

## Zarządzenie Nr 85/2008/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 15 października 2008 r.

### w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027) zwanej dalej ustawą, zarządza się, co następuje:

#### Rozdział 1

#### Postanowienia ogólne

##### § 1.

Zarządzenie reguluje postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju.

##### § 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:
  - 1) **dostęp/ zapewnienie realizacji** - zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
  - 2) **fizjoterapeuta:**
    - a) magister fizjoterapii o którym mowa w § 2 ust.1 pkt 10,
    - b) osoba, która rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł **licencjata** na tym kierunku,
    - c) osoba, która do dnia 31 grudnia 2007 r. ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała dyplom **technika fizjoterapii**;
  - 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 4) **gabinet/ zakład rehabilitacji/ fizjoterapii** – pomieszczenie, w którym udzielane są świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych;

- 5) **katalog zakresów świadczeń** – wykaz świadczeń kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 6) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** – lekarz, który posiada odpowiednią specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 7) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
- 8) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej rozpoczęcia. Wymóg ukończenia co najmniej 2 lat szkolenia nie dotyczy lekarza realizującego świadczenia w oddziale stacjonarnym;
- 9) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem w którym/ których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 10) **magister fizjoterapii** – pod tym pojęciem rozumie się osobę, która:
  - a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała na tym kierunku tytuł magistra,
  - b) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała na tym kierunku tytuł magistra,
  - c) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała na tym kierunku tytuł magistra oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej/ gimnastyki leczniczej,
  - d) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzy-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej;
- 11) **masażysta** – osoba, która uzyskała dyplom technika masażysty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej z uprawnieniami szkoły publicznej;

- 12) **miejsce** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
  - 13) **oddział Funduszu** - oddział wojewódzki Funduszu;
  - 14) **osobodzień** – sposób rozliczania świadczeń sprawozdawanych w przeliczeniu na punkt;
  - 15) **porada** – świadczenie udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza danej specjalności lub lekarza specjalistę w danej dziedzinie medycznej;
  - 16) **punkt** – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń opisanych w katalogach zawartych w załączniku nr 1 do zarządzenia;
  - 17) **specjalista w dziedzinie fizjoterapii** – osoba, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419), lub uzyskała tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia;
  - 18) **świadczenia** - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka dziennego i stacjonarnych;
  - 19) **wizyta** - świadczenie udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii;
  - 20) **zabieg fizjoterapeutyczny** – rehabilitacyjne świadczenie medyczne, wykonywane przez fizjoterapeutę w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym pacjenta objętego leczeniem rehabilitacyjnym /fizjoterapeutycznym.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

## Rozdział 2

### Przedmiot postępowania i umowy

#### § 3.

Przedmiotem postępowania jest wyłonienie wykonawców świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach wymienionych w **załączniku nr 1**, spełniających kryteria określone w zarządzeniu.

#### § 4.

1. Przedmiotem umowy, o której mowa w § 1, jest realizacja świadczeń finansowanych przez Fundusz w rodzaju rehabilitacja lecznicza, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę.
2. Zakresy świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza określone są w **załączniku nr 1** do zarządzenia.
3. Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane są w warunkach:
  - 1) ambulatoryjnych, w zakresach:
    - a) lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna,
    - b) fizjoterapia ambulatoryjna;
  - 2) domowych, w zakresach:
    - a) porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych,
    - b) fizjoterapia domowa;
  - 3) ośrodka dziennego, w zakresach:
    - a) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym,
    - b) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym,
    - c) rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym,
    - d) rehabilitacja wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym,
    - e) rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/ oddziale dziennym,
    - f) rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/ oddziale dziennym;
  - 4) stacjonarnych, w zakresach:
    - a) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych,
    - b) rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych,
    - c) rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych,
    - d) rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych.
4. Wzór umowy o udzielanie świadczeń stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.
5. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

## **§ 5.**

1. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (DZ. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3, z późn. zm.<sup>1</sup>) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:
  - 1) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
  - 2) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
  - 3) 85111400-4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne;
  - 4) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
  - 5) 85142100-7 Usługi fizjoterapii;
  - 6) 85312100-0 Usługi opieki dziennej;
  - 7) 85312110-3 Usługi opieki dziennej nad dziećmi;
  - 8) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
  - 9) 85312120-6 Usługi opieki dziennej nad dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną;
  - 10) 85144000-0 Usługi zakładów opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie.

## **Rozdział 3**

### **Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców**

## **§ 6.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
2. Umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 2 zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

---

<sup>1</sup> Wymienione rozporządzenie zostało zmienione rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 329 z 17.12.2003 r., str. 1 – 270).

3. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia i realizacji umowy, o której mowa w § 4 ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
4. Jeżeli na podstawie umowy, o której mowa w ust. 2, świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach, każde z nich musi spełniać wymagania określone w ust. 3.
5. W przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń zgodnie z planem zakupu zatwierdzonym przez dyrektora oddziału Funduszu w danym zakresie, dyrektor oddziału Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń podmioty niespełniające wymagań określonych w ust. 3 (nie dotyczy to wymagań formalno-prawnych), wskazując jednocześnie termin dostosowania do tych wymagań i obniżając cenę jednostkową świadczenia. Dopuszczenie może dotyczyć pojedynczych oferentów i nie może mieć charakteru odstępstwa generalnego od wymagań określonych w ust. 2-4 i dotyczyć całego postępowania.
6. Umowy o udzielanie świadczeń w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia domowa zawierane są ze świadczeniodawcą alternatywnie.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do złożenia oferty w formie pisemnej i elektronicznej.
  - 1) ofertę w formie elektronicznej stanowi wypełniony formularz ofertowy REH sporządzony w formacie określonym przez Fundusz;
  - 2) ofertę w formie pisemnej stanowi wydruk formularza ofertowego REH wraz z dokumentami potwierdzającymi uprawnienia do realizacji świadczeń określonymi w przepisach odrębnych, a w przypadku zakresów świadczeń:
    - a) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym – dodatkowo informacje wskazane w § 13 ust. 7 w przypadku zadeklarowania chęci realizacji świadczeń dla określonej grupy pacjentów,
    - b) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym - dodatkowo informacje wskazane w § 14 ust. 9,
    - c) rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym - dodatkowo informacje wskazane w § 15 ust. 11,
    - d) rehabilitacja wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym - dodatkowo informacje wskazane w § 16 ust. 11.

## **Zasady udzielania świadczeń**

### **§ 7.**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

### **§ 8.**

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”
2. Koszty wykonanych badań, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń, ponosi świadczeniodawca.
3. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
6. Świadczenia na wykonanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, wskazane w załączniku nr 2 do umowy - „Harmonogram – zasoby”.
7. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń, zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy - „Harmonogram –zasoby”.

8. Świadczeniodawca udziela świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
9. Świadczeniodawca realizuje świadczenia z grupy chorób określonych w wykazie jednostek chorobowych wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-10, który stanowi **załącznik nr 4** do zarządzenia.
10. Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia.
11. Świadczeniodawca realizujący świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest zobowiązany do realizacji tych świadczeń również w warunkach domowych.
12. W przypadku realizacji zakresu świadczeń: fizjoterapia ambulatoryjna, świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego.

## **Rozdział 5**

### **Tryb kierowania i zasady udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych i domowych**

#### **§ 9.**

1. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych i domowych realizuje się poprzez:
  - 1) poradę lekarską rehabilitacyjną;
  - 2) poradę lekarską rehabilitacyjną w warunkach domowych;
  - 3) wizytę fizjoterapeutyczną;
  - 4) wizytę fizjoterapeutyczną w warunkach domowych;
  - 5) zabiegi fizjoterapeutyczne;
  - 6) zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych.
2. Podstawą realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych i domowych jest skierowanie na cykl zabiegów, które powinno zawierać następujące elementy:
  - 1) pieczęć nagłówkową z nr umowy z Funduszem;
  - 2) imię nazwisko, PESEL i adres zameldowania/ zamieszkania pacjenta;
  - 3) rozpoznanie w języku polskim;
  - 4) kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10;
  - 5) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację;
  - 6) choroby przebyte i współistniejące, oraz inne czynniki (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji;



- 7) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz ilości zabiegów;
  - 8) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz data wystawienia skierowania.
3. W przypadku konieczności dokonania zmiany zleconych zabiegów, niezbędne jest uzasadnienie merytoryczne oraz podpis specjalisty fizjoterapii, mgr. fizjoterapii lub lekarza w karcie zabiegowej pacjenta.
  4. W karcie zabiegów fizjoterapeutycznych pacjent potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia podpisem lub przy pomocy karty ubezpieczenia zdrowotnego.
  5. Pacjent powinien zarejestrować skierowanie w wybranym gabinecie/ zakładzie rehabilitacji nie później niż 30 dni od daty wystawienia.
  6. Skierowanie na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem ust. 7.
  7. W przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną jest/ są wady postawy, skierowanie bezpośrednio na zabiegi wystawia lekarz rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii.
  8. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę na zajęcia korekcyjno – kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.

### **Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych**

#### **§ 10.**

1. Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych to specjalistyczne świadczenia lub zestaw świadczeń udzielanych przez lekarza rehabilitacji medycznej lub lekarza balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, oraz osoby uprawnione takie jak:
  - 1) fizjoterapeuta;
  - 2) masażysta – tylko w przypadku zabiegów masażu.
2. Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych muszą odbywać się pod stałym nadzorem, co najmniej mgr. fizjoterapii.
3. **Porada lekarska rehabilitacyjna** dla dorosłych i dzieci obejmuje:
  - 1) ogólną ocenę stanu zdrowia pacjenta - badanie lekarskie;
  - 2) skierowania na konsultację i badania dodatkowe;

- 3) określenie zakresu ruchu w stawach;
  - 4) test czynnościowy;
  - 5) ocenę aktywności ruchowej pacjenta;
  - 6) ocenę czucia powierzchownego i głębokiego;
  - 7) ocenę odruchów ścięgnisto – okostnowych;
  - 8) pomiar długości kończyn i obwodów;
  - 9) ocenę chodu i lokomocji;
  - 10) ocenę samoobsługi i samodzielności;
  - 11) ocenę deformacji i zniekształceń;
  - 12) punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe;
  - 13) wypisanie zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, oraz innych zleceń i wniosków;
  - 14) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego);
  - 15) wystawienie skierowania na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe;
  - 16) końcową ocenę procesu usprawniania.
4. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana noworodkom i niemowlętom, obejmuje świadczenia wymienione w ust. 3 oraz:
- 1) ocenę rozwoju psychoruchowego;
  - 2) ocenę rozwoju neurofizjologicznego;
  - 3) pomiary antropometryczne;
  - 4) ocenę deformacji, cech dyzmoρφii i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych;
  - 5) ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem.
5. Ustalenie terminu porady, badania lub hospitalizacji oraz udzielenie odpowiedzi pisemnej lekarzowi kierującemu nie jest traktowane jako odrębna porada i nie podlega rozliczeniu.
6. **Wizyta fizjoterapeutyczna** obejmuje:
- 1) planowanie postępowania fizjoterapeutycznego, stanowi integralną część fizjoterapii; powinno realizować cel skierowania do rehabilitacji i być zgodne z tym skierowaniem;
  - 2) ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji/ fizjoterapii;
  - 3) badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu rehabilitacji;

- 4) końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta, po zakończeniu rehabilitacji/ fizjoterapii;
  - 5) udzielenie pacjentowi wskazówek, co do dalszego postępowania rehabilitacyjnego.
7. **Wizyta fizjoterapeutyczna** może być rozliczona tylko przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii i tylko wtedy, gdy skierowanie do fizjoterapii wystawił lekarz ubezpieczenia zdrowotnego inny niż lekarz poradni rehabilitacyjnej, a jednocześnie skierowanie nie spełnia wymagań określonych w § 9 ust. 2 lub nie zapewnia pożądanego celu rehabilitacji (konieczne uzasadnienie i podpis osoby dokonującej zmian w karcie zabiegowej pacjenta).
  8. **Zabieg fizjoterapeutyczny** to świadczenie wymienione w katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych stanowiącym **załącznik nr 6** do zarządzenia, udzielane przez osobę uprawnioną, pacjentom wszystkich grup wiekowych, u których wystąpiły dysfunkcje w przebiegu różnych chorób, urazów i uszkodzeń organizmu.
  9. W warunkach ambulatoryjnych, w cyklu terapeutycznym Fundusz finansuje do 10 dni zabiegowych, nie więcej niż 4 zabiegi dziennie. W przypadku schorzenia przewlekłego długość cyklu może ulec zwiększeniu do 15 dni zabiegowych pod warunkiem dokonania adnotacji lekarza kierującego na skierowaniu o rodzaju schorzenia.
  10. Fundusz finansuje do 20 zabiegów w kriokomorze dla jednego pacjenta w ciągu roku kalendarzowego.
  11. Zasady udzielania świadczenia: krioterapia ogólnoustrojowa określa **załącznik nr 7** do zarządzenia.

### **Świadczenia udzielane w warunkach domowych**

#### **§ 11**

1. **Fizjoterapia domowa** - świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania/ przebywania pacjenta przez osoby wymienione w § 10 ust 1 na podstawie skierowania określonego w § 9 ust 2.
2. Świadczenia fizjoterapeutyczne w warunkach domowych udzielane są pacjentom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego przemieszczania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, a wymagają rehabilitacji/ fizjoterapii.

3. **Porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych** dla dorosłych/ dzieci obejmuje czynności wymienione w § 10 ust. 3 realizowane w domu pacjenta.
4. **Wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych** to świadczenie określone w § 10 ust. 6 i 7, realizowane w domu pacjenta.
5. **Zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych** realizowany jest na zasadach określonych w § 10 ust. 8 dla pacjentów z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanych:
  - 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) do 12 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego;
  - 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego (5 stopień w skali Rankina - nie dotyczy dzieci do 18 roku życia);
  - 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia;
  - 4) chorobami przewlekle postępującymi, a w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów;
  - 5) chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu (do 6 miesięcy po operacji);
  - 6) urazami kończyn dolnych (do 6 miesięcy po urazie) oraz
  - 7) osobom w stanie wegetatywnym/ apalicznym.
6. Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi:
  - 1) do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
  - 2) częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, ilość zabiegów (do 4 zabiegów dziennie) oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący dostosowując te parametry indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta. Rehabilitacja powinna trwać nie krócej niż jedną godzinę dziennie.
7. Przedłużenie rehabilitacji w warunkach domowych powyżej 80 dni w roku kalendarzowym możliwe jest po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody dyrektora oddziału Funduszu, po przedstawieniu uzasadnienia takiej konieczności przez lekarza kierującego.
8. Pacjent (lub opiekun) potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.

9. W ramach rehabilitacji w warunkach domowych prowadzona jest również edukacja zdrowotna pacjenta i jego opiekunów obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń.
10. Po zakończeniu procesu usprawniania, lekarz kierujący informuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście aktywnej znajduje się pacjent, o wynikach leczenia. Kopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji pacjenta.
12. Skierowanie do rehabilitacji w warunkach domowych wystawia lekarz POZ oraz inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, specjalista w dziedzinie:
  - 1) rehabilitacji medycznej;
  - 2) balneologii i medycyny fizykalnej;
  - 3) reumatologii;
  - 4) neurologii;
  - 5) neurochirurgii
  - 6) chirurgii ogólnej
  - 7) ortopedii i traumatologii.

## **Rozdział 6**

### **Świadczenia udzielane w warunkach ośrodka/ oddziału dziennego**

#### **§ 12.**

1. Świadczenia udzielane w warunkach ośrodka/ oddziału dziennej rehabilitacji kierowane są do pacjentów, których stan kliniczny nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego. Rehabilitacja prowadzona jest z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta.
2. W przypadku potrzeby przedłużenia rehabilitacji w warunkach ośrodka/ oddziału dziennego, fakt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta. Po zakończeniu cyklu rehabilitacji, lekarz prowadzący ocenia skuteczność prowadzonego usprawniania.
3. Na przedłużenie rehabilitacji w warunkach ośrodka/ oddziału dziennego konieczna jest zgoda dyrektora oddziału Funduszu na uzasadniony medycznie wniosek lekarza kierującego.
4. Lekarz ośrodka/ oddziału rehabilitacji dziennej, po ocenie stanu zdrowia pacjenta dokonuje kwalifikacji do leczenia rehabilitacyjnego na podstawie skierowania i aktualnej dokumentacji medycznej.

5. Pacjent korzystający z ośrodka dziennego rehabilitacji ogólnoustrojowej potwierdza realizację każdego osobodnia własnoręcznym podpisem (nie dotyczy dzieci do 18 roku życia).

### **§ 13.**

1. **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym** to świadczenia polegające na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych), neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych, pulmonologicznych. W ramach świadczeń wykonywane są: kompleksowa rehabilitacja/ fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące.
2. W ramach osobodnia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym udzielane są:
  - 1) porady lekarskie;
  - 2) świadczenia z neuropsychologii, logopedii, psychoterapii;
  - 3) zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta;
  - 4) indywidualne zajęcia z pacjentem, w zależności od jego stanu zdrowia;
  - 5) zajęcia grupowe (nie więcej niż dziesięciu pacjentów na jednego fizjoterapeutę).
3. Do rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym kierują lekarze oddziału:
  - 1) urazowo - ortopedycznego;
  - 2) chirurgicznego;
  - 3) neurochirurgicznego;
  - 4) reumatologicznego;
  - 5) chorób wewnętrznych;
  - 6) onkologicznego;
  - 7) urologicznego;
  - 8) rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej;
  - 9) ginekologicznego oraz
  - 10) lekarze poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej oraz lekarz POZ - w przypadku zaostrzeń schorzeń przewlekłych.

4. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym wynosi od 3 do 6 tygodni, przez 5 dni w tygodniu (nie dotyczy dzieci do 18 roku życia - w tym przypadku lekarz prowadzący decyduje o częstotliwości rehabilitacji), średnio 5 zabiegów dziennie u każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym.
5. Pacjent przebywa w ośrodku/ oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej nie krócej niż 4 godziny dziennie.
6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do realizacji świadczeń, dostosowanych do profilu schorzeń pacjentów.
7. Rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów (np. po mastektomii, ze stwardnieniem rozsianym, z dysfunkcją ręki itp) wymaga przedstawienia wraz z ofertą następujących informacji:
  - 1) wskazania medyczne wg ICD – 10 kwalifikujące do rehabilitacji;
  - 2) zakres, rodzaj i częstotliwość planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych;
  - 3) czas trwania rehabilitacji;
  - 4) kryteria oceny zakończenia rehabilitacji;
  - 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji;
  - 6) szczegółowy rachunek kosztów osobodnia.

#### **§ 14.**

1. **Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym** realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (głównie z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego), oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym.
2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym są punkty wskazane w załączniku nr 1 do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku/ oddziale dziennym:
  - 1) w rehabilitacji dzieci w wieku od 0 do 7 lat z zaburzeniami wieku rozwojowego;
  - 2) w rehabilitacji dzieci w wieku od 8 do 18 z zaburzeniami wieku rozwojowego (po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, oraz za zgodą dyrektora oddziału Funduszu – do 25 roku życia).

3. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego dziecka w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń,
4. Do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym kierują lekarze następujących poradni specjalistycznych:
  - 1) neonatologicznej;
  - 2) rehabilitacyjnej;
  - 3) ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
  - 4) neurologicznej;
  - 5) reumatologicznej;
  - 7) chirurgii dziecięcej .
5. Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku / oddziale dziennym wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia. Po zakończeniu rehabilitacji, lekarz prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym realizuje się:
  - 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla dzieci w wieku 0 – 3, w trakcie których wykonuje się średnio dwa świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8;
  - 2) w czasie nie krótszym niż 2 godziny dla dzieci w wieku 4 – 7, w trakcie których wykonuje się średnio dwa świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8;
  - 3) w czasie nie krótszym niż 3 godzin dla dzieci w wieku 8 – 18, w trakcie których wykonuje się średnio trzy świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8.
7. Do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym kierowane są osoby:
  - 1) z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego;
  - 2) z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie);
  - 3) z chorobami metabolicznymi układu nerwowego;
  - 4) z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego;



- 5) z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej);
  - 6) z zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa);
  - 7) z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo - mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN);
  - 8) z zaburzeniami integracji sensorycznej;
  - 9) z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
  - 10) z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów.
8. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/ oddziale dziennym obejmuje w szczególności:
- 1) poradę lekarską;
  - 2) świadczenia z zakresu psychologii, psychoterapii i neuropsychologii;
  - 3) świadczenia z zakresu logopedii;
  - 4) zabiegi z zakresu fizykoterapii;
  - 5) indywidualne zajęcia z pacjentem, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta (m. in. kinezyterapia, masaż, nauka czynności życia codziennego itp.);
  - 6) zajęcia grupowe (nie więcej niż czterech pacjentów na jednego terapeutę).
9. Świadczeniodawca ma obowiązek przedstawić wraz z ofertą informacje dotyczące:
- 1) szczegółowego opisu metod rehabilitacji stosowanych w ośrodku/ oddziale oraz zakresu, rodzaju i częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych;
  - 2) czasu trwania rehabilitacji;
  - 3) zasad kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji w ośrodku/ oddziale; z uwzględnieniem wskazań medycznych oraz zasad prowadzenia listy oczekujących;
  - 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji w ośrodku/ oddziale;
  - 5) metod oceny skuteczności rehabilitacji w ośrodku/ oddziale;
  - 6) szczegółowej kalkulacji kosztów osobodnia.

## § 15.

1. **Rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym** – obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno – terapeutyczną nad pacjentami z uszkodzonym słuchem.
2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie: rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym są punkty wskazane w załączniku nr 1 do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku/ oddziale dziennym:
  - 1) w rehabilitacji pacjentów w wieku 0 – 7 z uszkodzeniem słuchu;
  - 2) w rehabilitacji pacjentów w wieku 8 - 19 z uszkodzeniem słuchu;
  - 3) w rehabilitacji pacjentów w wieku powyżej 19 lat z uszkodzeniem słuchu.
3. Rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego pacjenta w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń i realizacji zadań.
4. Do rehabilitacji słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym kierują lekarze poradni specjalistycznych:
  - 1) otolaryngologicznej;
  - 2) otolaryngologii dziecięcej;
  - 3) audiologii i foniatryi.
5. Czas trwania rehabilitacji mowy i słuchu w ośrodku/ oddziale dziennym wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia. Po zakończeniu rehabilitacji, lekarz lub terapeuta prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Rehabilitację słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym realizuje się:
  - 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla pacjentów w wieku 0 – 7, w trakcie których wykonuje się średnio 2 świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8;
  - 2) w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla pacjentów w wieku 8-19, w trakcie których wykonuje się średnio 3 świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8;
  - 3) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla pacjentów w wieku powyżej 19 lat, w trakcie których wykonuje się średnio 2 świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8.
7. Do rehabilitacji słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym kierowani są pacjenci z jednostką chorobową zawartą w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

8. Rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku/ oddziale dziennym obejmuje w szczególności:
  - 1) wielospecjalistyczną poradę terapeutyczną (konsylium);
  - 2) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii surdologopedycznej i logopedycznej;
  - 3) świadczenia z zakresu treningu słuchowego;
  - 4) świadczenia z zakresu usprawniania psychoruchowego pacjenta;
  - 5) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii psychologicznej.
9. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie (nie więcej niż 4 pacjentów na 1 terapeutę).
10. W przypadku rehabilitacji dzieci świadczeniodawca ściśle współpracuje z rodzicami lub opiekunami dziecka. Współpraca polega na uczestnictwie (w miarę możliwości) w pracy terapeuty z dzieckiem, poradnictwie i instruktazu, co do postępowania rehabilitacyjnego w życiu codziennym pacjenta.
11. Świadczeniodawca ma obowiązek przedstawić wraz z ofertą poniższe informacje dotyczące:
  - 1) szczegółowego opisu metod rehabilitacji stosowanych w ośrodku/ oddziale oraz zakres, rodzaj i częstotliwość planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych;
  - 2) czasu trwania rehabilitacji;
  - 3) zasad kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji w ośrodku/ oddziale; z uwzględnieniem wskazań medycznych oraz zasad prowadzenia listy oczekujących;
  - 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji w ośrodku/oddziale;
  - 5) metod oceny skuteczności rehabilitacji w ośrodku/oddziale;
  - 6) szczegółowej kalkulacji kosztów osobodnia oraz
  - 7) akceptację konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie audiologii i foniatrii.

## § 16.

1. **Rehabilitacja wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym** - obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno – terapeutyczną nad pacjentami z uszkodzonym wzrokiem.
2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie: rehabilitacja wzroku w ośrodku/oddziale dziennym są punkty wskazane w załączniku nr 1 do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku/oddziale dziennym:

- 1) w rehabilitacji pacjentów w wieku 0 – 7 z upośledzeniem widzenia;
  - 2) w rehabilitacji pacjentów w wieku 8 - 19 z upośledzeniem widzenia;
  - 3) w rehabilitacji pacjentów w wieku powyżej 19 lat z upośledzeniem widzenia.
3. Rehabilitacja wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego pacjenta w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń i realizacji zadań.
  4. Do rehabilitacji wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym kierują lekarze poradni :
    - 1) okulistycznej;
    - 2) neurologicznej.
  5. Czas trwania rehabilitacji wzroku w ośrodku /oddziale dziennym wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia. W przypadku potrzeby przedłużenia rehabilitacji fakt ten musi być udokumentowany medycznie. Zgodę na przedłużenie rehabilitacji wydaje dyrektor oddziału Funduszu. Po zakończeniu rehabilitacji, lekarz lub terapeuta prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej pacjenta.
  6. Rehabilitację wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym realizuje się:
    - 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla pacjentów w wieku 0 – 7, w trakcie których wykonuje się średnio 2 świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8;
    - 2) w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla pacjentów w wieku 8 -19, w trakcie których wykonuje się średnio 3 świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8;
    - 3) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla pacjentów w wieku powyżej 19 lat, w trakcie których wykonuje się średnio 2 świadczenia dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 8.
  7. Do rehabilitacji wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym kierowani są pacjenci z jednostkami chorobowymi zawartymi w **załączniku nr 4** do zarządzenia.
  8. Rehabilitacja wzroku w ośrodku/ oddziale dziennym obejmuje w szczególności:
    - 1) poradę wielospecjalistyczną (konsylium);
    - 2) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii widzenia lub ortoptyki;
    - 3) świadczenia z zakresu usprawniania ruchowego i psychoruchowego;
    - 4) świadczenia z zakresu tyflopedagogiki;
    - 5) świadczenia z zakresu psychologii/psychoterapii;

- 6) świadczenia z zakresu terapii zajęciowej.
9. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie (nie więcej niż 4 pacjentów na 1 terapeutę).
10. W przypadku rehabilitacji dzieci świadczeniodawca ściśle współpracuje z rodzicami lub opiekunami dziecka. Współpraca polega na uczestnictwie (w miarę możliwości) w pracy terapeuty z dzieckiem, poradnictwie i instruktażu, co do postępowania rehabilitacyjnego w życiu codziennym pacjenta.
11. Świadczeniodawca ma obowiązek przedstawić wraz z ofertą poniższe informacje dotyczące:
  - 1) szczegółowego opisu metod rehabilitacji stosowanych w ośrodku/ oddziale oraz zakres, rodzaj i częstotliwość planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych;
  - 2) czasu trwania rehabilitacji;
  - 3) zasad kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji w ośrodku/ oddziale; z uwzględnieniem wskazań medycznych oraz zasad prowadzenia listy oczekujących;
  - 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji w ośrodku/ oddziale;
  - 5) metod oceny skuteczności rehabilitacji w ośrodku/ oddziale;
  - 6) szczegółowej kalkulacji kosztów osobodnia oraz
  - 7) akceptację konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki.

## § 17.

1. **Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym** są to świadczenia udzielane pacjentom po:
  - 1) ostrych zespołach wieńcowych;
  - 2) plastyce naczyń wieńcowych;
  - 3) zabiegach kardiochirurgicznych;
  - 4) zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej;
  - 5) zaostrzeniach niewydolności serca;
  - 6) innych schorzeniach układu krążenia ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej warunkach oddziału dziennego  
- których stan kliniczny nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.
2. Do rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym kieruje lekarz:
  - 1) oddziału kardiologii;
  - 2) oddziału kardiochirurgii;

- 3) oddziału chorób wewnętrznych;
  - 4) poradni kardiologicznej.
3. Rehabilitacja prowadzona jest w oparciu o indywidualnie dobrany schemat treningowy przygotowany przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza rehabilitacji medycznej balneologii i medycyny fizykalnej we współpracy z magistrem fizjoterapii. Schemat ustala się na podstawie przeprowadzonego testu wysiłkowego na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, wyników innych nieinwazyjnych badań kardiologicznych (EKG metodą Holtera, monitorowanie ciśnienia tętniczego metodą Holtera) oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta.
  4. Rehabilitacja obejmuje, stosowanie ćwiczeń fizycznych o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości uwzględniającej globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych oraz wynik badania wysiłkowego. Schemat rehabilitacji obejmuje również fizykoterapię, zajęcia edukacyjne, interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.
  5. Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego. Fundusz finansuje nie więcej niż 24 osobodni w ciągu kwartału.

## § 18.

1. **Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/ oddziale dziennym** to ogół działań rehabilitacyjnych mający na celu poprawę sprawności funkcjonowania układu oddechowego poprzez:
  - 1) poprawę wentylacji płuc;
  - 2) zapobieganie następstwom chorób układu oddechowego;
  - 3) poprawę mechaniki oddychania w przebiegu przewlekłych chorób układu oddechowego;
  - 4) poprawę sprawności ogólnej funkcjonowania ustroju;
  - 5) wykorzystanie rezerw oddechowych w razie nieodwracalnych zmian w obrębie układu oddechowego;
  - 6) nabycie niezbędnej wiedzy dotyczącej istoty choroby.
2. Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/ oddziale dziennym prowadzona w warunkach ośrodka dziennego w naturalnych podziemnych komorach solnych ma na celu m. in. wykorzystanie ich specyficznego mikroklimatu.
3. Do rehabilitacji kierują lekarze poradni:

- 1) rehabilitacji medycznej;
  - 2) gruźlicy i chorób płuc;
  - 3) alergologii.
4. Czas trwania rehabilitacji ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego (przynajmniej 6 godziny pobytu pacjenta w ośrodku/ oddziale w ciągu doby, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym) i nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 24 dni.

## **Rozdział 7**

### **Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych**

#### **§ 19.**

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz co najmniej całodobowego nadzoru pielęgniarskiego.
2. Celem rehabilitacji w warunkach stacjonarnych jest:
  - 1) w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej i rehabilitacji neurologicznej:
    - a) wyleczenie, bądź zmniejszenie dysfunkcji układu nerwowego spowodowanych ostrym incydem mózgowym, urazem OUN lub będących skutkiem wykonywanego zabiegu operacyjnego na OUN,
    - b) przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym,
    - c) ograniczenie powstających deficytów i/ lub niepełnosprawności na skutek przebytego incydemu mózgowego lub urazu;
  - 2) w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej:
    - a) wyleczenie, bądź zahamowanie rozwoju choroby,
    - b) niedopuszczenie do rozwoju niewydolności oddechowej,
    - c) przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym;
  - 3) w przypadku rehabilitacji kardiologicznej:
    - a) skrócenie czasu leczenia po ostrych stanach kardiologicznych i na każdym etapie leczenia,

- b) przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym,
  - c) zahamowanie postępu choroby,
  - d) zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia.
3. W przypadku potrzeby dalszego przedłużenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, fakt ten musi być udokumentowany poprawą stanu zdrowia, odnotowaną w dokumentacji medycznej pacjenta.
  4. Na przedłużenie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych konieczna jest zgoda dyrektora oddziału Funduszu.
  5. Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych może udzielać świadczeń w innych zakresach rehabilitacji stacjonarnej, jeżeli spełnia wymagania dotyczące tych zakresów określone **w załączniku nr 3** do zarządzenia.

## **§ 20**

### **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych**

1. Świadczenia przeznaczone dla pacjentów, którzy wymagają wszechstronnego postępowania usprawniającego po:
  - 1) urazach;
  - 2) zabiegach operacyjnych;
  - 3) zaostrzeniach chorób przewlekłych- którzy jednocześnie wymagają innych działań terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.
2. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych wystawiane jest przez:
  - 1) lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych; ginekologicznych, urologicznych;
  - 2) w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych - przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo - ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej.
3. Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna (lub kopia) potwierdzająca rozpoznanie.



4. Lekarz oddziału rehabilitacyjnego po ocenie stanu zdrowia pacjenta dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania i dokumentacji medycznej, określonych w ust. 2 i 3.
5. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wynosi od 3 do 6 tygodni, przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym.

## **§ 21.**

### **Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych**

1. Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi wszystkich grup wiekowych, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.
2. Kwalifikację pacjentów do rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeprowadza się na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, dysfunkcji układu nerwowego i oceny stopnia inwalidztwa na podstawie zmodyfikowanej skali Rankina stanowiącej **załącznik nr 5** do zarządzenia (ocena wg skali Rankina nie dotyczy kwalifikacji dzieci do 18 roku życia).
3. Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w warunkach oddziału szpitalnego z dostępem do stanowiska intensywnego nadzoru medycznego.
4. Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach:
  - a) rehabilitacji neurologicznej wczesnej,
  - b) rehabilitacji neurologicznej wtórnej
  - c) rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń OUN,pod warunkiem spełnienia warunków zawartych w załączniku nr 3 dla w/ w produktów
5. Lekarz oddziału rehabilitacji neurologicznej, przy przyjęciu kwalifikuje pacjenta na podstawie skierowania i badania lekarskiego do jednego z typów rehabilitacji neurologicznej o którym mowa w ust. 4.

## **§ 22.**

1. **Rehabilitacja neurologiczna wczesna** w warunkach stacjonarnych to udzielanie świadczeń w oddziale rehabilitacji neurologicznej do 3 miesięcy od wystąpienia ostrego incydentu mózgowego lub urazu ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub wykonanego zabiegu na OUN.

2. Skierowanie na rehabilitację neurologiczną wczesną wystawiane jest przez:
  - 1) lekarza oddziału neurologicznego lub neurochirurgicznego, urazowo-ortopedycznego, wewnętrznego;
  - 2) w przypadkach medycznie uzasadnionych (z wyłączeniem ciężkich uszkodzeń OUN) - lekarza poradni neurologicznej lub poradni rehabilitacyjnej.
3. Przyjęcie do oddziału realizującego rehabilitację neurologiczną wczesną następuje w drodze uzgodnień między lekarzem wymienionym w ust. 2, a lekarzem tego oddziału (nie dotyczy dzieci do 18 roku życia).
4. Lekarz oddziału rehabilitacji neurologicznej po ocenie stanu zdrowia pacjenta dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 2.
5. Od chwili zakwalifikowania pacjenta do rehabilitacji w oddziale rehabilitacji neurologicznej do chwili przyjęcia pacjenta do oddziału nie powinno upłynąć więcej niż 21 dni.
6. Czas trwania rehabilitacji neurologicznej wczesnej w warunkach stacjonarnych wynosi od 3 do 9 tygodni, przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym.
7. Przedłużenie rehabilitacji neurologicznej wczesnej może być kontynuowane jako rehabilitacja neurologiczna wtórna.
8. Kontynuacja rehabilitacji, o której mowa w ust. 7, o ile wymaga przeniesienia pacjenta między oddziałami, następuje w drodze uzgodnień pomiędzy lekarzem oddziału prowadzącego rehabilitację neurologiczną wczesną, a lekarzem oddziału prowadzącego rehabilitację neurologiczną wtórna.

### § 23.

1. **Rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń UON** (w tym paraplegii i tetraplegii) w warunkach stacjonarnych to świadczenia udzielane w oddziale rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów z 5 stopniem wg zmodyfikowanej skali Rankina, stanowiącej **załącznik nr 5** do zarządzenia (nie dotyczy dzieci do 18 roku życia).
2. Skierowanie na rehabilitację neurologiczną ciężkich uszkodzeń OUN wystawiane jest przez lekarza, o którym mowa w § 22 ust. 2 pkt 1 (w przypadku dzieci do 18 roku życia również przez lekarza specjalistę: neurologii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji medycznej).

3. Przyjęcie do oddziału rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów z ciężkim uszkodzeniem OUN nie wymaga uzgodnień między lekarzem, o którym mowa w § 22 ust. 2 pkt 1 a lekarzem tego oddziału w przypadku dzieci do 18 roku życia.
4. Po zakwalifikowaniu do rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń OUN pacjent powinien zostać przyjęty do oddziału rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału kierującego (nie dotyczy dzieci do 18 roku życia).
5. Czas trwania rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń OUN w warunkach stacjonarnych wynosi od 6 do 16 tygodni (w przypadku dzieci do 18 roku życia do 24 tygodni), przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym
6. Przedłużenie rehabilitacji może być kontynuowane jako rehabilitacja neurologiczna wtórna.
7. Kontynuacja rehabilitacji, o której mowa w ust. 6, o ile wymaga przeniesienia pacjenta między oddziałami, następuje w drodze uzgodnień pomiędzy lekarzem oddziału prowadzącego rehabilitację neurologiczną ciężkich uszkodzeń OUN, a lekarzem oddziału prowadzącego rehabilitację neurologiczną wtórna.

#### **§ 24.**

1. **Rehabilitacja neurologiczna wtórna** to udzielanie świadczeń w oddziale rehabilitacji neurologicznej pacjentom, którzy nie kwalifikują się do rehabilitacji neurologicznej wczesnej oraz ciężkich uszkodzeń OUN, a stan ich zdrowia wymaga/ kwalifikuje do rehabilitacji neurologicznej.
2. Skierowanie na rehabilitację neurologiczną wtórna wystawiane jest przez lekarza, o którym mowa w § 22.
3. Lekarz oddziału rehabilitacji neurologicznej po ocenie stanu zdrowia pacjenta dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 2.
4. Czas trwania rehabilitacji neurologicznej wtórnej w warunkach stacjonarnych wynosi od 3 do 6 tygodni, przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym - w uzasadnionych przypadkach z uwagi na szybką poprawę stanu zdrowia pacjenta okres ten może być skrócony.

## § 25.

### Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych

1. Świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych udzielane są pacjentom wymagającym stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej w procesie leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc.
2. Do oddziału rehabilitacji pulmonologicznej skierowanie wystawia lekarz oddziału:
  - 1) pulmonologicznego;
  - 2) torakochirurgicznego;
  - 3) kardiologicznego;
  - 4) laryngologicznego;
  - 5) chorób wewnętrznych;
  - 6) alergologicznego;
  - 7) pediatrycznego - w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego;
  - 8) lekarz poradni chorób płuc lekarz poradni rehabilitacyjnej lub lekarz poradni alergologicznej.
3. Lekarz oddziału rehabilitacji pulmonologicznej po ocenie stanu zdrowia pacjenta dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania, wystawianego przez lekarza, o którym mowa w ust. 2.
4. Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych wynosi - do 3 tygodni, przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym.
5. Do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych kierowani są pacjenci cierpiący na:
  - 1) przewlekłe nieżyty oskrzeli, zanikowe, śluzowe, śluzowo-ropne, po przebytych zaostrzeniach z zaburzeniami wentylacji;
  - 2) rozedmę i pylicę płuc z towarzyszącym nieżytem oskrzeli;
  - 3) POChP,
  - 4) przewlekłe śródmiąższowe choroby płuc z zaburzeniami wentylacji;
  - 5) astmę oskrzelową, po zaostrzeniach;
  - 6) rozstrzenie oskrzeli;
  - 7) mukowiscydozę;
  - 8) stany po przebytych odoskrzelowym zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);

- 9) stany po przebytych wysiękowych zapaleniu opłucnej (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
  - 10) stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.
6. Do rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w warunkach stacjonarnych kierowani są pacjenci cierpiący na:
- 1) nawracające zapalenia oskrzeli;
  - 2) stany po zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
  - 3) stany po przebytych RDS;
  - 4) astmę oskrzelową;
  - 5) mukowiscydozę;
  - 6) wrodzone wady układu oddechowego;
  - 7) stany po aspiracji ciała obcego;
  - 8) stany po zabiegach torakochirurgicznych;
  - 9) zespoły zatokowo-oskrzelowe;
  - 10) rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem;
  - 11) wszelkie nawracające schorzenia dróg oddechowych towarzyszące innym przewlekłym chorobom, takim jak: epilepsja i inne schorzenia neurologiczne lub zespoły złego wchłaniania;
  - 12) wrodzone wady serca, wady postawy, itp.
7. Przeciwwskazania do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w warunkach stacjonarnych stanowią:
- 1) choroby układu oddechowego z objawami niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej;
  - 2) choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń;
  - 3) ostre stany chorobowe;
  - 4) choroby nowotworowe;
  - 5) gruźlica płuc;
  - 6) zaawansowana pylica;
  - 7) promienica płuc;
  - 8) astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji;
  - 9) rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem;
  - 10) stany przebiegające z krwiopluciem i po niedawno przebytych krwotokach.
8. Rehabilitacja pulmonologiczna prowadzona jest w warunkach oddziału szpitalnego z dostępem do stanowiska intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji.

## § 26.

### Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych

1. Świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych udzielane są pacjentom z wysokim poziomem ryzyka lub powikłanym przebiegiem leczenia po:
  - 1) ostrych zespołach wieńcowych (stany wczesne) - do 4 tygodni (w przypadku powikłań do 6 tygodni po zdarzeniu);
  - 2) zabiegach kardiochirurgicznych – do 6 tygodni (w przypadku powikłań do 8 tygodni od zabiegu);
  - 3) innych schorzeniach układu krążenia ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej warunkach stacjonarnych - do 4 tygodni (w przypadku powikłań do 6 tygodni po zdarzeniu lub po zaostrzeniu niewydolności serca).
2. Do oddziału rehabilitacji kardiologicznej w ramach kontynuacji leczenia skierowanie wystawia lekarz oddziału:
  - 1) kardiologicznego;
  - 2) kardiochirurgicznego;
  - 3) chorób wewnętrznych;
  - 4) pediatrycznego;
  - 5) lekarz poradni kardiologicznej lub lekarz poradni rehabilitacyjnej .
3. Przyjęcie chorego powinno nastąpić, w stanie bez powikłań pooperacyjnych lub po ich ustąpieniu.
4. Przyjęcie do oddziału rehabilitacji kardiologicznej następuje w drodze uzgodnień między lekarzem oddziału szpitalnego a lekarzem kierującym.
5. Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych wynosi:
  - 1) w przypadku zawału serca, operacji kardiochirurgicznej oraz niewydolności serca - do 4 tygodni;
  - 2) w przypadku koronaroplastyki, ostrego incydentu wieńcowego bez wykonania koronaroplastyki, operacji kardiochirurgicznej bez wykonania sternotomii- do 2 tygodni-usprawnianie przez 6 dni w tygodniu, obejmujące ćwiczenia fizyczne o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości uwzględniającej globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych oraz wynik badania wysiłkowego. Schemat rehabilitacji obejmuje również fizykoterapię, zajęcia edukacyjne, interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.

6. Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona jest w warunkach oddziału szpitalnego z dostępem do stanowiska intensywnego nadzoru medycznego.

## **Rozdział 8**

### **Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń**

#### **§ 27.**

1. W rodzaju rehabilitacja lecznicza stosuje się rozliczenie przez cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej.
2. Jednostką rozliczeniową jest punkt.
3. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.
4. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku.
5. Świadczeniodawca składa do oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.
6. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział wojewódzki Funduszu.
7. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym, Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie, którego zostaje wydrukowany rachunek.
8. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za punkt.
9. Liczby punktów przypisane świadczeniom będącym przedmiotem umowy, określone są w **załączniku nr 1** oraz **załączniku nr 6** do zarządzenia.

#### **§ 28.**

1. Przedstawiając świadczenia do zapłaty świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:
  - 1) w warunkach stacjonarnych i w warunkach ośrodka oddziału/ dziennego wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane.
  - 2) do osobodni podlegających rozliczeniu nie zalicza się dni kalendarzowych, w czasie których świadczeniobiorca przebywał na przepustce lub był urlopowany przez więcej niż 12 godzin w ciągu doby, a także osobodni nie

wykorzystanych przez świadczeniobiorcę w związku z jego wypisaniem przed ustalonym terminem zakończenia leczenia.

- 3) dzień przyjęcia do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i dzień wypisu wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień.
- 4) dyrektor właściwego oddziału Funduszu może wyrazić zgodę na finansowanie przedłużonej hospitalizacji w warunkach ośrodka/ oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych.
- 5) w przypadku okresowego pobytu w oddziale szpitalnym innym niż rehabilitacji, dzień skierowania do tego oddziału i dzień powrotu z oddziału traktowany jest jako jeden osobodzień wykazywany przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w oddziale rehabilitacji.
- 6) Dopuszcza się łączenie udzielania świadczeń i odrębne rozliczanie pobytu pacjenta w oddziale stacjonarnym rehabilitacji oraz w ośrodku/ oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej, z zabiegami krioterapii ogólnoustrojowej, w ilości nie większej niż 10, wykonanymi w trakcie pobytu pacjenta w oddziale.
- 7) Fakt przebywania pacjenta na przepustce powinien każdorazowo być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta.
- 8) Fundusz finansuje wczesną rehabilitację neurologiczną, jeśli rozpoczyna się do 3 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego lub urazu OUN lub wykonanego zabiegu operacyjnego na OUN.

## **§ 29.**

1. Świadczenia rehabilitacji udzielane w oddziałach innych niż oddział rehabilitacji w warunkach stacjonarnych są finansowane odpowiednio na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne.
2. Fundusz nie finansuje gimnastyki korekcyjno - kompensacyjnej (grupowej i indywidualnej), terapii zajęciowej (z wyłączeniem ergoterapii), jaccuzi, kriosauuny, masażu mechanicznego na fotelach i matach masujących, masażu zlecanego z innych powodów, niż udokumentowane wskazania lekarskie, usług rekreacyjnych, zooterapii oraz innych świadczeń, których sposób finansowania określają odrębne przepisy.
3. W przypadku, gdy istnieje medycznie uzasadniona potrzeba rehabilitacji pacjenta/ pacjentów z jednostką chorobową spoza wykazu stanowiącego załącznik nr 4 do zarządzenia, dyrektor oddziału Funduszu, na uzasadniony



medycznie wniosek świadczeniodawcy, może dopuścić do rozliczania tych świadczeń.

### **§ 30.**

1. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz w umowie, stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia.
2. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo, dokumentacji wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do rozliczenia wykonanych świadczeń w raporcie statystycznym dotyczącym miesiąca, w którym świadczenia te zostały zrealizowane i wystawienia rachunku zgodnie z zasadami określonymi w umowie. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania określonymi dla poszczególnych zakresów świadczeń i przyjętymi umową.
4. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową.
5. Pobieranie dopłat do kosztów zakwaterowania i wyżywienia w zakładach rehabilitacyjnych świadczących usługi całodobowo, zgodnie z art. 18 ust 1 ustawy możliwe jest tylko w przypadku zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń całodobowo, zarejestrowanych w księdze rejestrowej pod kodem HP.1.5 jako jedynym kodem opisującym działalność takich zakładów. Jednocześnie zakład nie może udzielać świadczeń w innych rodzajach i zakresach.

### **§ 31.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2009 rok i lata następne.

**§ 32.**

Z dniem 31 grudnia 2008 r. Traci moc zarządzenie Nr 52/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

**Prezes**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Jacek Paszkiewicz**

Załączniki:

- 1) **Załącznik nr 1** – Katalog zakresów świadczeń;
- 2) **Załącznik nr 2** – Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 3) **Załącznik nr 3** – Wymagania wobec świadczeniodawców w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 4) **Załącznik nr 4** – Wykaz jednostek chorobowych wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-10, kwalifikujących do poszczególnych zakresów świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 5) **Załącznik nr 5** – Skala Rankina.
- 6) **Załącznik nr 6** – Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych;
- 7) **Załącznik nr 7** – Krioterapia - zabieg w kriokomorze;