



ROZDZIAŁ

PRAWO PACJENTA DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO

Zgodnie z art. 16 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych świadczeniobiorcy (w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) korzystają z lecznictwa uzdrowiskowego na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osoby inne niż świadczeniobiorcy oraz świadczeniobiorcy, którzy nie uzyskali skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową na zasadach określonych w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mogą korzystać z lecznictwa uzdrowiskowego za odpłatnością w wysokości ustalonej przez zakład lecznictwa uzdrowiskowego, po przedstawieniu zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku (pacjenci pełnopłatni – komercyjni). Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku osobom oraz świadczeniobiorcom nieposiadającym skierowania wystawia lekarz w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego.



5.1. Leczenie uzdrowiskowe jako świadczenie gwarantowane

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793),

w skrócie u.ś.o.z., określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na podstawie treści powyższej ustawy należy statuować ogólne prawo pacjenta mającego ustawy status świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podmiotem uprawnionym do realizacji powyższego prawa nie jest każdy pacjent, lecz tylko świadczeniobiorca w systemie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli podmiot określony w art. 2 u.ś.o.z. Zgodnie z powyższy artykułem do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, (zwane ubezpieczonymi);
- 2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy, spełniające kryterium dochodowe¹⁸⁴ z Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013 r., poz. 182 z późn. zm.)¹⁸⁵, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych;
- 3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

¹⁸⁴ Art. 8 ustawy o pomocy społecznej stanowi, że prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, przysługuje generalnie:

- 1) osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 zł, zwanej „kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej”,
- 2) osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514 zł, zwanej „kryterium dochodowym na osobę w rodzinie”,
- 3) rodzinie, której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, zwanej „kryterium dochodowym rodziny”.

¹⁸⁵ Co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy pomocy społecznej, zgodnie z którym, w przypadku stwierdzonych przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości, można odmówić przyznania świadczenia.

- 4) inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub pólgu:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy.

Powyższe osoby są to świadczeniobiorcy w systemie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Ich trzon stanowią ubezpieczeni. Dla określonych kategorii osób obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje z mocy prawa i ma charakter obligatoryjnego ubezpieczenia. Osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu określa art. 66 u.ś.o.z. i jest ich ok. 30 kategorii w wykazie zawartym w przedmiotowym artykule. Obligatoryjnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce podlegają przede wszystkim:

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są: pracownikami, rolnikami lub ich domownikami, osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, osobami wykonującymi pracę nakładczą, osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy-zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, osobami duchownymi, członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin;
- 2) żołnierze (zawodowi oraz odbywający przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny);
- 3) policjanci, funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Biura Ochrony Rządu, Straży Granicznej, Służby Celnej, Służby Więziennej, Państwowej Straży Pożarnej;
- 4) posłowie pobierający uposażenia poselskie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;
- 5) sędziowie i prokuratorzy;
- 6) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie;
- 7) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 8) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

- 9) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, objęte indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego określonych członków rodziny¹⁸⁶. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonego i członków jego rodziny generalnie ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:

- 1) ponadgimnazjalną – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
- 2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich.

Reasumując, świadczeniobiorcami w systemie polskiego ubezpieczenia zdrowotnego są ubezpieczeni (obligatoryjnie lub dobrowolnie), obywatele polscy do 18. roku życia, kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadające miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy w ściśle określonych wypadkach związanych z ich statusem. Świadczeniobiorcy w rozumieniu normatywnym to w praktyce pacjenci. Jednakże nie są to pojęcia tożsame. Bowiem pojęcie „pacjent” jest pojęciem szerszym niż świadczeniobiorca czy też ubezpieczony. Pacjent to generalnie każda osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z definicją legalną, zawartą w ustawie z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, za pacjenta uważać należy osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4). Zgodnie z definicją ustawową świadczenie opieki zdrowotnej to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie

¹⁸⁶ Por. art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793).

towarzyszące (art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.). Stąd też ustawodawca wyodrębnił trzy rodzaje świadczeń mieszczących się w szerszej kategorii pojęciowej świadczeń opieki zdrowotnej. W rezultacie świadczeniobiorca ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych, którymi są działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 u.ś.o.z.);
- 2) świadczeń towarzyszących obejmujących zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego (art. 5 pkt 38 u.ś.o.z.);
- 3) świadczeń zdrowotnych rzeczowych obejmujących związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne (art. 5 pkt 37 u.ś.o.z.).

Pierwsza kategoria należnych świadczeń związana jest z typową działalnością leczniczą i obejmuje w szczególności porady i konsultacje lekarskie, opiekę pielęgniarską, diagnostykę, rehabilitację leczniczą oraz leczenie ambulatoryjne i stacjonarne. Druga grupa świadczeń nie stanowi bezpośrednio działalności leczniczej, ale jest powiązana z realizacją świadczeń zdrowotnych. Przykładowo jest to zabezpieczenie wyżywienia pacjenta w szpitalu. Natomiast trzecia obejmuje leki i wyroby medyczne niezbędne do kompleksowej realizacji typowego świadczenia zdrowotnego, jakim jest leczenie i stanowi niejako uzupełnienie świadczenia zdrowotnego *sensu stricto*.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2009 r. wprowadziła pojęcie „świadczeń gwarantowanych”. Zgodnie z art. 5 pkt 35 u.ś.o.z. świadczenie gwarantowane to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Świadczeniobiorca w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma generalne prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w ramach posiadanych przez NFZ środków finansowych. Na podstawie art. 15 ust. 1 u.ś.o.z. świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej

ograniczanie. Należy świadczeniobiorcy świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:

- 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- 2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
- 3) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 4) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- 5) prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;
- 6) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 7) wykonywanie szczepień ochronnych;
- 8) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia uprawiających sport amatorski oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia.

W art. 15 ust. 2 u.ś.o.z. wymienione są rodzaje świadczeń gwarantowanych zapewnione świadczeniobiorcy i finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z powyższym przepisem świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- 3) leczenia szpitalnego,
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 5) rehabilitacji leczniczej,
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- 7) leczenia stomatologicznego,
- 8) **lecznictwa uzdrowiskowego**,
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy,
- 10) ratownictwa medycznego,
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej,

- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych,
- 13) programów zdrowotnych,
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę,
- 15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji,
- 16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji,
- 17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 Ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r., nr 45, poz. 271 z późn. zm.), pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji,
- 18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a Ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 roku o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Z ubezpieczenia zdrowotnego finansowana jest i przysługuje świadczeniobiorcom przede wszystkim podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne ambulatoryjne i stacjonarne, rehabilitacja lecznicza oraz leki.

W świetle przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych można stwierdzić, iż każdy świadczeniobiorca ma prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej kwalifikowanych normatywnie jako gwarantowane, czyli ma prawo do tzw. świadczeń gwarantowanych. Świadczenia gwarantowane finansowane są ze środków publicznych. Świadczenia te są całkowicie bezpłatne lub częściowo odpłatne dla ubezpieczonych. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Agencja jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, nadzorowaną przez Ministra Zdrowia. Siedzibą Agencji jest Warszawa. Głównym przedmiotem działalności Agencji jest realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej, ustalanie taryfy świadczeń oraz opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o ocenach technologii medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach oraz zasadach ustalania taryfy świadczeń. Agencja działa na podstawie

ustawy (w szczególności art. 31m – 31x u.ś.o.z.) oraz statutu, nadawanego w drodze rozporządzenia przez Ministra Zdrowia. Jedynym organem Agencji Oceny Technologii Medycznych jest prezes powoływany na 5-letnią kadencję. Minister Zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania. Minister Zdrowia posiada upoważnienie ustawowe (art. 31d u.ś.o.z.) do określenia w drodze rozporządzeń wykazów świadczeń gwarantowanych. W powyższych rozporządzeniach Minister określa poziom lub sposób finansowania danego świadczenia gwarantowanego oraz warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego (w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną). Na podstawie powyższego upoważnienia Minister Zdrowia wydał w 2009 r. szereg rozporządzeń dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń, w tym podstawowej opieki zdrowotnej, lecznictwa uzdrowiskowego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej itd. Obecnie obowiązują nowe, ustanowione w 2013 r. rozporządzenia dotyczące poszczególnych kategorii świadczeń gwarantowanych, m.in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. poz. 931 z późn. zm., t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 2027).

Świadczeniobiorcom przysługują tylko takie świadczenia gwarantowane, których wykaz został określony w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Minister Zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek (mogą go złożyć m.in. konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej, Prezes NFZ, stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta). Usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania następuje po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji.

Szczegółową podstawą prawną prawa pacjenta – świadczeniobiorcy do leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej jest art. 33 u.ś.o.z. Zgodnie z powyższym artykułem leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie powyższe wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu

na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie. Do potwierdzenia oraz odmowy potwierdzania skierowania, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego (czyli m.in. nie można odwołać się od niego tak jak od decyzji administracyjnej). Zgodnie z art. 33 u.ś.o.z. świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym.

Tabela 5. Poziom finansowania przez świadczeniobiorcę kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu

Lp.	Poziom	I sezon rozliczeniowy (w złotych) od 1 października do 30 kwietnia	II sezon rozliczeniowy (w złotych) od 1 maja do 30 września
1	I		
	A		
	pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	28,8	36,1
	B		
	pokój jednoosobowy w studiu	23,0	33,0
2	II		
	pokój jednoosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	22,0	29,3
3	III		
	A		
	pokój dwuosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	17,3	24,1
	B		
	pokój dwuosobowy w studiu	14,6	22,0
4	IV		
	pokój dwuosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	12,5	17,3
5	V		
	A		
	pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	11,0	13,1
	B		
	pokój wieloosobowy w studiu	10,5	12,0
6	VI		
	pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	9,4	10,5

Źródło: Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 2027).

Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów żywienia i zakwaterowania ubezpieczonego. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty żywienia i zakwaterowania w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowym.

Obecnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 2027) określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, a także poziom i sposób finansowania świadczeń gwarantowanych. Świadczenia gwarantowane lecznictwa uzdrowiskowego obejmują dzieci i osoby dorosłe. Są to:

- 1) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat,
- 2) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat,
- 3) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych,
- 4) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych,
- 5) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych,
- 6) uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym,
- 7) uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym,
- 8) uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci.

Specyficzną i mniej znaną formą świadczenia gwarantowanego jest uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci. Trwa ono od 6 do 18 dni zabiegowych. Jest to forma leczenia, w której oddział Funduszu potwierdza leczenie w uzdrowisku w terminie odpowiednim dla świadczeniobiorcy. W ramach potwierdzonego skierowania świadczeniobiorca ma zapewnione tylko bezpłatnie zabiegi lecznicze, a koszty zakwaterowania i żywienia opłaca we własnym zakresie.

Świadczenia gwarantowane są udzielane w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej, o której mowa w ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej,

ludowej lub orientalnej. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego.

Czas trwania leczenia uzdrowiskowego zależy od rodzaju świadczenia gwarantowanego. Czas trwania leczenia uzdrowiskowego wynosi:

- 1) 27 dni – dla świadczenia gwarantowanego uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci;
- 2) 21 dni – dla świadczenia gwarantowanego leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat i uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych oraz uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych i uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych;
- 3) 28 dni – dla świadczenia gwarantowanego uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym oraz uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym;
- 4) od 6 do 18 dni – dla świadczenia gwarantowanego uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci.

Jednakże w przypadku uzdrowiskowego leczenia szpitalnego (dzieci, dorosłych) oraz uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym czas trwania leczenia uzdrowiskowego może być wyjątkowo przedłużony jednokrotnie (maksymalnie o 21/27 lub 28 dni zależnie od formy świadczenia), za zgodą oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który potwierdził skierowanie na leczenie uzdrowiskowe. Zgody powyższej udziela się na wniosek lekarza zakładu lecznictwa uzdrowiskowego nie później niż w terminie 2 dni roboczych od dnia wpływu wniosku do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zabiegi lecznicze powinny być udzielane przez 6 dni w tygodniu. Od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach dziennych – przedpołudniowym lub popołudniowym, natomiast w sobotę w cyklu przedpołudniowym. Ilość zabiegów, jaka powinna przypadać na poszczególne zakresy leczenia uzdrowiskowego, jest następująca:

- 1) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci od 3 do 18 lat – 66 zabiegów,
- 2) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych – 54 zabiegi,

- 3) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci od 7 do 18 lat – 54 zabiegi,
- 4) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych – 54 zabiegi,
- 5) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych – 54 zabiegi,
- 6) uzdrowiskowa rehabilitacja dorosłych w szpitalu – 96 zabiegów,
- 7) uzdrowiskowa rehabilitacja dorosłych w sanatorium – 96 zabiegów,
- 8) uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne – co najmniej 3 zabiegi dziennie¹⁸⁷.

W przypadku uzdrowiskowego leczenia szpitalnego dorosłych świadczeniobiorca ma prawo do co najmniej 54 zabiegów fizjoterapeutycznych w okresie sprawozdawczym, średnio co najmniej do 3 zabiegów dziennie, w tym ma być co najmniej 1 zasadniczy zabieg bodźcowy z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych dziennie oraz do całodobowej opieki pielęgniarskiej i całodobowej opieki lekarskiej. W przypadku uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dorosłych świadczeniobiorca ma prawo do co najmniej 54 zabiegów fizjoterapeutycznych w okresie sprawozdawczym, średnio co najmniej do 3 zabiegów dziennie, w tym co najmniej 1 zasadniczy zabieg bodźcowy z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych dziennie, oraz do całodobowej opieki pielęgniarskiej. Natomiast w przypadku rehabilitacji uzdrowiskowej świadczeniobiorca ma prawo do co najmniej 96 zabiegów fizjoterapeutycznych w okresie sprawozdawczym, średnio co najmniej 4 zabiegi dziennie, w tym co najmniej 1 zasadniczy zabieg bodźcowy z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych dziennie. Ponadto świadczeniobiorcy odbywającemu leczenie uzdrowiskowe przysługuje:

- 1) opieka lekarska,
- 2) opieka pielęgniarska,
- 3) badanie lekarskie wstępne, kontrolne i końcowe,
- 4) konsultacje lekarskie,
- 5) właściwa dieta związana z chorobą zasadniczą,
- 6) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Koszty leczenia w przypadku leczenia uzdrowiskowego dla dzieci i młodzieży do lat 18, dzieci niepełnosprawnych w znacznym stopniu bez względu na wiek, dzieci uprawnionych do renty rodzinnej i dzieci uczących się do 26. roku życia, w całości pokrywane są przez płatnika¹⁸⁸. Również w przypadku leczenia

¹⁸⁷ Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 2027).

¹⁸⁸ Art. 33 ust. 4 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581).

szpitalnego, jak i rehabilitacji szpitalnej osób dorosłych, w całości koszty pobytu i leczenia opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozostałe zakresy leczenia uzdrowiskowego, czyli uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne i rehabilitacja sanatoryjna są współfinansowane ze środków publicznych. Świadczeniobiorca ponosi częściową odpłatność za zakwaterowanie i wyżywienia¹⁸⁹. Kwota dofinansowania ze strony świadczeniobiorcy jest uzależniona od standardu pokoju. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego określono następujące poziomy warunków zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, ze względu na standard pokoju:

- 1) poziom I:
 - a) pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
 - b) pokój jednoosobowy w studiu;
- 2) poziom II – pokój jednoosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego;
- 3) poziom III:
 - a) pokój dwuosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
 - b) pokój dwuosobowy w studiu;
- 4) poziom IV – pokój dwuosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego;
- 5) poziom V:
 - a) pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
 - b) pokój wieloosobowy w studiu;
- 6) poziom VI – pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego.

Przez pokój w studiu należy rozumieć jeden z dwóch lub więcej pokoi posiadających wspólną łazienkę i przedpokój. Świadczeniobiorca dokonuje wyboru standardu pokoju, biorąc pod uwagę możliwości świadczeniodawcy. Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy do pobytu w sanatorium (obejmującej koszty zakwaterowania i wyżywienia) zależy od standardu pokoju oraz sezonu (są dwa sezony, tj. I od 1 października do 30 kwietnia i II od 1 maja do 30 września) i wynosi od 9,4 zł do 36,1 zł za jeden dzień pobytu (dokładna tabela opłat została wcześniej przedstawiona). Jeżeli pobyt świadczeniobiorcy w sanatorium uzdrowiskowym przypada w dwóch sezonach rozliczeniowych, odpłatność oblicza się, uwzględniając odpowiednio liczbę dni przypadającą w danym sezonie rozliczeniowym.

¹⁸⁹ Art. 33 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793).