

PORADNIA I REHABILITACJA AMBULATORYJNA SGPZOZ W BŁONIU

Lokalizacja: II Piętro,
Punkt Rejestracyjny – po lewej stronie przy wejściu.

TEL: (22) 182 31 33
e-mail: rehabilitacja@przychodniablonie.pl

P.O Kierownik Poradni oraz Ambulatorium Rehabilitacji:
Andrzej Porowski – magister fizjoterapii

GODZINY PRACY AMBULATORIUM REHABILITACJI:

Poniedziałek	08:00 - 18:00
Wtorek	08:00 - 18:00
Środa	08:00 - 18:00
Czwartek	08:00 - 18:00
Piątek	08:00 - 18:00

GODZINY PRACY REJESTRACJI REHABILITACJI:

Poniedziałek	08:00 - 16:00
Wtorek	08:00 - 14:00
Środa	08:00 - 18:00
Czwartek	08:00 - 16:00
Piątek	08:00 - 16:00

LEKARZE W PORADNI REHABILITACJI

Krzysztof Rzewuski
Magdalena Hass
Andrzej Sadowski

PRZYJĘCIA DO PORADNI REHABILITACJI (DO LEKARZA)

1. Zapisy na rehabilitację leczniczą odbywają się na podstawie **skierowania** wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. (Art. 59. Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.). Sam pacjent decyduje, którą placówkę medyczną wybiera. **Nie istnieje pojęcie rejonizacji**. Nie trzeba również być pacjentem POZ w placówce medycznej, którą wybraliśmy do leczenia specjalistycznego.
2. **Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w celu objęcia pacjenta dalszym leczeniem specjalistycznym jest ważne, dopóki istnieje przyczyna i cel jego**

wystawienia. Skierowanie do poradni specjalistycznej ważne jest do chwili jego realizacji lub traci ważność z chwilą ustania przyczyny kierowania. Oznacza to, że zostaniesz objęty leczeniem specjalistycznym aż do czasu jego zakończenia. Nie musisz cyklicznie aktualizować skierowania. Dotyczy to wszystkich kolejnych wizyt specjalistycznych, zarówno w konkretnym roku kalendarzowym, jak i później. (Art. 57. Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.).

3. Świadczeniodawca zapewnia bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej. (Dz. U z 2015r., poz. 1400 zgodnie z „ § 9 i § 13.1). Pacjent podając przez telefon swoje **dane osobowe**, w tym: imię, nazwisko, nr telefonu i pesel sam wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych.
4. Podczas rejestracji Pacjent otrzymuje informację o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej oraz terminie porady.
5. **Pacjent wpisany na listę oczekujących** na poradę specjalistyczną na podstawie skierowania **ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania w terminie (nie później niż) do 14 dni roboczych licząc od dnia wpisania pacjenta na listę oczekujących.** Niedostarczenie oryginału skierowania w ww. terminie skutkuje skreśleniem z listy oczekujących. (Art. 20 ust. 2a Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.).
6. Pacjent w celu otrzymania danego świadczenia może wpisać się **na listę oczekujących tylko u jednego świadczeniodawcy.** (Art. 20 ust.10 Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.) Komunikat NFZ dla Świadczeniodawców z dnia 18-02-2020 r. W przypadku, kiedy nie może stawić się na wyznaczony termin wizyty jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym placówkę medyczną, w celu umożliwienia skorzystania z porady specjalistycznej kolejnemu pacjentowi z listy oczekujących.
7. **Pacjent zgłaszający się do lekarza specjalisty powinien zabrać ze sobą dokument tożsamości z nr PESEL oraz NIP pracodawcy** (w przypadku konieczności wystawienia druku o niezdolności do pracy).
8. **W Poradni Rehabilitacji po ocenie stanu zdrowia pacjenta lekarz dokonuje kwalifikacji do leczenia rehabilitacyjnego** na podstawie skierowania i aktualnej dokumentacji medycznej. **Termin wizyty kontrolnej w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia** powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. To lekarz ma obowiązek zadbać o ciągłość leczenia, a nie pracownik rejestracji. Pacjenci objęci leczeniem planowym (kontynuacją leczenia) nie są umieszczani na listach oczekujących, choć muszą być uwzględnieni przy planowaniu pracy personelu medycznego. Plan leczenia dotyczy procedur medycznych, w przypadku których sekwencja opieki klinicznej jest wyznaczana przez kryteria kliniczne jako kontynuacja leczenia.
9. Termin przyjęcia do poradni oraz ambulatorium rehabilitacji uzależniony jest od liczby oczekujących pacjentów spełniających kryteria medyczne i pacjentów z uprawnieniami do leczenia poza kolejnością to znaczy: kombatanci, inwalidzi wojenni i wojskowi, działacze opozycji komunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych, weterani poszkodowani w działaniach poza granicami państwa, zasłużeni honorowi dawcy krwi, osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. (Dz.U. 2018 poz. 932).
10. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia zgodnie z art. 20 Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.

11. Rehabilitacja ambulatoryjna jest działem lecznictwa, celem którego - dzięki kompleksowemu postępowaniu - jest przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a co się z tym wiąże - zdolności do pracy, brania czynnego udziału w życiu społecznym. Celem rehabilitacji jest poprawa komfortu i jakości życia. W ramach świadczeń wykonywane są świadczenia z katalogu świadczeń medycznych zgodnie z podpisaną umową z NFZ. W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej pacjentowi przysługuje do 10 dni zabiegowych (cykl) w każdym dniu do 5 zabiegów. Załącznik nr. 1 pkt. 1 b. (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).
12. Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym bądź nie posiadające skierowania na planowe leczenie ponoszą pełną odpłatność za udzielone im przez poradnię świadczenia zdrowotne. O obowiązujących zasadach związanych z odpłatnością za udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentowi są informowani przed udzieleniem świadczenia.

PRZYJĘCIA DO AMBULATORIUM NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE (DO FIZJOTERAPEUTY)

W związku z wejściem w życie od dnia 1 stycznia 2019 r. zmian w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2396 z późn. zm.), które wprowadzają nowe rozwiązania dedykowane dla świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej wyjaśniamy:

W celu poprawnego realizowania świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia domowa należy przyjąć następujące zasady:

1. **Skierowanie na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych świadczeniobiorca jest obowiązany zarejestrować nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia.** (Dz.U. 2018 poz. 2396 §5 ust. 7). W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane w miejscu, w którym udzielane będą świadczenia, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.
2. **Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci (do ukończenia 18 roku życia)** z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego może się odbywać na podstawie jednego w roku kalendarzowym skierowania z poradni specjalistycznej. Cykl terapeutyczny trwa do 120 dni zabiegowych i obejmuje do 5 zabiegów dziennie.
3. Skierowanie na cykl zabiegów może być wystawione przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i zgodnie z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.) skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych **musi zawierać:**
 - pieczęć, naklejkę lub nadruk zawierające nazwę (firmę) i adres świadczeniodawcy z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - rozpoznanie w języku polskim,
 - kod jednostki chorobowej według Klasyfikacji ICD-10,
 - choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub

przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne,

- podpis oraz imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.
- pieczęć nagłkową z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- W przypadku braku przeciwwskazań informacja o tym fakcie powinna również zostać odnotowana na skierowaniu.
- Brak któregośkolwiek z powyższych tego elementu będzie skutkowało zwrotem skierowania do lekarza, który je wystawił, celem uzupełnienia, planowaniu dalszego procesu leczenia.

Nie ma już obligatoryjnego zapisu, który nakazuje aby w skierowaniu znalazły się zlecone zabiegi wraz z liczbą poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegowym. Jednakże ich zlecenie nie stanowi błędu w treści skierowania i nie stanowi o nieprawidłowości wystawionego skierowania.

4. W przypadku skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego jednocześnie specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu zlecone na skierowaniu zabiegi, co do których fizjoterapeuta ma uzasadnioną wątpliwość, fizjoterapeuta może dokonać modyfikacji tych zabiegów po konsultacji z lekarzem kierującym i odpowiednio odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.
5. W przypadku pozostałych skierowań wystawionych przez innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego będących jednocześnie specjalistami w innych dziedzinach medycznych również tych realizujących świadczenia w ramach poradni lekarskiej rehabilitacyjnej, zlecone zabiegi stanowią jedynie sugestię lekarza, co do planu terapii ale nie są wiążące dla fizjoterapeuty.
6. Realizacja wizyty fizjoterapeutycznej leży w gestii fizjoterapeuty, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zaleca się przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, która zawierałaby ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii. Jest to istotne i wiąże się z ust. 4 zmienionego rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej, gdyż zgodnie z jego treścią świadczeniodawca realizujący skierowanie na cykl zabiegów, **po ukończonym cyklu zbiegów**, przekazuje lekarzowi wystawiającemu to skierowanie informację o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów. Bez wstępnej weryfikacji skierowania przez fizjoterapeutę trudno będzie stwierdzić, czy świadczeniobiorca osiągnął zamierzony efekt prowadzonej rehabilitacji. (Dz.U. 2018 poz. 2396 §5 ust.3).
7. Cykl zabiegów określony w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej jako cykl realizowany do 10 dni zabiegowych nie wskazuje, że mają to być dni po sobie następujące, o częstotliwości i ilości zabiegów decyduje fizjoterapeuta. (Dz.U. 2018 poz. 465 załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. str. 8).
8. Kolejki oczekujących w przypadku świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej są prowadzone do komórki organizacyjnej a nie na konkretny zabieg fizjoterapeutyczny. W związku z powyższym świadczeniobiorca zapisuje się w kolejkę oczekujących na dotychczas obowiązujących zasadach na pierwszy wolny termin, na wizytę fizjoterapeutyczną i w wyznaczonym dniu realizacji świadczenia odbywa się wizyta fizjoterapeutyczna. Zlecony cykl zabiegów stanowi kontynuację leczenia i nie powinien być umieszczany w kolejkę oczekujących. Po zaplanowaniu rehabilitacji Pacjent uzyskuje informacje o odpowiednim przygotowaniu się do zabiegów i zgłasza się w wyznaczonym terminie i określonej godzinie. Wytyczne z

prezentacji pt. „Harmonogramy przyjęć Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia” z dnia 17/18.12.2019 r.

9. Przeplanowanie zabiegów jest możliwe jedynie w sytuacjach wyjątkowych, po uprzednim zgłoszeniu tego faktu (np. choroba - świadczeniobiorca proszony jest o zaświadczenie lekarskie które umieszczane będzie w dokumentacji medycznej).
10. W przypadku, kiedy pacjent nie stawia się w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również na wniosek świadczeniobiorcy, a także w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia.
11. Zapełnianie zwolnionych terminów realizacji świadczeń. Dodatkowe wolne terminy, które powstają niezależnie od przyczyny (np. po zawiadomieniu o rezygnacji pacjenta, wydłużenia godzin przyjęć, zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego) należy przeznaczyć na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla pacjentów, którzy wyrażają zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości. Zawiadomienia powinny być kierowane przede wszystkim do osób następnym na liście, czyli pacjentów czekających najdłużej.
12. **Uprzejmie prosimy nie przynosić do zakładu rzeczy wartościowych.**
13. **Pacjenci zobowiązani są do przestrzegania czystości i higieny osobistej. Okolice ciała poddawane zabiegom powinny być czyste i odtłuszczone.**
14. **Godziny zabiegów i porady lekarskiej są orientacyjnymi dla lekarza i terapeutów.**
15. Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.

Podstawy prawne

- Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z dnia 12 czerwca 2019 r. (Dz. U. Nr 2019 poz. 1373 z późn. zm.).
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2017 poz. 1845 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2018 poz. 932 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej Dz.U. 2018 poz. 2429 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 30 stycznia 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. (Dz.U. 2019 poz. 2532 z późn. zm.).
- Zarządzenie Nr 183/2019/DSOZ z dnia 31-12-2019 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.
- Wytyczne z prezentacji pt. „Harmonogramy przyjęć Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia” z dnia 17/18.12.2019 r.