

## 466

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 6 kwietnia 2007 r.

## zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego

Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724, z 2005 r. Nr 101, poz. 850 oraz z 2006 r. Nr 94, poz. 655) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 4:

a) ust. 2a otrzymuje brzmienie:

„2a. W przypadku skierowania na leczenie uzdrowiskowe w trybie ambulatoryjnym, 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 datą rozpoczęcia leczenia. W przypadku określonym w ust. 5 termin

ten jest nie krótszy niż 3 dni przed datą rozpoczęcia leczenia.”,

b) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

„5. W przypadkach szczególnie uzasadnionych, po uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą, może mu zostać doręczone potwierdzone skierowanie, za wyrażoną w formie pisemnej lub elektronicznej zgodą świadczeniodawcy, w terminie innym niż określony w ust. 3, jednak nie krótszym niż 3 dni przed datą rozpoczęcia leczenia.

6. Uzgodnienie ze świadczeniobiorcą polega na uzyskaniu jego zgody w rozmowie telefonicznej, w formie pisemnej lub elektronicznej.”;

2) § 11 otrzymuje brzmienie:

„§ 11. Częściowa odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem standardu, o którym mowa w § 10, wynosi:

Lp.	Poziom		I sezon rozliczeniowy (w złotych)	II sezon rozliczeniowy (w złotych)
1	I	a	23,00	30,00
		b	19,00	27,00
2	II		18,00	24,00
3	III	a	14,00	20,00
		b	12,00	18,00
4	IV		10,50	14,00
5	V	a	9,00	10,50
		b	8,00	9,50
6	VI		7,50	9,00

3) załącznik do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Świadczeniobiorcy, którzy w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przebywają na leczeniu uzdrowiskowym, ponoszą częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu według odpłatności ustalonej na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 3. Skierowania wystawione na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują swoją ważność i nie wymagają dodatkowego potwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2007 r.

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczególnego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433.

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 6 kwietnia 2007 r. (poz. 466)

WZÓR

nr ewidencyjny skierowania

.....  
nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia

pieczętka świadczeniodawcy z numerem umowy  
zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

**Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe**

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres ..... , nr tel. ....  
(ulica — nr) (nr kodu) (miejscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

**Dotyczy dzieci 3—18 lat**

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka ..... PESEL .....

Rodzaj szkoły, klasa: .....

**I. Wywiad** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci) .....

Leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat (podać rok; uzdrowisko) .....

**II. Badanie przedmiotowe:**

Waga ..... wzrost ..... RR ...../..... tętno ...../min

Skóra i węzły chłonne obwodowe .....

Układ oddechowy z oceną wydolności .....

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA .....

Układ trawienny .....

Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek .....

Układ ruchu .....

Zdolność do samoobstugi  TAK  NIE

Ocena sprawności ruchowej

samodzielnie poruszający się  poruszający się za pomocą:

.....  
(określić rodzaj niezbędnej pomocy, np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłu .....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim

..... wg ICD-10 

--	--	--

Choroby współistniejące ..... wg ICD-10 

--	--	--

  
..... wg ICD-10 

--	--	--

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe: .....  
.....

**III. WPISAĆ AKTUALNE WYNIKI BADAŃ:** laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych.  
W przypadku leczenia szpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala.

OB ..... morfologia krwi .....  
badanie moczu .....  
rtg klatki piersiowej .....  
.....  
EKG .....  
inne .....  
.....

#### IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO

UZDROWISKO:     NADMORSKIE     NIZINNE     PODGÓRSKIE     GÓRSKIE  
RODZAJ LECZENIA:     SZPITAL UZDROWISKOWY     SANATORIUM UZDROWISKOWE  
    PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

#### V. OŚWIADCZENIE (wypełnia osoba ubezpieczona)

Oświadczam, że jestem ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie dla celów leczenia uzdrowiskowego moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, stosownie do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis ubezpieczonego lub opiekuna)

#### VI. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia lekarz specjalista balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Funduszu)

Leczenie uzdrowiskowe:     WSKAZANE     PRZECIWWSKAZANE     BRAK WSKAZAŃ

Propozycja miejsca leczenia: .....

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego:

SZPITAL UZDROWISKOWY     SANATORIUM UZDROWISKOWE     PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

#### VII. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia oddział wojewódzki Funduszu)

Rodzaj ZLU: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa

Uzdrowisko: ..... Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego .....

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) od ..... do .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)