

ZARZĄDZENIE Nr 195/2020/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 11.12.2020 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach
rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie
dzieci i dorosłych ze śpiączką**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach świadczeń:
 - a) rehabilitacja lecznicza,
 - b) programy zdrowotne w zakresie świadczeń:
 - leczenie dzieci ze śpiączką,
 - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **katalog zakresów świadczeń** – wykaz zakresów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawcę w rodzaju świadczeń rehabilitacja lecznicza oraz w rodzaju programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493 i 1578, 1875 i 2112.

ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, stanowiący **załącznik nr 1n** do zarządzenia;

3) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;

4) **Ogólne warunki umów** – warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

5) **osobodzień** – jednostkową miarę służącą do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określonych w katalogu zakresów świadczeń;

6) **punkt** – jednostkową miarę służącą do określenia wartości produktów rozliczeniowych określonych w katalogu zakresów świadczeń, stanowiącym załącznik nr 1n do zarządzenia;

7) **rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

8) **rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

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, obejmujący 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 3 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 – jedną z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębnioną zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadającą 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) **zarządzenie o indywidualne rozliczenie** - zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;

11) **wizyta terapeutyczna:**

- a) wizytę fizjoterapeutyczną określoną w § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, realizowaną przez personel wskazany w tym rozporządzeniu, lub
- b) zabiegi kinezyterapeutyczne czynne z zapewnieniem nadzoru video oraz komunikacji z pacjentem, realizowane przez fizjoterapeutów zgodnie z kompetencjami zawodowymi uzyskanymi w sposób określony w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952 oraz z 2020 r. poz. 567 i 1493), lub
- c) wizytę realizowaną przez pozostały personel, o którym mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, uprawniony do realizacji świadczeń gwarantowanych w warunkach określonych w § 4 pkt 1-3 wymienionego rozporządzenia za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

12) **współczynnik korygujący** – współczynnik, o którym mowa w § 1 pkt 16 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 rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych oraz w Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz

w rodzaju programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy;
- 8) więcej niż jednej delegatury;
- 9) delegatury.

2. 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.) 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;
- 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.

§ 4. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz w rodzaju programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1n** do zarządzenia.

2. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

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

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych.

4. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy.

5. Fundusz informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. 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.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

4. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 3, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z harmonogramem – zasoby, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

§ 10. 1. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

2. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające produktom rozliczeniowym z katalogów stanowiących **załączniki nr 1m, 1n i 1r** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

§ 11. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1, jest punkt.

§ 12. 1. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej nie jest tożsame ze zleceniem na realizację cyklu zabiegów.

2. W ramach zakresu świadczeń - lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, ustalenie terminu porady, badania lub hospitalizacji oraz udzielenie odpowiedzi w formie pisemnej lekarzowi kierującemu, nie jest traktowane jako odrębna porada podlegająca rozliczeniu.

3. Warunkiem rozliczenia porady lekarskiej rehabilitacyjnej kompleksowej w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii domowej jest dostarczenie i okazanie lekarzowi udzielającemu świadczeń w poradni rehabilitacji lub fizjoterapii domowej wyników badań diagnostycznych zgodnych z załącznikiem nr 1n do zarządzenia. Badania diagnostyczne może zlecić wyłącznie lekarz, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

4. Warunkiem rozliczenia porady lekarskiej rehabilitacyjnej zabiegowej w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej jest zrealizowanie procedury zabiegowej, zgodnej z **załącznikiem nr 1n** do zarządzenia.

5. Wystawienie przez lekarza z poradni rehabilitacji lub fizjoterapii domowej zlecenia na badania diagnostyczne lub zabieg, o których mowa w ust. 3 i 4, nie jest traktowane jako odrębna porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa i zabiegowa.

6. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej lub fizjoterapii domowej realizuje badania diagnostyczne lub procedurę zabiegową, o których mowa w ust. 3 i 4, w ramach realizowanej umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

7. Etapy postępowania związane z udzielonymi świadczeniami, o których mowa w ust. 3 - 5, są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

8. Warunkiem rozliczenia wizyty fizjoterapeutycznej jest odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej i opis zrealizowanych przez fizjoterapeutę czynności na rzecz świadczeniobiorcy przez osobę uprawnioną do realizacji wizyty, określoną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

9. Produkt rozliczeniowy - wizyta fizjoterapeutyczna - jest realizowana na początku i na końcu danego cyklu zabiegów, z zastrzeżeniem, że fizjoterapeuta uzna, że nieprzeprowadzenie tej wizyty nie wpłynie na prawidłowość udzielonego świadczenia.

10. Rozpoczęcie cyklu zabiegów, o którym mowa w ust. 9, następuje w miarę dostępności w ciągu 14 dni od dnia wizyty fizjoterapeutycznej zrealizowanej przed cyklem zabiegów.

11. Wizyta fizjoterapeutyczna na końcu danego cyklu zabiegów jest zrealizowana w ostatnim dniu tego cyklu.

12. W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania cyklu zabiegów, z odpowiednim wpisem w indywidualnej dokumentacji medycznej.

13. W gabinecie rehabilitacji, w zakładzie rehabilitacji lub w zakładzie fizjoterapii, w cyklu zabiegowym Fundusz finansuje liczbę zabiegów oraz liczbę dni zabiegowych, określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

14. W ramach zakresu świadczeń – fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia domowa, świadczeniobiorca albo opiekun potwierdza każdego dnia realizację zabiegów fizjoterapeutycznych przez złożenie podpisu w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem ust. 21.

15. We wszystkich zakresach świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, świadczenia udzielane są według indywidualnego planu usprawniania, ustalonego przez lekarza lub uprawnionego fizjoterapeutę zgłoszonego do umowy, który zależy od stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

16. Zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane są na podstawie skierowania określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Pominięcie w skierowaniu danych, wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, o którym mowa w zdaniu pierwszym, traktowane jest jako brak w skierowaniu i skutkuje jego zwrotem do lekarza kierującego.

17. Potwierdzeniem udzielenia świadczenia, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych zgodnie z § 4a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, jest odnotowanie w dokumentacji medycznej

indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy, zastosowanego narzędzia komunikacji oraz godziny rozpoczęcia realizacji świadczenia i jego zakończenia.

18. Zabiegi kinezyterapeutyczne, o których mowa w § 2 w ust. 1 pkt 11 lit. b, rozliczane są produktami rozliczeniowymi z katalogu zabiegów ze wskazaniem procedur określonych w **załączniku nr 1n** do zarządzenia, i odpowiadającym świadczeniom realizowanym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

19. W przypadku zabiegów kinezyterapeutycznych realizowanych w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, rozliczenie następuje zgodnie z **załącznikiem nr 1m** do zarządzenia.

20. Produkt rozliczeniowy - wizyta fizjoterapeutyczna nie jest wliczany do limitu 10 dniowego cyklu zabiegowego - w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej oraz limitu 80 dni zabiegowych - w przypadku fizjoterapii domowej.

21. Przepisów ust. 14 oraz § 13 ust. 1 nie stosuje się do świadczeń realizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

§ 13. 1. W ramach zakresów świadczeń realizowanych w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji, świadczeniobiorcy, z wyjątkiem dzieci do ukończenia 18. roku życia, potwierdzają realizację każdego osobodnia podpisem w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem § 12 ust. 21.

2. Warunkiem rozliczenia świadczeń w zakresie świadczeń - rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym jest sprawozdanie średnio pięciu procedur fizjoterapeutycznych dziennie zrealizowanych na rzecz świadczeniobiorcy, zgodnych z ustalonym planem w okresie sprawozdawczym.

3. Warunkiem rozliczenia świadczeń w zakresie świadczeń - rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym jest:

1) sprawozdanie średnio dwóch procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń wymienionych w ust. 5, zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1 godzina, dzieciom do ukończenia 3. roku życia;

2) sprawozdanie średnio dwóch procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym, spośród świadczeń wymienionych w ust. 5, zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 2 godziny, dzieciom w wieku: od rozpoczęcia 4. roku życia do ukończenia 7. roku życia;

3) sprawozdanie średnio trzech procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym, spośród

świadczeń wymienionych w ust. 5, zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 3 godziny, dzieciom w wieku: od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 18. roku życia.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń dzieciom, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, o których mowa w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329) współpracuje z poradnią neonatologiczną realizującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dziecięcej opieki koordynowanej. Współpraca, o której mowa w zdaniu pierwszym, polega w szczególności na wzajemnym udzielaniu informacji o stanie zdrowia, potrzebach i postępach rehabilitacyjnych pacjenta. Wzajemne udzielanie informacji odbywa się, bezpośrednio przez świadczeniodawcę albo za pośrednictwem świadczeniobiorcy, w postaci papierowej albo elektronicznej, którą dołącza się do dokumentacji medycznej.

5. W ramach osobodnia podlegającego rozliczeniu w zakresie świadczeń rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym realizowane są świadczenia obejmujące 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, tyflopedagogiki, 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.

6. Warunkiem rozliczenia świadczeń w zakresie świadczeń - rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym jest:

- 1) sprawozdanie średnio dwóch procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń wymienionych w ust. 7, zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1 godzina, świadczeniobiorcom w wieku: do ukończenia 7. roku życia;

2) sprawozdanie średnio trzech procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń, o których mowa w ust. 7, zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny świadczeniobiorcom w wieku: od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 19. roku życia;

3) sprawozdanie średnio dwóch procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń, o których mowa w ust. 7, zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1 godzina świadczeniobiorcom w wieku: od rozpoczęcia 20. roku życia.

7. W ramach osobodnia podlegającego rozliczeniu w rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym, realizowane są świadczenia obejmujące 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. Warunkiem rozliczenia świadczeń w zakresie świadczeń - rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym jest:

1) sprawozdanie średnio dwóch procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń wymienionych w ust. 9; zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1 godzina świadczeniobiorcom w wieku: do ukończenia 7. roku życia;

2) sprawozdanie średnio trzech procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń wymienionych w ust. 9; zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny świadczeniobiorcom w wieku: od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 19. roku życia;

3) sprawozdanie średnio dwóch procedur dziennie, w tym dodatkowo różnych procedur dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród świadczeń wymienionych w ust. 9; zrealizowanych w czasie nie krótszym niż 1 godzina świadczeniobiorcom w wieku: od rozpoczęcia 20. roku życia.

9. W ramach osobodnia podlegającego rozliczeniu w rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym realizowane są świadczenia obejmujące 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.

10. W ramach osobodnia podlegającego rozliczeniu w zakresach rehabilitacji realizowanej w ośrodkach dziennych sprawozdaniu podlegają procedury wymienione w **załączniku nr 9** do zarządzenia.

§ 14. 1. W przypadku udzielania świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych zgodnie z § 4a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, w zakresach realizowanych w ośrodku/oddziale dziennym, w dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy odnotowuje się zastosowane narzędzie komunikacji oraz godzinę rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczenia.

2. Finansowanie osobodnia możliwe jest po spełnieniu wymagań dotyczących liczby wykonanych procedur w zależności od charakterystyki osobodnia określonej w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji odpowiadającej danemu zakresowi świadczeń.

3. Świadczenia wykonane i rozliczone na rzecz jednego świadczeniobiorcy (wszystkie procedury) w ciągu jednego osobodnia powinny być zrealizowane:

- 1) z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, albo
- 2) w dostępie bezpośrednim w podmiocie leczniczym.

4. W przypadku realizacji osobodnia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych rozliczenie następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,69.

§ 15. 1. Rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa i rehabilitacja ogólnoustrojowa, w warunkach stacjonarnych, rozliczana jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, stanowiącym **załącznik nr 1r** do zarządzenia.

2. Finansowanie świadczeń w rehabilitacji neurologicznej w ramach JGP odbywa się na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy określonej w **załączniku nr 3** do zarządzenia, w oparciu o skale medyczne, zgodnie z **załącznikami nr 4a-4e** do zarządzenia.

3. Finansowanie świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w ramach JGP odbywa się na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy i warunków rozliczania, określonej w **załączniku nr 3** oraz **załącznikach nr 3a i 3b** do zarządzenia.

4. Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących daną grupę w rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej i rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych określony jest w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

5. W sytuacji rozliczania produktu: 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, określonego w **załączniku nr 1n** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 6** do zarządzenia.

6. W rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wyodrębnia się zakres skojarzony: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla pacjentów po leczeniu operacyjnym, w ramach którego rozliczeniu podlegają grupy ROC01 i ROO03 z Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, określonym w **załączniku nr 1r** do zarządzenia.

7. Dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń żywienia pozajelitowego oraz żywienia dojelitowego ze świadczeniami rehabilitacyjnymi realizowanymi w warunkach stacjonarnych. W sytuacji świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 7 i 8** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.

8. W ramach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

§ 16. 1. Finansowanie świadczenia - leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej u pacjentów ze śpiączką, w tym w szczególności wszczepienie i uzupełnienie pompy, odbywa się na podstawie odrębnie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, której wzór jest określony w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie albo umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna, której wzór jest określony w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2. Warunkiem zakwalifikowania świadczeniobiorcy do programu zdrowotnego w zakresie świadczeń:

1) leczenie dzieci ze śpiączką - jest udokumentowana ocena stanu klinicznego świadczeniobiorcy, na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych, z zastosowaniem wzoru określonego w **załączniku nr 4f** do zarządzenia;

2) leczenie dorosłych chorych ze śpiączką - jest udokumentowana ocena stanu klinicznego świadczeniobiorcy, na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych, z zastosowaniem wzoru określonego w **załączniku nr 4g** do zarządzenia.

3. W ramach leczenia dzieci ze śpiączką oraz dorosłych chorych ze śpiączką, kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

§ 17. 1. W rozliczaniu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz w rodzaju programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, stosuje się rozliczenie przez cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej.

2. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawcę podlega weryfikacji przez oddział Funduszu.

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

§ 18. Przedstawiając produkty rozliczeniowe do rozliczenia w zakresach świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

1) przy świadczeniach realizowanych 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 świadczeniobiorca za zgodą świadczeniodawcy okresowo przebywał poza zakładem leczniczym, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, a także osobodni niewykorzystanych przez świadczeniobiorcę 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;

6) fakt przebywania świadczeniobiorcy za zgodą świadczeniodawcy okresowo poza miejscem udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 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;

8) świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach skojarzonych udzielane są świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu

niepełnosprawności na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932). Kopia orzeczenia jest dołączana do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

9) świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie skojarzonym rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla pacjentów po leczeniu operacyjnym udzielane są świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do grup ROC01 i ROO03. Kwalifikacja do grupy ROO03 odbywa się zgodnie z **załącznikiem nr 3a** do zarządzenia.

§ 19. Przedstawiając produkty rozliczeniowe do rozliczenia w zakresie świadczeń leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką w rodzaju programy zdrowotne, świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

1) pierwszym dniem, od którego rozpoczyna się czas trwania świadczenia jest dzień przyjęcia pacjenta przez świadczeniodawcę do miejsca udzielania świadczeń w ramach programu;

2) osobodni pobytu pacjenta ze śpiączką żywionego dojelitowo dietą przemysłową są rozliczane u chorych, u których wytworzono sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego;

3) do łącznego czasu realizacji programu wlicza się osobodni przebywania pacjenta poza miejscem udzielania świadczeń w ramach programu zdrowotnego, w tym w ramach leczenia w innych zakresach świadczeń;

4) do osobodni podlegających rozliczeniu nie wlicza się dni pobytu w oddziale szpitalnym;

5) dopuszcza się łączne finansowanie osobodnia pobytu chorego ze śpiączką w miejscu udzielania świadczeń w ramach programu zdrowotnego ze świadczeniem związanym z uzupełnieniem pompy baklofenowej w ramach leczenia spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, na podstawie odrębnie zawartych umów, o których mowa w § 16 ust.1;

6) 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 świadczeń leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką;

7) informację o dacie przyjęcia pacjenta przez świadczeniodawcę do miejsca udzielania świadczeń w ramach programu oraz o dacie wybudzenia pacjenta ze

śpiączki, świadczeniodawca przekazuje do oddziału Funduszu w raporcie statystycznym;

8) możliwe jest rozliczenie przez świadczeniodawcę kolejnych 30 osobodni liczonych od dnia następnego po dniu wybudzenia pacjenta ze śpiączki, z zastrzeżeniem, że ogólny czas trwania programu, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie programów zdrowotnych, nie może przekroczyć 15 miesięcy.

§ 20. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. 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.

3. 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.

4. W rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej i ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla rozliczenia hospitalizacji wyznacza się jedną grupę, zgodnie z **załącznikiem nr 1r** do zarządzenia, bez względu na czas trwania hospitalizacji.

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

6. W przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, o których mowa w § 13 ust. 4 oraz w § 18 pkt 8, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, w umowach zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji tych świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę

jednostek rozliczeniowych oraz wartość wynikającą z wartości tych świadczeń zrealizowanych w kwartale, w którym udzielono tych świadczeń.

7. Warunkiem zwiększenia kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 6, jest przekazanie do poradni neonatologicznej, o której mowa w § 13 ust. 4, przez świadczeniodawcę realizującego świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, informacji o stanie zdrowia i postępach rehabilitacyjnych pacjenta.

8. Warunkiem zwiększenia kwoty zobowiązania, określonej w ust. 6, w przypadku świadczeniobiorców o których mowa w § 18 pkt 8, jest przekazanie przez świadczeniodawcę realizującego świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza informacji dotyczącej orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności.

9. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i terminami określonymi w umowie.

10. 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 rehabilitację wskazanego do realizacji umowy w danym zakresie, którego dotyczy wnioski o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń.

11. W przypadku gdy w umowie na realizację świadczeń brak wykazanego lekarza prowadzącego rehabilitację, decyzję o przedłużeniu rehabilitacji podejmuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w ramach porady realizowanej w warunkach domowych.

12. Wniosek, o których mowa w ust. 10, przekazuje się do oddziału Funduszu, nie później niż 7 dni przed zakończeniem czasu trwania rehabilitacji, który został określony w rozporządzeniu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

13. Wzór wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń określony jest w **załączniku nr 1 i nr 7** do zarządzenia o indywidualne rozliczenie.

14. W przypadku przedstawienia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w oddziale (ośrodku) dziennym, dopuszcza się indywidualne rozliczenie świadczeń osobom pełnoletnim, jednak nie dłużej niż do ukończenia 25. roku życia. Wniosek przekazuje się do oddziału Funduszu, nie później niż nie później niż 7 dni przed dniem rozpoczęcia przez

świadczeniobiorcę 26. roku życia. Wzór wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia o indywidualne rozliczenie.

15. W przypadkach uzasadnionych medycznie, po podjęciu decyzji przez zespół terapeutyczny o wydłużeniu leczenia w programie leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, rozliczenie czasu trwania leczenia powyżej 12 miesięcy, o których mowa w rozporządzeniu w zakresie programów zdrowotnych, może nastąpić za pisemną zgodą dyrektora oddziału Funduszu – na wniosek lekarza prowadzącego. Wniosek przekazuje się do oddziału Funduszu, nie później niż 7 dni przed końcem czasu trwania rehabilitacji, który został określony w rozporządzeniu, o którym mowa w zdaniu pierwszym. Wzór wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń określony jest w **załączniku nr 1** do zarządzenia o indywidualne rozliczenie.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 21. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte.

§ 22. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne – w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 23. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

§ 24. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od

dnia 1 stycznia 2021 r.

§ 25. Traci moc zarządzenie Nr 183/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

§ 26. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Filip Nowak
p.o. PREZESA NFZ

Załączniki:

Załącznik nr 1m - Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych

Załącznik nr 1n - Katalog zakresów świadczeń

Załącznik nr 1r - Katalog Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej

Załącznik nr 2 - Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza

Załącznik nr 3 - Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta/warunki rozliczania

Załącznik nr 3a - Procedury medyczne wg ICD-9 kwalifikujące do rehabilitacji ogólnoustrojowej po leczeniu operacyjnym ROO

Załącznik nr 3b - Rozpoznanie medyczne wg ICD-10 kwalifikujące do rehabilitacji ogólnoustrojowej po leczeniu zachowawczym ROZ

Załącznik nr 4a - Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL – wzór

Załącznik nr 4b - Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu (neurologia chorych dorosłych) – wzór

Załącznik nr 4c - Standardowa neurologiczna klasyfikacja uszkodzeń rdzenia kręgowego

Załącznik nr 4d - GMFCS System klasyfikacji funkcji motoryki dużej – rozszerzony i poprawiony

Załącznik nr 4e - Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne/pielęgnacyjne - rehabilitacja neurologiczna dzieci – wzór

Załącznik nr 4f - Kwalifikacja pacjenta do programu zdrowotnego - leczenie dzieci ze śpiączką – wzór

Załącznik nr 4g - Kwalifikacja pacjenta do programu zdrowotnego - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką – wzór

Załącznik nr 5 - Charakterystyka grup

Załącznik nr 6 - Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

Załącznik nr 7 - Karta kwalifikacji do leczenia żywieniowego

Załącznik nr 8 - Karta leczenia żywieniowego

Załącznik nr 9 - Procedury medyczne wg ICD-9 realizowane w ramach rehabilitacji w ośrodkach dziennych.