

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA ¹⁾**

z dnia 7 lipca 2011 r.

w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową

Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. ²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, tryb potwierdzania oraz wzór tego skierowania.

§ 2.

1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, zwane dalej „skierowaniem”, biorąc pod uwagę:

1) wskazania i przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z późn. zm. ³⁾);

2) w przypadku dorosłych - zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, nie częściej niż raz na 18 miesięcy.

2. Przepisu ust. 1 pkt 2 nie stosuje się do leczenia uzdrowiskowego w szpitalu uzdrowiskowym i leczenia uzdrowiskowego w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w szpitalu uzdrowiskowym oraz w uzdrowiskowym leczeniu ambulatoryjnym.

3. Wzór skierowania określa załącznik do rozporządzenia.

4. W skierowaniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego może określić, po uwzględnieniu czynników, o których mowa w ust. 1, miejsce i rodzaj leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Wybór miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej dokonany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest wiążący dla oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

5. Lekarz wystawiający skierowanie jest obowiązany do prawidłowego i czytelnego wypełnienia skierowania.

6. Skierowanie przesyła się do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE” albo „SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ”. Skierowanie może być przesłane przez świadczeniobiorcę wskazanego w skierowaniu.

§ 3.

1. Po otrzymaniu skierowania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia komórka organizacyjna właściwa w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej dokonuje jego rejestracji poprzez wpis na listę skierowań oraz oznacza skierowanie numerem wpisu, pod którym skierowanie zostało wpisane na listę skierowań.

2. Po dokonaniu rejestracji skierowania w sposób określony w ust. 1, lekarz specjalista w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zwany dalej „lekarzem specjalistą”, zatrudniony w komórce organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, dokonuje aprobaty skierowania pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej.

3. Lekarz specjalista może zażądać od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który wystawił

skierowanie, dostarczenia w wyznaczonym terminie dokumentacji medycznej niezbędnej do ustalenia rodzaju i zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, uzupełnienia lub aktualizacji tej dokumentacji oraz przeprowadzenia dodatkowych badań.

§ 4.

1. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia potwierdza skierowanie, jeżeli:
 - 1) lekarz specjalista aprobował celowość skierowania;
 - 2) w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej są wolne miejsca, przewidziane w umowach z tymi zakładami.
2. Potwierdzając skierowanie, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia określa:
 - 1) rodzaj leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz ich tryb;
 - 2) odpowiedni zakład lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej;
 - 3) datę rozpoczęcia leczenia albo rehabilitacji uzdrowiskowej; w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach stacjonarnych czas trwania;
 - 4) okres leczenia, w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach ambulatoryjnych albo rehabilitacji uzdrowiskowej.
3. W przypadku skierowania na leczenie uzdrowiskowe w warunkach ambulatoryjnych, potwierdzonego przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniobiorca uzgadnia termin rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego z zakładem lecznictwa uzdrowiskowego, do którego otrzymał skierowanie, nie później niż 14 dni przed dniem rozpoczęcia leczenia.
4. Zakład lecznictwa uzdrowiskowego potwierdza świadczeniobiorcy uzgodniony termin rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego w warunkach ambulatoryjnych w formie pisemnej lub elektronicznej.
5. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia doręcza świadczeniobiorcy potwierdzone skierowanie nie później niż 14 dni przed dniem rozpoczęcia leczenia.
6. Doręczając skierowanie na leczenie w sanatorium uzdrowiskowym, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia informuje o zasadach odpłatności za pobyt w sanatorium, w tym, jeżeli dotyczy, o całkowitych kosztach za pobyt opiekuna.
7. W przypadkach szczególnie uzasadnionych, po uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą, może mu zostać doręczone potwierdzone skierowanie, za zgodą świadczeniodawcy, wyrażoną w formie pisemnej lub elektronicznej, w terminie innym niż określony w ust. 3, jednak nie krótszym niż 3 dni przed dniem rozpoczęcia leczenia.
8. Uzgodnienie ze świadczeniobiorcą polega na uzyskaniu jego zgody w rozmowie telefonicznej, w formie pisemnej lub elektronicznej.

§ 5.

1. Skierowanie, którego oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie potwierdził w przypadku, gdy lekarz specjalista nie zaaprobował celowości skierowania, jest zwracane lekarzowi, który je wystawił, wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia skierowania.
2. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadamia świadczeniobiorcę o niepotwierdzeniu skierowania wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia skierowania, nie później niż 30 dni od dnia otrzymania skierowania.
3. Na niepotwierdzenie skierowania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie przysługuje odwołanie.

§ 6.

1. Skierowanie, którego oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie potwierdził z powodu braku miejsc w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, jest składane do dokumentacji prowadzonej przez ten oddział.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, podlega potwierdzeniu na warunkach określonych w § 8 ust. 4.
3. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadamia świadczeniobiorcę o przyczynie niepotwierdzenia, o której mowa w ust. 1, nie później niż 30 dni od otrzymania skierowania.

§ 7.

1. Skierowanie powinno być rozpatrzone przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 30 dni od dnia jego wpływu do tego oddziału. Termin ten może być przedłużony w przypadkach, o których mowa w § 3 ust. 3, nie więcej jednak niż o 14 dni.
2. Skierowanie wraz z aktualnymi wynikami badań oraz kartą informacyjną z leczenia szpitalnego, w przypadku gdy leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego, podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia.

§ 8.

1. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzi listę świadczeniobiorców, którzy nie uzyskali potwierdzenia skierowania z przyczyny, o której mowa w § 6 ust. 1.
2. Lista świadczeniobiorców zawiera:
 - 1) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
 - 2) numer PESEL, o ile świadczeniobiorca taki numer posiada;
 - 3) numer wpisu, o którym mowa w § 3 ust. 1;
 - 4) profil leczenia.
3. Świadczeniobiorca powinien być poinformowany pisemnie o swojej kolejności na liście świadczeniobiorców.
4. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia potwierdza skierowanie wystawione świadczeniobiorcy, który znajduje się na liście, o której mowa w ust. 1, w pierwszej kolejności, jeżeli są miejsca w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, przewidziane w umowach z tymi zakładami.

§ 9.

1. W celu przeprowadzenia weryfikacji, o której mowa w § 7 ust. 2, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przesyła skierowanie świadczeniodawcy, który je wystawił.
2. W przypadku pozytywnej weryfikacji skierowania świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, przesyła je do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.
3. W przypadku negatywnej weryfikacji skierowania świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, zawiadamia o tym świadczeniobiorcę oraz oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, skierowanie podlega aprobacie przez lekarza specjalistę w trybie, o którym mowa w § 3 ust. 2-4, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Zaaprobowane skierowanie zachowuje dotychczasowy numer na liście skierowań nadany zgodnie z § 3 ust. 1.
6. W przypadku odmowy aprobaty skierowania oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadamia o tym niezwłocznie świadczeniobiorcę.

§ 10.

Do dnia 31 grudnia 2011 r. stosuje się druki skierowania na leczenie uzdrowiskowe określone na podstawie przepisów dotychczasowych.

§ 11.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia¹⁾.

MINISTER ZDROWIA