

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) to konsultacje, badania i wybrane procedury wykonywane u lekarzy specjalistów bez całodobowego pobytu w szpitalu.

Do większości poradni w ramach NFZ potrzebne jest skierowanie, ale od 2021 r. podstawową formą jest e-skierowanie, którego nie trzeba dostarczać do placówki jako papierowego oryginału w terminie 14 dni.

Najważniejsze:

- Do większości poradni specjalistycznych trzeba mieć skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- E-skierowanie można zarejestrować **tylko w jednej placówce**, ale nie trzeba dostarczać papierowego oryginału skierowania w terminie 14 dni. Obowiązek dostarczenia oryginału dotyczy sytuacji, gdy skierowanie wystawiono w postaci papierowej.
- Świadczenia gwarantowane w ramach AOS, w tym badania, leki i wyroby medyczne niezbędne do leczenia, są bezpłatne.

Na czym polega leczenie ambulatoryjne

Leczenie w trybie ambulatoryjnym oznacza, że pacjent nie musi całą dobę przebywać w szpitalu ani innej placówce prowadzącej terapię. Wystarczy przyjść na konkretne badanie lub zabieg, na przykład do poradni specjalistycznej. Podczas wizyty lekarz specjalista ocenia stan zdrowia pacjenta na podstawie wykonanych badań diagnostycznych i decyduje, czy potrzebna jest tylko jednorazowa konsultacja, czy dalsza opieka specjalistyczna. Od momentu, gdy lekarz specjalista obejmuje opieką pacjenta, to on kieruje i wskazuje miejsce wykonania zleconych badań laboratoryjnych, diagnostycznych itp.), które są niezbędne w procesie dalszego leczenia. Zapisy na dalsze leczenie dokonuje się w rejestracji Szpitala zgodnie z dostępnością slotów w grafiku danego Lekarza.

Po zakończeniu procesu diagnostycznego lub leczenia specjalista musi przekazać informację lekarzowi POZ, w tym o sposobie leczenia, przyjmowanych lekach i terminach wizyt kontrolnych. Pacjent otrzymuje też zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zaleconą farmakoterapią. To właśnie na tej podstawie lekarz rodzinny może dalej wystawiać recepty potrzebne do kontynuacji leczenia, mimo że sam nie prowadzi terapii specjalistycznej.

Skierowanie: kiedy jest wymagane i ile masz czasu

Zasadniczo, aby skorzystać z porady lekarza specjalisty w ramach NFZ, konieczne jest skierowanie od lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Z tego obowiązku wyłączone są jednak niektóre rodzaje świadczeń, wskazane w przepisach dotyczących AOS. **Skierowanie nie jest wymagane m.in. do** ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry, poradni dla osób chorych na gruźlicę oraz poradni dla osób zakażonych wirusem HIV.

Skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia leczenia pacjenta. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, poprzez ustalenie terminu

przyjęcia pacjenta do poradni. Jeśli nie podjęto leczenia w ciągu 730 dni to trzeba skierowanie „odnowić”. Nowe skierowanie będzie konieczne wtedy, gdy zakończono leczenie u danego specjalisty, a pojawił się ponownie lub zupełnie nowy problem zdrowotny, który wymaga diagnostyki i leczenia w AOS.

W przypadku, kiedy pacjent nie może stawić się na wyznaczony termin wizyty jest on **obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym placówkę medyczną**, w celu umożliwienia skorzystania z porady specjalistycznej kolejnemu pacjentowi z listy oczekujących.

Przy e-skierowaniu pacjent rejestruje się telefonicznie, podając kod e-skierowania i PESEL, albo osobiście, okazując SMS, e-mail, e- rejestrację lub e-skierowanie w aplikacji moje IKP lub IKP (dostępne dla niektórych poradni specjalistycznych od 01.08.2026r. - endokrynologicznej, nefrologicznej, chorób zakaźnych, chorób płuc) dla skierowań pierwszorazowych w trybie stabilnym i pilnym.

Jeśli w wybranej placówce nie ma wolnego terminu, można zapisać się do wirtualnej poczekalni. System automatycznie powiadomi pacjenta i przypisze wizytę, gdy tylko ktoś zrezygnuje z wolnego miejsca. Pacjent otrzymuje potwierdzenie zapisu oraz przypomnienia o zbliżającej się wizycie (SMS-em, e-mailem lub w aplikacji moje IKP).

Pacjent nie musi dostarczać papierowego oryginału skierowania w ciągu 14 dni. Obowiązek dostarczenia oryginału dotyczy sytuacji, gdy skierowanie wystawiono w postaci papierowej. Niedotrzymanie tego terminu oznacza skreślenie z listy oczekujących i konieczność ponownego zapisu, czyli w praktyce utratę wypracowanego miejsca w kolejce.

Co konkretnie obejmuje AOS

Badania, leki i wyroby medyczne niezbędne do udzielenia tych świadczeń są bezpłatne dla pacjenta w zakresie świadczeń gwarantowanych.

Zasady zapisu na listę oczekujących

Jeżeli świadczenie medyczne nie może być udzielone od razu w przychodni, czy szpitalu, świadczeniodawca ma obowiązek wpisać pacjenta na listę oczekujących. Przed zapisaniem do kolejki na wizytę, badanie albo zabieg, powinien określić, czy stan zdrowia wymaga pilnego leczenia i zakwalifikowania do odpowiedniej, jednej z dwóch grup oczekujących (tak zwanej kategorii medycznej).

Kategorie medyczne

- **przypadek pilny** - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
- **przypadek stabilny** - jeżeli pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie kwalifikuje się do kategorii przypadek pilny.

Na liście oczekujących świadczeniodawca ma obowiązek odnotować m.in. Imię i nazwisko, numer PESEL, miejsce zamieszkania, adres email, numer telefonu, a także rozpoznanie lub powód przyjęcia i planowany termin udzielenia świadczenia.

Obowiązkiem świadczeniodawcy jest poinformowanie o planowanym terminie udzielenia świadczenia i o każdej zmianie tego terminu, jak również przyczynie zmiany. Dlatego tak ważne jest podanie świadczeniodawcy aktualnych danych kontaktowych, tj. właściwego adresu do korespondencji, numeru telefonu, czy adresu poczty elektronicznej.

W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń przez świadczeniodawcę, u którego pacjent był wpisany na listę oczekujących, może w celu uzyskania danego świadczenia wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę.

Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy jest obowiązany wydać oryginał skierowania oraz zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty, kiedy pacjent zgłosił się do niego. Za wydanie zaświadczenia nie wnosi się opłaty. O fakcie, że świadczeniodawca zakończył wykonywanie umowy informuje pracownik Twojego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za pośrednictwem poczty, telefonu lub drogą elektroniczną. Poinformuje również o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń z tym oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, a także o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, pacjent zostanie skreślony z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej. Jeżeli pacjent chce, aby świadczeniodawca przywrócił go na listę oczekujących musi złożyć prośbę o przywrócenie niezwłocznie, nie później niż w terminie **7 dni** od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia oraz podać powód niezgłoszenia się. Należy się skontaktować ze świadczeniodawcą także w przypadku, gdy stan zdrowia ulega zmianie i gdy zaistnieje potrzeba wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia. **Wówczas lekarz może podjąć decyzję** o zmianie kategorii medycznej i wyznaczyć nowy, wcześniejszy termin udzielenia świadczenia. Gdy pacjent chce zmienić miejsce leczenia, informuje dotychczas wybranego świadczeniodawcę o rezygnacji z kolejki. Jeżeli pacjent tego nie robi, blokuje innym możliwość uzyskania w tym czasie świadczenia.

W stanach nagłych świadczenia specjalistyczne mogą być udzielane bez wymaganego skierowania.

Ponadto, w zakresach: okulistyki dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, chirurgii dziecięcej, mogą być udzielane świadczenia bez skierowania w ramach ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) u świadczeniodawców posiadających umowę na dany zakres AON.

Skierowaniem do lekarza specjalisty **nie jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć czy szpitalnego oddziału ratunkowego.** Jeżeli istnieje potrzeba kontynuowania przez pacjenta leczenia w poradni specjalistycznej, powinien on – poza ww. dokumentami – otrzymać w szpitalu także odpowiednie skierowanie.