   b) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

3. **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 optometrysty, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Skierowanie **nie** jest wymagane do świadczeń:
   - ginekologa i położnika;
   - dentysty;
   - wenerologa;

- onkologa;
- psychiatry;
- lekarza medycyny sportowej;
- psychologa;
- optometrysty;
- dla osób chorych na gruźlicę;
- dla osób zakażonych wirusem HIV;
- 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;
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- w zakresie leczenia uzależnień: dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia, 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 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%;
- 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%;
- dla osób, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach;
- psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.
- u dzieci, jeżeli w wyniku wykonania finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych stwierdzono występowanie chorób wrodzonych – dla udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia tych chorób,
- diagnostyki i leczenia onkologicznego w oparciu o kartę DILO

4. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej **poradni specjalistycznej,** po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz o zastosowanym leczeniu.
5. W przypadku gdy świadczeniobiorca **objęty leczeniem specjalistycznym** wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, **skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1, 2, 4, 5 i 7 ustawy.
6. W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, **szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje.**
7. W związku z **zakończeniem leczenia szpitalnego** oraz w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, **świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorc**y, stosownie do jego stanu zdrowia, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:
   - skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
   - recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
   - orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia
   - zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej;
   - zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy.
8. Warunki udzielania świadczeń **rehabilitacji leczniczej**:
   - fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych
   - fizjoterapia domowa - skierowanie na rehabilitację jest wystawiane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,

wymienionego w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.[2]

9. Osoby uprawnione na podstawie art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy **w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych**, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, **zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę**.
10. Osoby uprawnione na podstawie art. 48 ustawy o refundacji nie mogą **w czasie leczenia w zakładach leczniczych**, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, **ordynować świadczeniobiorcy, koniecznych do wykonania świadczenia, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.**

Z wyrazami szacunku

DYREKTOR
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Pilarczyk
/podpisano podpisem elektronicznym/

[2] (t.j. Dz. U. 2021, poz. 265 ze zm.)