

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA ¹⁾

z dnia 2026 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz oraz warunki udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) cel terapeutyczny – rezultat, który zamierza się osiągnąć, na poziomie możliwym dla aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy, ustalany indywidualnie przez personel udzielający świadczeń gwarantowanych;
- 2) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 3) gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii – pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych;
- 4) lekarz specjalista – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarz, który rozpoczął specjalizację, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, 203 i 791), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

- 6) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń;
- 7) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 8) ośrodek leczenia ostrej fazy choroby – oddział szpitalny, w którym świadczeniobiorca jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby;
- 9) porada fizjoterapeutyczna – świadczenie gwarantowane polegające na kwalifikacji do zabiegów fizjoterapeutycznych i określeniu celu terapeutycznego lub ocenie efektów postępowania terapeutycznego, dokonywanych na podstawie diagnostyki funkcjonalnej;
- 10) profil interwencji – określenie rodzaju opieki w ramach poszczególnych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, uwzględniające miejsce udzielania świadczeń oraz potrzeby rehabilitacyjne świadczeniobiorcy wynikające z jego stanu klinicznego i funkcjonalnego;
- 11) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia;
- 12) udokumentowane doświadczenie – staż w zawodzie potwierdzony: dokumentem stwierdzającym nawiązanie stosunku pracy, umową cywilnoprawną, umową o wolontariat, świadectwem pracy, oświadczeniem zawierającym wskazanie zakresu i numeru umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, z którego wynika okres zatrudnienia i udzielania świadczeń gwarantowanych, lub zaświadczeniem potwierdzającym wykonywaną działalność gospodarczą;
- 13) zabieg fizjoterapeutyczny – świadczenie gwarantowane udzielane w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym przez fizjoterapeutę.

§ 3. 1. Wykaz oraz warunki udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

3. Świadczeniodawca bierze pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy.

4. Do określania świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4, w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania opisane numerami ORPHA.

5. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii dopuszcza się zawieszenie terminów, o których mowa w § 6 ust. 2 pkt 1–3, 5, 7 i 8, oraz terminów przyjęcia na świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych, obejmujące rehabilitację leczniczą, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. a–d i f, określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej są udzielane w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, które obejmują:
 - a) lekarską ambulatoryjną opiekę – porada lekarska,
 - b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - poradę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) domowych, które obejmują:
 - a) poradę lekarską lub
 - b) poradę fizjoterapeutyczną,
 - c) zabieg fizjoterapeutyczny;
- 3) ośrodka lub oddziału dziennej rehabilitacji, które obejmują rehabilitację:
 - a) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup świadczeniobiorców,
 - b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - c) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
 - d) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
 - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
 - f) pulmonologiczną,
 - g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego;
- 4) stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:
 - a) ogólnoustrojową,
 - b) ogólnoustrojową dziecięcą,

- c) neurologiczną,
- d) neurologiczną dziecięcą,
- e) pulmonologiczną,
- f) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
- g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

2. W zakresie świadczeń gwarantowanych określonych w ust. 1 pkt 1 lit. a dopuszcza się realizację porad lekarskich z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 3 lit. e i g oraz pkt 4 lit. f i g, są realizowane zgodnie z kluczowymi zaleceniami Krajowej Sieci Kardiologicznej, określonymi w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779).

§ 5. 1. Świadczeniodawca realizujący skierowanie na cykl zabiegów po ukończonym cyklu zabiegów przekazuje, bezpośrednio albo za pośrednictwem świadczeniobiorcy, lekarzowi wystawiającemu to skierowanie, informację dla lekarza kierującego, w postaci papierowej albo elektronicznej, o sposobie jego realizacji. Informację tą dołącza się do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

2. Personel udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. a, przeprowadza ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal oraz klasyfikacji medycznych, w tym Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), zwanej dalej „klasyfikacją ICF”, w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia.

3. Kwalifikacji świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. b tiret drugie, oraz określenia celu terapeutycznego dokonuje fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2026 r. poz. 584), zwany dalej „fizjoterapeutą uprawnionym do realizacji porady fizjoterapeutycznej”, na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych.

4. Ocenę efektów zabiegów fizjoterapeutycznych przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”.

§ 6. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu rehabilitacji leczniczej, który ze względu na brak możliwości samodzielnego opuszczania miejsca zamieszkania w związku z motorycznymi problemami uniemożliwiającymi samodzielne poruszanie się nie może mieć udzielanych świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lub 3.

2. Zabieg fizjoterapeutyczny, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. c, jest udzielany świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1, u którego ograniczenie na poziomie aktywności i uczestniczenia, określone według klasyfikacji ICF kodem d450 na poziomie 3 lub 4, jest spowodowane:

- 1) ogniskowym uszkodzeniem mózgu (stan po zatorze mózgowym, udarze krwotocznym mózgu, urazie), który spowodował ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
- 2) ciężkim uszkodzeniem ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, które spowodowało ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów – w okresie do 24 miesięcy od dnia powstania ciężkiego uszkodzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego;
- 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego, które spowodowało ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów – w okresie do 24 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
- 4) chorobą przewlekłe postępującą, która spowodowała ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów;
- 5) zabiegiem endoprotezoplastyki stawu, który spowodował ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej

i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania zabiegu;

- 6) chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych lub kolanowych, która spowodowała ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów;
- 7) złamaniami lub obrażeniami kończyn dolnych, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 albo 5 punktów – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania lub odniesionego obrażenia;
- 8) amputacją kończyny dolnej, która spowodowała ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej i w punkcie 6. skali Barthel ocenie 0 lub 5 punktów – w okresie do 12 miesięcy od dnia amputacji;
- 9) stanem wegetatywnym lub apalicznym.

3. Jeżeli w ocenie efektów postępowania terapeutycznego, o której mowa w ust. 5, dokonywanej przez lekarza lub fizjoterapeutę uprawnionego do realizacji porady fizjoterapeutycznej, świadczeniobiorca otrzymał więcej punktów niż określono dla poszczególnych zaburzeń funkcji motorycznych w ust. 2, świadczenia gwarantowane mogą być udzielane do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego.

4. Kwalifikacji świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. c, oraz określenia celu terapeutycznego dokonuje:

- 1) lekarz – na podstawie oceny stanu klinicznego, z uwzględnieniem skal medycznych, których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia oraz kryteriów kwalifikacyjnych, o których mowa w § 5 ust. 2 oraz kryteriów kwalifikacji, o których mowa w ust. 1 i 2, nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem zabiegów fizjoterapeutycznych lub
- 2) fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej – na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych, których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia, oraz z uwzględnieniem kryteriów kwalifikacji, o których mowa w ust. 1 i 2, nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem zabiegów fizjoterapeutycznych.

5. Ocenę efektów postępowania terapeutycznego, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. c, przeprowadza lekarz lub fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej

po upływie 30 dni zabiegowych oraz w ostatnim dniu zabiegowym na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych o których mowa w ust. 6, których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

6. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, przed rozpoczęciem fizjoterapii domowej oraz po jej zakończeniu przeprowadza ocenę stanu klinicznego lub opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy z uwzględnieniem co najmniej dwóch wybranych skal:

- 1) skali opisu stanu funkcjonowania i siły mięśniowej opartej na skali MRC (Medical Research Council Scale), zwanej dalej „skalą MRC”,
- 2) skali Tinetti,
- 3) skali opartej na skali Rankina, zwanej dalej „skalą Rankina”,
- 4) skali dla typowych czynności dnia codziennego – IADL (Instrumental Activities of Daily Living) według Lawtona, zwanej dalej „skalą IADL”,
- 5) skali VAS,
- 6) skali Barthel.

§ 7. 1. Wykaz jednostek chorobowych według obowiązującej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), zwanej dalej „klasyfikacją ICD”, kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Wykaz profili interwencji opisujących świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji leczniczej określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

3. Organizację udzielania świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja neurologiczna dziecięca, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa dziecięca, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

4. Wykaz kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu warunków ich realizacji określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 8. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3, są udzielane świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację leczniczą w warunkach

ambulatoryjnych i który nie wymaga rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

2. Kwalifikacji, na podstawie oceny stanu klinicznego i opisu stanu funkcjonalnego, świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3 lit. a, b i e–g, dokonuje lekarz, a indywidualny plan postępowania fizjoterapeutycznego ustala fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal oraz klasyfikacji medycznych, w tym klasyfikacji ICF.

3. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa § 4 ust. 1 pkt 3 lit. c i d, przeprowadza zespół wskazany w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 3 lit. c i d w kolumnie trzeciej w ust. 1 „Wymagania dotyczące personelu”.

§ 9. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, przeprowadza lekarz na podstawie oceny stanu klinicznego z uwzględnieniem:

- 1) skal medycznych i parametrów, o których mowa w ust. 3 lub 4, dla których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 2) opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy według klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, dla których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 3) wykazu jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych, zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

3. W zakresie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, indywidualny plan postępowania fizjoterapeutycznego ustala fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal oraz klasyfikacji medycznych, w tym klasyfikacji ICF.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, przed rozpoczęciem rehabilitacji leczniczej oraz po jej zakończeniu przeprowadza ocenę stanu klinicznego i opis stanu funkcjonalnego lub funkcji ciała świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia, w:

- 1) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. a, z uwzględnieniem co najmniej dwóch wybranych skal medycznych lub klasyfikacji medycznych:
 - a) skali opisu stanu funkcjonowania i siły mięśniowej opartej na skali MRC (Medical Research Council Scale), zwanej dalej „skalą MRC”,
 - b) skali Rankina,
 - c) skali IADL,
 - d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 2) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. c, w przypadku zaburzeń funkcji mózgu, z uwzględnieniem co najmniej dwóch wybranych skal medycznych lub klasyfikacji medycznych:
 - a) skali Rankina,
 - b) skali Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale), stosowanej u świadczeniobiorców w śpiączce,
 - c) skali Barthel,
 - d) skali MRC,
 - e) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”,
 - f) zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motorycznych zaburzeń czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu;
- 3) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. c, w przypadku zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych, zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych, z uwzględnieniem co najmniej dwóch wybranych skal medycznych lub klasyfikacji medycznych:
 - a) skali Rankina,
 - b) skali Barthel,
 - c) skali MRC,
 - d) standardowej neurologicznej klasyfikacji uszkodzeń rdzenia kręgowego (ASIA),
 - e) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 4) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. c, w przypadku przewlekłych zaburzeń funkcji układu nerwowego, z uwzględnieniem co najmniej dwóch wybranych skal medycznych lub klasyfikacji medycznych:
 - a) skali MRC,
 - b) skali opartej na skali Rankina,
 - c) skali IADL,

- d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 5) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. e, z uwzględnieniem co najmniej dwóch wybranych skal medycznych lub klasyfikacji medycznych, lub parametrów:
 - a) skali nasilenia duszności mMRC (modified Medical Research Council),
 - b) oceny wydolności fizycznej (wyrażonej w MET lub W),
 - c) spirometrii (FEV1),
 - d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 6) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. f, w celu oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, jeżeli ich wykonanie jest zasadne u danego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem:
 - a) funkcji skurczowej lewej komory – EF (upośledzenie w %) lub kardiomiopatia lub skala New York Heart Association – NYHA (stopień),
 - b) złożonej arytmii komorowej – w spoczynku lub w czasie wysiłku,
 - c) cech niedokrwienia w EKG wysiłkowym (obniżenie odcinka ST w mm),
 - d) wydolności fizycznej (wartość w MET, W),
 - e) reakcji hemodynamicznej na wysiłek (brak przyrostu lub spadek częstości rytmu serca, lub skurczowego ciśnienia krwi),
 - f) obecności chorób współistniejących: cukrzyca insulinozależna i z powikłaniami, niewydolność nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchości,
 - g) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”,
 - h) testu 6MWT albo skali Fullerton.

5. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 4 lit. d, przed rozpoczęciem rehabilitacji leczniczej oraz po jej zakończeniu przeprowadza ocenę stanu klinicznego i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy do ukończenia 18. roku życia, z uwzględnieniem:

- 1) pediatrycznej skali Glasgow CCS (Children Coma Scale) stosowanej dla dzieci, które nie ukończyły 3 lat, albo skali Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale) stosowanej dla dzieci w wieku 4–18 lat – w przypadku świadczeniobiorców z obniżonym poziomem przytomności;
- 2) skali sprawności ruchowej w oparciu o standardową neurologiczną klasyfikację uszkodzeń rdzenia kręgowego (ASIA), ocenę stanu motorycznego według GMFCS

(Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy) – w przypadku świadczeniobiorców z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego;

- 3) zaburzeń znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne, stopnia i powierzchni (%) oparzeń – w przypadku świadczeniobiorców z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu.

§ 10. 1. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

- 1) badania diagnostyczne;
- 2) leki i wyroby medyczne z wyłączeniem indywidualnego zaopatrzenia medycznego – w przypadku świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3 i 4.

2. Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy jest finansowany w 40 % ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruć,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

– gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 11. 1. Skierowanie na rehabilitację leczniczą wystawione przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i zarejestrowane u wybranego świadczeniodawcy zachowuje ważność, pod warunkiem jego weryfikacji przez świadczeniodawcę, u którego zostało zarejestrowane, pod względem obowiązujących kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń gwarantowanych.

2. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych rozpoczęte i niezakończone na podstawie skierowań wystawionych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia są udzielane zgodnie z dotychczasowymi warunkami.

§ 12. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 oraz z 2023 r. poz. 1954).

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM
Melanie Raczek-Żeromska
Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/