

**ZASADY POTWIERDZANIA SKIEROWAŃ NA LECZENIE UZDROWISKOWE
W ODDZIAŁACH WOJEWÓDZKICH
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Użyte w zasadach określenia oznaczają:

1. „Fundusz” - Narodowy Fundusz Zdrowia;
2. „oddział Funduszu” - oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
3. „skierowanie” - skierowanie na leczenie uzdrowiskowe;
4. „lekarz specjalista” - lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zatrudniony w oddziale Funduszu.

ROZDZIAŁ I.

**WYSTAWIANIE SKIEROWAŃ NA LECZENIE UZDROWISKOWE DLA
ŚWIADCZENIOBIORCÓW**

§ 1

Świadczeniobiorca może otrzymać skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, które wystawia właściwy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie powinno być wystawione na druku, którego wzór określa załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724 z późn. zm.).

§ 2

1. ~~Skierowanie na leczenie w szpitalu uzdrowiskowym wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym chory przebywał na leczeniu stacjonarnym. Skierowanie powinno być wystawione nie później niż w dniu wypisania chorego z leczenia stacjonarnego. Do skierowania powinna być dołączona karta informacyjna, zawierająca opis przebiegu choroby, opis leczenia, wyniki badań pomocniczych oraz zalecenia.~~



2. Skierowanie na leczenie w sanatorium uzdrowiskowym lub na leczenie ambulatoryjne wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.
3. W skierowaniu na leczenie uzdrowiskowe dla osoby niepełnoletniej lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest wypełnić pozycję „Dotyczy dzieci od 3 – 18 lat”.
4. Skierowania wystawione do potwierdzenia przez oddział Funduszu powinny zawierać:
 - 1) dane osobowe pacjenta, a w szczególności PESEL, imię i nazwisko;
 - 2) pieczęć świadczeniodawcy wraz z numerem umowy zawartej z Funduszem i pieczęć imienną lekarza wystawiającego skierowanie;
 - 3) informacje o aktualnym stanie zdrowia pacjenta;
 - 4) jednoznacznie określone rozpoznanie choroby zasadniczej będącej podstawą wystawienia skierowania z podaniem symbolu ICD – 10;
 - 5) informację o schorzeniach współistniejących.
5. Skierowanie powinno być przesłane drogą pocztową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub zainteresowanego świadczeniobiorcę na adres oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce zameldowania świadczeniobiorcy lub złożone w oddziale Funduszu.

ROZDZIAŁ II.

POTWIERDZANIE SKIEROWAŃ NA LECZENIE UZDROWISKOWE

§ 3

1. Skierowanie, które wpłynęło do oddziału Funduszu jest rejestrowane przez komórkę właściwą ds. lecznictwa uzdrowiskowego i poddawane ocenie celowości.
2. Ocenę celowości skierowania dokonuje lekarz specjalista na podstawie danych zawartych w skierowaniu i dołączonej dokumentacji medycznej.
3. Lekarz specjalista może zażądać od lekarza wystawiającego skierowanie:
 - a. uzupełnienia brakujących danych;
 - b. dostarczenia niezbędnej dokumentacji medycznej;
 - c. przeprowadzenia dodatkowych badań;celem określenia celowości skierowania, rodzaju i miejsca leczenia, a także rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, powiadamiając o tym fakcie świadczeniobiorcę.
4. Skierowanie uzupełnione jest rozpatrywane wg kolejności, zgodnie z datą jego pierwotnego wpływu do oddziału Funduszu.

5. Skierowanie powinno być rozpatrzone w terminie 30 dni od daty jego wpływu do oddziału Funduszu. W uzasadnionych przypadkach termin rozpatrzenia skierowania może być przedłużony o kolejne 14 dni.
6. Jeżeli oddział Funduszu nie potwierdził skierowania z powodu braku miejsc, świadczeniobiorca wpisywany jest na listę oczekujących, o czym informowany jest na piśmie ze wskazaniem kolejności na tej liście oraz z przewidywanym czasem potwierdzenia skierowania.
7. Oddział Funduszu zobowiązany jest do prowadzenia listy świadczeniobiorców, którzy nie uzyskali potwierdzenia skierowania z powodu braku miejsc w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

§ 4

1. W przypadku złożenia kolejnego skierowania przed potwierdzeniem realizacji leczenia uzdrowiskowego przez oddział Funduszu, skierowanie takie jest rejestrowane i traktowane jest jako weryfikacja skierowania z oceną celowości lekarza specjalisty.
2. Każde kolejne złożone skierowanie rozpatrywane jest łącznie z wcześniej złożonymi, oczekującymi na realizację skierowaniami.
3. Skierowania rozpatrywane są zgodnie z datą wpływu pierwszego, oczekującego na realizację złożonego skierowania.
4. W przypadku potwierdzenia skierowania przez oddział Funduszu, wskazującego miejsce, rodzaj i termin leczenia uzdrowiskowego, pozostałe skierowania pozostają w dokumentacji oddziału Funduszu.

§ 5

1. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy wynikającej z aktualnej dokumentacji medycznej, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w spodziewanym terminie uzyskania potwierdzenia na leczenie uzdrowiskowe, koryguje się odpowiednio ten termin. O zasadności ww. sytuacji decyduje lekarz specjalista dokonując ponownej oceny skierowania.
2. Oddziałowi Funduszu przysługuje prawo zmiany kwalifikacji skierowania z leczenia sanatoryjnego na leczenie szpitalne jak również z leczenia szpitalnego na leczenie sanatoryjne. O zasadności takiej zmiany decyduje lekarz specjalista.

§ 6

1. Skierowanie, którego oddział Funduszu nie potwierdził z powodu uznania przez lekarza specjalistę braku celowości leczenia lub przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, zwracane jest lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego, który je wystawił wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia.
2. O nie potwierdzeniu oddział Funduszu powiadamia świadczeniobiorcę, podając przyczyny odmowy potwierdzenia.
3. Na niepotwierdzone skierowanie przez oddział Funduszu nie przysługuje odwołanie.

§ 7

1. Świadczeniobiorca otrzymuje skierowanie, w którym oddział Funduszu określa termin, miejsce, rodzaj i czas trwania leczenia uzdrowiskowego oraz konkretny zakład lecznictwa uzdrowiskowego nie później niż 60 dni przed wyznaczoną datą rozpoczęcia turnusu. Terminu tego nie stosuje się do skierowań z tzw. „zwrotów”, skierowań zwróconych przez świadczeniobiorców z możliwością potwierdzenia skierowania dla następnego świadczeniobiorcy, znajdującego się w kolejce.

§ 8

1. W przypadku rezygnacji z otrzymanego skierowania świadczeniobiorca powinien je bezzwłocznie zwrócić do oddziału Funduszu.
2. Każda rezygnacja z przyznanego leczenia uzdrowiskowego powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie.
3. Oddział Funduszu uznaje rezygnację i zwrot skierowania z leczenia uzdrowiskowego za zasadny w szczególnych przypadkach, a zwłaszcza, gdy ich powodem jest:
 - 1) wypadek losowy;
 - 2) choroba świadczeniobiorcy (np. pobyt w szpitalu)potwierdzone odpowiednim dokumentem.
4. W przypadku uznania rezygnacji, oddział Funduszu wyznaczy nowy termin realizacji skierowania w ramach możliwości oddziału Funduszu oraz zgodnie z pierwotną datą wpływu skierowania.
5. Nieuzasadniony zwrot skierowania traktowany jest jak złożenie nowego skierowania.

§ 9

1. Okres ważności skierowania wynosi 12 miesięcy od daty jego wystawienia.

2. Skierowania po utracie ważności odsyłane są do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do weryfikacji.
3. O utracie ważności skierowania oddział Funduszu powiadamia pisemnie świadczenioborcę.

§ 10

1. ~~W jednym roku kalendarzowym świadczeniobiorca może skorzystać z jednego zakresu leczenia w warunkach uzdrowiskowych tj. ambulatoryjnego, szpitalnego lub sanatoryjnego.~~
2. Leczenie w szpitalu uzdrowiskowym powinno odbyć się w możliwie najkrótszym terminie po wypisaniu ze szpitala.
3. Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe pod nadzorem opiekuna prawnego lub same. Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum kierowane są na leczenie uzdrowiskowe przez cały rok, a młodzież szkół ponadgimnazjalnych w okresie wolnym od nauki.
4. Pracownicy zakładów wymienionych w załączniku nr 4 do ustawy z dnia 19 czerwca 1997 roku o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. Nr 3 poz. 20 z 2004 roku, z późn. zm.) zatrudnieni w tych zakładach w dniu 28 września 1997 roku lub przed tą datą, uprawnieni są do korzystania raz w roku z leczenia uzdrowiskowego oraz zwolnienia z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724 z późn. zm).
5. Zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 29 maja 1974 roku o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 roku Nr 9 poz. 87 z późn. zm.) inwalidzie wojennemu przysługuje prawo do skierowania na pobyt w sanatorium uzdrowiskowym co najmniej raz na 3 lata.

ROZDZIAŁ III.

ZASADY ODPLATNOŚCI

§ 11

1. Fundusz nie ponosi:
 - 1) kosztów przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego;

- 2) kosztów częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowiskowych wg obowiązujących stawek określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724 z późn. zm.);
- 3) kosztów pobytu i wyżywienia podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego;
- 4) kosztów pobytu opiekuna świadczeniobiorcy;
- 5) dodatkowych opłat w zależności od przepisów lokalnych, obowiązujących w miejscu położenia zakładu lecznictwa uzdrowiskowego np. opłat klimatycznych
- 6) kosztów zabiegów przyrodoleczniczych i rehabilitacyjnych w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym niezwiązanych z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

§ 12

1. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia 26 lat, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu oraz dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym - zgodnie z art. 33 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm).
2. Leczenie sanatoryjne dla dzieci od 3 do 6 lat pod opieką rodzica lub opiekuna prawnego jest bezpłatne tylko dla dziecka.
3. Leczenie w szpitalu uzdrowiskowym jest bezpłatne dla świadczeniobiorcy.