

**ZARZĄDZENIE NR 80/2013/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 16 grudnia 2013 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 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

**§ 2.** 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

**1) fizjoterapeuta -**

- a) magistra fizjoterapii, o którym mowa w pkt 4,
- b) osobę, która rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata,
- c) osobę, 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,

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679, Nr 165, poz. 1116, Nr 127, poz. 857, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723, Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

- d) osobę, która ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy **technik fizjoterapii**;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **katalog świadczeń** – wykaz świadczeń kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 4) **magister fizjoterapii** – osobę, która:
- a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata oraz obejmujące dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra,
  - b) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
  - c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
  - d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
  - e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej,
  - f) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji;
- 5) **oddział Funduszu** - oddział wojewódzki Funduszu;
- 6) **Ogólne warunki umów** – warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 7) **rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych** - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505);

- 8) **rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji** - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522);
- 9) **system jednorodnych grup pacjentów (JGP)** – kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. System obejmuje następujące elementy:
- a) charakterystykę JGP – zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:
    - oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy, w oparciu o załącznik nr 5 do zarządzenia,
    - rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta, zwanej dalej „ICD-10”,
    - procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, zwanej dalej „ICD-9”,
    - wiek świadczeniobiorcy,
    - czas pobytu,
  - b) grupę JGP – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami,
  - c) gruper JGP – program informatyczny kwalifikujący określoną hospitalizację do jednej z grup systemu JGP, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób;
- 10) **świadczenia** - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych;
- 11) **ustawa o świadczeniach** - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w § 1 pkt 17 załącznika do Ogólnych warunków umów;
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w Ogólnych

warunkach umów, w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych.

## Rozdział 2

### Przedmiot postępowania i umowy

**§ 3.** Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 stanowi wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczenia w zakresach określonych w *Katalogu zakresów świadczeń* stanowiącym **załącznik nr 1n** do zarządzenia.

**§ 4.** 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń stanowi:

- 1) realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz;
- 2) zasady rozliczania udzielonych świadczeń.

2. Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane są w warunkach, o których mowa w § 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz określonych w lp. 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych.

3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1 stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

**§ 5.** 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., z późn. zm.<sup>2)</sup>) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85111400-4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;

---

<sup>2</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. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1-270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz. U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

- 3) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
- 4) 85142100-7 Usługi fizjoterapii;
- 5) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 6) 85144000-0 Usługi zakładów opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie;
- 7) 85312100-0 Usługi opieki dziennej;
- 8) 85312110-3 Usługi opieki dziennej nad dziećmi;
- 9) 85312120-6 Usługi opieki dziennej nad dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną;
- 10) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne.

### **Rozdział 3**

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

§ 6. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z wymaganiami określonymi w zarządzeniu oraz przepisach odrębnych, w szczególności w Ogólnych warunkach umów, rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych.

2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia i realizacji umowy, o której mowa w § 4 ust. 1, obowiązany jest spełniać warunki realizacji świadczeń określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.

3. Fundusz zawiera umowy ze świadczeniodawcami, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach, z zastrzeżeniem, że podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązane są posiadać kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa, wskazane w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), gdzie:

- 1) część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych charakteryzująca komórki organizacyjne przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, odpowiadająca poszczególnym zakresom świadczeń zdrowotnych określona jest w **załączniku nr 1n** do zarządzenia;

2) zakład rehabilitacji leczniczej udzielający świadczeń całodobowych, będący przedsiębiorstwem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w księdze rejestrowej winien posiadać:

- a) kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego: „2 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne”,
- b) kod funkcji ochrony zdrowia „HC.2.1. Rehabilitacja stacjonarna”,
- c) kod charakteryzujący dziedzinę medycyny „33 Rehabilitacja medyczna lub 38 Balneologia i medycyna fizykalna”,
- d) kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej 7400 lub 7401 – zakład rehabilitacji leczniczej.

4. Jeżeli na podstawie umowy, o której mowa w § 4 ust.1 świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach, każde z nich musi spełniać wymagania określone w ust. 2.

5. Świadczeniodawca nie może mieć zawartych odrębnych umów o udzielanie świadczeń w zakresach: fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej.

## **Rozdział 4**

### **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”, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do umowy, o której mowa w § 4 ust. 1.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu i przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

4. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w ust. 1 lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany i wprowadzenia tej zmiany do umowy.

§ 8. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczenioborców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

9. 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”.

10. Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych stanowi **załącznik 1m** do zarządzenia.

11. Świadczeniodawca realizujący świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest obowiązany do realizacji tych świadczeń również w warunkach domowych.

12. W przypadku realizacji świadczeń w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, świadczeniodawca jest obowiązany 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 realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych udzielane są 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 gabinecie rehabilitacji, zakładzie rehabilitacji lub zakładzie fizjoterapii jest skierowanie na cykl zabiegów, które powinno zawierać elementy określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji w części: l.p. 1 lit. b kolumna 3 ust. 7.

3. W przypadku konieczności dokonania zmiany zleconych zabiegów, niezbędne jest uzasadnienie merytoryczne oraz podpis specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, magistra fizjoterapii lub lekarza w karcie zabiegowej pacjenta.

4. W karcie zabiegów fizjoterapeutycznych świadczeniobiorca lub jego opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia podpisem.

5. Tryb kierowania oraz ważność (czas zarejestrowania) skierowania na realizację cyklu zabiegów określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

6. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach niekwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczenioborcę 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 personel, określony



w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

2. **Porada lekarska rehabilitacyjna** obejmuje czynności określone w § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

3. Do poradni rehabilitacyjnej w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej nie jest tożsame ze skierowaniem na realizację cyklu zabiegów, o którym mowa w § 9 ust. 2.

4. W poradni rehabilitacyjnej w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, na podstawie jednego skierowania, dopuszcza się w przypadkach uzasadnionych medycznie, objęcie opieką świadczeniobiorcę ze schorzeniami wymagającymi długotrwałej rehabilitacji, do czasu osiągnięcia poprawy w leczeniu danej jednostki chorobowej, jednak nie dłużej niż 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia leczenia.

5. Ustalenie terminu porady, badania lub hospitalizacji oraz udzielenie odpowiedzi w formie pisemnej lekarzowi kierującemu nie jest traktowane jako odrębna porada i nie podlega rozliczeniu.

6. **Wizyta fizjoterapeutyczna** obejmuje czynności określone w § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

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 zlecone zabiegi nie zapewniają realizacji pożądanego celu rehabilitacji lub ich wykonanie jest przeciwwskazane u danego pacjenta. W tym przypadku w karcie zabiegowej specjalista fizjoterapii zamieszcza uzasadnienie wyboru wizyty fizjoterapeutycznej oraz podpisuje się pod tym uzasadnieniem.

8. **Zabieg fizjoterapeutyczny** to świadczenie wymienione w katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, stanowiącym **załącznik 1m** do zarządzenia, udzielane przez osobę uprawnioną, świadczeniobiorcom wszystkich grup wiekowych, u których wystąpiły dysfunkcje w przebiegu różnych chorób, urazów i uszkodzeń organizmu.

9. W gabinecie rehabilitacji, zakładzie rehabilitacji lub zakładzie fizjoterapii, w cyklu terapeutycznym Fundusz finansuje do 10 dni zabiegowych, nie więcej jednak niż 5 zabiegów dziennie. W przypadkach medycznie uzasadnionych lekarz kierujący może wypisać skierowanie od razu na dwa cykle zabiegowe.

10. Zasady udzielania świadczenia krioterapii ogólnoustrojowej, określone są w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

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

**§ 11. 1. Fizjoterapia domowa** to świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania lub przebywania świadczeniobiorcy przez personel wymieniony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, na podstawie skierowania określonego w tym załączniku.

2. **Porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych** obejmuje czynności wymienione w § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, realizowane w domu świadczeniobiorcy.

3. **Wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych** to świadczenie określone w § 10 ust. 6 i 7 realizowane w domu świadczeniobiorcy.

4. **Zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych** realizowany jest na zasadach określonych w § 10 ust. 8 dla określonych świadczeniobiorców, zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

5. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji w warunkach domowych został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

6. Częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, liczbę zabiegów (do 5 zabiegów dziennie) oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący, dostosowując te parametry indywidualnie do potrzeb każdego świadczeniobiorcy.

7. Świadczeniobiorca albo opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.

8. W ramach rehabilitacji w warunkach domowych prowadzona jest również edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy i jego opiekunów obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń.

9. Po zakończeniu procesu usprawniania lekarz kierujący informuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście aktywnej znajduje się świadczeniobiorca, o wynikach leczenia. Kopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji świadczeniobiorcy.

## Rozdział 6

### Świadczenia udzielane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego

§ 12. 1. Lekarz ośrodka lub oddziału rehabilitacji dziennej po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji do leczenia rehabilitacyjnego na podstawie skierowania i aktualnej dokumentacji medycznej.

2. Świadczeniobiorcy, z wyjątkiem dzieci do ukończenia 18. roku życia, korzystający z ośrodka dziennego rehabilitacji potwierdzają realizację każdego osobodnia własnoręcznym podpisem.

§ 13. 1. **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub 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 lub fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące.

2. W ramach osobodnia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym udzielane są:

- 1) porady lekarskie;
- 2) świadczenia z neuropsychologii, psychoterapii, terapii zajęciowej;
- 3) zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego świadczeniobiorcy;
- 4) indywidualne zajęcia ze świadczeniobiorcą, w zależności od jego stanu zdrowia;
- 5) zajęcia grupowe, przy czym na 1 fizjoterapeutę może przypadać nie więcej niż 10 świadczeniobiorców.

3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

4. Świadczenia dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, realizowane są przez personel oraz przy użyciu wyposażenia, określonego w części: lp. 3 lit. a, kolumna trzecia, ust. 3 i 5 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

5. Świadczeniobiorca przebywa w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej nie krócej niż 3 godziny dziennie.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do realizacji świadczeń, dostosowanych do profilu schorzeń świadczeniobiorców.

7. Rehabilitacja dla grupy świadczeniobiorców:

- 1) po leczeniu raka piersi;
- 2) ze stwardnieniem rozsianym;
- 3) z dysfunkcją ręki;
- 4) z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu

- wymaga przedstawienia wraz z ofertą informacji określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji w części: lp. 3 lit. a, kolumna 3, ust. 10.

**§ 14. 1. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub 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 lub oddziale dziennym, są punkty wskazane w **załączniku nr 1n** do zarządzenia, za każdy dzień świadczeń w ośrodku lub oddziale dziennym.

3. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub 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. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Po zakończeniu rehabilitacji lekarz prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

5. Rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje się:

- 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla dzieci w wieku: do ukończenia 3. roku życia, w trakcie których wykonuje się średnio dwa świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;

- 2) w czasie nie krótszym niż 2 godziny dla dzieci w wieku: od rozpoczęcia 4. roku życia do ukończenia 7. roku życia, w trakcie których wykonuje się średnio dwa świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
- 3) w czasie nie krótszym niż 3 godziny dla dzieci w wieku: od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 18. roku życia, w trakcie których wykonuje się średnio trzy świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7.

6. Do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym w szczególności 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 (w tym z zespołem Downa);
- 7) z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (w tym 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.

7. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym obejmuje w szczególności:

- 1) poradę lekarską;
- 2) wielospecjalistyczną poradę terapeutyczną (konsylium);
- 3) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii psychologicznej (w tym świadczenia z zakresu psychoterapii i neuropsychologii);
- 4) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii logopedycznej (w tym świadczenia z zakresu neurologopedii i surdologopedii);
- 5) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii pedagogicznej (w tym świadczenia z zakresu oligofrenopedagogiki, surdopedagogiki, tyflopodagogiki, pedagogiki terapeutycznej);

- 6) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii widzenia;
  - 7) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń SI;
  - 8) świadczenia z zakresu terapii zajęciowej;
  - 9) świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne z zakresu kinezyterapii;
  - 10) zabiegi z zakresu fizykoterapii.
8. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 świadczeniobiorców.
  9. 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 świadczeniobiorcy.

**§ 15. 1. Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym** obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno - terapeutyczną nad świadczeniobiorcami z uszkodzonym narządem słuchu.

2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym są punkty wskazane w **załączniku nr 1n** do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku lub oddziale dziennym.

3. Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego świadczeniobiorcy w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń i realizacji zadań.

4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

5. Po zakończeniu rehabilitacji lekarz lub terapeuta prowadzący, ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

6. Rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje się:

- 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku: do ukończenia 7. roku życia, w trakcie którego wykonuje się średnio

dwa świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;

2) w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla świadczeniobiorców w wieku: od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 19. roku życia, w trakcie którego wykonuje się średnio trzy świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;

3) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku: od rozpoczęcia 20. roku życia, w trakcie którego wykonuje się średnio dwa świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7.

7. Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub 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 świadczeniobiorcy;
- 5) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii psychologicznej;
- 6) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii surdopedagogicznej.

8. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 świadczeniobiorców.

9. 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 świadczeniobiorcy.

**§ 16. 1. Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym** obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno - terapeutyczną nad świadczeniobiorcami z uszkodzonym narządem wzroku.

2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym, są punkty wskazane w **załączniku nr 1n** do zarządzenia, za każdy dzień świadczeń w ośrodku lub oddziale dziennym.

3. Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego świadczeniobiorcy

w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń i realizacji zadań.

4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

5. Po zakończeniu rehabilitacji lekarz lub terapeuta prowadzący, ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

6. Rehabilitację osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje się:

- 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku: do ukończenia 7. roku życia, w trakcie którego wykonuje się średnio dwa świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
- 2) w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla świadczeniobiorców w wieku: od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 19. roku życia, w trakcie którego wykonuje się średnio trzy świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
- 3) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku: od rozpoczęcia 20. roku życia, w trakcie którego wykonuje się średnio dwa świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7.

7. Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub 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 lub psychoterapii;
- 6) świadczenia z zakresu terapii zajęciowej.

8. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 świadczeniobiorców.

9. 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 świadczeniobiorcy.



**§ 17. 1. Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym** przeznaczona jest dla świadczeniobiorców, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych i którzy nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, a w szczególności świadczeniobiorcom po:

- 1) ostrych zespołach wieńcowych;
- 2) plastyce naczyń wieńcowych;
- 3) zabiegach kardiochirurgicznych;
- 4) zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej;
- 5) zaostrzeniach niewydolności serca.

2. Rehabilitacja prowadzona jest w oparciu o indywidualnie dobrany schemat treningowy przygotowany przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza rehabilitacji medycznej lub 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 świadczeniobiorcy.

3. Rehabilitacja polega na stosowaniu ćwiczeń fizycznych o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości, uwzględniających 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.

4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku lub oddziale dziennym, określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

**§ 18. 1. Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku lub 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 lub oddziale dziennym, prowadzona w warunkach ośrodka dziennego w naturalnych podziemnych komorach solnych ma na celu wykorzystanie ich specyficznego mikroklimatu.

3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

## **Rozdział 7**

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

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

**§ 19.** 1. Świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego i lekarskiego, a w szczególności dla świadczeniobiorców po:

1) urazach;

2) zabiegach operacyjnych;

3) zaostrzeniach chorób przewlekłych

- którzy jednocześnie wymagają innych działań terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.

2. Do skierowania na rehabilitację dołącza się aktualną dokumentację medyczną lub kopię, potwierdzającą rozpoznanie.

3. Lekarz oddziału rehabilitacyjnego dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania i dokumentacji medycznej, o których mowa w ust. 2, oraz po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy, w dniu przyjęcia na oddział.

4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

## Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych

§ 20. 1. Świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych udzielane są świadczeniobiorcom wymagającym stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej w procesie leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc.

2. Lekarz oddziału rehabilitacji pulmonologicznej po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania.

3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

4. Do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych kierowani są w szczególności świadczeniobiorcy 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 przebyłym odoskrzelowym zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
- 9) stany po przebyłym wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
- 10) stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.

5. Do rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w warunkach stacjonarnych kierowani są w szczególności świadczeniobiorcy cierpiący na:

- 1) nawracające zapalenia oskrzeli;
- 2) stany po zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
- 3) stany po przebyłym 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.

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

§ 21. 1. Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców ze schorzeniami neurologicznymi wszystkich grup wiekowych, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

2. Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w *Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej*, stanowiącym **załącznik nr 1r** do zarządzenia.

3. Ocena ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy, zasady przyjęcia do oddziału rehabilitacji stacjonarnej oraz czas trwania rehabilitacji dla poszczególnych grup, określone są w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

4. Warunkiem zakwalifikowania świadczeniobiorcy do danej grupy jest udokumentowanie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy w indywidualnej dokumentacji medycznej, w oparciu o **załącznik nr 5** do zarządzenia.

5. Skale, w oparciu o które ocenia się ciężkość stanu klinicznego pacjenta, określone są w **załącznikach nr 6a - 6e** do zarządzenia.

6. Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących daną grupę w rehabilitacji neurologicznej określa **załącznik nr 7** do zarządzenia.

### **Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych**

§ 22. 1. Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w *Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej*, stanowiącym **załącznik nr 1r** do zarządzenia.

2. Tryb przyjęcia oraz czas trwania rehabilitacji określony jest w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

3. Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących daną grupę w rehabilitacji kardiologicznej określony jest w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

### **Leczenie dzieci ze śpiączką**

§ 23. 1. Świadczenia dla dzieci ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2), realizowane są zgodnie z programem zdrowotnym określonym w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych.

2. Realizacja świadczenia odbywa się w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne (oznaczenie VI części resortowych kodów identyfikacyjnych: 2).

3. Świadczeniodawca powołuje indywidualny zespół terapeutyczny dla każdego pacjenta, który określa kryteria medyczne służące do monitorowania efektów leczenia.

4. Leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej u pacjentów ze śpiączką, w tym m.in. kwalifikacja, założenie, wymiana, usunięcie, uzupełnienie pompy, odbywa się w szpitalu na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

5. Warunkiem zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia jest udokumentowana ocena stanu klinicznego świadczeniobiorcy, na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych, z zastosowaniem wzoru określonego w **załączniku nr 6f** do zarządzenia.

6. Świadczenia dla dzieci ze śpiączką obejmują w szczególności:

- 1) poradę lekarską;
- 2) zabiegi pielęgniarstwa;
- 3) świadczenia z zakresu psychologii;
- 4) świadczenia z zakresu logopedii;
- 5) zabiegi z zakresu fizjoterapii.

7. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w ramach programu leczenia dzieci ze śpiączką dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego przewidywanego dłużej niż 30 dni, podawania substancji odżywczych, tj. białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, w sposób inny niż doustnie przy użyciu kompletnej diety przemysłowej; dieta powinna być dostosowana do aktualnego zapotrzebowania białkowo-energetycznego chorego.

8. Żywnienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wytworzono sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego, w sytuacji braku możliwości odżywiania drogą doustną przy zachowanej czynności przewodu pokarmowego.

9. Żywnienie pozajelitowe jest stosowane u chorych, u których niemożliwe jest żywienie przez przewód pokarmowy; wszystkie niezbędne substancje odżywcze w przypadku żywienia pozajelitowego podawane są drogą dożylną.

10. Chory żywiony dojelitowo i pozajelitowo powinien być monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego; monitorowanie powinno odbywać się zgodnie z indywidualnym planem leczenia i obejmować stan ogólny i stan metaboliczny chorego ze szczególną oceną tych narządów i układów, których czynność może ulec upośledzeniu z powodu prowadzonego leczenia lub choroby podstawowej.

11. Przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania nie rzadziej niż jeden raz na trzy miesiące: jonogram, glikemia, trójglicerydy, cholesterol, mocznik, krestynina w surowicy, białka i albuminy, bilirubiny, AspAT, AIAT, GGTP, AP, morfologia i układ krzepnięcia.

12. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym załącza się do historii choroby.

13. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się w szpitalu.

14. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe winno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego, zasady podaży diet, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań, winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

15. Czas leczenia w programie powinien trwać nie dłużej niż 12 miesięcy od dnia przyjęcia do zakładu rehabilitacji leczniczej, zwanego dalej „zakładem”.

16. W przypadkach uzasadnionych medycznie, po podjęciu decyzji przez zespół terapeutyczny o wydłużeniu leczenia w programie, rozliczenie czasu trwania leczenia powyżej okresu, o którym mowa w ust.15, może nastąpić pod warunkiem udzielenia, w formie pisemnej, zgody dyrektora oddziału Funduszu – na wniosek lekarza prowadzącego.

17. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie programów zdrowotnych, ogólny czas trwania programu nie może przekroczyć 15 miesięcy.

18. Wybudzenie dziecka ze śpiączki, z określeniem daty jego wybudzenia, dokumentowane jest przez zespół terapeutyczny w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

19. Świadczeniodawca obowiązany jest do monitorowania jakości procesu leczenia dzieci ze śpiączką, zgodnie z **załącznikiem nr 8** do zarządzenia.

## **Rozdział 8**

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

**§ 24.** 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 w formie pisemnej oraz raport statystyczny w formie elektronicznej, w terminie do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielono świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 9. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

6. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział Funduszu.

7. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za punkt.

8. Liczby punktów przypisane świadczeniom będącym przedmiotem umowy, określone są w **załącznikach: nr 1n, 1r** oraz w **nr 1m** do zarządzenia.

9. Rachunek, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

**§ 25.** Przedstawiając świadczenia do rozliczenia świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych oraz ośrodka lub oddziału dziennego wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu na oddziale stacjonarnym, w ośrodku lub oddziale dziennym;
- 2) do osobodni podlegających rozliczeniu nie zalicza się dni kalendarzowych, w czasie których świadczenioborca za zgodą świadczeniodawcy, okresowo przebywał poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, a także osobodni nie wykorzystanych przez świadczenioborcę 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) w przypadku okresowego pobytu w oddziale szpitalnym innym niż oddział rehabilitacji, dzień skierowania do tego oddziału i dzień powrotu z oddziału traktowany jest jako jeden osobodzień wykazywany przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w oddziale rehabilitacji;
- 5) dopuszcza się łączenie udzielania świadczeń i odrębne rozliczanie pobytu świadczeniobiorcy w oddziale stacjonarnym rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej, z zabiegami krioterapii ogólnoustrojowej, w ilości nie większej niż 10, wykonanymi w trakcie pobytu świadczeniobiorcy w oddziale;
- 6) fakt przebywania świadczeniobiorcy za zgodą świadczeniodawcy, okresowo poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, winien być każdorazowo odnotowany w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
- 7) 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 leczenie szpitalne.



**§ 26.** Sprawozdawanie, rozliczanie i finansowanie świadczeń w zakresie leczenia dzieci ze śpiączką odbywa się na następujących zasadach:

- 1) pierwszym dniem, od którego rozpoczyna się liczyć czas trwania świadczenia jest dzień przyjęcia dziecka do zakładu;
- 2) osobodni pobytu dziecka ze śpiączką żywionego dojelitowo dietą przemysłową są rozliczane u chorych, u których wytworzono sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego;
- 3) do łącznego czasu realizacji programu zalicza się osobodni przebywania pacjenta poza zakładem, w tym w ramach leczenia w innych zakresach świadczeń;
- 4) do osobodni podlegających rozliczeniu nie zalicza się dni pobytu w oddziale szpitalnym, z wyjątkiem pobytu związanego z uzupełnieniem pompy baklofenowej w ramach leczenia spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, na podstawie odrębnie zawartych umów;
- 5) w przypadku okresowego pobytu w oddziale szpitalnym, dzień przyjęcia do oddziału i dzień powrotu z oddziału traktowany jest jako jeden osobodzień wykazany przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w zakresie programu leczenia dzieci ze śpiączką;
- 6) informację o dacie przyjęcia do zakładu, wybudzenia dziecka ze śpiączki, świadczeniodawca przekazuje do oddziału Funduszu w raporcie statystycznym;
- 7) możliwe jest rozliczenie przez świadczeniodawcę kolejnych 30 osobodni liczonych od dnia następnego po dniu wybudzenia dziecka ze śpiączki, z zastrzeżeniem § 23 ust. 17.

**§ 27.** 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie, o której mowa w § 4 ust.1.

2. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo do prowadzenia dokumentacji zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym zarządzeniu.

3. Świadczeniodawca obowiązany 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 warunkami finansowania określonymi dla poszczególnych zakresów świadczeń i przyjętymi w umowie.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń z katalogu stanowiącego **załącznik nr 1n** do zarządzenia, grupy z katalogu stanowiącego **załącznik nr 1r** do zarządzenia - według zasad określonych przez charakterystykę JGP lub świadczenia z katalogu, stanowiącego **załącznik nr 1m** do zarządzenia.

5. W rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dla hospitalizacji wyznacza się jedną grupę, zgodnie z **załącznikiem nr 1r** do zarządzenia, bez względu na czas trwania hospitalizacji.

6. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe (punkty) odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzonych w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego, w tym przez gruper JGP w systemie informatycznym Funduszu.

7. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych w umowie, o której mowa w § 4 ust.1.

8. Pobieranie opłat za zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie rehabilitacji leczniczej udzielającym świadczeń całodobowych, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach, jest możliwe tylko w przypadku przedsiębiorstw podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w § 6 ust. 3 pkt 2.

9. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, rozliczenie czasu trwania rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych, w ośrodku dziennym oraz w warunkach stacjonarnych, poza czas określony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, może nastąpić za pisemną zgodą dyrektora oddziału Funduszu, na wniosek lekarza prowadzącego lub kierującego na rehabilitację. Powyższy wniosek winien zostać przekazany do oddziału Funduszu, nie później niż w ostatni dzień czasu trwania rehabilitacji, który został określony w ww. rozporządzeniu.

## **Rozdział 9**

### **Postanowienia końcowe**

**§ 28.** Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2014 r.

**§ 29.** Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

**§ 30.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**PREZES**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

**Agnieszka Pachciarz**