

# **Regulamin kwalifikacji Pacjentów do stacjonarnego leczenia rehabilitacyjnego w Lubuskim Centrum Ortopedii im. Dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

## **§ 1**

Określenia użyte w regulaminie oznaczają:

- 1.** „Fundusz” – Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze lub inny Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
- 2.** „Ośrodek” – Lubuskie Centrum Ortopedii im. Dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Świebodzinie
- 3.** „skierowanie” – skierowanie do leczenia szpitalnego w Oddziale Rehabilitacji wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia:
  - a) skierowanie poszpitalne – wystawione przez lekarzy oddziałów: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, neurologicznego, reumatologicznego
  - b) skierowanie z poradni specjalistycznych – z poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej, neurochirurgicznej
- 4.** „kwalifikacja do leczenia” – kwalifikacja do przyjęcia do Oddziału Rehabilitacji dokonywana przez Komisję Lekarską na podstawie oceny skierowania oraz dołączonej dokumentacji medycznej Pacjenta, potwierdzającej schorzenia podstawowe oraz zasadność rehabilitacyjnego leczenia szpitalnego
- 5.** „Komisja lekarska” – co najmniej 2-osobowa Komisja powołana przez Prezesa Zarządu Ośrodka dokonująca kwalifikacji Pacjentów do leczenia
- 6.** „Pacjent” - świadczeniobiorca w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj.Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z póź. zm.)
- 7.** „lista oczekujących” – dokument potwierdzający kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku

## **§ 2**

- 1.** Przyjęcie do Oddziału Rehabilitacji Ośrodka odbywa się na podstawie skierowania wystawionego Pacjentowi przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- 2.** Oryginał skierowania do Oddziału Rehabilitacji wraz z dokumentacją medyczną świadczącą o konieczności leczenia szpitalnego należy dostarczyć osobiście lub listownie do Dyżurki Lekarskiej Oddziału Rehabilitacji.
- 3.** Skierowania rozpatrywane są przez Komisję Lekarską w składzie co najmniej 2-osobowym.
- 4.** Komisja Lekarska zbiera się jeden raz w tygodniu. Dzień, czas pracy oraz skład osobowy Komisji Lekarskiej określa Dyrektor Ośrodka zarządzeniem wewnętrznym.

**5.** Zadaniem Komisji Lekarskiej jest ocena skierowania oraz pozostałej dokumentacji Medycznej Pacjenta pod względem:

- a) prawidłowości skierowania,
- b) kompletności dokumentacji medycznej,
- c) braku przeciwwskazań do leczenia usprawniającego,
- d) wynikającego z dokumentacji możliwego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- e) innymi, koniecznymi do zakwalifikowania Pacjenta do leczenia.

**6.** Komisja Lekarska kwalifikuje Pacjenta do kategorii medycznej (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych):

- a) "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- b) "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

**7.** Komisja Lekarska określa tryb postępowania wobec Pacjenta:

- a) „do przyjęcia zgodnie z kolejką oczekujących jako przypadek stabilny”,
- b) „do przyjęcia zgodnie z kolejką oczekujących jako przypadek pilny”,
- c) „do przyjęcia w trybie pilnym z przyczyn medycznych”,
- d) „nie zakwalifikowany do przyjęcia”.

**8.** Pacjent może zostać nie zakwalifikowany do przyjęcia z powodu:

- a) braku wskazań do leczenia rehabilitacyjnego w warunkach stacjonarnych,
- b) braku kompletnej dokumentacji medycznej ( z zaleceniem uzupełnienia dokumentacji potwierdzającej konieczność rehabilitacji stacjonarnej, np. karty informacyjne, wyniki badań, opinia lekarza specjalisty o braku przeciwwskazań do leczenia usprawniającego przy występowaniu innych chorób współistniejących,

### **§ 3**

**1.** Ośrodek udziela świadczeń według kolejności zgłoszeń pacjentów, z zastrzeżeniem postanowień § 2.

**2.** Ośrodek prowadzi listy oczekujących na świadczenie medyczne zgodnie z zasadą równego, niedyskryminującego, sprawiedliwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

**3.** Pacjenci zakwalifikowani przez Komisję Lekarską do leczenia rehabilitacyjnego zgodnie z kolejką oczekujących informowani są telefonicznie o terminie przyjęcia do Oddziału Rehabilitacji, uwzględniając limit kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**4.** W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu przyjęcia do Oddziału Rehabilitacji, a które uniemożliwiają zachowanie ustalonego terminu, Ośrodek informuje Pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu. Dotyczy to przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na późniejszy lub na wcześniejszy.

## **§ 4**

- 1.** Ostatecznej kwalifikacji do przyjęcia do szpitalnego leczenia rehabilitacyjnego w warunkach stacjonarnych dokonuje lekarz Oddziału Ośrodka po ocenie stanu zdrowia Pacjenta w wyznaczonym dniu przyjęcia.
- 2.** Odmowa przyjęcia Pacjenta po ocenie stanu klinicznego przez lekarza Ośrodka może wynikać z:
  - a) braku wskazań lekarskich do leczenia rehabilitacyjnego w warunkach stacjonarnych,
  - b) stwierdzenia przeciwwskazań do leczenia rehabilitacyjnego,
  - c) braku możliwości prowadzenia leczenia rehabilitacyjnego w szczególnie ciężkich przypadkach, których nie można było stwierdzić na podstawie skierowania oraz dołączonej do niego dokumentacji medycznej

## **§ 5**

- 1.** Leczenie rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych przeznaczone jest dla:
  - a) Pacjentów wymagających kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz równoczesnego prowadzenia innych działań terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych, wymagających całodobowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej,
  - b) Pacjentów z chorobami przewlekłymi, u których wystąpiło zaostrzenie choroby wymagające stacjonarnego leczenia rehabilitacyjnego,
  - c) Pacjentów po leczeniu szpitalnym wymagających rehabilitacji, np.: po urazach narządu ruchu, przed i po przebytych ortopedycznych zabiegach operacyjnych, w zaostrzeniach chorób przewlekłych, np.: RZS.

## **§ 6**

- 1.** W przypadku złożenia skierowania na rehabilitacyjne leczenie szpitalne jest ono oceniane pod względem celowości leczenia stacjonarnego przez Komisję Lekarską, zgodnie z § 2.
- 2.** Każde kolejne skierowanie na stacjonarne leczenie szpitalne złożone przez tego samego Pacjenta rozpatrywane jest łącznie ze skierowaniem wcześniej złożonym, oczekującym na realizację.
- 3.** Skierowanie na stacjonarne leczenie szpitalne powtórnie składane przez tego samego Pacjenta rozpatrywane jest zgodnie z datą wpływu pierwszego oczekującego na realizację skierowania.
- 4.** Do skierowania na leczenie szpitalne Pacjent dołącza dokumentację, szczególnie dotyczącą choroby będącej przyczyną skierowania.

## § 7

1. W razie niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie przyjęcia, Pacjent zobowiązany jest do bezzwłocznego powiadomienia telefonicznie Oddziału, Dyżurka Lekarska tel. 068 4750 676.

2. W przypadku istotnych wypadków losowych dokonuje się przesunięcie terminu przyjęcia.

3. Za istotne wypadki losowe uznaje się niezależne od Pacjenta, bezpośrednio go dotyczące zdarzenia zewnętrzne, które uniemożliwiają lub znacząco utrudniają stawienie się na leczenie we wskazanym terminie, np.:

a) śmierć najbliższej osoby,

b) stan nagły - tj. stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia,

c) inne ostre schorzenie, które z powodów zdrowotnych jest przeciwwskazaniem do leczenia rehabilitacyjnego, bądź z powodów epidemiologicznych mogłoby stanowić zagrożenie zdrowia innych Pacjentów Ośrodka.

4. W przypadku zaistnienia stanu nagłego, po zakończeniu leczenia Pacjent zgłasza się osobiście z pełną dokumentacją lub przesyła zaświadczenie o stanie zdrowia z adnotacją odpowiedniego specjalisty o braku przeciwwskazań do kompleksowego leczenia rehabilitacyjnego. W razie konieczności przesuwa się termin przyjęcia do czasu zaistnienia możliwości udzielenia świadczeń rehabilitacyjnych.

## § 8

1. Ośrodek może skreślić Pacjenta z listy oczekujących. Skreślenie z listy oczekujących następuje w przypadku:

a) wykonania świadczenia,

b) powiadomienia przez Pacjenta wpisanego na listę oczekujących o rezygnacji,

c) zaprzestania wykonywania danego rodzaju świadczenia przez Ośrodek,

d) nie zgłoszenia się Pacjenta do Ośrodka w wyznaczonym terminie bez wcześniejszego podania uzasadnionej przyczyny,

e) braku akceptowanego przez Komisję Lekarską uzasadnienia przesunięcia terminu hospitalizacji,

f) niezpełnienia dokumentacji medycznej pomimo wezwania przez Ośrodek i poinformowania Pacjenta, iż w wypadku jej niedostarczenia zostanie skreślony z listy oczekujących,

g) zaistnienia innej przyczyny.

## § 9

1. Ośrodek nie zapewnia:

a) rezerwacji wybranych sal oraz sal jednoosobowych,

b) wspólnych sal dla współmałżonków lub innych osób odmiennej płci,

c) leczenia w wybranych przez Pacjenta miesiącach (miesiące letnie, ferie zimowe itp.).  
Leczenie prowadzone jest przez cały rok niezależnie od pory roku.