# Raport Zespołu

Raport końcowy Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego

Warszawa
11 XII 2017

Zespół do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2016 roku, w składzie:

1. Dr n. med. Robert Szafkowski - Konsultant krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej – Przewodniczący Zespołu
2. Prof. dr hab. n. med. Jacek Rafał Imiela – Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych
3. Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak – Konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii
4. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak – Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii
5. Dr Agnieszka Jankowska – Zduńczyk - Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej
6. Prof. dr hab. n. med. Danuta Ryglewicz – Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii
7. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak – Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
8. Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska – Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii
9. Prof. nadzw. dr hab. n. med. Krystyna Księżopolska – Orłowska – Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
10. Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko – Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii
11. Dr n. med. Waldemar Andrzej Krupa, prof. nadzw. – Prezes Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie”
12. Pan dr n. prawnych Jan Golba – Prezes Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP
13. Pan Jerzy Szymańczyk – Prezes Zarządu Unia Uzdrowisk Polskich
14. Dr n. med. Jacek Chojnowski – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej
15. Dr n. med. Arkadiusz Kosowski – Dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia
16. Pan Dominik Dziurda - Dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji - przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
17. Pani Elżbieta Mianowska Naczelnik Wydziału Uzdrowisk Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia - przedstawiciel Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia
18. Pani Izabela Jarzębińska przedstawiciel Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia
19. Pani Daria Gajewska przedstawiciel Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia
20. Pani Wiesława Tarnowska Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych - przedstawiciel Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia
21. Pan Zdzisław Skwarek Przewodniczący Sekcji Krajowej Uzdrowisk Polskich NSZZ "Solidarność"- przedstawiciel Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia
22. Dr hab. n. med. Jacek Durmała – Prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
23. Dr Izabela Kowacka – Naczelny Lekarz Uzdrowiska dla województwa kujawsko-pomorskiego
24. Dr Aleksandra Sędziak – Naczelny Lekarz Uzdrowiska dla województwa dolnośląskiego

opracował *Raport końcowy*, przy współpracy Zespołu Ekspertów w składzie:

1. Prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Majcher – Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji

2. Prof. nadzw. dr hab. n. med. Marta Woldańska-Okońska – Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
3. Dr Teresa Latour – Kierownik Zakładu Tworzyw Uzdrowiskowych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie
4. Dr Magdalena Kuchcik – reprezentująca Zakład Geoekologii i Klimatologii Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania Polskiej Akademii Nauk
5. Prof. dr hab. Krzysztof Błażejczyk – reprezentujący Zakład Geoekologii i Klimatologii Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania Polskiej Akademii Nauk
6. Dr Mariola Kucia - Kręblaś – Naczelny Lekarz Uzdrowiska dla województwa lubelskiego oraz dla województwa mazowieckiego
7. Dr Sławomir Szczepaniak – Naczelny Lekarz Uzdrowiska dla województwa podkarpackiego
8. Pani Katarzyna Kędzior – przedstawiciel Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji
9. Pan Zbigniew Tytko – przedstawiciel Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji
10. Pan mec. Tomasz Jaworski – ekspert, przedstawiciel Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP

Jednocześnie członkowie Zespołu składają podziękowania za merytoryczny wkład w wypracowanie rekomendacji zawartych w *Raporcie końcowym oraz udział w posiedzeniach Zespołu:*

Panu Markowi Tombarkiewiczowi – Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Pan Piotrowi Warczyńskiemu – byłemu Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Pani Beacie Rorant – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia

Pani Marii Ochman – Przewodniczącej Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność"

Pani Renacie Górnej – reprezentującej Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych

Pani Barbarze Jabłońskiej – Zastępcy Dyrektora Departamentu ds. Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia

Pani Jadwidze Kawwa – Prezes Zarządu „Uzdrowisko Rabka" S.A.

Pani Elżbiecie Trybuch – Dyrektor ds. lecznictwa Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A.

Pani Barbarze Nowak – Burmistrz Połczyn-Zdroju

Pani Ewie Przybyło – Burmistrz Rabki-Zdroju

Panu Wojciechowi Legawcowi – Prezesowi Zarządu „Uzdrowisko Busko-Zdrój" S.A.

Panu Marcinowi Zajączkowskiemu – Prezesowi Zarządu Przedsiębiorstwa Uzdrowisko Ciechocinek S.A.

Panu Sebastianowi Zduńskiemu – reprezentującemu konsultanta krajowego w dziedzinie fizjoterapii

oraz wszystkim innym Osobom, które uczestniczyły w wypracowaniu przedłożonych rekomendacji.

## Spis treści

1. Wstęp: lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce, potencjał polskich uzdrowisk ..... 6

2. Aktualny stan prawny w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego ..... 14

3. Rola lecznictwa uzdrowiskowego w systemie opieki zdrowotnej ..... 16

3.1. Kluczowe wyzwania dla lecznictwa uzdrowiskowego ..... 16

3.2. Kluczowe założenia i cele zmian systemowych ..... 16

4. Koncepcja rozwiązań systemowych w zakresie organizacji lecznictwa uzdrowiskowego ..... 21

4.1. Propozycje zmian w zakresie rodzajów świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego ... 21

4.2. Propozycje zmian w zakresie realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego: ... 28

4.3. Rekomendacje Zespołu dotyczące poziomu i sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego: ..... 42

4.4. Propozycje zmian w zakresie kierunków leczniczych uzdrowisk: ..... 49

4.5. Propozycje zmian w zakresie procesu kierowania na leczenie uzdrowiskowe, kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego: ..... 55

5. Leczenie uzdrowiskowe dzieci – propozycje rozwiązań systemowych ..... 62

6. Leczenie uzdrowiskowe osób w wieku senioralnym – propozycje rozwiązań systemowych ..... 67

7. Rekomendacje zmian w zakresie oceny i warunków eksploatacji naturalnych surowców leczniczych oraz oceny właściwości mikroklimatu uzdrowiska ..... 73

7.1 Ocena i warunki eksploatacji naturalnych surowców leczniczych ..... 73

7.2. Ocena właściwości mikroklimatu uzdrowiska ..... 82

8. Rekomendacje zmian w zakresie wymogów, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego ..... 86

9. Rekomendacje zmian dotyczących *Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* ..... 120

10. Rekomendacje zmian w zakresie sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym, w tym uprawnień i działania naczelnych lekarzy uzdrowisk ..... 132

11. Podsumowanie – wnioski i rekomendacje ..... 135

Harmonogram wprowadzenia zmian w systemie lecznictwa uzdrowiskowego ..... 140

12. Lista załączników ..... 141

Załącznik nr 1: Projekt ustawy o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw ..... 142

Załącznik nr 2: Projekt tekstu jednolitego ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z uwzględnieniem zmian zarekomendowanych w Raporcie końcowym Zespołu ..... 153

Załącznik nr 3: Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i

właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości ..... 177

Załącznik nr 4: Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku ..... 182

Załącznik nr 5: Projekt tekstu jednolitego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego. ..... 183

Załącznik nr 6: Propozycje przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego określone na podstawie stanowiska wyrażonego przez konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin medycyny i rekomendowane przez Zespół do uwzględnienia w „katalogu przeciwwskazań" w przypadku nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową,* w tym polegającej na wprowadzeniu załącznika określającego przeciwskazania do leczenia uzdrowiskowego. ..... 194

# 1. Wstęp: lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce, potencjał polskich uzdrowisk

**Lecznictwo uzdrowiskowe to* zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak: właściwości naturalnych surowców leczniczych, właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii.**

*Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Tj. Dz.U.2017 poz.1056)

**Kluczowym założeniem opracowanej koncepcji zmian w systemie lecznictwa uzdrowiskowego jest próba dostosowania systemu obecnie obowiązującego do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz trendów demograficznych, gdzie głównym celem jest zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia oraz optymalizacja sposobu wykorzystania potencjału opieki rehabilitacyjnej w Polsce.**

- ✓ Zgodnie z aktualnie obowiązującym stanem prawnym do szpitala uzdrowiskowego kierowani są pacjenci, których stan zdrowia wymaga stałego nadzoru lekarskiego, szpitale uzdrowiskowe zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską oraz dostosowane są do obsługi pacjentów niepełnosprawnych.
- ✓ W sanatorium uzdrowiskowym pacjent ma zapewnioną całodobową opiekę pielęgniarską, codzienny kontakt z lekarzem prowadzącym leczenie oraz całodobową pomoc lekarską w przypadku nagłego zachorowania.
- ✓ Ponadto w uzdrowiskach może być obecnie prowadzona, w obiektach szpitalnych i sanatoryjnych, rehabilitacja uzdrowiskowa chorób narządu ruchu, neurologicznych, kardiologicznych i pulmonologicznych oraz leczenie w przychodniach uzdrowiskowych, podczas którego pacjenci korzystają z zabiegów w trybie ambulatoryjnym.

- ✓ **W trakcie leczenia uzdrowiskowego pacjenci realizują kompleksowe programy lecznicze** obejmujące w szczególności: zabiegi balneologiczne, kinezyterapię, fizykoterapię, edukację zdrowotną, farmakoterapię i leczenie dietetyczne.
- ✓ Potencjał polskich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego umożliwia leczenie balneofizykalne chorób przewlekłych, prowadzenie działań profilaktycznych, rekonwalescencję po szpitalnym leczeniu zachowawczym lub operacyjnym oraz szybką i skuteczną rehabilitację.

- ✓ **Polska posiada 45 statutowych uzdrowisk (oraz 1 uzdrowisko urządzone w podziemnym wyrobisku górniczym)** rozmieszczonych na obszarze całego kraju w 13 województwach

(uzdrowisk nie posiadają województwa: opolskie, wielkopolskie i lubuskie). Ponadto miejscowości: Czarny Dunajec, Frombork, Latoszyn, Lidzbark Warmiński, Miłomłyn i Skierniewice uzyskały status obszaru ochrony uzdrowiskowej.

*Zdjęcia: http://suup.pl

- ✓ **Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dysponują liczbą około 44.000 łóżek** (z czego około 35.000 zlokalizowanych jest w sanatoriach uzdrowiskowych, a około 8.000 w szpitalach uzdrowiskowych). W gminach uzdrowiskowych funkcjonuje ponadto dobrze rozbudowana baza turystyczna (hotele, pensjonaty, kwatery prywatne), udostępniająca w sumie około 80.000 miejsc, będąca potencjalnym zapleczem noclegowym dla uzdrowiskowego lecznictwa ambulatoryjnego.
- ✓ **Uzdrowiska charakteryzuje zróżnicowana struktura właścicielska:** obecnie właścicielami sanatoriów i szpitali uzdrowiskowych są w większości osoby prywatne (między innymi sprywatyzowano 16 dawnych Uzdrowiskowych Przedsiębiorstw Państwowych), 8 przedsiębiorstw skomunalizowano (właścicielami są samorządy wojewódzkie), 2 spółki (w Krynicy-Zdroju i w Rabce-Zdroju) są nadal własnością Skarbu Państwa. Działalność leczniczą w uzdrowiskach prowadzą ponadto sanatoria i szpitale Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz sanatoria związkowe.

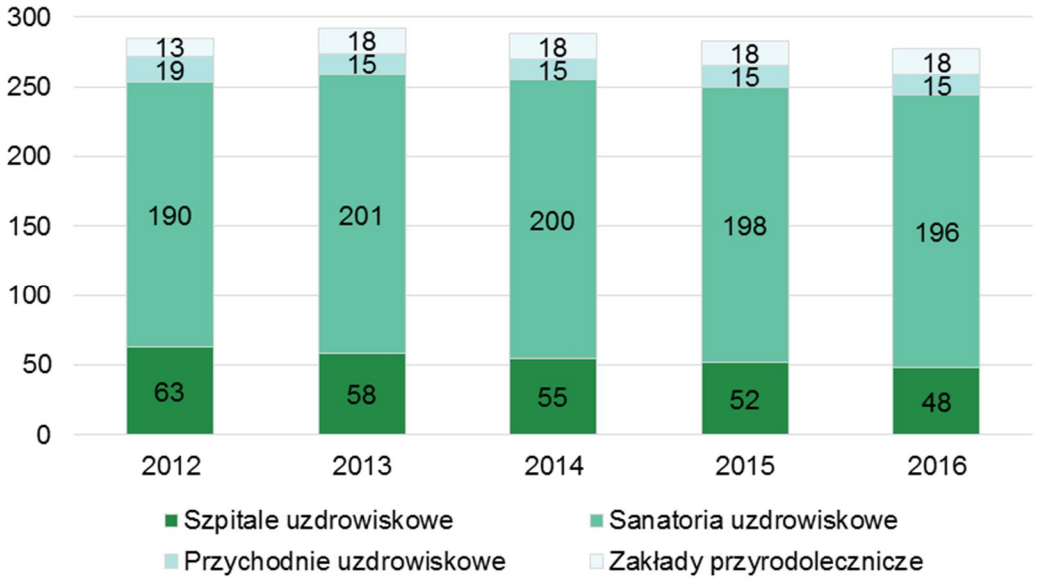
*Zdjęcia: http://suup.pl

## Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w 2016 r.*

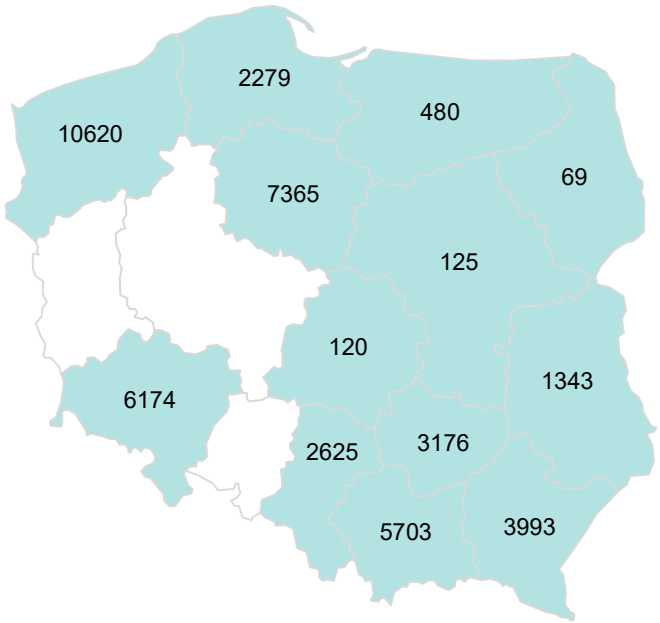
*źródła: Raport GUS „Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego […] w 2016r." opublikowany 12.07.2017r., Raport GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015r." opublikowany 01.03.2017r. [www.stat.gov.pl]

Na koniec 2016 r. w **46 uzdrowiskach polskich** (w tym w 1 uzdrowisku podziemnym) działalność leczniczą prowadziło **277 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego**. Wśród zakładów lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonowało **48 szpitali uzdrowiskowych** (w tym 7 dla dzieci), **196 sanatoriów uzdrowiskowych** (w tym 3 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym), 15 przychodni uzdrowiskowych i 18 samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych obsługujących kompleksy uzdrowiskowe.

Wykres 1. Liczba zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [www.stat.gov.p]




Mapa 1. Rozmieszczenie łóżek zakładów lecznictwa uzdrowiskowego według województw [www.stat.gov.p]



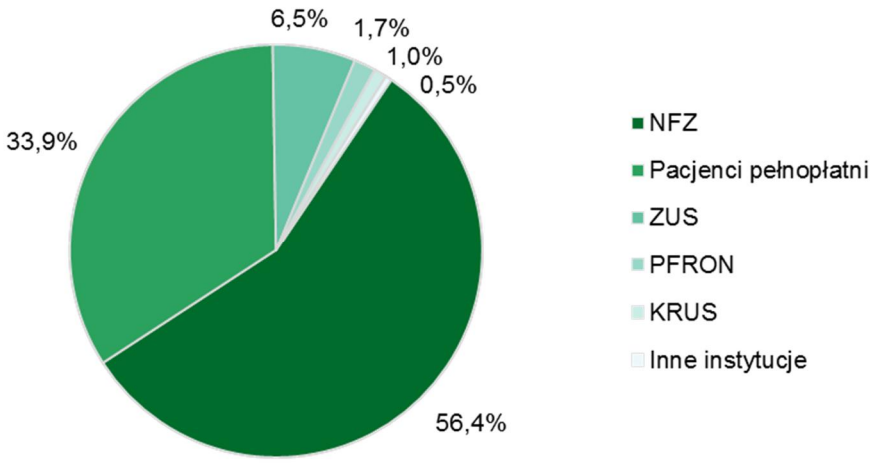

Na koniec 2016 r. stacjonarną opiekę uzdrowiskową zapewniały **244 zakłady (szpitale i sanatoria uzdrowiskowe),** które dysponowały **44,1 tys. łóżek.** Na leczeniu w trybie stacjonarnych w ciągu roku przebywało **737,1 tys. kuracjuszy**, niespełna o 1% więcej niż w 2015 r. Kobiety stanowiły 61,1%, pacjentów leczonych stacjonarnie, natomiast osoby w wieku 65 lat i więcej - 45,5%.

Tablica.1 Działalność szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów uzdrowiskowych [www.stat.gov.p]

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 |
|---|---|---|
| Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) | **250** | **244** |
| szpitale uzdrowiskowe | 52 | 48 |
| sanatoria uzdrowiskowe | 198 | 196 |
| Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) | **43,9** | **44,1** |
| szpitale uzdrowiskowe | 9,1 | 8,3 |
| sanatoria uzdrowiskowe | 34,8 | 35,8 |
| Pacjenci/kuracjusze leczeni w opiece stacjonarnej ogółem w tys. | **731,5** | **737,1** |
| szpitale uzdrowiskowe | 133,0 | 123,8 |
| sanatoria uzdrowiskowe | 598,5 | 613,3 |
| Średnia liczba dni pobytu pacjentów stacjonarnych | 16,7 | 16,9 |
| szpitale uzdrowiskowe | 19,6 | 19,5 |
| sanatoria uzdrowiskowe | 16,1 | 16,4 |
| Pacjenci/kuracjusze leczeni w opiece ambulatoryjnej ogółem w tys. | 26,1 | 26,3 |
| szpitale uzdrowiskowe | 2,7 | 3,3 |
| sanatoria uzdrowiskowe | 23,4 | 23,0 |

**Ponad połowa pacjentów leczonych w opiece stacjonarnej korzystała z dofinansowania pobytu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia**, natomiast ponad 1/3 kuracjuszy stanowili pacjenci pełnopłatni. Wśród ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie było 6,6% cudzoziemców (o 7,2% mniej niż w 2015 roku). Podobnie jak w latach ubiegłych 93% cudzoziemców przebywało w roku 2016 uzdrowiskach dwóch województw: zachodniopomorskiego i dolnośląskiego.

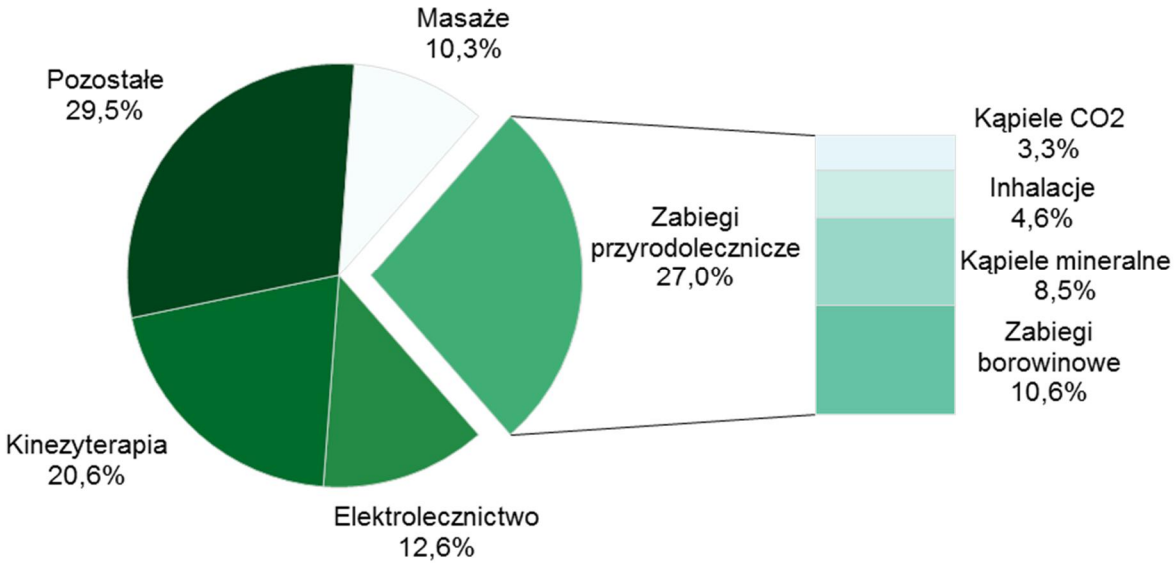
Wykres 3. Finansowanie/dofinansowanie pobytów pacjentów stacjonarnych w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych [www.stat.gov.p]




W 2016 r. z leczenia **w trybie ambulatoryjnym** w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego skorzystało **łącznie 74,7 tys. kuracjuszy** (o 6,3% więcej niż w 2015 r.), z czego 65% kuracjuszy to pacjenci przychodni uzdrowiskowych i zakładów przyrodoleczniczych.

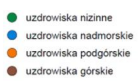
W 2016 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano **36,9 mln różnorodnych zabiegów leczniczych** (o 3,9% więcej niż przed rokiem). Najczęściej udzielano zabiegów przyrodoleczniczych (27%), wśród których dominowały zabiegi borowinowe (10,6%) oraz kąpiele mineralne (8,5%). Popularne były również zabiegi kinezyterapii (20,6%) i elektrolecznictwo (12,6%) oraz masaże (10,3%).

Wykres 4. Rodzaje zabiegów leczniczych wykonywanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego [www.stat.gov.p]




<u>Podsumowanie – potencjał polskich uzdrowisk:</u>

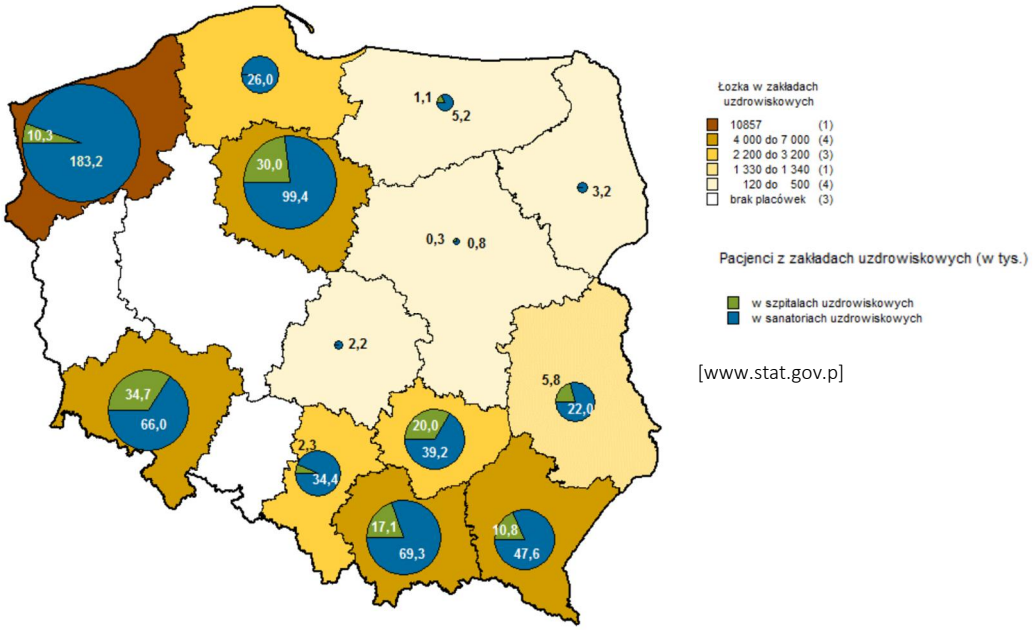
1) **46 uzdrowisk w Polsce** (w tym 1 uzdrowisko podziemne) zlokalizowanych na terenie 13 województw




[www.stat.gov.p]

2) **277 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego** (70% zlokalizowanych na terenie

województw: zachodniopomorskiego, kujawsko – pomorskiego, dolnośląskiego oraz małopolskiego)




[www.stat.gov.p]

3) **48 szpitali uzdrowiskowych** (w tym 7 szpitali dziecięcych), **196 sanatoriów** (w tym 3 dziecięce i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym), **15 przychodni uzdrowiskowych**, **18 samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych**,
4) **44,1 tysiące łóżek** (67% zlokalizowanych na terenie województw: zachodniopomorskiego, kujawsko – pomorskiego, dolnośląskiego oraz małopolskiego), **8,3 tys. łóżek w oddziałach szpitalnych**, **35,8 tys. łóżek w oddziałach sanatoryjnych**,
5) **763,4 tysięcy osób leczonych** rocznie ogółem (w tym 737,1, tj. 96.5% w trybie stacjonarnym), **430,5 tysięcy osób** leczonych rocznie (56,4%) w ramach dofinansowania ze środków NFZ (ZUS: 6,5%, PFRON: 1, 7%, KRUS: 1%, samodzielne finansowanie: 33,9%.),
6) **36,9 mln zabiegów rocznie** (20,6% kinezyterapia, 12,6% elektrolecznictwo, 10,3% masaże, 10,6% zabiegi borowinowe, 8,5 % kąpiele mineralne, 4,6% inhalacje, 3,3% kąpiele $CO_2$, 29,5% inne) – potencjał do realizowana kompleksowej fizjoterapii, w tym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych (wód, gazów i peloidów).

**POTENCJAŁ – SZPITALE I SANATORIA UZDROWISKOWE*:**
*źródło: GUS 2017r.

- ✓ **44,1 TYSIĄCE ŁÓŻEK**
- ✓ **ŚREDNIA DŁUGOŚĆ HOSPITALIZACJI: 17 DNI (16,9 DNIA)**
- ✓ **737,1 TYSIĘCY PACJENTÓW hospitalizowanych rocznie**
  - **SZPITALE UZDROWISKOWE: 123,4 TYŚ. hospitalizacji**
  - **SANATORIA UZDROWISKOWE: 613,3 TYŚ. hospitalizacji**
- ✓ **48 szpitali uzdrowiskowych (w tym 7 dla dzieci): 8,3 tyś. łóżek**
- ✓ **196 sanatoriów uzdrowiskowych (w tym 3 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym): 35,8 tyś. łóżek**

**ŚREDNI RZECZYWISTY CZAS OCZEKIWANIA NA REALIZACJĘ ŚWIADCZENIA*:**
*źródło: NFZ 2017r.

- **uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym: 3 MIESIĄCE**
- **uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym: 8 MIESIĘCY**
- **uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych: 6 MIESIĘCY**
- **uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych: 22 MIESIĄCE**
- **uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat: 4 MIESIĄCE**
- **uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat: 4 MIESIĄCE**
- **uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych: 3 MIESIĄCE**
- **uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci: pacjent sam ustala termin i miejsce leczenia**

# ANALIZA SWOT

| MOCNE STRONY LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO | SŁABE STRONY LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO |
|---|---|
| ✓ marka polskich uzdrowisk: 45 miejscowości uzdrowiskowych, różnorodność regionalna<br>✓ wielowiekowa tradycja polskiego lecznictwa uzdrowiskowego<br>✓ doświadczenie polskiej medycyny uzdrowiskowej (balneologii i medycyny fizykalnej)<br>✓ wykorzystywanie w procesie leczenia zabiegów przyrodoleczniczych<br>✓ różnorodność naturalnych surowców leczniczych (wody, gazy, peloidy)<br>✓ różnorodność profili leczniczych (17 kierunków)<br>✓ olbrzymi potencjał zabiegowy (37 mln. zabiegów rocznie), wysoki standard i różnorodność zabiegów leczniczych<br>✓ wykwalifikowana i doświadczona kadra medyczna<br>✓ duży potencjał łóżkowy (44 tysiące łóżek, zapewniona całodobowa opieka medyczna)<br>✓ bogata oferta turystyczna, rekreacyjna, sportowa i kulturalna<br>✓ zróżnicowana baza hotelowa<br>✓ zadowalająco rozwinięta infrastruktura ekologiczna i komunalna<br>✓ klarowny centralny system rejestrowania skierowań oraz prowadzenia list oczekujących na realizację świadczenia wyłącznie jednego rodzaju (wg PESEL) | ✓ brak precyzyjnego określenia roli lecznictwa uzdrowiskowego w polskim systemie opieki rehabilitacyjnej, brak spójności i klarowności systemu opieki rehabilitacyjnej w Polsce: różne świadczenia realizowane w ramach NFZ (rehabilitacja lecznicza i lecznictwo uzdrowiskowe), ZUS, KRUS, PFRON<br>✓ wieloprofilowość uzdrowisk, brak specjalizacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego<br>✓ brak standaryzacji usług (zróżnicowany potencjał w poszczególnych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, zróżnicowana jakość usług)<br>✓ brak rekomendacji AOTM dla świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego<br>✓ wolne tempo uzyskiwania krajowych i międzynarodowych certyfikatów systemów jakości, akredytacji, ISO i HACCP<br>✓ wysokie koszty działalności, niedofinansowanie, niska rentowność głównych źródeł dochodu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (NFZ/ZUS): brak środków na rozwój, modernizacje, standaryzację<br>✓ niepełne dostosowanie infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej do potrzeb osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych<br>✓ niewystarczająca aktywność władz lokalnych i regionalnych w niektórych regionach kraju w sferze działalności wspierającej uzdrowiska i turystykę uzdrowiskową<br>✓ niewystarczająca aktywność w pozyskiwaniu środków finansowych z różnych funduszy europejskich na poprawę infrastruktury komunikacyjnej i z zakresu ochrony środowiska<br>✓ niewystarczający marketing miejscowości i produktów<br>✓ zróżnicowana sezonowo i regionalnie popularność uzdrowisk (brak mechanizmów „dyscyplinujących" pacjentów do zrealizowania świadczenia: problem niedojazdów, niewykorzystanie potencjału)<br>✓ zbyt restrykcyjne wybrane regulacje prawne dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (wymogi infrastrukturalne i dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych) oraz dla gmin uzdrowiskowych<br>✓ mało klarowny dla lekarzy i pacjentów system kierowania na leczenie (8 rodzajów świadczeń, wskazania do leczenia wg wybranych ICD-10, możliwość wystawienia skierowania wyłącznie po zalogowaniu do portalu NFZ) |

# ANALIZA SWOT

| SZANSE DLA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO | ZAGROŻENIA DLA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO |
|---|---|
| ✓ precyzyjne określenie roli lecznictwa uzdrowiskowego w polskim systemie opieki rehabilitacyjnej, kompleksowej opiece nad pacjentem, polityce senioralnej i demograficznej (mapy potrzeb zdrowotnych)<br>✓ trendy demograficzne (wzrost długości życia: konieczność budowy zaplecza geriatrycznego oraz zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rosnące zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne, wzrost dzietności: konieczność kompleksowego rozwiązywania problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży)<br>✓ tworzenie specjalistycznych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (specjalizacje w ramach wybranych kierunków leczniczych)<br>✓ wprowadzenie standaryzacji usług<br>✓ pozyskiwanie środków z funduszy zewnętrznych na rozwój infrastruktury uzdrowiskowej<br>✓ podnoszenie standardu obiektów uzdrowiskowych, wzrost jakości oferowanych, zwiększenie różnorodności oferowanych świadczeń, wprowadzanie innowacyjnych metod terapii<br>✓ opieka transgraniczna (Dyrektywa 2011/24/UE): uzdrowiska jako polski medyczny produkt markowy (wykorzystanie bogatych zasobów leczniczych do rozwijania nowoczesnych produktów turystyki zdrowotnej i rekreacyjnej, tworzących polską markę uzdrowiskową)<br>✓ rozwój uzdrowisk geotermalnych<br>✓ promowanie prozdrowotnego stylu życia, wspieranie inicjatyw związanych z aktywnością fizyczną seniorów<br>✓ rozwijanie i wspomaganie działalności promocyjnej uzdrowisk | ✓ kwestionowanie skuteczności, celowości stosowania i zasadności finansowania metod przyrodoleczniczych<br>✓ niedofinansowanie (ograniczenie nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe, zaprzestanie finansowania świadczeń)<br>✓ niedobory kadrowe (lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci, …)<br>✓ kwestionowanie jakości walorów bioklimatycznych uzdrowisk (jakości powietrza)<br>✓ wzrost konkurencji uzdrowisk europejskich (opieka transgraniczna)<br>✓ konkurencja obiektów komercyjnych świadczących usługi substytucyjne (ośrodki „SPA & Wellness”, ośrodki „rehabilitacyjne”) niepodlegających tożsamym restrykcjom i regulacjom prawnym |

# 2. Aktualny stan prawny w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego

Działalność uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego regulują, w szczególności, następujące przepisy:

1) Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483)

Art. 68

Konstytucja stanowi:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. (…)
3. **Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, (…), osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.**

2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Tj. Dz.U.2016 poz.1638 ze zm.)

Art. 9 ust. 1. pkt.3

Ustawa wskazuje, iż:

stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: (…) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

3) Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Tj. Dz.U.2017 poz.1056)

Ustawa określa:

1. zasady oraz warunki prowadzenia i finansowania lecznictwa uzdrowiskowego;
2. kierunki lecznicze uzdrowisk;
3. zasady sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym;
4. zasady nadawania obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
5. zasady pozbawiania obszaru statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
6. zadania gmin uzdrowiskowych.

Art. 2 pkt.1 oraz pkt. 1a ustawy:

1) Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak: a) właściwości naturalnych surowców leczniczych, b) właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu – a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii;

1a) Rehabilitacja uzdrowiskowa – zorganizowana działalność prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, mająca na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych.

Art. 4 ust. 1 ustawy:

**Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia.**

Art. 16 ust. 1 ustawy:

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.

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

Ustawa wskazuje (art. 15 ust. 1 oraz ust.2 pkt.8), iż:

1. 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.

**2. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu: (…) 8) lecznictwa uzdrowiskowego.**

5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2012 poz. 14)

Rozporządzenie określa:

- podstawę kwalifikowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z jednostką chorobową, stanowiącą wskazanie lub przeciwskazanie do leczenia w ramach szpitala uzdrowiskowego, sanatorium uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej

6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. 2011. 142 poz. 835)

Rozporządzenie określa:

- sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
- tryb potwierdzania skierowania przez lekarza specjalistę balneologii lub medycyny fizykalnej zatrudnionego w OW NFZ
- wzór skierowania

7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Tj. Dz. U. 2015 poz. 2027 ze zm.)

Rozporządzenie określa:

- wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego
- poziom i sposób finansowania świadczeń gwarantowanych

8) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny podlegać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2012 poz. 452 ze zm.)

Rozporządzenie określa:

- wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
- wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne, jakim powinny odpowiadać urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego

9) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz. U. 2006 nr 80 poz. 565 ze zm.)

Rozporządzenie określa:

- zakres badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteria ich oceny oraz wzór świadectwa potwierdzającego te właściwości

10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska (Dz. U. 2011 nr 161 poz. 976)

Rozporządzenie określa:

- szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym przez naczelnego lekarza uzdrowiska
- szczegółowe zadania naczelnego lekarza uzdrowiska
- zakres współpracy pomiędzy naczelnym lekarzem uzdrowiska i podmiotami tworzącymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

11) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2006 nr 47 poz. 346 ze zm.)

Rozporządzenie określa:

- szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

# 3. Rola lecznictwa uzdrowiskowego w systemie opieki zdrowotnej

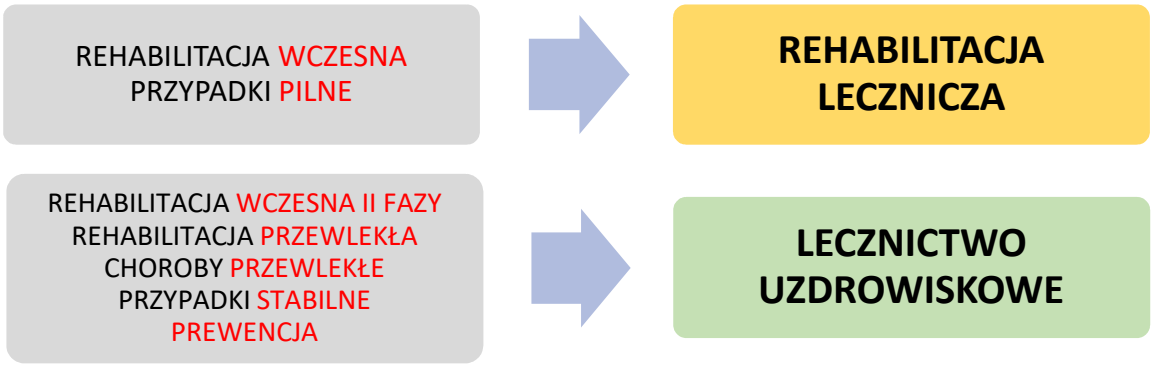
## 3.1. Kluczowe wyzwania dla lecznictwa uzdrowiskowego

1) Kompleksowa opieka medyczna
   - ✓ zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia
   - ✓ optymalizacja sposobu wykorzystania całego potencjału opieki rehabilitacyjnej w Polsce **(rehabilitacja lecznicza, lecznictwo uzdrowiskowe,** rehabilitacja w ramach prewencji ZUS i KRUS, turnusy rehabilitacyjne PFRON)
   - ✓ optymalizacja sposobu finansowania całego systemu opieki rehabilitacyjnej w Polsce **(rehabilitacja lecznicza, lecznictwo uzdrowiskowe,** rehabilitacja w ramach prewencji ZUS i KRUS, turnusy rehabilitacyjne PFRON)
   - ✓ **standaryzacja warunków udzielania świadczeń leczniczych** (realizowanych na rzecz NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)
2) Trendy demograficzne – wzrost długości życia
   - ✓ konieczność budowania zabezpieczenia geriatrycznego (mapy potrzeb zdrowotnych)
   - ✓ poprawa jakości i skuteczności opieki nad pacjentem w wieku podeszłym
3) Choroby cywilizacyjne
   - ✓ konieczność zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo – sercowych, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz nowotworów złośliwych
   - ✓ konieczność zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego
   - ✓ przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy
   - ✓ zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych
4) Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym oraz zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży
5) Ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania

## 3.2. Kluczowe założenia i cele zmian systemowych

**Zmiany w lecznictwie uzdrowiskowym zależne są od zmian w rehabilitacji leczniczej - dążąc do optymalizacji opieki rehabilitacyjnej w Polsce zmiany w lecznictwie uzdrowiskowym oraz rehabilitacji leczniczej należy wdrażać równolegle, aby osiągnąć ciągłość procesu leczenia pacjenta oraz jasność i przejrzystość w sposobie planowania terapii i kierowania pacjenta do odpowiedniego leczenia.**

Kluczowe założenie zmian systemowych: udostępnienie – w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej – zasobu łóżek szpitalnych oddziałów rehabilitacji leczniczej dla potrzeb rehabilitacji wczesnej i pilnej przy jednoczesnym wykorzystaniu zasobu łóżek uzdrowiskowych: szpitalnych i sanatoryjnych oraz uzdrowiskowego potencjału zabiegowego do prowadzenia stacjonarnego i ambulatoryjnego leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej w stanach przewlekłych i stabilnych oraz w celach prewencyjnych.




Kluczowe cele zmian systemowych w lecznictwie uzdrowiskowym i rehabilitacji leczniczej:

- ✓ zapewnienie kompleksowości i ciągłości leczenia przez umożliwienie kontynuacji rehabilitacji w warunkach uzdrowiskowych (rehabilitacja wczesna II fazy) po przebyciu wczesnej rehabilitacji szpitalnej oraz przez umożliwienie rehabilitacji i rekonwalescencji w warunkach uzdrowiskowych po określonych hospitalizacjach, zabiegach operacyjnych, urazach;
- ✓ optymalizacja wykorzystania potencjału przez udostępnienie zasobu łóżek szpitalnych oddziałów rehabilitacji leczniczej dla potrzeb rehabilitacji wczesnej i pilnej;
- ✓ dostosowanie świadczeń z zakresu opieki rehabilitacyjnej do potrzeb zdrowotnych oraz trendów demograficznych;
- ✓ spójność, klarowność i racjonalność finansowa systemu opieki rehabilitacyjnej w Polsce;

Uzasadnienie:

**Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu opieki medycznej w Polsce.** W przebiegu większości chorób przewlekłych oraz po leczeniu fazy ostrej dużej grupy chorób wskazane jest leczenie uzdrowiskowe (dotychczasowe szczegółowe wskazania i przeciwskazania określono rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [Dz. U. 2012 poz. 14]). Jednocześnie lecznictwo uzdrowiskowe należy do grupy najtańszych świadczeń leczniczych i profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności.

**Większość priorytetów zdrowotnych wynikających z przyjętych przez Polskę wieloletnich programów zdrowotnych** (określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. z 2009r. nr 137 poz. 1126), które należy uwzględniać przy planowaniu polityki w obszarze ochrony zdrowia, **odnosi się bezpośrednio lub pośrednio do działań realizowanych w ramach świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego**. Są to w szczególności:

1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo - sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego;
2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
3) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
4) rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
5) poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym;
6) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
7) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;

8) zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży
9) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych.

Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych, opiekuńczych oraz profilaktycznych wzrasta wciąż nieproporcjonalnie do dużego zapotrzebowania na te świadczenia, wynikającego w szczególności ze stale rosnącej średniej długości życia w Polsce i rosnącej zapadalności na schorzenia cywilizacyjne.

Analizy demograficzne wykazują tendencję stałego wzrostu liczebności populacji w wieku poprodukcyjnym. Wg prognozy demografii („Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski", edycja 2016) do 2029 roku nastąpi znaczny wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej w strukturze ludności Polski: osób w wieku co najmniej 65 lat będzie 8,5 mln. i będą stanowiły 23 proc. ogółu populacji wobec 15,3 proc. w 2014 r. W 2020 r. na każdy tysiąc osób w wieku produkcyjnym przypadnie 605 osób w wieku nieprodukcyjnym, a w 2029 r. 690 osób, co wskazuje na rosnące obciążenie osób w wieku produkcyjnym osobami w wieku nieprodukcyjnym. Wydłużanie się średniej długości życia skutkuje wzrostem chorobowości i niepełnosprawności oraz zwiększeniem liczby osób niesamodzielnych.

Wzrost zachorowalności na choroby naczyniowo – sercowe, neurologiczne, metaboliczne czy pulmonologiczne, wzrost ilości wypadków i urazów przy jednoczesnej poprawie efektywności medycyny ratunkowej, poprawa skuteczności opieki perinatalnej oraz opisywane tendencje demograficzne powodują narastanie odsetka osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością. W prognozie łóżek przedstawionej w ww. „Mapie potrzeb zdrowotnych" założono wzrost zapotrzebowania do 2029 roku na świadczenia szpitalne z zakresu chorób wewnętrznych, kardiologii oraz neurologii – w szczególności w grupie wiekowej 85+, który przełoży się na wzrost zapotrzebowania na łóżka w ww. oddziałach i oddziałach geriatrycznych oraz konieczność budowy w Polsce zabezpieczenia geriatrycznego, ponadto założono wzrost zapotrzebowania na świadczenia szpitalne z zakresu chirurgii ogólnej, neurochirurgii, chorób ortopedyczno – urazowych, reumatologicznych, chorób naczyniowych, chorób płuc oraz nefrologii i urologii. Zwiększy to zatem realne potrzeby zapewnienia ciągłości i kompleksowości leczenia w wymienionych grupach.

| PROGNOZOWANA LICZBA HOSPITALIZACJI (w tyś.) | | | PROGNOZOWANA LICZBA ŁÓŻEK (w tyś.) | |
|---|---|---|---|---|
| oddział: | w roku 2016 | w roku 2029 | w roku 2016 | w roku 2029 |
| chorób wewnętrznych | 931,48 | 1136,03 | 19,29 | 24,04 |
| chirurgii ogólnej | 856,65 | 943,44 | 12,56 | 14,38 |
| kardiologii | 485,33 | 599,98 | 6,65 | 8,34 |
| ortopedyczno - urazowy | 418,80 | 449,59 | 7,33 | 8,28 |
| neurologii | 296,53 | 332,16 | 6,88 | 8,14 |
| urologii | 265,84 | 313,80 | 2,88 | 3,45 |
| chorób płuc | 224,05 | 266,75 | 6,68 | 7,92 |
| reumatologii | 79,33 | 85,85 | 1,88 | 2,11 |
| neurochirurgii | 74,52 | 79,12 | 1,69 | 1,83 |
| chirurgii naczyniowej | 65,6 | 80,74 | 1,18 | 1,48 |
| nefrologii | 65,04 | 75,45 | 1,47 | 1,75 |

Źródło: („Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski", edycja 2016

Zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego w szpitalach uzdrowiskowych koreluje z przedstawionymi w ww. „Mapach" współczynnikami chorobowości szpitalnej: wśród osób hospitalizowanych w oddziałach szpitali uzdrowiskowych przeważają pacjenci kierowani po leczeniu w oddziałach chorób wewnętrznych, kardiologicznych,

neurologicznych, chorób płuc oraz oddziałach chirurgii urazowo – ortopedycznej czy chirurgii ogólnej. **Proponuje się zatem uwzględnienie zasobu szpitalnych łóżek uzdrowiskowych w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej, w której pacjent powinien mieć dostęp do wczesnego (maksymalnie do 6 miesięcy od interwencji szpitalnej) leczenia (kuracji, rehabilitacji, rekonwalescencji) w szpitalu uzdrowiskowym**. Rozwiązanie takie umożliwi zapewnienie ciągłości leczenia oraz utrwalenie efektów leczenia szpitalnego, a w efekcie zmniejszenie ryzyka niesamodzielności i niepełnosprawności oraz obniżenie liczby ponownych hospitalizacji.

**Podstawowe zadania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego to leczenie, rehabilitacja, prewencja pierwotna i wtórna oraz edukacja zdrowotna, a wskazania obejmują także choroby przewlekłe, w szczególności choroby cywilizacyjne.** Większość chorób przewlekłych, także u osób starszych i z wielochorobowością, można korzystnie i bezpiecznie leczyć w uzdrowisku, ponieważ stosowane metody lecznicze nie wywołują istotnych skutków ubocznych, a wyniki terapii utrzymują się długo. Ponadto zakłady lecznictwa uzdrowiskowego specjalizują się (niejednokrotnie jako jedyne ośrodki w Polsce) w rehabilitacji określonych grup schorzeń (np. choroby naczyniowe, zaburzenia metaboliczne, cukrzyca i powikłania naczyniowe cukrzycy, otyłość, stany po transplantacji narządów, choroby nerek i dróg moczowych, choroby wątroby, choroby układu trawienia, choroby kobiece, choroby skóry), umożliwiając przez to leczenie lub zapobieganie powikłaniom schorzeń cywilizacyjnych.

Szczególnej analizy, przy opracowaniu koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego, wymaga grupa senioralna, **która z natury rzeczy kwalifikuje się do objęcia opieką w warunkach stacjonarnych.** Powyższe prowadzi obecnie do „blokowania" dużej części potencjału łóżkowego w rehabilitacyjnych oddziałach stacjonarnych, zwłaszcza o profilu ogólnoustrojowym, prowadzących intensywny proces rehabilitacji (na niekorzyść młodszych grup populacji oraz przypadków „pilnych"), a jednocześnie wydłuża czas oczekiwania na rehabilitację (również seniorów) – prowadząc do powstania „błędnego koła kolejkowego". **Powyższe uzasadnia wykorzystanie zasobu łóżek oddziałów uzdrowiskowych dla dorosłych do budowania zaplecza rehabilitacji geriatrycznej w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej oraz w ramach kompleksowej polityki senioralnej.**

Szczególnej analizy ponadto, przy opracowaniu koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego, wymaga dostępność i popyt na świadczenia dla grupy pacjentów poniżej 18 roku życia. Wg Raportu GUS z 01.03.2017 roku sukcesywnie zwiększa się odsetek dzieci i młodzieży z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (opracowanie uwzględnia dane za lata 2004-2014). W roku 2014 u średnio 3,7 % dzieci w wieku <15 lat oraz dzieci i osób młodych w wieku 15-29 lat stwierdzono niepełnosprawność (wg kryterium statystycznego GUS obejmującego niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną). Jednocześnie w oddziałach uzdrowiskowych dla dzieci obserwowane są (poza sezonem wakacyjnym) znacznego stopnia niedojazdy. Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego dla dzieci i młodzieży wymaga, niezależnie od potrzeby racjonalizacji i aktualizacji rodzajów świadczeń oraz aktualizacji wskazań do leczenia w uzdrowisku, prowadzenia akcji edukacyjnych dotyczących lecznictwa uzdrowiskowego skierowanych do lekarzy, rodziców/opiekunów i nauczycieli. Ponadto świadczenia dla dzieci młodszych optymalnie powinny być realizowane przy aprobacie realizacji wspólnego świadczenia uzdrowiskowego z opiekunem dziecka (w przypadkach uzasadnionych) albo przy udzielaniu na czas leczenia dziecka w uzdrowisku dodatkowego świadczenia opiekuńczego, ustalanego w zależności od dochodu rodziny. Wskazane jest zatem włączenie do prac nad zmianą opieki nad dziećmi – oprócz Ministerstwa Zdrowia, także Ministerstwa Edukacji oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w celu opracowania wspólnego,

międzyresortowego, programu edukacji i opieki zdrowotnej nad pacjentami poniżej 18 roku życia.

Prognozy demograficzne stawiają wyzwania do optymalizacji (infrastrukturalnej, finansowej oraz organizacyjnej) sposobu wykorzystania całego potencjału opieki rehabilitacyjnej w Polsce, uwzględniającej rehabilitację leczniczą, lecznictwo uzdrowiskowe, rehabilitację w ramach prewencji ZUS i KRUS oraz w ramach turnusów rehabilitacyjnych PFRON.

Należy rozważyć wprowadzenie skonsolidowanego systemu opieki rehabilitacyjnej (w ramach skonsolidowanych funduszy, których dysponentami obecnie są: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).

Należy wspierać rozwój modelu opieki kompleksowej, zapewniającego ciągłość świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, jak i lecznictwa uzdrowiskowego, w tym poprzez połączenie środków finansowych NFZ, ZUS, KRUS, PFRON dedykowanych na rehabilitację i prewencję w ramach zleconego wspólnego programu rehabilitacji realizowanego przez koordynującego jednego płatnika.

Należy rozważyć utworzenie elektronicznej bazy pacjentów poddawanych rehabilitacji, w celu monitorowania i koordynowania przebiegu rehabilitacji pacjenta w ramach całego systemu (obecnie realizowanej przez: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).

Koordynatorem przebiegu rehabilitacji pacjenta w ramach zoptymalizowanego systemu powinien być lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej, tzn. lekarz posiadający kompetencje do całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz wynikających ze stanu zdrowia możliwości funkcjonowania społecznego i zawodowego, a zatem do oceny indywidualnych potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta. Powyższa kompleksowa ocena powinna być podstawą do ustalenia przez lekarza indywidualnego i adekwatnego do potrzeb programu leczenia usprawniającego, mającego na celu optymalną poprawę stanu zdrowia oraz społecznego i zawodowego funkcjonowania pacjenta.

# 4. Koncepcja rozwiązań systemowych w zakresie organizacji lecznictwa uzdrowiskowego

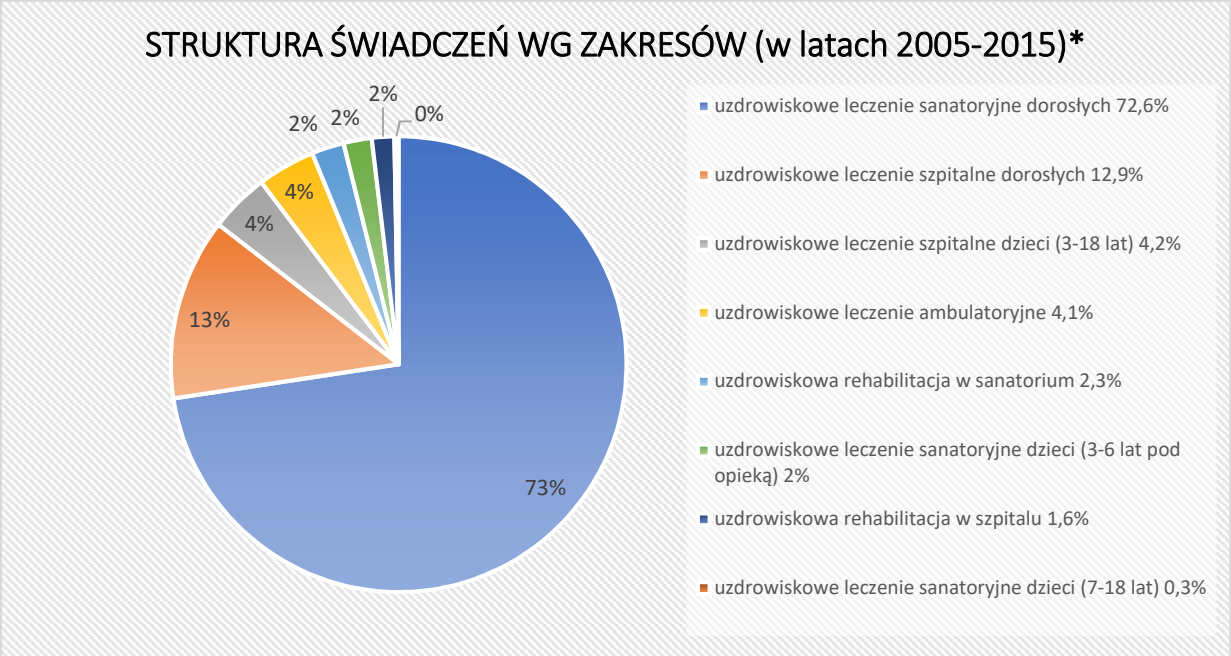
## 4.1. Propozycje zmian w zakresie rodzajów świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego

Świadczenia gwarantowane z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego - **stan aktualny*:**

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Tj. Dz. U. 2015 poz. 2027)

- uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym (28 dni)
- uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym (28 dni)
- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych (21 dni)
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych (21 dni)
- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat (27 dni)
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat (21 dni)
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych (21 dni)
- uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci (do 18 dni)

*Źródło danych: NFZ – na podstawie: Z.Teter, A.Kosowski, B.Jabłońska, K.Kifert „Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2005-2015", Warszawa 2016




Jak wynika z przedstawionej powyżej „struktury świadczeń zrealizowanych wg zakresów": świadczenia z zakresu szpitalnej i sanatoryjnej rehabilitacji uzdrowiskowej realizowane są w minimalnym odsetku, co nie koreluje z zapotrzebowaniem na inne świadczenia z zakresu rehabilitacji, w tym rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach stacjonarnych (gdzie wykazywany jest kilkuletni okres oczekiwania na realizację świadczenia). Powyższe może wskazywać na wciąż nikłą wiedzę na temat innych, poza leczeniem sanatoryjnym, gwarantowanych świadczeń uzdrowiskowych, zarówno wśród świadczeniobiorców, jak i lekarzy uprawnionych do wystawiania skierowań. Ponadto lekarze oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych ograniczają wystawianie skierowań na leczenie uzdrowiskowe m.in. ze względu na czasochłonną procedurę edytowania wniosków i/lub brak dostępu do portalu NFZ.

W trakcie prac Zespołu, przeanalizowano, na poziomie eksperckim, zasadność funkcjonowania w systemie dotychczasowych rodzajów świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego oraz procedury kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności kierowania na rehabilitację uzdrowiskową szpitalną oraz leczenie uzdrowiskowe szpitalne.

Świadczenia gwarantowane z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego – **rekomendacja Zespołu:**

Rekomendowane rodzaje świadczeń gwarantowanych:

1) **rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna (wczesna II fazy) (od 21 do 42 dni)**
2) **leczenie uzdrowiskowe szpitalne (od 21 do 42 dni)**
3) **leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła stacjonarna (21 dni)**
4) **leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne – rehabilitacja przewlekła ambulatoryjna (od 12 do 24 dni zabiegowych)**

Rekomendowane świadczenia gwarantowane - charakterystyka:

Udzielane w trybie stacjonarnym – szpitalnym:

1) rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna (wczesna II fazy): świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają – do 6 miesięcy po zakończonym leczeniu szpitalnym lub po przebyciu rehabilitacji szpitalnej wczesnej – prowadzenia lub kontynuowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego;
2) leczenie uzdrowiskowe szpitalne: świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia, w szczególności w celu kontynuowania terapii po leczeniu ostrej fazy choroby lub w celu rekonwalescencji, wymagają zastosowania leczenia balneofizykalnego w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego;

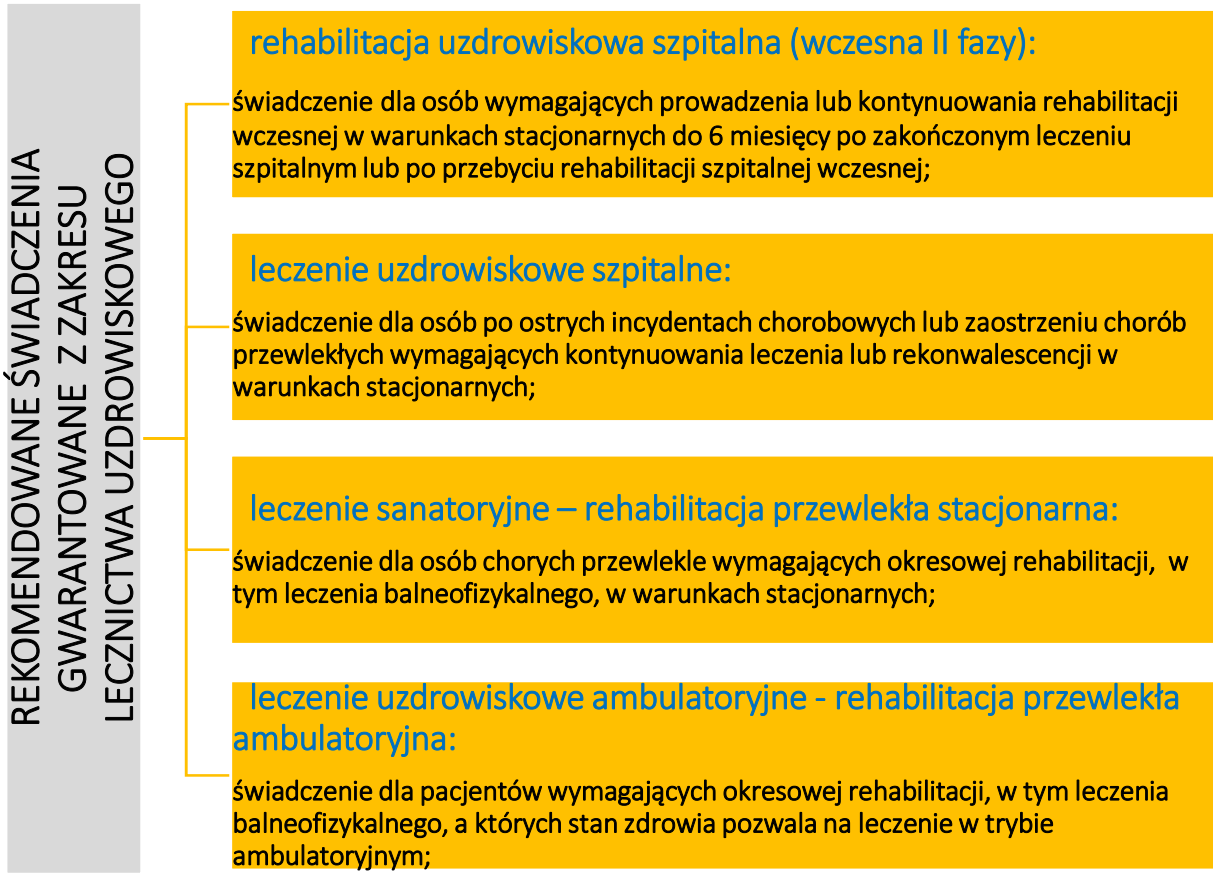
Udzielane w trybie stacjonarnym – sanatoryjnym:

3) leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła stacjonarna: świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają okresowej rehabilitacji, w tym zastosowania leczenia balneofizykalnego, w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem nadzoru lekarskiego oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego;

Udzielane w trybie ambulatoryjnym:

4) leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne – rehabilitacja przewlekła ambulatoryjna: świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy wymagają okresowej rehabilitacji, w tym zastosowania leczenia balneofizykalnego, a których stan zdrowia pozwala na leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Szczegółowa definicja rekomendowanych świadczeń, w tym definicja rehabilitacji wczesnej przypadków pilnych podlegającej zakresowi gwarantowanemu w ramach **rehabilitacji leczniczej** oraz definicje rehabilitacji wtórnej (wczesnej II fazy) i przewlekłej, realizowanej jako element kontynuacji procesu leczniczego w ramach świadczeń gwarantowanych z rodzaju **lecznictwo uzdrowiskowe,** powinna zostać określona w toku kooperacji obydwu dziedzin medycyny i prac prowadzonych w AOTMiT.




Wdrożenie proponowanego systemu świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego powinno być elementem jednoczasowo przeprowadzonej optymalizacji sposobu wykorzystania całego potencjału opieki rehabilitacyjnej w Polsce (uwzględniającego rehabilitację leczniczą, lecznictwo uzdrowiskowe, rehabilitację prowadzoną w ramach prewencji ZUS i KRUS oraz realizowaną ze środków PFRON) oraz budowania jednego, spójnego systemu opieki rehabilitacyjnej.

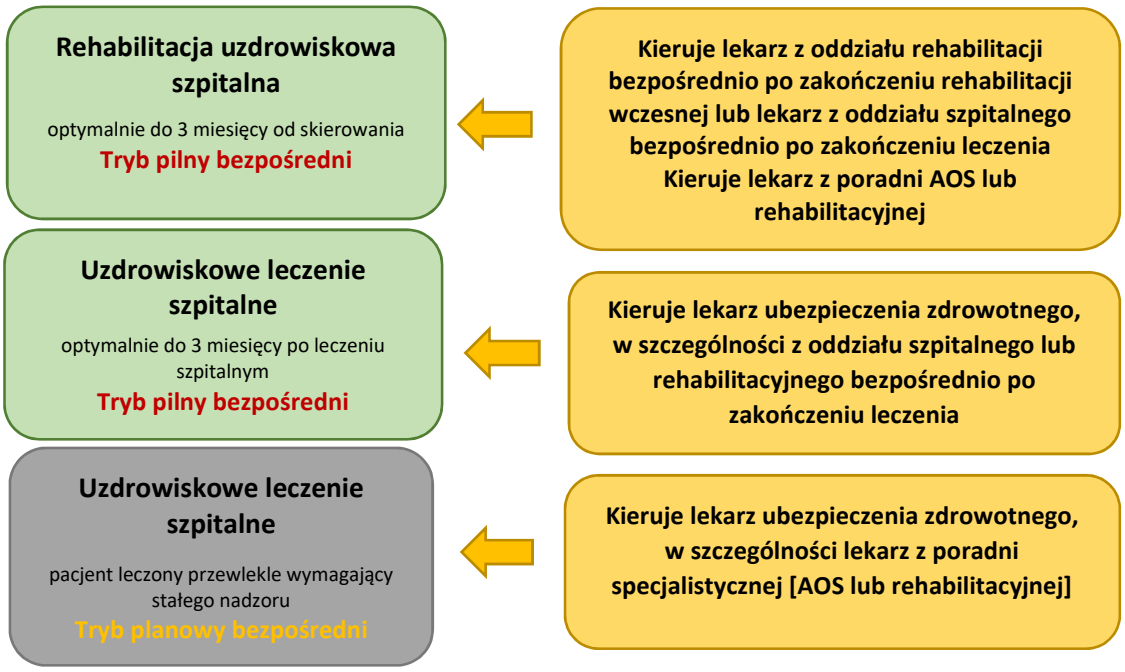
W ramach zoptymalizowanego systemu opieki rehabilitacyjnej w Polsce:

- ✓ **w szpitalnych oddziałach rehabilitacyjnych,** w ramach świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, powinna być prowadzona rehabilitacja wczesna (I fazy);
- ✓ **w oddziałach szpitali uzdrowiskowych,** w ramach świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, do 6 miesięcy po zakończonym leczeniu szpitalnym lub po przebyciu rehabilitacji szpitalnej wczesnej, powinna być kontynuowana w II fazie rehabilitacja wczesna lub prowadzona rehabilitacja I fazy z wykorzystaniem metod balneofizykalnych, dla osób wymagających prowadzenia lub kontynuowania i utrwalenia efektów postępowania usprawniającego, rokujących odzyskanie sprawności lub poprawę funkcjonalną, np. po udarach mózgu, określonych urazach, określonych operacjach, powikłanych zawałach, itp.;
- ✓ **w oddziałach szpitali uzdrowiskowych,** w ramach świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, powinno być ponadto prowadzone specjalistyczne leczenie (kuracja, rekonwalescencja, rehabilitacja z wykorzystaniem metod balneofizykalnych) pacjentów z określonymi i precyzyjnie zdefiniowanymi problemami medycznymi: po określonych ostrych incydentach medycznych oraz po zaostrzeniach określonych chorób przewlekłych

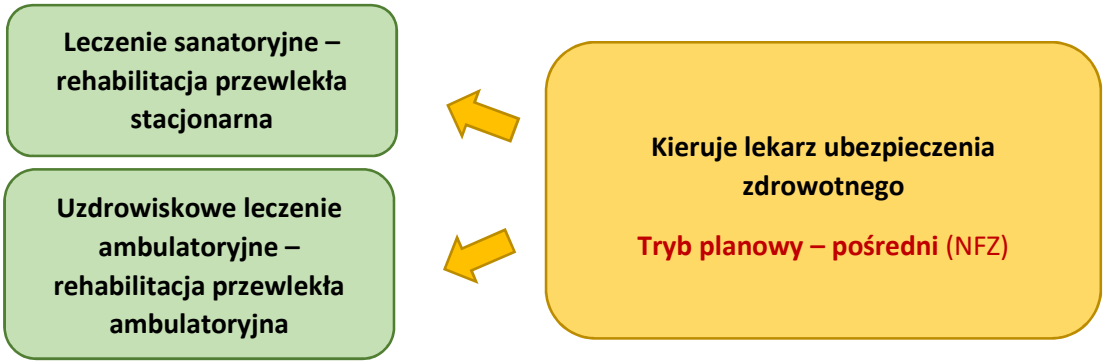
(np. w określonych chorobach neurologicznych, reumatycznych, naczyniowych, cukrzycy i powikłaniach naczyniowych cukrzycy, chorobach metabolicznych, chorobach nerek, stanach po transplantacji narządów, chorobach wątroby, chorobach układu trawienia, chorobach kobiecych, chorobach skóry, itp.);

- ✓ w oddziałach sanatoryjnych powinna być prowadzona (częściowo współfinansowana przez pacjenta) rehabilitacja przewlekła i stacjonarne leczenie balneofizykalne schorzeń przewlekłych;
- ✓ pacjenci niewymagający leczenia stacjonarnego (niewymagający całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego w trakcie leczenia) powinni mieć dostęp do refundowanych zabiegów realizowanych w trybie ambulatoryjnym; z ambulatoryjnego leczenia uzdrowiskowego korzystają z reguły ludzie pracujący w ramach wyjazdów profilaktycznych, często rodzinnych; średnia grupa wiekowa wg danych Płatnika, korzystających z tych świadczeń to osoby pomiędzy 40 a 60 r. ż. – należy zatem rozwijać i propagować tę formę leczenia, także jako podstawowego świadczenia profilaktycznego;

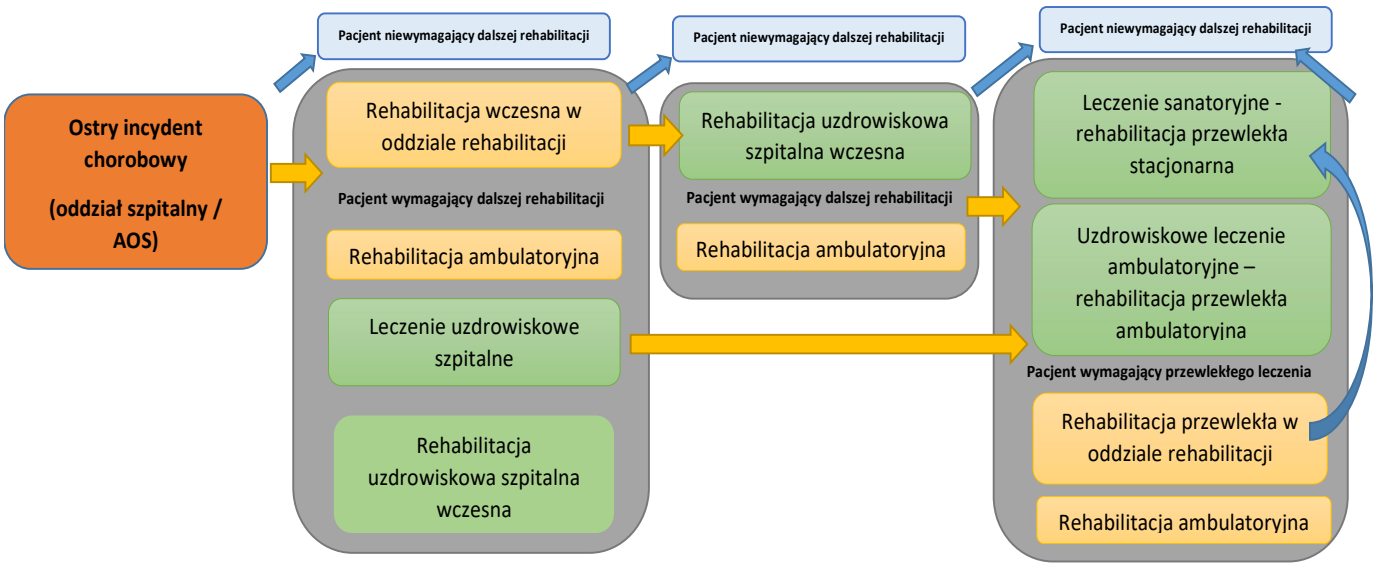
**REKOMENDOWANY SCHEMAT KIEROWANIA NA LECZNIE UZDROWISKOWE SZPITALNE:**




**REKOMENDOWANY SCHEMAT KIEROWANIA NA LECZNIE UZDROWISKOWE SANATORYJNE I AMBULATORYJNE:**



## ŚWIADCZENIA UZDROWISKOWE W SYSTEMIE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI REHABILITACYJNEJ:




Warunkiem wprowadzenia i efektywności rekomendowanego systemu jest:

- ✓ przeprowadzenie – na poziomie eksperckim – szczegółowej analizy potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki rehabilitacyjnej (w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych);
- ✓ przeprowadzenie – na poziomie eksperckim – szczegółowej analizy zasobów;
- ✓ określenie częstotliwości refundowania świadczeń w stanach przewlekłych i stabilnych;
- ✓ oszacowanie potrzeb w zakresie rozwoju infrastruktury rehabilitacyjnej (w tym uzdrowiskowej), przy uwzględnieniu trendów demograficznych i potrzeb zdrowotnych;
- ✓ stworzenie mechanizmów finansowych umożliwiających, w ramach priorytetów zdrowotnych, rozbudowę i dostosowanie istniejących oraz rozwój nowych ośrodków rehabilitacji wczesnej, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz zakładów rehabilitacji leczniczej.

ZDANIEM REKOMENDUJĄCYCH NA PODSTAWIE POWYŻSZYCH ZAŁOŻEŃ NA POZIOMIE EKSPERCKIM NALEŻY:

- ✓ oszacować potrzeby zdrowotne w zakresie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej (analiza map potrzeb zdrowotnych);
- ✓ oszacować ogólne zasoby rehabilitacyjne (stacjonarne i ambulatoryjne);
- ✓ oszacować potrzeby w zakresie rozwoju infrastruktury rehabilitacyjnej, w tym uzdrowiskowej;

Kluczowe założenia rekomendowanych zmian:

- ✓ kierowanie i kwalifikowanie do poszczególnych ww. rodzajów świadczeń wynikać powinno:
  - ze wskazań określonych kodem jednostki chorobowej schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania (wg *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta*, zwanej dalej „ICD-10") i/lub zrealizowanych przed skierowaniem hospitalizacji z określonych wg ICD-10 przyczyn i/lub zrealizowanych przed skierowaniem określonych procedur (wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych „ICD-9");
  - ze wskazań określonych: wiekiem i stopniem sprawności pacjenta, czasem jaki upłynął od leczenia ostrej fazy choroby i obecności określonych chorób współistniejących, przy uwzględnieniu przeciwwskazań;

- ✓ JGP: ponieważ ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami zdrowotnymi wymaga często całkiem innego postępowania, poszczególne świadczenia powinny być rozliczane w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w *Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w lecznictwie uzdrowiskowym* (JGP):
  - każda grupa JGP w lecznictwie uzdrowiskowym powinna zostać wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadać kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami;
  - zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy JGP w lecznictwie uzdrowiskowym, określający charakterystykę grupy, powinien w szczególności uwzględniać: rozpoznania choroby podstawowej i chorób współistniejących wg ICD-10, ew. procedury medyczne wg ICD-9 wykonane przed skierowaniem na leczenie uzdrowiskowe, czas jaki upłynął od leczenia ostrej fazy choroby, wiek pacjenta, stopień sprawności pacjenta, czas pobytu, wykonane procedury medyczne wg ICD-9 w trakcie leczenia w uzdrowisku; do opracowania katalogu grup JGP korespondującego z rehabilitacją leczniczą niezbędne będzie zaangażowanie osób posiadających doświadczenie w tworzeniu JGP;

- ✓ konieczna jest szczegółowa weryfikacja wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego szpitalnego, sanatoryjnego i ambulatoryjnego (a zatem także weryfikacja kierunków leczniczych) w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i aktualne potrzeby zdrowotne;

- ✓ konieczne jest wdrożenie systemu umożliwiającego oczekiwanie (wg PESEL) na realizację świadczenia wyłącznie jednego rodzaju (rehabilitacja lecznicza lub lecznictwo uzdrowiskowe) oraz wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, a zatem likwidację „sztucznych" kolejek w rehabilitacji przewlekłej; wskazane jest utworzenie elektronicznej „bazy" pacjentów poddawanych różnym formom rehabilitacji, w celu monitorowania i koordynowania przebiegu rehabilitacji pacjenta w ramach całego systemu opieki rehabilitacyjnej (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON);

- ✓ konieczne jest określenie częstotliwości refundacji świadczeń w stanach przewlekłych i stabilnych oraz ew. w celach prewencyjnych zapewniającej dostępność do świadczeń dla jak największej grupy pacjentów (dotyczy: leczenia sanatoryjnego – rehabilitacji przewlekłej, leczenia uzdrowiskowego ambulatoryjnego);

- ✓ konieczne jest przeprowadzenie działań informujących o wdrażanych zmianach i nowym systemie lecznictwa uzdrowiskowego – wśród lekarzy i wśród pacjentów;

ZDANIEM REKOMENDUJĄCYCH NA PODSTAWIE POWYŻSZYCH ZAŁOŻEŃ NA POZIOMIE EKSPERCKIM NALEŻY:

- ✓ opracować szczegółowe zasady kierowania i kwalifikowania do poszczególnych rodzajów świadczeń;
- ✓ wyodrębnić poszczególne grupy JGP;
- ✓ dokonać szczegółowej weryfikacji wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego;

W celu wprowadzenia rekomendowanych zmian niezbędny będzie okres przejściowy, w którym:

- ✓ nastąpi rozpoczęcie realizowania świadczeń wg rekomendowanych rozwiązań przy jednoczasowym umożliwieniu uzyskania odpowiedniego świadczenia na dotychczas obowiązujących zasadach osobom oczekującym na zrealizowanie świadczeń;
- ✓ zostanie opracowany i wdrożony system umożliwiający oczekiwanie (wg PESEL) na realizację świadczenia wyłącznie jednego rodzaju (rehabilitacja lecznicza lub lecznictwo uzdrowiskowe) oraz wyłącznie u jednego świadczeniodawcy (opcjonalnie utworzona zostanie elektroniczna „baza" pacjentów poddawanych różnym formom rehabilitacji w celu monitorowania i koordynowania przebiegu rehabilitacji pacjenta w ramach całego systemu opieki rehabilitacyjnej: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON);
- ✓ zostaną przeprowadzone planowe i skoordynowane działania informujące o wdrażanych zmianach i nowym systemie lecznictwa uzdrowiskowego – wśród lekarzy i wśród pacjentów.

W celu wprowadzenia rekomendowanych zmian, a w szczególności w celu racjonalizacji wykorzystania potencjału leczniczego: kadrowego i infrastrukturalnego zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, rekomenduje się ponadto skonsolidowanie uzdrowiskowych łóżek szpitalnych (oddziałów o kodach: 6100 i 6300) oraz uzdrowiskowych łóżek sanatoryjnych (oddziałów o kodach: 6500 i 6700) (wymagana zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, Dz.U. 2012, poz.594).

**STAN OBECNY:**
**(RODZAJ ODDZIAŁU -> RODZAJ REALIZOWANEGO ŚWIADCZENIA)**

- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY REHABILITACJI SZPITALNEJ -> uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SZPITALNY -> uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY REHABILITACJI SANATORYJNEJ -> uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY -> uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SZPITALNY DLA DZIECI -> uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY DLA DZIECI -> uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY DLA DZIECI POD OPIEKĄ DOROSŁYCH -> uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych**

REKOMENDACJA:
**(RODZAJ ODDZIAŁU -> RODZAJ REALIZOWANEGO ŚWIADCZENIA)**

- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SZPITALNY**
  **-> rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna dorosłych [grupy JGP: REHUZ1, (…)]**
  **-> leczenie uzdrowiskowe szpitalne dorosłych [grupy JGP: SZPUZ1, (…)]**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY**
  **-> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła [jednorodna grupa JGP: SNREH]**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SZPITALNY DLA DZIECI**
  **-> rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna dzieci [grupy JGP: REHUZD1, (…)]**
  **-> leczenie uzdrowiskowe szpitalne dzieci [grupy JGP: SZPUZD1, (…)]**
- **ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY DLA DZIECI**
  **-> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła dzieci –** w dwóch przedziałach wiekowych **[grupy JGP: SNREHD1, SNREHD2]**

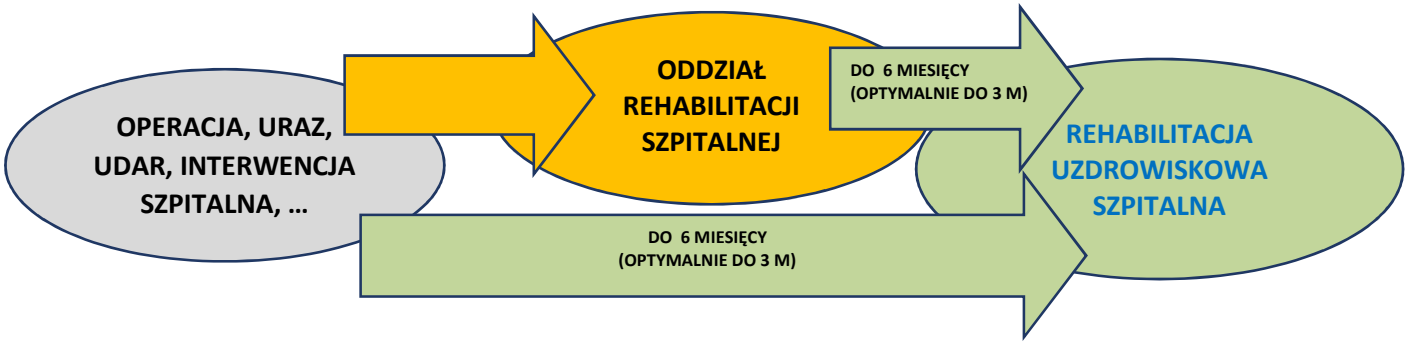
## 4.2. Propozycje zmian w zakresie realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego:

### ŚWIADCZENIA UZDROWISKOWE REALIZOWANE W SZPITALU UZDROWISKOWYM:

Rekomendowane świadczenia gwarantowane - charakterystyka:

1) rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna (wczesna II fazy):
   - świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają – do 6 miesięcy po zakończonym leczeniu szpitalnym lub po przebyciu rehabilitacji szpitalnej wczesnej – prowadzenia lub kontynuowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego
   - rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna powinna być rozliczana w ramach wyodrębnionych kilku grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) – każda grupa JGP powinna zostać wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadać kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami [np. **rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna dorosłych:** grupy REHUZ (REHUZ1, REHUZ2, REHUZ3, …,), **rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna dzieci w wieku od 3 do 18 lat (dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat realizowana pod opieką dorosłych):** grupy REHUZD (REHUZD1, REHUZD2, REHUZD3, …,),

ZAŁOŻENIE: wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów szpitalnych dla dorosłych i dzieci w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej dla pacjentów, którzy wymagają prowadzenia lub kontynuacji rehabilitacji bezpośrednio (do 6 miesięcy) po określonych zabiegach operacyjnych lub określonych urazach lub po udarach lub po określonych innych interwencjach szpitalnych
CEL: zapewnienie ciągłości leczenia.



| RODZAJ ŚWIADCZENIA: | UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH |
|---|---|
| GRUPY JGP | REHABILITACJA UZDROWISKOWA SZPITALNA [REHUZ1, REHUZ2, …, REHUZD1, …] |
| CHARAKTERYSTYKA: | świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają prowadzenia lub kontynuowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego; |
| KIERUNKI LECZNICZE, W KTÓRYCH NALEŻY W SZCZEGÓLNOŚCI REALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE: | choroby narządu ruchu (ortopedyczne, reumatologiczne i neurologiczne), choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby układu oddechowego, choroby wieku podeszłego |
| ŚCIEŻKA LECZENIA: | – oddział szpitalny -> rehabilitacja wczesna w oddziale rehabilitacji -> rehabilitacja wczesna II fazy w uzdrowiskowym oddziale szpitalnym<br>– oddział szpitalny -> rehabilitacja wczesna II fazy w uzdrowiskowym oddziale szpitalnym |
| SKIEROWANIE WYSTAWIANE PRZEZ: | lekarzy oddziałów i poradni rehabilitacyjnych lub lekarzy oddziałów szpitalnych i poradni [AOS] |
| KRYTERIA KWALIFIKACJI DO JGP: | szczegółowe wskazania określone wg ICD-10 i/lub ICD-9, stopień sprawności |
| CZAS REALIZACJI: | przyjęcie do 3 (6) miesięcy od wystawienia skierowania |
| CZAS TRWANIA: | od 21 do 42 dni: uzasadniony względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego oraz weryfikowany obiektywnymi skalami postępów rehabilitacji |
| ZAKRES SWIADCZEŃ: | całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, całodobowa opieka lekarska, całodobowa opieka pielęgniarska, zabiegi przewidziane programem leczenia ukierunkowane na leczenie schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania (co najmniej 5 procedur w dniu zabiegowym), w tym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna |
| SPOSÓB FINANSOWANIA: | w ramach świadczeń gwarantowanych (jednostka rozliczeniowa: pkt/osobodzień) |
| UPRAWNIENIA DODATKOWE: | uprawnienie do uzyskania zaświadczenia o niezdolności do pracy za okres leczenia |

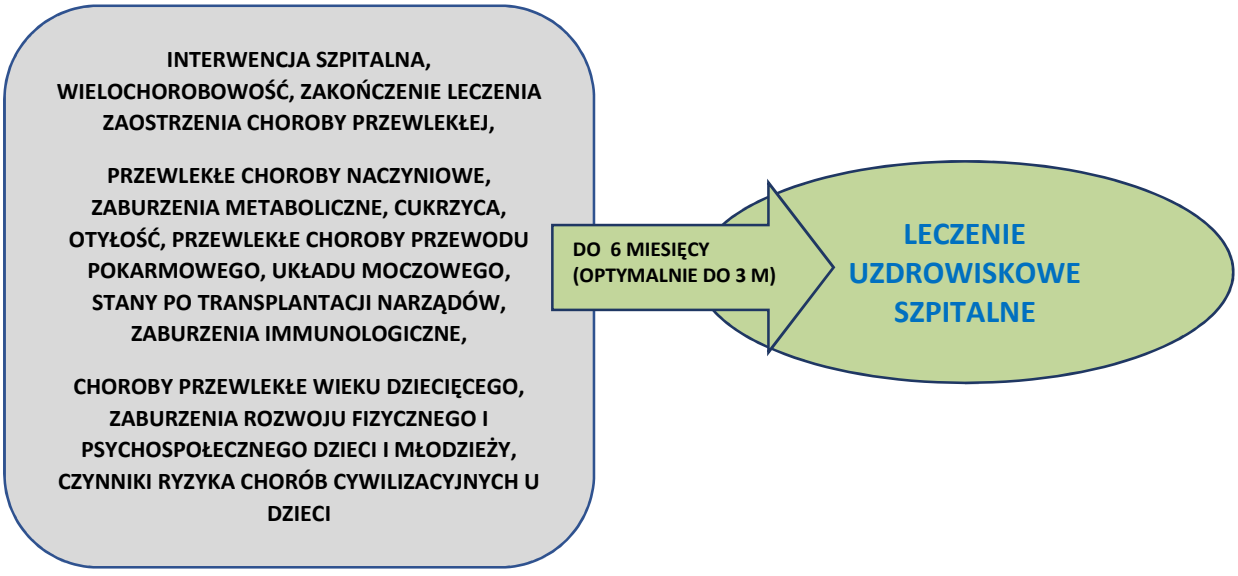
| RODZAJ ŚWIADCZENIA: | UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 18 LAT |
|---|---|
| GRUPY JGP | REHABILITACJA UZDROWISKOWA SZPITALNA DZIECI [REHUZD1, REHUZD2, …] |
| CHARAKTERYSTYKA: | świadczenie udzielane świadczeniobiorcom w wieku od 3 do 18 lat, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają prowadzenia lub kontynuowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych lub przygotowania do określonych zabiegów operacyjnych w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego; |
| KIERUNKI LECZNICZE, W KTÓRYCH NALEŻY W SZCZEGÓLNOŚCI REALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE: | choroby narządu ruchu (ortopedyczne, reumatologiczne i neurologiczne), choroby kardiologiczne, choroby układu oddechowego |
| ŚCIEŻKA LECZENIA: | – oddział szpitalny -> rehabilitacja wczesna w oddziale rehabilitacji -> rehabilitacja wczesna II fazy w uzdrowiskowym oddziale szpitalnym<br>– oddział szpitalny -> rehabilitacja wczesna II fazy w uzdrowiskowym oddziale szpitalnym<br>– konieczność przygotowania do określonych zabiegów operacyjnych -> rehabilitacja w uzdrowiskowym oddziale szpitalnym |
| SKIEROWANIE WYSTAWIANE PRZEZ: | lekarzy oddziałów i poradni rehabilitacyjnych lub lekarzy oddziałów szpitalnych i poradni [AOS] oraz lekarzy POZ |
| KRYTERIA KWALIFIKACJI DO JGP: | szczegółowe wskazania określone wg ICD-10 i/lub ICD-9, wiek i stopień sprawności |
| CZAS REALIZACJI: | przyjęcie do 3 (6) miesięcy od wystawienia skierowania |
| CZAS TRWANIA: | od 21 do42 dni: uzasadniony względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego oraz weryfikowany obiektywnymi skalami postępów rehabilitacji |
| ZAKRES SWIADCZEŃ: | całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, całodobowa opieka lekarska, całodobowa opieka pielęgniarska, zabiegi przewidziane programem leczenia ukierunkowane na leczenie schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania (co najmniej 5 procedur w dniu zabiegowym), w tym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna, świadczenia profilaktyczne, świadczenia opiekuńcze |
| SPOSÓB FINANSOWANIA: | w ramach świadczeń gwarantowanych (jednostka rozliczeniowa: pkt/osobodzień) |
| UPRAWNIENIA DODATKOWE: | dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat świadczenie realizowane pod opieką dorosłych |

2) leczenie uzdrowiskowe szpitalne:
   - świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia, w szczególności w celu kontynuowania terapii po leczeniu ostrej fazy choroby lub w celu rekonwalescencji, wymagają zastosowania leczenia balneofizykalnego w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego;
   - leczenie uzdrowiskowe szpitalne powinno być rozliczane w ramach wyodrębnionych kliku grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) – każda grupa JGP powinna zostać wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadać kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami [np. **leczenie uzdrowiskowe szpitalne dorosłych:** grupy SZPUZ (SZPUZ1, SZPUZ2, SZPUZ3, …,), **leczenie uzdrowiskowe szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat (dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat realizowane pod opieką dorosłych): SZPUZD** (SZPUZD1, SZPUZD2, SZPUZD3, …,).

ZAŁOŻENIE 1: **Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów szpitalnych dla dorosłych i dzieci w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej dla pacjentów, którzy wymagają kontynuacji leczenia w warunkach stacjonarnych po określonych interwencjach szpitalnych lub jako przygotowanie do określonych zabiegów operacyjnych lub po zakończeniu leczenia zaostrzenia określonych chorób przewlekłych lub w przypadku wielochorobowości.** W określonych przypadkach (wskazaniach klinicznych) pacjent powinien mieć dostęp do wczesnego (optymalnie do 3 miesięcy, maksymalnie do 6 miesięcy od wystawienia skierowania) leczenia uzdrowiskowego (rekonwalescencji uzdrowiskowej).
CEL: **zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia.**

ZAŁOŻENIE 2: **Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów szpitalnych dla dorosłych i dzieci w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego w specjalistycznych kierunkach leczniczych**: leczenie balneofizykalne wybranych schorzeń naczyniowych, zaburzeń metabolicznych, w tym cukrzycy i otyłości, chorób kobiecych, chorób układu moczowego, chorób przewodu pokarmowego, stanów po transplantacji narządów, chorób skóry, zaburzeń immunologicznych.
CEL: **wykorzystanie skuteczności metod balneofizykalnych w kompleksowej opiece nad pacjentem.**

ZAŁOŻENIE 3: **Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów szpitalnych dla dzieci w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej w celu leczenia i profilaktyki zaostrzeń chorób przewlekłych wieku dziecięcego, profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz w celu prawidłowego rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży.** Optymalnie świadczenia dla dzieci młodszych (3-6 lat) powinny być realizowane przy aprobacie realizacji wspólnego świadczenia uzdrowiskowego z opiekunem dziecka (lub przy udzielaniu na czas leczenia dziecka w uzdrowisku dodatkowego świadczenia opiekuńczego, ustalanego w zależności od dochodu rodziny).
CEL: **zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży.**



| RODZAJ ŚWIADCZENIA: | UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH |
|---|---|
| GRUPY JGP: | LECZENIE UZDROWISKOWE SZPITALNE [SZPUZ1, SZPUZ2, ...,] |
| CHARAKTERYSTYKA: | świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia, w szczególności w celu kontynuowania leczenia lub w celu rekonwalescencji, wymagają zastosowania leczenia balneofizykalnego w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego; |
| KIERUNKI LECZNICZE: | wszystkie kierunki lecznicze |
| ŚCIEŻKA LECZENIA: | – oddział szpitalny / oddział rehabilitacyjny -> leczenie uzdrowiskowe szpitalne<br>– poradnia specjalistyczna AOS / poradnia rehabilitacyjna [zakończenie leczenia ambulatoryjnego zaostrzenia chorób przewlekłych albo konieczność przygotowania do określonych zabiegów operacyjnych] -> leczenie uzdrowiskowe szpitalne<br>– poradnia specjalistyczna AOS / poradnia POZ [wielochorobowość] -> leczenie uzdrowiskowe szpitalne |
| SKIEROWANIE WYSTAWIANE PRZEZ: | lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego |
| KRYTERIA KWALIFIKACJI DO JGP: | szczegółowe wskazania określone wg ICD-10 i/lub ICD-9, stopień sprawności i/lub czas, jaki upłynął od leczenia ostrej fazy choroby |
| CZAS REALIZACJI: | przyjęcie optymalnie do 6 miesięcy od wystawienia skierowania (w przypadku skierowania po określonych interwencjach szpitalnych lub po określonych zabiegach operacyjnych lub jako przygotowanie do określonych zabiegów operacyjnych przyjęcie do 3 (6) miesięcy od wystawienia skierowania) |
| CZAS TRWANIA: | od 21 do 4 dni, uzasadniony względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego oraz weryfikowany obiektywnymi skalami postępów leczenia |
| ZAKRES SWIADCZEŃ: | całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, całodobowa opieka lekarska, całodobowa opieka pielęgniarska, zabiegi przewidziane programem leczenia ukierunkowane na leczenie schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania oraz schorzeń współistniejących (co najmniej 4 procedury w dniu zabiegowym), w tym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna |
| SPOSÓB FINANSOWANIA: | w ramach świadczeń gwarantowanych (jednostka rozliczeniowa: pkt/osobodzień) |
| UPRAWNIENIA DODATKOWE: | uprawnienie do uzyskania zaświadczenia o niezdolności do pracy za okres leczenia |

| RODZAJ ŚWIADCZENIA: | UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 18 LAT |
|---|---|
| GRUPY JGP: | LECZENIE UZDROWISKOWE SZPITALNE DZIECI [SZPUZD1, SZPUZD2, ...] |
| CHARAKTERYSTYKA: | świadczenie udzielane świadczeniobiorcom w wieku od 3 do 18 lat, którzy ze względu na stan zdrowia, w szczególności w celu kontynuowania leczenia lub w celu rekonwalescencji, wymagają zastosowania leczenia balneofizykalnego w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, a ponadto udzielane świadczeniobiorcom w wieku od 3 do 18 lat z chorobami przewlekłymi i z wielochorobowością oraz jako prewencja pierwotna i wtórna chorób wieku rozwojowego i chorób cywilizacyjnych |
| KIERUNKI LECZNICZE: | wszystkie kierunki lecznicze |
| ŚCIEŻKA LECZENIA: | – oddział szpitalny [interwencja szpitalna lub zabieg operacyjny] / oddział rehabilitacyjny -> leczenie uzdrowiskowe szpitalne dla dzieci<br>– poradnia specjalistyczna AOS / poradnia rehabilitacyjna [zakończenie leczenia ambulatoryjnego zaostrzenia chorób przewlekłych albo konieczność przygotowania do określonych zabiegów operacyjnych] -> leczenie uzdrowiskowe szpitalne dla dzieci<br>– poradnia specjalistyczna AOS/ lekarz POZ [wielochorobowość] -> leczenie uzdrowiskowe szpitalne dla dzieci |
| SKIEROWANIE WYSTAWIANE PRZEZ: | lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego |
| KRYTERIA KWALIFIKACJI DO JGP: | szczegółowe wskazania określone wg ICD-10 i/lub ICD-9, wiek stopień sprawności i/lub czas, jaki upłynął od leczenia w oddziale szpitalnym |
| CZAS REALIZACJI: | przyjęcie optymalnie do 6 miesięcy od wystawienia skierowania (w przypadku skierowania po określonych interwencjach szpitalnych lub po określonych zabiegach operacyjnych lub jako przygotowanie do określonych zabiegów operacyjnych przyjęcie do 3 (6) miesięcy od wystawienia skierowania) |

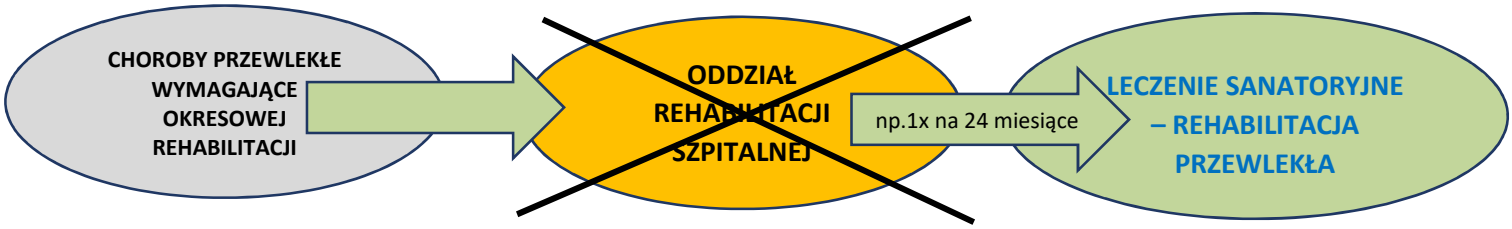
| | |
|---|---|
| CZAS TRWANIA: | od 3 do 6 tygodni, ale uzasadniony względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego oraz weryfikowany obiektywnymi skalami postępów rehabilitacji |
| ZAKRES SWIADCZEŃ: | całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, całodobowa opieka lekarska, całodobowa opieka pielęgniarska, zabiegi przewidziane programem leczenia ukierunkowane na leczenie schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania oraz schorzeń współistniejących (co najmniej 4 procedury w dniu zabiegowym), w tym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna, świadczenia profilaktyczne, świadczenia opiekuńcze |
| SPOSÓB FINANSOWANIA: | w ramach świadczeń gwarantowanych (jednostka rozliczeniowa: pkt/osobodzień) |
| UPRAWNIENIA DODATKOWE: | dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat świadczenie realizowane pod opieką dorosłych |

## ŚWIADCZENIA UZDROWISKOWE REALIZOWANE W SANATORIUM UZDROWISKOWYM:

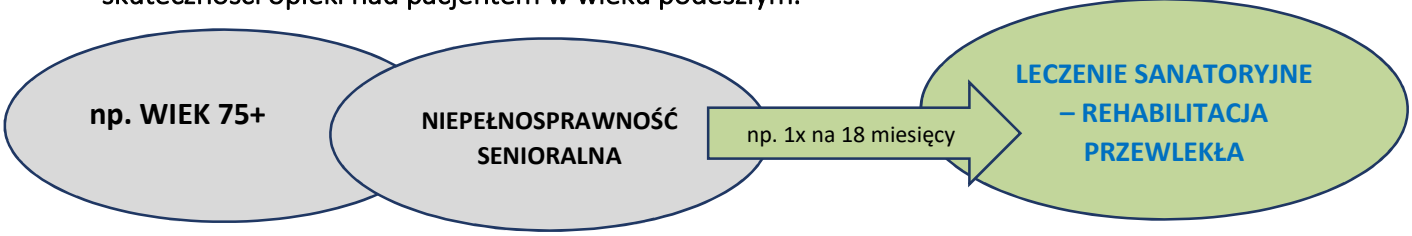
### 3) leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła stacjonarna:

- świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają okresowej rehabilitacji, w tym zastosowania leczenia balneofizykalnego, w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem nadzoru lekarskiego oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego;
- leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła powinno być rozliczane w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), tzn. **leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła** [SNREH], **leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła dzieci od 3 do 18 lat (dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat realizowane pod opieką dorosłych)** [SNREHD1, SNREH2],

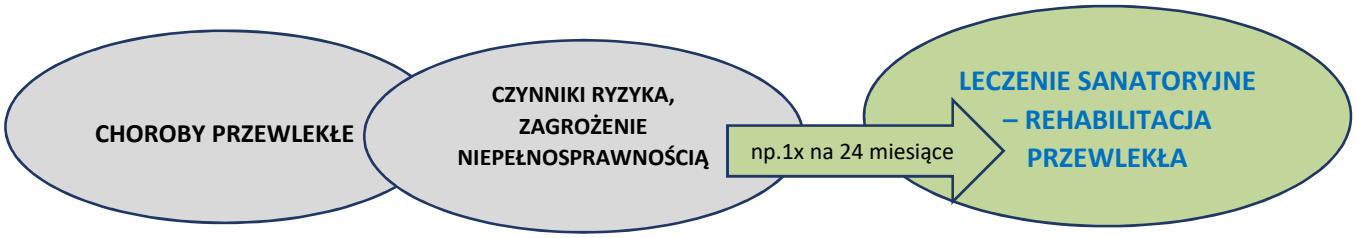
ZAŁOŻENIE: **Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów sanatoryjnych dla dorosłych w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej dla pacjentów, którzy wymagają okresowej rehabilitacji przewlekłej, ale nie mają wskazań do leczenia w warunkach oddziału rehabilitacji szpitalnej**
CEL: **zapewnienie kompleksowości i ciągłości leczenia.**



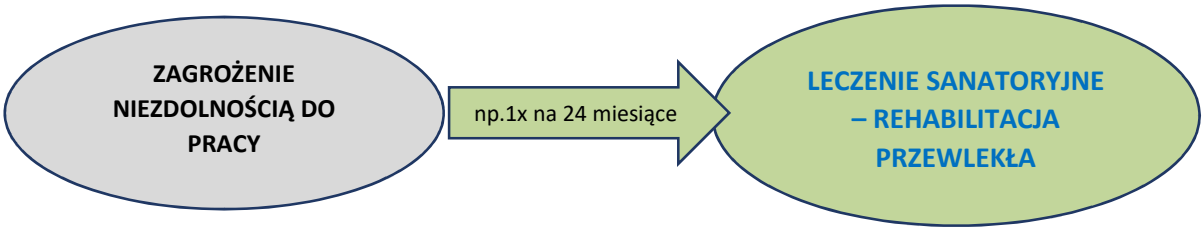

ZAŁOŻENIE: **Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów sanatoryjnych dla dorosłych w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej do budowania zaplecza geriatrycznego w ramach kompleksowej polityki senioralnej.** Świadczenia dla seniorów powinny być realizowane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych jak najbliżej miejsca zamieszkania seniora oraz przy aprobacie realizacji wspólnego świadczenia uzdrowiskowego z małżonkiem lub opiekunem seniora.
CEL: **dostosowanie świadczeń opieki medycznej do trendów demograficznych, poprawa jakości i skuteczności opieki nad pacjentem w wieku podeszłym.**



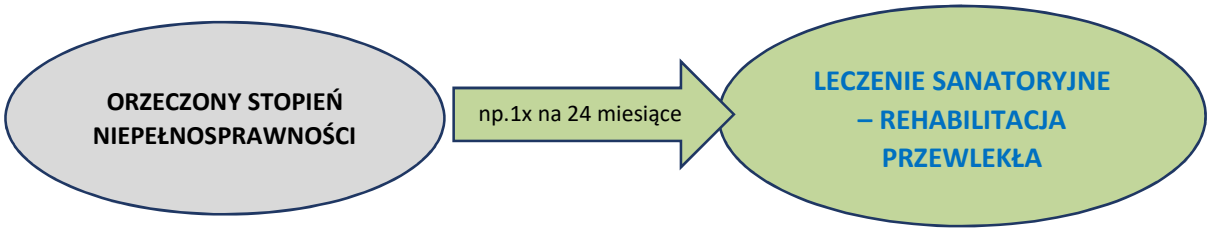
ZAŁOŻENIE: Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów sanatoryjnych dla dorosłych w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej jako miejsca utrzymania i regeneracji zdrowia: oddziały sanatoryjne mogą spełniać funkcje prewencji pierwotnej i wtórnej schorzeń cywilizacyjnych oraz prewencji niepełnosprawności, niesamodzielności i niezdolności do pracy.
CEL: utrzymanie i regeneracja zdrowia, zapobieganie niepełnosprawności, niesamodzielności i niezdolności do pracy.




ZAŁOŻENIE: Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów sanatoryjnych dla dorosłych w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej do leczenia i rehabilitacji osób, które z powodu choroby zagrożone są niezdolnością do pracy, ale równocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogą stanowić modelowe zaplecze rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej, w szczególności w przypadku wprowadzenia skonsolidowanego systemu zabezpieczenia społecznego (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).
CEL: prewencja niezdolności do pracy, dostosowanie świadczeń opieki medycznej do trendów demograficznych.




ZAŁOŻENIE: Wykorzystanie zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów sanatoryjnych dla dorosłych w modelu koordynowanej opieki zdrowotnej do leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Zakłady lecznictwa uzrowiskowego mogą stanowić modelowe zaplecze rehabilitacyjne dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, w szczególności w przypadku wprowadzenia skonsolidowanego systemu zabezpieczenia społecznego (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).
CEL: poprawa jakości i skuteczności opieki nad pacjentem niepełnosprawnym.



| | |
|---|---|
| RODZAJ ŚWIADCZENIA: | UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DLA DOROSŁYCH i DLA DZIECI |
| GRUPY JGP: | LECZENIE SANATORYJNE – REHABILITACJA PRZEWLEKŁA STACJONARNA [SNREH, SNREHD1, …] |
| CHARAKTERYSTYKA: | świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają okresowej rehabilitacji, w tym zastosowania leczenia balneofizykalnego, w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem nadzoru lekarskiego oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego; |
| KIERUNKI LECZNICZE: | wszystkie kierunki lecznicze |
| ŚCIEŻKA LECZENIA: | – choroba przewlekła -> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła<br>– zagrożenie długotrwałą niezdolnością do pracy -> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła<br>– orzeczony stopień niepełnosprawności -> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła<br>– czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych -> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła<br>– wiek powyżej 65+ -> leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła |
| SKIEROWANIE WYSTAWIANE PRZEZ: | lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego |
| KRYTERIA KWALIFIKACJI do JGP: | ogólne wskazania określone wg ICD-10, stan zdrowia, stopień sprawności, |
| CZĘSTOTLIWOŚĆ: | np. nie częściej niż raz na 24 miesiące (do oszacowania na poziomie eksperckim)<br>KARENCJA: kolejne skierowane wystawiane co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu leczenia w oddziale sanatoryjnym<br>OBLIGATORYJNIE: zaświadczenie od lekarza POZ o aktualnym stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do leczenia wystawione maksymalnie 30 dni przed rozpoczęciem leczenia uzdrowiskowego |
| CZAS TRWANIA: | 21 dni (w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony o maksymalnie kolejne 21 dni decyzją lekarza prowadzącego leczenie) |
| ZAKRES SWIADCZEŃ: | całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, opieka lekarska, całodobowa opieka pielęgniarska, całodobowa doraźna pomoc lekarska w przypadku nagłego zachorowania, zabiegi przewidziane programem leczenia ukierunkowane na leczenie schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania oraz schorzeń współistniejących (co najmniej 3 procedury w dniu zabiegowym) – jeżeli występują przeciwwskazania to także bez wykorzystania naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna |
| SPOSÓB FINANSOWANIA: | jednostka rozliczeniowa: pkt/osobodzień; częściowa dopłata do kosztów wyżywienia i zakwaterowania [regulowana RMZ] dla osób dorosłych |
| UPRAWNIENIA DODATKOWE: | – dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat świadczenie realizowane pod opieką dorosłych<br>– dla dorosłych uprawnienie do uzyskania zaświadczenia o niezdolności do pracy za okres leczenia w sanatorium uzdrowiskowym |
| POLITYKA DEMORAFICZNA świadczenia dla dzieci (od 3 do 18 r.ż.) realizowane na preferencyjnych warunkach: | – brak okresu karencji na wystawienie kolejnego skierowania<br>– świadczenie realizowane nie częściej niż raz na 12 miesięcy (do oszacowania na poziomie eksperckim)<br>– w ramach świadczeń gwarantowanych (bez dopłaty)<br>– dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat świadczenie realizowane pod opieką dorosłych (możliwość skorzystania przez rodzica / opiekuna z refundacji kosztów pobytu ramach świadczeń socjalnych w zależności od sytuacji materialnej rodziny -> ściśle ustalone kryteria) |
| POLITYKA SENIORALNA świadczenia dla Seniorów (np.75+) realizowane na preferencyjnych warunkach: | – brak okresu karencji na wystawienie kolejnego skierowania<br>– świadczenie realizowane nie częściej niż raz na 18 miesięcy (do oszacowania na poziomie eksperckim)<br>– w ramach świadczeń gwarantowanych (bez dopłaty) lub refinansowane w ramach polityki społecznej - do oszacowania na poziomie eksperckim)<br>– bez dyskwalifikacji w przypadku wystąpienia w trakcie leczenia udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania zabiegów z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych |

## ŚWIADCZENIA UZDROWISKOWE REALIZOWANE W TRYBIE AMBULATORYJNYM:

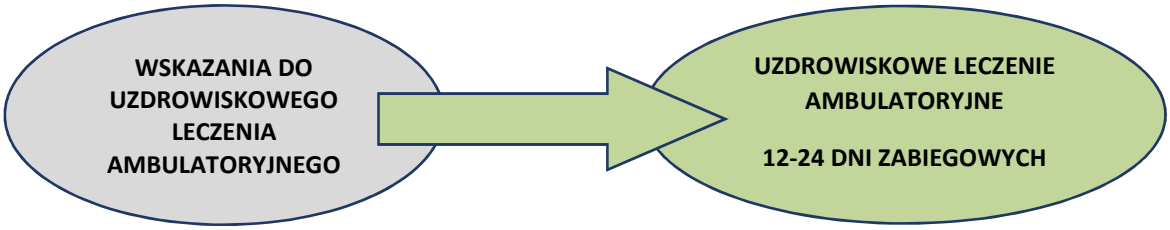
- leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne – rehabilitacja przewlekła ambulatoryjna: świadczenie udzielane świadczeniobiorcom, którzy wymagają zastosowania leczenia balneofizykalnego, a których stan zdrowia pozwala na leczenie w warunkach ambulatoryjnych;
- leczenie uzdrowiskowe w trybie ambulatoryjnym powinno być rozliczane w ramach jednej grupy świadczeń określonej w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP: **grupa ULA**);

ZAŁOŻENIE: Wykorzystanie uzdrowiskowego potencjału zabiegowego w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej do **prowadzenia ambulatoryjnego leczenia uzdrowiskowego i ambulatoryjnej rehabilitacji uzdrowiskowej.**

Rekomenduje się realizację świadczeń ambulatoryjnych dla pacjentów, którzy wymagają kontynuacji leczenia, a mogą być leczeni w warunkach ambulatoryjnych, po interwencjach szpitalnych, zabiegach operacyjnych, urazach albo po zakończeniu leczenia zaostrzenia chorób przewlekłych i w przypadku wielochorobowości oraz dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, a ponadto jako prewencja niepełnosprawności senioralnej, prewencja pierwotna i wtórna chorób cywilizacyjnych oraz prewencja niezdolności do pracy.

Należy rozwijać i propagować tę formę leczenia także jako podstawowego świadczenia profilaktycznego (dla określonego katalogu problemów zdrowotnych).

CEL: zwiększenie dostępności do zabiegów usprawniających, zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia, ograniczenie negatywnych skutków urazów oraz schorzeń przewlekłych.




| | |
|---|---|
| RODZAJ ŚWIADCZENIA: | UZDROWISKOWE ŚWIADCZENIE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH I DZIECI |
| GRUPA JGP: | UZDROWISKOWE LECZENIE AMBULATORYJNE DOROSŁYCH I DZIECI – REHABILITACJA PRZEWLEKŁA AMBULATORYJNA [ULA] |
| CHARAKTERYSTYKA: | świadczenie realizowane dla pacjentów, którzy wymagają kontynuacji leczenia w warunkach ambulatoryjnych po interwencjach szpitalnych, zabiegach operacyjnych, urazach albo po zakończeniu leczenia zaostrzenia chorób przewlekłych i w przypadku wielochorobowości oraz dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, a ponadto jako prewencja niepełnosprawności senioralnej, prewencja pierwotna i wtórna chorób cywilizacyjnych oraz prewencja niezdolności do pracy powodowanej chorobami przewlekłymi |
| KIERUNKI LECZNICZE: | wszystkie kierunki lecznicze |
| ŚCIEŻKA LECZENIA: | – wskazanie/a do uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego -> uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne |
| SKIEROWANIE WYSTAWIANE PRZEZ: | lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego |
| KRYTERIA KWALIFIKACJI do JGP: | ogólne wskazania określone wg ICD-10 (RMZ), stan zdrowia,<br>OBLIGATORYJNIE: zaświadczenie od lekarza POZ o aktualnym stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do leczenia wystawione maksymalnie 30 dni przed rozpoczęciem leczenia uzdrowiskowego |
| CZAS TRWANIA: | od 12 do 24 dni zabiegowych; uzasadniony względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego |
| ZAKRES SWIADCZEŃ: | ambulatoryjne świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia profilaktyczne, zabiegi przewidziane programem leczenia ukierunkowane na leczenie schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania oraz schorzeń współistniejących (co najmniej 3 procedury w dniu zabiegowym), w tym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, edukacja zdrowotna |
| SPOSÓB FINANSOWANIA: | w ramach świadczeń gwarantowanych (jednostka rozliczeniowa: pkt/osobodzień) |

Zaakceptowanie zarekomendowanych rodzajów świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego spowoduje konieczność kompleksowej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* (Tj. Dz. U. 2015 poz. 2027 ze zm.).

Rekomendacje Zespołu dotyczące wybranych szczegółowych warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego – do uwzględnienia przy określaniu nowych lub aktualizacji obecnych warunków realizacji świadczeń uzdrowiskowych:

### 1. Rekomenduje się zmianę warunków sprawowania nadzoru nad zakładem przyrodoleczniczym

Rekomenduje się zmianę zapisu rozporządzenia w Załączniku nr 1 – „Pozostałe wymagania: *1) zakład przyrodoleczniczy (…) oraz zapewnienie nadzoru nad udzielaniem świadczeń w tym zakładzie przez lekarza specjalistę w dziedzinie: a) balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub b) rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu - w wymiarze równoważnika etatu odpowiadającego czasowi udzielanych świadczeń”* przez wykreślenie zdania „w wymiarze równoważnika etatu odpowiadającego czasowi udzielanych świadczeń”.

**Uzasadnienie:** Utrzymanie ww. wymogu zatrudnienia lekarza specjalisty do „nadzoru nad udzielaniem świadczeń” w zakładzie przyrodoleczniczym w wymiarze równoważnika etatu odpowiadającego czasowi udzielanych świadczeń (co daje łącznie do 55 godzin tygodniowo przy pracy ZPL od 8.00 do 18.00 w tygodniu oraz 8.00 do 13.00 w soboty) powoduje istotne trudności - przy niedoborze na rynku pracy wskazanych w rozporządzeniu specjalistów - w zapewnieniu obsady specjalistycznej do opieki nad pacjentami i jednocześnie do nadzoru nad realizacją świadczeń (w szczególności, gdy zakład przyrodoleczniczy zlokalizowany jest poza miejscem zakwaterowania) oraz generuje znaczne dodatkowe koszty stałe prowadzonej działalności, w szczególności dla dużych podmiotów uzdrowiskowych, które dysponując największym potencjałem zabiegowym prowadzą klika zakładów przyrodoleczniczych. Wskazujemy ponadto, iż nawet - analogiczne i często zbieżne, co do rodzaju, świadczenia gwarantowane w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie nakładają na podmioty udzielające tych świadczeń obowiązku dodatkowego, etatowego nadzoru nad przebiegiem realizacji zabiegów przez lekarzy specjalistów (w wymiarze równoważnika etatu odpowiadającego czasowi udzielanych świadczeń), pomimo, iż udzielane są pacjentom zazwyczaj na wczesnym etapie usprawniania, także w cyklach popołudniowych. O ile **nadzór nad prawidłowością realizacji świadczeń zabiegowych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego przez wskazanych w rozporządzeniu lekarzy specjalistów jest konieczny i bezdyskusyjny**, to utrzymanie „etatowej” regulacji wydaje się całkowicie bezzasadne i nieracjonalne medycznie, ekonomicznie oraz organizacyjnie (w szczególności, gdy **pacjent, zgodnie z zapisami rozporządzenia ma zapewniony dostęp w godzinach wykonywania zabiegów do „lekarza uzdrowiskowego” oraz zapewnioną pomoc lekarza w przypadku nagłego zachorowania przez całą dobę, czyli także w trakcie realizowania zabiegów**), a zabiegi wykonywane są przez wykwalifikowany personel medyczny, który obecnie w większości posiada wyższe wykształcenie. Rola lekarza nadzorującego zakład przyrodoleczniczy (ZPL), powinna polegać na organizowaniu i koordynowaniu pracy ZPL oraz

ustalaniu i audytowaniu standardów wykonywanych zabiegów. Sposób prowadzenia nadzoru będzie inny w zakładach przyrodoleczniczych zintegrowanych z budynkami szpitalnymi lub sanatoryjnymi, a inny, gdy ZPL przyrodoleczniczy jest samodzielnym obiektem, udzielającym świadczeń pacjentom z wielu oddziałów uzdrowiskowych.

Rekomenduje się zatem skorygowanie zapisów ww. rozporządzenia przez zrezygnowanie z literalnego określania wymiaru czasu pracy lekarza sprawującego nadzór i skorygowanie zapisu na: „Pozostałe wymagania: *1) zakład przyrodoleczniczy (…) oraz **zapewnienie nadzoru nad udzielaniem świadczeń w tym zakładzie przez lekarza specjalistę** w dziedzinie: a) balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub b) rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu.”*

2. Rekomenduje się dopuszczenie do udzielania świadczeń lekarzy będących w trakcie specjalizacji innej niż balneologia i medycyna fizykalna, po odbytym kursie z podstaw balneologii

Uzasadnienie: Doświadczenie pokazuje, że średnia wieku lekarzy pracujących w uzdrowiskach jest niepokojąco wysoka. W wielu zakładach lecznictwa uzdrowiskowego główne zaplecze kadrowe stanowią lekarze emeryci. Fakt ten sam w sobie nie jest zjawiskiem niekorzystnym, niepokój jednak budzi to, że w uzdrowiskach nie obserwuje się „zmiany pokoleniowej” kadry lekarskiej. Sytuacja taka spowodowana jest między innymi tym, iż nie ma żadnych mechanizmów, które zachęcałby młodych lekarzy do pracy w uzdrowiskach. Balneologia i medycyna fizykalna jest obecnie taką dziedziną medycyny, w której świadczeń może udzielać wyłącznie lekarz będący już specjalistą, co z punktu widzenia jakości tych świadczeń jest na pewno korzystne. Niestety, taki warunek negatywnie oddziałuje na napływ młodej kadry. Dopuszczenie do pracy w uzdrowiskach lekarzy będących w trakcie specjalizacji może tę sytuację poprawić. Zatrudnienie lekarzy bezpośrednio po odbyciu stażu i zapewnienie im możliwości specjalizowania się „w ramach etatu”, a nie w ramach rezydentury, może być tym czynnikiem, który przyciągnie ich do lecznictwa uzdrowiskowego. W wielu zakresach świadczeń lekarze po dwóch latach szkolenia specjalizacyjnego oraz uzyskaniu odpowiedniego zaświadczenia od kierownika specjalizacji mogą samodzielnie wykonywać pracę w dziedzinie, w której się specjalizują. Rekomendujemy, żeby w kontekście ogromnych niedoborów kadrowych wprowadzić również takie rozwiązanie w uzdrowiskach.

Proponujemy następującą zmianę definicji lekarza uzdrowiskowego dorosłych, zapisaną w § 2. pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego:

4) lekarz uzdrowiskowy osób dorosłych – *specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub specjalistę w dziedzinie fizjoterapii i balneoklimatologii, lub lekarza balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub lekarza balneologii, lub lekarza balneologii i medycyny fizykalnej, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, lub specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lub lekarza rehabilitacji, lub lekarza rehabilitacji ogólnej, lub lekarza rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, po kursie z podstaw balneologii, lub specjalistę w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska, po kursie w*

*zakresie podstaw balneologii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska, po kursie w zakresie podstaw balneologii;*

3. **Rekomenduje się dopuszczenie możliwości sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami z różnych zakresów świadczeń w ramach jednego etatu lekarskiego, po spełnieniu określonych warunków organizacyjnych**

**Uzasadnienie:** Obecnie często mamy do czynienia z sytuacją, że w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (nawet na tym samym piętrze) realizowanych jest kilka rodzajów świadczeń uzdrowiskowych. Przykład: w budynku leczonych jest 25 pacjentów szpitalnych, 30 sanatoryjnych i 6 w ramach rehabilitacji uzdrowiskowej szpitalnej. Zgodnie z obecnie obowiązującymi wymaganiami, dla każdego z tych zakresów świadczeń należy zabezpieczyć po 1 całym etacie lekarskim. Zatem dla grupy 61 pacjentów powinno być zatrudnionych 3 lekarzy (3 etaty). Jeden z nich w ramach pełnego etatu sprawuje opiekę nad 25 pacjentami, drugi 30, trzeci 6. Trudno w takich wymaganiach dopatrzyć się racjonalności organizacyjnej i finansowej. Dzięki dopuszczeniu możliwości „łączenia" świadczeń i zastosowania w takim przypadku reguły proporcjonalności zatrudnienia kadry lekarskiej, dla opieki nad wszystkimi wymienionymi w przykładzie pacjentami wystarczy 1 etat lekarski. Z doświadczenia wiadomo, że takie proporcje są wystarczające do sprawowania opieki na odpowiednim poziomie, zwłaszcza, że w przytoczonym przykładzie pacjenci muszą mieć zapewnioną całodobową opiekę lekarską w miejscu udzielania świadczeń.

**Proponujemy następującą zmianę zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego:**

*Załącznik nr 1.*

1. *Personel we wszystkich zakresach świadczeń uzdrowiskowych: 1) lekarz prowadzący leczenie – równoważnik, co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte X łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik, co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale, będący lekarzem uzdrowiskowym*
2. *W przypadku, kiedy w tej samej lokalizacji udzielane są świadczenia gwarantowane, z co najmniej dwóch różnych zakresów świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, lekarz prowadzący, w ramach tego samego etatu, może wspólnie objąć leczeniem pacjentów w tych zakresach.*
3. *W przypadku objęcia wspólnym leczeniem wynikającym z ust. 2, etat lekarza prowadzącego leczenie stanowi równoważnik, co najmniej 1 etatu na pierwszą rozpoczętą liczbę łózek wynikających z zakresu o najniższej liczbie łózek określonej w ust. 1, każde kolejne rozpoczęte łóżko stanowi równoważnik, co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do łącznej liczby łóżek w zakresach objętych wspólnym leczeniem pacjentów, zabezpieczającego właściwe sprawowanie opieki lekarskiej w każdym rodzaju świadczeń.*
4. *Lekarz o którym mowa w ust. 1 posiada kwalifikacje zgodne z kierunkiem leczniczym określonym dla zakresów świadczeń objętych wspólnym leczeniem i prowadzi leczenie pacjenta zgodnie z jednostką chorobową stanowiącą wskazanie do leczenia uzdrowiskowego w tych zakresach.*

Zespól rekomenduje realizację takich postulatów z założeniem, iż w przypadkach realizacji przez świadczeniodawcę w jednym miejscu udzielania świadczeń kilku zakresów, możliwym staje się zabezpieczenie łączne przez lekarza prowadzącego leczenie pod warunkiem objęcia etatem przeliczeniowym lekarza w stosunku do liczby łózek z zakresu obejmującego jego najniższą liczbę wynikającą z przytoczonego wyżej rozporządzenia np. w przypadku, gdy

świadczeniodawca realizuje w miejscu udzielania świadczeń zakres szpitalny (etat na pierwsze rozpoczęte 50 łózek) oraz zakres sanatoryjny (etat na pierwsze rozpoczęte 70 łózek), to zatrudnienie lekarza prowadzącego wyniesie ogółem co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 50 łózek.

Uwaga: W celu racjonalizacji wykorzystania potencjału leczniczego (w tym potencjału kadrowego) zakładów lecznictwa uzdrowiskowego zarekomendowano (str. 26) skonsolidowanie uzdrowiskowych łóżek szpitalnych oddziałów szpitalnych i oddziałów szpitalnej rehabilitacji uzdrowiskowej oraz analogicznie łózek oddziałów sanatoryjnych – po wprowadzeniu zarekomendowanych zmian personel powinien być wykorzystany bardziej optymalnie.

4. Rekomenduje się dopuszczenie możliwości sprawowania całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami w szpitalach uzdrowiskowych w formie dyżuru lekarskiego pełnionego w lokalizacji przy jednoczesnym uzupełnieniu słownika pojęć określonych w par. 2. rozporządzenia o definicję pojęcia „lokalizacja"

**Uzasadnienie:** Obecnie często mamy do czynienia z sytuacją, że w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego w tej samej lokalizacji realizowanych jest kilka rodzajów świadczeń, np. leczenie uzdrowiskowe w oddziale szpitalnym i leczenie uzdrowiskowe w oddziale sanatoryjnym. W takim przypadku, zgodnie z wymogiem określającym sposób zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami w szpitalach uzdrowiskowych w Załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia (część A, Lp. 2, pkt 2) w formie dyżuru lekarskiego pełnionego w miejscu udzielania świadczeń, instytucje kontraktujące świadczenia i instytucje kontrolne oczekują zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla każdego rodzaju świadczenia przez niezależnych lekarzy dyżurujących. **Trudno w takich wymaganiach dopatrzyć się racjonalności merytorycznej, organizacyjnej i finansowej.** Zgodnie z definicją „miejsca udzielania świadczeń" określoną w par.2. ust.6 ww. rozporządzenia: *„miejsce udzielania świadczeń* – to *pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;"* – zatem rekomendujemy dopuszczenie możliwości sprawowania całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami w szpitalach uzdrowiskowych w formie dyżuru lekarskiego pełnionego w lokalizacji przy jednoczesnym uzupełnieniu słownika pojęć określonych w par. 2. rozporządzenia o definicję pojęcia „lokalizacja" wg definicji zawartej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz. U. 2013 poz. 1522 ze zm.), tj.: „lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;".

5. Rekomenduje się dopuszczenie możliwości sprawowania opieki lekarskiej i terapeutycznej nad pacjentami w ramach zgłoszonego do umowy wymiaru godzin, bez konieczności zapewnienia dodatkowego proporcjonalnego do zwiększonej liczby pacjentów zatrudnienia personelu, w przypadku realizowania niedojazdów.

Rekomenduje się wprowadzenie zapisu:
*Wystawianie skierowań na „giełdę skierowań" pozostaje bez wpływu na równoważnik etatowy lekarza prowadzącego leczenie dla liczby łózek określonej dla danego zakresu świadczeń uzdrowiskowych lub równoważnik etatowy wskazany dla zakresów objętych wspólnym leczeniem przez lekarza prowadzącego leczenie.*
**Uzasadnienie:** Dużym problemem zakładów lecznictwa uzdrowiskowego są niedojazdy pacjentów, którzy nie stawiają się na leczenie w wyznaczonym terminie – niekiedy powoduje to

w skali roku znaczne niewykonanie kontraktów. Skalę tego zjawiska zmniejsza korzystanie z tzw. „giełdy", czyli realizowanie dodatkowych skierowań w kolejnych miesiącach roku, ale aby realizować „giełdę" zakład musi zabezpieczyć dodatkowe miejsca, ponad limit wynikający z kontraktu oraz zabezpieczyć większą liczbę zatrudnionych lekarzy i fizjoterapeutów do obsługi dodatkowych pacjentów. Liczba realizowanych niedojazdów jest zmienna i na bieżąco zakłady muszą aktualizować kadrę. Rekomenduje się zatem wprowadzenie zastrzeżenia dotyczącego, iż świadczeniodawcy wystawiający skierowania na „tzw. giełdę skierowań" nie podlegają obowiązkowi zapewnienia dodatkowego etatu przeliczeniowego wynikającego z przekroczenia wskazanej liczby skierowań. Giełda nie ma wpływu na zwiększenie liczby łóżek, jest odzwierciedleniem liczby przydzielonych skierowań, która nie jest równa ilości zagospodarowanych łóżek tym samym ilości świadczeniobiorców przypadających na jeden etat przeliczeniowy lekarza prowadzącego leczenie, a wynikającego z przepisów rozporządzenia.

### 6. Rekomenduje się zmianę zapisu dotyczącego zapewnienia dostępu do lekarza uzdrowiskowego w godzinach wykonywania zabiegów

Obecny zapis w załączniku Nr 1: *„Organizacja świadczeń: „zapewnienie dostępu* ***w godzinach wykonywania zabiegów do lekarza uzdrowiskowego*** *osób dorosłych, w celu: a) ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia balneologicznego i farmakologicznego, b) sprawowania opieki lekarskiej;"*

Uzasadnienie: Obowiązująca forma zapisu nie budzi wątpliwości w sytuacjach, z którymi mamy najczęściej do czynienia, tzn. kiedy zakład przyrodoleczniczy funkcjonuje w obrębie budynku sanatorium lub szpitala i wykonuje zabiegi pacjentom tam zakwaterowanym, w ramach jednej umowy z NFZ, w godzinach np. od 8.00 do 15.00. W przypadku zakładów przyrodoleczniczych udzielających świadczeń pacjentom z wielu oddziałów uzdrowiskowych, zlokalizowanych często poza budynkiem zakładu, NFZ wymaga, żeby odrębnie dla każdego z tych oddziałów zapewnić dostęp do lekarza uzdrowiskowego. Dostęp należy uwzględnić w tygodniowych harmonogramach czasu pracy lekarzy. Sytuacja taka doprowadza do ogromnego chaosu związanego z planowaniem zabiegów, a przede wszystkim z czasem pracy lekarzy uzdrowiskowych. Nie poprawia ona w żaden sposób jakości opieki nad pacjentem, gdyż lekarz „dostępny" jest w oddziale, gdzie pacjent jest zakwaterowany (często w innym budynku), a nie w miejscu wykonywania zabiegów. Zakłady przyrodolecznicze niejednokrotnie funkcjonują przez 10-12 godzin dziennie. Zgodnie z wymaganiami NFZ, zabiegi udzielane mogą być w dwóch cyklach, przed- i popołudniowym, przez 6 dni w tygodniu. Szczególnie dużo problemów sprawia dostęp do większej ilości lekarzy w godzinach wykonywania zabiegów w soboty. Zapewnienie dostępu do lekarza w godzinach wykonywania zabiegów ma swoje uzasadnienie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta - w takich przypadkach odpowiedniej pomocy udzieli każdy lekarz, nie tylko uzdrowiskowy. Powinien on być dostępny w miejscu wykonywania zabiegów. Nie widzimy także problemu z „ustalaniem i bieżącym korygowaniem programu leczenia balneologicznego i farmakologicznego" - lekarz prowadzący dostępny jest przecież co najmniej przez 5 dni w tygodniu.

Rekomendujemy zmianę dotychczasowego zapisu na bardziej ogólny:
*„Podczas udzielania świadczeń w zakładzie przyrodoleczniczym należy zapewnić pomoc lekarską w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia zdrowia pacjenta".*
Sposób realizacji tego warunku należy pozostawić każdemu świadczeniodawcy, określając go np. w regulaminach organizacyjnych. Na przykład w zakładach, które zlokalizowane są w

szpitalach uzdrowiskowych dostęp taki mogą zapewnić lekarze dyżurni, którzy nie zawsze są lekarzami uzdrowiskowymi.

7. Rekomenduje się dostosowanie przepisów dotyczących sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego do realiów lecznictwa uzdrowiskowego.

Dotyczy zapisu w Załączniku Nr 1: *„Personel: pielęgniarski – etat przeliczeniowy ustalany zgodnie z rozporządzeniem w sprawie minimalnych norm zatrudnienia;*

Uzasadnienie: W omawianym rozporządzeniu we wszystkich zakresach świadczeń i częściach (Załącznik nr 1) przywołano w określaniu wymogów dla personelu pielęgniarskiego niemający zastosowania do przedsiębiorstw uzdrowiskowych akt prawny, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami do realiów lecznictwa uzdrowiskowego. W rozporządzeniu tym ustalono normy dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Ustalanie ilości potrzebnych pielęgniarek, według algorytmu tegoż rozporządzenia, powoduje, że obliczona ilość etatów często znacznie odbiega od rzeczywistego zapotrzebowania. Specyfika pracy pielęgniarki w lecznictwie uzdrowiskowym jest zupełnie inna niż w świadczeniach, które szczegółowo wymieniono w załącznikach do tego rozporządzenia. Opieka nad pacjentem leczonym w szpitalu, który przez całą dobę nie opuszcza oddziału i wymaga stałej obserwacji, ma zupełnie inny charakter niż opieka nad pacjentem leczonym w uzdrowisku, który bardzo dużo czasu spędza poza obiektem. Rekomenduje się zatem skorygowanie przepisów w tym zakresie.

8. Rekomenduje się określenie minimalnych norm zatrudnienia personelu medycznego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

W związku z faktem, iż nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym sprawuje Minister Zdrowia, proponujemy dodać zapis w ustawie uzdrowiskowej (art.32a), iż *„Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia określi minimalne normy zatrudnienia dla personelu medycznego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego”*.

Uzasadnienie: W wielu zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, które zostały skomercjalizowane oraz sprywatyzowane, normy zatrudnienia personelu medycznego, zwłaszcza średniego personelu medycznego wykonującego zabiegi oraz pełniącego dyżury pielęgniarskie, w niektórych przypadkach okrojono do minimum, a nawet poniżej minimum, co stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz wiąże się z obniżeniem jakości udzielanych świadczeń. Uważamy zatem, iż Minister Zdrowia powinien określić minimalne normy zatrudnienia personelu medycznego w stosunku do ilości obsługiwanych pacjentów (posiadanych łóżek), uwzględniające jednoczasowe przebywanie w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego pacjentów kierowanych przez NFZ oraz pacjentów komercyjnych.

## 4.3. Rekomendacje Zespołu dotyczące poziomu i sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego:

### Poziom finansowania świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego:

**Świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego są jednymi z najniżej wycenionych świadczeń w ramach środków publicznych. Pomimo, iż liczba osób leczonych w uzdrowiskach stanowi około 5% (2015r.) liczby ogółu pacjentów leczonych w szpitalach całego kraju, procentowy udział finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w kosztach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia od 2010 roku nie przekracza 1% i sukcesywnie – w proporcji do finansowania innych rodzajów świadczeń – obniża się.**

Poniżej przedstawiono procentowy udział środków przeznaczanych na świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia na przestrzeni ostatnich 9 lat (tabela nr 1), porównanie środków finansowych ujętych w planie finansowym NFZ do planu finansowego dla rodzaju świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2015-2017, z uwzględnieniem procentowego przedmiotowego świadczenia w kosztach świadczeń Funduszu (tabela nr 2) oraz prognozę planu finansowego NFZ na 2018r. (tabela nr 3) :

| Rok | % PF dla UZD w PF NFZ (świadczenia) |
|---|---|
| 2009 r. | 1,37% |
| 2010 r. | 0,99% |
| 2011 r. | 0,99% |
| 2012 r. | 0,98% |
| 2013 r. | 0,98% |
| 2014 r. | 0,97% |
| 2015 r. | 0,91% |
| 2016 r. | 0,89% |
| 2017 r. | 0,88% |

źródło: dane NFZ

| Rok | PF NFZ (świadczenia) | PF dla lecznictwa uzdrowiskowego | PF dla UZD w PF NFZ (świadczenia) | Wartość kontraktów | % wykorzystania środków finansowych | Wzrost PF UZD rok do roku |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2015 | 67 879 507 000 | 617 516 000 | 0,91% | 613 659 099 | 99,38% | - |
| 2016 | 70 793 207 000 | 632 552 000 | 0,89% | 619 921 572 | 98,00% | 1,02% |
| 2017 | 74 468 370 000 | 659 091 000 | 0,89% | 635 775 868 | 96,46% | 2,56% |

źródło: dane NFZ

| Rok | Rodzaj świadczeń | | Udział % lecznictwa uzdrowiskowego w stosunku do wszystkich rodzajów świadczeń |
|---|---|---|---|
| | Koszty świadczeń opieki zdrowotnej - wszystkie rodzaje świadczeń | Lecznictwo uzdrowiskowe | |
| 2018* | 77 509 265 000 | 683 894 000 | 0,88% |

* prognoza planu finansowego NFZ na 2018 r. przekazana do Ministra Zdrowia w celu zatwierdzenia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

Należy zauważyć, iż stawka za tzw. osobodzień w lecznictwie uzdrowiskowym nie była istotnie zmieniana od ponad 8 lat, poza niewielką korektą dokonaną na 2017 przez część OW NFZ (w roku 2017 wzrost nakładów na leczenie uzdrowiskowe wyniósł r/r 2,56%). Obecnie obowiązujące stawki za osobodzień w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych nie pokrywają kosztów rzeczywistych ponoszonych przez świadczeniodawców uzdrowiskowych związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych oraz nie rekompensują wzrostu kosztów niezależnych od podmiotów uzdrowiskowych.

Konieczne jest urealnienie ceny za tzw. osobodzień, tak aby jej poziom był adekwatny do ponoszonych kosztów, a nadto umożliwiał zapewnienie oczekiwanej i koniecznej jakości świadczeń medycznych, zatrudniane wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, oferowanie coraz wyższego standardu bazy hotelowej, żywieniowej i zabiegowej, dostosowanie zakładów do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz utrzymanie infrastruktury obejmującej naturalne zasoby tworzyw leczniczych stanowiących podstawę leczenia balneologicznego. Zespół rekomenduje zatem pilne uwzględnienie wyceny świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego w Planie Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Należy nadmienić, iż utrzymująca się przez kilka lat praktycznie na tym samym poziomie cena za osobodzień jest niewspółmierna do ponoszonych kosztów i nakładanych na uzdrowiskowe zakłady lecznicze (na mocy rozporządzeń i zarządzeń), wymagań eksploatacyjnych, funkcjonalnych i technicznych, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną wynikających z obowiązujących przepisów – rozporządzeń Ministra Zdrowia. Dodatkowym obciążeniem finansowym dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego są konsekwencje wejścia w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz.U. poz. 1456) - określającego minimalne wynagrodzenie za pracę od 1 stycznia 2017 r., czy też obowiązywanie minimalnej stawki godzinowej dla zleceniobiorców, która została ustalona na poziomie 13 zł brutto za godzinę. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szczególnie szpitale uzdrowiskowe i rehabilitacyjne udzielające świadczeń medycznych dla ludzi bardzo często schorowanych i starszych, muszą być gotowe do świadczenia opieki medycznej na wymaganym przez tę grupę pacjentów oczekiwanym poziomie (bazy, sprzętu czy najważniejsze - kadry medycznej). Dodatkowe koszty pracodawców, o których wspominamy powyżej, bez wzrostu stawki na tzw.

„osobodzień" powodują de facto realnie zmniejszenie środków finansowych przeznaczanych na opiekę nad jednym pacjentem.

Inne podmioty lecznicze objęte regulacjami ww. aktów prawnych otrzymają, zgodnie z zapowiedziami Resortu Zdrowia, „rekompensatę" finansowania wzrostu wynagrodzeń w postaci środków, których źródłem będzie planowany, stopniowy wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne w konkretnych umowach z tymi podmiotami. Środki na wyższe wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia mają wzrastać wraz z wartością kontraktów dla szpitali – takie rozwiązanie nie obejmuje lecznictwa uzdrowiskowego, co dodatkowo przy braku waloryzacji stawki za tzw. „osobodzień", skutkuje systematycznym zmniejszaniem finansów na ten obszar medycyny.

Lecznictwo uzdrowiskowe, to dziedzina medycyny, zajmująca się chorobami przewlekłymi, które w obecnej dobie wiążą się z dużymi kosztami nie tylko na leczenie naprawcze, opiekę socjalno-medyczną ale również na stworzenie odpowiednich warunków terapii i rehabilitacji sprzyjających powrotowi do zdrowia. Kontynuacja leczenia w szpitalu uzdrowiskowym – dysponującym specjalistyczną bazą i wykwalifikowaną kadrą medyczną – jest tańszą (przy porównywalnych efektach) dla budżetu Państwa, formą leczenia niż standardowe terapie. Utrzymanie właściwej jakości usług, standardu bazy i leczenia na odpowiednim poziomie wymagają adekwatnych nakładów finansowych.

Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej (Art. 4.1. ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych Dz.U.2005.167.1399 ze zm.) i w związku z tym powinno być traktowane w planie finansowym NFZ, w zakresie wzrostu kosztów, adekwatnie jak inne dziedziny medycyny. Z leczenia uzdrowiskowego – finansowanego w ramach środków publicznych - korzysta w Polsce ponad 400 tys. chorych rocznie. Są to bardzo często ludzie starsi, chorzy na choroby przewlekłe układu krążenia, oddechowego, a także ze schorzeniami gastroenterologicznymi, reumatologicznymi, ortopedycznymi i neurologicznymi. Większość schorzeń przewlekłych (dotykających ludzi starszych, ale również tych aktywnych zawodowo), będących najczęstszą przyczyną zgonów, najkorzystniej jest leczyć w uzdrowisku, ponieważ stosowane metody leczenia uzdrowiskowego nie powodują skutków ubocznych, efekt hospitalizacji utrzymuje się długo, a jego koszty są niskie.

Poniżej przedstawiono informację o na temat liczby zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe w latach 2015 – I półrocze 2017 r.

| Rok | Liczba zrealizowanych skierowań |
|---|---|
| 2015 | 403 889 |
| 2016 | 409 301 |
| I półrocze 2017 | 188 354 |

Z uwagi na duże zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, czas oczekiwania na pobyt w sanatorium w niektórych województwach przekracza okres 24 miesiące (przy średniej 22 miesiące).

Leczenie uzdrowiskowe finansowane na odpowiednim poziomie, może – i powinno – być jednym z kluczowych elementów systemu wspomagającego przyjętą w Polsce długofalową politykę senioralną. Wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, jest jednym z przejawów troski o obywateli w wieku starszym. Medycyna uzdrowiskowa jest istotnym elementem leczenia i rehabilitacji osób w wieku senioralnym, chorujących przewlekle lub wracających do zdrowia po ciężkich chorobach czy urazach, a także jako element profilaktyki zdrowotnej mającej na celu utrzymanie zdolności do pracy i utrwalanie stanu zdrowia. Ponadto – wobec wyzwań demograficznych – uzdrowiska mogą stanowić naturalne zaplecze dla zapewnienia prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Należy podkreślić możliwość większego wykorzystania z lecznictwa uzdrowiskowego jako doskonałego elementu kompleksowej opieki i leczenia pacjenta w systemie ochrony zdrowia, także w zakresie realizacji rehabilitacji w warunkach uzdrowiskowych.

Rekomendujemy sukcesywne i pilne zwiększanie w planie finansowym NFZ środków finansowych na lecznictwo uzdrowiskowe do poziomu minimum 1,4% planowanych ogółem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a przez to urealnienie stawki /ceny za tzw. osobodzień/ w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych oraz zwiększenie dostępności pacjentów do tej formy leczenia poprzez skrócenie kolejki na leczenie uzdrowiskowe.

Rekomendujemy ponadto ustalenie jednolitych – dla wszystkich OW NFZ stawek (cen) za tzw. osobodzień (a w przypadku wprowadzenia rozliczeń w ramach JGP: jednolitych cen za punkt w ramach wyceny osobodnia).

Prognozy demograficzne stawiają wyzwania do optymalizacji (infrastrukturalnej, finansowej oraz organizacyjnej) sposobu wykorzystania całego potencjału opieki rehabilitacyjnej w Polsce, uwzględniającej rehabilitację leczniczą, lecznictwo uzdrowiskowe, rehabilitację w ramach prewencji ZUS i KRUS oraz w ramach turnusów rehabilitacyjnych PFRON.

Należy rozważyć wprowadzenie skonsolidowanego systemu opieki rehabilitacyjnej (w ramach skonsolidowanych funduszy, których dysponentami obecnie są: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).

Należy wspierać rozwój modelu opieki kompleksowej, zapewniającego ciągłość świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, jak i lecznictwa uzdrowiskowego, w tym poprzez połączenie środków finansowych NFZ, ZUS, KRUS, PFRON dedykowanych na rehabilitację i prewencję w ramach zleconego wspólnego programu rehabilitacji realizowanego przez koordynującego jednego płatnika.

Uzdrowiska, będące polskim dobrem narodowym, mogą – i powinny - stanowić krajowe zaplecze rehabilitacji przewlekłej oraz terapii i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych, a wobec wyzwań demograficznych – zaplecze dla aktywnego, zdrowego i godnego starzenia się polskiego społeczeństwa oraz prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży.

Realizacja tych celów wymaga systematycznego i realnego zwiększania nakładów na finasowanie świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego oraz stworzenia – w ramach priorytetów zdrowotnych państwa – podstaw formalnoprawnych i mechanizmów finansowych, które umożliwią rozwój infrastruktury uzdrowiskowej: rozbudowę oraz modernizację istniejących zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, dostosowanie infrastruktury uzdrowiskowej do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych oraz tworzenie nowych podmiotów.

## Sposób finansowania świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego:

### STAN AKTUALNY:

1. Świadczeniobiorca ponosi koszty:
   a) przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej;
   b) częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym;
   c) opłaty uzdrowiskowej – maksymalnie 4,24 zł dziennie (opłata ma charakter zmienny i pobierana jest od osób dorosłych przebywających w sanatoriach uzdrowiskowych);
   d) ewentualne koszty pobytu opiekuna dziecka lub osoby dorosłej.

2. Pobyty w szpitalach uzdrowiskowych (uzdrowiskowe leczenie szpitalne, rehabilitacja w szpitalu uzdrowiskowym) oraz leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne dla wszystkich grup pacjentów są bezpłatne. Płatnik finansuje ponadto wszystkie świadczenia dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia oraz osób uczących się do 26 roku życia.

3. Kwestie związane z odpłatnością za pobyt osób dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym (poziom finansowania przez świadczeniobiorcę kosztów wyżywienia i zakwaterowania) regulują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego*.

### REKOMENDACJA ZESPOŁU:

1. Należy utrzymać pełne finansowanie następujących gwarantowanych świadczeń uzdrowiskowych: leczenie uzdrowiskowe szpitalne, rehabilitacja w szpitalu uzdrowiskowym, leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne – rehabilitacja przewlekła ambulatoryjna oraz wszystkich świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia oraz osób uczących się do 26 roku życia.
2. Należy uwzględnić utrzymanie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie (regulowanej rozporządzeniem MZ) w sanatorium uzdrowiskowym dla osób dorosłych (leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła stacjonarna).

3. Należy rozważyć finansowanie dla Seniorów 75+ w ramach świadczeń gwarantowanych (jako element „polityki senioralnej") świadczenia: leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła stacjonarna lub umożliwić refinansowanie pobytów seniorów na leczeniu sanatoryjnym w ramach polityki społecznej (wskazane oszacowanie takiej możliwości na poziomie eksperckim).

Zgodnie z powyższym w ramach systemu kompleksowej opieki rehabilitacyjnej w Polsce:

- **wszystkie świadczenia „wczesne" realizowane w oddziałach rehabilitacyjnych** (rehabilitacja wczesna) **oraz uzdrowiskowych oddziałach szpitalnych** (rehabilitacja uzdrowiskowa wczesna II fazy, leczenie uzdrowiskowe szpitalne) byłyby **w całości finansowane** ze środków publicznych;
- **świadczenia rehabilitacji „przewlekłej" realizowane w uzdrowiskowych oddziałach sanatoryjnych byłyby współfinansowane przez pacjenta** (w ramach częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie);
- **świadczenia realizowane w trybie ambulatoryjnym byłyby w całości finansowane** ze środków publicznych (zabiegi realizowane w celach terapeutycznych i prewencyjnych w ramach uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego dla najbardziej sprawnych pacjentów byłyby bezpłatne, pacjent ponosiłby we własnym zakresie koszty pobytu: zakwaterowania i wyżywienia).

4. **Rekomenduje się rozważenie finansowania ze środków publicznych (w ramach świadczeń socjalnych) pobytu osoby dorosłej, będącej opiekunem dziecka w wieku od 3 do 6 roku życia posiadającego status świadczeniobiorcy przebywającego na leczeniu uzdrowiskowym oraz dziecka w każdym wieku wymagającego opieki z uwagi na ustalony stopień niepełnosprawności, a ponadto rozważenie dofinansowania pobytów opiekunów niepełnosprawnych osób dorosłych, w tym seniorów.**

   Uzasadnienie: dostępność do uzdrowiskowego leczenia dzieci pod opieką dorosłych (forma leczenia bardzo pożądana dla dzieci niepełnosprawnych) oraz dorosłych osób niepełnosprawnych jest ograniczona, w szczególności dla rodzin o niskim statusie finansowym, ze względu na brak refundacji pobytu rodzica / opiekuna. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, świadczeniem gwarantowanym z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w którym opiekun dziecka może uczestniczyć (pełnopłatnie) w leczeniu uzdrowiskowym dziecka jest jedynie uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych (w przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, schorzeniami neurologicznymi o zbliżonym obrazie klinicznym - do lat 18), w leczeniu szpitalnym opiekę nad dzieckiem zapewnia zakład lecznictwa uzdrowiskowego. W ocenie Zespołu istnieje potrzeba dokonania zmian legislacyjnych oraz poszukiwanie (np. w ramach skonsolidowanych funduszy, których dysponentami obecnie są Minister Zdrowia oraz Minister Rodziny, Pacy i Polityki Społecznej, jak NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) mechanizmów finansowania pobytów w uzdrowisku opiekunów dzieci niepełnosprawnych oraz ewentualnego dofinansowania pobytów opiekunów niepełnosprawnych osób dorosłych, w tym seniorów. Dodatkowe dofinansowanie pobytu osoby dorosłej podczas leczenia uzdrowiskowego dziecka mogłoby się odbywać z budżetu resortów innych niż Resort Zdrowia, odpowiedzialnych np. za politykę społeczną, natomiast nie ze środków publicznych przeznaczonych na świadczenia medyczne.

W związku z powyższym rekomenduje się zmianę art.16 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) przez dodanie ust. 1a w brzmieniu:

> Art. 16 ust. 1a: *„Pobyt osoby, będącej opiekunem dziecka lub osoby dorosłej, posiadających status świadczeniobiorcy, przebywających w szpitalu uzdrowiskowym lub sanatorium uzdrowiskowym i wymagających opieki z uwagi na niepełnosprawność, finansowany jest ze środków publicznych."*

Zmiana przepisów w tym zakresie wymaga przeanalizowania możliwości zmian legislacyjnych, właściwych aktów prawnych w randze ustaw, przepisów wykonawczych oraz wydzielenia i przeznaczenia środków finansowych na ten cel.

5. **Rekomenduje się wprowadzenie regulacji dyscyplinujących pacjentów do realizacji leczenia zgodnie terminem wynikającym z listy oczekujących oraz zgodnie z decyzją lekarza specjalisty balneologii lub medycyny fizykalnej zatrudnionego w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym wprowadzenie odpowiedzialności majątkowej świadczeniobiorcy za nieuzasadnioną rezygnację z leczenia uzdrowiskowego finansowanego ze środków publicznych.**

Proponuje się wprowadzenie przepisów dyscyplinujących w tym zakresie **poprzez dodanie do treści art. 16 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym ust. 4** wprowadzającego odpowiedzialność materialną świadczeniobiorcy.

Uzasadnienie: Ewentualna rozbieżność między przydzielonym miejscem leczenia i/lub rodzajem świadczenia, a miejscem lub rodzajem leczenia sugerowanym przez lekarza wystawiającego skierowanie, często określonym na prośbę pacjenta, niejednokrotnie doprowadza do rezygnacji przez świadczeniobiorcę z przyznanego świadczenia, lub też nieustającego ponawiania skierowań, celem korzystania z danego konkretnego miejsca udzielania świadczeń (głównie dotyczy miejscowości nadmorskich) – sytuacja powyższa jest jedną z przyczyn tzw. „niedojazdów", a za tym przyczyną braku wykorzystania potencjału oraz realnych start finansowych ponoszonych przez podmioty prowadzące zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.

Pacjent w momencie ubiegania się o leczenie uzdrowiskowe oraz w momencie potwierdzania skierowania powinien zostać poinformowany o restrykcjach występujących w przypadku nieuzasadnionej, niepotwierdzonej względami zdrowotnymi lub losowymi, rezygnacji z leczenia. Restrykcje powinny obejmować np.: wykreślenie z listy oczekujących i karencję na złożenie kolejnego skierowania oraz / lub obciążenie kosztami niewykorzystanego leczenia (w przypadku braku poinformowania dysponenta skierowania oraz zakładu lecznictwa uzdrowiskowego o rezygnacji z leczenia przed planowanym terminem jego rozpoczęcia).

## 4.4. Propozycje zmian w zakresie kierunków leczniczych uzdrowisk:

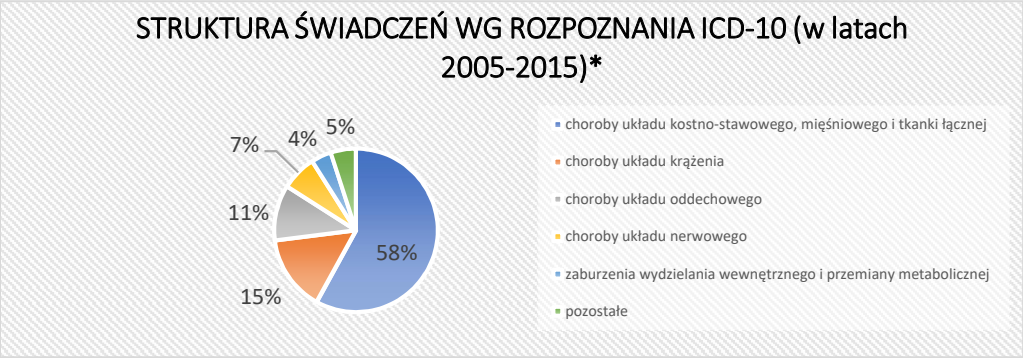
### Stan aktualny:

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) określa obecnie **17 kierunków leczniczych, w ramach których pacjenci mogą być kierowani na leczenie uzdrowiskowe, obejmujących praktycznie wszystkie istotne klinicznie grupy schorzeń.** Odróżnia to lecznictwo uzdrowiskowe i rehabilitację prowadzoną w warunkach uzdrowiskowych od stacjonarnej rehabilitacji leczniczej (szpitalnej) prowadzonej wyłącznie dla profili: rehabilitacja narządu ruchu (ogólnoustrojowa), kardiologiczna, neurologiczna i pulmonologiczna. **W związku z powyższym - niezależnie od możliwości leczenia w uzdrowiskach schorzeń narządu ruchu, neurologicznych, kardiologicznych czy pulmonologicznych, niejednokrotnie jedynie oddziały uzdrowiskowe, szpitalne i sanatoryjne, dysponują odpowiednimi metodami terapeutycznymi do realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji takich istotnych problemów klinicznych i cywilizacyjnych, jak np.: choroby naczyniowe, cukrzyca i powikłania naczyniowe cukrzycy, choroby metaboliczne, choroby nerek, stany po transplantacji narządów, choroby wątroby, choroby układu trawienia, choroby kobiece, choroby skóry.** W ramach określonych kierunków leczniczych uzdrowisk należy w szczególności uwzględniać ponadto leczenie uzdrowiskowe osób, u których wystąpiły choroby zawodowe.

**STAN OBOWIĄZUJĄCY:**

Aktualne kierunki lecznicze uzdrowisk:

1) choroby ortopedyczno-urazowe
2) choroby układu nerwowego
3) choroby reumatologiczne
4) choroby kardiologiczne i nadciśnienie
5) choroby naczyń obwodowych
6) choroby górnych dróg oddechowych
7) choroby dolnych dróg oddechowych
8) choroby układu trawienia
9) cukrzyca
10) otyłość
11) choroby endokrynologiczne
12) osteoporoza
13) choroby skóry
14) choroby kobiece
15) choroby nerek i dróg moczowych
16) choroby krwi i układu krwiotwórczego
17) choroby oka i przydatków oka




*Źródło danych: NFZ – na podstawie: Z.Teter, A.Kosowski, B.Jabłońska, K.Kifert „Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2005-2015", Warszawa 2016

Wg danych statystycznych wśród skierowań na leczenie uzdrowiskowe realizowanych w latach 2005-2015* przeważały skierowania związane z uzdrowiskowym leczeniem (jako schorzenia głównego) **schorzeń narządu ruchu, kolejno: chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób układu nerwowego oraz zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemiany metabolicznej,** czyli schorzeń dotyczących istotnych problemów cywilizacyjnych. Zapotrzebowanie na leczenie uzdrowiskowe w ramach pozostałych kierunków leczniczych jest obecnie zdecydowanie mniejsze, należy jednak zaznaczyć, iż profile o niskiej frekwencyjności (0,2 do 0,3% populacji świadczeniobiorców lecznictwa uzdrowiskowego), jak: ginekologia, dermatologia, choroby naczyń obwodowych, nefrologia z urologią, endokrynologia czy osteoporoza są także istotne z punktu widzenia cywilizacyjnego i klinicznego, a świadczenia w tym zakresie są realizowane przez wąsko wyspecjalizowane podmioty uzdrowiskowe. Terapie prowadzone w uzdrowiskach są ponadto ukierunkowane na jednoczasowe leczenie nie tylko schorzenia głównego, ale także schorzeń współistniejących.

- ✓ rekomenduje się racjonalizację i aktualizację (w tym redukcję) kierunków leczniczych uzdrowisk: dostosowanie kierunków leczniczych do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz wyzwań demograficznych i cywilizacyjnych;
- ✓ każde uzdrowisko na podstawie: właściwości eksploatowanych naturalnych surowców leczniczych, właściwości klimatycznych oraz posiadanej infrastruktury leczniczej, powinno mieć ustalone, jak dotychczas, charakterystyczne kierunki lecznicze, w ramach których może być prowadzone leczenie w poszczególnych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego;
- ✓ kierunki lecznicze powinny być, jak dotychczas, ustalane dla całego uzdrowiska, na podstawie operatu uzdrowiskowego, Decyzją Ministra Zdrowia;
- ✓ rekomenduje się wyodrębnienie w poszczególnych kierunkach leczniczych specjalizacji, które mogłyby być (nieobligatoryjnie) ustalane dla poszczególnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego albo oddziałów szpitalnych lub sanatoryjnych w tych zakładach;
- ✓ wskazane jest ustalenie, na poziomie eksperckim (przez Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej), minimalnych standardowych wymagań (kadrowych oraz infrastrukturalnych), jakie powinny spełnić poszczególne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w celu potwierdzenia możliwości prowadzenia leczenia w ramach danego kierunku oraz danej specjalizacji;
- ✓ możliwość prowadzenia leczenia przez poszczególne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w ramach danego kierunku leczniczego oraz w ramach danej specjalizacji powinien potwierdzać Naczelny Lekarz Uzdrowiska, w oparciu o ustalone jw. standardy (ponieważ nie każdy zakład lecznictwa uzdrowiskowego dysponuje potencjałem upoważniającym do prowadzenia wszystkich ustalonych dla uzdrowiska kierunków leczniczych);

**STAN OBOWIĄZUJĄCY:**

Aktualne kierunki lecznicze uzdrowisk:

1) choroby ortopedyczno-urazowe
2) choroby układu nerwowego
3) choroby reumatologiczne
4) choroby kardiologiczne i nadciśnienie
5) choroby naczyń obwodowych
6) choroby górnych dróg oddechowych
7) choroby dolnych dróg oddechowych
8) choroby układu trawienia
9) cukrzyca
10) otyłość
11) choroby endokrynologiczne
12) osteoporoza
13) choroby skóry
14) choroby kobiece
15) choroby nerek i dróg moczowych
16) choroby krwi i układu krwiotwórczego
17) choroby oka i przydatków oka

REKOMENDACJA:

Rekomendowane kierunki lecznicze uzdrowisk:

1) **choroby narządu ruchu**
   (w tym ortopedyczno-urazowe, reumatologiczne, osteoporoza)
2) **choroby układu nerwowego**
3) **choroby układu krążenia**
   (w tym: kardiologiczne i nadciśnienie, naczyń obwodowych)
4) **choroby układu oddechowego**
   (w tym górnych i dolnych dróg oddechowych)
5) **choroby układu trawienia**
6) **choroby metaboliczne**
   (w tym cukrzyca, otyłość)
7) **choroby endokrynologiczne**
8) **choroby skóry**
9) **choroby kobiece**
10) **choroby nerek i dróg moczowych**
11) **choroby wieku podeszłego**
    (dla osób 75+ z wielochorobowością)
12) **choroby psychosomatyczne**

| REKOMEDOWANE KIERUNKI LECZNICZE UZDROWISK | PRZYKŁADOWE MOŻLIWE SPECJALIZACJE ZAKŁADÓW LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO: |
|---|---|
| choroby narządu ruchu | – choroby ortopedyczno-urazowe (ortopedia)<br>– choroby reumatologiczne (reumatologia)<br>– osteoporoza |
| choroby układu nerwowego | – stwardnienie rozsiane<br>– choroba Parkinsona<br>– uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego |
| choroby układu krążenia | – choroby kardiologiczne i nadciśnienie (kardiologia)<br>– choroby naczyń obwodowych (angiologia) |
| choroby układu oddechowego | – choroby górnych dróg oddechowych (laryngologia)<br>– choroby dolnych dróg oddechowych (pulmonologia) |
| choroby układu trawienia | – gastroenterologia<br>– hepatologia |
| choroby metaboliczne | – cukrzyca (diabetologia)<br>– otyłość |
| choroby endokrynologiczne | |
| choroby skóry | |
| choroby kobiece | – leczenie niepłodności |
| choroby nerek i dróg moczowych | |
| choroby wieku podeszłego<br>(dla osób 75+ z wielochorobowością) | |
| choroby psychosomatyczne | |

W ramach ww. kierunków leczniczych uzdrowisk należy uwzględniać leczenie uzdrowiskowe osób, u których wystąpiły choroby zawodowe oraz u których zakończono leczenie chorób nowotworowych.

Uzasadnienie - kierunek: choroby wieku podeszłego

Postępujące zmiany demograficzne w naszym kraju stawiają nowe wyzwania również w zakresie leczenia uzdrowiskowego. Wśród tych zadań szczególne znaczenie ma dostosowanie warunków leczenia uzdrowiskowego dla potrzeb osób w wieku starczym i sędziwym, tj. powyżej 75 roku życia. Z danych Płatnika wynika, iż osoby powyżej 67 r.ż. stanowią drugą co do wielkości grupę wiekową świadczeniobiorców lecznictwa uzdrowiskowego, tuż po grupie wiekowej od 56 do 67 r. ż. W 2016 roku stanowiła ono liczbę blisko 110 tys. osób. Seniorzy korzystają w znamienitej większości z leczenia sanatoryjnego (w tej grupie wiekowej przeważają kobiety). Przy czym osoby w wieku starczym 75+ z wielochorobowością stanowią wśród seniorów grupę szczególną – w tej grupie wymagania dotyczące standardów opieki nad chorym, infrastruktury uzdrowiskowej, tolerancji zabiegów i czasu trwania leczenia są odmienne niż u młodszych pacjentów. **Dlatego słusznym wydaje się powołania nowego kierunku leczenia uzdrowiskowego – choroby wieku podeszłego, adresowanego do pacjentów po 75 roku życia z wielochorobowością,** z powodu której nie można często ustalić schorzenia głównego, będącego przyczyną wystawienia skierowania, a zatem ustalić najbardziej optymalnego miejsca leczenia.

Odziały uzdrowiskowe o takim profilu powinny zapewnić:

- ✓ pokoje i trakty komunikacyjne dostosowane do osób z upośledzoną sprawnością;
- ✓ dobre oznakowanie i oświetlenie pomieszczeń ułatwiające poruszanie się po obiekcie i zachowanie prawidłowej orientacji;
- ✓ zwiększoną ilość personelu pozwalającą zachować prawidłową opiekę nad seniorami;
- ✓ stały nadzór psychologa i możliwość konsultacji psychiatrycznej i neurologicznej;
- ✓ uwzględnienie w programach leczniczych problemów geriatrycznych w tym: psychoterapia depresji, edukacja prozdrowotna, aktywizacja aktywności fizycznej, wprowadzanie prawidłowych zasad żywieniowych, nauka prawidłowego padania w razie upadków itd.

Należy przy tym zaznaczyć, iż osoby w zaawansowanym wieku i z wielochorobowością korzystają z leczenia uzdrowiskowego w ramach utrzymania aktywności fizycznej czy rekonwalescencji, ale także w celu aktywizacji społecznej, oczekując często efektów socjalizacyjnych, bowiem jakość życia osób starszych zależy w dużym stopniu od jakości materialnego otoczenia i warunków gwarantujących bezpieczeństwo, samodzielność i autonomię.

Uzasadnienie - kierunek: choroby psychosomatyczne

Wobec obserwowanego dużego problemu cywilizacyjnego związanego z zależnością występowania określonej grupy schorzeń (układu krążenia, oddechowego, trawiennego czy chorób metabolicznych) u osób narażonych na intensywny lub długotrwały stres, należy rozważyć możliwość powstawania zakładów (oddziałów) lecznictwa uzdrowiskowego specjalizujących się w terapii psychosomatycznej. Wykorzystanie walorów miejscowości uzdrowiskowych do prowadzenia tego typu terapii oraz holistyczne założenia medycyny uzdrowiskowej, przy uwzględnieniu wpływu psychiki na rozwój schorzeń psychosomatycznych, uzasadniają celowość tworzenia specjalistycznych oddziałów o takim profilu właśnie w uzdrowiskach.

Odziały uzdrowiskowe o takim profilu powinny zapewnić:

- ✓ opiekę specjalistów psychiatrów oraz psychologów i terapeutów;
- ✓ możliwość realizowania – niezależnie od programu leczenia balneofizykalnego – zajęć terapeutycznych jak: warsztaty psychologiczne, psychoedukacja, treningi relaksacyjne, muzykoterapia, choreoterapia, terapia zajęciowa.

Uzasadnienie - leczenie uzdrowiskowe osób, u których zakończono proces leczenia chorób nowotworowych

Uwzględnienie leczenia uzdrowiskowego osób u których zakończono proces leczenia chorób nowotworowych jest ujęte w obecnie obowiązujących przepisach. Zgodnie z obowiązującymi przepisami przeciwskazanie do leczenia stanowi jedynie czynna choroba nowotworowa oraz okres przed upływem: 5 lat w przypadku czerniaka złośliwego, białaczki, ziarnicy złośliwej, chłoniaków złośliwych, nowotworów nerki oraz 12 miesięcy, w przypadku innych nowotworów złośliwych, od zakończenia leczenia operacyjnego, chemioterapii lub radioterapii, z wyłączeniem leczenia hormonalnego.
Jednocześnie wg opinii, wyrażonej przez konsultantów krajowych z onkologii, hematologii oraz onkologii i hematologii dziecięcej – w związku z postępem w zakresie leczenia chorób nowotworowych i chorób krwi nie jest uzasadnione ograniczenie dostępu pacjentów z problemami onkologicznymi i hematologicznymi do lecznictwa uzdrowiskowego na obecnie obowiązujących zasadach. W wielu wypadkach ww. chorzy są w długotrwałej remisji lub przewlekle otrzymują leczenie umożliwiające im normalne życie i leczenie uzdrowiskowe może im pomoc w powrocie do pełnej sprawności. Tym samym pacjent po leczeniu z powodu choroby nowotworowej powinien mieć możliwość zakwalifikowania do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego celem leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w jednej z dziedzin onkologii (onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, onkologia i hematologia dziecięca), po wykonaniu badań kontrolnych zgodnie z wytycznymi obserwacji chorych po leczeniu oraz stwierdzeniu nieobecności objawów nawrotu lub progresji choroby. Jednocześnie program leczenia w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego optymalnie powinien być ustalony przez lekarza uzdrowiskowego, w szczególności specjalistę z balneologii i medycyny fizykalnej lub specjalistę rehabilitacji medycznej, przeszkolonego w zakresie rehabilitacji onkologicznej.
Należy dodatkowo zaznaczyć, iż część lekarzy kierujących pacjentów do uzdrowisk nie mając wiedzy w tym zakresie, przyjmuje postawę bierną w wydawaniu opinii czy kierowaniu chorych leczonych onkologicznie do uzdrowiska, część przystaje na sugestie pacjentów bez refleksji nad zasadnością i możliwością kierowania do uzdrowisk pacjentów „onkologicznych", ale są i tacy, którzy nie mając podstawowej nawet wiedzy ustosunkowują się krytycznie. Zatem wydaje się ważnym położenie nacisku edukacyjnego ukierunkowanego na lekarzy wystawiających skierowania na leczenie uzdrowiskowe, w znamienitej większości lekarzy POZ, o możliwości leczenia uzdrowiskowego osób po zakończonym procesie leczenia onkologicznego.

Uzasadnienie - leczenie uzdrowiskowe osób, u których wystąpiły choroby zawodowe

Wskazane jest położenie nacisku edukacyjnego ukierunkowanego na lekarzy wystawiających skierowania na leczenie uzdrowiskowe, w tym lekarzy POZ, nt. możliwości i zasadności leczenia uzdrowiskowego osób, u których stwierdza się lub kontynuuje leczenie tzw. chorób zawodowych.

## Specjalizacje zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w ramach poszczególnych kierunków leczniczych

Zespół rekomenduje wyodrębnienie w poszczególnych kierunkach leczniczych specjalizacji, które mogłyby być ustalane dla poszczególnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego albo oddziałów szpitalnych lub sanatoryjnych w tych zakładach. Obecnie większość uzdrowisk w operatach wykazuje wieloprofilowość, która niejako z „automatu" przypisywana jest następnie do kierunków, jakie „prowadzą" wszystkie podmioty w danym uzdrowisku. To powoduje, iż np. świadczeniobiorcy, którzy kwalifikują się do profilu reumatologicznego (największy odsetek) korzystają z leczenia u wszystkich świadczeniodawców posiadających profili reumatologiczny (największa liczba świadczeniodawców) i wypierają liczebnością osoby zakwalifikowane w innych profilach w tych samych ośrodkach, co dalej powoduje ich długie oczekiwanie w kolejce absolutnie niezasadnie - większość w tym przypadku „wypiera" mniejszość. Stworzenie obszarów specjalizacji uzdrowisk lub poszczególnych świadczeniodawców do ograniczonej liczby profili pozwoliłoby na racjonalizację kolejek oczekujących na świadczenia, jak i umożliwiłoby rozwój oraz optymalne i ekonomiczne wykorzystanie potencjału danego obszaru uzdrowiska. Wyeliminowało by docelowo także tzw. „turystykę sanatoryjną" prowadzoną przez niektórych świadczeniobiorców, skutecznie wykorzystujących niewiedzę lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego wystawiających skierowania na leczenie, domagających się określania z góry profilu i miejscowości, a czasem nawet konkretnych podmiotów, co w sytuacjach autonomicznych decyzji lekarza specjalisty balneologii i medycyny fizykalnej kwalifikującego do leczenia co do celowości i miejsca udzielania świadczeń powoduje lawinę krytyki, skarg i interwencji do organów administracji państwowej, a w wielu sytuacjach jest przyczyną „niedojazdów" pacjentów lub niezasadnych rezygnacji z leczenia, w czasie w którym nie sposób takiego przydzielonego już miejsca zagospodarować innym oczekującym w kolejce. Rozwój sieci specjalistycznych ośrodków uzdrowiskowych – w dłuższej perspektywie – może wpłynąć na podniesienie jakości świadczeń (doświadczenie kadry medycznej, terapie ukierunkowane na rozwiązywanie konkretnych problemów zdrowotnych) oraz na przejrzystość i klarowności całego systemu w kontekście decyzji o zasadności i wyborze miejsca leczenia podejmowanych przez lekarzy kierujących i kwalifikujących do leczenia.

## 4.5. Propozycje zmian w zakresie procesu kierowania na leczenie uzdrowiskowe, kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego:

W obowiązującym stanie prawnym:

- **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2012 poz. 14) określa:**
  - ✓ podstawę kwalifikowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z jednostką chorobową, stanowiącą wskazanie lub przeciwskazanie do leczenia w ramach szpitala uzdrowiskowego, sanatorium uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej
- **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. 2011. 142 poz. 835) określa:**
  - ✓ sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
  - ✓ tryb potwierdzania skierowania przez lekarza specjalistę balneologii lub medycyny fizykalnej zatrudnionego w OW NFZ
  - ✓ wzór skierowania

✓ Obecnie w obrocie prawnym występują dwa ww. rozporządzenia wydane przez Ministra Zdrowia odnoszące się do „kierowania" pacjentów na leczenie uzdrowiskowe. Oba te rozporządzenia są następstwem nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. *w sprawie sposobu warunków wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz trybu potwierdzania tego skierowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia* (Dz. U. Nr 80, poz. 733).

✓ Rozporządzenie *w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego* jest w swym założeniu kierowane do lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wystawiających skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, czemu też wyraz daje zdanie pierwsze § 2 ust.1 pkt 1 obowiązującego rozporządzenia *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.* Trybunał konstytucyjny orzekł o zgodności rozporządzenia *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową* z art. 33 ust. 5 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 92 ust.1 zdanie pierwsze i art. 68 ust.2 zdanie drugie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w tym poprzez stwierdzenie, iż obejmuje ono wskazanie przez OW NFZ rodzaju leczenia uzdrowiskowego, daty jego rozpoczęcia czy właściwego zakładu uzdrowiskowego. Odpowiada to prawnemu rozumieniu „trybu kierowania", jako sekwencji podejmowanych po sobie czynności determinujących warunki skorzystania z leczenia uzdrowiskowego.

✓ Biorąc pod uwagę powyższe należy wskazać, iż **„kierowanie" pacjenta na leczenie uzdrowiskowe podlega zatem obecnie rygorowi rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową* i jest sekwencją zdarzeń, w wyniku których lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej zatrudniony w oddziale wojewódzkim NFZ decyduje o celowości, zasadności, miejscu terminie i rodzaju leczenia uzdrowiskowego, z zachowaniem autonomiczności decyzji, w oparciu o posiadaną wiedzę i obowiązujące standardy medyczne**. Zaś rozporządzenie *w sprawie kierowania i*

*kwalifikowania na leczenie uzdrowiskowe*, kierowane do lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego wystawiających skierowania, należy traktować w kategoriach dorozumianych poprzez ich podstawę prawną, jako, określenie „kwalifikacji" podstawy wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe uwzględniając wskazania i przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Szczegółowe wskazania, jak te określone przedmiotowym rozporządzeniem uściślające konkretne jednostki chorobowe, określają stadium schorzenia i inne szczegóły kliniczne - ten rodzaj wskazań pomaga obecnie lekarzowi kierującemu podjąć decyzję w sprawie wyboru typu zakładu uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy czy sanatorium) do którego chory powinien być skierowany oraz rodzaju leczenia, odpowiedniego profilu oraz konkretnego uzdrowiska realizującego świadczenia w danym wskazanym profilu. A to już, zgodnie z obowiązującym obecnie prawem, kompetencja lekarza specjalisty balneologa. Balneologia jest samodzielną dyscypliną medyczną dysponującą własnymi, specyficznymi metodami leczniczymi, rehabilitacyjnymi i diagnostycznymi. W stosunku do innych dyscyplin medycznych cechuje się wieloma odrębnościami. Dotyczą one zarówno sposobów posługiwania się metodami leczniczymi i diagnostycznymi, jak i czasem osiągania wyników leczniczych u chorych. Praktyka ponadto pokazuje, iż podnoszony akt prawny (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego) to akt prawny „martwy": lekarze wystawiający skierowanie na leczenie uzdrowiskowe w sposób znikomy lub w ogóle nie korzystają z przedmiotowego rozporządzenia. Zaś, co dociekliwsi pacjenci, powołują się na ten akt w przypadkach schorzeń w nich występujących, żądając kierowania do placówek sanatoryjnych lub szpitalnych wg schorzeń przypisanych im tym rozporządzeniem, a nie decyzją lekarza specjalisty balneologii kierującym na leczenie w danym terminie rodzaju i zakresie.

- ✓ Leczenie uzdrowiskowe to jedno ze świadczeń medycznych, równoprawne innym świadczeniom gwarantowanym w nich zawartym i powinno podlegać pełnej ocenie potrzeb świadczeniobiorcy, zgodnych z jego stanem zdrowia, formą psychofizyczną i potrzebą leczenia. Żadne inne świadczenie gwarantowane określone ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest ograniczone aktem prawnym wskazującym szczególne grupy chorób określone Międzynarodową Kwalifikacją ICD 10, wskazującą zasadność bądź niezasadność kierowania do leczenia w danym rodzaju świadczeń gwarantowanych. Ponadto należy wskazań , iż grupy jednostek ICD wskazane w rozporządzeniu zawierają rozszerzenia znaczeniowe, odbiegające od standardowego katalogu rewizji dziesiątej ICD 3 znakowej, co utrudnia lekarzom wystawiającym skierowanie odpowiednie sklasyfikowanie jednostki chorobowej stanowiącej podstawę kwalifikowania i wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, co w konsekwencji prowadzi do niecelowych odmów przez lekarzy (w szczególności lekarzy POZ) wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe. Rozpoznanie choroby będącej podstawą wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, określone kodem ICD 10, powinno zatem determinować nie tyle potwierdzenie wskazań do leczenia uzdrowiskowego, ile możliwość rozliczenia świadczenia w ramach grupy świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).

- ✓ W tym miejscu należy także wskazać, iż obowiązujące rozporządzenie *w sprawie kierowania i kwalifikowania na leczenie uzdrowiskowe* oparte jest na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 która obowiązuje w Polsce od roku

1996 i jest oparte na jednostce nozologicznej, bez wskazania podtypów, w tym podtypów oznaczonych jako „inne" lub „BNO- bliżej nieokreślone". Obecnie w opracowywaniu jest następna rewizja klasyfikacji ICD-11, a jej publikacja planowana jest na rok 2018, co będzie niosło za sobą konieczność nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia.

- ✓ W związku z powyższym rekomenduje się rozważenie eliminacji z obrotu prawnego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r *w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*.

- ✓ Leczenie uzdrowiskowe oparte jest na leczeniu bodźcowym z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych i to brak przeciwskazań do leczenia bodźcowego powinien stanowić podstawę wystawienia skierowania. Niemożność zastosowania leczenia bodźcowego w uzdrowiskowym leczeniu szpitalnym jest takim samym przeciwskazaniem do leczenia w warunkach sanatorium uzdrowiskowego. To nie nasilenie leczenia bodźcowego winno być kwalifikantem do leczenia, lecz możliwość w ogóle jego stosowania.
- ✓ Zatem zasadnym byłoby określenie – na poziomie eksperckim, z wykorzystaniem aktualnej wiedzy i standardów medycznych, katalogu przeciwskazań do leczenia uzdrowiskowego i okresów karencji w danych jednostkach chorobowych dla tego rodzaju leczenia. Przeciwwskazania lub okresy karencji dotyczyć winny grupy chorób i jednostek chorobowych niekwalifikujących do leczenia metodami uzdrowiskowymi z powodu braku korzyści terapeutyczno – leczniczych, jak i możliwości zaostrzenia lub uogólnienia schorzenia zasadniczego lub schorzeń współistniejących.
- ✓ Opracowanie mogłoby stanowić załącznik do rozporządzenia w *sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową*, zastępując akt wykonawczy, jakim jest obecnie niezależne w realizacji od lekarza wystawiającego skierowanie, rozporządzenie *w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*.
- ✓ Propozycje przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego określone na podstawie stanowiska wyrażonego przez konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin medycyny i rekomendowane przez Zespół do uwzględnienia w ww. katalogu przeciwwskazań zostały przedstawione w załączniku nr 6 do Raportu końcowego.

W związku z powyższym rekomenduje się, w przypadku eliminacji z obrotu prawnego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r *w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego,* nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową*, poprzez wprowadzenie załącznika określającego przeciwskazania do leczenia uzdrowiskowego oraz załącznika wskazującego nowy wzór skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową.

- ✓ W celu optymalnego i sprawnego wykorzystania zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów szpitalnych, dla pacjentów (dorosłych i dzieci), którzy wymagają kontynuacji leczenia w warunkach stacjonarnych po przebyciu rehabilitacji wczesnej w oddziale rehabilitacji, po określonych interwencjach szpitalnych lub po określonych zabiegach operacyjnych niezbędne jest rozważenie wprowadzenia „szybkiej ścieżki" kwalifikacji do leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (z możliwością potwierdzania miejsca leczenia także w ramach umów zawieranych pomiędzy podmiotami leczniczymi: oddziałami szpitalnymi i/lub oddziałami rehabilitacyjnymi, a oddziałami szpitali uzdrowiskowych).
- ✓ Kwalifikacja do świadczeń realizowanych w oddziałach sanatoryjnych oraz w trybie dziennym i ambulatoryjnym powinna odbywać się – zdaniem rekomendujących - wg aktualnie obowiązującego trybu (aprobata skierowania, wybór rodzaju, miejsca i terminu leczenia oraz potwierdzanie miejsca leczenia dokonywane przez płatnika).

**STAN OBECNY*:**
**(ŚCIEŻKA KWALIFIKACJI I POTWIERDZANIA SKIEROWAŃ)**

- ✓ **PACJENT -> LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO -> SKIEROWANIE -> NFZ**
- ✓ **NFZ -> REJESTRACJA -> APROBATA -> WYBÓR RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO -> WYBÓR MIEJSCA LECZENIA UZDROWISKOWEGO -> POTWIERDZENIE [LUB WPIS NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH, EW. WERYFIKACJA I POTWIERDZENIE WG KOLEJNOŚCI NA LIŚCIE]**
- ✓ **NFZ -> POTWIERDZENIE -> PACJENT -> ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO**

**ZALETY:**

- ✓ **WZGLĘDNIE RÓWNOMIERNE (CO DO CZASU I MIEJSCA) KIEROWANIE ŚWIADCZENIOBIORCÓW DO ZAKŁADÓW LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO WG PODPISANYCH UMÓW Z WSZYSTKIMI ŚWIADCZENIODAWCAMI**

**WADY:**

- ✓ **OBCIĄŻENIE PŁATNIKA KOSZTAMI PROWADZENIA LIST OCZEKUJĄCYCH, POTWIERDZANIA SKIEROWAŃ, ROZPARTYWANIA ZWROTÓW, REZYGNACJI**
- ✓ **DUŻY STOPIEŃ REZYGNACJI I ZWROTÓW SKIEROWAŃ ZALEŻNY OD USTALONEGO TERMINU I MIEJSCA LECZENIA**
- ✓ **BRAK MOŻLIWOŚCI REAGOWANIA NA PÓŹNO DOKONANE ZWROTY I NIEDOJAZDY -> „PUSTOSTANY" -> NIEWYKORZYSTANY POTENCJAŁ LECZNICZY W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**
- ✓ **NIEWYKORZYSTANY POTENCJAŁ LECZNICZY -> STRATY DLA ZAKŁADÓW LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO**

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. 2011. 142 poz. 835)

**TRYB REKOMENDOWANY:**
**(ŚCIEŻKA KWALIFIKACJI I POTWIERDZANIA SKIEROWAŃ)**

- ✓ **TRYB BEZPOŚREDNI - REHABILITACJA LUB LECZENIE W SZPITALU UZDROWISKOWYM:**
  **PACJENT -> UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO -> SKIEROWANIE -> PACJENT LUB LEKARZ / ODDZIAŁ KIERUJĄCY -> WYBÓR MIEJSCA LECZENIA UZDROWISKOWEGO -> ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO -> APROBATA = POTWIERDZENIE ZASADNOŚCI I PRZYJĘCIE NA LECZENIE [LUB WPIS NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH I PRZYJĘCIE WG KOLEJNOŚCI NA LIŚCIE]**
- ✓ **TRYB POŚREDNI - LECZENIE SANATORYJNE – REHABILITACJA PRZEWLEKŁA, LECZENIE W TRYBIE DZIENNYM, LECZENIE AMBULATORYJNE:**
  **PACJENT -> UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO -> SKIEROWANIE -> PŁATNIK -> REJESTRACJA -> APROBATA = POTWIERDZENIE ZASADNOŚCI -> WYBÓR RODZAJU LECZENIA -> WYBÓR MIEJSCA LECZENIA UZDROWISKOWEGO -> USTALENIE TERMINU LECZENIA [LUB WPIS NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH I USTALENIE TERMINU LECZENIA WG KOLEJNOŚCI NA LIŚCIE] -> PACJENT -> ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO**

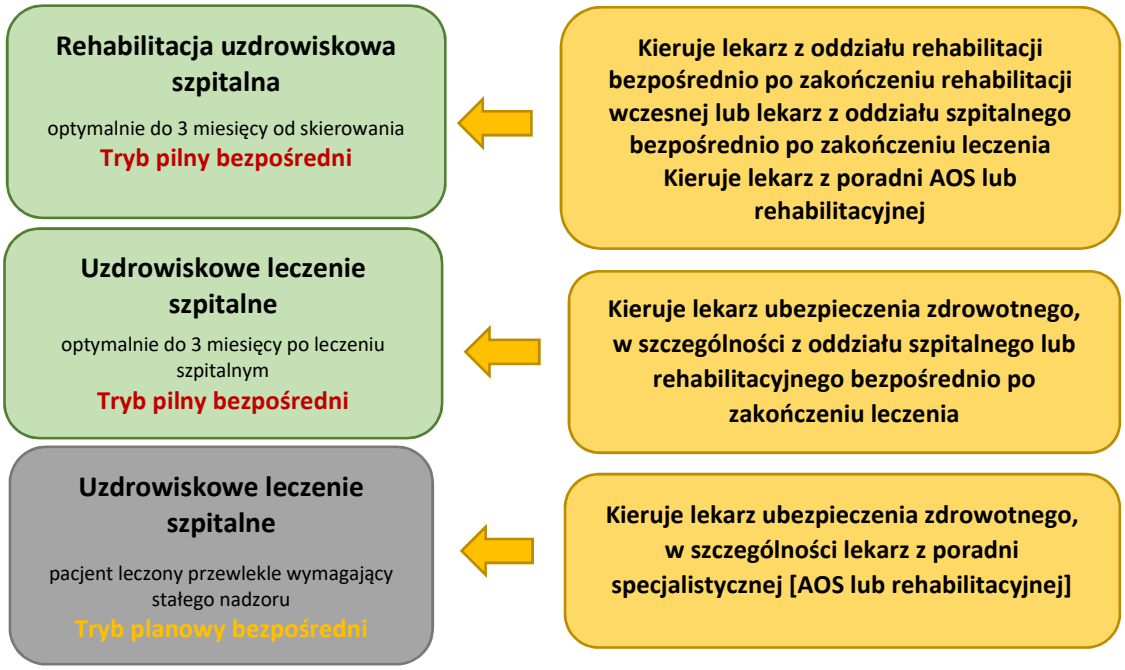
**ZALETY:**

- ✓ **MOŻLIWOŚĆ OPTYMALNEGO I ELASTYCZNEGO WYKORZYSTANIA POTENCJAŁU SZPITALI UZDROWISKOWYCH (MIEJSCE, TERMIN I CZAS TRWANIA LECZENIA DOSTOSOWANY DO POTRZEB KONKRETNEGO PACJENTA W RAMACH KOMPLEKSOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ)**
- ✓ **WZGLĘDNIE RÓWNOMIERNE (CO DO CZASU I MIEJSCA) KIEROWANIE ŚWIADCZENIOBIORCÓW DO SANATORIÓW UZDROWISKOWYCH I NA LECZENIE W TRYBIE DZIENNYM / AMBULATORYJNYM WG PODPISANYCH UMÓW Z WSZYSTKIMI ŚWIADCZENIODAWCAMI**

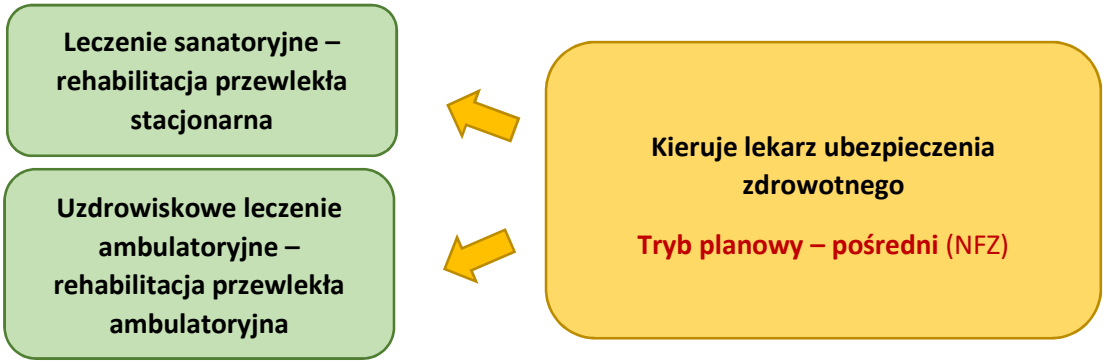
**WADY:**

- ✓ **PRAWDOPODOBNY NADAL DUŻY STOPIEŃ REZYGNACJI I ZWROTÓW SKIEROWAŃ SANATORYJNYCH ZALEŻNY OD USTALONEGO TERMINU I MIEJSCA LECZENIA -> KOSZTY DLA PŁATNIKA / NIEWYKORZYSTANY POTENCJAŁ LECZNICZY / STRATY DLA ZAKŁADÓW LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO (wskazane ustalenie mechanizmów dyscyplinujących pacjentów do realizacji skierowań)**

**REKOMENDOWANY SCHEMAT KIEROWANIA NA LECZNIE UZDROWISKOWE SZPITALNE:**




**REKOMENDOWANY SCHEMAT KIEROWANIA NA LECZNIE UZDROWISKOWE SANATORYJNE I AMBULATORYJNE:**




Zaakceptowanie zaproponowanej zmiany trybu kierowania na leczenie uzdrowiskowego spowoduje konieczność kompleksowej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową,* w szczególności w zakresie:

- ✓ dostosowania treści rozporządzenia do nowego trybu (trybów) kierowania pacjentów na leczenie i potwierdzania skierowań;
- ✓ nowelizacji wzoru skierowania na leczenie uzdrowiskowe / rehabilitację uzdrowiskową;

Uwzględniając propozycje rekomendowanych zmian w systemie kierowania należy zaprojektować i uwzględnić okresy przejściowe, tak aby maksymalnie ograniczyć ewentualne „uboczne" skutki dla pacjenta, związane z przechodzeniem z systemu dotychczas obowiązującego na system zarekomendowany, w tym z „wygaszaniem" dotychczasowych kolejek.

- ✓ Niezależnie od proponowanych powyżej docelowych kompleksowych zmian w sposobie kierowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe, Zespół rekomenduje obecnie zmianę wzoru skierowania na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową,* poprzez: **usunięcie części IV wzoru.**
  Uzasadnienie: Zgodnie z przepisami obowiązującego prawa, **wskazanie miejsca realizacji świadczenia jest w prerogatywach lekarza specjalisty balneologii i medycyny fizykalnej zatrudnionego w oddziale wojewódzkim Funduszu.** Ma on wiedzę, które z zakładów leczniczych prowadzą świadczenia w zakresie profilu determinowanego jednostką chorobową, stanowiącą podstawę wystawienia skierowania, wraz z oceną schorzeń współistniejących oraz innych danych medycznych wynikających z treści skierowania lub dołączonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz dostępnością miejsc w turnusach w danych lokalizacjach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Część IV wzoru skierowania, wypełniania przez lekarza wystawiającego skierowanie nie determinuje miejsca w kontekście obszaru geograficznego na którym funkcjonują zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i rodzaju wskazanego świadczenia. Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego nie posiadają pełnej wiedzy, co do ilości, profilowości i dostępności miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na terenie kraju. Ewentualna rozbieżność między przydzielonym miejscem leczenia a sugerowanym przez lekarza wystawiającego skierowanie, lub też zmiana sugerowanego (zaznaczonego w skierowaniu) rodzaju świadczenia, często określona na prośbę pacjenta, wzbudza w pacjentach sprzeciw w przypadku odmiennej decyzji lekarza specjalisty balneologii lub medycyny fizykalnej zatrudnionego w oddziale Funduszu, co w konsekwencji doprowadza często do rezygnacji przez świadczeniobiorcę z przyznanego świadczenia, lub też nieustającego ponawiania skierowań, celem korzystania z danego konkretnego miejsca udzielania świadczeń (głównie dotyczy miejscowości nadmorskich). **Ponieważ obecnie wiążąca decyzja, co do celowości, miejsca, profilu i rodzaju i terminu leczenia uzdrowiskowego leży w gestii lekarza specjalisty balneologii i medycyny fizykalnej zatrudnionego w oddziale wojewódzkim Funduszu, rezygnacja z określania przez lekarza wystawiającego skierowanie miejsca i rodzaju świadczenia wyeliminuje spory kompetencyjne w tym zakresie.** Analogiczny tryb postępowania powinien obowiązywać w przypadku potwierdzania skierowań na *„leczenie sanatoryjne – rehabilitację przewlekłą”* w ramach rekomendowanego systemu świadczeń uzdrowiskowych.

- ✓ Niezależnie od proponowanych powyżej docelowych kompleksowych zmian w sposobie kierowania pacjentów na leczenie uzdrowiskowe, Zespół rekomenduje obecnie ponadto **usunięcie z rozporządzenia** Ministra Zdrowia w *sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową* **zapisów, dotyczących weryfikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe oraz procesu weryfikacji skierowania po upływie wskazanego w rozporządzeniu terminu (18 miesięcy).**
  Uzasadnienie: Sprzeciw wobec aktualnie obowiązujących przepisów zgłasza między innymi środowisko lekarzy POZ. Z uwagi na fakt, iż w większości oddziałów wojewódzkich NFZ czas oczekiwania na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych przekroczył 18 miesięcy, w tych oddziałach niezbędna jest weryfikacja zdecydowanej większości skierowań oczekujących na potwierdzenie leczenia uzdrowiskowego tego rodzaju. Wiąże się to w wielu przypadkach z koniecznością wizyty u lekarza oraz skierowaniem pacjenta na ponowne badania diagnostyczne. W przypadku skierowań wystawionych przez lekarza AOS, czas oczekiwania na wizytę często może przekraczać okres, w którym powinno zostać ono

zweryfikowane, a kolejka oczekujących na porady AOS wydłuża się o osoby, którym należy zweryfikować skierowanie na leczenie uzdrowiskowe. Podobna sytuacja dotyczy lekarzy POZ. Ponadto należy zauważyć, że dla pacjentów niezrozumiała jest sytuacja, w której skierowanie oczekujące w kolejce na potwierdzenie leczenia jest odsyłane do lekarza je wystawiającego i konieczne jest wykonanie ponownie badań, zleconych przed skierowaniem ich na leczenie. Pojawiają się obawy, że zostaną wykreśleni z listy oczekujących. Należy również zauważyć, iż zazwyczaj skierowanie w innych zakresach świadczeń gwarantowanych jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie – często odległego – terminu przyjęcia pacjenta do szpitala lub na rehabilitację stacjonarną, gdzie nie wymaga się dodatkowej weryfikacji w trakcie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Zasadnym natomiast wydaje się wprowadzenie w zamian obowiązku uzyskania przez pacjenta z potwierdzonym terminem leczenia w sanatorium zaświadczenie od lekarza POZ o aktualnym stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego wystawionego maksymalnie 30 dni przed rozpoczęciem leczenia.

- ✓ Zasadnym wydaje się również wprowadzenie, tak jak w innych wybranych zakresach świadczeń gwarantowanych, 30 dniowego terminu od daty wystawienia skierowania, w którym powinno ono zostać złożone do oddziału wojewódzkiego NFZ celem rejestracji. Po tym terminie skierowanie na leczenie uzdrowiskowe traciłoby ważność. Analogiczne zapisy występują w przypadku skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych lub do szpitala psychiatrycznego.
- ✓ Należy rozważyć również wprowadzenie możliwości składania i procedowania przez NFZ kolejnego skierowania na leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne dorosłych, np. po upływie 6 miesięcy od ostatniego leczenia uzdrowiskowego (wprowadzenie tzw. okresu karencji na złożenie kolejnego skierowania).
- ✓ Ważnym wydaje się ponadto położenie nacisku edukacyjnego ukierunkowanego na lekarzy wystawiających skierowania na leczenie uzdrowiskowe - proponuje się, aby Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej wraz np. z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej opracowało wytyczne i wskazówki o leczeniu uzdrowiskowym w postaci kompendium dla lekarzy (w szczególności dla lekarzy POZ).

# 5. Leczenie uzdrowiskowe dzieci – propozycje rozwiązań systemowych

REKOMENDACJE ZESPOŁU W ZAKRESIE LECZENIA UZDROWISKOWEGO DZIECI I MŁODZIEŻY:

- rekomenduje się ukierunkowanie uzdrowisk dziecięcych na rzeczywiste potrzeby zdrowotne najmłodszego pokolenia (weryfikację kierunków leczniczych i wskazań do leczenia);
- rekomenduje się zmianę trybu kierowania dzieci na leczenie uzdrowiskowe (bezpośrednie kierowanie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego);
- rekomenduje się zniesienie turnusowości pobytów leczniczych dzieci, polegającej na ścisłym określaniu dnia przyjazdu i wyjazdu dla określonej grupy pacjentów;
- rekomenduje się uelastycznienie czasu trwania leczenia w szpitalu uzdrowiskowym oraz sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci;
- rekomenduje się dofinansowanie ze środków socjalnych kosztów przejazdów na leczenie uzdrowiskowe dzieci;
- rekomenduje się dofinansowanie ze środków socjalnych kosztów pobytu opiekuna w ramach leczenia dzieci niepełnosprawnych oraz dzieci w wieku od 3 do 6 roku życia pod opieką osoby dorosłej;
- rekomenduje się przyznanie rodzicowi (opiekunowi) dodatkowego płatnego urlopu potrzebnego na przywiezienie i odwiezienie dziecka do i z uzdrowiska;
- rekomenduje się wprowadzenie zapisów gwarantujących możliwość corocznej waloryzacji stawki za osobodzień leczenia uzdrowiskowego dziecka;
- rekomenduje się podjęcie działań mających na celu zmianę przepisów w oświacie np. wprowadzenie prawnych uregulowań, zobowiązujących nauczycieli ze szkół macierzystych, do uwzględniania ocen uzyskanych w trakcie leczenia uzdrowiskowego, zwiększenie ilości godzin opieki wychowawczej w okresie wolnym od nauki w szkole.

Rekomendowana zmiana trybu kierowania dzieci na leczenie uzdrowiskowe – cel i uzasadnienie

## 1.1. Uwzględnienie realnych potrzeb zdrowotnych pacjenta przy określaniu czasu i miejsca leczenia.

Do 1997 roku duży wpływ na miejsce i czas przeprowadzenia uzdrowiskowego leczenia dzieci mieli lekarze kierujący oraz rodzice. Dokonywali oni wyborów, które wynikały z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych dziecka. Przykładowo: pacjent z wywiadem alergicznym i ciężko przebiegającą astmą oskrzelową wysyłany był do wybranego, często sprawdzonego wcześniej, uzdrowiska w okresie, kiedy choroba była najbardziej nasilona. W tym trudnym dla niego czasie miał on zapewnioną całodobową opiekę medyczną, skuteczne leczenie farmakologiczne oraz balneoklimatyczne, mimo zaostrzeń choroby dziecko uczęszczało do szkoły. Tryb kierowania był wówczas bardzo prosty – skierowanie wysyłane było do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego przez rodzica lub lekarza, gdzie po uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań oraz innych ważnych dla pacjenta argumentów, było ono realizowane. Tryb taki pozwalał także na leczenie dzieci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, np. po operacjach ortopedycznych. Do końca 1997 roku dziecięce lecznictwo uzdrowiskowe było w fazie rozkwitu. Po wprowadzeniu nowych zasad kierowania pacjenci i lekarze zostali pozbawieni możliwości jakiegokolwiek wyboru. Ilość najmłodszych pacjentów leczonych w polskich uzdrowiskach zaczęła wtedy gwałtownie spadać. Np. od 1998 roku do 2000 roku ilość dzieci leczonych w Uzdrowisku Rymanów zmniejszyła się o połowę.

### 1.2. Umożliwienie świadczeniodawcom bardziej optymalnego wykorzystania bazy łóżkowej.

Wprowadzenie nowych zasad kierowania (powrót do funkcjonujących przed 1997 rokiem) pozwoliłoby świadczeniodawcom na bieżący kontakt ze świadczeniobiorcą. Każdy przyjazd na leczenie byłby ustalany i potwierdzany indywidualnie, co dodatkowo zminimalizowałoby problem niedojazdów.
Wg danych przekazanych przez NFZ wynika, że średni rzeczywisty czas oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe dzieci wynosi 4 miesiące (str.10 Raportu) - można z tego wyciągnąć mylny wniosek, że „popyt" na te świadczenia jest duży. Natomiast z danych uzyskiwanych bezpośrednio z poszczególnych OW NFZ wynika, że przez większość roku kalendarzowego wszystkie skierowania dziecięce realizowane są na bieżąco, najczęściej nie ma w ogóle takich skierowań, które oczekiwałyby w kolejce, a ich ilość wpływająca do Oddziałów NFZ jest znacznie mniejsza od możliwości przyjęcia pacjentów, zadeklarowanych w umowach przez świadczeniodawców realizujących leczenie uzdrowiskowe dzieci. Jedynie w połowie roku (zazwyczaj od maja) ilość skierowań wpływających do OW NFZ gwałtownie rośnie, ale są to niemal wyłącznie skierowania dla świadczeniobiorców, którzy chcą się leczyć w okresie wakacji - jeżeli nie zostaną oni zakwalifikowani w oczekiwanym przez nich terminie, rezygnują z leczenia.

### 1.3. Skrócenie okresu od wypisania skierowania przez lekarza do czasu przyjęcia dziecka do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego.

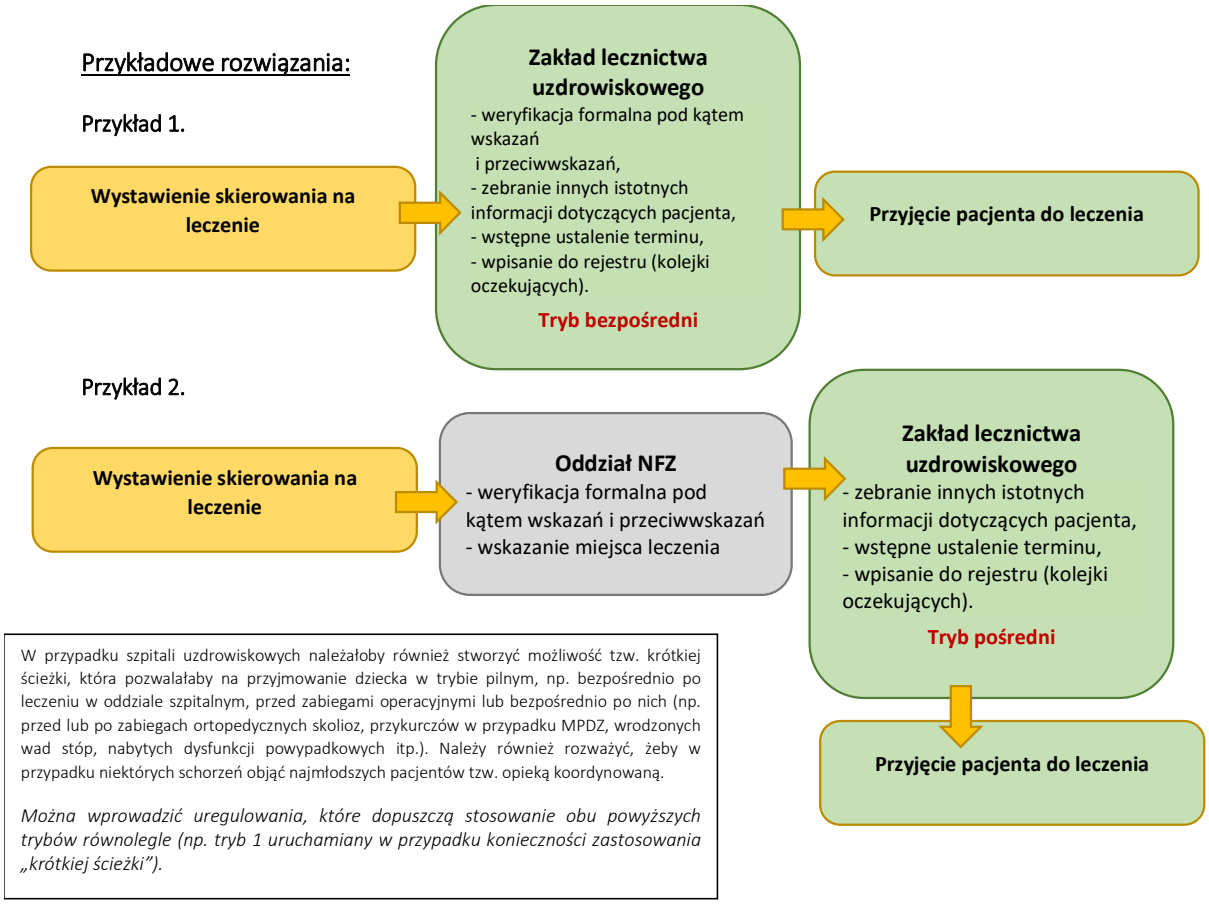
Jest to szczególnie ważne w przypadku tzw. „szybkiej ścieżki", kiedy istnieje potrzeba przyjęcia pacjenta w trybie pilnym, np. bezpośrednio po leczeniu w oddziale szpitalnym, przed zabiegiem operacyjnym lub bezpośrednio po nim (na przykład, w szpitalu uzdrowiskowym w Rymanowie - Zdroju, dzięki współpracy z dwoma dziecięcymi klinikami ortopedycznymi, leczonych jest coraz więcej takich dzieci). Mimo braku kolejek w NFZ, nie ma możliwości przeprowadzenia takiego leczenia w terminie, który wynika z rzeczywistych potrzeb pacjenta).

### 1.4. Wprowadzenie elementu konkurencyjności między uzdrowiskami dziecięcymi.

Zwiększenie wpływu pacjenta na wybór miejsca leczenia powinno spowodować, że świadczeniodawcy będą podejmowali kroki w celu podniesienia jakości udzielanych świadczeń.

### 1.5. Uproszczenie i zmniejszenie kosztów płatnika związanych z procedurą kierowania na leczenie uzdrowiskowe dzieci.

Proponowane rozwiązania spowodują, że większość formalności oraz kosztów, związanych z trybem kierowania dziecka do uzdrowiska, ponosić będą świadczeniodawcy. Istnienie przy tym ryzyko, że popyt na świadczenia uzdrowiskowe skierowany będzie głównie np. na miejscowości nadmorskie w okresie wakacji.




2. <u>Rekomenduje się zniesienie turnusowości pobytów leczniczych dzieci, polegającej na ścisłym określaniu dnia przyjazdu i wyjazdu dla określonej grupy pacjentów.</u>

Obecnie warunkiem zawarcia umowy z NFZ w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego jest realizowanie świadczeń w trybie turnusowym, polegającym na tym, że grupy pacjentów przyjeżdżają i wyjeżdżają w ściśle określonych dniach. Pacjentom narzuca się ściśle dzień i godzinę stawienia się na leczenie, nie dając w tym względzie żadnego marginesu. W przypadku dzieci, które przywożone są do uzdrowiska przez rodziców, wyjazd wiąże się zazwyczaj z wzięciem przez nich co najmniej dwóch dni urlopu, co wymaga najczęściej uzgodnienia z pracodawcą. Nie uwzględnia się także żadnych przypadków losowych, które mogą powodować potrzebę kilkudniowego przesunięcia terminu przyjazdu. Ten ściśle narzucony termin jest częstym powodem rezygnacji pacjentów z wyjazdu do uzdrowiska. System turnusowy nie daje również świadczeniodawcom możliwości regulowania obłożenia w zarządzanych przez nich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Jest to szczególnie ważne na początku i na końcu roku kalendarzowego, kiedy skala tzw. niedojazdów jest duża. System turnusowy oraz brak kontaktu świadczeniodawcy z przyszłym pacjentem powoduje, że do dnia rozpoczęcia turnusu nie jest wiadomo, ile ze skierowanych osób na ten turnus przyjedzie. W przypadku niedojazdów świadczeniodawca nie ma już możliwości na jakąkolwiek reakcję – puste łóżka „czekają" do następnego turnusu. Wszystko to powoduje, że świadczeniodawcy nie mają nigdy szans na 100% realizację kontraktów z NFZ, co z ekonomicznego punktu widzenia jest dla nich niekorzystne. Dodatkową konsekwencją takiego stanu rzeczy jest zmniejszająca się z roku na rok wartość podpisywanych kontraktów, gdyż to realizacja umowy z roku poprzedniego jest dla

NFZ podstawą do określania wartości kontraktów przyszłych. Wytworzył się zatem pewien mechanizm błędnego koła powodujący, że kontrakty na leczenie uzdrowiskowe są z roku na rok coraz niższe. Szczególnie zjawisko to dotyczy leczenia dzieci.

Uzasadnienie proponowanego rozwiązania dotyczącego zniesienia turnusowości pobytów leczniczych dzieci, polegającej na ścisłym określaniu dnia przyjazdu i wyjazdu dla określonej grupy pacjentów.

2.1. Uwzględnienie realnych potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz innych istotnych indywidualnych, wymienionych wyżej, czynników przy ustalaniu okresu przeprowadzenia leczenia.

2.2. Współdecydowanie świadczeniobiorców i świadczeniodawców o terminie odbycia leczenia umożliwi tym drugim jak najbardziej optymalne wykorzystanie bazy łóżkowej oraz szybkie reagowanie w przypadkach rezygnacji z leczenia. Dzięki temu zminimalizuje się problem niedojazdów i pustostanów, a świadczeniodawcy uzyskają skuteczne narzędzie, które pozwoli im na pełniejszą realizację kontraktów z NFZ.

3. Rekomenduje się uelastycznienie czasu trwania leczenia w szpitalu uzdrowiskowym oraz sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci.

Rekomenduje się uelastycznienie czasu trwania leczenia w szpitalu uzdrowiskowym oraz sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci przez wprowadzenie kilku wariantów czasu leczenia: np. 21 i 28 dni.

Uzasadnienie proponowanego rozwiązania:

W przypadku niektórych schorzeń nie ma potrzeby prowadzenia leczenia uzdrowiskowego, jak obecnie, przez okres 27 dni. Poza tym na podstawie wieloletnich analiz, przeprowadzanych przez świadczeniodawców zajmujących się leczeniem uzdrowiskowym dzieci, stwierdzono, że częstą przyczyną zaniechania podjęcia tego leczenia jest zbyt długi jego czas trwania. Z przyczyn głównie natury psychologicznej oraz edukacyjnej wielu rodziców nie akceptuje 27 dniowego pobytu dziecka poza domem.

4. Rekomenduje się dofinansowanie do kosztów przejazdów na leczenie uzdrowiskowe dzieci.

Uzasadnienie proponowanego rozwiązania:

Refundacja tych kosztów odciążyłaby budżet rodziny, byłaby to także dodatkowa zachęta do korzystania z leczenia uzdrowiskowego. Zasady takie są stosowane na przykład w przypadku rehabilitacji realizowanej w ramach prewencji rentowej ZUS.

5. Rekomenduje się dofinansowanie do kosztów pobytu opiekuna w ramach leczenia dzieci w wieku od 3 do 6 roku życia pod opieką osoby dorosłej.

Uzasadnienie proponowanego rozwiązania:

Obecnie z tej formy leczenia korzystają wyłącznie rodziny, które stać na opłacenie 21- dniowego pobytu opiekuna. Rodziny najbiedniejsze, w których potrzeby przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego są szczególnie uzasadnione, pozbawione są takiej możliwości z przyczyn materialnych.

6. Przyznanie rodzicowi (opiekunowi) dodatkowego płatnego urlopu potrzebnego na przywiezienie i odwiezienie dziecka do i z uzdrowiska.

Uzasadnienie proponowanego rozwiązania:
Wprowadzenie takiego przywileju niewątpliwie ułatwiłoby rodzicom podjęcie decyzji o leczeniu uzdrowiskowym ich dzieci.

7. Rekomenduje się ukierunkowanie uzdrowisk dziecięcych na rzeczywiste potrzeby zdrowotne najmłodszego pokolenia.

Rekomenduje się ukierunkowanie uzdrowisk dziecięcych na rzeczywiste potrzeby zdrowotne najmłodszego pokolenia przez ustalenie aktualnych wskazań i przeciwwskazań do leczenia w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci oraz przychodni uzdrowiskowej.

Uzasadnienie proponowanego rozwiązania:
Dzięki postępowi w medycynie, związanemu z coraz skuteczniejszą profilaktyką i farmakoterapią, zmienia się obraz części schorzeń, które wcześniej powszechnie leczone były w uzdrowiskach. Zwiększa się natomiast liczba dzieci z innymi chorobami, szczególnie cywilizacyjnymi, w przypadku których uzdrowisko jest doskonałym miejscem do ich leczenia. Przykładem są takie schorzenia jak otyłość czy wady postawy.

8. Rekomenduje się wprowadzenie zapisów gwarantujących możliwość corocznej waloryzacji stawki za osobodzień leczenia uzdrowiskowego dziecka.

9. Poza wymienionymi wyżej propozycjami należałoby także podjąć działania mające na celu zmianę przepisów w oświacie np.:

9.1. Wprowadzenie prawnych uregulowań, zobowiązujących nauczycieli ze szkół macierzystych, do uwzględniania ocen uzyskanych w trakcie leczenia uzdrowiskowego.

Niestety, zdarza się, że dziecko po powrocie do domu musi „nadrabiać" materiał, który podczas jego absencji realizowany był w szkole macierzystej, a oceny uzyskane w szkole sanatoryjnej nie są uwzględniane. Dlatego też dziecko po odbytej kuracji uzdrowiskowej narażone jest na dodatkowy wysiłek i stres. Ten aspekt bywa też przyczyną, że rodzice rezygnują z wysłania dziecka na leczenie uzdrowiskowe.

9.2. Zwiększenie ilości godzin opieki wychowawczej w okresie wolnym od nauki w szkole

Obecnie przez 35 godzin w tygodniu dzieci objęte są opieką wychowawczą w ramach tzw. zajęć pozalekcyjnych. W roku szkolnym, w dniach od poniedziałku do piątku, jest to wystarczające. Jednakże w okresie wakacji letnich, kiedy zajęcia szkolne nie są prowadzone, a ilość dzieci i młodzieży przebywającej na leczeniu jest najwięcej, liczba zajęć opiekuńczo-wychowawczych ogranicza się tylko do 5 godzin dziennie. Jest to zdecydowanie za mało.

10. Należy również podjąć działania informacyjne, dotyczące leczenia uzdrowiskowego dzieci, skierowane do rodziców oraz do lekarzy.

# 6. Leczenie uzdrowiskowe osób w wieku senioralnym – propozycje rozwiązań systemowych

REKOMENDACJE ZESPOŁU W ZAKRESIE NOWEJ OFERTY UZDROWISKOWEJ DLA SENIORÓW OBEJMUJĄ:

1. wprowadzenie nowego kierunku leczenia: choroby wieku podeszłego (dla osób 75+ z wielochorobowością);
2. uwzględnienie zmiany w zakresie czasu trwania leczenia i intensywności stosowanych zabiegów u osób w wieku podeszłym;
3. stworzenie oferty uzdrowiskowej skierowanej do osób w wieku podeszłym z ograniczoną zdolnością do samoobsługi;
4. dofinansowanie ze środków socjalnych kosztów pobytu opiekuna seniora niepełnosprawnego i/lub niesamodzielnego;
5. stworzenie programów aktywizacji i profilaktyki prozdrowotnej adresowanego do seniorów:
   - organizacja i finansowanie turnusów dla seniorów po 60 roku życia aktywnych zawodowo
   - wprowadzenie dla seniorów 75+ preferencyjnych warunków korzystania ze świadczeń uzdrowiskowych w rodzaju *„leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła”;*
   - organizacja i finansowanie turnusów dla seniorów w celu poprawy kondycji i zdrowia
   - stworzenie możliwości dziennego leczenia uzdrowiskowego seniorów dla kuracjuszy leczonych w trybie ambulatoryjnym
   - stworzenie mechanizmu umożliwiającego samorządom gmin uzdrowiskowych tworzenia i prowadzenia w partnerstwie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego Dziennych Domów Opieki Medycznej w ramach programu „Senior+”.

Zgodnie z danymi światowej organizacji zdrowia o starości mówimy w przypadku osób powyżej 60 roku życia. WHO podzieliła tą fazę życia na trzy okresy

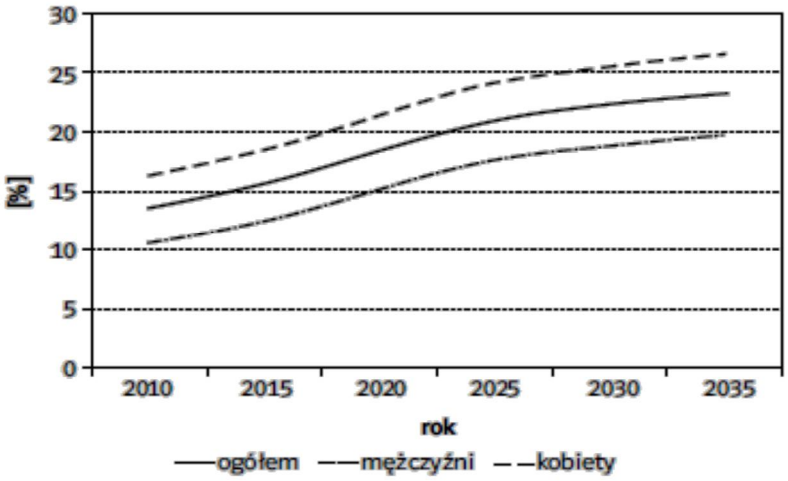
- *wiek podeszły, do którego zaliczają się osoby między 60-75 rokiem życia,*
- *wiek starczy, gdzie kwalifikują się osoby między 75-90 rokiem życia,*
- *wiek sędziwy, do którego należą osoby powyżej 90 roku życia*

Z punktu widzenia demografii za stare uważa się te społeczeństwa, w których odsetek ludzi po 60 roku życia przekroczył 12%. W Polsce próg starości społeczeństwa przekroczono już na początku lat sześćdziesiątych. Sytuacja demograficzna Polski uległa istotnej zmianie po transformacji ustrojowej, rozpoczętej w 1989 r. Pojawiły się nowe trendy w zakresie zachowań demograficznych ludności. Podobnie jak w rozwiniętych krajach Europy, spada umieralność wśród osób w wieku starszym. Temu zjawisku towarzyszy spadek płodności i rodności, zmiany w normach kulturowych i społeczno-obyczajowych, tj. zmniejszenie liczby zawieranych małżeństw, odkładanie rodzicielstwa na później na rzecz kariery. Rosnące znaczenie zaczyna odgrywać migracji zagraniczna, która pogłębia niepomyślne przeobrażenia struktury populacji Polski. Proces starzenia obserwowany jest w całej Europie, nazywany został „siwieniem kontynentu”, odznacza się dużą dynamiką, również w skali świata.

Na tle krajów Unii Europejskiej Polska jest nadal krajem stosunkowo młodym. Według danych Eurostatu mediana wieku populacji Polski w 2012 r. wyniosła 38,7 lat, podczas gdy wskaźnik ten dla krajów członkowskich Unii Europejskiej razem osiągnął wartość 41,9 lat (współczynnik obciążenia demograficznego dla Polski wynosił 20,1, zaś dla UE – 27,5). Prognozuje się, że w latach 2005–2050, liczba osób po 80 roku życia wzrośnie w Europie o 34 miliony. Szczególnie duża dynamika wzrostu najstarszej grupy społecznej obserwowana będzie w Polsce (4,4-krotny wzrost), w porównaniu z Niemcami (3,7x) i Szwecją (2,9x).

Zaniechanie działań i nie podjęcie wyzwań, jakie stawia demografia prowadzi do nieodwracalnych dalszych zniekształceń struktury populacji. *Jak wskazuje najnowsza prognoza Eurostatu (EuroPop2013), po 2024 r. udział osób w wieku 65 lat i więcej w strukturze ludności Polski ogółem przekroczy 20%, zaś po 2060 r. – 33%. (ryc.1)*

*Ryc.1 Odsetek ludności 65 i więcej w Polsce w latach 2010-2035*




Należy zwrócić uwagę, na fakt, że mężczyźni w Polsce mają ciągle o kilka lat krótszą oczekiwaną długość życia niż kobiety. Ponadto należy zwrócić również szczególną uwagę na niekorzystne prognozy dotyczące współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, liczonego jako stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 (typowy wiek córek osób sędziwych) do liczby osób w wieku ponad 80. Wykazuje on tendencje spadkowe w całej Europie. W Polsce do 2050 obniży się z 5,1 do 1,7, we Włoszech — z 2,5 do 0,9, a w Szwecji — z 2,5 do 1,0. Powyższe trendy pogłębiają jeszcze ograniczenia i niewystarczalność opieki rodzinnej. W zestawieniu ze wzrastającym odsetkiem osób starych w społeczeństwie zmniejszania się potencjału pielęgnacyjnego rodzin, spowoduje większe zapotrzebowanie na opiekę, świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne, usługi medyczne w tym rehabilitację i medycynę uzdrowiskową.

Powyższe zmiany niosą za sobą szereg istotnych problemów. Podjęcie wyzwań demograficznych związanych ze starzeniem się populacji wymaga działań na rzecz rozwoju „silver economy", zmian w systemie opieki zdrowotnej (rozwój medycyny geriatrycznej, opieki długookresowej nad osobami w podeszłym wieku), zwiększenia możliwości dostępu do odpowiedniej jakości usług zdrowotnych (w tym nowoczesnej rehabilitacji i medycyny

uzdrowiskowej) i opiekuńczych, zwiększenia wszelkich form aktywności ludzi starszych, wykorzystania ich potencjałów, zapobieganiu wykluczeniu społecznemu.

Wspomniane trendy demograficzne skłoniły polskie władze do opracowania „Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020" Przyjęte przez Radę Ministrów w ramach tzw. pakietu dla Seniorów – 24 grudnia 2013 r.
Celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.
W dokumencie tym określono 5 obszarów kluczowych Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce:

- ✓ Zdrowie i samodzielność
- ✓ Aktywność zawodowa
- ✓ Aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna
- ✓ Srebrna gospodarka
- ✓ Relacje międzypokoleniowe

Szczególne znaczenie wśród priorytetów odgrywa dział *Zdrowie I Samodzielność* w którym określono 3 priorytety:

- ✓ Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych
- ✓ Priorytet 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna
  - Cel 1. Przygotowanie do okresu własnej starości pod względem wiedzy na temat zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań.
  - Cel 2. Promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, odżywiania, rytmu dnia, rekreacji, higieny ciała i unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym.
  - Cel 3. Rozwój i wspieranie aktywności fizycznej
- ✓ Priorytet 3. Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Leczenie uzdrowiskowe od lat wpisuje się w realizacje powyższych priorytetów. Ta forma leczenia ma charakter holistyczny i wykorzystuje zróżnicowane metody terapeutyczne. Zaliczamy do nich: balneoterapię, kinezyterapię, medycynę fizykalną, dietę, edukację zdrowotną, leczenie klimatyczne itd. Dzięki działaniu wielu czynników możliwe jest kształtowanie pozytywnych zmian w zakresie prozdrowotnych postawów wśród pacjentów, co skutkuje ograniczaniem dolegliwości i zmniejszeniem ryzyka powikłań chorób przewlekłych. W lecznictwie uzdrowiskowym realizowane są zadania rehabilitacji, co stwarza warunki do szybszego powrotu seniora do sprawności po operacji czy innym zdarzeniu, wpływa na poprawę samodzielność i zdolność do samoobsługi w codziennym życiu, poprawia się kondycja psychofizyczna i sprawność intelektualna. Leczenie uzdrowiskowe osób starszych powinno obejmować terapię gerontologiczną oraz geriatryczną. Nowy kierunek postępowania uwzględnia nie tylko proces usprawniania, ale również aspekt spowolnienia starzenia się organizmu. Terapia gerontologiczna bywa nazywana rewitalizacyjną i dotyczy m.in. zmiany stylu życia. Dzięki niej hamuje się lub łagodzi skutki starzenia.

Zgodnie z danymi GUS z leczenia uzdrowiskowego skorzystało w 2015 roku łącznie 801,7 tys. w tym trybie stacjonarnym (91,2%). W tej grupie 408,8 tyś to pacjenci leczeni w ramach terapii finansowanych lub dofinansowanych przez NFZ. Dane udostępniane przez NFZ wskazują, że wśród pacjentów uzdrowiskowych około ¾ stanowią osoby spełniające kryterium wielu senioralnego. Odsetek pacjentów w wieku 75+ stanowi 10% wśród kuracjuszy uzdrowisk.

*Tab. Liczba pacjentów, którzy skorzystali z leczenia uzdrowiskowego NFZ w Polsce w 2014 roku z podziałem na grupy wiekowe:*

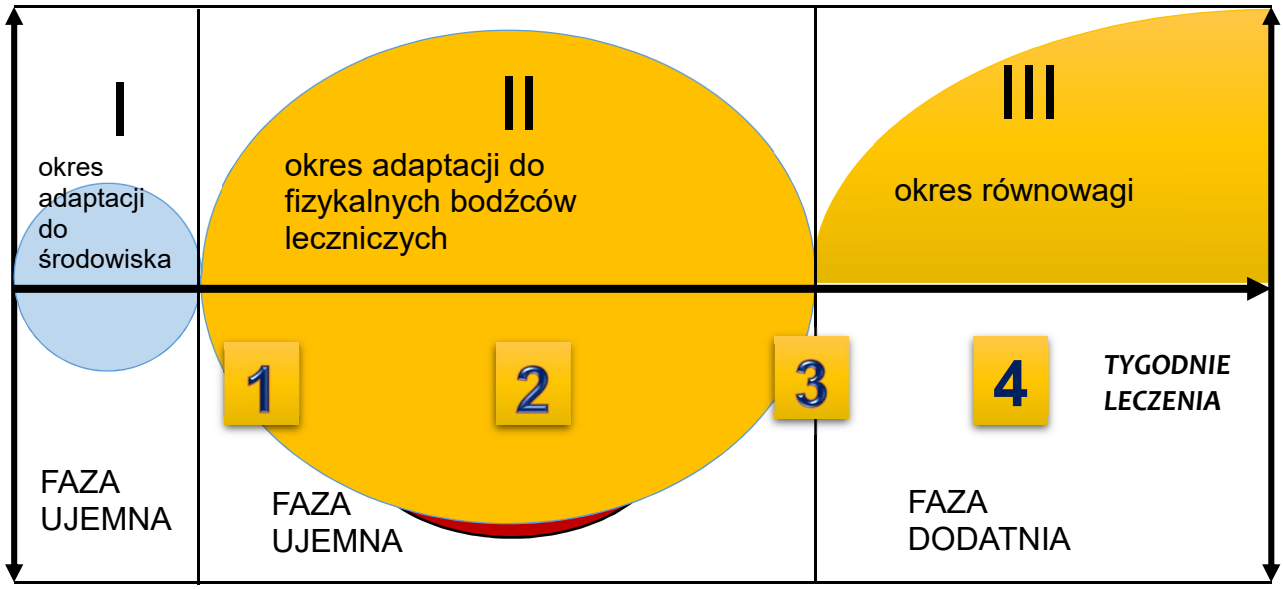
**LICZBA ŚWIADCZENIOBIORCÓW, KTÓRZY SKORZYSTALI Z LECZENIA UZDROWISKOWEGO W 2014 ROKU**

| GRUPA WIEKOWA | KOBIETA | MĘŻCZYZNA | RAZEM | |
|---|---|---|---|---|
| od 3 do 18 lat | 9 036 | 8 750 | 17 786 | |
| od 19 do 40 lat | 5 028 | 3 033 | 8 061 | |
| od 41 do 55 lat | 49 328 | 22 027 | 71 355 | |
| od 56 do 67 lat | 130 245 | 67 973 | 198 218 | 50,07% |
| powyżej 67 lat | 60 176 | 40 306 | 100 482 | 25,38% |
| **RAZEM** | **253 813** | **142 089** | **395 902** | |

Z tych danych wynika, że leczenie uzdrowiskowe od lat stanowi jedną z kluczowych form terapii realizującą cele i zadania polityki senioralnej w Polsce w zakresie pozytywnego wpływu na zdrowie i samodzielność seniorów.

Postępujące zmiany demograficzne w naszym kraju stawiają nowe wyzwania również w zakresie leczenia uzdrowiskowego. Wśród tych zadań szczególne znaczenie ma dostosowanie warunków leczenia uzdrowiskowego dla potrzeb osób w wieku starczym i sędziwym tj. powyżej 75 roku życia.

*Leczenie uzdrowiskowe stanowi formę terapii bodźcowej, o której skuteczności dużej mierze zależy czas trwania i reaktywność pacjenta. W korzystną III (trofotropową) fazę leczenia pacjenci wchodzą zazwyczaj dopiero w 3 tygodniu leczenia.* (ryc. 2.) *W związku z powyższym nie należy skracać leczenia uzdrowiskowego poniżej minimalnego okresu 21 dni. W przeciwnym wypadku spowoduje się radykalne pogorszenie efektów leczenia, ponieważ u większość pacjentów nie uzyska się III fazy leczenia, która stanowi cel działań terapeutycznych. U pacjentów w wieku starczym uzyskanie zamierzonych reakcji terapeutycznej może wymagać dłuższego czasu, co wymaga uelastycznienia aktualnie obowiązującego systemu i stworzenie możliwości leczenia trwającego 28 dni w tej grupie chorych.*




*Ryc. 2. Fazowy przebieg reakcji adaptacyjnej chorych poddanych fizjoterapii uzdrowiskowej*

Ogólnopolskie danych wskazują, że ponad 50% badanych deklaruje potrzebę ruchu, ale tylko 7% osób w wieku 60–64 lata i 0,6% w wieku 80 lat i więcej podejmuje regularną aktywność ruchową. Jest to kolejny argument wskazujący na korzyści, które przynosi pacjentowi leczenie uzdrowiskowe.

Wśród seniorów szczególną grupę stanowią osoby w wieku starczym 75+ z wielochorobowością. W tej grupie wymagania dotyczące standardów opieki nad chorym, infrastruktury uzdrowiskowej, tolerancji zabiegów i czasu trwania leczenia są odmienne niż u młodszych pacjentów. **Dlatego słusznym wydaje się powołania nowego profilu leczenia uzdrowiskowego – choroby wieku podeszłego adresowanego do pacjentów po 75 roku życia z wielochorobowością.**

Odziały o takim profilu powinny zapewnić:

- ✓ pokoje i trakty komunikacyjne dostosowane do osób z upośledzoną sprawnością
- ✓ dobre oznakowanie i oświetlenie pomieszczeń ułatwiające poruszanie się po obiekcie i zachowanie prawidłowej orientacji
- ✓ zwiększoną ilość personelu pozwalającą zachować prawidłową opiekę nad seniorami
- ✓ stały nadzór psychologa i możliwość konsultacji psychiatrycznej i neurologicznej
- ✓ uwzględnienie w programach leczniczych problemów geriatrycznych w tym: psychoterapia depresji, edukacja prozdrowotna, aktywizacja aktywności fizycznej, wprowadzanie prawidłowych zasad żywieniowych, nauka prawidłowego padania w razie upadków itd.

Innym istotnym problemem ograniczającym seniorom dostęp do leczenia uzdrowiskowego jest brak pełnej zdolności do samoobsługi wg skali ADL. W związku z tym proponuje się stworzenie 2 modeli opieki dla osób > 75 roku życia z istniejącymi wskazaniami do leczenia uzdrowiskowego bez pełnej zdolności do samoobsługi wg skali ADL:

- ✓ **Model I** - pobyt osoby towarzyszącej seniorowi zajmującej się opieką nad nim z możliwością refundacji pobytu z funduszy socjalnych – model realizowany w standardowych oddziałach uzdrowiskowych;
- ✓ **Model II** - pobyt na uzdrowiskowym oddziale szpitalnym przystosowanym do opieki nad osobami bez pełnej samoobsługi.

Programy aktywizacji osób starszych:

Kolejnym istotnym problemem w opiece nad pacjentami w wieku senioralnym jest stworzenie warunków do utrzymania dobrego stanu zdrowia, w szczególności dla osób aktywnych zawodowo. Ma to szczególne znaczenie w z uwagi na aktualne trendy demograficzne. Obecnie podobne zadania realizowane są przez programy prewencji rentowej ZUS, które w dużej mierze realizowane są w obiektach zlokalizowanych w uzdrowiskach.

- ✓ Proponuje się stworzenie programu profilaktyki prozdrowotnej (w ramach programu „Senior+" z wykorzystaniem środków będących obecnie w dyspozycji ZUS) adresowanego do seniorów po 60 roku życia aktywnych zawodowo z ograniczeniem wydolności fizycznej oraz/lub zgłaszających dolegliwości ze strony narządu ruchu utrudniające aktywność zawodową, stanowiące wskazanie do zastosowania zabiegów uzdrowiskowych.
- ✓ Proponuje się wprowadzenie dla seniorów 75+ preferencyjnych warunków korzystania ze świadczeń uzdrowiskowych w rodzaju *„leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła":*
  - brak okresu karencji na wystawienie kolejnego skierowania;
  - możliwość realizacji świadczenia nie częściej niż raz na 18 miesięcy (dla pozostałych grup wiekowych proponuje się nie częściej niż raz na 24 miesiące – propozycje wymagają jednak oszacowania na poziomie eksperckim);
  - do rozważenia realizacja świadczenia dla osób 75+ w ramach świadczeń gwarantowanych (bez dopłaty);
  - bez dyskwalifikacji w przypadku wystąpienia w trakcie leczenia udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania zabiegów z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych.
- ✓ Proponuje się utworzenie w uzdrowiskach programów aktywizacji skierowanych na potrzeby osób starszych: organizację i finansowanie turnusów dla seniorów w celu poprawy kondycji i zdrowia połączonych z aktywizacją ruchową praz społeczną, z udziałem fizjoterapeutów terapeutów zajęciowych, psychologów (w ramach programu „Senior+" z wykorzystaniem środków będących obecnie w dyspozycji PFRON).
- ✓ Obok oferty kierowanej do seniorów aktywnych zawodowo propozycje zakładają stworzenie możliwości leczenia uzdrowiskowego w trybie dziennym adresowanego do seniorów niesamodzielnych i z ograniczoną sprawnością.

  Tryb ten zakłada korzystanie przez seniora z bazy zabiegowej uzdrowiska i kompleksowej opieki medycznej podczas przebywania w obiekcie bez wykorzystywania bazy hotelowej. Przewaga tej formy leczenia nad dotychczasowym leczeniem ambulatoryjnym oparta jest o stałą opiekę i kontakt z lekarzem oraz o zapewnienie wsparcia personelu medycznego w trakcie realizowania zabiegów, co jest szczególnie ważne z uwagi na często obserwowaną wśród seniorów wielochorobowość.
- ✓ „Senior+" w uzdrowiskach: wskazane jest stworzenie mechanizmu umożliwiającego samorządom gmin uzdrowiskowych tworzenia i prowadzenia w partnerstwie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego Dziennych Domów Opieki Medycznej w ramach programu „Senior +".

  Placówki dziennego pobytu „Senior+" zapewniają osobom starszym pomoc w czynnościach dnia codziennego - chodzi o usługi socjalne (w tym zapewnienie posiłku, usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne), edukacyjne (np. warsztaty rękodzielnicze, plastyczne, językowe, komputerowe), a także zajęcia: kulturalno-oświatowe (koncerty, zajęcia teatralne, śpiewu, wycieczki rekreacyjne), aktywności ruchowej (takie jak kursy tańca, nordic walking, pilates), aktywizujące społecznie czy terapii zajęciowej (muzykoterapia, treningi umysłu itp.). Potencjał zakładów lecznictwa uzdrowiskowego daje w tym zakresie gwarancję realizacji usług dla seniorów na profesjonalnym i kompleksowym poziomie.

# 7. Rekomendacje zmian w zakresie oceny i warunków eksploatacji naturalnych surowców leczniczych oraz oceny właściwości mikroklimatu uzdrowiska

**Wykorzystanie naturalnych tworzyw leczniczych w procesie leczenia uzdrowiskowego stanowi fundament postępowania balneologicznego i element wyróżniający ten rodzaj terapii.** Odpowiednia ocena tych tworzyw oraz prawidłowa ich eksploatacja decyduje o jakości stosowanego leczenia balneologicznego oraz w sposób pośredni implikuje skuteczność tej formy terapii.

W Ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) już art. 2 w ustępie pierwszym definiuje **leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową** jako świadczenia wykonywane **przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu**. Również **definicja uzdrowiska** określa obszar, na którym między innymi znajdują się naturalne surowce lecznicze i odpowiednie warunki klimatyczne, co ma później odzwierciedlenie w art. 34 Ustawy. Ponadto, zgodnie z duchem art. 13 naturalne surowce lecznicze i warunki klimatyczne powinny determinować kierunki lecznicze uzdrowiska.

Wszystkie ww. artykuły podkreślają znaczenie naturalnych surowców leczniczych i klimatu jako cechy determinującej fakt istnienia leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej. Jest to zresztą zgodne z **definicją balneoterapii** opisywanej w *Encyklopedii balneologii i medycyny fizykalnej* (red. Prof. I.Ponikowska, 2015r., Aluna) jako: ***„Zespół metod leczniczych, które wykorzystują naturalne wody mineralne lecznicze, gazy i peloidy. Metody balneologiczne mają zastosowanie w leczeniu, profilaktyce i rehabilitacji większości chorób przewlekłych”***

Uzdrowisko powstaje w tym, a nie innym miejscu, dlatego że dane miejsce cechuje występowanie odpowiednich surowców oraz specyficznego klimatu, innego, ocenianego jako lepszy niż w pozostałej części kraju, cechującego się czystym powietrzem i odpowiednią dużą lub małą bodźcowością klimatyczną, odpowiednią w leczeniu danego schorzenia.

## 7.1 Ocena i warunki eksploatacji naturalnych surowców leczniczych

Rekomendacje Zespołu dotyczące zmian Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) oraz aktach wykonawczych do Ustawy w zakresie oceny i warunków eksploatacji naturalnych surowców leczniczych

I. Wieloletnią tradycją lecznictwa uzdrowiskowego jest udostępnianie określonych naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych (np. wody lecznicze w ich stanie naturalnym do kuracji pitnych). Pozwala to m.in. na kontynuowanie kuracji w warunkach domowych, co jest pożądane w leczeniu schorzeń przewlekłych układu pokarmowego lub moczowego. Ponadto celowe jest – w przypadku borowin – dopuszczenie do udostępniania również surowca odpowiednio rozdrobnionego i uwodnionego, gotowego do stosowania, zwłaszcza w zakładach lecznictwa poza uzdrowiskami. Wskazane jest zatem skorygowanie przepisów Ustawy w sposób następujący:

– dodanie w art. 1 pkt. 7) „zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych".
– dodanie Rozdziału 7 „Zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych"
  Art. 49a ust.1. W opakowaniach jednostkowych mogą być udostępniane:
  1) wody lecznicze posiadające świadectwa potwierdzające ich właściwości lecznicze, ocenione jako zalecane do kuracji pitnych,
  2) borowiny posiadające świadectwa potwierdzające ich właściwości lecznicze, ocenione jako przydatne do zabiegów specjalnych.
  Art. 49a ust.2. Naturalny surowiec leczniczy (woda albo borowina) mogą być udostępnione w opakowaniu jednostkowym wyłącznie pod warunkiem zachowania naturalnych właściwości, określonych w świadectwie potwierdzającym ich znaczenie w leczniczym oddziaływaniu danego surowca.

Zespół wskazuje ponadto na konieczność określenia zasad transportu i przechowywania naturalnych surowców leczniczych oraz stosowania poza uzdrowiskiem, z którego pochodzą.

II. Wskazane jest ustawowe zdefiniowanie Uzdrowiskowego Zakładu Górniczego, a zatem skorygowanie przepisów Ustawy w sposób następujący:
– dodanie w art. 2 pkt. 8a w brzmieniu: *„Uzdrowiskowy Zakład Górniczy - zakład zajmujący się wydobywaniem, ochroną i kontrolą naturalnych surowców leczniczych: wód i borowin".*

III. Wykorzystanie naturalnych surowców leczniczych zostało włączone w art. 8 ust.1 pkt. 4 Ustawy do zadań szpitala uzdrowiskowego i w art. 11 pkt. 1 do zadań przychodni uzdrowiskowej. Ustawodawca pominął jednak takie zadanie, co nie do końca jest zrozumiałe, w odniesieniu do sanatorium uzdrowiskowego, szpitala oraz sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci, zakładu przyrodoleczniczego, jak i sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym – wskazane jest zatem skorygowanie przepisów w sposób następujący:

Proponowane brzmienie art. 9 ust.1

*1. Do zadań sanatorium uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:*

*1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;*
*2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;*
*3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;*
*4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,*
*5) świadczeń profilaktycznych;*
*6) edukacji zdrowotnej.*

Proponowane brzmienie art. 10 ust.1

*1. Do zadań szpitala uzdrowiskowego dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:*

1) *całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;*
2) *całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;*
3) *przewidzianych programem leczenia zabiegów;*
4) *korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,*
5) *świadczeń profilaktycznych;*
6) *świadczeń opiekuńczych;*
7) *edukacji zdrowotnej.*

Proponowane brzmienie art. 11a

*Do zadań zakładu przyrodoleczniczego należy udzielanie zabiegów z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych oraz zabiegów z zakresu fizjoterapii.*

Proponowane brzmienie art. 11c. ust.1

*1. Do zadań w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:*

1) *całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych;*
2) *opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;*
3) *przewidzianych programem leczenia zabiegów;*
4) *korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,*
5) *świadczeń profilaktycznych;*
6) *edukacji zdrowotnej.*

IV. Ustawa uzdrowiskowa w bardzo niewielkim stopniu określa w jaki sposób będzie sprawowana kontrola nad naturalnymi surowcami leczniczymi i warunkami klimatycznymi. Monitorowanie tych czynników należy, zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt. 3, do zadań Ministra Zdrowia. Znalazły one także swoje odzwierciedlenie w sposób ogólny w zadaniach Naczelnego Lekarza Uzdrowiska (art. 26 Ustawy). Jednak Naczelny Lekarz Uzdrowiska nie otrzymał szczegółowych uprawnień do prowadzenia kontroli wykorzystania naturalnych surowców przez podmioty świadczące usługi z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności istnieje wątpliwość czy Naczelny Lekarz Uzdrowiska może monitorować wykorzystanie naturalnych surowców w obiektach, które nie są wpisane do Ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. **Wydaje się konieczne, żeby albo wszystkie obiekty wykorzystujące naturalne surowce lecznicze w leczeniu obligatoryjnie musiały uzyskać wpis do tej Ewidencji, albo żeby można było podjąć wobec takich podmiotów kontrolę w tym zakresie nawet wtedy, gdy do tej Ewidencji wpisane nie są, tylko na podstawie faktu, że wykorzystują naturalne surowce w celach leczniczych.** Zespół rekomenduje zatem uszczegółowienie możliwości kontroli wykorzystania naturalnych tworzyw leczniczych przez Naczelnego Lekarza Uzdrowiska.

V. W art. 35 Ustawy określono, iż Gmina może starać się o nadanie statusu uzdrowiska lub statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej po potwierdzeniu właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu w formie **świadectw**, których formę, zasady wydawania i jednostki uprawnione do wydawania określa minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z zasadami zawartymi w art. 36 i 37 Ustawy.
**Dokonanie zmian w Ustawie oraz aktach wykonawczych dotyczących potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu stanowi kolejny przedmiot rekomendacji Zespołu.**

1. Problem, który pojawia się w momencie potwierdzania właściwości leczniczych wynikający z obowiązku ustawowego, to ramy czasowe obowiązywania tego typu świadectw. Gmina musi złożyć je w momencie starania się o uznanie jej za obszar uzdrowiskowy i przy przygotowaniu operatu uzdrowiskowego raz na 10 lat. Założenie, że stan naturalnych surowców leczniczych oraz warunki klimatyczne przez ten okres czasu się nie zmienią jest błędne. **Konieczne jest częstsze monitorowanie zarówno parametrów naturalnych tworzyw leczniczych, jak i warunków klimatycznych obszarów uzdrowiskowych.**

2. Na podstawie art. 36 Ustawy w dniu 13 kwietnia 2006 roku zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości* (Dz.U.2006 nr 80 poz. 565). Badania, których dotyczy to rozporządzenie, służą potwierdzeniu właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu.

   W zakresie zmian przepisów dotyczących oceny właściwości naturalnych surowców leczniczych Zespół rekomenduje:

   1) W tytule rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości* proponuje się dodanie (po słowach „kryteriów ich oceny"), iż dotyczą ono również ***„potwierdzenia"*** właściwości leczniczych naturalnych surowców. Potwierdzenie to jest obligatoryjne w ustawowym obowiązku aktualizacji świadectw co 10 lat.
   2) W par. 1 ww. rozporządzenia proponuje się następująca zmianę zapisu na:
      **§ 1. Pierwsze świadectwo potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych (wód i borowin) opracowuje się na podstawie: przedstawionych wyników badań kontrolnych wykonywanych w ciągu co najmniej 3 lat poprzedzających złożenie wniosku o wydanie tego dokumentu oraz wyników badań pełnych, których zakres określa dla wód leczniczych załączniku nr 1 w punktach od 1-6, dla borowin – załączniku nr 2, pkt. 1-3. Aktualizacji świadectw po 10 latach, dokonuje się na podstawie wyników badań kontrolnych realizowanych w danym uzdrowisku dla wód i borowin oraz wyników pełnych badań wykonanych – w zakresie wyżej podanym.**
   3) W par. 2 proponuje się następującą zmianę zapisu na:
      **§2. Zakres pełnych badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych wód i borowin, określa załącznik nr 1 i nr 2 do rozporządzenia.**
   4) W zakresie **Załączników** do ww. rozporządzenia:

ZAŁĄCZNIK NR 1

- W tytule tego załącznika również proponuje się uzupełnienie, że zakres badań dotyczy także **potwierdzania** właściwości leczniczych wód, przy uwzględnieniu zawartości gazów, uznanych za lecznicze, w danej wodzie leczniczej.
- W pkt.1 propozycja uzupełnienia i zmian:

1. **Właściwości organoleptyczne:**
   a) barwa
   b) mętność
   c) zapach
   d) smak
2. **Właściwości fizykochemiczne i fizyczne:**
   a) temperatura
   b) przewodność elektryczna
   c) potencjał redox
   d) absorbancja przy λ=254nm, λ=436nm
   e) całkowita aktywność promieniotwórcza alfa i beta oraz stężenie $^{222}$Rn, $^{226}$Ra, $^{228}$Ra
3. **Składniki mineralne zdysocjowane:**
   a) Kationy: amonu, sodu, potasu, litu, wapnia, magnezu, żelaza, baru, strontu, miedzi, cynku, niklu, ołowiu, kadmu, chromu, selenu, arsenu, glinu, antymonu, rtęci
   b) Aniony: fluorkowy, chlorkowy, bromkowy, jodkowy, siarczanowy, wodorowęglanowy, węglanowy, azotanowy (III i V), fosforanowy, siarczkowy, cyjankowy
4. **Składniki mineralne niezdysocjowane**: związki krzemu i boru
5. **Współobecne składniki gazowe:**
   a) siarkowodór
   b) dwutlenek węgla
   c) radon
6. **Związki organiczne, w tym wskaźniki zanieczyszczenia**
   a) ogólny węgiel organiczny (OWO)
   b) fenole
   c) wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA)
   d) pestycydy
   e) detergenty
7. **Mikrobiologiczne wskaźniki zanieczyszczenia**
   a) Bakterie grupy coli w 250 $cm^3$
   b) Bakterie coli typu kałowego w 250 $cm^3$
   c) Pseudomonas aeruginosa w 250 $cm^3$
   d) Streptococus faecalis w 250 $cm^3$
   e) Clostridia redukujące siarczyny w 50 $cm^3$
   f) Ogólna liczba bakterii wyhodowanych na agarze z 1 $cm^3$ wody w temperaturze 22±2$^0$C w ciągu 72h oraz w temperaturze 36±2$^0$C w ciągu 24h

ZAŁĄCZNIK NR 2:

- W tytule proponuje się również dodać **„potwierdzenia właściwości…”**
- W pkt.2 „Badania zawartości składników”:

a) nieorganicznych (ogółem) oraz nierozpuszczalnych w 10% w kwasie solnym (krzemionki).
b) **organicznych (ogółem) oraz kwasów humusowych, bitumin i garbników.**

ZAŁĄCZNIK NR 4 – część I:

- W pkt. 1 „Klasyfikacja …" proponuje się uzupełnić nazwy:
  1) Lecznicze wody mineralne - c.d. bez zmian
  2) Lecznicze wody swoiste - wody zawierające poniżej 1000mg/l rozpuszczonych składników mineralnych w tym co najmniej jeden lub więcej składników o swoistych właściwościach leczniczych, w podanych niżej lub wyższych stężeniach.
- W pkt.2b) zamiast 1 mg – co najmniej 5 mg związków siarki (II)
  Uzasadnienie: spadek stężenia siarkowodoru w trakcie magazynowania wody, a zwłaszcza jej podgrzewania przy limicie 1 mg/l spowoduje utratę właściwości leczniczych takiej wody. Brak też danych o działaniu leczniczym związków siarki (II) w tak niskich stężeniach.
- W pkt. 2h) zamiast $20^0$C – co najmniej $36^0$C (kryterium fizjologiczne) – woda o temperaturze $20^0$C odczuwana jest w kąpieli jako chłodna.
- W pkt. 2i) – symbol Bq zamiast Bg
- W pkt 3:
  Lecznicze wody mineralne swoiste – wody zawierające co najmniej 1000mg/dm$^3$ rozpuszczonych składników mineralnych oraz jeden lub więcej składników o swoistych właściwościach leczniczych, wymienionych w klasyfikacji tych wód powyżej.
- Zmiana w tytule tabeli nr 1: Najwyższe dopuszczalne stężenia składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia.
- Zmiany zapisów w tabeli nr 1:
  W pkt. 2 azotany (III) – w wodzie przeznaczonej do kuracji pitnej i inhalacji zawartość dopuszczalna: 0,2 mg/l zamiast 0 02mg/l
  W pkt. 5 – bar w wodzie do kuracji pitnej wartość dopuszczalna: 5 mg/dm$^3$
  W pkt. 6 – bor w wodzie do kuracji pitnej 20 mg/dm$^3$
  W pkt. 7 – cyjanki oraz w pkt. 14 – fenole - pominąć wymaganie w przypadku stosowania wody do użytku zewnętrznego.
- Zmiany zapisów w tabeli nr 2:
  Pominąć oznaczanie i limit dla Legionella w wodzie stosowanej do kuracji pitnych

Uzasadnienie proponowanych zmian: dane z aktualnego piśmiennictwa dotyczącego bezpieczeństwa pod względem zdrowotnym pozwalają na liberalizację poprzednich wymagań.

ZAŁĄCZNIK NR 4 – część II:

- Kryteria oceny leczniczych właściwości borowin (a nie peloidów).
  Uzasadnienie: W polskim lecznictwie uzdrowiskowym stosuje wyłącznie borowiny.
- Zmiana definicji:
  Borowiną o właściwościach leczniczych jest surowiec pochodzący ze złoża nie odwodnionego o udokumentowanych zasobach i stopniu humifikacji masy roślinnej co najmniej 30%. Borowiny różnicuje się ze względu na ich genezę na surowce ze złoża typu wysokiego, przejściowego i niskiego.
  Za borowinę przydatną do celów leczniczych uznaje się surowiec spełniający wymagania ogólne, fizykochemiczne i chemiczne zamieszczone w tabeli 1 oraz mikrobiologiczne zamieszczone w tabeli 2.

ZAŁĄCZNIK NR 5 - wzór świadectwa:

Tytuły:

**Świadectwo potwierdzające właściwości lecznicze wody** z ujęcia… (nazwa) w miejscowości… (nazwa)

**Świadectwo potwierdzające właściwości lecznicze borowiny** ze złoża… (nazwa) w miejscowości… (nazwa)

Proponowany układ treści świadectwa:

1) Charakterystyka wody z uwzględnieniem kryteriów klasyfikacji podanych w pkt. 1 zał. nr 4.
2) Wskazanie składników (i ich stężenia) determinujących właściwości biochemiczne oraz oddziaływanie ocenianej wody na organizm człowieka w określonej formie zabiegu.
3) Wskazanie przydatności danego surowca do określonego zabiegu.
4) W przypadku wody leczniczej informacja o tym, jak ocenianą wodę można stosować: per os, zewnętrznie - inhalacja, kąpiel, kąpiel sucha gazowa, płukania.
5) W przypadku borowiny informacja o tym, jak ocenianą borowinę można stosować: zabiegi tradycyjne: kąpiele całkowite/częściowe w gęstej masie, zawijania, okłady lub/oraz zabiegi specjalne: pasta borowinowa, kąpiele zawiesinowe, tampony.
6) Wskazanie ograniczeń do stosowania danego surowca do zabiegów w uzdrowisku lub udostępnianego w opakowaniach jednostkowych wynikających ze stężenia niektórych składników o swoistych właściwościach leczniczych lub potencjalnie szkodliwych przy dłuższym kontakcie.
7) *Wskazanie listy produktów możliwych do wytworzenia na bazie surowca naturalnego, udostępnianych w opakowaniach jednostkowych ze wskazaniem przydatności produktu do realizacji uzupełniających procedur balneologicznych albo wyłącznie w celu kontynowania leczenia w warunkach domowych.

*Należy – na poziomie eksperckim przeanalizować, czy i które produkty lecznicze na bazie surowców naturalnych produkowane lub wytwarzane na terenie uzdrowisk, posiadające stosowne certyfikaty i świadectwa, potwierdzające iż wykonane są na bazie surowców naturalnych mogą być stosowane do realizacji procedur balneologicznych (przy założeniu, że dostępne w uzdrowisku produkty lecznicze nie powinny być brane pod uwagę przy określaniu profilu uzdrowiska, zależnego od właściwości leczniczych posiadanych naturalnych surowców, a nie produktów leczniczych). Wskazane wydanie rekomendacji w tym zakresie przez Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej.

**Wskazanie listy produktów możliwych do wytworzenia na bazie surowca naturalnego, udostępnianych w opakowaniach jednostkowych ze wskazaniem przydatności produktu do ewentualnej realizacji uzupełniających procedur balneologicznych albo wyłącznie w celu kontynowania leczenia w warunkach domowych powinno być literalnie określone w świadectwie potwierdzającym właściwości lecznicze surowca.** Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, istotą leczenia uzdrowiskowego jest wykorzystywanie naturalnych, „nieprzetworzonych" surowców leczniczych. Zgodnie z art. 35 ust. 1i art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych*, naturalnymi surowcami leczniczymi są surowce wydobywane na terenie miejscowości uzdrowiskowych, posiadające specjalne świadectwa potwierdzające ich lecznicze właściwości, wydawane przez uprawnione do tego jednostki. Surowce te określone są wymaganymi prawem świadectwami potwierdzającymi, iż tworzywo wykorzystywane do zabiegów pochodzi z surowca naturalnego, którego właściwości lecznicze zostały potwierdzone

i udokumentowane na podstawie badań potwierdzających te właściwości oraz wykluczających negatywne oddziaływanie na organizm ludzki oraz określającymi wskazania do wykorzystania surowca w lecznictwie uzdrowiskowym. Zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, podmioty lecznicze mogą udzielać świadczeń wyłącznie z wykorzystaniem surowców naturalnych, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone w decyzjach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 i art. 19 ust. 1 pkt 2 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. W zakresie zmian przepisów dotyczących wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie określenia wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego* Dz.U.2012 poz.452), w kontekście eksploatacji naturalnych surowców leczniczych, Zespół rekomenduje:

– w par. 7 „Zakład Przyrodoleczniczy" pkt. 15

Określone dopuszczalne straty gazu (dwutlenku węgla, siarkowodoru czy radonu) w czasie magazynowania oraz transportu wody do stanowisk zabiegowych nie mogą powodować istotnych zmian we właściwościach danej wody. Np. jeżeli w wodzie przy ujęciu oznaczono 1100mg/l dwutlenku węgla, a jego stężenie spadnie tylko o 10% spowoduje to, że nie będzie ona już oceniona jako szczawa. Wskazane jest zatem skorygowanie zapisu w rozporządzeniu w sposób następujący:

> *„w przypadku użytkowania w zakładzie przyrodoleczniczym wód leczniczych, w których rozpuszczone są substancje gazowe, układ instalacji powinien zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych; wysokości strat w instalacji nie powinny przekraczać wartości, powyżej których woda traci swoją charakterystykę;*

– w par. 11 „Tężnie" pkt. 2

Do wytwarzania aerozolu należy dopuścić również stosowanie solanek, które nie posiadają świadectw potwierdzających ich przydatność do zabiegów kuracyjnych. Podstawowym wymogiem dla solanek przydatnych do wytwarzania aerozolu jest ich odpowiednie stężenie i wykluczenie w nich obecności składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia, określonych w załączniku nr 4 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych…* (Dz.U.2006 nr 80 poz. 565). Wskazane jest zatem skorygowanie zapisu w rozporządzeniu w sposób następujący:

> *pkt.2) „do wytwarzania aerozolu leczniczego w tężni powinna być wykorzystywana woda uznana za leczniczą lub solanka niezawierająca składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia";*

– par. 14 „Leczniczy basen kąpielowy"

Indywidualne instrukcje dla poszczególnych obiektów powinny określać wymagania jakościowe i eksploatacyjne oraz zakres i częstotliwość badań kontrolnych wody i powietrza w hali basenowej w zależności od rodzaju wody leczniczej, wielkości obiektu i systemu cyrkulacji wody.

4. Dostęp gminy uzdrowiskowej do naturalnych surowców leczniczych oraz do informacji nt. ich właściwości

Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 36 ust. 1 Ustawy, o potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych występują gminy, które ubiegają się nadanie statusu uzdrowiska. Tymczasem koncesja na eksploatację naturalnych surowców leczniczych nie należy do gminy tylko do podmiotów o różnym statusie własnościowym (spółki Skarbu Państwa, spółki samorządowe, spółki o własności mieszanej, spółki osób fizycznych, działalność gospodarcza), jak też różnym profilu działania (profil leczniczy, tylko rozlewnie wód, profil leczniczy i rozlewnie wód). Zazwyczaj surowce te znajdują się ponadto na terenach prywatnych, do których gmina nie ma dostępu, a których właściciele nie zawsze są zainteresowani współpracą i wykorzystaniem ich surowców w lecznictwie uzdrowiskowym.

Obecnie obowiązujące przepisy nie dają gminom narzędzi umożliwiających dostęp do takich terenów lub prawa do żądania od właścicieli informacji (danych) dotyczących właściwości leczniczych naturalnych surowców znajdujących się na ich terenach. Brak możliwości pozyskania tych danych oznaczać może niemożność występowania o status uzdrowiska czy też o utrzymanie tego statusu.

**Proponuje się wprowadzić uprawnienie gmin do dostępu do terenów, na których występując naturalne surowce lecznicze i żądania od ich właścicieli oraz podmiotów posiadających koncesję na wydobycie nieodpłatnego udostępnienia informacji na temat właściwości naturalnych surowców leczniczych znajdujących się na posiadanych przez nich terenach lub przez nie wydobywanych, na potrzeby potwierdzania właściwości naturalnych surowców leczniczych.**

5. Rekomendacje dotyczące uwzględnienia stanowiska Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej, w kontekście eksploatacji naturalnych surowców leczniczych:

- ✓ **Zespół rekomenduje uwzględnienie stanowiska Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej w sprawie zmian klasyfikacji wód leczniczych** wynikających z obecnego stanu wiedzy. Zgodnie z tym stanowiskiem proponujemy uwzględnienie zmian dotyczących określenia stężenia siarczków w wodach stosowanych w kuracji pitnej do 5-10 mg, kwasów humusowych powyżej 50 mg w stosowaniu zewnętrznym oraz temperatury wody termalnej z 20 na 36 stopni Celsjusza. Zespół pozostawia do dalszej analizy merytorycznej, uwzględniającej także ocenę skutków formalnoprawnych i finansowych dla podmiotów lecznictwa uzdrowiskowego, zarekomendowanie stanowiska ZG PTBiMF w sprawie określenia stężenia siarczków w wodach stosowanych do kąpieli do 50 mg.
- ✓ **Zespół rekomenduje uwzględnienie stanowiska Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej w sprawie zrównania pod względem przydatności do zastosowania do leczenia uzdrowiskowego kąpieli w gazowym dwutlenku węgla pochodzenia naturalnego i sztucznego**, ponieważ działanie tego zabiegu balneologicznego nie zależy od pochodzenia $CO_2$, ale tylko od jego stężenia w urządzeniu zabiegowym.

## 7.2. Ocena właściwości mikroklimatu uzdrowiska

Rekomendacje Zespołu dotyczące zmian Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) oraz aktach wykonawczych do Ustawy w zakresie oceny właściwości mikroklimatu uzdrowiska

W ZAKRESIE OCENY KLIMATU ZESPÓŁ EKSPERTÓW REKOMENDUJE:

1. **rezygnację z określania „właściwości leczniczych" klimatu;**
2. **zastąpienie tego zwrotu określeniem „klimatu bez cech niekorzystnych dla zdrowia ludzkiego";**
3. Zespół rekomenduje również doprecyzowanie zasad pomiarów klimatu w uzdrowiskach oraz zmianę kryteriów oceny klimatu w uzdrowisku według poniżej przedstawionych zasad.

### Badania klimatyczne

✓ Badania klimatyczne powinny się opierać na pomiarach meteorologicznych, obejmujących okres minimum 10 lat poprzedzających wydanie świadectwa. Pomiary muszą charakteryzować podstawowe cechy klimatu: warunki termiczne, wilgotnościowe, solarne, wiatrowe, opadowe. Niezbędne są dane codzienne z rozdzielczością czasową minimum 3 razy na dobę. Stacja meteorologiczna powinna być zainstalowana na obszarze strefy A ochrony uzdrowiskowej. Lokalizacja stacji i jej wyposażenie powinny spełniać podstawowe wymogi Światowej Organizacji Meteorologicznej.

✓ Klimat miejscowości uzdrowiskowej powinien spełniać następujące kryteria:

- *warunki solarne:*
  - co najmniej 1500 godzin rocznie ze słońcem
    lub
  - co najmniej 100 dni rocznie z zachmurzeniem o godzinie 12:00 UTC nie większym niż 50%
    lub
  - suma roczna całkowitego promieniowania słonecznego – co najmniej 3600 MJ $m^{-2}$
- *warunki wilgotnościowe:*
  - nie więcej niż 183 dni w roku z opadem ≥0,1 mm
    oraz
  - nie więcej niż 50 dni w roku z wilgotnością względną powietrza >93% o godzinie 12:00 UTC
- *warunki wiatrowe:*
  - nie więcej niż 150 dni w roku ze średnią dobową prędkością wiatru <2 m $s^{-1}$
    oraz
  - nie więcej niż 70 dni w roku z międzydobowymi zmianami ciśnienia atmosferycznego >8 hPa
- *warunki termiczne:*
  - nie więcej niż 25 dni parnych w roku
    oraz

- nie więcej niż 15 dni w półroczu ciepłym (od kwietnia do września) z silnym i bardzo silnym stresem gorąca o godzinie 12:00 UTC (określonym za pomocą wskaźnika UTCI>32°C)
  oraz
- nie więcej niż 45 dni w półroczu chłodnym (od października do marca) z silnym i bardzo silnym stresem zimna o godzinie 12:00 UTC (określonym za pomocą wskaźnika UTCI<-13°C).

Uzasadnienie rekomendowanych zmian:

Propozycja nowych, uściślonych i uporządkowanych kryteriów jest odpowiedzią na liczne błędy i zbyt daleko idące uogólnienia w kryteriach zawartych w poprzednim rozporządzeniu (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13.04.2006 r., Dz. U. 80, poz. 565). Uwzględnia ona również zmiany w sposobie prowadzenia pomiarów meteorologicznych. Automatyzacja pomiarów meteorologicznych spowodowała zaprzestanie prowadzenia wizualnych obserwacji warunków pogodowych oraz zjawisk meteorologicznych wykonywanych przez obserwatorów np. mgły. Taki stan wymusza wprowadzenie nowych, prostszych kryteriów do oceny wilgotności powietrza (wilgotność względna >93% zamiast dni z mgłą). Podobnie, wycofanie ze stacji meteorologicznych heliografów do pomiaru usłonecznienia wymusza znalezienie kryterium, które pozwoli na ocenę warunków solarnych przy wykorzystaniu innych elementów meteorologicznych (zachmurzenie lub promieniowanie słoneczne, którego pomiar jest znacznie tańszy od pomiaru usłonecznienia). Ocena warunków wiatrowych powinna skupiać się na dniach z ciszą atmosferyczną i małą prędkością wiatru, gdyż w takich warunkach utrudniona jest eliminacja zanieczyszczeń z atmosfery, co pogarsza możliwości i efekty leczenia klimatycznego. Do oceny warunków termicznych, dla których w poprzednim Rozporządzeniu brakowało jakichkolwiek kryteriów liczbowych, proponowane są kryteria wykorzystujące wartości uniwersalnego wskaźnika obciążeń cieplnych UTCI. Wskaźnik UTCI opiera się na analizie bilansu cieplnego człowieka. Jest nowoczesnym i prostym w użyciu narzędziem, które wykorzystuje powszechnie dostępne dane meteorologiczne i najlepiej wyraża łączne oddziaływanie na organizm człowieka temperatury, wilgotności i prędkości wiatru. Do oceny warunków klimatycznych zaproponowano wykorzystanie danych z terminu o godzinie 12:00 UTC (w Polsce jest to godzina 13:00 czasu zimowego i14:00 czasu letniego). Jest on jednym z czterech głównych terminów meteorologicznych, w których dokonywane są pomiary a w bioklimatologii jest traktowany jako termin reprezentujący porę dnia, w której koncentruje się aktywność człowieka (także kuracjuszy) w terenie otwartym. Wszystkie zaproponowane kryteria są oparte na wieloletnim doświadczeniu naukowym i praktycznym pracowników Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN w badaniach klimatu i bioklimatu uzdrowisk.

## Badania jakości powietrza

- ✓ Zespół rekomenduje odejście od obecnej sytuacji, w której ocenę czystości powietrza w uzdrowisku określa się na podstawie pomiarów wykonanych poza uzdrowiskiem. Według opinii zespołu, jeżeli uzdrowisko leży w Strefie (rozporządzenie Ministra Środowiska z 2 sierpnia 2012 r. *w sprawie stref, w których dokonuje się oceny jakości powietrza*, Dz. U. z dnia 10 sierpnia 2012 r, poz. 914), w której w okresie ostatnich trzech lat przed wydaniem świadectwa przekraczane były normy podstawowych zanieczyszczeń powietrza, ocenę jakości powietrza dla uzdrowiska należy poprzedzić roczną serią pomiarów tych zanieczyszczeń, które przekraczają poziom normatywny w danej Strefie. Pomiary powinny

być przeprowadzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 13 września 2012 r. *w sprawie dokonywania oceny poziomów substancji w powietrzu* (Dz. U. z dnia 18 września 2012 r. Poz. 1032). Stacja pomiarowa powinna być zlokalizowana w strefie A ochrony uzdrowiskowej.

Zespół podkreśla fakt, że dbanie o jakość powietrza w uzdrowisku zależne jest nie tylko od możliwości działania lokalnych władz samorządowych, ale również od czynników zewnętrznych które determinują jakość powietrza na terenie całego kraju. Podkreśla się jednak konieczność działań na poziomie lokalnym eliminującym te źródła zanieczyszczeń powietrza, które można zidentyfikować i zmniejszyć lub całkowicie wyeliminować ich wpływ na środowisko.

- ✓ W przypadku klimatu akustycznego zespół rekomenduje przeprowadzenie – w ciągu roku poprzedzającego wydanie świadectwa – co najmniej dwóch serii pomiarów natężenia hałasu w różnych punktach uzdrowiskach. Metoda pomiarowa powinna być zgodna z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 2 października 2007 r. *w sprawie wymagań w zakresie prowadzenia pomiarów w środowisku poziomów substancji lub energii* (Dz. U. Nr 192, poz. 1392). Sonda pomiarowa winna być usytuowana na wysokości 1,5 m nad gruntem. Pomiary powinny być prowadzone w sytuacjach typowych dla funkcjonowania uzdrowiska, z uwzględnieniem natężenia ruchu (w dniach roboczych oraz świątecznych) oraz pory dnia (dniem i nocą). Równolegle z pomiarami natężenia dźwięku należy rejestrować natężenie ruchu samochodowego oraz informacje o wszelkich komunalnych źródłach hałasu w sąsiedztwie każdego miejsca pomiarowego. W ocenie klimatu akustycznego należy uwzględnić wartości normatywne zawarte w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 1 października 2012 r. (Dz. U. z 8 października 2012 r. poz. 1109), a także informacje o źródłach hałasu (naturalne, antropogeniczne), czasie występowania przekroczeń oraz poziomie tła akustycznego.
  Zespół zwraca uwagę, że dotychczasowe normy nie rozróżniały źródła hałasu pochodzącego z takich źródeł jak szum liści na drzewach, świergot ptaków, szum morza i traktowały to źródło dźwięku w ten sposób jak dźwięk ruchu samochodowego w uzdrowisku.
  Ponadto normy hałasu dla strefy „A" ochrony uzdrowiskowej zostały przez ustawodawcę ustalone na znacznie zaniżonym poziomie, w praktyce niemożliwym do spełnienia ze względu na rozległość terenów objętych ochroną (przeciętnie od 70 do 350 ha). Zastosowanie normy w jej aktualnym brzmieniu może uniemożliwiać potwierdzenie spełnienia wymagań, a tym samym zagrozić utrzymaniu statusu uzdrowisk.
  Postuluje się zatem zmianę rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. *w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku* poprzez ograniczenie najbardziej restrykcyjnej normy do terenów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku innej kategorii terenów objętych ww. normą, tj. „terenów szpitali poza miastem". Na pozostałym obszarze strefy „A" uzdrowiska obowiązywałaby norma następna w kolejności, właściwa dla terenów zabudowy mieszkaniowej jednorodzinnej, terenów zabudowy związanej ze stałym lub czasowym pobytem dzieci i młodzieży, terenów domów opieki społecznej oraz terenów szpitali w miastach.

- ✓ W przypadku natężenia pól elektromagnetycznych (PEM) zespół rekomenduje jednorazowy pomiar jego parametrów w roku poprzedzającym wydanie świadectwa, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 12 listopada 2007 r. (Dz. U. Nr 221, poz. 1645).

Podsumowanie:

**Przedstawione powyżej kryteria powinny zastąpić dotychczasowe, zbyt ogólne, określenia cech klimatu o właściwościach leczniczych.** Zespół jednocześnie stwierdza, że niespełnienie któregokolwiek z kryteriów powinno być ewentualną podstawą do wykluczenia prowadzenia pewnych profili leczniczych lub określenia bezwzględnych przeciwskazań do prowadzenia klimatoterapii u niektórych grup kuracjuszy, **nie powinno oznaczać natomiast podstawy do cofnięcia statutu uzdrowiska dla miejscowości.**

✓ Jednym z warunków do otrzymania lub utrzymania statusu uzdrowiska, określonych w art. 34 Ustawy, jest posiadanie klimatu o właściwościach leczniczych, co musi zostać potwierdzone na zasadach określonych w Ustawie. Na gruncie obecnej regulacji klimat o właściwościach leczniczych posiadać muszą wszystkie uzdrowiska – nawet te, w których działania lecznicze prowadzone są przede wszystkim za pomocą naturalnych surowców leczniczych w postaci wód i borowin.

1) Proponuje się zmianę art. 34 Ustawy poprzez doprecyzowanie, że klimatem posiadającym właściwości lecznicze charakteryzować się muszą te uzdrowiska, w których proces leczenia uzdrowiskowego (opisany w kierunkach leczenia uzdrowiskowego) opiera się na leczniczych właściwościach klimatu. W przypadku pozostałych uzdrowisk konieczne byłoby natomiast wykazanie, że posiadany klimat nie wpływa negatywnie na proces leczenia.
2) W powiązaniu z powyższą rekomendacją, proponuje się także odpowiednią zmianę treści delegacji ustawowej w art. 36 ust. 5 oraz zobowiązanie Ministra Zdrowia do wydania nowego rozporządzenia w sprawie określenia zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu.
3) Do czasu wydania nowego rozporządzenia wykonawczego na podstawie art. 36 ust. 5 ustawy, proponuje się dokonanie zmiany w rozporządzeniu obecnie obowiązującym (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r., w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości) poprzez wyraźne dopuszczenie możliwości wykonywania określonych w nim badań także przez jednostki uprawnione do potwierdzania właściwości klimatu i naturalnych surowców leczniczych, o ile tylko badania takie odpowiadać będą wymogom określonym w przepisach prawa.

Zespół rekomenduje ponadto:

— **pilne określenie ram czasowych potrzebnych na uzyskanie poprawy oraz wdrożenie krajowego programu ochrony jakości powietrza w gminach uzdrowiskowych, w celu:**
  a) ograniczenia niskiej emisji, czyli likwidacja uciążliwych pieców grzewczych, szczególnie w uzdrowiskach górskich, umiejscowionych w kotlinach z małym ruchem powietrza i zdolnością jego oczyszczania,
  b) likwidacji źródeł hałasu przemysłowego,
  c) wprowadzenia stref ograniczonego ruchu samochodów w uzdrowiskach;
— **konieczność zweryfikowania ośrodków odpowiedzialnych za badania naturalnych surowców i klimatu:** powinny to być ośrodki kompetentne, z dużym doświadczeniem, które nie tylko wykonają badania, ale umiejętnie je zinterpretują, czyli w praktyce będą dokładnie stosować zasady wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia w tej sprawie.

# 8. Rekomendacje zmian w zakresie wymogów, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego

Synteza prawna

Obowiązująca ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) w art. 5 ust. 3 oraz art. 19 ust. 2 daje delegację Ministrowi Zdrowia do określenia wymagań w rozporządzeniu wykonawczym w następujących artykułach:

- w art. 5 ust. 3

*Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia,* ***wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne****, jakim powinny odpowiadać* ***urządzenia lecznictwa*** *uzdrowiskowego, kierując się wymaganiami określonymi dla tych obiektów oraz standardami przyjętymi* ***w celu zapewnienia efektywności zabiegów i warunków sanitarno-higienicznych oraz uwzględniając ochronę dóbr kultury****, a także zagrożenia geologiczne i górnicze w odniesieniu do wyrobisk górniczych,*

oraz

- w art. 19 ust. 2

*Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia* ***wymagania****, jakim powinny odpowiadać* ***zakłady i urządzenia*** *lecznictwa uzdrowiskowego,* ***kierując się bezpieczeństwem pacjenta i koniecznością zachowania standardów świadczeń opieki zdrowotnej, a także wskazaniami nauki i praktyki.***

Również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz.U. z dnia 29 czerwca 2012 r. Poz. 739) sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w § 13 ust. 2, przywołując art. 6 „ustawy uzdrowiskowej", odsyła do rozporządzenia wykonawczego w sprawie wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 3 i art. 19 ust. 2 tej ustawy.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 „ustawy uzdrowiskowej", **urządzeniami lecznictwa uzdrowiskowego są:** pijalnie uzdrowiskowe, tężnie, parki, ścieżki ruchowe, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe, urządzone podziemne wyrobiska górnicze.
W myśl art. 6 „ustawy uzdrowiskowej" **zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są:** szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Wymagania prawne dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego powinny uwzględniać:

1. specyfikę (odrębność) lecznictwa uzdrowiskowego w stosunku do innych obszarów ochrony zdrowia;
2. celowość i racjonalność (w tym racjonalność kosztową) wymagań, a zatem wpływ skutków określonych wymagań na faktyczną jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na standaryzację usług i bezpieczeństwo pacjenta;
3. ochronę zabytków i dóbr kultury oraz ograniczenia budowlane i techniczne wynikające z tego tytułu;
4. spójność z innymi aktami prawnymi [w szczególności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z dnia 29 czerwca 2012 r. poz. 739)];
5. harmonizację przepisów z rozwiązaniami prawnymi w krajach Unii Europejskiej.

Niejednoznaczne lub wątpliwe racjonalnie określenie niektórych dotychczasowych przepisów (np. dotyczących podłóg w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia lub wymaganych działów zakładu przyrodoleczniczego lub ręczników jednorazowych w węzłach higieniczno-sanitarnych lub lokalizowania i wyposażenia wypoczywalni w ZPL) skutkuje dużą i różną uznaniowością interpretacyjną, stosowaną przez instytucje kontrolujące oraz powoduje nieuzasadnione koszty wobec i tak już skromnych środków przeznaczonych na lecznictwo uzdrowiskowe. Taki stan rzeczy negatywnie wpływa na sytuację prawną, organizacyjną oraz finansową świadczeniodawców uzdrowiskowych.

Należy ponadto zwrócić uwagę, iż zakład przyrodoleczniczy nie posiada wyodrębnionego kodu resortowego w rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku *w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania* (Dz.U. 2012, poz.594), chociaż ustawa *o lecznictwie uzdrowiskowym* wprowadza zakład przyrodoleczniczy jako jeden z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Takie kody natomiast posiadają działy zabiegowe, które znajdują się w zakładzie przyrodoleczniczym (dział balneoterapii – 1330, dział hydroterapii – 1316…). Niezbędne zatem jest wyodrębnienie dla zakładu przyrodoleczniczego kodu resortowego. W dalszych krokach należy ponadto zmodyfikować przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* w celu ujednolicenia pojęcia zakładu przyrodoleczniczego i bazy zabiegowej, jako tego samego miejsca.

Rekomendacje w zakresie zmian zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. z dnia 26 kwietnia 2012 r. poz. 452, ze zmianami Dz.U. z dnia 19 grudnia 2016 r. poz. 2069):

Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:

1. **Wprowadzono definicje pomieszczeń** występujących w rozporządzeniu.

2. Określono „wymagania ogólne” w celu zbiorczego zestawienia wymagań infrastrukturalnych dotyczących wszystkich rodzajów zakładów i urządzeń.
3. W definicji pokoju łóżkowego oraz węzła higieniczno-sanitarnego przy pokoju łóżkowym wykreślono wymóg udostępniania dla pacjentów w pokojach łóżkowych i węzłach higieniczno-sanitarnych przy pokojach ręczników jednorazowego użycia, ponieważ pacjenci szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów otrzymują ręczniki kąpielowe tekstylne. Obligatoryjne stosowanie ręczników jednorazowych w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, które znajdują się przy pokojach łóżkowych, nie znajduje uzasadnienia w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego, szczególnie w sanatorium uzdrowiskowym – nie jest to hospitalizacja obłożnie chorego pacjenta leżącego, któremu czynności lecznicze udzielane są w pokoju, przy łóżku, pokoje łóżkowe pełnią rolę bardziej hotelową, jako miejsce noclegowe oraz miejsce wypoczynku po zabiegach i spacerach, dlatego powinno się dopuścić stosowanie ręczników tekstylnych.
4. W definicji stanowiska wzmożonego nadzoru kardiologicznego uwzględniono możliwość wykorzystania butli z tlenem: wyposażenie stanowiska wzmożonego nadzoru kardiologicznego w zestaw do tlenoterapii prowadzonej przy użyciu butli z tlenem jest w warunkach szpitala uzdrowiskowego rozwiązaniem w zupełności wystarczającym, stosowanym obecnie w większości placówek, spełnia ono wszelkie standardy medyczne.
5. Ze względu na dotychczasowe rozbieżności interpretacyjne, w wymaganiach ogólnych doprecyzowano, których pomieszczeń może dotyczyć odstępstwo od wymogu określającego, iż „podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję”; odstępstwo zdaniem rekomendujących powinno dotyczyć w szczególności – ze względu na charakter realizowanych świadczeń – pokoi zlokalizowanych w sanatoriach uzdrowiskowych. Pokoje łóżkowe, szczególnie w przypadku obiektów sanatoryjnych, pełnią funkcję w szczególności pobytowe (noclegowe) – skoro dopuszcza się użycie w nich firan, zasłon, łóżek oraz krzeseł tapicerowanych, itp., to należy w pokojach łóżkowych dopuścić do użytku również tzw. „dywanowe” wykładziny podłogowe.
6. Szpital uzdrowiskowy:
   - określono wymóg zapewnienia w szpitalu uzdrowiskowym dostępu do zakładu przyrodoleczniczego (ZPL) w celu powiązania funkcjonowania i/lub tworzenia szpitala w oparciu o ZPL,
   - dopuszczono możliwość posiadania wspólnych gabinetów medycznych dla całego zakładu (rozwiązanie zasadne np. w przypadku, gdy w obiekcie szpitala uzdrowiskowego zlokalizowany jest jednocześnie ZPL lub pododdział sanatoryjny: koszty tworzenia i utrzymywania zdublowanych gabinetów medycznych w każdym z tych zakładów wydają się nie mieć uzasadnienia),
   - określono wymagania dostosowania szpitala uzdrowiskowego dla osób niepełnosprawnych, w tym zaproponowano zastąpienie nieuzasadnionego, zdaniem rekomendujących, wymogu lokalizowania w szpitalu pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dostępnych dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich przy pokojach łóżkowych lub zbiorowych na każdym piętrze, określeniem wymaganego odsetka dostosowanych miejsc w pokojach i węzłach higieniczno-sanitarnych, bez określania, na której kondygnacji miejsca powinny być zlokalizowane.
7. Sanatorium uzdrowiskowe:

- określono wymóg zapewnienia w sanatorium dostępu do zakładu przyrodoleczniczego (ZPL) w celu powiązania funkcjonowania i/lub tworzenia sanatorium uzdrowiskowego w oparciu o ZPL,
- doprecyzowano wymagania dostosowania sanatorium dla osób niepełnosprawnych.

8. Szpital uzdrowiskowy dla dzieci
   - określono wymóg uwzględnienia potrzeb dzieci w infrastrukturze szpitala,
   - posiadanie sali kinezyterapii jest obligatoryjne dla zakładu przyrodoleczniczego, zatem dublowanie wymogu, zdaniem rekomendujących, nie ma uzasadnienia – przepis skorygowano.
9. Sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci:
   - określono wymóg uwzględnienia potrzeb dzieci w infrastrukturze sanatorium.
10. Przychodnia uzdrowiskowa:
    - określono wymóg zapewnienia w przychodni dostępu do zakładu przyrodoleczniczego (ZPL) w celu powiązania funkcjonowania i/lub tworzenia przychodni uzdrowiskowej w oparciu o ZPL,
    - określono wymagania dostosowania przychodni dla osób niepełnosprawnych,
    - dopuszczono możliwość wspólnych węzłów komunikacyjnych dla przychodni uzdrowiskowej oraz innych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (przychodnia uzdrowiskowa jest lokalizowana najczęściej w jednym obiekcie z ZPL).
11. Zakład przyrodoleczniczy (ZPL):
    - w związku z dotychczasowymi wątpliwościami interpretacyjnymi dotyczącymi działów (a także pomieszczeń i wyposażenia) w zakładzie przyrodoleczniczym, niezbędnych do prowadzenia w ZPL „odpowiedniego kierunku leczniczego", zaproponowano uogólnienie treści rozporządzenia w tym zakresie; zdaniem rekomendujących doprecyzowanie wymogów w tym zakresie powinno być określone przez zespół ekspercki w ramach ustalanych „standardów" m.in. określających minimum infrastruktury ZPL niezbędnej dla prawidłowej i kompleksowej realizacji świadczeń w poszczególnych kierunkach leczniczych;
    - doprecyzowano wymogi infrastrukturalne i/lub dotyczące jakości powietrza w pomieszczeniach fizykoterapii, masażu, kinezyterapii i balneoterapii, w celu ujednolicenia wymogów z innymi przepisami lub Polskimi Normami,
    - zróżnicowano wymóg lokalizowania odrębnych wypoczywalni w ZPL dla obiektów „wolnostojących" (stanowiących samodzielny budynek albo zespół budynków), gdzie taki wymóg ma uzasadnienie, a ZPL zlokalizowanych w innych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w których pacjenci mogą wypoczywać po zabiegach w systemie „wanna-łóżko" i w których lokalizowanie odrębnych wypoczywalni z miejscami leżącymi nie ma uzasadnienia,
    - zastąpiono wymóg lokalizowania w ZPL oddzielnych sal wypoczynkowych dla kobiet i mężczyzn, wymogiem udostępnienia jednego pomieszczenia (koedukacyjnego),
    - uaktualniono wymogi dotyczące rodzaju i ilości miejsc wypoczynkowych w ZPL (sale wypoczynkowe organizowane wg obecnie obowiązujących wymogów nie są wykorzystywane, a koszty tworzenia i utrzymywania takich sal, zdaniem rekomendujących, nie mają uzasadnienia: zatem szczegółowe określanie ilości leżanek oraz powierzchni jednostkowych nie jest uzasadnione),
    - uaktualniono wymogi dotyczące rodzaju gabinetów medycznych wymaganych w ZPL,

- w wielu zakładach przyrodoleczniczych stosuje się zabiegi parafinowe – w pomieszczeniach kuchni parafinowych jest także niezbędna wentylacja nawiewno-wywiewna,
- warunkiem skutecznego działania wód leczniczych jest zachowanie ich odpowiedniego składu, który determinuje zakwalifikowanie wody do określonej grupy – wody, które posiadają w źródle ilość składnika na dolnym poziomie normy, po stratach przesyłowych na poziomie 20-30% mogą utracić swoją charakterystykę, dlatego - zdaniem rekomendujących, układ instalacji powinien zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych; wysokości strat w instalacji nie powinny przekraczać wartości, powyżej których woda traci swoją charakterystykę.

12. Szpital uzdrowiskowy w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym:
    - doprecyzowano wymogi dla szpitala uzdrowiskowego w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym, pod względem określenia, które pomieszczenia i urządzenia powinny być dostępne w wyrobisku podziemnym, a które w obiektach naziemnych.
13. Sanatorium uzdrowiskowe w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym:
    - doprecyzowano wymogi dla sanatorium uzdrowiskowego w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym, pod względem określenia, które pomieszczenia i urządzenia powinny być dostępne w wyrobisku podziemnym, a które w obiektach naziemnych.
14. Pijalnia uzdrowiskowa:
    - doprecyzowano wymóg dotyczący posiadania instalacji do podgrzewania wody do temperatury zalecanej przez lekarza oraz urządzeń do kontrolowania temperatury wody, w przypadkach, gdy woda jest i/lub powinna być zalecana przez lekarza w temperaturze innej, niż naturalna – zasadność obowiązywania wymogu zależy od rodzaju wody stosowanej do krenoterapii;
    - określono wymagania dla tzw. punktów czerpalnych wody leczniczej: wiele podmiotów dysponuje tzw. punktami czerpalnymi, zlokalizowanymi w budynku szpitala lub sanatorium uzdrowiskowego lub ZPL, które nie mieszczą się w pojęciu pijalni uzdrowiskowej – wskazane jest zatem, zdaniem rekomendujących, określenie minimalnych wymagań dla tego typu punktów.
15. Tężnia:
    - Jako że podstawowym wymogiem dla solanek przydatnych do wytwarzania aerozolu jest ich odpowiednie stężenie i wykluczenie w nich obecności składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia, do wytwarzania aerozolu należy dopuścić również stosowanie solanek, które nie posiadają świadectw potwierdzających ich przydatność do zabiegów kuracyjnych – przepis skorygowano odpowiednio.
    - Przywołany w paragrafie 11 omawianego rozporządzenia artykuł 36 ustawy dotyczy tylko naturalnych surowców leczniczych - wód i borowin oraz klimatu, a nie aerozolu wytwarzanego z określonego rodzaju wód – zasady wydania „świadectwa" dla tężni, a ściślej wytwarzanego na nich aerozolu powinien zatem określać odrębny artykuł ustawy lub jej aktu wykonawczego. W aktach tych mogą być uwzględnione propozycje i wymagania oparte na dotychczasowych wynikach badań wykonanych w strefie okołotężniowej w Ciechocinku, Inowrocławiu, Konstancinie, a także Gołdapi, opublikowane w piśmiennictwie balneologicznym.
    - Poza powyższym i poza korektą dotyczącą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian.
16. Park i ścieżki ruchowe:

- poza korektą dotyczącą dopuszczenia lokalizowania na terenie parku siłowni plenerowych oraz korektą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian.

17. Urządzony odcinek wybrzeża morskiego:
    - poza korektą dotyczącą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian.
18. Leczniczy basen uzdrowiskowy:
    - zastąpiono wymóg lokalizowania oddzielnych szatni dla kobiet i mężczyzn, wymogiem udostępnienia pomieszczenia koedukacyjnego oraz indywidualnych przebieralni,
    - skorygowano wymóg dotyczący sprzętu do ćwiczeń dla basenów leczniczych, w których wykonywane są wyłącznie kąpiele lecznicze (bez ćwiczeń), ponieważ sprzęt do ćwiczeń jest w takich przypadkach zbędny,
    - określono wymogi dotyczące jakości wody oraz jakości powietrza w pomieszczeniu hali basenowej w odniesieniu do regulujących te zagadnienie obowiązujących przepisów odrębnych,
    - skorygowano wymóg określający głębokość basenu: baseny w zakładach przyrodoleczniczych łączą zwykle funkcje leczniczą z rekreacyjną, najczęściej służą one zarówno dzieciom jak i pacjentom dorosłym, ustalenie granicy od 0,6m do 0,75m dla dzieci wydaje się być nieracjonalne, również z tego powodu, że w uzdrowiskach leczone są dzieci od 3 do 18 roku życia, natomiast głębokość 1,35m jest niewystarczająca także dla osób dorosłych o wzroście powyżej 1,6m,
    - wykreślono wymóg dotyczący obecności fizjoterapeuty oraz ratownika w trakcie korzystania z basenu, ponieważ przedmiotowe rozporządzenie określa wymogi infrastrukturalne, a zatem, zdaniem rekomendujących, wymogi personalne (dotyczące personelu obsługującego zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego) powinny być określane w przepisach odrębnych.
19. Rehabilitacyjny basen uzdrowiskowy:
    - ujednolicono wymóg dostępności basenu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych, z wymogiem jak dla basenów leczniczych, co umożliwi wykorzystywanie na basenach rehabilitacyjnych, zamiast obligatoryjnych pochylni, podnośników basenowych hydraulicznych umożliwiających korzystanie z basenu przez osoby niepełnosprawne.
20. Urządzone podziemne wyrobisko górnicze:
    - poza korektą dotyczącą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian.
21. Przy uwzględnieniu ochrony zabytków i dóbr kultury oraz ograniczeń budowlanych i technicznych wynikających z tego tytułu, w nawiązaniu do art. 5 ust.3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*, dopuszczono możliwość uzyskania odstępstwa od określonych wymagań dla zakładów i/lub urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w obrębie obiektu wpisanego do rejestru zabytków i/lub objętego ochroną konserwatorską, po otrzymaniu zgody od uprawnionych organów, na podstawie odrębnych przepisów.
22. Wydłużenie terminu na spełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu do 31.12.2021 roku umożliwi zakończenie kosztownych działań przystosowawczych, przy możliwości pozyskania przez świadczeniobiorców środków z Funduszy Europejskich dostępnych w perspektywie finansowej 2014-2020.

ZDANIEM REKOMENDUJĄCYCH NA POZIOMIE EKSPERCKIM NALEŻY:

- ✓ doprecyzować wymogi w zakresie minimum infrastruktury zakładu przyrodoleczniczego (działy zabiegowe, pomieszczenia, wyposażenie) niezbędnej dla prawidłowej i kompleksowej realizacji świadczeń w poszczególnych (uaktualnionych) kierunkach leczniczych;

Szczegółowe rekomendacje w zakresie zmian zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. z dnia 26 kwietnia 2012 r. poz. 452, ze zmianami Dz.U. z dnia 19 grudnia 2016 r. poz. 2069):

| Dotychczasowa treść rozporządzenia: | Rekomendowana treść rozporządzenia po zmianach: |
|---|---|
| Na podstawie art. 5 ust. 3 oraz art. 19 ust. 2 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.) zarządza się, co następuje: | Na podstawie art. 5 ust. 3 oraz art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 879) zarządza się, co następuje: |
| § 1. Rozporządzenie określa:<br>1) wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady lecznictwa uzdrowiskowego;<br>2) wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne, jakim powinny odpowiadać urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego. | § 1. Rozporządzenie określa:<br>1) wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady lecznictwa uzdrowiskowego;<br>2) wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne, jakim powinny odpowiadać urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Treść paragrafu pozostawiono bez zmian |
| | § 1a. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:<br>1) pokój łóżkowy – pomieszczenie dla pacjentów wyposażone w łóżko/a jednoosobowe, stół jeden na pokój, krzesła jedno na osobę, szafę ubraniową, umywalkę z zimną i ciepłą wodą oraz pojemnik na odpadki; wymaganie dotyczące umywalki oraz pojemnika uważa się za spełnione w przypadku, gdy przy pokoju zlokalizowane jest pomieszczenie higieniczno-sanitarne;<br>2) izolatka – pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia pacjenta lub grupy pacjentów, chorych na chorobę zakaźną albo podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;<br>3) pomieszczenie higieniczno-sanitarne przy pokojach łóżkowych – pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową, |

| | |
|---|---|
| | umywalkę, natrysk oraz pojemnik na odpadki;<br>4) pomieszczenie higieniczno-sanitarne zbiorowe – pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową, uchwyty zapewniające bezpieczeństwo przy korzystaniu z toalety, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na odpadki;<br>5) pomieszczenie porządkowe – pomieszczenie służące do przechowywania sprzętu stosowanego do utrzymania czystości, środków czystości, preparatów myjąco-dezynfekcyjnych oraz do zbierania brudnej bielizny i odpadów, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;<br>6) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – pomieszczenie służące do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym zaopatrzone w leki pierwszej pomocy i zestaw do udzielania pierwszej pomocy;<br>7) stanowisko wzmożonego nadzoru kardiologicznego - wyodrębnione pomieszczenie z możliwością prowadzenia stałego nadzoru, w szczególności zapewniające pracownikom możliwość obserwacji pacjenta, wyposażone w: co najmniej jedno antystatyczne łóżko do intensywnej terapii dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, kardiomonitor przy każdym łóżku, aparat EKG, instalacje gazów medycznych lub butle z tlenem, zestaw do reanimacji w skład którego wchodzą co najmniej defibrylator oraz zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny), elektryczne urządzenie do ssania. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Rekomendacja wprowadza definicję pomieszczeń występujących w rozporządzeniu, bez konieczności powtarzania treści w dalszej części aktu.<br>2. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń |

| | |
|---|---|
| | zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– w definicji pokoju łóżkowego oraz węzła higieniczno-sanitarnego przy pokoju łóżkowym wykreślono wymóg udostępniania dla pacjentów w pokojach łóżkowych i węzłach higieniczno-sanitarnych przy pokojach ręczników jednorazowego użycia, ponieważ pacjenci szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów otrzymują ręczniki kąpielowe tekstylne; obligatoryjne stosowanie ręczników jednorazowych w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, które znajdują się przy pokojach łóżkowych, nie znajduje uzasadnienia w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego, szczególnie w sanatorium uzdrowiskowym – nie jest to hospitalizacja obłożnie chorego pacjenta leżącego, któremu czynności lecznicze udzielane są w pokoju, przy łóżku, pokoje łóżkowe pełnią rolę bardziej hotelową, jako miejsce noclegowe oraz miejsce wypoczynku po zabiegach i spacerach, dlatego powinno się dopuścić stosowanie ręczników tekstylnych;<br>– w definicji stanowiska wzmożonego nadzoru kardiologicznego uwzględniono możliwość wykorzystania butli z tlenem: wyposażenie stanowiska wzmożonego nadzoru kardiologicznego w zestaw do tlenoterapii prowadzonej przy użyciu butli z tlenem jest w warunkach szpitala uzdrowiskowego rozwiązaniem w zupełności wystarczającym, stosowanym obecnie w większości placówek, spełnia ono wszelkie standardy medyczne. |
| | § 1b. Wymagania ogólne:<br>1) podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, z wyłączeniem pokoi łóżkowych, powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję;<br>2) ściany wokół umywalek i zlewozmywaków powinny być wykończone w sposób zabezpieczający ścianę przed zawilgoceniem;<br>3) w pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego;<br>4) pokoje łóżkowe nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku; |

| | |
|---|---|
| | 5) dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku pomieszczeń o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;<br>6) gabinety lekarskie oraz gabinety diagnostyczno-zabiegowe wyposaża się w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na odpadki;<br>7) pomieszczenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwiać ich mycie i dezynfekcję;<br>8) instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji powinny podlegać okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta; dokonanie tych czynności powinno być udokumentowane. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. W rekomendacji określono „wymagania ogólne" w celu zbiorczego zestawienia wymagań infrastrukturalnych dotyczących wszystkich rodzajów zakładów i urządzeń.<br>2. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– ze względu na dotychczasowe rozbieżności interpretacyjne, w wymaganiach ogólnych doprecyzowano, których pomieszczeń może dotyczyć odstępstwo od wymogu określającego, iż „podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję"; odstępstwo zdaniem rekomendujących powinno dotyczyć w szczególności – ze względu na charakter realizowanych świadczeń – pokoi zlokalizowanych w sanatoriach uzdrowiskowych; pokoje łóżkowe, szczególnie w przypadku obiektów sanatoryjnych, pełnią funkcję w szczególności pobytowe (noclegowe) – skoro |

| | |
|---|---|
| | dopuszcza się użycie w nich firan, zasłon, łóżek oraz krzeseł tapicerowanych, itp., to należy w pokojach łóżkowych dopuścić do użytku również tzw. „dywanowe” wykładziny podłogowe. |
| § 2. Szpital uzdrowiskowy powinien odpowiadać następującym wymaganiom:<br>1) powinien stanowić samodzielny budynek, zespół budynków lub wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, położony w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej;<br>2) pokoje łóżkowe powinny być wyposażone w system sygnalizacji przywoławczej;<br>3) oddział szpitalny w szpitalu uzdrowiskowym powinien składać się z zespołów pomieszczeń pielęgnacyjnych i ogólnych; pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla całego szpitala;<br>4) w skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych powinny wchodzić co najmniej:<br>a) pokoje łóżkowe wyposażone co najmniej w umywalkę z zimną i ciepłą wodą oraz pojemniki na odpadki; wymaganie dotyczące umywalki uważa się za spełnione w przypadku, gdy przy pokoju zlokalizowane jest pomieszczenie higieniczno-sanitarne,<br>b) gabinet lekarski,<br>c) punkt pielęgniarski,<br>d) gabinet zabiegowy,<br>e) pomieszczenia higieniczno-sanitarne pacjentów przy pokojach łóżkowych lub zbiorowe, wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki oraz natrysk, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie na piętrze powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>5) w skład zespołu pomieszczeń ogólnych powinny wchodzić co najmniej:<br>a) pokoje pracowników medycznych i administracyjnych – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu,<br>c) pomieszczenie służące do przechowywania środków czystości oraz | § 2. Szpital uzdrowiskowy powinien odpowiadać następującym wymaganiom:<br>1) być położony w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej;<br>2) stanowić samodzielny budynek albo zespół budynków albo wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;<br>3) zapewniać pacjentom dostęp do zakładu przyrodoleczniczego;<br>4) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich, dostęp do bazy lokalowej, zabiegowej i żywieniowej (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych z wyjątkiem schodołazów);<br>5) oddział szpitalny w szpitalu uzdrowiskowym powinien składać się z zespołów pomieszczeń pielęgnacyjnych i ogólnych; gabinety lekarskie, punkty pielęgniarskie i gabinety diagnostyczno – zabiegowe oraz pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla całego zakładu;<br>6) w skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych powinny wchodzić co najmniej:<br>a) gabinet lekarski,<br>b) punkt pielęgniarski,<br>c) gabinet diagnostyczno - zabiegowy,<br>d) pokoje łóżkowe,<br>e) pomieszczenia higieniczno-sanitarne przy pokojach łóżkowych lub pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe wyposażone dodatkowo w natrysk (w ilości dostosowanej do liczby miejsc w pokojach łóżkowych);<br>7) w szpitalach prowadzących leczenie o profilu choroby kardiologiczne i nadciśnienie powinno znajdować się stanowisko wzmożonego nadzoru kardiologicznego;<br>8) pokoje łóżkowe powinny być wyposażone w system sygnalizacji przywoławczej;<br>9) przynajmniej jeden pokój łóżkowy oraz jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na |

| | |
|---|---|
| preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, również do zbierania brudnej bielizny i odpadów, wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, zwane dalej „pomieszczeniem porządkowym”,<br>d) jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów;<br>6) podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, powinny być wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych;<br>7) ściany wokół umywalek i zlewozmywaków powinny być wykończone w sposób zabezpieczający ścianę przed zawilgoceniem;<br>8) w szpitalach prowadzących leczenie w zakresie kardiologii powinno znajdować się stanowisko wzmożonego nadzoru kardiologicznego w wyodrębnionym pomieszczeniu z możliwością prowadzenia stałego nadzoru, w szczególności zapewniające pracownikom możliwość obserwacji pacjenta, wyposażone w:<br>a) co najmniej jedno antystatyczne łóżko do intensywnej terapii dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych,<br>b) zestaw do reanimacji, w skład którego wchodzą co najmniej:<br>– defibrylator,<br>– elektryczne urządzenie do ssania,<br>– zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny),<br>c) instalacje gazów medycznych,<br>d) kardiomonitor przy każdym łóżku. | wózkach inwalidzkich; w oddziałach szpitalnych o profilach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne oraz choroby neurologiczne 10% miejsc w pokojach łóżkowych i pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych powinno być dostępnych dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>10) w skład zespołu pomieszczeń ogólnych powinny wchodzić co najmniej:<br>a) pokoje pracowników medycznych i administracyjnych – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>c) pomieszczenia porządkowe – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>d) jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Tekst paragrafu przeredagowano w celu ustalenia ciągu logicznego kolejnych punktów.<br>2. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej: |

| | |
|---|---|
| | – określono wymóg zapewnienia w szpitalu uzdrowiskowym dostępu do zakładu przyrodoleczniczego (ZPL) w celu powiązania funkcjonowania i/lub tworzenia szpitala w oparciu o ZPL,<br>– dopuszczono możliwość posiadania wspólnych gabinetów medycznych dla całego zakładu (rozwiązanie zasadne np. w przypadku, gdy w niewielkim obiekcie szpitala uzdrowiskowego zlokalizowany jest jednocześnie ZPL lub pododdział sanatoryjny: koszty tworzenia i utrzymywania zdublowanych gabinetów medycznych w każdym z tych zakładów wydają się nie mieć uzasadnienia),<br>– określono wymagania dostosowania szpitala uzdrowiskowego dla osób niepełnosprawnych, w tym zaproponowano zastąpienie nieuzasadnionego wymogu lokalizowania w szpitalu pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dostępnych dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich przy pokojach łóżkowych lub zbiorowych na każdym piętrze, określeniem wymaganego odsetka dostosowanych miejsc w pokojach i węzłach higieniczno-sanitarnych, bez określania, na której kondygnacji miejsca powinny być zlokalizowane. |
| § 3. Sanatorium uzdrowiskowe powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 2 pkt 1 i 4–7; w sanatorium uzdrowiskowym nie ma obowiązku podziału pomieszczeń na ogólne i pielęgnacyjne. | § 3. Sanatorium uzdrowiskowe powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 2 pkt 1-3, 6 i 10, a ponadto następującym wymaganiom:<br>1) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich dostęp do bazy lokalowej, zabiegowej i żywieniowej w sanatorium uzdrowiskowym o profilach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne oraz choroby kardiologiczne i nadciśnienie (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych, z wyjątkiem schodołazów);<br>2) przynajmniej jeden pokój łóżkowy oraz jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich. |

| | |
|---|---|
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– określono wymóg zapewnienia w sanatorium dostępu do zakładu przyrodoleczniczego (ZPL) w celu powiązania funkcjonowania i/lub tworzenia sanatorium uzdrowiskowego w oparciu o ZPL,<br>– doprecyzowano wymagania dostosowania sanatorium dla osób niepełnosprawnych. |
| § 4. Szpital uzdrowiskowy dla dzieci powinien odpowiadać wymaganiom określonym w § 2, a ponadto następującym wymaganiom:<br>1) w skład szpitala uzdrowiskowego dla dzieci powinny wchodzić następujące pomieszczenia:<br>a) separatka,<br>b) co najmniej:<br>– jedna świetlica dla dzieci,<br>– jedna sala szkolna,<br>– jeden pokój do samodzielnej pracy dla dzieci,<br>– jedna sala kinezyterapii,<br>– jeden pokój dla nauczycieli;<br>2) w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci powinno zapewnić się sale wydzielone ze względu na przedział wiekowy i płeć dzieci;<br>3) wyposażenie szpitala uzdrowiskowego dla dzieci, w szczególności gniazda wtykowe elektryczne, okna, krany z gorącą wodą, poręcze, powinno być odpowiednio zabezpieczone;<br>4) w oddziale dziecięcym powinno zapewnić się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka;<br>5) układ funkcjonalny szpitala uzdrowiskowego dla dzieci powinien zapewniać możliwość izolowania poszczególnych oddziałów;<br>6) szpital uzdrowiskowy dla dzieci powinien posiadać wydzielony i ogrodzony teren do zajęć ruchowych. | § 4. Szpital uzdrowiskowy dla dzieci powinien odpowiadać wymaganiom określonym w § 2, **z** uwzględnieniem potrzeb zakwaterowania dzieci, a ponadto następującym wymaganiom:<br>1) w skład szpitala uzdrowiskowego dla dzieci powinny wchodzić następujące pomieszczenia:<br>a) izolatka,<br>b) co najmniej:<br>– jedna świetlica (pokój zabaw) dla dzieci z wyposażeniem,<br>– jedna sala szkolna,<br>– jeden pokój do samodzielnej pracy dla dzieci,<br>– jeden pokój dla nauczycieli;<br>2) w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci powinno zapewnić się sale łóżkowe wydzielone ze względu na przedział wiekowy i płeć dzieci;<br>3) wyposażenie szpitala uzdrowiskowego dla dzieci, w szczególności gniazda wtykowe elektryczne, okna, krany z gorącą wodą, poręcze, powinno być odpowiednio zabezpieczone;<br>4) w oddziale dziecięcym powinno zapewnić się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka;<br>5) układ funkcjonalny szpitala uzdrowiskowego dla dzieci powinien zapewniać możliwość izolowania poszczególnych oddziałów;<br>6) szpital uzdrowiskowy dla dzieci powinien posiadać wydzielony i ogrodzony teren do zajęć ruchowych. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Określono wymóg uwzględnienia potrzeb dzieci w infrastrukturze szpitala. |

| | |
|---|---|
| | 2. Posiadanie sali kinezyterapii jest obligatoryjne dla zakładu przyrodoleczniczego, zatem dublowanie wymogu, zdaniem rekomendujących, nie ma uzasadnienia – przepis skorygowano. |
| § 5. Sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 3 oraz w § 4 pkt 1–4 i 6. | § 5. Sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 3, z uwzględnieniem potrzeb zakwaterowania dzieci, oraz w § 4 pkt 1–4 i 6. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Określono wymóg uwzględnienia potrzeb dzieci w infrastrukturze sanatorium. |
| § 6. Przychodnia uzdrowiskowa powinna odpowiadać wymaganiom określonym w § 2 pkt 6 i 7, a ponadto następującym wymaganiom:<br>1) stanowić samodzielny budynek, zespół budynków lub być urządzona w budynku o innym przeznaczeniu pod warunkiem całkowitej izolacji przychodni od użytkowników w budynkach użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego i indywidualnego, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;<br>2) w skład przychodni uzdrowiskowej powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:<br>a) gabinet lekarski,<br>b) gabinet zabiegowy. | § 6. Przychodnia uzdrowiskowa powinna odpowiadać następującym wymaganiom:<br>1) być położona w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;<br>stanowić samodzielny budynek albo zespół budynków albo być urządzona w budynku o innym przeznaczeniu pod warunkiem całkowitej izolacji przychodni od użytkowników w budynkach użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego i indywidualnego, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników albo być urządzona w innym zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego pod warunkiem zachowania rozdzielności czasowej udzielania świadczeń dla pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych;<br>2) zapewniać pacjentom dostęp do zakładu przyrodoleczniczego;<br>3) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo dostęp do przychodni uzdrowiskowej o profilach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne oraz choroby kardiologiczne i nadciśnienie (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych, z wyjątkiem schodołazów);<br>4) zapewniać pacjentom dostęp do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego zbiorowego – co najmniej jednego pomieszczenia, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>5) w skład przychodni uzdrowiskowej powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:<br>a) gabinet lekarski; |

| | |
|---|---|
| | b) gabinet diagnostyczno-zabiegowy. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– określono wymóg zapewnienia w przychodni dostępu do zakładu przyrodoleczniczego (ZPL) w celu powiązania funkcjonowania i/lub tworzenia przychodni uzdrowiskowej w oparciu o ZPL,<br>– określono wymagania dostosowania przychodni dla osób niepełnosprawnych,<br>– dopuszczono możliwość wspólnych węzłów komunikacyjnych dla przychodni uzdrowiskowej oraz innych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (przychodnia uzdrowiskowa jest lokalizowana najczęściej w jednym obiekcie z ZPL). |
| § 7. Zakład przyrodoleczniczy powinien odpowiadać następującym wymaganiom:<br>1) posiadać oddziały zabiegowe odpowiednie do prowadzonego w nim kierunku leczniczego;<br>2) w skład zakładu przyrodoleczniczego powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:<br>a) gabinety lekarskie, punkty pielęgniarskie oraz pomieszczenia zabiegowe zaopatrzone w leki pierwszej pomocy i zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej,<br>b) sala kinezyterapii stanowiąca odrębne pomieszczenie z następującym wyposażeniem:<br>– drabinki rehabilitacyjne,<br>– piłki lekarskie, sensoryczne oraz gimnastyczne z uchwytami,<br>– taśmy do ćwiczeń,<br>– trenery dłoni,<br>– rzemień rehabilitacyjny,<br>– skakanki,<br>– materace gimnastyczne,<br>c) sale do terapii indywidualnej z następującym wyposażeniem:<br>– stół rehabilitacyjny,<br>– uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego lub inny system spełniający jego funkcje, | § 7. Zakład przyrodoleczniczy powinien odpowiadać następującym wymaganiom:<br>1) być położony w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej;<br>2) stanowić samodzielny budynek albo zespół budynków powiązanych funkcjonalnie albo wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;<br>3) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo dostęp do bazy zabiegowej (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych, z wyjątkiem schodołazów);<br>4) posiadać działy zabiegowe, pomieszczenia i wyposażenie odpowiednie do prowadzonych w nim kierunków leczniczych oraz stosowanych naturalnych surowców leczniczych, wykorzystywanych w/do:<br>a) balneoterapii: wanny do kąpieli leczniczych i/lub basen leczniczy i/lub inhalatoria do inhalacji z leczniczych wód mineralnych,<br>b) peloidoterapii: wanny do kąpieli peloidowych i/lub stanowiska do zawijań i /lub okładów peloidowych,<br>c) hydroterapii: wanny i/lub natryski i/lub basen rehabilitacyjny,<br>d) termoterapii: zestaw do kriostymulacji parami azotu lub CO2 i/lub zestaw do zminolecznictwa schłodzonym |

– rotory do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych,
– stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki,
– cykloergometr lub bieżnia ruchoma,
d) gabinet masażu leczniczego, stanowiący odrębne pomieszczenie;

3) w zależności od kierunku leczniczego oraz dostępnych naturalnych surowców leczniczych w zakładzie przyrodoleczniczym powinny znajdować się co najmniej urządzenia wykorzystywane w:
a) balneoterapii:
– baseny i wanny do kąpieli leczniczych,
– inhalatoria do inhalacji z leczniczych wód mineralnych,
b) peloidoterapii,
c) hydroterapii:
– wanny,
– natryski,
– baseny rehabilitacyjne,
d) termoterapii:
– zestaw do kriostymulacji parami azotu lub $CO_2$,
– komora kriogeniczna niskotemperaturowa z zakresem uzyskiwanych temperatur od –120ºC do –180ºC z możliwością obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu,
e) fototerapii:
– lampa do naświetlań promieniowaniem podczerwonym lub ultrafioletowym,
– zestaw do biostymulacji laserowej użytkowany z zachowaniem wymagań i zaleceń zgodnych z właściwą Polską Normą,
f) fizykoterapii:
– zestaw do elektroterapii z osprzętem,
– zestaw do magnetoterapii,
– zestaw do ultradźwięków, z wyłączeniem w przypadku zakładu przyrodoleczniczego dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;

4) posiadać co najmniej jedną salę wypoczynkową umożliwiającą wypoczynek po zabiegach, odpowiednio do rodzajów i liczby stanowisk zabiegowych, wykorzystywanych przez pacjentów oraz przy uwzględnieniu następujących wskazań:
a) przy kąpielach mineralnych liczba leżanek powinna być co najmniej równa liczbie stanowisk zabiegowych,
b) przy kąpielach i zawijalniach peloidowych liczba leżanek powinna być

powietrzem i/lub urządzenie do niskotemperaturowej krioterapii ogólnoustrojowej z zakresem uzyskiwanych temperatur od - 120º do - 180º z możliwością obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu;
e) fototerapii: lampa do naświetlań promieniowaniem podczerwonym lub ultrafioletowym i/lub zestaw do biostymulacji laserowej,
f) fizykoterapii: zestaw do elektroterapii z osprzętem i/lub zestaw do magnetoterapii i/lub zestaw do ultradźwięków (z wyłączeniem w przypadku zakładu przyrodoleczniczego dla dzieci do ukończenia 18 roku życia),
g) kinezyterapii: sale kinezyterapii indywidualnej i/lub grupowej,
h) masażu leczniczego;

5) w skład zakładu przyrodoleczniczego stanowiącego samodzielny budynek albo zespół budynków powiązanych funkcjonalnie powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:
a) gabinet lekarski, punkt pielęgniarski oraz gabinet diagnostyczno – zabiegowy;
b) miejsca umożliwiające oczekiwanie na zabiegi i wypoczynek po zabiegach w pozycji siedzącej, odpowiednio do rodzajów i liczby stanowisk zabiegowych,
c) przy kąpielach mineralnych oraz kąpielach i zawijalniach peloidowych: co najmniej jedna sala wypoczynkowa umożliwiająca wypoczynek po zabiegach w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze wskazaniami medycznymi,
d) co najmniej dwa pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe, licząc łącznie na 60 osób równocześnie przebywających w zakładzie; przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;

6) w zakładzie przyrodoleczniczym stanowiącym wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego powinny znajdować się miejsca umożliwiające oczekiwanie na zabiegi i wypoczynek po zabiegach w pozycji siedzącej;

6) sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie;

| | |
|---|---|
| co najmniej 1,5 raza większa od liczby stanowisk zabiegowych,<br>c) w zakładach przyrodoleczniczych, w których wykonywane są zabiegi dla kobiet i mężczyzn, sale wypoczynkowe powinny być oddzielne dla każdej płci,<br>d) w salach wypoczynkowych minimalna powierzchnia jednostkowa powinna wynosić 3,5 $m^2$ na leżankę,<br>e) w zakładzie, w którym wykonywane są zabiegi niewymagające wypoczynku w pozycji leżącej, powinny znajdować się sale umożliwiające wypoczynek w pozycji siedzącej;<br>5) w przypadku, gdy w zakładzie przyrodoleczniczym wykonywane są zabiegi wymagające sterylnych urządzeń lub ich części, należy zapewnić ich sterylność;<br>6) ściany i posadzki pomieszczeń, w których odbywają się zabiegi balneoterapii, peloidoterapii i hydroterapii, powinny być wyłożone materiałem wodoszczelnym i pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję; posadzki dodatkowo powinny być wyłożone materiałem zabezpieczającym przed poślizgiem;<br>7) do pomieszczeń, w których odbywają się zabiegi balneoterapii, peloidoterapii i hydroterapii, powinna być doprowadzona do stanowisk zabiegowych woda ciepła i zimna;<br>8) przy wannach kąpielowych powinny być zamocowane uchwyty ułatwiające pacjentowi wejście do wanny i wyjście z wanny oraz instalacja przywoławcza;<br>9) pomieszczenia, w których wykonywane są zabiegi, powinny być wyposażone w zegary, pozwalające na określenie czasu trwania zabiegu;<br>10) w zakładzie przyrodoleczniczym powinny znajdować się co najmniej dwa pomieszczenia higieniczno-sanitarne, licząc łącznie na 60 osób równocześnie przebywających w zakładzie; w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym nie jest wymagany natrysk;<br>11) pomieszczenia zakładu przyrodoleczniczego powinny posiadać wentylację grawitacyjną;<br>12) posiadać wentylację nawiewno-wywiewną w:<br>a) kuchniach borowinowych,<br>b) pomieszczeniach peloidoterapii, | 7) gabinet masażu powinien stanowić odrębne pomieszczenie;<br>8) zabiegi fototerapii i elektroterapii powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach lub boksach;<br>9) urządzenia do magnetoterapii oraz urządzenia do laseroterapii powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach lub boksach z zachowaniem wymagań i zaleceń zgodnych z właściwymi Polskimi Normami;<br>10) diatermie krótkofalowe i mikrofalowe powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach lub boksach, odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie zgodnie z właściwymi Polskimi Normami;<br>11) ściany i podłogi pomieszczeń, w których odbywają się zabiegi balneoterapii, hydroterapii oraz kąpieli i zawijań peloidowych, powinny być wyłożone materiałem wodoszczelnym, pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję;<br>12) do pomieszczeń, w których odbywają się zabiegi balneoterapii, peloidoterapii i hydroterapii, powinna być doprowadzona do stanowisk zabiegowych woda ciepła i zimna;<br>13) urządzenia i instalacje, w szczególności doprowadzające wody mineralne, wodę ciepłą i zimną lub gaz, powinny być oznakowane w sposób umożliwiający ich rozróżnienie;<br>14) przy wannach kąpielowych powinny być zamocowane uchwyty ułatwiające pacjentowi wejście do wanny i wyjście z wanny oraz instalacja przywoławcza;<br>15) pomieszczenia zakładu przyrodoleczniczego powinny posiadać wentylację grawitacyjną;<br>16) pomieszczenia, w których jest konieczna zwiększona wymiana powietrza, powinny posiadać wentylację mechaniczną; w szczególności dotyczy to:<br>a) kuchni borowinowych i parafinowych,<br>b) pomieszczeń peloidoterapii,<br>c) pomieszczeń zabiegów hydroterapeutycznych,<br>d) pomieszczeń zabiegów inhalacyjnych,<br>e) sal kinezyterapii;<br>17) w przypadku użytkowania w zakładzie przyrodoleczniczym wód leczniczych, w których rozpuszczone są substancje gazowe, |

c) pomieszczeniach zabiegów hydroterapeutycznych,
d) pomieszczeniach zabiegów inhalacyjnych,
e) salach kinezyterapii;

13) pomieszczenia, w których w celach leczniczych wykorzystywany jest dwutlenek węgla ($CO_2$), siarkowodór ($H_2S$) lub radon (Rn) w postaci gazowej lub w przypadku, gdy występuje jego wydzielanie się z wód leczniczych, powinny być wyposażone w dolne przelewy gazowe oraz w wentylację mechaniczną wyposażoną w wyciąg dolny;
14) w zakresie urządzeń do przygotowywania i udzielania zabiegów peloidowych:
a) pomieszczenie zabiegowe do zawijań lub kąpieli peloidowych powinno być wyposażone, oprócz urządzenia zabiegowego, w wannę do kąpieli oczyszczającej z baterią natryskową lub kabinę natryskową,
b) zużyta borowina powinna być odprowadzona poza obręb zakładu,
c) proces technologiczny użytkowania peloidów powinien wykluczyć możliwość używania do zabiegów peloidów zużytych (odpadowych),
d) przechowywane peloidy powinny być odpowiednio zabezpieczone przed ich zanieczyszczeniem i wysuszeniem;
15) w przypadku użytkowania w zakładzie przyrodoleczniczym wód leczniczych, w których rozpuszczone są substancje gazowe, układ instalacji powinien zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych; wysokości strat w instalacji nie powinny przekraczać, przyjmując za 100% zawartość składników gazowych w źródle:
a) dla wód szczaw – do 20% $CO_2$,
b) dla wód siarczkowych – 30% $H_2S$,
c) dla wód radoczynnych – do 30% Rn,
d) dla wód termalnych – do 10% spadku temperatury;
16) doprowadzenie do wanien wód leczniczych zgazowanych powinno następować od dołu, wykluczając rozpryskiwanie wody;
17) instalacje wody ciepłej i zimnej dla hydroterapii powinny zapewniać zasilanie w wodę o ciśnieniu co najmniej 4 atmosfer;
18) w zakresie saturatorów:
a) saturatory powinny zapewniać minimalne nasycenie $CO_2$ wody o

układ instalacji powinien zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych; wysokości strat w instalacji nie powinny przekraczać wartości, powyżej których woda traci swoją charakterystykę;
18) doprowadzenie do wanien wód leczniczych zgazowanych powinno następować w sposób wykluczający rozpryskiwanie wody;
19) w zakresie saturatorów i innych urządzeń wykorzystujących $CO_2$:
a) saturatory powinny zapewniać minimalne nasycenie $CO_2$ wody o naturalnej temperaturze w ilości 2 200 mg/l,
b) butle z $CO_2$, zarówno pełne, jak i puste, powinny być umieszczone w uchwytach;
20) pomieszczenia, w których w celach leczniczych wykorzystywane są gazy lecznicze: dwutlenek węgla ($CO_2$), radon (Rn) lub siarkowodór ($H_2S$) oraz w przypadku, gdy występuje ich wydzielanie się z wód leczniczych, powinny być wyposażone w dolne przelewy gazowe oraz w wentylację mechaniczną wyposażoną w wyciąg dolny, przy przekroczeniu stężenia gazu leczniczego, ustalonego w przepisach odrębnych określających najwyższe dopuszczalne stężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
21) w zakresie urządzeń do przygotowywania i udzielania zabiegów peloidowych:
a) pomieszczenie zabiegowe do zawijań lub kąpieli peloidowych powinno być wyposażone w wannę do kąpieli oczyszczającej z baterią natryskową lub kabinę natryskową,
b) zużyta borowina powinna być odprowadzona poza obręb zakładu,
c) proces technologiczny użytkowania peloidów powinien wykluczyć możliwość używania do zabiegów peloidów zużytych (odpadowych),
d) przechowywane peloidy powinny być odpowiednio zabezpieczone przed ich zanieczyszczeniem i wysuszeniem;
22) preparaty używane do kąpieli i sole kąpielowe powinny być przechowywane w trwałych pojemnikach chroniących przed ich zanieczyszczeniem;
23) sprężarki stosowane do zabiegów inhalacyjnych powinny mieć czerpnię powietrza wyprowadzoną na zewnątrz

| | |
|---|---|
| naturalnej temperaturze w ilości 2 200 mg/l,<br>b) butle z $CO_2$, zarówno pełne, jak i puste, powinny być umieszczone w uchwytach;<br>19) sprężarki stosowane do zabiegów inhalacyjnych powinny mieć czerpnię powietrza wyprowadzoną na zewnątrz zakładu i umożliwiającą pobór powietrza z zewnątrz; na przewodzie tłocznym powinien być zainstalowany filtr powietrza wymieniany zgodnie z zaleceniami producenta;<br>20) urządzenia mechaniczne napędzane silnikiem elektrycznym powinny posiadać izolację zapobiegającą przenoszeniu się drgań i hałasu;<br>21) urządzenia i instalacje, w szczególności doprowadzające wody mineralne, wodę ciepłą i zimną lub gaz, powinny być oznakowane w sposób umożliwiający ich rozróżnienie;<br>22) preparaty używane do kąpieli i sole kąpielowe powinny być przechowywane w trwałych pojemnikach chroniących przed ich zanieczyszczeniem;<br>23) przepisy porządkowe dla korzystających z urządzeń zakładu przyrodoleczniczego powinny być wywieszone w widocznym miejscu;<br>24) w widocznym miejscu powinna być umieszczona informacja o rodzaju zabiegów wykonywanych w zakładzie i godzinach ich wykonywania. | zakładu i umożliwiającą pobór powietrza z zewnątrz; na przewodzie tłocznym powinien być zainstalowany filtr powietrza wymieniany zgodnie z zaleceniami producenta;<br>24) urządzenia mechaniczne napędzane silnikiem elektrycznym powinny posiadać izolację zapobiegającą przenoszeniu się drgań i hałasu;<br>25) pomieszczenia, w których wykonywane są zabiegi, powinny być wyposażone w zegary, pozwalające na określenie czasu trwania zabiegu;<br>26) w widocznym miejscu powinny być wywieszone przepisy porządkowe dla korzystających z zakładu przyrodoleczniczego;<br>27) w widocznym miejscu powinna być umieszczona informacja o rodzaju zabiegów wykonywanych w zakładzie przyrodoleczniczym i godzinach ich wykonywania. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Tekst paragrafu przeredagowano w celu ustalenia ciągu logicznego kolejnych punktów.<br>2. W związku z dotychczasowymi wątpliwościami interpretacyjnymi dotyczącymi działów (a także pomieszczeń i wyposażenia) w zakładzie przyrodoleczniczym (ZPL), niezbędnych do prowadzenia w ZPL „odpowiedniego kierunku leczniczego”, zaproponowano uogólnienie treści rozporządzenia w tym zakresie. Zdaniem rekomendujących doprecyzowanie wymogów w tym zakresie powinno być określone przez zespół ekspercki w ramach ustalanych „standardów” m.in. określających minimum infrastruktury ZPL niezbędnej dla prawidłowej i kompleksowej realizacji |

| | |
|---|---|
| | świadczeń w poszczególnych kierunkach leczniczych.<br>3. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– doprecyzowano wymogi infrastrukturalne i/lub dotyczące jakości powietrza w pomieszczeniach fizykoterapii, masażu, kinezyterapii i balneoterapii, w celu ujednolicenia wymogów z innymi przepisami lub Polskimi Normami,<br>– zróżnicowano wymóg lokalizowania odrębnych wypoczywalni w ZPL dla obiektów „wolnostojących" (stanowiących samodzielny budynek albo zespół budynków), gdzie taki wymóg ma uzasadnienie, a ZPL zlokalizowanych w innych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w których pacjenci mogą wypoczywać po zabiegach w systemie „wanna-łóżko" i w których lokalizowanie odrębnych wypoczywalni z miejscami leżącymi nie ma uzasadnienia,<br>– zastąpiono wymóg lokalizowania w ZPL oddzielnych sal wypoczynkowych dla kobiet i mężczyzn, wymogiem udostępnienia jednego pomieszczenia (koedukacyjnego),<br>– uaktualniono wymogi dotyczące rodzaju i ilości miejsc wypoczynkowych w ZPL (sale wypoczynkowe organizowane wg obecnie obowiązujących wymogów nie są wykorzystywane, a koszty tworzenia i utrzymywania takich sal, zdaniem rekomendujących, nie mają uzasadnienia: zatem szczegółowe określanie ilości leżanek oraz powierzchni jednostkowych nie jest uzasadnione),<br>– uaktualniono wymogi dotyczące rodzaju gabinetów medycznych wymaganych w ZPL,<br>– w wielu zakładach przyrodoleczniczych stosuje się zabiegi parafinowe - w pomieszczeniach kuchni parafinowych jest także niezbędna wentylacja nawiewno-wywiewna,<br>– warunkiem skutecznego działania wód leczniczych jest zachowanie ich odpowiedniego składu, który determinuje zakwalifikowanie wody do określonej grupy |

| | |
|---|---|
| | – wody, które posiadają w źródle ilość składnika na dolnym poziomie normy, po stratach przesyłowych na poziomie 20-30% mogą utracić swoją charakterystykę, dlatego - zdaniem rekomendujących, układ instalacji powinien zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych; wysokości strat w instalacji nie powinny przekraczać wartości, powyżej których woda traci swoją charakterystykę. |
| § 8. Szpital uzdrowiskowy w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinien odpowiadać następującym wymaganiom:<br>1) powinien znajdować się w wyodrębnionym urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym;<br>2) oddział szpitalny w szpitalu uzdrowiskowym w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinien składać się z zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych i ogólnych; pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla całego szpitala;<br>3) w skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych powinny wchodzić co najmniej:<br>a) wydzielone miejsca łóżkowe,<br>b) gabinet lekarski,<br>c) punkt pielęgniarski,<br>d) gabinet zabiegowy,<br>4) w skład zespołu pomieszczeń ogólnych powinny wchodzić co najmniej:<br>a) pomieszczenie pracowników medycznych i administracyjnych,<br>b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki oraz natrysk, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich,<br>c) pomieszczenie porządkowe,<br>d) jadalnia;<br>5) mikroklimat komór powinien odznaczać się właściwościami korzystnymi dla zdrowia, w tym obecnością aerozoli mineralnych, korzystną jonizacją powietrza oraz stabilnymi i optymalnymi dla zdrowia warunkami termicznymi i poziomem wilgotności. | § 8. Szpital uzdrowiskowy w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinien odpowiadać wymaganiom określonym w § 2 pkt 3-6 i 8-10, a ponadto następującym wymaganiom:<br>1) znajdować się w wyodrębnionym urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym oraz w obiektach naziemnych zlokalizowanych bezpośrednio w pobliżu wyrobiska górniczego;<br>2) zapewniać dostęp do podziemnej komory leczniczej przeznaczonej dla urządzeń i sprzętu służącego do zabiegów fizjoterapii; mikroklimat komory powinien odznaczać się właściwościami korzystnymi dla zdrowia, w tym obecnością aerozoli mineralnych, korzystną jonizacją powietrza oraz stabilnymi i optymalnymi dla zdrowia warunkami termicznymi i poziomem wilgotności;<br>3) w skład zespołu pomieszczeń zlokalizowanych w podziemnym wyrobisku górniczym powinny wchodzić co najmniej:<br>a) wydzielone miejsca łóżkowe w podziemnej komorze leczniczej,<br>b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe w podziemnej komorze leczniczej – co najmniej jedno pomieszczenie – wyposażone dodatkowo w natrysk, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>c) gabinet diagnostyczno-zabiegowy;<br>d) pokoje pracowników medycznych – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>e) pomieszczenia porządkowe – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>f) jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów. |

| | |
|---|---|
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Tekst paragrafu przeredagowano w celu ustalenia ciągu logicznego kolejnych punktów.<br>2. Doprecyzowano wymogi dla szpitala uzdrowiskowego w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym, pod względem określenia, które pomieszczenia i urządzenia powinny być dostępne w wyrobisku podziemnym, a które w obiektach naziemnych. |
| § 9. Sanatorium uzdrowiskowe w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 8 pkt 1 i 5, a ponadto w jego skład powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:<br>1) wydzielone miejsca łóżkowe w leczniczych komorach podziemnych lub w obiektach naziemnych, zlokalizowanych bezpośrednio w pobliżu wyrobiska górniczego;<br>2) wydzielone miejsce w komorze leczniczej dla urządzeń i sprzętu służącego do zabiegów fizjoterapii lub w zakładzie przyrodoleczniczym zlokalizowanym w obiektach naziemnych znajdujących się w pobliżu wyrobiska górniczego;<br>3) gabinet zabiegowy;<br>4) pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich; w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym nie jest wymagany natrysk;<br>5) pomieszczenie pracowników medycznych i administracyjnych;<br>6) pomieszczenie porządkowe;<br>7) jadalnia. | § 9. Sanatorium uzdrowiskowe w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinno odpowiadać wymaganiom określonym w §2 pkt 3, 6 i 10, w §3 pkt 1-2 oraz w §8 pkt 1-3. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Doprecyzowano wymogi dla sanatorium uzdrowiskowego w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym, pod względem określenia, które pomieszczenia i urządzenia powinny być dostępne w wyrobisku podziemnym, a które w obiektach naziemnych. |
| § 10. Pijalnia uzdrowiskowa powinna spełniać następujące wymagania:<br>1) być zlokalizowana w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej; | § 10. Pijalnia uzdrowiskowa powinna spełniać następujące wymagania:<br>1) być zlokalizowana w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej; |

| | |
|---|---|
| 2) być dostosowana do eksploatacji całorocznej;<br>3) być wyposażona w:<br>a) instalacje do wydawania wody leczniczej pacjentom, spełniające wymagania sanitarne i techniczne,<br>b) instalacje do podgrzewania wody do temperatury zalecanej przez lekarza,<br>c) urządzenia do kontrolowania temperatury wody,<br>d) salę spacerową o wielkości dostosowanej do liczby kuracjuszy,<br>e) pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się przy pijalni uzdrowiskowej lub w odpowiedniej odległości; w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym nie jest wymagany natrysk;<br>4) woda w pijalni powinna być wydawana pacjentom w naczyniach jednorazowych lub wielorazowych mytych po każdym użyciu; w pijalni mogą być udostępniane butelkowane wody lecznicze;<br>5) jakość wód leczniczych w trakcie pobierania z ujęcia, przesyłania za pomocą instalacji do pijalni oraz dystrybucji nie powinna ulec zmianom pod względem sanitarnohigienicznym oraz wartości terapeutycznej;<br>6) dojście do pijalni uzdrowiskowej powinno być utwardzone i umożliwiać poruszanie się osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;<br>7) w widocznych miejscach przy wejściu do pijalni uzdrowiskowej powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z pijalni uzdrowiskowej;<br>8) pijalnia powinna być wyposażona w tablice określające w formie graficznej i opisowej właściwości fizykochemiczne udostępnianych wód leczniczych oraz wskazania do ich stosowania w formie kuracji pitnej. | 2) być dostosowana do eksploatacji całorocznej;<br>3) być wyposażona w:<br>a) instalacje do wydawania wody leczniczej pacjentom, spełniające wymagania sanitarne i techniczne,<br>b) instalacje do podgrzewania wody do temperatury zalecanej przez lekarza, jeżeli woda jest i/lub powinna być zalecana przez lekarza w temperaturze innej, niż naturalna,<br>c) urządzenia do kontrolowania temperatury wody, jeżeli woda jest i/lub powinna być zalecana przez lekarza w temperaturze innej, niż naturalna,<br>d) salę spacerową o wielkości dostosowanej do liczby kuracjuszy korzystających z krenoterapii,<br>e) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe – co najmniej jedno pomieszczenie,<br>4) woda w pijalni powinna być wydawana pacjentom w naczyniach jednorazowych lub wielorazowych mytych po każdym użyciu; w pijalni mogą być udostępniane butelkowane wody lecznicze;<br>5) jakość wód leczniczych w trakcie pobierania z ujęcia, przesyłania za pomocą instalacji do pijalni oraz dystrybucji nie powinna ulec zmianom pod względem sanitarnohigienicznym oraz wartości terapeutycznej;<br>6) dojście do pijalni uzdrowiskowej powinno być utwardzone i umożliwiać poruszanie się osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;<br>7) pijalnia powinna być wyposażona w tablice określające w formie graficznej i/lub opisowej właściwości fizykochemiczne udostępnianych wód leczniczych oraz wskazania do ich stosowania w formie kuracji pitnej;<br>8) w widocznych miejscach przy wejściu do pijalni uzdrowiskowej powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z pijalni uzdrowiskowej.<br>§ 10a. Punkt czerpalny wody leczniczej zlokalizowany w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego lub na terenie innego, poza pijalnią uzdrowiskową, urządzenia lecznictwa |

| | |
|---|---|
| | uzdrowiskowego, powinien odpowiadać wymaganiom określonym w §10. pkt 3a, 5 i 7. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– doprecyzowano wymóg dotyczący posiadania instalacji do podgrzewania wody do temperatury zalecanej przez lekarza oraz urządzeń do kontrolowania temperatury wody, w przypadkach, gdy woda jest i/lub powinna być zalecana przez lekarza w temperaturze innej, niż naturalna – zasadność obowiązywania wymogu zależy od rodzaju wody stosowanej do krenoterapii,<br>– wiele podmiotów dysponuje tzw. punktami czerpalnymi, zlokalizowanymi w budynku szpitala lub sanatorium uzdrowiskowego lub ZPL, które nie mieszczą się w pojęciu pijalni uzdrowiskowej – wskazane jest zatem określenie minimalnych wymagań dla tego typu punktów. |
| § 11. Tężnia powinna spełniać następujące wymagania:<br>1) być zlokalizowana w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;<br>2) do wytwarzania aerozolu leczniczego w tężni powinna być wykorzystywana woda uznana za leczniczą;<br>3) konstrukcja i rozwiązania techniczne powinny zapewniać uzyskanie aerozolu o właściwościach leczniczych, potwierdzonych wynikami badań i oceną przeprowadzonymi w trybie art. 36 ust. 1–4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 36 ust. 5 tej ustawy;<br>4) instalacje doprowadzające solankę na pomost górny, pompa i armatura powinny być wykonane z materiałów odpornych na działanie chemiczne i żrące solanki oraz nie powinny reagować chemicznie z używaną wodą leczniczą;<br>5) tężnia powinna działać na podstawie instrukcji funkcjonalnej, określającej sposób wytwarzania aerozolu, zakres i częstotliwość monitorowania warunków sanitarnohigienicznych i funkcjonalnych, w | § 11. Tężnia powinna spełniać następujące wymagania:<br>1) być zlokalizowana w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;<br>2) do wytwarzania aerozolu leczniczego w tężni powinna być wykorzystywana woda uznana za leczniczą lub solanka niezawierająca składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia;<br>3) konstrukcja i rozwiązania techniczne powinny zapewniać uzyskanie aerozolu o właściwościach leczniczych, potwierdzonych wynikami badań.<br>4) instalacje doprowadzające solankę na pomost górny, pompa i armatura powinny być wykonane z materiałów odpornych na działanie chemiczne i żrące solanki oraz nie powinny reagować chemicznie z używaną wodą leczniczą;<br>5) tężnia powinna działać na podstawie instrukcji funkcjonalnej, określającej sposób wytwarzania aerozolu, zakres i częstotliwość monitorowania warunków sanitarnohigienicznych i funkcjonalnych, w tym jakości używanej wody i stan techniczny urządzeń;<br>6) wzdłuż tężni powinny być wybudowane trakty spacerowe z ławkami, dostosowane do |

| | |
|---|---|
| tym jakości używanej wody i stan techniczny urządzeń;<br>6) wzdłuż tężni powinny być wybudowane trakty spacerowe z ławkami, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>7) w pobliżu tężni powinny znajdować się ogólnodostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich; wymaganie dotyczące pomieszczenia higieniczno-sanitarnego uważa się za spełnione w przypadku, gdy w pobliżu tężni zlokalizowane jest pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową;<br>8) w widocznych miejscach przy tężni powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z tężni. | potrzeb osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>7) w pobliżu tężni powinny znajdować się ogólnodostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe – co najmniej jedno pomieszczenie, w tym co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>8) w widocznych miejscach przy tężni powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z tężni. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Poza korektą dotyczącą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian. |
| § 12. Park i ścieżki ruchowe powinny spełniać następujące wymagania:<br>1) być zlokalizowane w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;<br>2) powierzchnia parku, jego usytuowanie i rodzaj roślinności powinny zapewniać kształtowanie korzystnych warunków środowiska uzdrowiskowego;<br>3) na terenie parku powinny znajdować się: ławki, pojemniki na odpady, a także odpowiednie oświetlenie;<br>4) na terenie parku można wyznaczyć ścieżki rowerowe; ścieżki rowerowe powinny być utwardzone i umożliwiać poruszanie się osób pieszych oraz niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;<br>5) ścieżki ruchowe powinny być wyposażone w specjalne informacje określające sposób, w jaki się z nich korzysta;<br>6) ścieżki ruchowe przeznaczone dla osób ze schorzeniami kardiologicznymi powinny być wytyczane po uzgodnieniu z lekarzami specjalistami w dziedzinach kardiologii oraz balneologii i medycyny fizykalnej;<br>7) na terenie parku powinny znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób | § 12. Park i ścieżki ruchowe powinny spełniać następujące wymagania:<br>1) być zlokalizowane w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;<br>2) powierzchnia parku, jego usytuowanie i rodzaj roślinności powinny zapewniać kształtowanie korzystnych warunków środowiska uzdrowiskowego;<br>3) na terenie parku powinny znajdować się: ławki, pojemniki na odpady, a także odpowiednie oświetlenie;<br>4) na terenie parku można wyznaczyć ścieżki rowerowe; ścieżki rowerowe powinny być utwardzone i umożliwiać poruszanie się osób pieszych oraz niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;<br>5) na terenie parku można wyznaczyć ścieżki ruchowe; ścieżki ruchowe powinny być wyposażone w specjalne informacje określające sposób, w jaki się z nich korzysta;<br>6) ścieżki ruchowe przeznaczone dla osób ze schorzeniami kardiologicznymi powinny być wytyczane po uzgodnieniu z lekarzami specjalistami w dziedzinach kardiologii oraz balneologii i medycyny fizykalnej;<br>7) na terenie parku można lokalizować siłownie plenerowe; siłownie plenerowe powinny być |

| | |
|---|---|
| niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich; wymaganie dotyczące pomieszczenia higieniczno-sanitarnego uważa się za spełnione w przypadku, gdy na terenie parku zlokalizowane jest pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową;<br>8) w widocznych miejscach przy wejściu do parku powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z parku. | wyposażone w specjalne informacje określające sposób, w jaki się z nich korzysta;<br>8) na terenie parku lub w pobliżu parku powinny znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe – co najmniej jedno pomieszczenie, w tym co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;<br>9) w widocznych miejscach przy wejściu do parku powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z parku. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Poza korektą dotyczącą dopuszczenia lokalizowania na terenie parku siłowni plenerowych oraz korektą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian. |
| § 13. Urządzony odcinek wybrzeża morskiego powinien spełniać następujące wymagania:<br>1) być wydzielony i przygotowany do terapii ruchowej i bezpiecznego korzystania z walorów morza;<br>2) woda powinna spełniać wymagania dotyczące czystości mikrobiologicznej;<br>3) piasek powinien być wolny od zanieczyszczeń, które mogłyby zagrażać zdrowiu osób korzystających z urządzonego odcinka wybrzeża morskiego;<br>4) powinien być zlokalizowany co najmniej jeden punkt dozoru zaopatrzony w sprzęt ratowniczy;<br>5) na terenie urządzonego odcinka wybrzeża morskiego powinny znajdować się:<br>a) przebieralnie,<br>b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne, z wyłączeniem konieczności zaopatrzenia w natrysk,<br>c) punkt pierwszej pomocy medycznej,<br>d) pojemniki na odpady;<br>6) obszar wodny przeznaczony do kąpieli powinien spełniać następujące wymagania:<br>a) obszar o głębokości ponad 1 m powinien być wyraźnie oznaczony,<br>b) dno powinno być wolne od zanieczyszczeń;<br>7) kąpielisko powinno być zlokalizowane tak, aby miało dogodnie ukształtowany brzeg i dno oraz dobre nasłonecznienie;<br>8) dojścia do urządzonego odcinka wybrzeża morskiego, jak i jego obszar powinny być | § 13. Urządzony odcinek wybrzeża morskiego powinien spełniać następujące wymagania:<br>1) być wydzielony i przygotowany do terapii ruchowej i bezpiecznego korzystania z walorów morza;<br>2) woda powinna spełniać wymagania dotyczące czystości mikrobiologicznej;<br>3) piasek powinien być wolny od zanieczyszczeń, które mogłyby zagrażać zdrowiu osób korzystających z urządzonego odcinka wybrzeża morskiego;<br>4) powinien być zlokalizowany co najmniej jeden punkt dozoru zaopatrzony w sprzęt ratowniczy;<br>5) na terenie urządzonego odcinka wybrzeża morskiego powinny znajdować się:<br>a) przebieralnie,<br>b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe,<br>c) punkt pierwszej pomocy medycznej,<br>d) pojemniki na odpady;<br>6) obszar wodny przeznaczony do kąpieli powinien spełniać następujące wymagania:<br>a) obszar o głębokości ponad 1 m powinien być wyraźnie oznaczony,<br>b) dno powinno być wolne od zanieczyszczeń;<br>7) kąpielisko powinno być zlokalizowane tak, aby miało dogodnie ukształtowany brzeg i dno oraz dobre nasłonecznienie;<br>8) dojścia do urządzonego odcinka wybrzeża morskiego, jak i jego obszar powinny być zorganizowane w sposób niezagrażający |

| | |
|---|---|
| zorganizowane w sposób niezagrażający środowisku naturalnemu i umocnieniom w pasie technicznym brzegu morskiego oraz umożliwiający korzystanie z nich osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózkach inwalidzkich;<br>9) sposób zagospodarowania terenu na obszarze pasa technicznego wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego urzędu morskiego;<br>10) w widocznych miejscach przy wejściu na obszar powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z urządzonego odcinka wybrzeża morskiego. | środowisku naturalnemu i umocnieniom w pasie technicznym brzegu morskiego oraz umożliwiający korzystanie z nich osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózkach inwalidzkich;<br>9) sposób zagospodarowania terenu na obszarze pasa technicznego wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego urzędu morskiego;<br>10) w widocznych miejscach przy wejściu na obszar powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z urządzonego odcinka wybrzeża morskiego. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Poza korektą dotyczącą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian. |
| § 14. Leczniczy basen uzdrowiskowy powinien spełniać następujące wymagania:<br>1) być wypełniony wodą leczniczą, która zachowuje swoje właściwości w czasie eksploatacji basenu;<br>2) woda lecznicza w basenie powinna spełniać wymagania sanitarne i jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym;<br>3) basen, w którym stosuje się wody lecznicze zawierające dwutlenek węgla ($CO_2$), radon (Rn) lub siarkowodór ($H_2S$), powinien posiadać specjalne wyciągi dla ewakuacji tych gazów znad lustra wody;<br>4) eksploatacja basenu powinna odbywać się w jednym z następujących systemów:<br>a) otwartym – przy stałym dopływie wody leczniczej z ujęcia i odpływie wody z basenu,<br>b) częściowo zamkniętym – przy określonym dopływie wody leczniczej z ujęcia, do wody uzdatnianej metodami fizycznymi i chemicznymi poza basenem i ponownie wprowadzanej do basenu;<br>5) sposób eksploatacji basenu oraz sposób monitorowania jakości wody i powietrza hali basenowej powinna określać instrukcja funkcjonalna opracowana dla każdego basenu;<br>6) być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, w szczególności na brzegach niecki powinny zostać zamieszczone uchwyty do ćwiczeń;<br>7) pomieszczenia przybasenowe powinny być podzielone na dwie strefy: przeznaczoną dla | § 14. Leczniczy basen uzdrowiskowy powinien spełniać następujące wymagania:<br>1) być wypełniony wodą leczniczą, która zachowuje swoje właściwości w czasie eksploatacji basenu;<br>2) woda lecznicza w basenie powinna spełniać wymagania sanitarne i jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym, zgodnie z obowiązującymi przepisami;<br>3) eksploatacja basenu powinna odbywać się w jednym z następujących systemów:<br>a) otwartym – przy stałym dopływie wody z ujęcia i odpływie wody z basenu,<br>b) częściowo zamkniętym – przy określonym dopływie wody z ujęcia, do wody uzdatnianej metodami fizycznymi i chemicznymi poza basenem i ponownie wprowadzanej do basenu;<br>4) hala basenowa powinna być wyposażona w wentylację;<br>5) sposób eksploatacji basenu oraz sposób monitorowania jakości wody i jakości powietrza hali basenowej powinna określać instrukcja funkcjonalna opracowana dla każdego basenu, przy uwzględnieniu przepisów odrębnych określających najwyższe dopuszczalne stężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;<br>6) w skład instalacji basenu powinny wchodzić następujące urządzenia:<br>a) instalacja zasilająca wodą leczniczą, |

| | |
|---|---|
| pacjentów w obuwiu oraz przeznaczoną dla pacjentów bez obuwia; poszczególne pomieszczenia, oddzielne dla kobiet i mężczyzn i zapewniające możliwość korzystania z nich przez osoby niepełnosprawne poruszające się na wózkach inwalidzkich powinny być usytuowane w następującej kolejności:<br>a) przebieralnie wyposażone w szafki na ubrania w liczbie odpowiedniej dla osób korzystających z basenu,<br>b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne,<br>c) natryski,<br>d) brodzik;<br>8) instalacje i urządzenia basenowe powinny być wykonane z materiałów niereagujących chemicznie z używaną wodą leczniczą;<br>9) przy basenie, w którym stosuje się dezynfekcję wody środkami chemicznymi, powinny być pomieszczenia dla stacji uzdatniania oraz magazyny środków chemicznych; pomieszczenia te powinny być wyposażone w wentylacje i urządzenia pomiarowo-kontrolne do oznaczania środków chemicznych pozostających w wodzie wypełniającej basen;<br>10) wloty i wyloty wody oraz jej spust powinny być usytuowane w sposób zapewniający równy przepływ wody we wszystkich przekrojach niecki basenowej, ponadto powinien być co najmniej jeden spust denny umożliwiający całkowite opróżnienie basenu;<br>11) prędkość przepływu wody na wlotach powinna wynosić od 1,0 m/s do 0,5 m/s, na wylotach od 0,3 m/s do 0,5 m/s; wyloty powinny być wyposażone w zawory odcinające;<br>12) na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 $m^2$ lustra wody w basenie;<br>13) dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci – od 0,6 m do 0,75 m;<br>14) wejście do basenu powinno zapewniać możliwość wejścia osobom o ograniczonej sprawności oraz niepełnosprawnym;<br>15) w skład instalacji basenu powinny wchodzić następujące urządzenia:<br>a) instalacja zasilająca wodą leczniczą, | b) instalacja przelewowa wraz ze zbieraczem zanieczyszczeń – kanalikiem przelewowym wokół basenu,<br>c) instalacja spustowa odprowadzającą wodę do kanalizacji,<br>d) instalacja zwykłej wody ciepłej i zimnej;<br>7) instalacje i urządzenia basenowe powinny być wykonane z materiałów niereagujących chemicznie z używaną wodą leczniczą;<br>8) posadzka oraz dno i ściany niecki basenu powinny być wyłożone materiałem wodoszczelnym o powierzchni zabezpieczającej przed poślizgiem i pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję; posadzka powinna być wyposażona we wpusty ściekowe ze spadkiem posadzki w kierunku wpustów w celu zabezpieczenia przed spływem wody przelewającej się z basenu;<br>9) wloty i wyloty wody oraz jej spust powinny być usytuowane w sposób zapewniający równy przepływ wody we wszystkich przekrojach niecki basenowej, ponadto powinien być co najmniej jeden spust denny umożliwiający całkowite opróżnienie basenu;<br>10) przy basenie, w którym stosuje się dezynfekcję wody środkami chemicznymi, powinny być pomieszczenia dla stacji uzdatniania oraz magazyny środków chemicznych; pomieszczenia te powinny być wyposażone w wentylację i urządzenia pomiarowo-kontrolne do oznaczania środków chemicznych pozostających w wodzie wypełniającej basen;<br>11) pomieszczenia przybasenowe powinny być podzielone na dwie strefy: przeznaczoną dla pacjentów w obuwiu oraz przeznaczoną dla pacjentów bez obuwia; poszczególne pomieszczenia, zapewniające możliwość korzystania z nich przez osoby niepełnosprawne poruszające się na wózkach inwalidzkich, powinny być usytuowane w następującej kolejności:<br>a) szatnie wyposażone w szafki na ubrania i indywidualne przebieralnie w liczbie odpowiedniej dla osób korzystających z basenu,<br>b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe,<br>c) natryski,<br>d) brodzik lub urządzenia do natryskiwania stóp środkiem dezynfekującym; |

| | |
|---|---|
| b) instalacja przelewowa wraz ze zbieraczem zanieczyszczeń – kanalikiem przelewowym wokół basenu,<br>c) instalacja spustowa odprowadzającą wodę do kanalizacji,<br>d) instalacja zwykłej wody ciepłej i zimnej;<br>16) posadzka oraz dno i ściany niecki basenu powinny być wyłożone materiałem wodoszczelnym o powierzchni zabezpieczającej przed poślizgiem i pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję; posadzka powinna być wyposażona we wpusty ściekowe ze spadkiem posadzki w kierunku wpustów w celu zabezpieczenia przed spływem wody przelewającej się z basenu;<br>17) korzystanie z basenu powinno odbywać się pod nadzorem fizjoterapeuty i ratownika lub fizjoterapeuty posiadającego uprawnienia ratownika;<br>18) w widocznych miejscach przy wejściu na basen powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z basenu. | 12) wejście do basenu powinno zapewniać możliwość wejścia osobom o ograniczonej sprawności oraz niepełnosprawnym; jeżeli niecka basenowa jest wyposażona w schody i/lub pochylnie, powinny być one usytuowane tam, gdzie głębokość jest najmniejsza, schody powinny być wyposażone co najmniej w jedną poręcz;<br>13) niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,6 m do 1,60 m, w zależności od wieku i wzrostu osób kwalifikowanych do korzystania z basenu,<br>14) na jedną osobę korzystającą z basenu powinna przypadać powierzchnia umożliwiająca właściwe wykonywanie zabiegów;<br>15) basen powinien być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, w szczególności na brzegach niecki powinny zostać zamieszczone uchwyty do ćwiczeń**;** warunek nie jest wymagany w przypadku basenów leczniczych wykorzystywanych wyłącznie do kąpieli leczniczych;<br>16) w widocznych miejscach przy wejściu na basen powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z basenu. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Tekst paragrafu przeredagowano w celu ustalenia ciągu logicznego kolejnych punktów.<br>2. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– zastąpiono wymóg lokalizowania oddzielnych szatni dla kobiet i mężczyzn, wymogiem udostępnienia pomieszczenia koedukacyjnego oraz indywidualnych przebieralni,<br>– skorygowano wymóg dotyczący sprzętu do ćwiczeń dla basenów leczniczych, w których wykonywane są wyłącznie kąpiele lecznicze (bez ćwiczeń), ponieważ sprzęt do ćwiczeń jest w takich przypadkach zbędny,<br>– określono wymogi dotyczące jakości wody oraz jakości powietrza w pomieszczeniu hali basenowej w odniesieniu do regulujących te zagadnienie obowiązujących przepisów odrębnych, |

| | |
|---|---|
| | – skorygowano wymóg określający głębokość basenu: baseny w zakładach przyrodoleczniczych łączą zwykle funkcje leczniczą z rekreacyjną, najczęściej służą one zarówno dzieciom jak i pacjentom dorosłym, ustalenie granicy od 0,6m do 0,75m dla dzieci wydaje się być nieracjonalne, również z tego powodu, że w uzdrowiskach leczone są dzieci od 3 do 18 roku życia, natomiast głębokość 1,35m jest niewystarczająca także dla osób dorosłych o wzroście powyżej 1,6m,<br>– wykreślono wymóg dotyczący obecności fizjoterapeuty oraz ratownika w trakcie korzystania z basenu, ponieważ przedmiotowe rozporządzenie określa wymogi infrastrukturalne, a zatem, zdaniem rekomendujących, wymogi personalne (dotyczące personelu obsługującego zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego) powinny być określane w przepisach odrębnych. |
| § 15. Rehabilitacyjny basen uzdrowiskowy powinien spełniać wymagania określone w § 14 pkt 4 i 5, 7, 9–11, 13, 14 i 16–18, a ponadto powinien spełniać następujące wymagania:<br>1) być napełniany wodą spełniającą jakościowe wymagania dla wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi;<br>2) na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 6 $m^2$ lustra wody w basenie;<br>3) być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, w szczególności na brzegach niecki powinny zostać zamieszczone uchwyty do ćwiczeń; poręcze do ćwiczeń rehabilitacyjnych powinny zajmować minimum 50% obwodu basenu; mogą one stanowić oddzielny element konstrukcyjny, jak też stanowić stałe części niecki basenowej;<br>4) niecka basenowa powinna być wyposażona w schody i pochylnie, które powinny być usytuowane tam, gdzie głębokość jest najmniejsza; minimalna szerokość schodów powinna wynosić 1 m, pochylnia lub schody powinny być wyposażone co najmniej w jedną poręcz;<br>5) w skład instalacji powinny wchodzić następujące urządzenia:<br>a) instalacja zasilająca wodą, | § 15. Rehabilitacyjny basen uzdrowiskowy powinien spełniać wymagania określone w § 14 pkt 3-5, 8-13 i 16, a ponadto powinien spełniać następujące wymagania:<br>1) być napełniany wodą spełniającą wymagania sanitarne i jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym, zgodnie z obowiązującymi przepisami;<br>2) w skład instalacji basenu powinny wchodzić następujące urządzenia:<br>a) instalacja wody ciepłej i zimnej;<br>b) instalacja przelewowa wraz ze zbieraczem zanieczyszczeń – kanalikiem przelewowym wokół basenu,<br>c) instalacja spustowa odprowadzająca wodę do kanalizacji;<br>3) na jedną osobę korzystającą z basenu powinna przypadać powierzchnia umożliwiająca właściwe prowadzenie rehabilitacji;<br>4) basen powinien być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, w szczególności na brzegach niecki powinny zostać zamieszczone uchwyty do ćwiczeń; poręcze do ćwiczeń rehabilitacyjnych powinny zajmować minimum 50% obwodu basenu; mogą one stanowić oddzielny element konstrukcyjny, jak też stanowić stałe części niecki basenowej. |

| | |
|---|---|
| b) instalacja przelewowa wraz ze zbieraczem zanieczyszczeń – kanalikiem przelewowym wokół basenu,<br>c) instalacja spustowa odprowadzająca wodę do kanalizacji,<br>d) instalacja zwykłej wody ciepłej i zimnej. | |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | 1. Tekst paragrafu przeredagowano w celu ustalenia ciągu logicznego kolejnych punktów.<br>2. Przy uwzględnieniu celowości i racjonalności wymagań oraz wpływu wymagań na jakość i standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na koszty prowadzonej działalności leczniczej:<br>– ujednolicono wymóg dostępności basenu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych, z wymogiem jak dla basenów leczniczych, co umożliwi wykorzystywanie na basenach rehabilitacyjnych, zamiast obligatoryjnych pochylni, podnośników basenowych hydraulicznych umożliwiających korzystanie z basenu przez osoby niepełnosprawne. |
| § 16. Urządzone podziemne wyrobisko górnicze powinno spełniać następujące wymagania:<br>1) stropy i ociosy wyrobiska powinny być zabezpieczone odpowiednią obudową zapewniającą bezpieczeństwo;<br>2) stropy i ociosy wyrobiska oraz stan techniczny i stateczności obudowy powinny podlegać stałej kontroli w celu zachowania bezpieczeństwa;<br>3) przy urządzaniu wyrobiska powinien być opracowany i zapewniony stały i niezmienny dopływ powietrza przewietrzającego rejon komór;<br>4) dla uzyskania optymalnych warunków skuteczności leczenia powinno się określić parametry dla urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego, jakie powinien posiadać mikroklimat w komorach leczniczych; dotyczy to przede wszystkim prędkości przepływu, temperatury, wilgotności oraz składu chemicznego i stopnia jonizacji powietrza;<br>5) posiadać rezerwowe chodniki awaryjne pozwalające na ewakuację z pomieszczeń zagospodarowanych do celów leczniczych na powierzchnię;<br>6) na drogach komunikacyjnych powinny być założone rezerwowe stanowiska pomiarowe; | § 16. Urządzone podziemne wyrobisko górnicze powinno spełniać następujące wymagania:<br>1) stropy i ociosy wyrobiska powinny być zabezpieczone odpowiednią obudową zapewniającą bezpieczeństwo;<br>2) stropy i ociosy wyrobiska oraz stan techniczny i stateczności obudowy powinny podlegać stałej kontroli w celu zachowania bezpieczeństwa;<br>3) przy urządzaniu wyrobiska powinien być opracowany i zapewniony stały i niezmienny dopływ powietrza przewietrzającego rejon komór;<br>4) dla uzyskania optymalnych warunków skuteczności leczenia powinno się określić parametry dla urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego, jakie powinien posiadać mikroklimat w komorach leczniczych; dotyczy to przede wszystkim prędkości przepływu, temperatury, wilgotności oraz składu chemicznego i stopnia jonizacji powietrza;<br>5) posiadać rezerwowe chodniki awaryjne pozwalające na ewakuację z pomieszczeń zagospodarowanych do celów leczniczych na powierzchnię;<br>6) na drogach komunikacyjnych powinny być założone rezerwowe stanowiska pomiarowe; |

| | |
|---|---|
| 7) prace zabezpieczające prowadzone w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinny być wykonane na podstawie:<br>a) pomiarów zamontowanych rozwarstwieniomierzy,<br>b) pomiarów konwergencji pionowej i poziomej,<br>c) okresowych pomiarów niwelacyjnych,<br>d) badań próbek pobranych z miejsc wykonywanych iniekcji skał;<br>8) w komorach w widocznym miejscu powinny być umieszczone tablice informacyjne o drogach ewakuacyjnych oraz instrukcje dotyczące sposobu zachowania się w sytuacjach zagrożeń;<br>9) komory powinny być urządzone i wyposażone w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów i personelu, w tym wyposażone w system łączności;<br>10) komunikacja w komorach leczniczych powinna być dostosowana do poruszania się osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;<br>11) w komorach powinno być zapewnione stałe zasilanie w energię elektryczną; oświetlenie pomieszczeń musi odbywać się w sposób ciągły;<br>12) w odpowiedniej odległości od urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego powinny znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne;<br>13) w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym stosuje się również wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne określone w przepisach ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. Nr 163, poz. 981);<br>14) w widocznych miejscach przy wejściu powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego. | 7) prace zabezpieczające prowadzone w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinny być wykonane na podstawie:<br>a) pomiarów zamontowanych rozwarstwieniomierzy,<br>b) pomiarów konwergencji pionowej i poziomej,<br>c) okresowych pomiarów niwelacyjnych,<br>d) badań próbek pobranych z miejsc wykonywanych iniekcji skał;<br>8) w komorach w widocznym miejscu powinny być umieszczone tablice informacyjne o drogach ewakuacyjnych oraz instrukcje dotyczące sposobu zachowania się w sytuacjach zagrożeń;<br>9) komory powinny być urządzone i wyposażone w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów i personelu, w tym wyposażone w system łączności;<br>10) komunikacja w komorach leczniczych powinna być dostosowana do poruszania się osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;<br>11) w komorach powinno być zapewnione stałe zasilanie w energię elektryczną; oświetlenie pomieszczeń musi odbywać się w sposób ciągły;<br>12) w odpowiedniej odległości od urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego powinny znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe;<br>13) w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym stosuje się również wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne określone w przepisach ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. Nr 163, poz. 981);<br>14) w widocznych miejscach przy wejściu powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Poza korektą dotyczącą definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego treść paragrafu pozostawiono bez zmian. |
| § 17. Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji powinny podlegać okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub wymianie elementów instalacji zgodnie z | Treść paragrafu uwzględniono w „Warunkach ogólnych” (§1b pkt 10). |

| | |
|---|---|
| zaleceniami producenta. Dokonanie tych czynności powinno być udokumentowane. | |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | jw. |
| | § 17. Uwzględniając ochronę dóbr kultury, dopuszcza się odstępstwa od określonych wymagań dla zakładów i/lub urządzeń zlokalizowanych w obrębie obiektu wpisanego do rejestru zabytków i/lub objętego ochroną konserwatorską, po otrzymaniu zgody od uprawnionych organów, na podstawie odrębnych przepisów. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Przy uwzględnieniu ochrony zabytków i dóbr kultury oraz ograniczeń budowlanych i technicznych wynikających z tego tytułu:<br>– w nawiązaniu do art. 5 ust.3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, dopuszczono możliwość uzyskania odstępstwa od określonych wymagań dla zakładów i/lub urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w obrębie obiektu wpisanego do rejestru zabytków i/lub objętego ochroną konserwatorską, po otrzymaniu zgody od uprawnionych organów, na podstawie odrębnych przepisów. |
| § 18. Zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego należy dostosować do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 roku. | § 18. Zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego należy dostosować do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do dnia 31.12.2021 roku. |
| Uzasadnienie rekomendowanych zmian: | Wydłużenie terminu na spełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu umożliwi zakończenie kosztownych działań przystosowawczych, przy możliwości pozyskania przez świadczeniobiorców środków z Funduszy Europejskich dostępnych w perspektywie finansowej 2014-2020. |
| § 19. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 161, poz. 1142 oraz z 2010 r. Nr 258, poz. 1761). | § 19. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 roku, poz. 452 z późn. zm.). |
| § 20. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia. | § 20. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia. |

# 9. Rekomendacje zmian dotyczących *Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*

Propozycje zmian w ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) w zakresie:

1. *zasad nadawania obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;*
2. *zasad pozbawiania obszaru statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;*
3. *zadań gmin uzdrowiskowych*
4. *przepisów karnych.*

## 1) Warunek „spełniania wymagań w stosunku do środowiska" (art. 34 ust. 1 pkt 4)

Określone w przepisach prawa powszechnie obowiązującego wymagania w stosunku do środowiska mają charakter uniwersalny, obowiązując wszystkie jednostki samorządu terytorialnego, w tym gminy uzdrowiskowe. Przepisy prawa przewidują również odpowiednie środki w przypadku, gdy dana gmina nie spełnia takich wymagań, w szczególności plany naprawcze. W tym kontekście nakładanie na gminy uzdrowiskowe ww. obowiązku stanowi superfluum ustawowe. Zaleca się usunięcie ogólnego warunku „spełniania wymagań w stosunku do środowiska".

## 2) Warunek „posiadania infrastruktury technicznej w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, transportu zbiorowego, prowadzenia gospodarki odpadami" (art. 34 ust. 1 pkt 5)

Warunek ten jest niejasny zarówno co do treści (czy i kto, a także na jakiej podstawie może ocenić, czy uzdrowisko posiada wymaganą infrastrukturę i w jakim standardzie), a także celu jakiemu miałby służyć (dlaczego uzdrowiska miałyby być w sposób szczególny – w porównaniu z innymi gminami – zobowiązane do posiadania określonego typu i standardu infrastruktury technicznej).

Jednocześnie trzeba zauważyć, że zapewnienie infrastruktury technicznej w wymienionym w przepisie zakresie należy do zadań własnych gmin, niezależnie od ich statusu jako uzdrowiskowych. Wprowadzenie tego wymogu jako warunku uzyskania statusu uzdrowiska jest kolejnym przykładem superfluum ustawowego.

Proponuje się ograniczenie tego warunku do posiadania infrastruktury technicznej w zakresie gospodarki wodno-ściekowej spełniającej wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska, dzięki czemu warunek ten stanie się weryfikowalny (obiektywne kryteria wynikające z przepisów o ochronie środowiska), a także dostosowany do specyfiki uzdrowisk (wiele z nich to małe miejscowości, których nie stać na utrzymanie transportu zbiorowego).

## 3) Kształtowanie granic stref ochrony uzdrowiskowej (art. 38 pkt 1)

Występowanie naturalnych surowców leczniczych i ukształtowanie terenów zielonych w gminach uzdrowiskowych nie zawsze jest wystarczająco jednolite, by pozwalało na modelowe określenie zwartych granic strefy „A". W wielu gminach naturalne surowce lecznicze, a szczególnie wody lecznicze nie występują w jednym miejscu, ale są rozproszone po całym obszarze gminy. Znane są przypadki, gdzie zakłady lecznictwa uzdrowiskowego usytuowane są

w dwóch miejscowościach (Muszyna), ale na obszarze jednego uzdrowiska lub w dwóch znacznie oddalonych od siebie krańcach miejscowości. To powoduje, że utworzenie jednolitej obszarowo strefy „A" w swoich skutkach prowadzi do tego, że na obszarze strefy „A" ze względu na zaszłości historyczne istnieje ukształtowana część zabudowy (domy mieszkalne, budownictwo wielomieszkaniowe, zakłady rzemieślnicze itp.), które zgodnie z obowiązującymi przepisami i definicją strefy „A" nie powinny się tam znaleźć. Jednakże chcąc zachować jednolitość obszarową strefy „A", kształtuje się jej obszar w taki sposób, że miesza się funkcje lecznicze z bytowymi, komunalnymi, a nawet przemysłowymi lub też wyznacza się sztucznie obszar strefy „A".
Jednocześnie istnieją przykłady praktyki gmin uzdrowiskowych, akceptowanej przez Ministra Zdrowia, polegającej na wyznaczeniu dwóch lub trzech osobnych stref „A" ochrony uzdrowiskowej w ramach jednego uzdrowiska.
Ponadto, zgodnie z obecnym brzmieniem art. 33 ust. 4 Ustawy, jeżeli odcinek granicy strefy „A" pokrywa się z brzegiem morskim, to stanowi on na tym odcinku również granicę strefy „B" i „C" obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej. W praktyce podobna sytuacja zachodzi, gdy odcinek strefy „A" pokrywa się z innego rodzaju obszarami, na które nie da się rozciągnąć strefy „B" i „C", takimi jak: jezioro, granica parku narodowego lub rezerwatu przyrody.
Rekomendacja:
Proponuje się wprowadzenie przepisu jednoznacznie potwierdzającego dopuszczalność uformowania strefy „A" ochrony uzdrowiskowych z więcej niż jednego obszaru. Jednocześnie, aby zapobiec nadmiernemu rozdrobnieniu strefy „A" i wyeliminować ryzyko manipulacji granicami strefy „A" w celach niezwiązanych z lecznictwem uzdrowiskowym, proponuje się wprowadzenie następujących warunków wyodrębnienia więcej niż jednej strefy „A":

- wyodrębnienie więcej niż jednej strefy „A" w granicach jednego uzdrowiska byłoby możliwe jedynie w uzasadnionych przypadkach, za zgodą Ministra Zdrowia wyrażoną w procesie oceny operatu uzdrowiskowego;
- uzasadnione przypadki, o których mowa, to takie, w których wyodrębnienie więcej niż jednej strefy „A" jest uzasadnione (łącznie):
  a) w celu należytego wykorzystania i ochrony znajdujących się na obszarze uzdrowiska naturalnych surowców leczniczych (nawiązanie do definicji uzdrowiska z art. 2 pkt 3 ustawy uzdrowiskowej), oraz
  b) w celu zachowania ładu przestrzennego uzdrowiska, w tym dotychczasowego przeznaczenia i zagospodarowania terenu;
- w granicach jednego uzdrowiska dopuszczalne byłoby funkcjonowanie łącznie nie więcej niż 3 (trzech) wyodrębnionych stref „A".

Proponuje się także, aby zasadę wspólnej granicy stref „A", „B" i „C" stosować także, gdy granica strefy „A" pokrywa się z brzegiem jeziora, granicą parku narodowego lub rezerwatu przyrody.

### 4) Pojęcie obiektów „nieuciążliwych dla pacjentów" w definicji strefy „B" (art. 38 pkt 2)

Obecnie na terenie strefy „B" ochrony uzdrowiskowej dopuszczalne jest budowanie obiektów usługowych i turystycznych, w tym hoteli, a także obiektów sportowych i komunalnych, o ile są one „nieuciążliwe dla pacjentów". Wymóg ten jest niedookreślony – niejasne jest, czy pojęcie to zawiera w sobie elementy inne niż ograniczenia i wymogi wynikające już z pozostałych przepisów związanych z uzdrowiskami (dotyczących np. norm hałasu), czy też zawiera własną treść normatywną. Mając na uwadze pozostałe obostrzenia dotyczące lokalizacji inwestycji w

strefie „B", tego typu dodatkowe zastrzeżenie wydaje się zbędne. Proponuje się usunięcie ww. zastrzeżenia z definicji strefy „B" ochrony uzdrowiskowej.

### 5) Obowiązek posiadania w strefie „C" obszaru ochrony uzdrowiskowej obszarów biologicznie czynnych o procentowym wskaźniku 45 % (art. 38 pkt 3)

Mając na uwadze, iż strefy C ochrony uzdrowiskowej są zazwyczaj wielokrotnie większe od stref A i B, a także okoliczność, iż nie prowadzi się na nich działalności leczniczej, wymóg posiadania przez nie 45% obszarów biologicznie czynnych nie znajduje merytorycznego uzasadnienia.
Z tego też względu proponuje się powrót do pierwotnych zapisów Ustawy i określenie obligatoryjnej powierzchni terenów zielonych wyłącznie dla stref „A" i „B". W przypadku strefy „C" proponuje się obniżyć do 25% powierzchnię obszarów biologicznie czynnych.

### 6) Zakaz lokalizowania zakładów przemysłowych (art. 38a ust. 1 pkt 1 lit. a)

Zgodnie z art. 38a Ustawy, na terenie całego uzdrowiska (tj. stref A, B i C ochrony uzdrowiskowej) zabroniona jest budowa zakładów przemysłowych. Przez zakład przemysłowy, zgodnie art. 2 ust. 13 Ustawy rozumie się *„zespół budynków i urządzeń wraz z terenem, na którym prowadzi się działalność wytwórczą polegającą na przekształcaniu mechanicznym, fizycznym lub chemicznym materiału, substancji lub ich części składowych w nowy produkt".*
W rozumieniu ww. definicji za zakłady przemysłowe mogą być uznane wszelkie podmioty, w których dochodzi do wytworzenia jakichkolwiek produktów (np. zakład stolarski), w tym produktów spożywczych (np. ciastkarnie, piekarnie). Wątpliwości interpretacyjne w tym zakresie prowadzą do osłabienia działalności gospodarczej na terenach uzdrowiskowych, a także rodzą konflikty pomiędzy gminami i inwestorami, i w konsekwencji powodują utratę licznych miejsc pracy.
Omawiany zakaz należy uznać za zbyt szeroki i niespójny z celem ustawodawcy. Uniemożliwia on bowiem lokalizację także takich przedsięwzięć, które nie oddziałują negatywnie na środowisko naturalne oraz nie kolidują z wiodącą funkcją leczniczą realizowaną w gminach uzdrowiskowych, co w szczególności dotyczy zakładów produkcji wód leczniczych. Grupa przedsiębiorstw uzdrowiskowych, prowadzących butelkowanie wód leczniczych i mineralnych ma rozlewnie wód zlokalizowane w strefie „A" uzdrowiska – często od samego początku swojego istnienia (np. w uzdrowisku Busko-Zdrój, Wysowa-Zdrój czy Krynica-Zdrój, w której od 1908 roku butelkuje się wody lecznicze). Przepisy art. 38a ustawy w obecnym brzmieniu uniemożliwiają nie tylko modernizację tych zakładów rozlewniczych, ale również ich rozwój. Ponieważ wody lecznicze są bardzo cennymi zasobami jakie posiadamy w Polsce, są chronione ustawą Prawo górnicze i geologiczne, a zarazem chcemy, aby były one dostępne także poza uzdrowiskami, stąd potrzeba nowelizacji ustawy w tym zakresie. Treść rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2010 r. *w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko* (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 71) nie wydaje się obecnie stanowić podstawy do uznania zakładu produkcji wód mineralnych jako zawsze znacząco oddziałującego na środowisko. Jednakże w przypadku przyjęcia takiego założenia, ograniczenie wyłączenia wskazanego poniżej w punkcie 2) do strefy „A" i „B", potencjalnie nie zostawi możliwości ustalenia, iż zakład taki w strefie „C" może funkcjonować. Proponuje się zatem rozszerzenie tego punktu także o strefę „C", ewentualnie z ograniczeniem tylko do zakładów produkcji wód mineralnych przenoszonych ze strefy „A" i „B".
Rekomendacja Zespołu:
1) Powiązać zakaz lokalizowania zakładów przemysłowych z poziomem ich oddziaływania na środowisko, tj,:

a) w strefie „A" i „B" niedopuszczalne byłoby lokalizowanie wszelkich zakładów przemysłowych mogących **zawsze lub potencjalnie znacząco oddziaływać** na środowisko, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko („**ustawa o udostępnianiu informacji**");

b) w strefie „C" zakaz dotyczyłby zakładów przemysłowych mogących **zawsze znacząco oddziaływać** na środowisko.

2) Wyłączyć spod zakazu lokalizowania zakładów przemysłowych w strefie „A", „B" i „C" instalacje do wydobycia i konfekcjonowania wód przeznaczonych do spożycia dla ludzi (rozlewnie), które już obecnie, w związku z występowaniem złóż wód na tych terenach, funkcjonują w ww. strefach.

3) Usunąć egzemplifikację obiektów budowlanych mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko, zawartą w art. 38a ust. 1 pkt 1) lit. i), z uwagi na brak spójności z katalogiem i nazewnictwem takich przedsięwzięć zawartym w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 9 listopada 2010 r. w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko.

### 7) Lokalizacja obiektów handlowych w strefie „A" i „B" ochrony uzdrowiskowej (art. 38a ust. 1 pkt 1) lit. d), ust. 2 pkt 3)

Obecny przepis Ustawy zakazuje budowy w strefie „A" i „B" obiektów handlowych o powierzchni użytkowania większej niż 400 $m^2$.

Pojęcie „powierzchni użytkowania", zdefiniowane na potrzeby Ustawy w jej art. 2 pkt 14, jest niespójne z istniejącą już w polskim systemie prawnym normą, która odwołuje się do powierzchni obiektów handlowych, posługując się pojęciem „powierzchni sprzedaży". Zgodnie z definicją zawarta w art. 2 pkt 19 ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, pod pojęciem tym należy rozumieć tę część ogólnodostępnej powierzchni obiektu handlowego stanowiącego całość techniczno-użytkową, przeznaczonego do sprzedaży detalicznej, w której odbywa się bezpośrednia sprzedaż towarów (bez wliczania do niej powierzchni usług i gastronomii oraz powierzchni pomocniczej, do której zalicza się powierzchnie magazynów, biur, komunikacji, ekspozycji wystawowej itp.).

Ponadto zastosowanie ww. odgórnego limitu powoduje niekorzystne skutki w strefie „B". Strefa „B: obejmuje obszary rozległe (nawet do kilku tysięcy hektarów), stanowiące swoistą strefę przejściową pomiędzy centrum uzdrowiska (strefa A) a jego peryferiami (strefa C). Obecni są w nich zarówno kuracjusze, jak też i mieszkańcy oraz turyści, zainteresowani dostępnością większych sklepów.

Rekomendacja Zespołu:

1) Na potrzeby ustawy proponuje się przypisanie limitu 800 $m^2$ dla łącznej powierzchni użytkowania i powierzchni sprzedaży oraz definiuje się pojęcie łącznej powierzchni obiektów handlowych w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej.

2) Proponuje się przypisanie limitu 400 $m^2$ powierzchni sklepów w strefie „A" do „powierzchni sprzedaży" w rozumieniu przepisów o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym. Jednocześnie proponuje się odpowiednie zwiększenie limitu dopuszczalnej „powierzchni użytkowania" nie większej jednak niż powierzchnia sprzedaży.

3) Proponuje się także zniesienie ww. ustawowego zakazu w odniesieniu do strefy ochrony uzdrowiskowej „B" i pozostawienie tej materii w sferze uprawnień planistycznych gmin uzdrowiskowych.

### 8) Zakaz lokalizacji parkingów (art. 38a ust. 1 pkt 1 lit. g)

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami na terenie strefy „A" i „B" ochrony uzdrowiskowej znacząco ograniczona jest dopuszczalność budowy parkingów. W strefie „A" dopuszczalne są parkingi naziemne o liczbie miejsc postojowych nie większej niż 15 % miejsc noclegowych w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i pensjonatach (nie więcej jednak niż 30 miejsc postojowych), a także parkingi naziemne przed obiektami usługowymi o liczbie miejsc postojowych nie większej niż 10. W strefie „B" maksymalna ilość miejsc postojowych na parkingu naziemnym to 50.

Regulacja ta, w założeniach słuszna i mająca na celu ochronę najistotniejszych części uzdrowisk, poprzez swój rygoryzm jednak powoduje poważne utrudnienia w rozwoju gmin uzdrowiskowych, a także istotne szkody dla środowiska (znacząco większe niż te, z którymi wiązałaby się budowa większych parkingów). Niedostosowana do potrzeb liczba dopuszczalnych miejsc parkingowych powoduje bowiem powstawanie „dzikich" parkingów w miejscach niedozwolonych (trawniki, łąki, lasy itp.), co skutkuje istotnymi szkodami na terenach zielonych. Podkreślenia wymaga, że działania podejmowane przez Policję i Straż Miejską (mandaty) a także władze gmin uzdrowiskowych (kampanie uświadamiające) nie dają efektu.

Z tego też względu proponuje się zmianę Ustawy poprzez urealnienie i dostosowanie określonych w nim limitów miejsc postojowych do bieżących potrzeb, w szczególności do potrzeb noclegowych w szpitalach, sanatoriach i pensjonatach, a także poprzez umożliwienie budowy parkingów podziemnych.

Rekomendacja Zespołu:

1) W strefie „A" zaleca się:

zwiększenie liczby dopuszczalnych miejsc parkingowych przed szpitalami uzdrowiskowymi, sanatoriami uzdrowiskowymi i pensjonatami, uzależnionej od liczby miejsc noclegowych, oraz przed innymi obiektami,

dopuszczenie budowy parkingów podziemnych.

2) W strefie „B" zaleca się zwiększenie liczby dopuszczalnych miejsc parkingowych.

### 9) Zakaz budowy zapór piętrzących wodę na rzekach (art. 38a ust. 1 pkt 1) lit. j)

Umieszczony w art. 38 a ust. 1 pkt 1 lit. j Ustawy zakaz budowy „zapór piętrzących wodę na rzekach oraz elektrowni wodnych" powoduje zakaz budowy tego rodzaju obiektów hydrotechnicznych bez względu na ich rozmiar i wpływ na środowisko oraz stosunki wodne.

Proponuje się wyłączenie z zakazu budowli o niewielkich parametrach użytkowych, niepowodujących istotnych zmian w stosunkach wodnych oraz nietworzących zagrożeń dla ludzi, np. poprzez ograniczenie zakazu do budowli I i II klasy (w rozumieniu przepisów techniczno-budowlanych wydanych na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r.).

### 10) Zakaz budowy stacji telefonii komórkowych w strefie „A" (art. 38a ust. 1 pkt 1) lit. h)

Obecnie obowiązujący, bezwzględny (poza służbami ratunkowymi) zakaz lokalizowania w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej stacji bazowych telefonii komórkowej powoduje ogromne praktyczne problemy z łącznością, zarówno w życiu codziennym uzdrowiska, jak i w sytuacjach kryzysowych, np. przy klęskach żywiołowych).

Jednocześnie trudno dostrzec racjonalne przyczyny, przemawiające za tak daleko idącym zakazem.

Proponuje się dopuszczenie lokalizacji w strefie „A" niewielkich urządzeń nadawczych, np. według formuły przewidzianej dla strefy „B" (dopuszczenie lokalizowania urządzeń

nieprzekraczających norm emisji określonych dla miejsc, w których przebywają ludzie), z dodatkowym zakazem dla urządzeń mogących potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko.

### 11) Zakaz usuwania drzew leśnych i parkowych (art. 38a ust. 1 pkt 10, ust. 2 pkt 2), ust. 3 pkt 2)

Przepisy obecnie obowiązującej Ustawy przewidują bezwzględny zakaz wycinki drzew (poza dokonywaniem niedefiniowanych w ustawie cięć pielęgnacyjnych, oraz w strefie „B" i „C" poza wyrębem określonym w planie urządzenia lasu) we wszystkich strefach ochrony uzdrowiskowej. W obecnym kształcie zakaz utrudnia utrzymanie terenów zieleni w należytym stanie oraz uniemożliwia realizację społecznie użytecznych inwestycji, które nie kolidują ze względami ochrony środowiska naturalnego.

Szczególnie dolegliwe skutki powoduje zakaz usuwania drzew w strefie „C". Strefa „C" obejmuje przeciętnie obszar od kilkuset do kilku tysięcy hektarów. Tak daleko idące ograniczenie możliwości usunięcia drzewa, jakie przewiduje obecnie obowiązująca ustawa, uniemożliwia racjonalne gospodarowanie na tych dużych obszarowo terenach. W chwili obecnej nie jest np. możliwe ulokowanie w strefie „C" ochrony uzdrowiskowej niektórych urządzeń rekreacyjnych, tras narciarskich, zjeżdżalni terenowych, kolejek rekreacyjnych ani dokonanie zabudowy terenu (np. hotelem, restauracją itp.) jeżeli tylko wiąże się to z wycinką drzewa.

Zakaz nie jest też skoordynowany z obowiązującymi ogólnymi regułami ochrony drzewostanów na zasadach określonych w ustawie z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody, a w przypadku drzew leśnych w ustawie z dnia 28 września 1991 r. o lasach.

Rekomendacja Zespołu:

1) Proponuje się wprowadzenie definicji pojęcia „cięć pielęgnacyjnych" oraz „drzewa leśnego".
2) Proponuje się dopuszczenie przebudowy drzewostanu w strefie „B" oraz usunięcie szczególnego zakazu usuwania drzew w strefie ochrony uzdrowiskowej „C" (z zachowaniem ogólnych zasad ochrony drzewostanu i drzew leśnych).

### 12) Zakaz prowadzenia robót melioracyjnych i innych działań „powodujących niekorzystną zmianę istniejących stosunków wodnych" (art. 38a ust. 1 pkt 11, ust. 2 pkt 3, ust. 3 pkt 2)

Zakaz jest zbyt niedookreślony, by możliwe było jego egzekwowanie w praktyce bez powstania istotnych wątpliwości interpretacyjnych dotyczących tego, co stanowi „niekorzystną zmianę" istniejących stosunków wodnych.

Jednocześnie jest to kolejny przykład próby zdawkowego uregulowania materii, która podlega już szczegółowej regulacji w innym akcie prawnym – w tym przypadku w ustawie z dnia 18 lipca 2001 r. – Prawo wodne, której przepisy (art. 70 i n.) ustanawiają szereg norm dotyczących melioracji, w tym mających na celu ochronę środowiska. Dodatkowo, tego rodzaju prace zaliczane są do przedsięwzięć mogących potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko, zatem ich realizacja jest każdorazowo uzależniona od uzyskania pozytywnej oceny oddziaływania na środowisko w procedurze określonej Ustawą o udostępnianiu informacji.

Proponuje się usunięcie tego zakazu z Ustawy.

### 13) Zakaz „prowadzenia działań mających negatywny wpływ na fizjografię uzdrowiska i jego układ urbanistyczny lub właściwości lecznicze klimatu" (art. 38a ust. 1 pkt 12, ust. 2 pkt 3, ust. 3 pkt 2)

Również i ten zakaz umieszczony w art. 38a Ustawy jest zakazem zbyt niedookreślonym, by możliwe było jego egzekwowanie w praktyce bez powstania istotnych wątpliwości interpretacyjnych.

Wskazać należy na bardzo szerokie znaczenie użytego w tym przepisie pojęcia „fizjografii". Przez fizjografię rozumie się bowiem charakterystykę warunków naturalnych danego obszaru obejmującą klimat, stosunki wodne, rzeźbę terenu, budowę geologiczną, świat zwierząt i roślinności. Zakres tego pojęcia jest więc bardzo szeroki, co w połączeniu z wysoce cennym charakterem przesłanki „działań mających negatywny wpływ", powoduje, iż przepis ten nie nadaje się do stosowania w praktyce.
Proponuje się usunięcie tego zakazu z Ustawy.

### 14) Ruch pojazdów mechanicznych na terenach uzdrowiskowych

Na gminy uzdrowiskowe nałożono wymóg zapewnienia odpowiedniej jakości powietrza na terenach uzdrowiskowych, a także zapewnienia odpowiednio niskiego poziomu hałasu. Jednocześnie gminy te pozbawione są kontroli nad wieloma czynnikami wpływającymi na te parametry, a w szczególności nad ruchem pojazdów mechanicznych na znajdujących się na ich terenach drogach publicznych, który – co nie ulega wątpliwości, szczególnie w przypadku ruchu tranzytowego– stanowi jedno z najistotniejszych źródeł tych zanieczyszczeń.
W obecnym stanie prawnym gminy jako jednostki samorządu terytorialnego, nie mają bowiem bezpośredniego wpływu na zarząd tych z dróg publicznych znajdujących się na ich obszarze, które podlegają innym organom samorządu terytorialnego (zarządowi powiatu, zarządowi województwa) lub Generalnemu Dyrektorowi Dróg Krajowych i Autostrad. Jak pokazuje zaś praktyka – osiągnięcie porozumienia z ww. zarządcami często jest niemożliwe lub trwa wiele lat.
Rekomendacja Zespołu: postuluje się nadanie gminom uzdrowiskowym uprawnienia do wprowadzania, w drodze uchwały rady gminy, ograniczeń w poruszaniu się określonych kategorii pojazdów mechanicznych po drogach publicznych znajdujących się na ich terenie. Uprawnienie powinno być wzorowane na przewidzianym w ustawie – Prawo ochrony środowiska uprawnieniu sejmików województw do uchwalania tzw. uchwał antysmogowych, określających ograniczenia lub zakazy w zakresie eksploatacji instalacji, w których następuje spalanie paliw. Proponowane rozwiązanie nie naruszałoby uprawnień zarządców określonych kategorii dróg publicznych.

### 15) Kierunki lecznicze w operatach uzdrowiskowych oraz ich wskazanie w decyzjach Ministra Zdrowia o potwierdzaniu możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego

Gmina, która zamierza wystąpić o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska w celu prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na tym obszarze zobowiązana jest sporządzić operat uzdrowiskowy. Art. 39 ustawy *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*, określa w sposób enumeratywny zawartość danych niezbędnych do umieszczenia w operacie uzdrowiskowym, w tym opis właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, świadectwa potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców i właściwości lecznicze klimatu, projektowane położenie i nazwę kopaliny głównej i towarzyszącej.
Wartym rozważenia jest koncepcja „specjalizacji" obszarów uzdrowiskowych pod kątem występujących surowców naturalnych i właściwości leczniczych klimatu. Obecnie większość uzdrowisk w operatach wykazuje wiele profili/kierunków leczniczych, w którym może być realizowane leczenie uzdrowiskowe. Należy stworzyć „specjalizację" uzdrowisk, pozwoliłoby to na rozwój i optymalne i ekonomiczne wykorzystanie potencjału danego obszaru uzdrowiska.
Należy także nadmienić, iż każda zmiana dotycząca kierunków (profili) leczniczych wiąże się ze zmianą operatów uzdrowiskowych, i przede wszystkim decyzji Ministra Zdrowia. Bowiem to

Minister Zdrowia na podstawie operatów uzdrowiskowych wydaje decyzję o rodzaju profilu leczniczego mającego zastosowanie na danym obszarze uzdrowiska i dopuszcza możliwość leczenia uzdrowiskowe w danej miejscowości uzdrowiskowej.
Wymusza to opracowanie jednolitego wzoru operatu uzdrowiskowego, na podstawie art. 39 ustawy *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*, w określono niezbędne informacje, które powinny się w nim znaleźć.
Zaznaczyć należy, iż jednym z elementów operatu uzdrowiskowego jest wskazanie kierunków leczniczych i przeciwwskazań dla przyszłego uzdrowiska. Uznać należy, iż powyższe wskazanie przez gminę uzdrowiskową jest jedynie formą życzeniową.
Zgodnie z przepisami art. 40 ustawy *o lecznictwie uzdrowiskowym,* uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, to zadań Ministra Zdrowia należy ustalenie właściwych kierunków leczniczych dla danego uzdrowiskowe, na podstawie m.in. świadectwa, opinii krajowego konsultanta do spraw balneologii i medycyny fizykalnej w zakresie skuteczności leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej w danym kierunku leczniczym, informacji o kwalifikacjach pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, informacji o rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w danym uzdrowisku.
Zaznaczyć należy w tym miejscu, iż racjonalny ustawodawca nie wskazał, aby produkty/wyroby lecznicze na bazie surowców naturalnych produkowane lub wytwarzane na terenie uzdrowisk posiadające certyfikaty i świadectwa, iż wykonane są na bazie surowców naturalnych, aby mogły być brane pod uwagę przy określaniu profilowości uzdrowisk, bowiem nie stanowią one o właściwościach leczniczych w rozumieniu naturalnych surowców leczniczych.
Wobec powyższego Decyzja Ministra Zdrowia winna określać:

- potwierdzenie możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego,
- oznaczenie głównego profilu leczniczego zgodnie z właściwościami leczniczymi surowców naturalnych,
- oznaczenie profili dodatkowych wynikających z właściwości leczniczych surowców naturalnych współistniejących (pochodnych) i właściwości leczniczych klimatu,
- wskazanie, iż w danym uzdrowisku zabiegi bodźcoprzewodzące z wykorzystaniem surowców naturalnych realizowane są z użyciem surowca występującego na danym terenie uzdrowiskowym, dla którego opracowano świadectwa potwierdzające jego właściwości lecznicze

Rekomenduje zaniechanie uzasadnienia decyzji w formie i treści obecnie stosowanej w decyzjach, za to zasadnym wydaje się określenie w uzasadnieniu decyzji, iż decyzję z jej *petitum* wydano na podstawie świadectw (wskazanie świadectw) i kryteriów (wskazanie kryteriów) dokumentujących naturalne złoża surowców, ich rodzaj i wskazania do stosowania oraz przeciwskazania do stosowania.

### 16) Potwierdzenie dopuszczalności uzupełniającego wykorzystywania naturalnych surowców leczniczych pochodzących z innych uzdrowisk

W chwili obecnej brak jest jednoznacznych przepisów pozwalających na wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych pochodzących z innych uzdrowisk w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.
Proponuje się wprowadzenie przepisów pozwalających na korzystanie z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z uzdrowiska, na terenie którego znajduje się zakład lecznictwa uzdrowiskowego oraz z surowców leczniczych pochodzących z innego uzdrowiska, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone świadectwem na zasadach określonych w art. 36

ust.4 oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, pod warunkiem korzystania z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z uzdrowiska, na terenie którego znajduje się zakład lecznictwa uzdrowiskowego.

### 17) Wprowadzenie sankcji za nieuzasadnione używanie nazw rodzajowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

Wbrew zakazom, o których mowa w art. 38 a., wiele podmiotów lub osób prowadzi działalność lub wykonuje czynności zabronione lub używa nazw rodzajowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego określonych w art. 6 ustawy, nie prowadząc działalności leczniczej w uzdrowisku lub na obszarze ochrony uzdrowiskowej i nie posiada wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a także wpisu do ewidencji zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego na zasadach określonych w ustawie. W celu właściwego zabezpieczenia bezpieczeństwa i zdrowia pacjentów nazwa sanatorium, szpital uzdrowiskowy, zakład przyrodoleczniczy powinna być przypisana wyłącznie zakładom lecznictwa uzdrowiskowego, których nazwę, zakres świadczeń, status, rejestrację i funkcjonowanie regulują przepisy ustawy. Prawnie chronione przepisami ustawy o usługach turystycznych są nazwy hotel, pensjonat, motel, tym bardziej niezrozumiałym jest brak regulacji prawnych dotyczących ochrony nazw zakładów lecznictwa uzdrowiskowego dla bezpieczeństwa pacjentów i niewprowadzania w błąd osób korzystających z lecznictwa uzdrowiskowego.
Postuluje się wprowadzenie przepisu, który pozwoli na sankcje w postaci kary ograniczenia wolności albo grzywny w stosunku do osób naruszających takie przepisy poprzez wprowadzenie nowego przepisu do Rozdziału 7 ustawy Przepisy karne w ust. 5 wprowadzając karę ograniczenia wolności lub grzywny w stosunku do osób naruszających przepisy w zakresie ochrony nazw rodzajowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego art.6 ustawy.

### 18) Pobór opłaty uzdrowiskowej od osób w szpitalach uzdrowiskowych

Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych, opłat miejscowych i uzdrowiskowych nie pobiera się od osób przebywających w szpitalach.
W praktyce orzeczniczej przyjmuje się, że pojęcie „szpitala", o którym mowa w ww. przepisie, obejmuje także szpitale uzdrowiskowe. Potwierdziła to również, na gruncie obowiązujących przepisów, interpretacja ogólna Ministra Finansów nr PL/LS/838/9/SIA/14 z października 2014 r. W interpretacji tej wskazano, że zwolnienie z opłaty uzdrowiskowej jest uzasadnione faktem, iż w szpitalu uzdrowiskowym wykonywana jest działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, a tym samym szpital uzdrowiskowy jest jednym z rodzajów szpitali w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.
Zgodnie z klasyfikacją przewidzianą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, w jednostkach lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonują następujące oddziały:

- 6100 Oddział uzdrowiskowy szpitalny
- 6200 Oddział uzdrowiskowy szpitalny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym
- 6300 Oddział uzdrowiskowy rehabilitacji szpitalnej
- 6500 Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny
- 6600 Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym
- 6700 Oddział uzdrowiskowy rehabilitacji sanatoryjnej

W ocenie Zespołu zwolnienie z opłaty uzdrowiskowej jest zasadne w przypadku osób przebywających w oddziałach uzdrowiskowych szpitalnych. Natomiast w przypadku osób otrzymujących świadczenia na oddziałach sanatoryjnych lub rehabilitacji sanatoryjnej

zwolnienie z opłaty uzdrowiskowej nie wydaje się być merytorycznie uzasadnione. Pacjent pobierający świadczenia na oddziale sanatoryjnym lub rehabilitacji sanatoryjnej może w zasadzie swobodnie opuszczać szpital uzdrowiskowy i korzystać z walorów uzdrowiska w celach zdrowotnych, turystycznych i wypoczynkowych, co uzasadnia pobór opłaty uzdrowiskowej.
Zatem obecny zakres zwolnienia z opłaty uzdrowiskowej wymaga odpowiedniej korekty, poprzez rozróżnienie sytuacji osób przebywających w szpitalach uzdrowiskowych, w zależności od rodzaju świadczeń, jakie pobierają.
Rekomendacja: Proponuje się doprecyzowanie zakresu zwolnienia z opłaty uzdrowiskowej osób przebywających w szpitalach uzdrowiskowych, poprzez wskazanie, że nie dotyczy ono osób, którym świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej są udzielane wyłącznie na oddziałach sanatoryjnych.

### 19) Wzorcowy statut uzdrowiska i obszaru ochrony uzdrowiskowej

Ustawą z dnia z dnia 4 marca 2011 r. o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw uchylono ust. 4 art. 19, który przewidywał, że „*Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzorcowy statut uzdrowiska i wzorcowy statut obszaru ochrony uzdrowiskowej, kierując się potrzebą ustalenia jednolitych reguł stanowiących podstawę działania uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej w całym kraju*." Z dniem wejścia w życie ww. ustawy nowelizującej utraciło też moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 r. w sprawie wzorcowego statutu uzdrowiska i wzorcowego statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej.
Jednocześnie art. 19 pkt 6) nadal wymienia wśród zadań Ministra Zdrowia „*opracowanie wzorcowego statutu uzdrowiska i wzorcowego statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej*". Wydaje się, że pozostawienie tego przepisu jest wynikiem przeoczenia ustawodawcy.
Rekomendacja: Zasadne wydaje się, że usunięcie art. 19 pkt 6.

### 20) Rekomendacja dotycząca nieuwzględniania z nazwy świadczeniodawców w decyzjach Ministra Zdrowia

Zespół rekomenduje nieuwzględnianie w decyzjach Ministra Zdrowia potwierdzających możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na terenach uznanych za uzdrowiska nazwy świadczeniodawców wykazanych w operatach uzdrowiskowych z uwagi na dostępność innych rejestrów, w których widnieje aktualny wykaz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych na obszarze uzdrowisk i które umożliwiają weryfikację świadczeniodawców np. w procesie kontraktowania świadczeń z NFZ (RPWDL, Ewidencja zakładów i urządzeń Naczelnego Lekarza Uzdrowiska).
Zmiany w ilości zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (wpisy nowych, wykreślenia) oraz zmiany organizacyjno-prawne w podmiotach leczniczych (np. zmiana nazwy, zmiana właścicielska) nie są ujmowane (aktualizowane) w decyzjach Ministra Zdrowia, co powoduje trudności i wątpliwości np. w OW NFZ przy zawieraniu i rozliczaniu umów. Może ponadto występować brak konsekwencji i spójności między rejestrami podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz ewidencją Naczelnego Lekarza Uzdrowiska, a decyzjami Ministra Zdrowia – sytuacja taka powinna obligować gminy uzdrowiskowe do aktualizacji operatów uzdrowiskowych i uzyskania aktualnych decyzji Ministra Zdrowia, co jest procesem pracochłonnym i kosztownym. Natomiast rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (rejestr Wojewody) w

odniesieniu do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest decydujący dla weryfikacji statusu świadczeniodawcy.

### 21) Rekomendacja dotycząca zmiany sposobu finansowania urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego

Zespół rekomenduje rozważenie wprowadzenia zmian legislacyjnych umożliwiających współfinansowanie funkcjonowania kosztochłonnych urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, określonych w art.5 ust. 1 pkt. 1 - 3 (pijalni uzdrowiskowych tężni, parków) z wykorzystaniem przychodów z dotacji uzdrowiskowej gminy uzdrowiskowej, o której mowa w art. 49 ustawy – po uprzedniej szczegółowej analizie wszystkich aspektów formalno-prawnych z tym związanych, jak struktura właścicielska, możliwości rozliczenia dotacji, sposób udostępniania urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.

Dotację uzdrowiskową, zgodnie z art. 49 ustawy, gminy uzdrowiskowe otrzymują na realizację zadań określonych w art. 46 ustawy. Jednym z tych zadań jest m.in.: *„tworzenie warunków do funkcjonowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego”.* W chwili obecnej brak jest instrumentów formalno-prawnych, za pomocą których podmiot utrzymujący urządzenia infrastruktury uzdrowiskowej mógłby na ten cel otrzymać od gminy uzdrowiskowej środki finansowe uzyskiwane przez gminę uzdrowiskową w ramach dotacji uzdrowiskowej. Warto w tym miejscu przytoczyć jeden z wniosków de lege ferenda zawartych w Raporcie Najwyższej Izby Kontroli: „Spełnianie wymogów określonych dla uzdrowisk” z grudnia 2016r. wskazujący m.in. na konieczność zmian legislacyjnych w tej właśnie kwestii: *„cyt.(...) Przepis art. 49 ust. 1 ustawy stanowi, że „gmina uzdrowiskowa realizująca zadania, o których mowa w art. 46, otrzymuje dotację z budżetu państwa (...)”. Ustawodawca powołuje się na zadania wymienione w art. 46 nie w kontekście celu dotacji, a jedynie jako warunek jej przyznania. Dotacja przysługuje zatem gminom, które wykonują określone w ustawie zadania. W ocenie NIK, wydatkowanie tych środków wyłącznie na zadania związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska powinno jednoznacznie wynikać z przepisów ustawy”.* Jednocześnie kwestie, o których wspomina w swoim raporcie NIK odnoszą się przede wszystkim do statusu dotacji uzdrowiskowej i sposobu jej rozliczenia. Jeżeli bowiem dochodom gmin, o których mowa w art. 49 ustawy nadano charakter dotacji, to powinien być precyzyjnie określony sposób jej rozliczenia. Zastanowić należałoby się zatem albo nad zmianą konstrukcji przyznawania i rozliczania dotacji uzdrowiskowej, albo nad innym usytuowaniem dotacji uzdrowiskowej w systemie dochodów gminy. Otóż praktyka wskazuje, że pomimo iż dotacja uzdrowiskowa bezspornie nosi cechy dotacji celowej, to jest przyznawana i rozliczana jak subwencja. Dla prawidłowego obliczania, przyznania i rozliczania dotacji uzdrowiskowej niezbędna jest albo zmiana rozporządzenia w zakresie trybu i terminów przekazania dotacji uzdrowiskowej w odniesieniu do terminu przekazania wniosku o dotację i terminu przekazania dotacji, albo uznanie, że dotacja uzdrowiskowa jest de facto subwencją uzdrowiskową, gdyż w zasadzie dotacja uzdrowiskowa taką rolę pełni.

### 22) Rekomendacja dotycząca utworzenia sieci zakładów lecznictwa uzdrowiskowego niepodlegających prywatyzacji

Na podstawie obowiązującej ustawy uzdrowiskowej w 2007 roku Minister Skarbu Państwa w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, w drodze rozporządzenia określił, spośród 26 spółek uzdrowiskowych, 14 spółek – jako niepodlegające prywatyzacji. W 2012 roku, pomimo protestów strony społecznej, rozporządzenie to zostało zmienione i z 14 spółek

uzdrowiskowych w rozporządzeniu pozostała tylko 1 „Uzdrowisko – Krynica-Żegiestów" S.A. Należy przy tym zaznaczyć, że obecnie pozostało tylko 10 przedsiębiorstw niesprywatyzowanych, z grupy 26 spółek, które były spółkami Skarbu Państwa. Grupa 16 spółek uzdrowiskowych będących w przeszłości spółkami Skarbu Państwa została sprywatyzowana i jak zostało to uwidocznione w Raporcie (str.6), większość zakładów lecznictwa uzdrowiskowego jest już w rękach prywatnych. W nawiązaniu do realizowanej obecnie polityki Rządu, jak również Ministra Zdrowia, Zespół wnosi o rozważenie wprowadzenia regulacji wyłączających z ewentualnej prywatyzacji 10 dotychczas niesprywatyzowanych spółek uzdrowiskowych - cel taki przyświecał pracy nad ustawą uzdrowiskową uchwaloną w roku 2005, gdzie zapisano (art. 64) upoważnienie dla Ministra Skarbu Państwa do uzgodnienia z Ministrem Zdrowia w drodze rozporządzenia grupy uzdrowisk wyłączonych z prywatyzacji. Zapis jednakże nie okazał się skuteczny i wskazane rozporządzenie było kilkakrotnie zmieniane, umożliwiając prywatyzację znacznej części uzdrowisk. Być może zapisanie wykazu przedsiębiorstw uzdrowiskowych niepodlegających prywatyzacji bezpośrednio w ustawie uzdrowiskowej, dałoby gwarancję ustawowego wyłączenia ich z prywatyzacji.

Wykaz przedsiębiorstw prowadzących zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, dla których należy rozważyć wyłączenie z ewentualnej prywatyzacji:

1) Uzdrowisko Busko Zdrój S.A.
2) Uzdrowisko Ciechocinek S.A.
3) Uzdrowisko Krynica-Żegiestów S.A.
4) Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.
5) Uzdrowisko Świnoujście S.A.
6) Uzdrowisko Lądek - Długopole S.A.
7) Uzdrowisko Rabka S.A.
8) Uzdrowisko Rymanów S.A.
9) Uzdrowisko Szczawno - Jedlina S.A.
10) Uzdrowisko Horyniec Sp. z o.o.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe ewentualnie wyłączone z prywatyzacji powinny mieć możliwość realizowania zadań z zakresu leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji uzdrowiskowej w oparciu o zagwarantowane środki publiczne, jak również środki własne z prowadzonej działalności leczniczej i gospodarczej.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe ewentualnie wyłączone z prywatyzacji powinny mieć zagwarantowany dostęp do środków publicznych na realizację niezbędnych inwestycji, zapewniających potrzeby pacjentów oraz umożliwiających ich stały rozwój.

# 10. Rekomendacje zmian w zakresie sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym, w tym uprawnień i działania naczelnych lekarzy uzdrowisk

1) Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Tj. Dz.U.2017 poz.1056)

Ustawa określa:

— Tryb powoływania Naczelnego Lekarza Uzdrowiska:

Art. 24. 1. Wojewoda powołuje i odwołuje naczelnego lekarza uzdrowiska.

Art. 25. Naczelnym lekarzem uzdrowiska może być lekarz posiadający:

1) tytuł specjalisty w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej 5-letni staż pracy w:

a) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego lub

b) zakładach mających siedzibę w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)..., wykorzystujących przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej właściwości naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości lecznicze klimatu

2) tytuł specjalisty zgodny z co najmniej jednym z kierunków leczniczych prowadzonych w uzdrowisku i udokumentowane rozpoczęcie specjalizacji w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej 10-letni staż pracy w zakładach, o których mowa w pkt 1.

— Zadania Naczelnego Lekarza Uzdrowiska;

Art. 27.

1. Naczelny lekarz uzdrowiska prowadzi dokumentację związaną z nadzorem nad lecznictwem uzdrowiskowym oraz ewidencję zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, znajdujących się na obszarze uzdrowiska.
2. (...)
3. Kierownik zakładu lecznictwa uzdrowiskowego zgłasza zakład lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego do ewidencji, o której mowa w ust. 1, po uzyskaniu wpisu tego zakładu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Zidentyfikowane obszary wymagające wprowadzenia zmian:

1) Braki kadry lekarskiej z odpowiednimi kwalifikacjami do pełnienia funkcji Naczelnego Lekarza Uzdrowiska zgłaszają Wojewodowie poszczególnych województw (stąd propozycja złagodzenia przepisów w zakresie długości stażu koniecznego do objęcia w/w funkcji).
2) Brak w ustawie określenia terminu wpisania zakładu lecznictwa uzdrowiskowego do ewidencji NLU po uzyskaniu wpisu tego zakładu do RPWDL.
3) RPWDL prowadzony przez Wojewodę nie uwzględnia wszystkich danych potrzebnych do prowadzenia ewidencji zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego np. na potrzeby korekty czy aktualizacji operatu uzdrowiskowego oraz na potrzeby prowadzenia czynności kontrolnych (np. rejestr urządzeń wraz z regulaminami urządzeń, potencjał bazy zabiegowej, dane personelu medycznego).

4) Nomenklatura w obu rejestrach (RPWDL, ewidencja NLU) jest różna: brak np. możliwości zarejestrowania zakładu przyrodoleczniczego w RPWDL (brak kodu dla takiej komórki).
5) Ustawa uzdrowiskowa w bardzo niewielkim stopniu określa w jaki sposób będzie sprawowana kontrola nad naturalnymi surowcami leczniczymi i warunkami klimatycznymi. Monitorowanie tych czynników należy, zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt. 3, do zadań Ministra Zdrowia. Znalazły one także swoje odzwierciedlenie w sposób ogólny w zadaniach Naczelnego Lekarza Uzdrowiska (art. 26 Ustawy). Jednak Naczelny Lekarz Uzdrowiska nie otrzymał szczegółowych uprawnień do prowadzenia kontroli wykorzystania naturalnych surowców przez podmioty świadczące usługi z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności istnieje wątpliwość czy Naczelny Lekarz Uzdrowiska może monitorować wykorzystanie naturalnych surowców w obiektach, które nie są wpisane do Ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Wydaje się konieczne, żeby albo wszystkie obiekty wykorzystujące naturalne surowce lecznicze w leczeniu obligatoryjnie musiały uzyskać wpis do tej Ewidencji, albo żeby można było podjąć wobec takich podmiotów kontrolę w tym zakresie nawet wtedy, gdy do tej Ewidencji wpisane nie są, tylko na podstawie faktu, że wykorzystują naturalne surowce w celach leczniczych.

Rekomenduje się wprowadzenie następujących zmian w tym zakresie:

1. Zmianę kryteriów wymaganych dla kandydatów na naczelnych lekarzy uzdrowisk - funkcję naczelnego lekarza uzdrowiska mógłby sprawować:
   – lekarz z tytułem specjalisty w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej ze stażem pracy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego co najmniej 3 letnim;
   – lekarz z tytułem specjalisty zgodnym z co najmniej jednym z kierunków leczniczych prowadzonych w uzdrowisku oraz udokumentowanym rozpoczęciem specjalizacji w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej ze stażem pracy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego co najmniej 7 letnim.
2. Ujednolicenie nazewnictwa w obu rejestrach: RPWDL i ewidencji zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz wprowadzenie brakujących nazw i kodów rejestrowych, m.in. zakładu przyrodoleczniczego.
3. Określenie terminu zgłoszenia zakładu lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego do ewidencji NLU, po uzyskaniu wpisu tego zakładu/urządzenia do rejestru zakładów wykonujących działalność leczniczą.
4. Zmiany legislacyjne dotyczące określenia kompetencji NLU w zakresie monitorowania wykorzystania naturalnych surowców w zakładach, które nie są wpisane do Ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz dotyczące wymogu rejestracji w RPWDL i ewidencji NUL podmiotów wykorzystujących na terenie uzdrowiska naturalne surowce lecznicze.
5. Opracowanie standardów w zakresie kwalifikacji i norm zatrudnienia personelu medycznego, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i wysoki poziom świadczeń leczniczych uzdrowiskowych, niezależnie od sposobu finasowania świadczeń.
6. Wprowadzenie zaktualizowanych wystandaryzowanych wzorów druków Ewidencji zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego (projekty zaktualizowanych druków zostały opracowane przez naczelnych lekarzy uzdrowisk, członków i ekspertów Zespołu, i przedłożone do zaopiniowania w Wydziale Uzdrowisk Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia).

2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska (Dz. U. 2011 nr 161 poz. 976)

Rozporządzenie określa:

- szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym przez naczelnego lekarza uzdrowiska;
- szczegółowe zadania naczelnego lekarza uzdrowiska;
- zakres współpracy pomiędzy naczelnym lekarzem uzdrowiska i podmiotami tworzącymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Zespół rekomenduje dodatkowe zadania NLU;

1. Potwierdzanie przez Naczelnego Lekarza Uzdrowiska możliwości prowadzenia leczenia przez poszczególne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w ramach danego kierunku leczniczego oraz w ramach danej specjalizacji, w oparciu o ustalone standardy (ponieważ nie każdy zakład lecznictwa uzdrowiskowego dysponuje potencjałem upoważniającym do prowadzenia wszystkich ustalonych dla uzdrowiska kierunków leczniczych).
2. Wykonywanie zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej oraz podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
3. Opiniowanie planów inwestycyjnych w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej, planów zagospodarowania przestrzennego oraz operatów uzdrowiskowych.

3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2006 nr 47 poz. 346 ze zm.)

Rozporządzenie określa:

- szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Zespół rekomenduje:

1. Opracowanie standardów w zakresie kwalifikacji i norm zatrudnienia personelu medycznego pozwalających na monitorowanie przez Naczelnych Lekarzy Uzdrowisk jakości lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego przez wszystkie podmioty świadczące usługi w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego.
2. Uszczegółowienie możliwości kontroli przez Naczelnego Lekarza Uzdrowiska wykorzystania naturalnych tworzyw leczniczych w zakładach działających w uzdrowisku, niezależnie od tego czy posiadają wpis do ewidencji NLU;

4) Dodatkowo, w kwestii nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym, z uwagi na charakter i znaczenie tych świadczeń, będących integralną częścią systemu ochrony zdrowia, koniecznym wydaje się być umocowanie w ustawie **Ministra Zdrowia jako organu odwoławczego** (trybu prawnego przysługującego podmiotom uzdrowiskowym) od decyzji podejmowanych przez gminy uzdrowiskowe w zakresie m.in. sposobu kształtowania wielkości i zmiany obszaru stref ochrony uzdrowiskowej.

## 11. Podsumowanie – wnioski i rekomendacje

1) Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia.
2) Kluczowym założeniem przedłożonej koncepcji zmian w systemie lecznictwa uzdrowiskowego jest próba dostosowania systemu obecnie obowiązującego do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz trendów demograficznych, gdzie głównym celem jest zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia oraz optymalizacja sposobu wykorzystania potencjału opieki rehabilitacyjnej w Polsce.
3) Uzdrowiska, będące polskim dobrem narodowym, mogą – i powinny - stanowić krajowe zaplecze rehabilitacji przewlekłej oraz terapii i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych, a wobec wyzwań demograficznych – zaplecze dla aktywnego, zdrowego i godnego starzenia się polskiego społeczeństwa oraz prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży.
4) Prognozy demograficzne stawiają wyzwania do optymalizacji (infrastrukturalnej, finansowej oraz organizacyjnej) sposobu wykorzystania całego potencjału opieki rehabilitacyjnej, uwzględniającej rehabilitację leczniczą, lecznictwo uzdrowiskowe, rehabilitację w ramach prewencji ZUS i KRUS oraz w ramach turnusów rehabilitacyjnych PFRON, w tym rozważenia wprowadzenia skonsolidowanego systemu opieki rehabilitacyjnej (w ramach skonsolidowanych funduszy, których dysponentami obecnie są: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).
5) Należy wspierać rozwój modelu opieki kompleksowej, zapewniającego ciągłość świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, jak i lecznictwa uzdrowiskowego, w tym poprzez połączenie środków finansowych NFZ, ZUS, KRUS, PFRON dedykowanych na rehabilitację i prewencję w ramach zleconego wspólnego programu rehabilitacji realizowanego przez koordynującego jednego płatnika.
6) Zmiany w lecznictwie uzdrowiskowym zależne są od zmian w rehabilitacji leczniczej - dążąc do optymalizacji opieki rehabilitacyjnej w Polsce zmiany w lecznictwie uzdrowiskowym oraz rehabilitacji leczniczej należy wdrażać równolegle, aby osiągnąć ciągłość procesu leczenia pacjenta oraz jasność i przejrzystość w sposobie planowania terapii i kierowania pacjenta do odpowiedniego leczenia.
7) Kluczowym założeniem rekomendowanych zmian systemowych jest udostępnienie – w modelu kompleksowej opieki zdrowotnej – zasobu łóżek szpitalnych oddziałów rehabilitacji leczniczej dla potrzeb rehabilitacji wczesnej i pilnej przy jednoczesnym wykorzystaniu zasobu łóżek uzdrowiskowych: szpitalnych i sanatoryjnych oraz uzdrowiskowego potencjału zabiegowego do prowadzenia stacjonarnego i ambulatoryjnego leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej w stanach przewlekłych i stabilnych oraz w celach prewencyjnych.
8) Koordynatorem przebiegu rehabilitacji pacjenta w ramach zoptymalizowanego systemu powinien być lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej, tzn. lekarz posiadający kompetencje do całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz wynikających ze stanu zdrowia możliwości funkcjonowania społecznego i zawodowego, a zatem do oceny indywidualnych potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta.
9) Realizacja tych celów wymaga systematycznego i realnego zwiększania nakładów na finasowanie świadczeń rehabilitacyjnych, w tym świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego oraz stworzenia – w ramach priorytetów zdrowotnych państwa – podstaw formalnoprawnych i mechanizmów finansowych, które umożliwią rozwój infrastruktury uzdrowiskowej: rozbudowę oraz modernizację istniejących zakładów lecznictwa

uzdrowiskowego, dostosowanie infrastruktury uzdrowiskowej do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych oraz tworzenie nowych podmiotów.

10) Rekomenduje się sukcesywne i pilne zwiększanie w planie finansowym NFZ środków finansowych na lecznictwo uzdrowiskowe do poziomu minimum 1,4% planowanych ogółem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a przez to urealnienie stawki /ceny za tzw. osobodzień/ w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych oraz zwiększenie dostępności pacjentów do tej formy leczenia poprzez skrócenie kolejki na leczenie uzdrowiskowe.

11) Zespół rekomenduje następujące rodzaje świadczeń gwarantowanych:
   - rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna (wczesna II fazy)
   - leczenie uzdrowiskowe szpitalne
   - leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła stacjonarna (21 dni)
   - leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne – rehabilitacja przewlekła ambulatoryjna (14-28 dni zabiegowych).
12) Kierowanie i kwalifikowanie do poszczególnych ww. rodzajów świadczeń wynikać powinno wskazań określonych: stanem zdrowia, wiekiem i stopniem sprawności pacjenta, czasem jaki upłynął od ew. leczenia ostrej fazy choroby i obecności określonych chorób współistniejących, przy uwzględnieniu przeciwwskazań. Poszczególne świadczenia powinny być rozliczane w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w *Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w lecznictwie uzdrowiskowym* (JGP).
13) Warunki niezbędne do wprowadzenia zmian systemu lecznictwa uzdrowiskowego:
   - przeprowadzenie – na poziomie eksperckim – szczegółowej analizy potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki rehabilitacyjnej, w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego (w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych);
   - przeprowadzenie – na poziomie eksperckim – szczegółowej analizy zasobów;
   - określenie częstotliwości refundowania świadczeń w stanach przewlekłych i stabilnych;
   - oszacowanie potrzeb w zakresie rozwoju infrastruktury rehabilitacyjnej, przy uwzględnieniu trendów demograficznych i potrzeb zdrowotnych;
   - stworzenie mechanizmów finansowych umożliwiających, w ramach priorytetów zdrowotnych, rozbudowę i dostosowanie istniejących oraz rozwój nowych ośrodków rehabilitacji wczesnej, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz zakładów rehabilitacji leczniczej.
14) Konieczna jest weryfikacja wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego szpitalnego, sanatoryjnego i ambulatoryjnego (a zatem także weryfikacja kierunków leczniczych uzdrowisk) w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i aktualne potrzeby zdrowotne. Rekomenduje się rozważenie eliminacji z obrotu prawnego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r *w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*. W przypadku eliminacji z obrotu prawnego ww. rozporządzenia rekomenduje się nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową*, poprzez wprowadzenie załącznika określającego w szczególności przeciwskazania do leczenia uzdrowiskowego.
15) Rekomenduje się wyodrębnienie w ramach zaktualizowanych kierunków leczniczych uzdrowisk specjalizacji, które mogłyby być ustalane dla poszczególnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego albo oddziałów szpitalnych lub sanatoryjnych w tych zakładach. Wskazane jest ustalenie, na poziomie eksperckim, minimalnych standardowych wymagań (kadrowych oraz infrastrukturalnych), jakie powinny spełnić poszczególne zakłady lecznictwa

uzdrowiskowego w celu potwierdzenia możliwości prowadzenia leczenia w ramach danego kierunku oraz danej specjalizacji.

16) W celu optymalnego i sprawnego wykorzystania zasobu łóżek uzdrowiskowych oddziałów szpitalnych, dla pacjentów (dorosłych i dzieci), którzy wymagają kontynuacji leczenia w warunkach stacjonarnych po przebyciu rehabilitacji wczesnej w oddziale rehabilitacji, po określonych interwencjach szpitalnych lub po określonych zabiegach operacyjnych rekomenduje się wprowadzenie „szybkiej ścieżki" kwalifikacji do leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (z możliwością potwierdzania miejsca leczenia także w ramach umów zawieranych pomiędzy podmiotami leczniczymi: oddziałami szpitalnymi i/lub oddziałami rehabilitacyjnymi, a oddziałami szpitali uzdrowiskowych). Kwalifikacja do świadczeń realizowanych w oddziałach sanatoryjnych oraz w trybie dziennym i ambulatoryjnym powinna odbywać się – zdaniem rekomendujących - wg aktualnie obowiązującego trybu (aprobata skierowania, wybór rodzaju, miejsca i terminu leczenia oraz potwierdzanie miejsca leczenia dokonywane przez płatnika).
17) Zaakceptowanie zaproponowanej zmiany trybu kierowania na leczenie uzdrowiskowego spowoduje konieczność kompleksowej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową,* w szczególności w zakresie dostosowania treści rozporządzenia do nowego trybu (trybów) kierowania pacjentów na leczenie i potwierdzania skierowań oraz nowelizacji wzoru skierowania na leczenie uzdrowiskowe / rehabilitację uzdrowiskową.
18) Konieczne jest wdrożenie systemu umożliwiającego oczekiwanie (wg PESEL) na realizację świadczenia wyłącznie jednego rodzaju (rehabilitacja lecznicza lub lecznictwo uzdrowiskowe) oraz wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, a zatem likwidację „sztucznych" kolejek w rehabilitacji przewlekłej. Wskazane jest utworzenie elektronicznej „bazy" pacjentów poddawanych różnym formom rehabilitacji, w celu monitorowania i koordynowania przebiegu rehabilitacji pacjenta w ramach całego systemu opieki rehabilitacyjnej (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON).
19) Konieczne jest określenie częstotliwości refundacji świadczeń w stanach przewlekłych i stabilnych oraz ew. w celach prewencyjnych zapewniającej dostępność do świadczeń dla jak największej grupy pacjentów (dotyczy: leczenia sanatoryjnego – rehabilitacji przewlekłej stacjonarnej, leczenia uzdrowiskowego ambulatoryjnego – rehabilitacji przewlekłej ambulatoryjnej).
20) Rekomenduje się rozważenie finansowania ze środków publicznych (w ramach świadczeń socjalnych) pobytu osoby, będącej opiekunem dziecka w wieku od 3 do 6 roku życia posiadającego status świadczeniobiorcy przebywającego na leczeniu uzdrowiskowym oraz dziecka w każdym wieku wymagającego opieki z uwagi na ustalony stopień niepełnosprawności, a ponadto rozważenie dofinansowania pobytów opiekunów niepełnosprawnych osób dorosłych, w tym seniorów.
21) Rekomenduje się wprowadzenie regulacji dyscyplinujących pacjentów do realizacji leczenia zgodnie terminem wynikającym z listy oczekujących oraz zgodnie z decyzją lekarza specjalisty balneologii lub medycyny fizykalnej zatrudnionego w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy: leczenia sanatoryjnego – rehabilitacji przewlekłej stacjonarnej, leczenia uzdrowiskowego ambulatoryjnego – rehabilitacji przewlekłej ambulatoryjnej).
22) Konieczne jest przeprowadzenie działań informujących o wdrażanych zmianach i nowym systemie lecznictwa uzdrowiskowego – wśród lekarzy i wśród pacjentów.
23) W celu wprowadzenia rekomendowanych zmian niezbędny będzie okres przejściowy, w którym nastąpi rozpoczęcie realizowania świadczeń wg rekomendowanych rozwiązań przy

jednoczasowym umożliwieniu uzyskania odpowiedniego świadczenia na dotychczas obowiązujących zasadach osobom oczekującym na zrealizowanie świadczeń.

24) W celu wprowadzenia rekomendowanych zmian, a w szczególności w celu racjonalizacji wykorzystania potencjału leczniczego: kadrowego i infrastrukturalnego zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, rekomenduje się skonsolidowanie uzdrowiskowych łóżek szpitalnych (oddziałów o kodach: 6100 i 6300) oraz uzdrowiskowych łóżek sanatoryjnych (oddziałów o kodach: 6500 i 6700).
25) Zaakceptowanie zarekomendowanych rodzajów świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego spowoduje konieczność kompleksowej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* (Tj. Dz. U. 2015 poz. 2027 ze zm.).
26) W zakresie leczenia uzdrowiskowego dzieci i młodzieży:
   - rekomenduje się ukierunkowanie uzdrowisk dziecięcych na rzeczywiste potrzeby zdrowotne najmłodszego pokolenia (weryfikację kierunków leczniczych i wskazań do leczenia);
   - rekomenduje się zmianę trybu kierowania dzieci na leczenie uzdrowiskowe (bezpośrednie kierowanie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego);
   - rekomenduje się zniesienie turnusowości pobytów leczniczych dzieci, polegającej na ścisłym określaniu dnia przyjazdu i wyjazdu dla określonej grupy pacjentów;
   - rekomenduje się uelastycznienie czasu trwania leczenia w szpitalu uzdrowiskowym oraz sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci;
   - rekomenduje się dofinansowanie ze środków socjalnych kosztów przejazdów na leczenie uzdrowiskowe dzieci;
   - rekomenduje się dofinansowanie ze środków socjalnych kosztów pobytu opiekuna w ramach leczenia dzieci niepełnosprawnych oraz dzieci w wieku od 3 do 6 roku życia pod opieką osoby dorosłej;
   - rekomenduje się przyznanie rodzicowi (opiekunowi) dodatkowego płatnego urlopu potrzebnego na przywiezienie i odwiezienie dziecka do i z uzdrowiska;
   - rekomenduje się wprowadzenie zapisów gwarantujących możliwość corocznej waloryzacji stawki za osobodzień leczenia uzdrowiskowego dziecka;
   - rekomenduje się podjęcie działań mających na celu zmianę przepisów w oświacie np. wprowadzenie prawnych uregulowań, zobowiązujących nauczycieli ze szkół macierzystych, do uwzględniania ocen uzyskanych w trakcie leczenia uzdrowiskowego, zwiększenie ilości godzin opieki wychowawczej w okresie wolnym od nauki w szkole.

27) Rekomendacje Zespołu w zakresie nowej oferty uzdrowiskowej dla seniorów obejmują:
   - wprowadzenie nowego kierunku leczenia: choroby wieku podeszłego (dla osób 75+ w wielochorobowością);
   - uwzględnienie zmiany w zakresie czasu trwania leczenia i intensywności stosowanych zabiegów u osób w wieku podeszłym;
   - stworzenie oferty uzdrowiskowej skierowanej do osób w wieku podeszłym z ograniczoną zdolnością do samoobsługi;
   - dofinansowanie ze środków socjalnych kosztów pobytu opiekuna seniora niepełnosprawnego i/lub niesamodzielnego;
   - stworzenie programów aktywizacji i profilaktyki prozdrowotnej adresowanego do seniorów:
     - ✓ organizacja i finansowanie turnusów dla seniorów po 60 roku życia aktywnych zawodowo

- ✓ wprowadzenie dla seniorów 75+ preferencyjnych warunków korzystania ze świadczeń uzdrowiskowych w rodzaju *„leczenie sanatoryjne – rehabilitacja przewlekła";*
- ✓ organizacja i finansowanie turnusów dla seniorów w celu poprawy kondycji i zdrowia
- ✓ stworzenie możliwości dziennego leczenia uzdrowiskowego seniorów dla kuracjuszy leczonych w trybie ambulatoryjnym
- ✓ stworzenie mechanizmu umożliwiającego samorządom gmin uzdrowiskowych tworzenia i prowadzenia w partnerstwie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego Dziennych Domów Opieki Medycznej w ramach programu „Senior +".

28) Rekomenduje się nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. *w sprawie określenia wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego* przy uwzględnieniu:
- specyfiki (odrębności) lecznictwa uzdrowiskowego w stosunku do innych obszarów ochrony zdrowia;
- celowości i racjonalności (w tym racjonalności kosztowej) wymagań, a zatem wpływu skutków określonych wymagań na faktyczną jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na standaryzację usług i bezpieczeństwo pacjenta;
- ochrony zabytków i dóbr kultury oraz ograniczenia budowlane i techniczne wynikające z tego tytułu;
- spójności z innymi aktami prawnymi.

29) Rekomenduje się wprowadzenie zaproponowanych w Raporcie Zespołu zmian w ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych* (Tj. Dz.U.2017 poz.1056) w zakresie:
- zasad finansowania i prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
- zasad nadawania obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
- zasad pozbawiania obszaru statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
- zadań gmin uzdrowiskowych
- zasad sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym.

## HARMONOGRAM WPROWADZENIA ZMIAN W SYSTEMIE LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO

Proponowana koncepcja zmian zakłada koordynację opieki nad pacjentem w parciu o rehabilitację medyczną i lecznictwo uzdrowiskowe. Dlatego zmiany systemowe wymagają modyfikacji przepisów prawa dotyczących obu dziedzin medycyny. Wymaga to modyfikacji przepisów zarówno na poziomie ustawowym, jak i aktów wykonawczych. Proces przygotowania i wdrażania systemu wymaga zaangażowania wielu ekspertów, prowadzenia działań informacyjnych wśród pracowników medycznych i pacjentów. Okres ten można podzielić na trzy etapy:

### Faza Przygotowania Systemu

- Powołanie zespołu ekspertów medycznych z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej oraz rehabilitacji medycznej, wspieranych przez towarzystwa naukowe i ekspertów z innych dziedzin medycyny.
- Zadaniem zespołu będzie opracowanie szczegółowego systemu kwalifikacji na poszczególne formy leczenia w oparciu o ocenę pacjenta oraz szczegółowy katalogu wskazań i przeciwwskazań, opracowanie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JPG), wymogów stawianych świadczeniodawcom i standardów postepowania leczniczego.
- Powołanie zespołu do spraw zmian legislacyjnych, który opracuje całokształt niezbędnych zmian prawnych koniecznych do wprowadzenia nowego systemu.
- Oszacowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej w oparciu o analizę map potrzeb zdrowotnych.

### Faza Przejściowa

- Wprowadzanie zmian legislacyjnych.
- Wprowadzenie systemu kontroli rejestrowanych skierowań w rehabilitacji medycznej opartego o numer PESEL, który pozwoli na usuniecie z systemu zdublowanych skierowań i skrócenie kolejki oczekiwania na rehabilitację.
- Aktualizacja i stopniowe wygaszanie rejestrowania skierowań na rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe wg dotychczas obowiązujących zasad.
- Szkolenie personelu w obiektach świadczeniodawców w zakresie wymogów nowego systemu.
- Akcja informacyjna o zmianach systemowych wśród lekarzy kierujących na leczenie.
- Akcja informacyjna o wdrażanych zmianach i nowym systemie lecznictwa uzdrowiskowego wśród pacjentów.

### Faza Pełnego Wdrożenia Systemu

- Pełna integracja systemu kierowania na leczenie i wdrożenie systemu umożliwiającego oczekiwanie (wg PESEL) na realizację świadczenia wyłącznie jednego rodzaju (rehabilitacja lecznicza lub lecznictwo uzdrowiskowe) oraz wyłącznie u jednego świadczeniodawcy.
- Kontynuacja akcji informacyjnej wśród pacjentów.
- Okres ewaluacji wprowadzonego systemu i wdrażania niezbędnych korekt usprawniających jego działanie.

**Wskazane jest jak najszybsze wprowadzenie zarekomendowanych zmian, natomiast czas, jaki będzie niezbędny do zrealizowania poszczególnych ww. etapów zależny będzie od czasu trwania i przebiegu procesu legislacyjnego.**

## 12. Lista załączników

1) Projekt ustawy o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw
2) Projekt tekstu jednolitego ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z uwzględnieniem zmian zarekomendowanych w Raporcie końcowym Zespołu
3) Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości
4) Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku
5) Projekt tekstu jednolitego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego.
6) Propozycje przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego określone na podstawie stanowiska wyrażonego przez konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin medycyny i rekomendowane przez Zespół do uwzględnienia w „katalogu przeciwwskazań" w przypadku nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową,* w tym polegającej na wprowadzeniu załącznika określającego przeciwskazania do leczenia uzdrowiskowego

Załącznik nr 1: Projekt ustawy o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw

*Projekt z dnia [*]2017 r.*

***U S T A W A***

*z dnia……*

***o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw***

**Art. 1.** W ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U.2017.1056) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1 dodaje się punkt 7) w brzmieniu następującym:

7) zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych.

2) w art. 2:

a) pkt 1) lit b) otrzymuje następujące brzmienie:

„b) właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, o ile wymagają tego kierunki lecznicze ustalone dla uzdrowiska,";

b) w pkt 7) otrzymuje następujące brzmienie:

„7) urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego - urządzenia służące do leczniczego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych oraz lub właściwości leczniczych klimatu";

c) po pkt 8 dodaje się punkt 8a) w brzmieniu:

„8a) uzdrowiskowy zakład górniczy - zakład zajmujący się wydobywaniem, ochroną i kontrolą naturalnych surowców leczniczych: wód i borowin"

d) pkt 14 otrzymuje następujące brzmienie

„ 14) powierzchnia sprzedaży – powierzchnia o której mowa w art. 2 pkt 19 ustawy z dnia z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym"

e) po pkt 14) dodaje się pkt 15 w brzmieniu:

„15) cięcie pielęgnacyjne – zabieg mający na celu zachowanie lub poprawę jakości, bezpieczeństwa lub stanu zdrowotnego drzewostanu, w tym polegający na usuwaniu wybranych drzew lub formowaniu drzew poprzez przycinanie lub podkrzesywanie.";

f) po dodanym pkt 15 dodaje się pkt 16 w brzmieniu:

„16) drzewo leśne – drzewo znajdujące się na gruncie stanowiącym las w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o lasach.”;

3) art. 8 pkt 4) otrzymuje następujące brzmienie:

„4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z uzdrowiska, na terenie którego znajduje się szpital uzdrowiskowy lub z surowców leczniczych pochodzących z innego uzdrowiska, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone świadectwem na zasadach określonych w art. 36 ust. 4, oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego”;

4) w art. 9 ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Do zadań sanatorium uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;

2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;

3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;

4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego

5) świadczeń profilaktycznych;

6) edukacji zdrowotnej.”

5) w art. 10 ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie

„1. Do zadań szpitala uzdrowiskowego dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci należy zapewnienie dziecku, które skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;

2) całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;

3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;

4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,

5) świadczeń profilaktycznych;

6) świadczeń opiekuńczych;

7) edukacji zdrowotnej”

6) w art. 11a dodaje się pkt 3) w następującym brzmieniu:

„3) zapewnienie edukacji zdrowotnej.”;

7) w art. 11b pkt 4) otrzymuje następujące brzmienie:

„4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z uzdrowiska, na terenie którego znajduje się szpital w urządzonym wyrobisku górniczym lub z surowców leczniczych pochodzących z innego uzdrowiska, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone świadectwem na zasadach określonych w art. 36 ust. 4, oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego;”

8) w art. 11c ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie

„1. Do zadań sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych;

2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;

3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;

4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego

5) świadczeń profilaktycznych;

6) edukacji zdrowotnej.

9) w art. 13 ust. 1. Otrzymuje następujące brzmienie

„1. Ustala się następujące kierunki lecznicze uzdrowisk:

1) choroby narządu ruchu
2) choroby układu nerwowego
3) choroby układu krążenia
4) choroby układu oddechowego
5) choroby układu trawienia
6) choroby metaboliczne
7) choroby endokrynologiczne
8) choroby skóry
9) choroby kobiece
10) choroby nerek i dróg moczowych
11) choroby wieku podeszłego
12) choroby psychosomatyczne”

10) w art. 13 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„3. Statut zakładu lecznictwa uzdrowiskowego określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych na podstawie kierunków leczniczych, z uwzględnieniem przepisu ust. 2, wynikających z dostępnych naturalnych surowców leczniczych lub warunków klimatycznych.”;

11) w art. 16 dodaje się:

a) po ust. 1 dodaje się ustęp 1a w następującym brzmieniu:

„1a. Pobyt osoby, będącej opiekunem dziecka lub osoby dorosłej, posiadających status świadczeniobiorcy, przebywających w szpitalu uzdrowiskowym lub sanatorium uzdrowiskowym i wymagających opieki z uwagi na niepełnosprawność, finansowany jest ze środków publicznych.”

12) w art. 19 w ust. 1 uchyla się pkt 6);

13) art. 25 otrzymuje następujące brzmienie:

„Naczelnym lekarzem uzdrowiska może być lekarz posiadający:

1) tytuł specjalisty w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej 3-letni staż pracy w:

a) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego lub

b) zakładach mających siedzibę w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronach umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, wykorzystujących przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej właściwości naturalnych surowców leczniczych lub właściwości lecznicze klimatu lub

2) tytuł specjalisty zgodny z co najmniej jednym z kierunków leczniczych prowadzonych w uzdrowisku i udokumentowane rozpoczęcie specjalizacji w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej 7-letni staż pracy w zakładach, o których mowa w pkt 1.”;

14) po art. 32 dodaje się art. 32 w brzmieniu następującym:

„Art. 32a.

Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia określi minimalne normy zatrudnienia dla personelu medycznego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.”

15) w art. 33:

ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie:

„4. Jeżeli odcinek granicy strefy "A" pokrywa się z brzegiem morskim, brzegiem jeziora lub granicą parku narodowego lub rezerwatu przyrody, to stanowi on na tym odcinku również granicę strefy "B" i "C" obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej.”

16) w art. 34:

a) w ust. 1:

- pkt 2) otrzymuje brzmienie:

„2) posiada klimat o właściwościach leczniczych lub klimat nie wpływający negatywnie na proces leczenia, stosownie do ustalonych kierunków leczniczych, potwierdzony na zasadach określonych w ustawie;”,

- uchyla się pkt 4),

- pkt 5) otrzymuje następujące brzmienie:

„5) posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej spełniającą wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Status obszaru ochrony uzdrowiskowej może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 5.”;

17) w art. 35:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Gmina, która występuje o nadanie obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, jest obowiązana do uzyskania potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, w formie świadectwa, o którym mowa w art. 36 ust. 4, wydanego przez jednostkę uprawnioną, o której mowa w art. 36 ust. 2.”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jednostka uprawniona, o której mowa w art. 36 ust. 2, wydaje nieodpłatnie gminie świadectwo, o którym mowa w art. 36 ust. 4, jeżeli właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, będące podstawą wydania pierwszego świadectwa nie uległy zmianie.”;

18) w art. 36:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. O potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, do jednostek uprawnionych występuje gmina, która występuje o nadanie obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, dokonują jednostki uprawnione do tego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na podstawie przeprowadzonych badań.”;

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, odbywa się na podstawie udokumentowanych badań potwierdzających te właściwości oraz wykluczających negatywne oddziaływanie na organizm ludzki.”;

d) po ust. 3 dodaje się ustęp 3a w brzmieniu:

„3a. Na żądanie gminy podmiot posiadający koncesję na wydobycie kopalin stanowiących naturalne surowce lecznicze lub podmiot władający nieruchomością, na obszarze której znajdują się naturalne surowce lecznicze, przekaże gminie posiadane informacje dotyczące ich właściwości oraz udostępni nieruchomość w celu umożliwienia badań, o których mowa w ust. 3. Wykonanie obowiązku następuje w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”;

e) ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie:

„4. Jednostka uprawniona, o której mowa w ust. 2, wydaje gminie świadectwo dokumentujące potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2.”;

f) w ust. 5:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zakres badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2,”,

- pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) kryteria oceny właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2,”,

19) w art. 37 w ust. 3 pkt 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1) sprzętu umożliwiającego przeprowadzanie badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2.”;

20) w art. 38:

a) dotychczasowa treść staje się ust. 1;

b) pkt 2) otrzymuje brzmienie:

„2) strefa "B", dla której procentowy udział terenów zieleni wynosi nie mniej niż 50%, obejmuje obszar przyległy do strefy "A" i stanowiący jej otoczenie, który jest przeznaczony dla niemających negatywnego wpływu na właściwości lecznicze uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej obiektów usługowych, turystycznych, w tym hoteli, rekreacyjnych, sportowych i komunalnych, budownictwa mieszkaniowego oraz innych związanych z zaspokajaniem potrzeb osób przebywających na tym obszarze lub objęty granicami parku narodowego lub rezerwatu przyrody albo jest lasem, morzem lub jeziorem;”;

c) pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) strefa "C", dla której procentowy udział terenów biologicznie czynnych wynosi nie mniej niż 25 %, obejmuje obszar przyległy do strefy "B" i stanowiący jej ciągłe

otoczenie oraz obszar mający wpływ na zachowanie walorów krajobrazowych, klimatycznych oraz ochronę złóż naturalnych surowców leczniczych.";

d) dodaje się ust. 2 w brzmieniu następującym:

„2. Jeżeli jest to uzasadnione w celu należytego wykorzystania i ochrony znajdujących się na obszarze uzdrowiska naturalnych surowców leczniczych oraz w celu zachowania ładu przestrzennego uzdrowiska, w tym dotychczasowego przeznaczenia i zagospodarowania terenu, strefa „A" ochrony uzdrowiskowej może obejmować więcej niż jeden osobny obszar. Łączna liczba osobnych obszarów, składających się na strefę „A" ochrony uzdrowiskowej w jednym uzdrowisku, nie może przekraczać trzech."

21) w art. 38a:

a) w ust. 1:

- w pkt 1:

- lit. a) otrzymuje następujące brzmienie:

„a) zakładów przemysłowych mogących zawsze lub potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 60 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2013 r. poz. 1235, z późn. zm.), z wyłączeniem instalacji do wydobywania i konfekcjonowania wody przeznaczonej do spożycia dla ludzi,",

- lit. d) otrzymuje następujące brzmienie:

„d) obiektów handlowych o łącznej powierzchni użytkowania i sprzedaży większej niż 800 $m^2$, w tym powierzchni sprzedaży większej niż 400 $m^2$,",

- lit. e) otrzymuje następujące brzmienie:

„e) stacji paliw oraz punktów dystrybucji produktów naftowych"

- lit. g) otrzymuje następujące brzmienie:

„g) parkingów naziemnych i podziemnych o liczbie miejsc postojowych większej niż 25% miejsc noclegowych w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i pensjonatach, oraz parkingów naziemnych przed innymi obiektami o liczbie miejsc postojowych większej niż 30,",

- lit h) otrzymuje brzmienie:

„h) urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne, będących przedsięwzięciami mogącymi zawsze lub potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie

środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2016 r. poz. 353,z późn. zm.), oddziałujących na strefę "A" ochrony uzdrowiskowej polami elektromagnetycznymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne poziomy pól elektromagnetycznych - charakteryzowane przez dopuszczalne wartości parametrów fizycznych - dla miejsc dostępnych dla ludności, określone na podstawie art. 122 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2017 r. poz. 519, 785 i 898),",

- lit. i) otrzymuje brzmienie:

„i) obiektów budowlanych mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko, z wyjątkiem obiektów budowlanych służących poprawie stanu sanitarnego uzdrowiska, w szczególności takich jak: sieć wodno-kanalizacyjna, sieć gazowa, kotłownie gazowe, wiercenia wykonywane w celu ujmowania wód leczniczych,",

- lit j) otrzymuje brzmienie:

„j) zapór piętrzących wodę na rzekach oraz elektrowni wodnych zaliczanych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane do I lub II klasy budowli hydrotechnicznych, oraz elektrowni wiatrowych;",

- uchyla się pkt 11),

- uchyla się pkt 12),

b) w ust 2:

- w pkt 1):

- uchyla się lit. b),

- lit. c) otrzymuje następujące brzmienie:

„c) parkingów naziemnych o liczbie miejsc postojowych powyżej 150, z wyjątkiem podziemnych i naziemnych parkingów wielopoziomowych;",

- pkt 2) otrzymuje brzmienie:

„2) wyrębu drzew leśnych i parkowych, z wyjątkiem cięć pielęgnacyjnych, przebudowy drzewostanu i wyrębu określonego w planie urządzenia lasu;",

- pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) budowy lub innych czynności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a, h oraz pkt 2 i 9.",

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W strefie "C" ochrony uzdrowiskowej zabrania się budowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290, 961, 1165, 1250 i 2255) zakładów przemysłowych mogących zawsze

znacząco oddziaływać na środowisko, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 60 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2013 r. poz. 1235, z późn. zm.), z wyłączeniem instalacji do wydobywania i konfekcjonowania wody przeznaczonej do spożycia dla ludzi oraz linii kolejowych wchodzących w skład transeuropejskiego systemu kolei, w rozumieniu ustawy z dnia 28 marca 2003 r. o transporcie kolejowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1297, z późn. zm.).";

22) w art. 39 ust. 4:

a) po pkt 4) dodaje się pkt 4a) w brzmieniu następującym

„a) uzasadnienie wyodrębnienia więcej niż jednej strefy „A" ochrony uzdrowiskowej, jeżeli dotyczy;"

b) pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„5) opis właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2), na obszarze, który będzie objęty wystąpieniem o nadanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;";

c) pkt 6) otrzymuje brzmienie:

„6) świadectwa potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2;";

23) w art. 41 ust. 2 pkt 4) otrzymuje następujące brzmienie:

„4) opis właściwości naturalnych surowców leczniczych występujących na terenie uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2);";

24) w art. 42 ust. 2 tiret następujące po wyliczeniu punktów otrzymuje brzmienie:

„- z uwzględnieniem właściwości leczniczych występujących na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2).".

25) po art. 49 dodaje się art. 49a w brzmieniu następującym:

„Art. 49a.

1. Na obszarach uzdrowiskowych na których istnieje przekroczenie dopuszczalnego poziomu substancji w powietrzu lub przekroczenie dopuszczalnych poziomów hałasu, rada właściwej gminy uzdrowiskowej lub gminy posiadającej status obszaru ochrony uzdrowiskowej może, w drodze uchwały, wprowadzić ograniczenia lub zakazy w poruszaniu się po znajdujących na jej terenie drogach publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych przez określone kategorie pojazdów mechanicznych.

2. Ograniczenia i zakazy, o których mowa w ust. 1, mogą być wprowadzone również w sytuacji, gdy istnieje znacznie ryzyko przekroczenia dopuszczalnego poziomu substancji w powietrzu lub przekroczenia dopuszczalnych poziomów hałasu.
3. Projekt uchwały, o której mowa w ust. 1, opracowuje wójt (burmistrz, prezydent) gminy.
4. W postępowaniu, którego przedmiotem jest opracowanie uchwały, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu III rozdziału 3 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko.
5. Uchwała, o której mowa w ust. 1, określa
   1) granice obszaru, na którym wprowadza się ograniczenia lub zakazy, o których mowa w ust. 1;
   2) rodzaje pojazdów mechanicznych dla których wprowadza się ograniczenia lub zakazy, o których mowa w ust. 1;
   3) okres obowiązywania ograniczeń lub zakazów w ciągu roku.
6. Uprawnienie o którym mowa w ust. 1 powyżej nie narusza pozostałych uprawnień zarządców określonych kategorii dróg publicznych przewidzianych w art. 19 i art. 20 ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych.";

26) po Rozdziale 6 dodaje się Rozdział 6a „Zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych o następującej treści.:

„Rozdział 6a.

Zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych

Art. 49b.

1. W opakowaniach jednostkowych mogą być udostępniane:

3) wody lecznicze posiadające świadectwa potwierdzające ich właściwości lecznicze, ocenione jako zalecane do kuracji pitnych,
4) borowiny posiadające świadectwa potwierdzające ich właściwości lecznicze, ocenione jako przydatne do zabiegów specjalnych.

2. Naturalny surowiec leczniczy (woda albo borowina) mogą być udostępnione w opakowaniu jednostkowym wyłącznie pod warunkiem zachowania naturalnych właściwości, określonych w świadectwie potwierdzającym ich znaczenie w leczniczym oddziaływaniu danego surowca."

27) w art. 50:

a) dodaje się pkt 6) w brzmieniu następującym:

„używa nazw rodzajowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego określonych w art. 6 ustawy, nie prowadząc działalności leczniczej w uzdrowisku lub na obszarze ochrony uzdrowiskowej i nie posiadając wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz wpisu do ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, o której mowa w art. 27 ust. 1 ustawy,"

b) tiret następujące po wyliczeniu punktów otrzymuje brzmienie następujące:

„- podlega karze ograniczenia wolności albo grzywny”;

28) dodaje się art. 61a w brzmieniu następującym:

„Przepis art. 38 ust. 1 lit. a), ust 2 pkt 3) i ust. 3 odnoszący się do zakazu lokalizacji zakładów przemysłowych nie dotyczy zakładów produkcji zdrojowej zlokalizowanych w strefie „A”, „B” i „C” ochrony uzdrowiskowej w dacie wejścia w życie ustawy.”

**Art. 2.** W ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz.U. z 2006 r. Nr 121, poz. 844, z późn. zm.1) art. 17 ust. 2 pkt 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„2) od osób przebywających w szpitalach, z wyjątkiem osób, którym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej wyłącznie w oddziale uzdrowiskowym sanatoryjnym lub w oddziale uzdrowiskowym rehabilitacji sanatoryjnej szpitala uzdrowiskowego;

**Art. 3.** Ustawa wchodzi w życie [*].

Załącznik nr 2: Projekt tekstu jednolitego ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z uwzględnieniem zmian zarekomendowanych w Raporcie końcowym Zespołu

# Lecznictwo uzdrowiskowe, uzdrowiska i obszary ochrony uzdrowiskowej oraz gminy uzdrowiskowe.

Dz.U.2017.1056 t.j. z dnia 2017.05.30
Status: Akt obowiązujący
Wersja od: 30 maja 2017 r. do: 30 sierpnia 2017 r.
**tekst jednolity**

**USTAWA**

z dnia 28 lipca 2005 r.

**o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych**

**Rozdział 1**

**Przepisy ogólne**

**Art. 1.**

Ustawa określa:

1) zasady oraz warunki prowadzenia i finansowania lecznictwa uzdrowiskowego;
2) kierunki lecznicze uzdrowisk;
3) zasady sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym;
4) zasady nadawania obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
5) zasady pozbawiania obszaru statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
6) zadania gmin uzdrowiskowych,
7) zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych.

**Art. 2.**

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) lecznictwo uzdrowiskowe - zorganizowaną działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak:
   a) właściwości naturalnych surowców leczniczych,
   b) właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, o ile wymagają tego kierunki lecznicze ustalone dla uzdrowiska,

   - a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii;

1a) rehabilitacja uzdrowiskowa - zorganizowaną działalność prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, mającą na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych;

2) gmina uzdrowiskowa - gminę, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska w trybie określonym w ustawie;
3) uzdrowisko - obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełniający warunki, o których mowa w art. 34 ust. 1, któremu został nadany status uzdrowiska;
4) obszar ochrony uzdrowiskowej - obszar spełniający warunki, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5, któremu został nadany status obszaru ochrony uzdrowiskowej;
5) operat uzdrowiskowy - dokument zawierający charakterystykę wyodrębnionego obszaru pod względem możliwości uznania go za uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej, ze szczególnym uwzględnieniem dostępnych na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i klimatu;
6) strefy ochrony uzdrowiskowej - części obszaru uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej, określone w statucie uzdrowiska, wydzielone w celu ochrony czynników leczniczych i naturalnych surowców leczniczych, walorów środowiska i urządzeń uzdrowiskowych;
7) urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego - urządzenia służące do leczniczego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych lub właściwości leczniczych klimatu;
8) naturalne surowce lecznicze - gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone na zasadach określonych w ustawie;
8a) uzdrowiskowy zakład górniczy - zakład zajmujący się wydobywaniem, ochroną i kontrolą naturalnych surowców leczniczych: wód i borowin
9) właściwości lecznicze klimatu - czynniki atmosferyczne sprzyjające zachowaniu zdrowia, leczeniu lub łagodzeniu skutków lub objawów chorób;
10) zakład lecznictwa uzdrowiskowego - zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
11) tereny zieleni - powierzchnie gruntu pokryte roślinnością trwałą lub sezonową;
12) tereny biologicznie czynne - tereny z nawierzchnią ziemną urządzoną w sposób zapewniający naturalną wegetację, w szczególności jako trawniki lub kwietniki, a także stanowiące 50% sumy powierzchni tarasów i stropodachów z taką nawierzchnią, nie mniejszej jednak niż 10 $m^2$, oraz wodę powierzchniową na tych terenach;
13) zakład przemysłowy - zespół budynków i urządzeń wraz z terenem, na którym prowadzi się działalność wytwórczą polegającą na przekształcaniu mechanicznym, fizycznym lub chemicznym materiału, substancji lub ich części składowych w nowy produkt;
14) powierzchnia użytkowania - powierzchnię budynku lub jego części, mierzoną po wewnętrznej długości ścian na wszystkich kondygnacjach, oraz powierzchnię pomieszczeń pomocniczych, takich jak: magazyny, biura, ekspozycje wystawowe;14a) powierzchnia sprzedaży – powierzchnia, o której mowa w art. 2 pkt 19 ustawy z dnia z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym;

15) cięcie pielęgnacyjne – zabieg mający na celu zachowanie lub poprawę jakości, bezpieczeństwa lub stanu zdrowotnego drzewostanu, w tym polegający na usuwaniu wybranych drzew lub formowaniu drzew poprzez przycinanie lub podkrzesywanie.

16) drzewo leśne – drzewo znajdujące się na gruncie stanowiącym las w rozumieniu art.. 3 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o lasach.

**Art. 3.**

1. Ilekroć granice uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej pokrywają się z granicami administracyjnymi więcej niż jednej gminy, prawa i obowiązki przewidziane w ustawie są wykonywane przez te gminy w trybie i na zasadach, o których mowa w art. 64-74 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, 1579 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 730).
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio, gdy granice uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej wykraczają poza granice administracyjne więcej niż jednej gminy.

**Rozdział 2**

**Lecznictwo uzdrowiskowe**

**Art. 4.**

1. Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia.
2. W uzdrowiskach lecznictwo uzdrowiskowe jest prowadzone w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w strefie "A" ochrony uzdrowiskowej.

**Art. 5.**

1. Lecznictwo uzdrowiskowe jest prowadzone przy wykorzystaniu urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, takich jak:
   1) pijalnie uzdrowiskowe;
   2) tężnie;
   3) parki;
   4) ścieżki ruchowe;
   5) urządzone odcinki wybrzeża morskiego;
   6) lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe;
   7) urządzone podziemne wyrobiska górnicze.
2. Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego są udostępniane użytkownikom zgodnie z regulaminem korzystania z tych urządzeń, sporządzonym przez podmiot posiadający te urządzenia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne, jakim powinny odpowiadać urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, kierując się wymaganiami określonymi dla tych obiektów oraz standardami przyjętymi w celu zapewnienia efektywności zabiegów i warunków sanitarnohigienicznych oraz uwzględniając ochronę dóbr kultury, a także zagrożenia geologiczne i górnicze w odniesieniu do wyrobisk górniczych.

**Art. 6.**

Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są:
   1) szpitale uzdrowiskowe;
   2) sanatoria uzdrowiskowe;
   3) szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci;
   4) przychodnie uzdrowiskowe;
   5) zakłady przyrodolecznicze;
   6) szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

**Art. 7.**

(uchylony).

**Art. 8.**

Do zadań szpitala uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;

2) całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;

3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;

4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z uzdrowiska, na terenie którego znajduje się szpital uzdrowiskowy lub z surowców leczniczych pochodzących z innego uzdrowiska, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone świadectwem na zasadach określonych w art.36 ust.4 oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego5) edukacji zdrowotnej.

**Art. 9.**

1. Do zadań sanatorium uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;

2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;

3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;

4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego;

5) świadczeń profilaktycznych;

6) edukacji zdrowotnej.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1, obejmują związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe, o których mowa w art. 5 pkt 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

**Art. 10.**

1. Do zadań szpitala uzdrowiskowego dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci należy zapewnienie dziecku, które skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;

2) całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;

3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;

4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,

5) świadczeń profilaktycznych;

6) świadczeń opiekuńczych;

7) edukacji zdrowotnej.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zapewniane przez sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci, obejmują związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe, o których mowa w art. 5 pkt 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Art. 11.**

Do zadań przychodni uzdrowiskowej należy zapewnienie pacjentowi:

1) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych zleconych przez lekarza;

2) edukacji zdrowotnej.

**Art. 11a.**

Do zadań zakładu przyrodoleczniczego należy :

1) udzielanie zabiegów z zakresu balneoterapii z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych;

2) udzielanie zabiegów z zakresu fizjoterapii;
3) zapewnienie edukacji zdrowotnej .

**Art. 11b.**

Do zadań szpitala w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;
2) całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z uzdrowiska, na terenie którego znajduje się szpital w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym lub z surowców leczniczych pochodzących z innego uzdrowiska, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone świadectwem na zasadach określonych w art.36 ust.4 oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.
5) edukacji zdrowotnej.

**Art. 11c.**

1. Do zadań sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych;
2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;
3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
4) korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego
5) świadczeń profilaktycznych;
6) edukacji zdrowotnej.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1, obejmują związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe, o których mowa w art. 5 pkt 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Art. 12.**

Szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci udzielające świadczeń opieki zdrowotnej osobom objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki zapewniają warunki do prowadzenia nauczania i wychowania w zakresie i na zasadach określonych w art. 128 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59).

**Art. 13.**

1. Ustala się następujące kierunki lecznicze uzdrowisk:

1) choroby narządu ruchu
2) choroby układu nerwowego
3) choroby układu krążenia
4) choroby układu oddechowego
5) choroby układu trawienia
6) choroby metaboliczne
7) choroby endokrynologiczne
8) choroby skóry
9) choroby kobiece
10) choroby nerek i dróg moczowych
11) choroby wieku podeszłego
12) choroby psychosomatyczne.

2. W ramach określonych kierunków leczniczych uzdrowisk należy w szczególności uwzględniać leczenie uzdrowiskowe osób, u których wystąpiły choroby zawodowe.
3. Statut zakładu lecznictwa uzdrowiskowego określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych na podstawie kierunków leczniczych, z uwzględnieniem przepisu ust. 2, wynikających z dostępnych naturalnych surowców leczniczych lub warunków klimatycznych.

**Art. 14.**

Świadczenia zdrowotne w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego są udzielane na podstawie wystawionych przez lekarza:

1) skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, albo
2) zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku.

**Art. 15.**

W sprawach nieuregulowanych w ustawie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070 oraz z 2017 r. poz. 836), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890).

## Rozdział 3
## Zasady finansowania lecznictwa uzdrowiskowego

**Art. 16.**

1. 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.
1a. Pobyt osoby, będącej opiekunem dziecka lub osoby dorosłej, posiadających status świadczeniobiorcy, przebywających w szpitalu uzdrowiskowym lub sanatorium uzdrowiskowym i wymagających opieki z uwagi na niepełnosprawność, finansowany jest ze środków publicznych.
2. Osoby inne niż świadczeniobiorcy oraz świadczeniobiorcy, którzy nie uzyskali skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową na zasadach określonych w przepisach, o których mowa w ust. 1, 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.
3. Osoby, o których mowa w ust. 2, mogą korzystać z lecznictwa uzdrowiskowego, jeżeli zapewniono korzystanie z tego lecznictwa świadczeniobiorcom, o których mowa w ust. 1.

## Rozdział 4
## Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym

**Art. 17.**

1. Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia i wojewoda, a w odniesieniu do lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw

wewnętrznych, odpowiednio ci ministrowie w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.
2. Wojewoda sprawuje nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym prowadzonym przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze województwa przy pomocy naczelnego lekarza uzdrowiska.

**Art. 18.**

Organy sprawujące nadzór, o których mowa w art. 17, dokonują kontroli i oceny lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

**Art. 19.**

1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy w szczególności:
   1) określanie kierunków działalności uzdrowisk w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego;
   2) ustalanie kierunków leczniczych dla poszczególnych uzdrowisk w oparciu o naturalne surowce o potwierdzonych właściwościach leczniczych i klimat;
   3) monitorowanie zachowania warunków leczniczych i środowiskowych warunkujących przyznanie i utrzymanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
   4) określanie wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
   5) potwierdzenie spełnienia warunków koniecznych do nadania danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej albo utrzymania tego statusu na podstawie operatu uzdrowiskowego;
   7) występowanie do Prezesa Rady Ministrów o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej lub pozbawianie danego obszaru takiego statusu;
   8) (uchylony);
   9) ustalanie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
   10) rozpatrywanie odwołań od decyzji wojewody.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, kierując się bezpieczeństwem pacjenta i koniecznością zachowania standardów świadczeń opieki zdrowotnej, a także wskazaniami nauki i praktyki.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowiące podstawę kwalifikowania pacjenta, kierując się bezpieczeństwem pacjenta, a także wskazaniem nauki i praktyki.
4. (uchylony).

**Art. 20.**

1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 17 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:
   1) oceny zgodności lecznictwa uzdrowiskowego z kierunkami leczniczymi, o których mowa w art. 13 ust. 1;
   2) żądania udostępnienia dokumentów związanych z działalnością zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz zapoznawania się z ich treścią;
   3) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących działalności zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;

4) przeprowadzania kontroli na terenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i żądania wyjaśnień potrzebnych dla oceny ich działalności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, przedstawiając pisemne żądania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, wskazuje termin ich wykonania.
3. W przypadku stwierdzenia, na podstawie ust. 1, naruszenia przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia kierownika zakładu lecznictwa uzdrowiskowego o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz:

1) wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości,
2) wydaje w miarę potrzeby decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości

- wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów ustawy.

4. W przypadku gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3, liczy się od dnia doręczenia zalecenia lub decyzji po rozpatrzeniu wniosku.
5. W terminie 14 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości zakład lecznictwa uzdrowiskowego informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.
6. Przepisy ust. 1 pkt 2-4 i ust. 2-5 stosuje się odpowiednio do wojewody.

**Art. 21.**

1. Kontrolę w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego przeprowadzają w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia upoważnione osoby będące pracownikami ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia albo inne osoby posiadające odpowiednie do przedmiotu kontroli kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę uprawnioną do przeprowadzenia kontroli.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do osób przeprowadzających kontrolę w imieniu Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

**Art. 22.**

1. Osoba przeprowadzająca kontrolę nie może być jednocześnie:

1) pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3, gminy uzdrowiskowej lub zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;
2) właścicielem zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;
3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w art. 16 ust. 1;
4) osobą współpracującą z zakładem lecznictwa uzdrowiskowego lub świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;
5) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. poz. 1844, z 2016 r. poz. 615 i 1948 oraz 2017 r. poz. 768).

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy, jeżeli:

1) pozostaje z zakładem lecznictwa uzdrowiskowego lub gminą uzdrowiskową w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jej prawa lub obowiązki;
2) kontrola dotyczy jej małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia;
3) kontrola dotyczy osoby związanej z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

3. Powody wyłączenia, o których mowa w ust. 2, trwają także po ustaniu uzasadniającego je małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.
4. Niezależnie od przyczyn wymienionych w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia wyłącza osobę przeprowadzającą kontrolę na jej żądanie lub na wniosek zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lub organu gminy uzdrowiskowej, jeżeli między tą osobą a zakładem lecznictwa uzdrowiskowego zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do jej bezstronności.
5. Wyłączona osoba przeprowadzająca kontrolę podejmuje wyłącznie czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes zakładu lecznictwa uzdrowiskowego.
6. Przepisy ust. 1-5 stosuje się do osób przeprowadzających kontrolę w imieniu Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

**Art. 23.**

Minister właściwy do spraw zdrowia może zwracać się do właściwych służb i inspekcji z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli w zakresie przestrzegania przepisów o ochronie środowiska.

**Art. 24.**

1. Wojewoda powołuje i odwołuje naczelnego lekarza uzdrowiska. Wojewoda może powołać naczelnego lekarza uzdrowiska dla więcej niż jednego uzdrowiska na terenie danego województwa.
1a. Wojewoda przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację o powołaniu albo odwołaniu naczelnego lekarza uzdrowiska.
2. Naczelny lekarz uzdrowiska, o którym mowa w ust. 1, sprawuje nadzór nad jakością świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.
3. Naczelny lekarz uzdrowiska, za pośrednictwem wojewody, co 12 miesięcy składa informację o swojej działalności ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
4. (uchylony).

**Art. 24a.**

1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 24 ust. 2, naczelny lekarz uzdrowiska jest uprawniony w szczególności do:

1) żądania udostępnienia dokumentów związanych z działalnością zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz zapoznawania się z ich treścią;
2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących działalności zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
3) przeprowadzania kontroli na terenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i żądania wyjaśnień potrzebnych do oceny ich działalności i jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tych zakładów.

2. Naczelny lekarz uzdrowiska nie może przeprowadzać kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jeżeli jest:

1) właścicielem zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;
2) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

3) osobą współpracującą z zakładem lecznictwa uzdrowiskowego lub świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 2.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, kontrolę przeprowadzają osoby, o których mowa w art. 21 ust. 1.

**Art. 25.**

Naczelnym lekarzem uzdrowiska może być lekarz posiadający:

1) tytuł specjalisty w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej 3-letni staż pracy w:

a) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego lub

b) zakładach mających siedzibę w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronach umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, wykorzystujących przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej właściwości naturalnych surowców leczniczych lub właściwości lecznicze klimatu lub

2) tytuł specjalisty zgodny z co najmniej jednym z kierunków leczniczych prowadzonych w uzdrowisku i udokumentowane rozpoczęcie specjalizacji w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz co najmniej 7-letni staż pracy w zakładach, o których mowa w pkt 1.

**Art. 26.**

Do zadań naczelnego lekarza uzdrowiska należy w szczególności:

1) współdziałanie z osobami sprawującymi nadzór specjalistyczny na obszarze danego województwa;

2) współdziałanie z organami jednostek samorządu terytorialnego i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, ze szczególnym uwzględnieniem spraw dotyczących pacjentów;

3) monitorowanie i inicjowanie porozumień między podmiotami prowadzącymi zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych, prawidłowej eksploatacji naturalnych surowców leczniczych i prawidłowego wykorzystania kadr medycznych;

4) przeprowadzanie planowanych i doraźnych kontroli stanu oraz funkcjonowania urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego ze szczególnym uwzględnieniem wymagań sanitarnych;

5) zgłaszanie wniosków w sprawie stanu i funkcjonowania urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego;

6) współpraca z zakładami górniczymi znajdującymi się na obszarze uzdrowiska lub obszarze ochrony uzdrowiskowej i podmiotami posiadającymi koncesję na wydobywanie i eksploatację naturalnych surowców leczniczych w sprawach prawidłowego wykorzystania tych surowców;

7) zgłaszanie wniosków w sprawie warunków naturalnych i właściwego kształtowania czynników środowiskowych w uzdrowisku lub na obszarze ochrony uzdrowiskowej.

**Art. 27.**

1. Naczelny lekarz uzdrowiska prowadzi dokumentację związaną z nadzorem nad lecznictwem uzdrowiskowym oraz ewidencję zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, znajdujących się na obszarze uzdrowiska.

2. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, zawiera:

1) nazwę zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;

2) rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;

3) określenie podmiotu, który utworzył zakład lecznictwa uzdrowiskowego;

4) regulamin określający sposób korzystania z urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;

5) dane dotyczące zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych;

6) informacje o kwalifikacjach pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

7) datę wpisu do ewidencji.

3. Kierownik zakładu lecznictwa uzdrowiskowego zgłasza zakład lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego do ewidencji, o której mowa w ust. 1, po uzyskaniu wpisu tego zakładu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

4. Zgłoszenie zawiera informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1-6.

5. Kierownik zakładu lecznictwa uzdrowiskowego jest obowiązany niezwłocznie zgłosić naczelnemu lekarzowi uzdrowiska zmiany danych objętych ewidencją, o której mowa w ust. 1.

**Art. 28.**

1. Działalność naczelnego lekarza uzdrowiska jest finansowana ze środków właściwego wojewody.

2. Wynagrodzenie naczelnego lekarza uzdrowiska nie może przekraczać 1,3 kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym, ogłaszanej przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.).

**Art. 29.**

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień dotyczący sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym przez naczelnego lekarza uzdrowiska,

2) szczegółowe zadania naczelnego lekarza uzdrowiska,

3) (uchylony),

4) zakres współpracy pomiędzy naczelnymi lekarzami uzdrowiska i podmiotami tworzącymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

5) (uchylony)

- kierując się koniecznością zapewnienia prawidłowego nadzoru nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego.

**Art. 30.**

1. Jeżeli z uprawnień, o których mowa w art. 20 ust. 1 pkt 2-4, korzysta minister właściwy do spraw zdrowia, zawiadamia o tym właściwego wojewodę, a wojewoda nie podejmuje wówczas odrębnych działań.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio, jeżeli z uprawnień kontrolnych korzysta wojewoda.

**Art. 31.**

Przepisy art. 20 stosuje się odpowiednio do Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

**Art. 32.**

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

**Art. 32a**

Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia określi minimalne normy zatrudnienia dla personelu medycznego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

**Rozdział 5**

**Nadawanie obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej**

**Art. 33.**

1. Granice obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej, pokrywają się z granicami administracyjnymi gmin, miast lub jednostek pomocniczych gmin.
2. Granica obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej, pokrywa się z granicą strefy "C" ochrony uzdrowiskowej.
3. W sytuacjach, w których określenie strefy "C" ochrony uzdrowiskowej nie jest możliwe, a nie będzie to miało negatywnego wpływu na właściwości naturalnych surowców leczniczych lub właściwości lecznicze klimatu ani nie będzie stanowiło przeszkody w prowadzeniu lecznictwa uzdrowiskowego granica obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska, może częściowo pokrywać się z granicą strefy "B" ochrony uzdrowiskowej.
4. Jeżeli odcinek granicy strefy "A" pokrywa się z brzegiem morskim, brzegiem jeziora lub granicą parku narodowego lub rezerwatu przyrody, to stanowi on na tym odcinku również granicę strefy "B" i "C" obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej.

**Art. 34.**

1. Status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:
   1) posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
   2) posiada klimat o właściwościach leczniczych lub klimat nie wpływający negatywnie na proces leczenia, stosownie do ustalonych kierunków leczniczych, potwierdzony na zasadach określonych w ustawie;
   3) na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
   5) posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej spełniającą wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska.

2. Status obszaru ochrony uzdrowiskowej może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 5.

**Art. 35.**

1. Gmina, która występuje o nadanie obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, jest obowiązana do uzyskania potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, w formie świadectwa, o którym mowa w art. 36 ust. 4, wydanego przez jednostkę uprawnioną, o której mowa w art. 36 ust. 2.
2. Jednostka uprawniona, o której mowa w art. 36 ust. 2, wydaje nieodpłatnie gminie świadectwo, o którym mowa w art. 36 ust. 4, jeżeli właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, będące podstawą wydania pierwszego świadectwa nie uległy zmianie.
3. W przypadku zmiany granic administracyjnych, o których mowa w art. 33 ust. 1, wskutek której gmina uzyska dostęp do dodatkowych naturalnych surowców leczniczych, które będą eksploatowane w celu wykorzystania ich do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, stosuje się odpowiednio ust. 1.

**Art. 36.**

1. O potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, do jednostek uprawnionych występuje gmina, która występuje o nadanie obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.
2. Potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, dokonują jednostki uprawnione do tego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na podstawie przeprowadzonych badań.
3. Potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2, odbywa się na podstawie udokumentowanych badań potwierdzających te właściwości oraz wykluczających negatywne oddziaływanie na organizm ludzki.
3a. Na żądanie gminy podmiot posiadający koncesję na wydobycie kopalin stanowiących naturalne surowce lecznicze lub podmiot władający nieruchomością, na obszarze której znajdują się naturalne surowce lecznicze, przekaże gminie posiadane informacje dotyczące ich właściwości oraz udostępni nieruchomość w celu umożliwienia badań, o których mowa w ust. 3. Wykonanie obowiązku następuje w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
4. Jednostka uprawniona, o której mowa w ust. 2, wydaje gminie świadectwo dokumentujące potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw środowiska, określi, w drodze rozporządzenia:

1) zakres badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2,
2) kryteria oceny właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2,,
3) wzór świadectwa, o którym mowa w ust. 4

- kierując się odpowiednio koniecznością zapewnienia możliwie najlepszych warunków dla lecznictwa uzdrowiskowego oraz wskazaniami nauki i praktyki, a także koniecznością uwzględnienia zakresu danych niezbędnych do prawidłowej identyfikacji jednostki, o której mowa w ust. 2.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym wydawanym przez tego ministra oraz na stronie internetowej ministerstwa aktualny wykaz jednostek, o których mowa w ust. 2.

**Art. 37.**

1. Jednostka ubiegająca się o prawo do wydawania świadectw, o których mowa w art. 36 ust. 4, występuje do ministra właściwego do spraw zdrowia o prawo do wydawania świadectw.
2. O prawo do wydawania świadectw, o których mowa w art. 36 ust. 4, mogą ubiegać się w szczególności szkoły wyższe, jednostki badawczo-rozwojowe lub placówki naukowe Polskiej Akademii Nauk.
3. Wniosek jednostki, o której mowa w ust. 1, zawiera dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego potencjału naukowego niezbędnego do tego celu, a w szczególności:

1) sprzętu umożliwiającego przeprowadzanie badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2;
2) wykwalifikowanej kadry naukowej dającej rękojmię właściwej oceny wyników badań;
3) odpowiedniej do przeprowadzania badań bazy lokalowej.

4. Udzielenie prawa do wydawania świadectw, o których mowa w art. 36 ust. 4, odmowa udzielenia prawa oraz cofnięcie tego prawa następuje w drodze decyzji administracyjnej. Decyzji o cofnięciu prawa do wydawania świadectw nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia cofa prawo do wydawania świadectw, o których mowa w art. 36 ust. 4, jeżeli jednostka uprawniona:

1) przestała spełniać warunki wymagane do uzyskania tego prawa;
2) uniemożliwia przeprowadzenie kontroli niezbędnej do stwierdzenia, czy spełnia warunki wymagane do uzyskania tego prawa.

6. W sprawach nieuregulowanych w ust. 1-5 stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb przeprowadzania kontroli jednostek uprawnionych, uwzględniając w szczególności sposób dokonywania poszczególnych czynności kontrolnych, ich zakres oraz dokumentację przebiegu kontroli, mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego przeprowadzenia kontroli.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakie powinna spełniać jednostka uprawniona, uwzględniając w szczególności konieczność sprecyzowania wymagań, o których mowa w ust. 3, a także wskazania nauki.

**Art. 38.**

1. Na obszarze uzdrowiska lub obszarze ochrony uzdrowiskowej wydziela się trzy rodzaje stref ochrony uzdrowiskowej, oznaczone literami "A", "B" i "C":

1) strefa "A", dla której procentowy udział terenów zieleni wynosi nie mniej niż 65%, obejmuje obszar, na którym są zlokalizowane lub planowane zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a także inne obiekty służące lecznictwu uzdrowiskowemu lub obsłudze pacjenta lub turysty, w zakresie nieutrudniającym funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: pensjonaty, restauracje lub kawiarnie;
2) strefa "B", dla której procentowy udział terenów zieleni wynosi nie mniej niż 50%, obejmuje obszar przyległy do strefy "A" i stanowiący jej otoczenie, który jest przeznaczony dla niemających negatywnego wpływu na właściwości lecznicze uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej - obiektów usługowych, turystycznych, w tym hoteli, rekreacyjnych, sportowych i komunalnych, budownictwa mieszkaniowego oraz innych związanych z zaspokajaniem potrzeb osób przebywających na tym obszarze lub objęty granicami parku narodowego lub rezerwatu przyrody albo jest lasem, morzem lub jeziorem;
3) strefa "C", dla której procentowy udział terenów biologicznie czynnych wynosi nie mniej niż 25% obejmuje obszar przyległy do strefy "B" i stanowiący jej ciągłe otoczenie oraz obszar mający wpływ na zachowanie walorów krajobrazowych, klimatycznych oraz ochronę złóż naturalnych surowców leczniczych.

2. Jeżeli jest to uzasadnione w celu należytego wykorzystania i ochrony znajdujących się na obszarze uzdrowiska naturalnych surowców leczniczych oraz w celu zachowania ładu przestrzennego uzdrowiska, w tym dotychczasowego przeznaczenia i zagospodarowania terenu, strefa „A” ochrony uzdrowiskowej może obejmować więcej niż jeden osobny obszar. Łączna liczba osobnych obszarów, składających się na strefę „A” ochrony uzdrowiskowej w jednym uzdrowisku, nie może przekraczać trzech.

**Art. 38a.**

1. W strefie "A" ochrony uzdrowiskowej zabrania się:

1) budowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290, 961, 1165, 1250 i 2255):

a) zakładów przemysłowych mogących zawsze lub potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 60 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2013 r. poz. 1235, z późn. zm.), z wyłączeniem instalacji do wydobywania i konfekcjonowania wody przeznaczonej do spożycia dla ludzi,

b) budynków mieszkalnych jednorodzinnych i wielorodzinnych,

c) garaży wolno stojących,

d) obiektów handlowych o łącznej powierzchni użytkowania i sprzedaży większej niż 800 m2 w tym powierzchni sprzedaży większej niż 400 $m^2$,

e) stacji paliw oraz punktów dystrybucji produktów naftowych,

f) autostrad i dróg ekspresowych,

g) parkingów naziemnych i podziemnych o liczbie miejsc postojowych większej niż 25% miejsc noclegowych w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i pensjonatach oraz parkingów naziemnych przed innymi obiektami o liczbie miejsc postojowych większej niż 30,

h) urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne, będących przedsięwzięciami mogącymi zawsze lub potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2016 r. poz. 353, z późn. zm.), oddziałujących na strefę "A" ochrony uzdrowiskowej polami elektromagnetycznymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne poziomy pól elektromagnetycznych - charakteryzowane przez dopuszczalne wartości parametrów fizycznych - dla miejsc dostępnych dla ludności, określone na podstawie art. 122 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2017 r. poz. 519, 785 i 898),

i) obiektów budowlanych mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko, z wyjątkiem obiektów budowlanych służących poprawie stanu sanitarnego uzdrowiska, w szczególności takich jak: sieć wodno-kanalizacyjna, sieć gazowa, kotłownie gazowe, wiercenia wykonywane w celu ujmowania wód leczniczych,

j) zapór piętrzących wodę na rzekach oraz elektrowni wodnych zaliczanych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - *Prawo* budowlane do I lub II klasy budowli hydrotechnicznych, oraz elektrowni wiatrowych;

2) uruchamiania składowisk odpadów stałych i płynnych, punktów skupu złomu i punktów skupu produktów rolnych, składów nawozów sztucznych, środków chemicznych i składów opału;

3) uruchamiania pól biwakowych i campingowych, budowy domków turystycznych i campingowych;

4) prowadzenia targowisk, z wyjątkiem punktów sprzedaży pamiątek, wyrobów ludowych, produktów regionalnych, w formach i miejscach wyznaczonych przez gminę;

5) prowadzenia działalności rolniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2016 r. poz. 710, z późn. zm.);

6) trzymania zwierząt gospodarskich w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 2007 r. o organizacji hodowli i rozrodzie zwierząt gospodarskich (Dz. U. poz. 921, z 2008 r. poz. 1056, z 2009 r. poz. 1775, z 2010 r. poz. 857, z 2011 r. poz. 622 oraz z 2016 r. poz. 2260);

7) organizacji rajdów samochodowych i motorowych;

8) organizowania imprez masowych w rozumieniu ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2139, z 2016 r. poz. 1250 oraz z 2017 r. poz. 799), zakłócających proces leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, i działalności o charakterze rozrywkowym zakłócającej ciszę nocną w godz. 2200-600, z wyjątkiem imprez masowych znajdujących się w harmonogramie imprez gminnych;

9) pozyskiwania surowców mineralnych innych niż naturalne surowce lecznicze;

10) wyrębu drzew leśnych i parkowych, z wyjątkiem cięć pielęgnacyjnych;

2. W strefie "B" ochrony uzdrowiskowej zabrania się:

1) budowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane:

a) stacji paliw, bliżej niż 500 m od granicy strefy "A" ochrony uzdrowiskowej,

b) urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne, będących przedsięwzięciami mogącymi zawsze znacząco oddziaływać na środowisko w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2016 r. poz. 353, z późn. zm.), oddziałujących na strefę "A" ochrony uzdrowiskowej polami elektromagnetycznymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne poziomy pól elektromagnetycznych - charakteryzowane przez dopuszczalne wartości parametrów fizycznych - dla miejsc dostępnych dla ludności, określone na podstawie art. 122 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2017 r. poz. 519, 785 i 898),

c) parkingów naziemnych o liczbie miejsc postojowych powyżej 150, z wyjątkiem podziemnych i naziemnych parkingów wielopoziomowych;

2) wyrębu drzew leśnych i parkowych, z wyjątkiem cięć pielęgnacyjnych, przebudowy drzewostanu i wyrębu określonego w planie urządzenia lasu;

3) budowy lub innych czynności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a, h oraz pkt 2 i 9.

3. W strefie "C" ochrony uzdrowiskowej zabrania się budowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290, 961, 1165, 1250 i 2255) zakładów przemysłowych mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 60 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2013 r. poz. 1235, z późn. zm.), z wyłączeniem z wyłączeniem instalacji do wydobywania i konfekcjonowania wody przeznaczonej do spożycia dla ludzi oraz linii kolejowych wchodzących w skład transeuropejskiego systemu kolei, w rozumieniu ustawy z dnia 28 marca 2003 r. o transporcie kolejowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1297, z późn. zm.).

**Art. 38b.**

Gmina, która na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia uzyska potwierdzenie możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na swoim obszarze, sporządza i uchwala miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego dla strefy "A" ochrony uzdrowiskowej, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, w terminie do 2 lat od dnia otrzymania tej decyzji.

**Art. 39.**

1. Gmina, która zamierza wystąpić o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, w celu określenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na tym obszarze, sporządza operat uzdrowiskowy.
2. Operat uzdrowiskowy jest sporządzany w formie pisemnej, w podziale na część opisową i graficzną.
3. Część opisową operatu uzdrowiskowego sporządza się również w formie elektronicznej.
4. W części opisowej operatu uzdrowiskowego uwzględnia się w szczególności:
1) nazwę gminy;
2) określenie obszaru, który będzie objęty wystąpieniem o nadanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
3) opis zagospodarowania przestrzennego obszaru, o którym mowa w pkt 2, z uwzględnieniem powierzchni i granic stref ochrony uzdrowiskowej, dokładnych danych o lokalizacji i stanie infrastruktury technicznej, w tym komunikacyjnej, oraz prowadzonych robotach budowlanych dotyczących tej infrastruktury, a także terenów przeznaczonych w miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego lub studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy pod lecznictwo uzdrowiskowe oraz działalność rekreacyjno-wypoczynkową i działalność gospodarczą;
4) określenie projektowanych stref ochrony uzdrowiskowej wraz z określeniem koniecznych do zachowania terenów zieleni i terenów biologicznie czynnych;
4a) uzasadnienie wyodrębnienia więcej niż jednej strefy „A” ochrony uzdrowiskowej, jeżeli dotyczy;
5) opis właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2), na obszarze, który będzie objęty wystąpieniem o nadanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
6) świadectwa potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2;
7) informacje na temat działających zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego lub dane o planach w tym zakresie;
8) wskazanie kierunków leczniczych i przeciwwskazań dla przyszłego uzdrowiska;
9) opis istniejących obszarów i terenów górniczych ze wskazaniem, zgodnie z przepisami prawa geologicznego i górniczego, ich wyznaczonych granic lub projektowanego położenia, nazwy kopaliny głównej oraz towarzyszącej;
10) informacje o ujęciach wody, sieci wodno-kanalizacyjnej, oczyszczalniach ścieków, gospodarce odpadami oraz o mogących wystąpić zagrożeniach ekologicznych;
11) informacje o stanie czystości powietrza oraz natężeniu hałasu, opracowane zgodnie z odrębnymi przepisami;
12) datę sporządzenia i podpis wójta (burmistrza, prezydenta miasta).
5. Część graficzna operatu uzdrowiskowego obejmuje mapy obszaru, któremu ma zostać nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej, z zaznaczeniem poszczególnych planowanych stref ochrony uzdrowiskowej oraz graficznym przedstawieniem informacji, o których mowa w ust. 4 pkt 3, 4, 7, 9 i 10.
6. Część graficzną sporządza się w skali nie mniejszej niż 1:5000 dla projektowanej strefy "A" ochrony uzdrowiskowej, 1:10 000 wspólnie dla stref "A" i "B" ochrony uzdrowiskowej oraz 1:25 000 wspólnie dla stref "A", "B" i "C" ochrony uzdrowiskowej.

**Art. 40.**

1. Gmina przesyła operat uzdrowiskowy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu potwierdzenia spełnienia warunków koniecznych do nadania statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej przez obszar, dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy.
2. Stwierdzenie, w oparciu o przesłany operat uzdrowiskowy, spełnienia warunków, o których mowa w art. 34, następuje w drodze decyzji o potwierdzeniu możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze, dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy.
2a. W decyzji, o której mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia ustala kierunki lecznicze dla danego uzdrowiska na podstawie:

1) świadectwa, o którym mowa w art. 36 ust. 4;
2) opinii krajowego konsultanta do spraw balneologii i medycyny fizykalnej w zakresie skuteczności leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej w danym kierunku leczniczym;
3) informacji o kwalifikacjach pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
4) informacji o rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w danym uzdrowisku.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia występuje do gminy o uzupełnienie danych lub informacji, o których mowa w art. 39 ust. 4, jeżeli operat uzdrowiskowy ich nie zawiera.
4. Nieuzupełnienie informacji, o których mowa w art. 39 ust. 4, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw zdrowia, stanowi podstawę do wydania decyzji o odmowie potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze, dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy.

**Art. 41.**

1. Rada gminy, po uzyskaniu decyzji, o której mowa w art. 40 ust. 2, uchwala, na podstawie operatu uzdrowiskowego, statut uzdrowiska lub statut obszaru ochrony uzdrowiskowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Statut uzdrowiska albo statut obszaru ochrony uzdrowiskowej zawiera w szczególności:

1) nazwę uzdrowiska lub nazwę obszaru ochrony uzdrowiskowej i określenie jego granic;
2) określenie powierzchni obszaru uzdrowiska wraz z opisem stref ochrony uzdrowiskowej, o których mowa w art. 38;
3) przepisy mające na celu ochronę funkcji leczniczej w uzdrowiskach, określające w szczególności:
   a) formy i miejsca prowadzenia punktów sprzedaży pamiątek, wyrobów ludowych, produktów regionalnych lub towarów o podobnym charakterze,
   b) formy i miejsca lokalizacji tablic i urządzeń reklamowych;
4) opis właściwości naturalnych surowców leczniczych występujących na terenie uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2);
5) część graficzną określającą strefy ochrony uzdrowiskowej oraz granice obszaru i terenu górniczego, ustanowionego na podstawie przepisów ustawy *z dnia 4 lutego 1994 r. - Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2005 r. poz. 1947, z późn. zm.*) [2] , obejmującą mapy strefy "A" ochrony uzdrowiskowej w skali 1:5000 z zaznaczonymi ulicami, terenami zieleni, zakładami lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeniami lecznictwa uzdrowiskowego, mapy strefy "B" ochrony uzdrowiskowej w skali 1:10 000 oraz mapy strefy "C" ochrony uzdrowiskowej i obszaru górniczego w skali 1:25 000.

2a. Statut uzdrowiska powinien zawierać także wykaz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz kierunków leczniczych ustalonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Rada gminy uchwala statut uzdrowiska lub statut obszaru ochrony uzdrowiskowej w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w art. 42 ust. 2.

**Art. 42.**

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po potwierdzeniu, zgodnie z art. 36 ust. 2, spełnienia przez obszar warunków niezbędnych do uzyskania statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.
1a. Jeżeli obszar ochrony uzdrowiskowej spełnia wymaganie, o którym mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3, i gmina przekaże uzupełniony operat uzdrowiskowy, o którym mowa w art. 40, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o nadanie obszarowi ochrony uzdrowiskowej statusu uzdrowiska.
2. Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje danemu obszarowi status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej, określając:

1) nazwę uzdrowiska albo nazwę obszaru ochrony uzdrowiskowej,
2) granice obszaru uzdrowiska albo granice obszaru ochrony uzdrowiskowej,
3) (uchylony)

- z uwzględnieniem właściwości leczniczych występujących na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2).
3. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej.

**Art. 43.**

1. Gmina, na obszarze której znajduje się uzdrowisko lub obszar ochrony uzdrowiskowej, jest obowiązana do sporządzenia i przedstawienia, nie rzadziej niż raz na 10 lat, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia operatu uzdrowiskowego, celem potwierdzenia spełniania przez jej obszar albo jego część wymagań określonych w ustawie.
2. Jeżeli na podstawie złożonego operatu uzdrowiskowego minister właściwy do spraw zdrowia stwierdzi nieprawidłowości, wyznacza okres dostosowawczy w celu ich usunięcia. Okres ten nie może być dłuższy niż 5 lat.
3. W przypadku nieusunięcia nieprawidłowości, o których mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do Rady Ministrów o pozbawienie danego obszaru statusu uzdrowiska lub statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, stosuje się przepisy art. 44 ust. 2 i 3.
5. W przypadku wystąpienia istotnych zmian na obszarze gminy, w szczególności zmiany granic stref ochrony uzdrowiskowej, kierunków leczniczych i przeciwwskazań do leczenia w danym uzdrowisku oraz zmiany liczby zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na terenie uzdrowiska, gmina sporządza uzupełnienie operatu w tym zakresie i przedstawia je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu potwierdzenia, o którym mowa w ust. 1.

**Art. 44.**

1. Jeżeli ustały warunki uzasadniające nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do gminy o podjęcie działań koniecznych w celu przywrócenia tych warunków.

2. Jeżeli gmina w terminie 5 lat nie przywróci warunków, o których mowa w ust. 1, Rada Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, pozbawia dany obszar takiego statusu.
3. Statut uzdrowiska lub statut obszaru ochrony uzdrowiskowej traci moc z dniem wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w ust. 2.

**Rozdział 6**

**Gminy uzdrowiskowe i gminy posiadające status obszaru ochrony uzdrowiskowej**

**Art. 45.**

1. Do nazwy miejscowości, w której granicach administracyjnych znajduje się obszar uzdrowiska, może zostać dodany odpowiednio wyraz "zdrój", jeżeli podstawą leczenia uzdrowiskowego są wody lecznicze, lub wyraz "cieplice" bądź "uzdrowisko termalne", jeżeli podstawą leczenia uzdrowiskowego są wody termalne.
2. Zmiany nazw miejscowości, o których mowa w ust. 1, odbywają się na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 2003 r. o urzędowych nazwach miejscowości i obiektów fizjograficznych (Dz. U. poz. 1612 oraz z 2005 r. poz. 141).

**Art. 46.**

Gmina uzdrowiskowa oraz gmina posiadająca status obszaru ochrony uzdrowiskowej, poza zadaniami przewidzianymi przepisami ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, realizuje zadania własne związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska, w szczególności w zakresie:

1) gospodarki terenami, z uwzględnieniem potrzeb lecznictwa uzdrowiskowego, ochrony złóż naturalnych surowców leczniczych oraz budowy lub innych czynności zabronionych w poszczególnych strefach ochrony uzdrowiskowej;
2) ochrony warunków naturalnych uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej oraz spełniania wymagań w zakresie dopuszczalnych norm zanieczyszczeń powietrza, natężenia hałasu, odprowadzania ścieków do wód lub do ziemi, gospodarki odpadami, emisji pól elektromagnetycznych, o których mowa w odrębnych przepisach;
3) tworzenia warunków do funkcjonowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej w celu zaspokajania potrzeb osób przebywających w gminie w celu leczenia uzdrowiskowego;
4) tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowisk lub obszarów ochrony uzdrowiskowej, związanej ze spełnieniem warunków, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 5.

**Art. 47.**

1. W gminie uzdrowiskowej oraz w gminie posiadającej status obszaru ochrony uzdrowiskowej rada gminy powołuje stałą komisję uzdrowiskową, określając przedmiot jej działania i skład osobowy.
2. Komisja uzdrowiskowa jest organem opiniodawczo-doradczym rady gminy w sprawach dotyczących uzdrowiska oraz obszaru ochrony uzdrowiskowej. Do zadań komisji uzdrowiskowej należy w szczególności:

1) opiniowanie projektu operatu uzdrowiskowego;
2) opiniowanie projektu statutu uzdrowiska lub statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
3) opiniowanie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego obejmujących tereny wchodzące w skład stref ochrony uzdrowiskowej;
4) opiniowanie gminnych programów ochrony środowiska;
5) opiniowanie projektów programów zamierzeń inwestycyjnych gminy dotyczących obszaru uzdrowiska oraz obszaru ochrony uzdrowiskowej.

**Art. 48.**

Gmina uzdrowiskowa w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 46, ma prawo do pobierania opłaty uzdrowiskowej na zasadach określonych w przepisach odrębnych.

**Art. 49.**

1. Gmina uzdrowiskowa realizująca zadania, o których mowa w art. 46, otrzymuje dotację z budżetu państwa w wysokości równej wpływom z tytułu opłaty uzdrowiskowej pobranej w uzdrowisku w roku poprzedzającym rok bazowy w rozumieniu ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 198, 1609 i 1985 oraz z 2017 r. poz. 730).
2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii reprezentacji jednostek samorządu terytorialnego, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i terminy ustalenia oraz przekazania dotacji, kierując się potrzebą zabezpieczenia środków na realizację zadań gmin uzdrowiskowych.

**Art. 49a.**

1. Na obszarach uzdrowiskowych na których istnieje przekroczenie dopuszczalnego poziomu substancji w powietrzu lub przekroczenie dopuszczalnych poziomów hałasu, rada właściwej gminy uzdrowiskowej lub gminy posiadającej status obszaru ochrony uzdrowiskowej może, w drodze uchwały, wprowadzić ograniczenia lub zakazy w poruszaniu się po znajdujących na jej terenie drogach publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych przez określone kategorie pojazdów mechanicznych.
2. Ograniczenia i zakazy, o których mowa w ust. 1, mogą być wprowadzone również w sytuacji, gdy istnieje znacznie ryzyko przekroczenia dopuszczalnego poziomu substancji w powietrzu lub przekroczenia dopuszczalnych poziomów hałasu.
3. Projekt uchwały, o której mowa w ust. 1, opracowuje wójt (burmistrz, prezydent) gminy.
4. W postępowaniu, którego przedmiotem jest opracowanie uchwały, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu III rozdziału 3 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko.
5. Uchwała, o której mowa w ust. 1, określa
1) granice obszaru, na którym wprowadza się ograniczenia lub zakazy, o których mowa w ust. 1;
2) rodzaje pojazdów mechanicznych dla których wprowadza się ograniczenia lub zakazy, o których mowa w ust. 1;
3) okres obowiązywania ograniczeń lub zakazów w ciągu roku.
6. Uprawnienie o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie narusza uprawnień zarządców określonych kategorii dróg publicznych przewidzianych w art. 19 i art. 20 ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych.

**Rozdział 6a**

**Zasady udostępniania naturalnych surowców leczniczych w opakowaniach jednostkowych**

**Art. 49b.**

1. W opakowaniach jednostkowych mogą być udostępniane:
   1) wody lecznicze posiadające świadectwa potwierdzające ich właściwości lecznicze, ocenione jako zalecane do kuracji pitnych,
   2) borowiny posiadające świadectwa potwierdzające ich właściwości lecznicze, ocenione jako przydatne do zabiegów specjalnych.

2. Naturalny surowiec leczniczy (woda albo borowina) mogą być udostępnione w opakowaniu jednostkowym wyłącznie pod warunkiem zachowania naturalnych właściwości, określonych w świadectwie potwierdzającym ich znaczenie w leczniczym oddziaływaniu danego surowca.

**Rozdział 7**

**Przepisy karne**

**Art. 50.**

Kto:

1) utrudnia albo uniemożliwia przeprowadzenie oceny zgodności leczenia uzdrowiskowego z kierunkami leczniczymi, o których mowa w art. 13 ust. 1,

2) utrudnia albo uniemożliwia sprawowanie nadzoru nad zachowaniem warunków leczniczych i środowiskowych warunkujących przyznanie i utrzymanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej,

3) będąc do tego obowiązany nie dostosowuje działalności zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do przepisów ustawy w wyznaczonym terminie lub nie usuwa stwierdzonych w toku kontroli nieprawidłowości,

4) będąc do tego obowiązany nie informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w zaleceniach pokontrolnych, o których mowa w art. 20 ust. 3 pkt 1,

5) wbrew zakazowi prowadzi działalność lub wykonuje czynności, o których mowa w art. 38a.,

6) używa nazw rodzajowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego określonych w art. 6 ustawy, nie prowadząc działalności leczniczej w uzdrowisku lub na obszarze ochrony uzdrowiskowej i nie posiadając wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz wpisu do ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, o której mowa w art. 27 ust. 1 ustawy,

- podlega karze ograniczenia wolności albo grzywny.

**Art. 51.**

Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 50, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

**Rozdział 8**

**Zmiany w przepisach obowiązujących**

**Art. 52.**

W ustawie z dnia 6 marca 1981 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2001 r. Nr 124, poz. 1362, z późn. zm.) art. 24b otrzymuje brzmienie: (zmiany pominięte).

**Art. 53.**

W ustawie z dnia 25 września 1981 r. o przedsiębiorstwach państwowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 112, poz. 981 i Nr 240, poz. 2055 oraz z 2004 r. Nr 273, poz. 2703) w art. 6 w ust. 1 uchyla się pkt 6.

**Art. 54.**

W ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 84, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany: (zmiany pominięte).

**Art. 55.**

W ustawie z dnia 28 września 1991 r. o lasach (Dz. U. z 2005 r. Nr 45, poz. 435 i Nr 157, poz. 1315) w art. 15 w pkt 7 lit. b otrzymuje brzmienie: (zmiany pominięte).

**Art. 56.**

W ustawie z dnia 24 lipca 1999 r. o Służbie Celnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 156, poz. 1641 i Nr 273, poz. 2703) w art. 45 ust. 1 otrzymuje brzmienie: (zmiany pominięte).

**Art. 57.**

W ustawie z dnia 26 lipca 2000 r. o nawozach i nawożeniu (Dz. U. Nr 89, poz. 991 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 876) w art. 12 pkt 3 otrzymuje brzmienie: (zmiany pominięte).

**Art. 58.**

W ustawie z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska (Dz. U. Nr 62, poz. 627, z późn. zm.) w art. 86: (zmiany pominięte).

**Rozdział 9**

**Przepisy przejściowe i końcowe**

**Art. 59.**

1. Obszary uznane za uzdrowiska na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów stają się uzdrowiskami w rozumieniu niniejszej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Gmina właściwa ze względu na położenie uzdrowiska jest obowiązana w terminie 3 lat od dnia wejścia w życie ustawy do sporządzenia i przedłożenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia operatu uzdrowiskowego i uchwalenia statutu uzdrowiska, o których mowa w ustawie.
3. Gmina, o której mowa w ust. 2, jest obowiązana do uchwalenia tymczasowego statutu uzdrowiska i przedłożenia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.
4. Uchwalenie tymczasowego statutu, o którym mowa w ust. 3, nie wymaga sporządzania operatu uzdrowiskowego.
5. W przypadku niespełnienia przez gminę wymagań określonych w ust. 2 lub 3 stosuje się odpowiednio przepisy art. 44 ust. 2 i 3.

**Art. 60.**

Dotacja dla gmin uzdrowiskowych, o której mowa w art. 49 ust. 1, za 2006 r. i 2007 r. zostanie ustalona na podstawie danych o opłacie miejscowej pobieranej odpowiednio w 2004 r. i 2005 r. w miejscowościach uzdrowiskowych na podstawie dotychczasowych przepisów.

**Art. 61.**

1. Przepis art. 38 ust. 1 pkt 1 lit. b odnoszący się do zakazu lokalizacji budownictwa jednorodzinnego w strefie ochronnej "A" nie dotyczy osób, które uzyskały prawo do nieruchomości przed dniem wejścia w życie ustawy.
2. Do postępowań w sprawach, o których mowa w art. 38 ust. 1, wszczętych, a niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 61a.**

Przepis art. 38 ust. 1 lit. a), ust 2 pkt 3 i ust. 3 odnoszący się do zakazu lokalizacji zakładów przemysłowych nie dotyczy zakładów produkcji zdrojowej zlokalizowanych w strefie „A”, „B”, „C” ochrony uzdrowiskowej w dacie wejścia w życie ustawy.

**Art. 62.**

Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. Nr 23, poz. 150, z późn. zm.) zachowują moc do czasu wydania nowych przepisów wykonawczych na podstawie niniejszej ustawy, o ile nie są z nią sprzeczne, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie.

**Art. 63.**

Osoba, która do dnia wejścia w życie ustawy pełniła funkcję naczelnego lekarza uzdrowiska, o którym mowa w art. 7 ustawy wymienionej w art. 62, przekaże wojewodzie całość dokumentacji związanej z

nadzorem nad uzdrowiskiem, w tym rejestr zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

**Art. 64.**

(uchylony).

**Art. 65.**

Traci moc ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. poz. 150, z 1987 r. poz. 180, z 1989 r. poz. 192, z 1990 r. poz. 198, z 1998 r. poz. 1116 oraz z 2000 r. poz. 1268).

**Art. 66.**

Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik nr 3: Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości

***R O Z P O R Z Ą D Z E N I E***
***M I N I S T R A  Z D R O W I A***

*z dnia……*

***zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości***

Na podstawie art. 36 ust 5. Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z dnia 28 lipca 2005 r. (Dz.U. Nr 167, poz. 1399) zarządza się, co następuje:

**§1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. roku w sprawie w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz.U. Nr 80, poz. 565) wprowadza się następujące zmiany:

1) Rozporządzenie otrzymuje następujący tytuł:

   „*Rozporządzenie w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny, potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości*"

2) §1. Rozporządzenia otrzymuje następujące brzmienie:

   *„§1. Pierwsze świadectwo potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych (wód i borowin) opracowuje się na podstawie: przedstawionych wyników badań kontrolnych wykonywanych w ciągu co najmniej 3 lat poprzedzających złożenie wniosku o wydanie tego dokumentu oraz wyników badań pełnych, których zakres określa dla wód leczniczych załączniku nr 1 w punktach od 1-6, dla borowin – załączniku nr 2, pkt. 1-3. Aktualizacji świadectw po 10 latach, dokonuje się na podstawie wyników badań kontrolnych realizowanych w danym uzdrowisku dla wód i borowin oraz wyników pełnych badań wykonanych – w zakresie wyżej podanym."*

3) §2. Rozporządzenia otrzymuje następujące brzmienie:

   *„§2. Zakres pełnych badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych wód i borowin, określa załącznik nr 1 i nr 2 do rozporządzenia."*

4) Załącznik nr 1 otrzymuje nazwę „*Zakres badań niezbędnych do ustalenia i potwierdzenia właściwości leczniczych wód, przy uwzględnieniu zawartości gazów uznanych za lecznicze*"

5) W Załączniku nr 1 pkt 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„

***8. Właściwości organoleptyczne:***

*c) barwa*

*d) mętność*

*c) zapach*

*d) smak*

***9. Właściwości fizykochemiczne i fizyczne:***

*f) temperatura*

*g) przewodność elektryczna*

*h) potencjał redox*

*i) absorbancja przy λ=254nm, λ=436nm*

*j) całkowita aktywność promieniotwórcza alfa i beta oraz stężenie $^{222}Rn$, $^{226}Ra$, $^{228}Ra$*

***10. Składniki mineralne zdysocjowane:***

*c) Kationy: amonu, sodu, potasu, litu, wapnia, magnezu, żelaza, baru, strontu, miedzi, cynku, niklu, ołowiu, kadmu, chromu, selenu, arsenu, glinu, antymonu, rtęci*

*d) Aniony: fluorkowy, chlorkowy, bromkowy, jodkowy, siarczanowy, wodorowęglanowy, węglanowy, azotanowy (III i V), fosforanowy, siarczkowy, cyjankowy*

***11. Składniki mineralne niezdysocjowane**: związki krzemu i boru*

***12. Współobecne składniki gazowe:***

*d) siarkowodór*

*e) dwutlenek węgla*

*f) radon*

***13. Związki organiczne, w tym wskaźniki zanieczyszczenia***

*f) ogólny węgiel organiczny (OWO)*

*g) fenole*

*h) wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA)*

*i) pestycydy*

*j) detergenty*

***14. Mikrobiologiczne wskaźniki zanieczyszczenia***

*g) Bakterie grupy coli w 250 $cm^3$*

*h) Bakterie coli typu kałowego w 250 $cm^3$*

*i) Pseudomonas aeruginosa w 250 $cm^3$*

*j) Streptococus faecalis w 250 $cm^3$*

*k) Clostridia redukujące siarczyny w 50 $cm^3$*

*Ogólna liczba bakterii wyhodowanych na agarze z 1 $cm^3$ wody w temperaturze 22±2$^0$C w ciągu 72h oraz w temperaturze 36±2$^0$C w ciągu 24h"*

6) Załącznik nr 2 otrzymuje tytuł *„ZAKRES BADAŃ NIEZBĘDNYCH DO USTALENIA WŁAŚCIWOŚCI LECZNICZYCH PEOLOIDÓW"*

7) W załączniku nr 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

*„2) organicznych (ogółem) oraz kwasów humusowych, bitumin i garbników"*

8) W załączniku nr 3 do rozporządzenia dokonuje się następujących zmian:

a) punktom 1 i 2 nadaje się następująca treść.

*„1. Określenie warunków klimatycznych poprzez elementy klimatu, do których należą:*

*1) temperatura powietrza;*

*2) usłonecznienie;*

*3) zachmurzenie;*

*4) wilgotność względna powietrza;*

*5) ciśnienie atmosferyczne i ciśnienie pary wodnej;*

*6) wiatry - siła i kierunek;*

*7) opady atmosferyczne;*

*8) zjawiska atmosferyczne: mgła, burze, wiatr fenowy i halny, pokrywa śnieżna, gołoledź.*

*Przy określaniu klimatu uwzględniane są trzy kategorie danych statystycznych: przeciętnego stanu albo przeciętnej sumy rocznej elementów klimatu, ich wahań oraz wartości największych odchyleń od stanu przeciętnego (absolutne maksimum, absolutne minimum).*

*2. Określenie zanieczyszczenia powietrza poprzez ocenę jakości powietrza, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 86 ust. 1 i 2 oraz art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska (Dz.U. z 2016 r. poz. 672, 831, 903, 1250 i 1427)"*

b) po punkcie 2 dodaje się punkt 2a w brzmieniu następującym:

*„2a. Oceny poziomów stężeń składników szkodliwych, o której mowa w pkt 2 powyżej, można dokonać na podstawie pomiarów ciągłych prowadzonych przez jednostkę uprawnioną, o której mowa w art. 36 ust. 2 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) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 13 września 2012 r. w sprawie dokonywania oceny poziomów substancji w powietrzu (Dz.U. z 2012 r., poz. 1032) stosowanym odpowiednio"*

9) W załączniku nr 4, w części I „Kryteria oceny leczniczych właściwości wód podziemnych" w ust. 1 dokonuje się następujących zmian :

a) pkt 1) otrzymuje następujące brzmienie:

*„lecznicze wody mineralne – wody zawierające w 1 $dm^3$ co najmniej 1000 mg rozpuszczonych składników, w tym w szczególności chlorki, siarczany i wodorowęglany sodu, wapnia i magnezu, występujące w poszczególnych wodach w różnych stosunkach ilościowych.*

*W charakterystyce leczniczej wody mineralnej podaje się procentową zawartośc ogółu składników stałych, rozpuszczonych w danej wodzie oraz nazwy anionów i kationów, których udział ilościowych w przeliczeniu na miligramorównowazniki (meq) w 1$dm^3$ wody przekracza 20% w kolejności malejących stężeń*"

b) pkt) 2 otrzymuje następujące brzmienie:

*„Lecznicze wody swoiste - wody zawierające poniżej 1000mg/l rozpuszczonych składników mineralnych w tym co najmniej jeden lub więcej składników o swoistych właściwościach leczniczych, w podanych niżej lub wyższych stężeniach*

*a) 1 mg jodków — woda jodkowa,*

*b) 5 mg siarczków lub innych związków siarki (II)*

*— woda siarczkowa,*

*c) 2 mg fluorków — woda fluorkowa,*

*d) 10 mg ˝żelaza (II) — woda ˝żelazista,*

*e) 70 mg kwasu metakrzemowego — woda krzemowa,*

*f) 1000 mg niezwiązanego dwutlenku węgla —*

*szczawa,*

*g) 250—999 mg niezwiązanego dwutlenku węgla*

*— woda kwasowęglowa lub*

*h) wykazująca na wypływie z ujęcia temperaturę ´*

*co najmniej 36°C — woda termalna,*

*i) wykazująca aktywność promieniotwórczą co*

*najmniej 74 Bq/dm3 — woda radonowa.*

*W charakterystyce wody swoistej wymienia się zawarte w niej składniki swoiste w porządku malejących stężeń”*

c) pkt) 3 otrzymuje następujące brzmienie:

*„Lecznicze wody mineralne swoiste – wody zawierające co najmniej 1000mg/dm3 rozpuszczonych składników mineralnych oraz jeden lub więcej składników o swoistych właściwościach leczniczych, wymienionych w klasyfikacji tych wód powyżej*

*W charakterystyce leczniczej wody mineralnej swoistej podaje się procentową zawartość ogółu składników stałych, rozpuszczonych w danej wodzie oraz nazwy anionów i kationów, których udział ilościowych w przeliczeniu na miligramorównowazniki (meq) w 1$dm^3$ wody przekracza 20% w kolejności malejących stężeń*"

10) Tabeli stanowiącej pkt. 3 Załącznika nr 4 nadaje się tytuł „*Najwyższe dopuszczalne stężenia składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia***"** i wprowadza w niej następujące zmiany:

    a) w pkt 2 dotyczącym azotanów (III) ustala się dopuszczalną zawartość w rubryce dotyczącej „*kuracji pitnych*" na 0,2 mg/l,

    b) w pkt. 5 dotyczącym baru ustala się dopuszczalną zawartość w rubryce „*kuracji pitnych*" na 5mg/$dm^3$,

    c) w pkt. 6 dotyczącym boru ustala się dopuszczalną zawartość w rubryce dotyczącej „*kuracji pitnych*" na 20 mg/$dm^3$

    d) w pkt 7 dotyczącym cyjanków rezygnuje się z oznaczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia w rubryce dotyczącej „*użytku zewnętrznego*". Dotychczasowe oznaczenie zastępuje się znakiem „-"

    e) w pkt 7 dotyczącym cyjanków rezygnuje się z oznaczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia w rubryce dotyczącej „*użytku zewnętrznego*". Dotychczasowe oznaczenie zastępuje się znakiem „-"

    f) w pkt 14 dotyczącym fenoli rezygnuje się z oznaczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia w rubryce dotyczącej „*użytku zewnętrznego*". Dotychczasowe oznaczenie zastępuje się znakiem „-"

11) Z Tabeli stanowiącej pkt. 4 Załącznika nr 4 wykreśla się wymagania dotyczące oznaczania i limitu z pkt 7 dla rubryki dotyczącej „*kuracji pitnych*".

12) Części II załącznika nr 4 nadaje się nazwę „ *Kryteria oceny leczniczych właściwości borowin*" i zastępuje się definicje peloidu definicją borowiny o następującej treści:

    *„Borowiną o właściwościach leczniczych jest surowiec pochodzący ze złoża nie odwodnionego o udokumentowanych zasobach i stopniu humifikacji masy roślinnej co najmniej 30%. Borowiny różnicuje się ze względu na ich genezę na surowce ze złoża typu wysokiego, przejściowego i niskiego.*

    *Za borowinę przydatną do celów leczniczych uznaje się surowiec spełniający wymagania ogólne, fizykochemiczne i chemiczne zamieszczone w tabeli 1 oraz mikrobiologiczne zamieszczone w tabeli 2"*

**§2.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik nr 4: Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku

***R O Z P O R Z Ą D Z E N I E***
***M I N I S T R A  Ś R O D O W I S K A***

*z dnia……*

***zmieniające rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku***

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. — Prawo ochrony Środowiska (Dz. U. z 2006 r. Nr 129, poz. 902, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

**§1.** W rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 roku w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku (Dz.U. 2007 nr 120 poz. 826) wprowadza się następujące zmiany:

W załączniku do rozporządzenia, w Tabeli 1, Tabeli 2, Tabeli 3 oraz Tabeli 4:

pod pozycją Lp 1 a) wykreśla się:

„Strefa ochronna „A" uzdrowiska"

zastępując słowami:

„Tereny zakładów lecznictwa uzdrowiskowego".

**§2.** Do badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych klimatu, o których mowa w art. 36 ust. 2 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), rozpoczętych, a nie zakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

**§3.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik nr 5: Projekt tekstu jednolitego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego.

**ROZPORZĄDZENIE**
**MINISTRA ZDROWIA**
z dnia …..
**w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego**

Na podstawie art. 5 ust. 3 oraz art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 879) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:
1) wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady lecznictwa uzdrowiskowego;
2) wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne, jakim powinny odpowiadać urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego.

§ 1a.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:
1) pokój łóżkowy – pomieszczenie dla pacjentów wyposażone w łóżko/a jednoosobowe, stół jeden na pokój, krzesła jedno na osobę, szafę ubraniową, umywalkę z zimną i ciepłą wodą oraz pojemnik na odpadki; wymaganie dotyczące umywalki oraz pojemnika uważa się za spełnione w przypadku, gdy przy pokoju zlokalizowane jest pomieszczenie higieniczno-sanitarne;
2) izolatka – pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia pacjenta lub grupy pacjentów, chorych na chorobę zakaźną albo podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;
3) pomieszczenie higieniczno-sanitarne przy pokojach łóżkowych – pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, natrysk oraz pojemnik na odpadki;
4) pomieszczenie higieniczno-sanitarne zbiorowe – pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową, uchwyty zapewniające bezpieczeństwo przy korzystaniu z toalety, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na odpadki;
5) pomieszczenie porządkowe – pomieszczenie służące do przechowywania sprzętu stosowanego do utrzymania czystości, środków czystości, preparatów myjąco-dezynfekcyjnych oraz do zbierania brudnej bielizny i odpadów, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
6) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – pomieszczenie służące do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym zaopatrzone w leki pierwszej pomocy i zestaw do udzielania pierwszej pomocy;
7) stanowisko wzmożonego nadzoru kardiologicznego - wyodrębnione pomieszczenie z możliwością prowadzenia stałego nadzoru, w szczególności zapewniające pracownikom możliwość obserwacji pacjenta, wyposażone w: co najmniej jedno antystatyczne łóżko do intensywnej terapii dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, kardiomonitor przy każdym łóżku, aparat EKG, instalacje gazów medycznych lub butle z tlenem, zestaw do reanimacji w skład którego wchodzą co najmniej defibrylator oraz zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny), elektryczne urządzenie do ssania.

§ 1b.

Wymagania ogólne:

1) podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, z wyłączeniem pokoi łóżkowych, powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję;
2) ściany wokół umywalek i zlewozmywaków powinny być wykończone w sposób zabezpieczający ścianę przed zawilgoceniem;
3) w pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego;
4) pokoje łóżkowe nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku;
5) dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku pomieszczeń o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;
6) gabinety lekarskie oraz gabinety diagnostyczno-zabiegowe wyposaża się w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na odpadki;
7) pomieszczenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwiać ich mycie i dezynfekcję;
8) instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji powinny podlegać okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta; dokonanie tych czynności powinno być udokumentowane.

§ 2.

Szpital uzdrowiskowy powinien odpowiadać następującym wymaganiom:

1) być położony w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;
2) stanowić samodzielny budynek albo zespół budynków albo wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;
3) zapewniać pacjentom dostęp do zakładu przyrodoleczniczego;
4) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich, dostęp do bazy lokalowej, zabiegowej i żywieniowej (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych z wyjątkiem schodołazów);
5) oddział szpitalny w szpitalu uzdrowiskowym powinien składać się z zespołów pomieszczeń pielęgnacyjnych i ogólnych; gabinety lekarskie, punkty pielęgniarskie i gabinety diagnostyczno – zabiegowe oraz pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla całego zakładu;
6) w skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych powinny wchodzić co najmniej:
   a) gabinet lekarski,
   b) punkt pielęgniarski,
   c) gabinet diagnostyczno - zabiegowy,
   d) pokoje łóżkowe,
   f) pomieszczenia higieniczno-sanitarne przy pokojach łóżkowych lub pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe wyposażone dodatkowo w natrysk (w ilości dostosowanej do liczby miejsc w pokojach łóżkowych);
7) w szpitalach prowadzących leczenie o profilu choroby kardiologiczne i nadciśnienie powinno znajdować się stanowisko wzmożonego nadzoru kardiologicznego;
8) pokoje łóżkowe powinny być wyposażone w system sygnalizacji przywoławczej;
9) przynajmniej jeden pokój łóżkowy oraz jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich; w oddziałach szpitalnych o profilach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne oraz choroby neurologiczne 10% miejsc w pokojach łóżkowych i pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych powinno być dostępnych dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
10) w skład zespołu pomieszczeń ogólnych powinny wchodzić co najmniej:

a) pokoje pracowników medycznych i administracyjnych – co najmniej jedno pomieszczenie,
b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu – co najmniej jedno pomieszczenie,
c) pomieszczenia porządkowe – co najmniej jedno pomieszczenie,
d) jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów.

§ 3.

Sanatorium uzdrowiskowe powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 2 pkt 1-3, 6 i 10, a ponadto następującym wymaganiom:
1) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich dostęp do bazy lokalowej, zabiegowej i żywieniowej w sanatorium uzdrowiskowym o profilach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne oraz choroby kardiologiczne i nadciśnienie (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych);
2) przynajmniej jeden pokój łóżkowy oraz jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich.

§ 4.

Szpital uzdrowiskowy dla dzieci powinien odpowiadać wymaganiom określonym w § 2, z uwzględnieniem potrzeb zakwaterowania dzieci, a ponadto następującym wymaganiom:
1) w skład szpitala uzdrowiskowego dla dzieci powinny wchodzić następujące pomieszczenia:
   a) izolatka,
   b) co najmniej:
      – jedna świetlica (pokój zabaw) dla dzieci z wyposażeniem,
      – jedna sala szkolna,
      – jeden pokój do samodzielnej pracy dla dzieci,
      – jeden pokój dla nauczycieli;
2) w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci powinno zapewnić się sale łóżkowe wydzielone ze względu na przedział wiekowy i płeć dzieci;
3) wyposażenie szpitala uzdrowiskowego dla dzieci, w szczególności gniazda wtykowe elektryczne, okna, krany z gorącą wodą, poręcze, powinno być odpowiednio zabezpieczone;
4) w oddziale dziecięcym powinno zapewnić się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka;
5) układ funkcjonalny szpitala uzdrowiskowego dla dzieci powinien zapewniać możliwość izolowania poszczególnych oddziałów;
6) szpital uzdrowiskowy dla dzieci powinien posiadać wydzielony i ogrodzony teren do zajęć ruchowych.

§ 5.

Sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci powinno odpowiadać wymaganiom określonym w § 3, z uwzględnieniem potrzeb zakwaterowania dzieci, oraz w § 4 pkt 1–4 i 6.

§ 6.

Przychodnia uzdrowiskowa powinna odpowiadać następującym wymaganiom:
1) być położona w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej;
2) stanowić samodzielny budynek albo wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego albo być urządzona w budynku o innym przeznaczeniu pod warunkiem całkowitej izolacji przychodni od użytkowników w budynkach użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego i indywidualnego, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników albo być urządzona w innym zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego pod warunkiem zachowania rozdzielności czasowej udzielania świadczeń dla pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych;;

3) zapewniać pacjentom dostęp do zakładu przyrodoleczniczego;
4) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo dostęp do przychodni uzdrowiskowej o profilach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne oraz choroby kardiologiczne i nadciśnienie (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych);
5) zapewniać pacjentom dostęp do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego zbiorowego – co najmniej jednego pomieszczenia, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
6) w skład przychodni uzdrowiskowej powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:
   a) gabinet lekarski;
   b) gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

§ 7.

Zakład przyrodoleczniczy powinien odpowiadać następującym wymaganiom:
1) być położony w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;
2) stanowić samodzielny budynek albo zespół budynków powiązanych funkcjonalnie albo wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego;
3) zapewniać osobom niepełnosprawnym ruchowo dostęp do bazy zabiegowej (w budynkach wielokondygnacyjnych za pomocą dźwigu lub innych urządzeń technicznych, z wyjątkiem schodołazów);
4) posiadać działy zabiegowe, pomieszczenia i wyposażenie odpowiednie do prowadzonych w nim kierunków leczniczych oraz stosowanych naturalnych surowców leczniczych, wykorzystywane w/do:
   a) balneoterapii: wanny do kąpieli leczniczych i/lub basen leczniczy i/lub inhalatoria do inhalacji z leczniczych wód mineralnych,
   b) peloidoterapii: wanny do kąpieli peloidowych i/lub stanowiska do zawijań i /lub okładów peloidowych,
   c) hydroterapii: wanny i/lub natryski i/lub basen rehabilitacyjny,
   d) termoterapii: zestaw do kriostymulacji parami azotu lub CO2 i/lub zestaw do zimnolecznictwa schłodzonym powietrzem i/lub urządzenie do niskotemperaturowej krioterapii ogólnoustrojowej z zakresem uzyskiwanych temperatur od - 120º do - 180º z możliwością obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu;
   e) fototerapii: lampa do naświetlań promieniowaniem podczerwonym lub ultrafioletowym i/lub zestaw do biostymulacji laserowej,
   f) fizykoterapii: zestaw do elektroterapii z osprzętem i/lub zestaw do magnetoterapii i/lub zestaw do ultradźwięków (z wyłączeniem w przypadku zakładu przyrodoleczniczego dla dzieci do ukończenia 18 roku życia),
   g) kinezyterapii: sale kinezyterapii indywidualnej i/lub grupowej,
   h) masażu leczniczego;
5) w skład zakładu przyrodoleczniczego stanowiącego samodzielny budynek albo zespół budynków powiązanych funkcjonalnie powinny wchodzić co najmniej następujące pomieszczenia:
   a) gabinet lekarski, punkt pielęgniarki oraz gabinet diagnostyczno – zabiegowy;
   b) miejsca umożliwiające oczekiwanie na zabiegi i wypoczynek po zabiegach w pozycji siedzącej, odpowiednio do rodzajów i liczby stanowisk zabiegowych,
   c) przy kąpielach mineralnych oraz kąpielach i zawijalniach peloidowych: co najmniej jedna sala wypoczynkowa umożliwiająca wypoczynek po zabiegach w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze wskazaniami medycznymi,
   d) co najmniej dwa pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe, licząc łącznie na 60 osób równocześnie przebywających w zakładzie; przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;

6) w zakładzie przyrodoleczniczym stanowiącym wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego powinny znajdować się miejsca umożliwiające oczekiwanie na zabiegi i wypoczynek po zabiegach w pozycji siedzącej;
7) sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie;
8) gabinet masażu powinien stanowić odrębne pomieszczenie;
9) zabiegi fototerapii i elektroterapii powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach lub boksach;
10) urządzenia do magnetoterapii oraz urządzenia do laseroterapii powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach lub boksach z zachowaniem wymagań i zaleceń zgodnych z właściwymi Polskimi Normami;
11) diatermie krótkofalowe i mikrofalowe powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach lub boksach, odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie zgodnie z właściwymi Polskimi Normami;
12) ściany i podłogi pomieszczeń, w których odbywają się zabiegi balneoterapii, hydroterapii oraz kąpieli i zawijań peloidowych, powinny być wyłożone materiałem wodoszczelnym, pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję;
13) do pomieszczeń, w których odbywają się zabiegi balneoterapii, peloidoterapii i hydroterapii, powinna być doprowadzona do stanowisk zabiegowych woda ciepła i zimna;
14) urządzenia i instalacje, w szczególności doprowadzające wody mineralne, wodę ciepłą i zimną lub gaz, powinny być oznakowane w sposób umożliwiający ich rozróżnienie;
15) przy wannach kąpielowych powinny być zamocowane uchwyty ułatwiające pacjentowi wejście do wanny i wyjście z wanny oraz instalacja przywoławcza;
16) pomieszczenia zakładu przyrodoleczniczego powinny posiadać wentylację grawitacyjną;
17) pomieszczenia, w których jest konieczna zwiększona wymiana powietrza, powinny posiadać wentylację mechaniczną; w szczególności dotyczy to:
    a) kuchni borowinowych i parafinowych,
    b) pomieszczeń peloidoterapii,
    c) pomieszczeń zabiegów hydroterapeutycznych,
    d) pomieszczeń zabiegów inhalacyjnych,
    e) sal kinezyterapii;
18) w przypadku użytkowania w zakładzie przyrodoleczniczym wód leczniczych, w których rozpuszczone są substancje gazowe, układ instalacji powinien zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych; wysokości strat w instalacji nie powinny przekraczać wartości, powyżej których woda traci swoją charakterystykę
19) doprowadzenie do wanien wód leczniczych zgazowanych powinno następować w sposób wykluczający rozpryskiwanie wody;
20) w zakresie saturatorów i innych urządzeń wykorzystujących $CO_2$:
    a) saturatory powinny zapewniać minimalne nasycenie $CO_2$ wody o naturalnej temperaturze w ilości 2 200 mg/l,
    b) butle z $CO_2$, zarówno pełne, jak i puste, powinny być umieszczone w uchwytach;
21) pomieszczenia, w których w celach leczniczych wykorzystywane są gazy lecznicze: dwutlenek węgla ($CO_2$), radon (Rn) lub siarkowodór ($H_2S$) oraz w przypadku, gdy występuje ich wydzielanie się z wód leczniczych, powinny być wyposażone w dolne przelewy gazowe oraz w wentylację mechaniczną wyposażoną w wyciąg dolny, przy przekroczeniu stężenia gazu leczniczego, ustalonego w przepisach odrębnych określających najwyższe dopuszczalne stężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
22) w zakresie urządzeń do przygotowywania i udzielania zabiegów peloidowych:
    a) pomieszczenie zabiegowe do zawijań lub kąpieli peloidowych powinno być wyposażone w wannę do kąpieli oczyszczającej z baterią natryskową lub kabinę natryskową,
    b) zużyta borowina powinna być odprowadzona poza obręb zakładu,
    c) proces technologiczny użytkowania peloidów powinien wykluczyć możliwość używania do zabiegów peloidów zużytych (odpadowych),

d) przechowywane peloidy powinny być odpowiednio zabezpieczone przed ich zanieczyszczeniem i wysuszeniem;
23) preparaty używane do kąpieli i sole kąpielowe powinny być przechowywane w trwałych pojemnikach chroniących przed ich zanieczyszczeniem;
24) sprężarki stosowane do zabiegów inhalacyjnych powinny mieć czerpnię powietrza wyprowadzoną na zewnątrz zakładu i umożliwiającą pobór powietrza z zewnątrz; na przewodzie tłocznym powinien być zainstalowany filtr powietrza wymieniany zgodnie z zaleceniami producenta;
25) urządzenia mechaniczne napędzane silnikiem elektrycznym powinny posiadać izolację zapobiegającą przenoszeniu się drgań i hałasu;
26) pomieszczenia, w których wykonywane są zabiegi, powinny być wyposażone w zegary, pozwalające na określenie czasu trwania zabiegu;
27) w widocznym miejscu powinny być wywieszone przepisy porządkowe dla korzystających z zakładu przyrodoleczniczego;
28) w widocznym miejscu powinna być umieszczona informacja o rodzaju zabiegów wykonywanych w zakładzie przyrodoleczniczym i godzinach ich wykonywania.

§ 8.

Szpital uzdrowiskowy w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinien odpowiadać wymaganiom określonym w § 2 pkt 3-6 i 8-10, a ponadto następującym wymaganiom:
1) znajdować się w wyodrębnionym urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym oraz w obiektach naziemnych zlokalizowanych bezpośrednio w pobliżu wyrobiska górniczego;
2) zapewniać dostęp do podziemnej komory leczniczej przeznaczonej dla urządzeń i sprzętu służącego do zabiegów fizjoterapii; mikroklimat komory powinien odznaczać się właściwościami korzystnymi dla zdrowia, w tym obecnością aerozoli mineralnych, korzystną jonizacją powietrza oraz stabilnymi i optymalnymi dla zdrowia warunkami termicznymi i poziomem wilgotności;
3) w skład zespołu pomieszczeń zlokalizowanych w podziemnym wyrobisku górniczym powinny wchodzić co najmniej:
   a) wydzielone miejsca łóżkowe w podziemnej komorze leczniczej,
   b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe w podziemnej komorze leczniczej – co najmniej jedno pomieszczenie – wyposażone dodatkowo w natrysk, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
   c) gabinet diagnostyczno-zabiegowy;
   d) pokoje pracowników medycznych – co najmniej jedno pomieszczenie,
   e) pomieszczenia porządkowe – co najmniej jedno pomieszczenie,
   f) jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów.

§ 9.

Sanatorium uzdrowiskowe w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinno odpowiadać wymaganiom określonym w §2 pkt 3, 6 i 10, w §3 pkt 1-2 oraz w §8 pkt 1-3.

§ 10.

Pijalnia uzdrowiskowa powinna spełniać następujące wymagania:
1) być zlokalizowana w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej;
2) być dostosowana do eksploatacji całorocznej;
3) być wyposażona w:
   a) instalacje do wydawania wody leczniczej pacjentom, spełniające wymagania sanitarne i techniczne,
   b) instalacje do podgrzewania wody do temperatury zalecanej przez lekarza, jeżeli woda jest i/lub powinna być zalecana przez lekarza w temperaturze innej, niż naturalna,

c) urządzenia do kontrolowania temperatury wody, jeżeli woda jest i/lub powinna być zalecana przez lekarza w temperaturze innej, niż naturalna,
d) salę spacerową o wielkości dostosowanej do liczby kuracjuszy korzystających z krenoterapii,
e) pomieszczenie higieniczno-sanitarne zbiorowe znajdujące się przy pijalni uzdrowiskowej lub w pobliżu pijalni.

4) woda w pijalni powinna być wydawana pacjentom w naczyniach jednorazowych lub wielorazowych mytych po każdym użyciu; w pijalni mogą być udostępniane butelkowane wody lecznicze;
5) jakość wód leczniczych w trakcie pobierania z ujęcia, przesyłania za pomocą instalacji do pijalni oraz dystrybucji nie powinna ulec zmianom pod względem sanitarnohigienicznym oraz wartości terapeutycznej;
6) dojście do pijalni uzdrowiskowej powinno być utwardzone i umożliwiać poruszanie się osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
7) pijalnia powinna być wyposażona w tablice określające w formie graficznej i/lub opisowej właściwości fizykochemiczne udostępnianych wód leczniczych oraz wskazania do ich stosowania w formie kuracji pitnej;
8) w widocznych miejscach przy wejściu do pijalni uzdrowiskowej powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z pijalni uzdrowiskowej.

§ 10a.

Punkt czerpalny wody leczniczej zlokalizowany w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego lub na terenie innego, poza pijalnią uzdrowiskową, urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, powinien odpowiadać wymaganiom określonym w §10. pkt 3a, 5 i 7.

§ 11.

Tężnia powinna spełniać następujące wymagania:
1) być zlokalizowana w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;
2) do wytwarzania aerozolu leczniczego w tężni powinna być wykorzystywana woda uznana za leczniczą lub solanka niezawierająca składników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia;
3) konstrukcja i rozwiązania techniczne powinny zapewniać uzyskanie aerozolu o właściwościach leczniczych, potwierdzonych wynikami badań.
4) instalacje doprowadzające solankę na pomost górny, pompa i armatura powinny być wykonane z materiałów odpornych na działanie chemiczne i żrące solanki oraz nie powinny reagować chemicznie z używaną wodą leczniczą;
5) tężnia powinna działać na podstawie instrukcji funkcjonalnej, określającej sposób wytwarzania aerozolu, zakres i częstotliwość monitorowania warunków sanitarnohigienicznych i funkcjonalnych, w tym jakości używanej wody i stan techniczny urządzeń;
6) wzdłuż tężni powinny być wybudowane trakty spacerowe z ławkami, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
7) w pobliżu tężni powinny znajdować się ogólnodostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe – co najmniej jedno pomieszczenie, w tym co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
8) w widocznych miejscach przy tężni powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z tężni.

§ 12.

Park i ścieżki ruchowe powinny spełniać następujące wymagania:
1) być zlokalizowane w strefie „A" ochrony uzdrowiskowej;
2) powierzchnia parku, jego usytuowanie i rodzaj roślinności powinny zapewniać kształtowanie korzystnych warunków środowiska uzdrowiskowego;
3) na terenie parku powinny znajdować się: ławki, pojemniki na odpady, a także odpowiednie oświetlenie;

4) na terenie parku można wyznaczyć ścieżki rowerowe; ścieżki rowerowe powinny być utwardzone i umożliwiać poruszanie się osób pieszych oraz niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
5) na terenie parku można wyznaczyć ścieżki ruchowe; ścieżki ruchowe powinny być wyposażone w specjalne informacje określające sposób, w jaki się z nich korzysta;
6) ścieżki ruchowe przeznaczone dla osób ze schorzeniami kardiologicznymi powinny być wytyczane po uzgodnieniu z lekarzami specjalistami w dziedzinach kardiologii oraz balneologii i medycyny fizykalnej;
7) na terenie parku można lokalizować siłownie plenerowe; siłownie plenerowe powinny być wyposażone w specjalne informacje określające sposób, w jaki się z nich korzysta;
8) na terenie parku lub w pobliżu parku powinny znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe – co najmniej jedno pomieszczenie, w tym co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
9) w widocznych miejscach przy wejściu do parku powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z parku.

§ 13.

Urządzony odcinek wybrzeża morskiego powinien spełniać następujące wymagania:
1) być wydzielony i przygotowany do terapii ruchowej i bezpiecznego korzystania z walorów morza;
2) woda powinna spełniać wymagania dotyczące czystości mikrobiologicznej;
3) piasek powinien być wolny od zanieczyszczeń, które mogłyby zagrażać zdrowiu osób korzystających z urządzonego odcinka wybrzeża morskiego;
4) powinien być zlokalizowany co najmniej jeden punkt dozoru zaopatrzony w sprzęt ratowniczy;
5) na terenie urządzonego odcinka wybrzeża morskiego powinny znajdować się:
   a) przebieralnie,
   b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe,
   c) punkt pierwszej pomocy medycznej,
   d) pojemniki na odpady;
6) obszar wodny przeznaczony do kąpieli powinien spełniać następujące wymagania:
   a) obszar o głębokości ponad 1 m powinien być wyraźnie oznaczony,
   b) dno powinno być wolne od zanieczyszczeń;
7) kąpielisko powinno być zlokalizowane tak, aby miało dogodnie ukształtowany brzeg i dno oraz dobre nasłonecznienie;
8) dojścia do urządzonego odcinka wybrzeża morskiego, jak i jego obszar powinny być zorganizowane w sposób niezagrażający środowisku naturalnemu i umocnieniom w pasie technicznym brzegu morskiego oraz umożliwiający korzystanie z nich osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózkach inwalidzkich;
9) sposób zagospodarowania terenu na obszarze pasa technicznego wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego urzędu morskiego;
10) w widocznych miejscach przy wejściu na obszar powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z urządzonego odcinka wybrzeża morskiego.

§ 14.

Leczniczy basen uzdrowiskowy powinien spełniać następujące wymagania:
1) być wypełniony wodą leczniczą, która zachowuje swoje właściwości w czasie eksploatacji basenu;
2) woda lecznicza w basenie powinna spełniać wymagania sanitarne i jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
3) eksploatacja basenu powinna odbywać się w jednym z następujących systemów:
   a) otwartym – przy stałym dopływie wody z ujęcia i odpływie wody z basenu,
   b) częściowo zamkniętym – przy określonym dopływie wody z ujęcia, do wody uzdatnianej metodami fizycznymi i chemicznymi poza basenem i ponownie wprowadzanej do basenu;
4) hala basenowa powinna być wyposażona w wentylację;

5) sposób eksploatacji basenu oraz sposób monitorowania jakości wody i jakości powietrza hali basenowej powinna określać instrukcja funkcjonalna opracowana dla każdego basenu, przy uwzględnieniu przepisów odrębnych określających najwyższe dopuszczalne stężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
6) w skład instalacji basenu powinny wchodzić następujące urządzenia:
   a) instalacja zasilająca wodą leczniczą,
   b) instalacja przelewowa wraz ze zbieraczem zanieczyszczeń – kanalikiem przelewowym wokół basenu,
   c) instalacja spustowa odprowadzającą wodę do kanalizacji,
   d) instalacja zwykłej wody ciepłej i zimnej;
7) instalacje i urządzenia basenowe powinny być wykonane z materiałów niereagujących chemicznie z używaną wodą leczniczą;
8) posadzka oraz dno i ściany niecki basenu powinny być wyłożone materiałem wodoszczelnym o powierzchni zabezpieczającej przed poślizgiem i pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję; posadzka powinna być wyposażona we wpusty ściekowe ze spadkiem posadzki w kierunku wpustów w celu zabezpieczenia przed spływem wody przelewającej się z basenu;
9) wloty i wyloty wody oraz jej spust powinny być usytuowane w sposób zapewniający równy przepływ wody we wszystkich przekrojach niecki basenowej, ponadto powinien być co najmniej jeden spust denny umożliwiający całkowite opróżnienie basenu;
10) przy basenie, w którym stosuje się dezynfekcję wody środkami chemicznymi, powinny być pomieszczenia dla stacji uzdatniania oraz magazyny środków chemicznych; pomieszczenia te powinny być wyposażone w wentylację i urządzenia pomiarowo-kontrolne do oznaczania środków chemicznych pozostających w wodzie wypełniającej basen;
11) pomieszczenia przybasenowe powinny być podzielone na dwie strefy: przeznaczoną dla pacjentów w obuwiu oraz przeznaczoną dla pacjentów bez obuwia; poszczególne pomieszczenia, zapewniające możliwość korzystania z nich przez osoby niepełnosprawne poruszające się na wózkach inwalidzkich, powinny być usytuowane w następującej kolejności:
   a) szatnie wyposażone w szafki na ubrania i indywidualne przebieralnie w liczbie odpowiedniej dla osób korzystających z basenu,
   b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe,
   c) natryski,
   d) brodzik lub urządzenia do natryskiwania stóp środkiem dezynfekującym;
12) wejście do basenu powinno zapewniać możliwość wejścia osobom o ograniczonej sprawności oraz niepełnosprawnym; jeżeli niecka basenowa jest wyposażona w schody i/lub pochylnie, powinny być one usytuowane tam, gdzie głębokość jest najmniejsza, schody powinny być wyposażone co najmniej w jedną poręcz;
13) niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,6 m do 1,60 m, w zależności od wieku i wzrostu osób kwalifikowanych do korzystania z basenu,
14) na jedną osobę korzystającą z basenu powinna przypadać powierzchnia umożliwiająca właściwe wykonywanie zabiegów;
15) basen powinien być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, w szczególności na brzegach niecki powinny zostać zamieszczone uchwyty do ćwiczeń**;** warunek nie jest wymagany w przypadku basenów leczniczych wykorzystywanych wyłącznie do kąpieli leczniczych;
16) w widocznych miejscach przy wejściu na basen powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z basenu.

§ 15.

Rehabilitacyjny basen uzdrowiskowy powinien spełniać wymagania określone w § 14 pkt 3-5, 8-13 i 16, a ponadto powinien spełniać następujące wymagania:

1) być napełniany wodą spełniającą wymagania sanitarne i jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym, zgodnie z obowiązującymi przepisami;

2) w skład instalacji basenu powinny wchodzić następujące urządzenia:
   a) instalacja wody ciepłej i zimnej;
   b) instalacja przelewowa wraz ze zbieraczem zanieczyszczeń – kanalikiem przelewowym wokół basenu;
   c) instalacja spustowa odprowadzająca wodę do kanalizacji;
3) na jedną osobę korzystającą z basenu powinna przypadać powierzchnia wody umożliwiająca właściwe prowadzenie rehabilitacji;
4) basen powinien być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, w szczególności na brzegach niecki powinny zostać zamieszczone uchwyty do ćwiczeń; poręcze do ćwiczeń rehabilitacyjnych powinny zajmować minimum 50% obwodu basenu; mogą one stanowić oddzielny element konstrukcyjny, jak też stanowić stałe części niecki basenowej.

§ 16.

Urządzone podziemne wyrobisko górnicze powinno spełniać następujące wymagania:
1) stropy i ociosy wyrobiska powinny być zabezpieczone odpowiednią obudową zapewniającą bezpieczeństwo;
2) stropy i ociosy wyrobiska oraz stan techniczny i stateczności obudowy powinny podlegać stałej kontroli w celu zachowania bezpieczeństwa;
3) przy urządzaniu wyrobiska powinien być opracowany i zapewniony stały i niezmienny dopływ powietrza przewietrzającego rejon komór;
4) dla uzyskania optymalnych warunków skuteczności leczenia powinno się określić parametry dla urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego, jakie powinien posiadać mikroklimat w komorach leczniczych; dotyczy to przede wszystkim prędkości przepływu, temperatury, wilgotności oraz składu chemicznego i stopnia jonizacji powietrza;
5) posiadać rezerwowe chodniki awaryjne pozwalające na ewakuację z pomieszczeń zagospodarowanych do celów leczniczych na powierzchnię;
6) na drogach komunikacyjnych powinny być założone rezerwowe stanowiska pomiarowe;
7) prace zabezpieczające prowadzone w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym powinny być wykonane na podstawie:
   a) pomiarów zamontowanych rozwarstwieniomierzy,
   b) pomiarów konwergencji pionowej i poziomej,
   c) okresowych pomiarów niwelacyjnych,
   d) badań próbek pobranych z miejsc wykonywanych iniekcji skał;
8) w komorach w widocznym miejscu powinny być umieszczone tablice informacyjne o drogach ewakuacyjnych oraz instrukcje dotyczące sposobu zachowania się w sytuacjach zagrożeń;
9) komory powinny być urządzone i wyposażone w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów i personelu, w tym wyposażone w system łączności;
10) komunikacja w komorach leczniczych powinna być dostosowana do poruszania się osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
11) w komorach powinno być zapewnione stałe zasilanie w energię elektryczną; oświetlenie pomieszczeń musi odbywać się w sposób ciągły;
12) w odpowiedniej odległości od urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego powinny znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe;
13) w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym stosuje się również wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne określone w przepisach ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. Nr 163, poz. 981);
14) w widocznych miejscach przy wejściu powinien być umieszczony regulamin porządkowy określający sposób korzystania z urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego.

§ 17.

Uwzględniając ochronę dóbr kultury, dopuszcza się odstępstwa od określonych wymagań dla zakładów i/lub urządzeń zlokalizowanych w obrębie obiektu wpisanego do rejestru zabytków i/lub objętego

ochroną konserwatorską, po otrzymaniu zgody od uprawnionych organów, na podstawie odrębnych przepisów.

§ 18.

Zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego należy dostosować do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2021 roku.

§ 19.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 roku, poz. 452 z późn. zm.).

§ 20.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik nr 6: Propozycje przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego określone na podstawie stanowiska wyrażonego przez konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin medycyny i rekomendowane przez Zespół do uwzględnienia w „katalogu przeciwwskazań" w przypadku nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową,* w tym polegającej na wprowadzeniu załącznika określającego przeciwskazania do leczenia uzdrowiskowego.

1) **Przy kierowaniu i kwalifikowaniu pacjenta do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lekarz ocenia:**
   1. stan zdrowia pacjenta;
   2. możliwość leczenia uzdrowiskowego przy wykorzystaniu właściwości naturalnych surowców leczniczych;
   3. przebieg choroby będącej wskazaniem do leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych uzdrowisk, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy;
   4. efekty przebytego w przeszłości leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, jeżeli pacjent korzystał z tej formy leczenia lub rehabilitacji;

2) **Przeciwwskazanie ogólne do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowią:**
   1. stan chorobowy, w którym leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przy wykorzystaniu właściwości naturalnych surowców leczniczych mogłyby spowodować pogorszenie stanu zdrowia pacjenta;
   2. niezdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub niezdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózku inwalidzkim;
   3. choroba zakaźna w fazie ostrej;
   4. ciąża i połóg.

3) **Przeciwwskazanie ogólne onkologiczne i hematologiczne do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowią:**
   1. **czynna choroba nowotworowa w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki oraz leczenia** operacyjnego lub chemioterapii, z wyłączeniem leczenia hormonalnego, lub radioterapii lub przewlekłego leczenia celowanego i niskodawkowanego – **wszystkie rodzaje nowotworów złośliwych;**
   2. choroba nowotworowa po zakończeniu leczenia operacyjnego lub chemioterapii, z wyłączeniem leczenia hormonalnego lub radioterapii lub przewlekłego leczenia celowanego i niskodawkowanego, **w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby.**

4) **Przeciwwskazanie szczegółowe hematologiczne do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowią:**
   1. C81–C96 – nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych przed upływem 12 miesięcy od zakończenia leczenia intensywnego z wyłączeniem chorych niewymagających leczenia oraz leczonych przewlekle lekami doustnymi;
   2. D45 – niekontrolowana czerwienica prawdziwa;
   3. D46 – zespoły mielodysplastyczne z wyjątkiem leczonych przeszczepieniem szpiku kostnego;
   4. D62 – ostra niedokrwistość pokrwotoczna;
   5. D63 – niedokrwistości w przebiegu chorób nowotworowych wymagające przetoczeń składników krwi;
   6. D65 – rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe;
   7. inne zaburzenia krzepnięcia:

a) D66* – dziedziczny niedobór czynnika VIII,
b) D68.1* – dziedziczny niedobór czynnika IX,
c) D68.2* – dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia,
d) D68.3 – skazy krwotoczne zależne od obecności krążących antykoagulantów,
e) D68.4* – nabyty niedobór czynników krzepnięcia (w przebiegu chorób wątroby lub niedoboru witaminy K);

8. D70 – agranulocytoza (neutropenia) poniżej 1,0 G/l (1000/µl);
9. D72.8 – limfopenia poniżej 0,8 G/l (800/µl);
10. ciężkie niedokrwistości z objawami ogólnoustrojowymi (tachykardią, bólami zamostkowymi, niskim ciśnieniem tętniczym krwi).

---

* Przeciwwskazaniem do leczenia uzdrowiskowego są wymienione choroby do czasu opanowania zaburzeń krzepnięcia i ustalenia leczenia zapewniającego homeostazę.

**5) Przeciwwskazanie szczegółowe psychiatryczne do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowią:**

1. upośledzenie umysłowe znaczne i głębokie;
2. głębokie zaburzenia osobowości i zachowania stwarzające problemy w funkcjonowaniu społecznym;
3. ciężkie i umiarkowane choroby afektywne (F30-39);
4. schizofrenia (F20);
5. ciężkie i umiarkowane zaburzenia organiczne mózgu;
6. ciężkie i umiarkowane zaburzenia lękowe, stresowe (F40-F48) i behawioralne (F50-59);
7. zaburzenia osobowości z socjopatią;
8. zaburzenia dysocjacyjne.

**6) Przy kwalifikowaniu pacjenta do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lekarz, po stwierdzeniu braku przeciwwskazań, o których mowa w pkt.2-5, uwzględnia wskazania i szczegółowe przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz odpowiednio warunki, o których mowa w ust. 1-5.**

1. Pacjent po przeszczepie wielotkankowym lub narządu (biorca narządu lub tkanek) może zostać zakwalifikowany do leczenia uzdrowiskowego po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w dziedzinie transplantologii klinicznej w zakresie:
   a) stabilnej czynności przeszczepionych tkanek lub narządu/narządów,
   b) ustalenia dawek leków immunosupresyjnych,
   c) braku ostrych schorzeń, aktywnych infekcji oraz poważnego uszkodzenia innych układów i narządów– pod warunkiem, że od dnia przeszczepu do dnia rozpoczęcia leczenia w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego upłynie okres nie krótszy niż 6 miesięcy;
2. Pacjent obserwowany lub leczony z powodu nowotworowych chorób krwi, w tym białaczek, zespołów mielodysplastycznych, przewlekłych nowotworów mieloproliferacyjnych, chłoniaka Hodgkina, chłoniaków nieziarniczych i szpiczaka, może zostać zakwalifikowany do leczenia uzdrowiskowego po przedstawieniu opinii lekarza hematologa pod warunkiem, że od dnia zakończenia intensywnego leczenia, w tym przeszczepienia szpiku kostnego, do dnia rozpoczęcia leczenia w uzdrowisku upłynie okres nie krótszy niż 12 miesięcy.
3. Pacjent poddawany dializoterapii może zostać zakwalifikowany do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w dziedzinie nefrologii.
4. Pacjent po leczeniu z powodu choroby nowotworowej może zostać zakwalifikowany do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego celem leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w jednej z dziedzin onkologii (onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, onkologia i

hematologia dziecięca) po wykonaniu badań kontrolnych zgodnie z wytycznymi obserwacji chorych po leczeniu oraz stwierdzeniu nieobecności objawów nawrotu lub progresji choroby.

5. W przypadku nowotworów u pacjentów poniżej 18 r.ż. pacjent może zostać zakwalifikowany do leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, pod warunkiem, że od dnia zakończenia intensywnej chemioterapii do dnia rozpoczęcia leczenia w szpitalu uzdrowiskowym upłynie okres nie krótszy niż 6 miesięcy.

**7) Przeciwwskazanie szczegółowe do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowią:**

**1. choroby narządu ruchu:**

**1.1 choroby ortopedyczno-urazowe:**

1.1.1 C40, C41 – nowotwory złośliwe kości lub chrząstki stawowej w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;

1.1.2 M84, T10, T12 – stany po złamaniach kości kończyn z opóźnionym zrostem, stawem rzekomym lub powikłane zapaleniem kości lub szpiku kostnego;

1.1.3 M86 – zapalenie kości lub szpiku kostnego z odczynem ogólnym lub czynnymi przetokami;

1.1.4 M99 – stany po zabiegach operacyjnych ortopedycznych z niezdolnością do samoobsługi;

1.1.5 T09 – stany po urazach kręgosłupa z objawami tetraplegii, z odleżynami lub z niezdolnością do samoobsługi.

**1.2 choroby reumatologiczne:**

1.2.1 M05, M06 – reumatoidalne zapalenie stawów w IV stopniu sprawności czynnościowej (unieruchomienie w łóżku);

1.2.2 M05, M06 – zaostrzenie stanu zapalnego w reumatoidalnym zapaleniu stawów z odczynem ogólnym (stany gorączkowe, świeże wysięki, duże obrzęki stawowe);

1.2.3 M05, M06, M14, M45 – ograniczenie funkcji ruchowych w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa i innych artropatii, z całkowitą niepełnosprawnością;

1.2.4 M05, M06, M14 – zaawansowane zmiany narządowe w przebiegu schorzeń reumatoidalnych;

1.2.5 M30 – M36 – układowe choroby tkanki łącznej w fazie ostrej;

1.2.6 M13, M89 – infekcyjne zapalenie kości lub stawów w fazie ostrej;

1.2.7 M96 – stany w przebiegu chorób reumatycznych wymagające pilnej interwencji chirurgicznej lub ortopedycznej.

**1.3 osteoporoza:**

1.3.1 M82 – osteoporozy wtórne w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek, szpiczaka mnogiego, nadczynności tarczycy, nadczynności przytarczyc, nadczynności kory nadnerczy;

1.3.2 M80 – osteoporoza ze świeżym złamaniem;

1.3.3 M80, Z74 – osteoporoza późna z ograniczeniem zdolności podstawowej samoobsługi lub powikłana niewydolnością układu krążenia i oddechowego.

**2. choroby układu nerwowego:**

2.1 I64 – stany po udarach mózgowych z utrwalonymi niedowładami, z afazją sensoryczną lub motoryczną lub zespołem psychoorganicznym oraz z całkowitą niepełnosprawnością;

2.2 G40 – padaczka z częstymi napadami (co najmniej raz w miesiącu);

2.3 G35 – stwardnienie rozsiane w okresie zaostrzenia;

2.4 G55 – całkowite wypadnięcie jądra galaretowatego lub inne stany chorobowe ze wskazaniem do operacji;

2.5 T09 – stany po urazach kręgosłupa z objawami tetraplegii, z odleżynami lub z niezdolnością do samoobsługi;

2.6 G09, T81, T90 – stany pourazowe, stany pozapalne lub stany pooperacyjne mózgu lub rdzenia kręgowego, inne choroby neurologiczne z dysfunkcją ruchową uniemożliwiającą podstawową samoobsługę.

**3. choroby układu krążenia:**

**3.1 choroby kardiologiczne i nadciśnienie:**

3.1.1 I11 – nadciśnienie tętnicze III stopnia nieunormowane farmakologicznie z chwiejnym przebiegiem oraz z co najmniej dwoma czynnikami ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych;
3.1.2 I11 – nadciśnienie tętnicze złośliwe;
3.1.3 I21 – ostry zawał serca, w tym stany po upływie 40 dni od przebycia zawału serca z upośledzoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF) < 35%, bez zabezpieczenia kardiowerterem-defibrylatorem (ICD);
3.1.4 I24 – niestabilna choroba wieńcowa;
3.1.5 I25 – przewlekła choroba niedokrwienna serca wg klasyfikacji CCS – III albo IV okres;
3.1.6 I27 – nadciśnienie płucne dużego stopnia;
3.1.7 I38, I30 – ostre zapalenie wsierdzia lub osierdzia;
3.1.8 I42 – kardiomiopatia przerostowa albo roztrzeniowa w klasie niewydolności serca III albo IV według NYHA;
3.1.9 I44 – zespół chorego węzła zatokowego, blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, blok trójwiązkowy, blok przedsionkowo-komorowy II stopnia typu Mobitz, blok przedsionkowo-komorowy II stopnia 2:1 – w przypadku braku usuwalnej przyczyny bloku i bez zabezpieczenia układem stymulującym serca;
3.1.10 I47 – częstoskurcze utrwalone lub częste napady częstoskurczu w wywiadzie;
3.1.11 I48 – napadowe migotanie albo trzepotanie przedsionków z towarzyszącym zespołem WPW lub obecnością dodatkowej drogi przewodzącej (przy braku skutecznego leczenia ablacją);
3.1.12 I48 – napadowe migotanie albo trzepotanie przedsionków (u chorych bez dodatkowej drogi przewodzenia) z nawrotami arytmii w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
3.1.13 I49 – złośliwe, komorowe zaburzenia rytmu serca w wywiadzie, przy braku usuwalnej ich przyczyny (zaburzenia elektrolitowe, tyreotoksykoza i inne), bez zabezpieczenia kardiowerterem-defibrylatorem (ICD);
3.1.14 I50 – niewydolność serca w klasie niewydolności serca III albo IV według NYHA;
3.1.15 I71 – tętniak rozwarstwiający aorty;
3.1.16 I72 – tętniak serca;
3.1.17 I82 – ostre powikłania zatorowo-zakrzepowe;
3.1.18 Q24 – wady serca w klasie niewydolności serca III albo IV według NYHA lub ze złośliwymi zaburzeniami rytmu serca.

**3.2 choroby naczyń obwodowych:**

3.2.1 I70 – miażdżyca naczyń kończyn dolnych w III albo IV stopniu niedokrwienia według Fontaine'a;
3.2.2 I74 – zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic kończyn dolnych w okresie ostrym oraz w III albo IV stadium według Fontaine'a;
3.2.3 I83 – rozległe owrzodzenia żylakowe podudzia, w 6 stopniu niewydolności żylnej, zgodnie z klasyfikacją CEAP;
3.2.4 I97 – stany po operacjach naczyniowych z powikłaniami pooperacyjnymi;
3.2.5 L97, L88 – zespół stopy cukrzycowej z rozległymi, nadkażonymi owrzodzeniami, zgorzel;
3.2.6 I80 – zapalenie żył lub zakrzepowe zapalenie żył w ostrej fazie choroby.

**4. choroby układu oddechowego**

**4.1 choroby górnych dróg oddechowych**

4.1.1 C09-C14 - nowotwory złośliwe górnych dróg oddechowych w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;
4.1.2 JOO-JO6 - ostre infekcje górnych dróg oddechowych, wymagające intensywnej farmakoterapii;
4.1.3 J39 - choroby górnych dróg oddechowych z upośledzoną drożnością w wyniku znacznego przerostu adenoidalnego lub skrzywienia przegrody nosa, wymagające zabiegu operacyjnego;
4.1.4 H81, H82 - Zespół Meniera lub zespoły pseudomenierowskie w stanie aktywnych objawów

**4.2 choroby dolnych dróg oddechowych**

4.2.1 A15 – gruźlica płuc lub opłucnej w okresie aktywnym;
4.2.2 C34–C39 – nowotwory złośliwe dolnych dróg oddechowych w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;
4.2.3 I96 – pełnoobjawowa niewydolność oddechowa;
4.2.4 J12–J18, J20–J22 – ostre zapalenie oskrzeli, płuc lub opłucnej;
4.2.5 J45 – dychawica oskrzelowa o ciężkim przebiegu, ze stanami astmatycznymi w wywiadzie;
4.2.6 J47, A15 – rozstrzenie oskrzeli na tle gruźliczym;
4.2.7 R04 – krwawienie lub krwotoki z górnych dróg oddechowych oraz stany po krwotokach płucnych.

**5. choroby układu trawienia:**

5.1 C15–C26 – nowotwory złośliwe układu trawienia w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;
5.2 B15–B17 – ostre wirusowe zapalenia wątroby;
5.3 K74 – pełnoobjawowa marskość wątroby;
5.4 K72 – niewydolność wątroby niesklasyfikowana gdzie indziej;
5.5 K22 – zwężenie odźwiernika z owrzodzeniem i krwawieniem;
5.6 K31, K63 – choroby żołądka lub jelit przebiegające z krwawieniem z przewodu pokarmowego;
5.7 K28, K81, K82 – choroby żołądka, jelit, pęcherzyka żółciowego wymagające leczenia operacyjnego;
5.8 K50 – choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu;
5.9 K51 – wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu;
5.10 K85 – ostre zapalenie trzustki;
5.11 K92 – nawracające, niezdiagnozowane zaburzenia żołądkowo-jelitowe (biegunki, zaparcia, bóle brzucha, krwawienia z przewodu pokarmowego).

6. **choroby metaboliczne:**

**6.1 cukrzyca:**

6.1.1 E10, E11 – cukrzyca typu 1 albo typu 2 w okresie kwasicy, stan przedśpiączkowy;
6.1.2 R02 – zespół stopy cukrzycowej ze zgorzelą wymagający interwencji chirurgicznej;
6.1.3 Z89 – stany po amputacji kończyn z niezagojoną raną operacyjną;
6.1.4 E10, E11, N18 – cukrzyca z nefropatią w okresie mocznicy;
6.1.5 I79, I70 – cukrzyca z makroangiopatią kończyn dolnych w okresie III albo IV choroby naczyniowej;
6.1.6 E10, E11, I50 – cukrzyca z niewydolnością krążenia w klasie niewydolności serca III albo IV według NYHA;
6.1.7 E10, E11, Z74 – pełna niezdolność do samoobsługi z powodu powikłań cukrzycy lub chorób towarzyszących.

**6.2 otyłość:**

6.2.1 E66, I73 – otyłość z cukrzycą powikłaną zmianami naczyniowymi;
6.2.2 I98, E66 – otyłość z pełnoobjawową niewydolnością krążenia;

6.2.3 E66, F72, F73 – otyłość u osób ze znacznym ograniczeniem umysłowym.

**7. choroby endokrynologiczne**

7.1 C73 – nowotwory złośliwe tarczycy w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;
7.2 E05 – nadczynność tarczycy w okresie całkowitego niewyrównania;
7.3 E06 – ostry stan zapalny tarczycy;
7.4 E04 – wole z bezwzględnymi wskazaniami do operacji;
7.5 E22 – akromegalia w okresie:
7.6 czynnego procesu chorobowego,
7.7 z guzem zlokalizowanym w siodle tureckim znacznych rozmiarów oraz z objawami ocznymi, które wymagają stałej kontroli neurochirurgicznej;
7.8 E23, I95 – niedoczynność przysadki – niewyrównana z niskim ciśnieniem tętniczym;
7.9 E24 – zespół Cushinga:
7.10 z czynną chorobą,
7.11 po leczeniu operacyjnym nadnerczy lub przysadki, z utrzymującym się nadal czynnym procesem,
7.12 z niewydolnością krążenia, skazą krwotoczną, wysokim ciśnieniem tętniczym krwi opornym na leczenie farmakologiczne;
7.13 E27 – niedoczynność kory nadnerczy w okresie niewyrównania;
7.14 E20 – niedoczynność przytarczyc:
7.15 ciężkie postacie tężyczki,
7.16 postacie tężyczki wymagające częstego dożylnego podawania preparatów wapnia.

**8. choroby skóry**

8.1 C43, C44 – nowotwory złośliwe skóry w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;
8.2 M34, L93 – kolagenozy – twardzina uogólniona i liszaj rumieniowaty z zaawansowanymi zmianami narządowymi;
8.3 L56, L57 – fotodermatozy;
8.4 L40 – łuszczyca uogólniona w okresie zaostrzenia wymagająca leczenia szpitalnego;
8.5 L23 – ostre alergiczne choroby skóry;
8.6 L97 – rozległe owrzodzenia żylakowe podudzi z cechami zakażenia bakteryjnego, grzybiczego;
8.7 L08, L99 – ropne zapalenie skóry oraz choroby grzybicze, pasożytnicze i wirusowe;
8.8 L30 – erytrodermia;
8.9 L98 – dermatozy zawodowe w okresie ostrym.

**9. choroby kobiece**

9.1 C51–C58 – nowotwory złośliwe narządu rodnego w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia z wyłączeniem terapii hormonalnej lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;
9.2 N70–N76 – ostre stany zapalne w obrębie narządów rodnych, ostre zakażenia na tle gruźlicy, rzeżączka, rzęsistkowica, grzybice;
9.3 D25, D26 – mięśniaki macicy dużego stopnia, kwalifikujące się do zabiegu operacyjnego;
9.4 N93 – niewyjaśnione krwawienia z dróg rodnych;
9.5 N82 – przetoki pochwowo-pęcherzowe lub pochwowo-odbytnicze.

**10. choroby nerek i dróg moczowych**

10.1 C64, C65 – nowotwór złośliwy nerki w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;

10.2 C66–C68 – nowotwór złośliwy moczowodu, pęcherza moczowego, nieokreślonych narządów moczowych w fazie ostrej, w okresie wstępnej diagnostyki, leczenia lub w okresie progresji objawów bądź nawrotu choroby;

10.3 N00, N01, N10, N30, N34 – ostre stany zapalne nerek i dróg moczowych;

10.4 I12, I15 – choroby nerek z utrwalonym wysokim nadciśnieniem tętniczym;

10.5 N18 – schyłkowa niewydolność nerek w stadium V – z objawami mocznicy; dotyczy pacjentów, którzy nie rozpoczęli leczenia nerkozastępczego;

10.6 N20–N22 – kamica nerkowa zagrażająca powstaniem wodonercza lub roponercza, wymagająca leczenia operacyjnego;

10.7 N00, N01, N03 – ostre kłębuszkowe zapalenie nerek lub zaostrzenie przewlekłego zapalenia nerek;

10.8 K60 – przetoki pochwowo-pęcherzowe lub pochwowo-odbytnicze;

10.9 N04, N17–N19 – zespół nerczycowy z niewydolnością nerek;

10.10 N02 – krwiomocz nawracający o nieustalonej etiologii.