

**UCHWAŁA NR 89.45.2017**  
**ZARZĄDU POWIATU W OPATOWIE**

z dnia 31 maja 2017 r.

**w sprawie przyjęcia wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju  
rehabilitacja lecznicza**

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 814, z późn. zm.), art. 9a, art. 9b ust. 1, ust. 3-5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), uchwały Nr XXX.23.2017 Rady Powiatu w Opatowie z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie sfinansowania dla mieszkańców Powiatu Opatowskiego świadczeń gwarantowanych z rodzaju rehabilitacja lecznicza, uchwała się co następuje:

§ 1. Przyjmuje się projekt umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza przez TOP MEDICUS Sp. z o. o. z siedzibą w Opatowie, który stanowi załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Wydziału Organizacji i Nadzoru.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

/podpisy członków zarządu/



UMOWA Nr .....  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
- REHABILITACJA LECZNICZA-**

zawarta w dniu ..... 2017 roku, w Opatowie, pomiędzy:

**Powiatem Opatowskim** z siedzibą w Opatowie (27-500), przy ul. Henryka Sienkiewicza 17, NIP 863-168-47-10, Regon 830409212, reprezentowanym przez dwóch członków Zarządu Powiatu w Opatowie w osobach:

.....

.....

zwanym w dalszej części umowy „**Powiatem**”

a

„**TOP MEDICUS**” sp. z o. o. z siedzibą w Opatowie (27-500) przy ul. Juliusza Słowackiego 13, NIP: 863-169-70-84, REGON: 260519700, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000395064, reprezentowaną przez: Joannę Szwagierczak – Prezesa Zarządu

zwaną w dalszej części umowy „**Świadczeniodawcą**”,

zwanymi łącznie w dalszej części umowy Stronami, a każda z osobna Stroną.

Działając na podstawie uchwały Nr XXX.23.2017 Rady Powiatu w Opatowie z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie sfinansowania dla mieszkańców Powiatu Opatowskiego świadczeń gwarantowanych z rodzaju rehabilitacja lecznicza, strony zawierają umowę o następującej treści:

#### PRZEDMIOT UMOWY

**§1. 1.** Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zwanymi dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do umowy, bezpłatnie na rzecz mieszkańców Powiatu Opatowskiego, zwanych dalej świadczeniobiorcami.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do zapoznania wszystkich osób, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

#### WARUNKI ORAZ ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

**§ 2. 1.** Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „ZASOBY”.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 3** do umowy – „Harmonogram”.

3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będącym w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2 i 3** do umowy.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany:

a) udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności,

- b) przestrzegać praw pacjenta,
- c) podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń,
- d) zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy,
- e) udzielania świadczeń w pomieszczeniach oraz na wyposażeniu i sprzęcie medycznym odpowiadających wymaganiom określonym w odpowiednich przepisach prawa,
- f) zapewnić bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej,
- g) przyjąć świadczeniobiorcę w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, które uniemożliwiają zachowanie tego terminu, świadczeniodawca w każdy dostępny sposób informuje świadczeniobiorcę o zmianie terminu,
- h) przyjmować świadczeniobiorców na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy;
- i) do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń,
- j) podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, jak również informacji, że świadczenia są finansowe ze środków budżetu Powiatu Opatowskiego.

5. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

**§ 3. 1.** Skierowanie do zakładu rehabilitacyjnego od lekarza, w którym zostaną wskazane cykle terapeutyczne.

2. Wzór skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne stanowi **załącznik nr 4** do niniejszej umowy.

3. Postępowania związane z udzielonymi świadczeniami, są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

4. W gabinecie rehabilitacji, w zakładzie rehabilitacji lub w zakładzie fizjoterapii, w cyklu terapeutycznym Powiat finansuje liczbę zabiegów oraz liczbę dni zabiegowych, określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. W przypadkach medycznie uzasadnionych lekarz kierujący może wypisać skierowanie jednorazowo na dwa cykle terapeutyczne.

5. W ramach zakresu świadczeń – fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej, świadczeniobiorca albo opiekun potwierdza każdego dnia realizację zabiegów fizjoterapeutycznych przez złożenie podpisu.

### **WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

**§4. 1.** Kwota zobowiązania Powiatu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie, o którym mowa w §7 ust. 1 wynosi maksymalnie 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy zł).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy. Plan rzeczowo – finansowy może ulec zmianie na wniosek Świadczeniodawcy, ale nie może powodować zmiany kwoty, o której mowa w ust. 1.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, przez który rozumie się miesiąc kalendarzowy, określona w fakturze przekazywanej przez Świadczeniodawcę do Powiatu do 10-go każdego kolejnego miesiąca, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

4. Należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej.

5. Należność, o której mowa w ust. 4, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

6. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być większa niż wynikająca z ust. 5, w przypadku gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie jest wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

7. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest faktura, wraz z wykazem udzielonych świadczeń, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania wykazu udzielonych świadczeń w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

8. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa Powiatowi w terminie do 10-go dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

9. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Powiat wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 14 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony na fakturze.

10. Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów w terminach, o których mowa powyżej powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu.

11. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności należności, w zakresie rozliczenia, do którego Powiat powziął zastrzeżenia.

12. Powiat informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych. W przypadku wstrzymania przez Powiat płatności w całości lub w części, świadczeniodawca jest obowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

13. Powiat dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 7 dni od dnia otrzymania uzupełnionych lub poprawionych dokumentów rozliczeniowych lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych, nie wcześniej jednak niż w terminie płatności przewidzianym dla złożenia prawidłowych dokumentów.

14. W przypadku stwierdzenia przez Powiat przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez świadczeniodawcę wezwania Powiatu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Powiat, świadczeniodawca jest obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Powiat.

15. W przypadku gdy obowiązek zwrotu środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest obowiązany złożyć Powiatowi korygujące dokumenty rozliczeniowe.

16. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik Nr 1, polegający na nienależyтым wykonywaniu umowy, Powiat może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie okresu wypowiedzenia.

17. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 16, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60 dni od dnia dokonania wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

**§ 5.** Świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym, w szczególności następujących danych:

1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);

2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9)

- w wersjach wskazanych przez Powiat na dany okres sprawozdawczy.

## KARY UMOWNE

§ 6. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Powiat może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 10 % umowy.

## OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 czerwca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

§ 8. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje Powiat, który wyznacza świadczeniodawcy termin do jej usunięcia, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.

2. W przypadku nieusunięcia przeszkody w wyznaczonym terminie lub niemożności jej usunięcia Powiat może rozwiązać umowę w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

3. Powiat może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy;
- 3) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 4) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności przez okres przekraczający 14 dni, za wyjątkiem zdarzeń losowych;
- 5) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla Powiatu podstawą ustalenia kwoty należności;
- 6) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Powiat;
- 7) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, jeżeli w tym przypadku nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 3 pkt 2-5, rozwiązanie umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń w terminie 14 dni albo dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

5. W przypadku nieusunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 4, w wyznaczonym terminie, Powiatowi przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 3.

6. W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia świadczeniobiorców w związku z zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 3, rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń.

7. Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez Powiat płatności co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń.

8. Umowa wygasa w całości lub w części:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy lub zaprzestania prowadzenia przez świadczeniodawcę działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy, w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w którym działalność ta jest wykonywana;
- 2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Powiatu.

§ 10. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 2 oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 11. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 12. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla powiatu, jeden dla świadczeniodawcy.

### PODPISY STRON

**Powiat**

**Świadczeniodawca**

.....

.....

.....

.....

.....

/pieczęć firmowa/

/pieczęć firmowa/

#### Wykaz załączników do umowy:

- 1) Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy
- 2) Załącznik nr 2 do umowy – Zasoby
- 3) Załącznik nr 3 do umowy – Harmonogram
- 4) Załącznik nr 4 do umowy – Wzór skierowania

**ZAŁĄCZNIK NR 1**  
**DO UMOWY Nr .....**  
**o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**  
**– rehabilitacja lecznicza –**  
**z dnia .....**

**PLAN RZECZOWO-FINANSOWY**  
**rodzaj świadczeń: rehabilitacja lecznicza**

Ip.	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	W okresie rozliczeniowym od: 01.06.2017 do 31.12.2017 r.		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
1	Fizjoterapia ambulatoryjna	05.1310.208.02	463.917	0,97	449.999,49
2	Fizjoterapia domowa	05.1310.209.02	51.546	0,97	49.999,62
<b>Razem zakresy (kwota umowy)</b>					<b>499.999,11</b>

**w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy**

Razem zakresy świadczeń	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
		styczeń	0,00	luty	0,00	marzec	0,00	kwiecień
	maj	0,00	czerwiec	71.427,00	lipiec	71.427,00	sierpień	71.427,00
	wrzesień	71.431,49	październik	71.432,62	listopad	71.427,00	grudzień	71.427,00

**w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych**  
**- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objętego umową)**

Kod zakresu świadczeń	Liczba jedn. rozlicz.		Wartość (zł)		Liczba jedn. rozlicz.		Wartość (zł)		Liczba jedn. rozlicz.		Wartość (zł)	
05.1310.208.02	styczeń		luty		marzec		kwiecień					
	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00				
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień					
	-	0,00	66.273	64.285,00	66.273	64.285,00	66.273	64.285,00				
	wrzesień		październik		listopad		grudzień					
	66.279	64.289,49	66.273	64.285,00	66.273	64.285,00	66.273	64.285,00				
05.1310.209.02	styczeń		luty		marzec		kwiecień					
	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00				
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień					
	-	0,00	7.363	7.142,00	7.363	7.142,00	7.363	7.142,00				
	wrzesień		październik		listopad		grudzień					
	7.363	7.142,00	7.368	7.147,62	7.363	7.142,00	7.363	7.142,00				

Data sporządzenia:

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych					
kod produktu rozliczeniowego		nazwa produktu rozliczeniowego	jednostka rozliczeniowa	waga punktowa produktu rozliczeniowego	
w warunkach ambulatoryjnych	w warunkach domowych			w warunkach ambulatoryjnych	w warunkach domowych
1	2	3	4	5	6
<b>kinezyterapia</b>					
5.11.01.0000073	5.11.04.0000073	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*	punkt	25	50
5.11.01.0000075	5.11.04.0000075	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	punkt	8	16
5.11.01.0000067	5.11.04.0000067	pionizacja	punkt	8	16
5.11.01.0000068	5.11.04.0000068	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	punkt	6	12
5.11.01.0000069	5.11.04.0000069	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut	punkt	6	12
5.11.01.0000070	5.11.04.0000070	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	punkt	6	12
5.11.01.0000013	5.11.04.0000013	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	punkt	8	16
5.11.01.0000015	5.11.04.0000015	wyciągi	punkt	7	14
5.11.01.0000016	5.11.04.0000016	inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	punkt	5	10
5.11.01.0000072	x	ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	punkt	1	-
<b>masaż</b>					
5.11.01.0000019	5.11.04.0000019	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	punkt	10	20
5.11.01.0000065	5.11.04.0000065	masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	punkt	12	24
5.11.01.0000066	5.11.04.0000066	masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	punkt	6	12
5.11.01.0000021	x	masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	punkt	10	-
5.11.01.0000022	x	masaż podwodny miejscowy	punkt	10	-
5.11.01.0000023	x	masaż podwodny całkowity	punkt	15	-
5.11.01.0000052	x	masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	punkt	4	-
<b>elektrolecznictwo</b>					
5.11.01.0000024	5.11.04.0000024	galwanizacja	punkt	4	8
5.11.01.0000025	5.11.04.0000025	jonoforeza	punkt	5	10
5.11.01.0000026	x	kąpiel czterokomorowa	punkt	10	-
5.11.01.0000027	x	kąpiel elektryczna – wodna całkowita	punkt	14	-
5.11.01.0000028	5.11.04.0000028	elektrostymulacja	punkt	7	14
5.11.01.0000029	5.11.04.0000029	tonoliza	punkt	6	12
5.11.01.0000030	5.11.04.0000030	prądy diadynamiczne	punkt	4	8
5.11.01.0000031	5.11.04.0000031	prądy interferencyjne	punkt	4	8
5.11.01.0000032	5.11.04.0000032	prądy TENS	punkt	4	8
5.11.01.0000033	5.11.04.0000033	prądy TRAEBERTA	punkt	4	8
5.11.01.0000034	5.11.04.0000034	prądy KOTZA	punkt	4	8
5.11.01.0000035	5.11.04.0000035	ultradźwięki miejscowe	punkt	6	12
5.11.01.0000036	5.11.04.0000036	ultrafonoforeza	punkt	7	14



Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych					
kod produktu rozliczeniowego		nazwa produktu rozliczeniowego	jednostka rozliczeniowa	waga punktowa produktu rozliczeniowego	
w warunkach ambulatoryjnych	w warunkach domowych			w warunkach ambulatoryjnych	w warunkach domowych
1	2	3	4	5	6
<b>leczenie polem elektromagnetycznym</b>					
5.11.01.0000037	x	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	punkt	6	-
5.11.01.0000038	x	diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	punkt	6	-
5.11.01.0000039	5.11.04.0000039	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	punkt	3	6
<b>światłolecznictwo i termoterapia</b>					
5.11.01.0000076	5.11.04.0000076	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	punkt	3	6
5.11.01.0000042	5.11.04.0000042	laseroterapia - skaner	punkt	3	6
5.11.01.0000043	5.11.04.0000043	laseroterapia punktowa	punkt	6	12
5.11.01.0000046	x	okłady parafinowe	punkt	4	-
<b>hydroterapia</b>					
5.11.01.0000049	x	kąpiel wirowa kończyn	punkt	7	-
5.11.01.0000050	x	inne kąpiele - wirowa w tanku	punkt	15	-
5.11.01.0000051	x	natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	punkt	10	-
<b>krioterapia</b>					
5.11.01.0000055	x	krioterapia - zabieg w kriokomorze	punkt	25	-
5.11.01.0000074	x	krioterapia - miejscowa (pary azotu)	punkt	8	-
<b>balneoterapia</b>					
5.11.01.0000058	x	okłady z borowiny - ogólne	punkt	8	-
5.11.01.0000059	5.11.04.0000059	okłady z borowiny - miejscowe	punkt	6	12
5.11.01.0000060	x	kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO <sub>2</sub>	punkt	12	-
5.11.01.0000061	x	fango	punkt	7	-

\* - możliwość rozliczenia nie więcej niż 2 razy dziennie w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie lub zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii), a w warunkach domowych tylko 1 raz dziennie.

**ZAŁĄCZNIK NR 2**  
**DO UMOWY Nr .....**  
**o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**  
**– rehabilitacja lecznicza –**  
**z dnia .....**

**ZASOBY**

**System pracy :Zakład Rehabilitacji TOP MEDICUS Sp. z o.o. w Opatowie**  
**Kod komórki organizacyjnej: 112HC.2.1**

lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	Numer dyplomu	Zawód/ specjalność	Adres miejsca udzielania świadczeń	Uwagi
1	05.1310.208.02	Fizjoterapia ambulatoryjna	Kamil Potocki	93031308973	123420 licencjat	fizjoterapeuta	Opatów, ul. Szpitalna 4	
2	05.1310.209.02	Fizjoterapia domowa	Kamil Potocki	93031308973	123420 licencjat	fizjoterapeuta	Teren powiatu	
3	05.1310.208.02	Fizjoterapia ambulatoryjna	Mirela Targowska	87040910322	25178 licencjat	fizjoterapeuta	Opatów, ul. Szpitalna 4	
4	05.1310.209.02	Fizjoterapia domowa	Mirela Targowska	87040910322	25178 licencjat	fizjoterapeuta	Teren powiatu	
5	05.1310.208.02	Fizjoterapia ambulatoryjna	Joanna Wójcikowska	90032604541	80217 licencjat, 118381 magister	fizjoterapeuta	Opatów, ul. Szpitalna 4	
6	05.1310.209.02	Fizjoterapia domowa	Joanna Wójcikowska	90032604541	80217 licencjat, 118381 magister	fizjoterapeuta	Teren powiatu	
7	05.1310.208.02	Fizjoterapia ambulatoryjna	Anna Śpiewak	85011112900	7675 licencjat, 5200 magister	fizjoterapeuta	Opatów, ul. Szpitalna 4	
8	05.1310.209.02	Fizjoterapia domowa	Anna Śpiewak	85011112900	7675 licencjat, 5200 magister	fizjoterapeuta	Teren powiatu	
9	05.1310.208.02	Fizjoterapia ambulatoryjna	Donata Oko	88082710303	115924 magister	fizjoterapeuta	Opatów, ul. Szpitalna 4	
10	05.1310.209.02	Fizjoterapia domowa	Donata Oko	88082710303	115924 magister	fizjoterapeuta	Teren powiatu	

**ZAŁĄCZNIK NR 3**  
**DO UMOWY Nr .....**  
**o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**  
**– rehabilitacja lecznicza –**  
**z dnia .....**

**HARMONOGRAM**

ŚWIADCZENIODAWCA: Zakład Rehabilitacji TOP MEDICUS Sp. z o.o. w Opatowie

Nr umowy:

Lp	Zakres świadczeń	Kod zakresu Świadczeń	ADRES (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU	godziny pracy												Informacje dodatkowe
						poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		sobota		
						miejsowość	ulica, numer domu i lokalu	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	
1	Fizjoterapia ambulatoryjna	05.1310.208.02	Opatów	ul. Szpitalna 4	15/8682733	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00	praca w sobotę 1 dzień wolny
2	Fizjoterapia domowa	05.1310.209.02	teren powiatu	miejsce zamieszkania pacjenta	15/8682733	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00	7:00	21:00			
data sporządzenia:			pieczęć i podpis świadczeniodawcy:															

<i>Pieczęć nagłówkowa</i>	<p style="text-align: right;">Data.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne finansowane ze środków z budżetu Powiatu Opatowskiego</b></p>
---------------------------	---

**Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:**

**Imię i nazwisko:**

..... PESEL |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

**Adres zamieszkania:**

.....

**Gmina:**

.....

**Rozpoznanie:**

ICD-10:

**Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):**

.....

	1) .....	2) .....	3) .....
<b>Rodzaj zabiegów:</b>	.....	.....	.....
<b>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</b>	.....	.....	.....
<b>Parametry:</b>	.....	.....	.....
<b>Okolica ciała:</b>	.....	.....	.....

<i>Pieczęć i podpis lekarza</i>	
---------------------------------	--

Lp	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

