

Zarządzenie Nr 56 /2009/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 października 2009 r.
w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów
w rodzaju
rehabilitacja lecznicza

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1.

Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **fizjoterapeuta** -

- a) magistra fizjoterapii, o którym mowa w pkt 4,
- b) osobę, która rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskała tytuł **licencjata** na tym kierunku,
- c) osobę, która ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy **technik fizjoterapii**;

2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241 i Nr 161, poz. 1278.

- 3) **katalog zakresów świadczeń** – wykaz świadczeń kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 4) **magister fizjoterapii** – osobę, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
 - b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej,
 - e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji;
- 5) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 6) **oddział Funduszu** - oddział wojewódzki Funduszu;
- 7) **osobodzień** – sposób rozliczania świadczeń sprawozdawanych w przeliczeniu na punkt;
- 8) **punkt** – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń opisanych w katalogach zawartych w załączniku nr 1 do zarządzenia;
- 9) **świadczenia** - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka dziennego i stacjonarnych;
- 10) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w § 1 pkt 17 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „ogólnymi warunkami umów”, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145), zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

Przedmiotem postępowania jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą realizować świadczenia w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą jest realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz.
2. Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane są w warunkach, o których mowa w § 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.
4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

1. 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., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3, z późn. zm.²⁾), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

²⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r., zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 329 z 17.12.2003 r., str. 1 – 270).

- 1) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 2) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 3) 85111400-4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne;
- 4) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
- 5) 85142100-7 Usługi fizjoterapii;
- 6) 85312100-0 Usługi opieki dziennej;
- 7) 85312110-3 Usługi opieki dziennej nad dziećmi;
- 8) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
- 9) 85312120-6 Usługi opieki dziennej nad dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną;
- 10) 85144000-0 Usługi zakładów opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 6.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wymaganiami określonymi w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w ogólnych warunkach umów oraz w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia i realizacji umowy, o której mowa w § 4 ust. 1, powinien spełniać warunki realizacji świadczeń określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
3. Jeżeli na podstawie umowy, świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach, każde z nich musi spełniać wymagania określone w ust. 2.
4. W przypadku zlecenia przez świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141), zlecenie musi być zgodne z tym załącznikiem oraz z załącznikiem nr 1, 4 i 5 do aktualnego zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

5. Umowy o udzielanie świadczeń w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia domowa zawierane są ze świadczeniodawcą alternatywnie.

Zasady udzielania świadczeń

§ 7.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

§ 8.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
5. Świadczenia, na wykonanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, wskazane w załączniku nr 2 do umowy - „Harmonogram – zasoby”.
6. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń, zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy - „Harmonogram – zasoby”.
7. Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych stanowi **załącznik nr 4** do zarządzenia.

8. Świadczeniodawca realizujący świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest zobowiązany do realizacji tych świadczeń również w warunkach domowych.
9. W przypadku realizacji zakresu świadczeń: fizjoterapia ambulatoryjna, świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego.

Rozdział 5

Tryb kierowania i zasady udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych i domowych

§ 9.

1. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych i domowych realizuje się poprzez:
 - 1) poradę lekarską rehabilitacyjną;
 - 2) poradę lekarską rehabilitacyjną w warunkach domowych;
 - 3) wizytę fizjoterapeutyczną;
 - 4) wizytę fizjoterapeutyczną w warunkach domowych;
 - 5) zabiegi fizjoterapeutyczne;
 - 6) zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych.
2. Podstawą realizacji świadczeń w gabinecie rehabilitacji, zakładzie rehabilitacji lub zakładzie fizjoterapii jest skierowanie na cykl zabiegów, które powinno zawierać elementy określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
3. W przypadku konieczności dokonania zmiany zleconych zabiegów, niezbędne jest uzasadnienie merytoryczne oraz podpis specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, magistra fizjoterapii lub lekarza w karcie zabiegowej pacjenta.
4. W karcie zabiegów fizjoterapeutycznych świadczeniobiorca lub jego opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia podpisem lub przy pomocy karty ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Tryb kierowania oraz ważność (czas zarejestrowania) skierowania na realizację cyklu zabiegów określa załącznik Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
6. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach niekwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.

Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych

§ 10.

1. Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych to specjalistyczne świadczenia lub zestaw świadczeń udzielanych przez personel, określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
2. **Porada lekarska rehabilitacyjna** obejmuje czynności określone w § 5 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
3. Do poradni rehabilitacyjnej w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej nie jest tożsame ze skierowaniem na realizację cyklu zabiegów, o którym mowa w § 9 ust.2.
3. W poradni rehabilitacyjnej w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, na podstawie jednego skierowania, dopuszcza się w przypadkach uzasadnionych medycznie, objęcie opieką świadczeniobiorcę ze schorzeniami wymagającymi długotrwałej rehabilitacji, do czasu osiągnięcia poprawy w leczeniu danej jednostki chorobowej, jednak nie dłużej niż 12 miesięcy.
4. Ustalenie terminu porady, badania lub hospitalizacji oraz udzielenie odpowiedzi pisemnej lekarzowi kierującemu nie jest traktowane jako odrębna porada i nie podlega rozliczeniu.
5. **Wizyta fizjoterapeutyczna** obejmuje czynności określone w § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
6. **Wizyta fizjoterapeutyczna** może być rozliczona tylko przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii i tylko wtedy, gdy skierowanie do fizjoterapii wystawił lekarz ubezpieczenia zdrowotnego inny niż lekarz poradni rehabilitacyjnej, a jednocześnie skierowanie nie spełnia wymagań określonych w § 9 ust. 2 lub nie zapewnia pożądanego celu rehabilitacji. W tym przypadku w karcie zabiegowej osoba dokonująca zmiany zamieszcza uzasadnienie wyboru wizyty fizjoterapeutycznej oraz podpisuje się pod tym uzasadnieniem.
7. **Zabieg fizjoterapeutyczny** to świadczenie wymienione w katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, stanowiącym **załącznik nr 4** do zarządzenia, udzielane przez osobę uprawnioną, świadczeniobiorcom wszystkich grup wiekowych, u których wystąpiły dysfunkcje w przebiegu różnych chorób, urazów i uszkodzeń organizmu.

8. W gabinecie rehabilitacji, zakładzie rehabilitacji lub zakładzie fizjoterapii, w cyklu terapeutycznym Fundusz finansuje do 10 dni zabiegowych, nie więcej jednak niż 5 zabiegów dziennie. W przypadkach medycznie uzasadnionych lekarz kierujący może wypisać skierowanie od razu na dwa cykle zabiegowe.
9. Zasady udzielania świadczenia: krioterapia ogólnoustrojowa określa **załącznik nr 5** do zarządzenia.

Świadczenia udzielane w warunkach domowych

§ 11

1. **Fizjoterapia domowa** to świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania lub przebywania świadczeniobiorcy, przez personel wymieniony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, na podstawie skierowania określonego w tym załączniku.
2. **Porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych** obejmuje czynności wymienione w § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji realizowane w domu świadczeniobiorcy.
3. **Wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych** to świadczenie określone w § 10 ust. 5 i 6 realizowane w domu świadczeniobiorcy.
4. **Zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych** realizowany jest na zasadach określonych w § 10 ust. 7 dla określonych świadczeniobiorców, zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
5. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji w warunkach domowych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
6. Częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, liczbę zabiegów (do 5 zabiegów dziennie) oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący, dostosowując te parametry indywidualnie do potrzeb każdego świadczeniobiorcy.
7. Świadczeniobiorca albo opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.
8. W ramach rehabilitacji w warunkach domowych prowadzona jest również edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy i jego opiekunów obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń.
9. Po zakończeniu procesu usprawniania lekarz kierujący informuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście aktywnej znajduje się

świadczeniobiorca, o wynikach leczenia. Kopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji świadczeniobiorcy.

Rozdział 6

Świadczenia udzielane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego

§ 12.

1. Lekarz ośrodka lub oddziału rehabilitacji dziennej po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji do leczenia rehabilitacyjnego na podstawie skierowania i aktualnej dokumentacji medycznej.
2. Świadczeniobiorca, z wyjątkiem dzieci do 18 roku życia, korzystający z ośrodka dziennego rehabilitacji ogólnoustrojowej potwierdza realizację każdego osobodnia własnoręcznym podpisem.

§ 13.

1. **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym** to świadczenia polegające na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych), neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych, pulmonologicznych. W ramach świadczeń wykonywane są: kompleksowa rehabilitacja lub fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące.
2. W ramach osobodnia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym udzielane są:
 - 1) porady lekarskie;
 - 2) świadczenia z neuropsychologii, logopedii, psychoterapii;
 - 3) zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego świadczeniobiorcy;
 - 4) indywidualne zajęcia z świadczeniobiorcą, w zależności od jego stanu zdrowia;
 - 5) zajęcia grupowe, przy czym na 1 fizjoterapeutę może przypadać nie więcej niż 10 świadczeniobiorców .
3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

4. Świadczeniobiorca przebywa w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej nie krócej niż 3 godziny dziennie.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do realizacji świadczeń, dostosowanych do profilu schorzeń świadczeniobiorców.
6. Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców (w szczególności po mastektomii, ze stwardnieniem rozsianym, z dysfunkcją ręki) wymaga przedstawienia wraz z ofertą informacji określonych w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji (lp. 3 lit. a, kolumna trzecia ust. 6).

§ 14.

1. **Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym** realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (głównie z grupy wysokiego ryzyka ciężowo-porodowego) oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym.
2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym są punkty wskazane w **załączniku nr 1** do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku lub oddziale dziennym.
3. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego dziecka w rehabilitacji, w zależności od jego stanu zdrowia, oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń.
4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Po zakończeniu rehabilitacji lekarz prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
5. Rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje się:
 - 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla dzieci w wieku 0 – 3, w trakcie których wykonuje się średnio dwa świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;

- 2) w czasie nie krótszym niż 2 godziny dla dzieci w wieku 4 – 7, w trakcie których wykonuje się średnio dwa świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
 - 3) w czasie nie krótszym niż 3 godzin dla dzieci w wieku 8 – 18, w trakcie których wykonuje się średnio trzy świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7.
6. Do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym w szczególności kierowane są osoby:
- 1) z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego;
 - 2) z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie);
 - 3) z chorobami metabolicznymi układu nerwowego;
 - 4) z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego;
 - 5) z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej);
 - 6) z zespołami aberracji chromosomów (w tym z zespołem Downa);
 - 7) z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (w tym dziecięce porażenie mózgowie, miopatie, zaniki nerwowo - mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN);
 - 8) z zaburzeniami integracji sensorycznej;
 - 9) z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
 - 10) z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów.
7. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym obejmuje w szczególności:
- 1) poradę lekarską;
 - 2) świadczenia z zakresu psychologii, psychoterapii i neuropsychologii;
 - 3) świadczenia z zakresu logopedii;
 - 4) zabiegi z zakresu fizykoterapii;
 - 5) indywidualne zajęcia ze świadczeniobiorcą, dostosowane do stanu klinicznego świadczeniobiorcy (w tym kinezyterapia, masaż, nauka czynności życia codziennego);
 - 6) zajęcia grupowe, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 świadczeniobiorców.

§ 15.

1. **Rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym** obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno–terapeutyczną nad świadczeniobiorcami z uszkodzonym słuchem.
2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie: rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym są punkty wskazane w **załączniku nr 1** do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku lub oddziale dziennym.
3. Rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego świadczeniobiorcy w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń i realizacji zadań.
4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji określa załącznik Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
5. Po zakończeniu rehabilitacji lekarz lub terapeuta prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
7. Rehabilitację słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje się:
 - 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku 0 – 7, w trakcie którego wykonuje się średnio 2 świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
 - 2) w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla świadczeniobiorców w wieku 8-19, w trakcie którego wykonuje się średnio 3 świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
 - 3) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku powyżej 19 lat, w trakcie którego wykonuje się średnio 2 świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7.
7. Rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym obejmuje 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. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 świadczeniobiorców.
 9. W przypadku rehabilitacji dzieci świadczeniodawca ściśle współpracuje z rodzicami lub opiekunami dziecka. Współpraca polega na uczestnictwie (w miarę możliwości) w pracy terapeuty z dzieckiem, poradnictwie i instruktażu, co do postępowania rehabilitacyjnego w życiu codziennym świadczeniobiorcy.

§ 16.

1. **Rehabilitacja wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym** obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno–terapeutyczną nad świadczeniobiorcami z uszkodzonym wzrokiem.
2. Jednostkami rozliczeniowymi w zakresie rehabilitacja wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym są punkty, wskazane w **załączniku nr 1** do zarządzenia za każdy dzień świadczeń w ośrodku lub oddziale dziennym.
3. Rehabilitacja wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym polega na zindywidualizowanym uczestnictwie każdego świadczeniobiorcy w rehabilitacji w zależności od jego stanu zdrowia oraz na określeniu liczby, częstotliwości, rodzaju, kolejności wykonywania świadczeń i realizacji zadań.
4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji określa załącznik Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
5. Po zakończeniu rehabilitacji lekarz lub terapeuta prowadzący ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji, odnotowując to w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
6. Rehabilitację wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje się:
 - 1) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku 0–7, w trakcie którego wykonuje się średnio 2 świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;
 - 2) w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla świadczeniobiorców w wieku 8-19, w trakcie którego wykonuje się średnio 3 świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7;

- 3) w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla świadczeniobiorców w wieku powyżej 19 lat, w trakcie którego wykonuje się średnio 2 świadczenia u każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym spośród wymienionych w ust. 7.
7. Rehabilitacja wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym obejmuje 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.
8. Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 świadczeniobiorców.
9. W przypadku rehabilitacji dzieci świadczeniodawca ściśle współpracuje z rodzicami lub opiekunami dziecka. Współpraca polega na uczestnictwie (w miarę możliwości) w pracy terapeuty z dzieckiem, poradnictwie i instruktażu, co do postępowania rehabilitacyjnego w życiu codziennym świadczeniobiorcy.

§ 17.

1. **Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym** jest udzielana świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych i którzy nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, a w szczególności świadczeniobiorcom po:
 - 1) ostrych zespołach wieńcowych;
 - 2) plastyce naczyń wieńcowych;
 - 3) zabiegach kardiochirurgicznych;
 - 4) zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej;
 - 5) zaostrzeniach niewydolności serca.
2. Rehabilitacja prowadzona jest w oparciu o indywidualnie dobrany schemat treningowy przygotowany przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej we współpracy z magistrem fizjoterapii. Schemat ustala się na podstawie przeprowadzonego testu wysiłkowego na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, wyników innych nieinwazyjnych badań kardiologicznych (EKG metodą Holtera, monitorowanie

- ciśnienia tętniczego metodą Holtera) oraz ogólnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy.
3. Rehabilitacja obejmuje stosowanie ćwiczeń fizycznych o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości, uwzględniających globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych oraz wynik badania wysiłkowego. Schemat rehabilitacji obejmuje również fizykoterapię, zajęcia edukacyjne, interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.
 4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku lub oddziale dziennym został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

§ 18.

1. **Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku lub oddziale dziennym** to ogół działań rehabilitacyjnych mający na celu poprawę sprawności funkcjonowania układu oddechowego poprzez:
 - 1) poprawę wentylacji płuc;
 - 2) zapobieganie następstwom chorób układu oddechowego;
 - 3) poprawę mechaniki oddychania w przebiegu przewlekłych chorób układu oddechowego;
 - 4) poprawę sprawności ogólnej funkcjonowania ustroju;
 - 5) wykorzystanie rezerw oddechowych w razie nieodwracalnych zmian w obrębie układu oddechowego;
 - 6) nabycie niezbędnej wiedzy dotyczącej istoty choroby.
2. Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku lub oddziale dziennym prowadzona w warunkach ośrodka dziennego w naturalnych podziemnych komorach solnych ma na celu wykorzystanie ich specyficznego mikroklimatu.
3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

Rozdział 7

Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych

§ 19.

1. Celem rehabilitacji w warunkach stacjonarnych jest:
 - 1) w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej i rehabilitacji neurologicznej:

- a) wyleczenie, bądź zmniejszenie dysfunkcji układu nerwowego spowodowanych ostrym incydem mózgowym, urazem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub będących skutkiem wykonywanego zabiegu operacyjnego na OUN,
 - b) przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym,
 - c) ograniczenie powstających deficytów lub niepełnosprawności na skutek przebytego incydem mózgowego lub urazu;
- 2) w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej:
- a) wyleczenie, bądź zahamowanie rozwoju choroby,
 - b) niedopuszczenie do rozwoju niewydolności oddechowej,
 - c) przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym;
- 3) w przypadku rehabilitacji kardiologicznej:
- a) skrócenie czasu leczenia po ostrych stanach kardiologicznych i na każdym etapie leczenia,
 - b) przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym,
 - c) zahamowanie postępu choroby,
 - d) zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia.
2. Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych może udzielać świadczeń w innych zakresach rehabilitacji stacjonarnej, jeżeli spełnia wymagania dotyczące tych zakresów określone **w załączniku nr 3** do zarządzenia.

§ 20

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych

1. Świadczenia przeznaczone dla świadczeniobiorców, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego, a w szczególności dla świadczeniobiorców po:
 - 1) urazach,
 - 2) zabiegach operacyjnych,

- 3) zaostrzeniach chorób przewlekłych
- którzy jednocześnie wymagają innych działań terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.
2. Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna lub kopia, potwierdzająca rozpoznanie.
3. Lekarz oddziału rehabilitacyjnego po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania i dokumentacji medycznej, określonych w ust. 2.
4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

§ 21.

Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych

1. Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców ze schorzeniami neurologicznymi wszystkich grup wiekowych, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.
2. Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach:
 - a) rehabilitacji neurologicznej wczesnej,
 - b) rehabilitacji neurologicznej wtórnej,
 - c) rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń OUN,
3. Lekarz oddziału rehabilitacji neurologicznej przy przyjęciu kwalifikuje świadczeniobiorcę na podstawie skierowania i badania lekarskiego do jednego z typów rehabilitacji neurologicznej, o którym mowa w ust. 2.

§ 22.

1. **Rehabilitacja neurologiczna wczesna** w warunkach stacjonarnych to udzielanie świadczeń w oddziale rehabilitacji neurologicznej do 3 miesięcy od wystąpienia ostrego incydentu mózgowego lub urazu OUN lub wykonanego zabiegu na OUN.
2. Przyjęcie do oddziału realizującego rehabilitację neurologiczną wczesną następuje w drodze uzgodnień między lekarzem kierującym a lekarzem tego oddziału. Zasad tych nie stosuje się w przypadku dzieci do 18 roku życia.
3. Lekarz oddziału rehabilitacji neurologicznej po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania.

4. Od chwili zakwalifikowania świadczeniobiorcy do rehabilitacji w oddziale rehabilitacji neurologicznej do chwili przyjęcia świadczeniobiorcę do oddziału nie powinno upłynąć więcej niż 21 dni.
5. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji neurologicznej wczesnej w warunkach stacjonarnych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
6. Przedłużenie rehabilitacji neurologicznej wczesnej może być kontynuowane jako rehabilitacja neurologiczna wtórna.

§ 23.

1. **Rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń OUN** (w tym paraplegii i tetraplegii) w warunkach stacjonarnych to świadczenia udzielane na oddziale rehabilitacji neurologicznej dla świadczeniobiorców z 5 stopniem według zmodyfikowanej skali Rankina, stanowiącej załącznik Nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Oceny według skali opartej na skali Rankina nie stosuje się do kwalifikacji dzieci do ukończenia 18. roku życia.
2. Przyjęcie do oddziału rehabilitacji neurologicznej dla świadczeniobiorców z ciężkim uszkodzeniem OUN nie wymaga uzgodnień między lekarzem kierującym, a lekarzem tego oddziału w przypadku dzieci do 18 roku życia.
3. Po zakwalifikowaniu do rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń OUN świadczeniobiorca, z wyłączeniem dzieci do 18 roku życia, powinien zostać przyjęty do oddziału rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału kierującego.
4. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń OUN w warunkach stacjonarnych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
5. Przedłużenie rehabilitacji może być kontynuowane jako rehabilitacja neurologiczna wtórna.

§ 24.

1. **Rehabilitacja neurologiczna wtórna** to udzielanie świadczeń w oddziale rehabilitacji neurologicznej świadczeniobiorcom, którzy nie kwalifikują się do rehabilitacji neurologicznej wczesnej oraz ciężkich uszkodzeń OUN, a stan ich zdrowia wymaga lub kwalifikuje do rehabilitacji neurologicznej.
2. Lekarz oddziału rehabilitacji neurologicznej po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania.

3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji neurologicznej wtórnej w warunkach stacjonarnych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

§ 25.

Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych

1. Świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych udzielane są świadczeniobiorcom wymagającym stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej w procesie leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc.
2. Lekarz oddziału rehabilitacji pulmonologicznej po ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje kwalifikacji na podstawie skierowania.
3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.
4. Do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych kierowani są w szczególności świadczeniobiorcy cierpiący na:
 - 1) przewlekłe nieżyty oskrzeli, zanikowe, śluzowe, śluzowo-ropne, po przebytych zaostrzeniach z zaburzeniami wentylacji;
 - 2) rozedmę i pylicę płuc z towarzyszącym nieżytem oskrzeli;
 - 3) POChP;
 - 4) przewlekłe śródmiąższowe choroby płuc z zaburzeniami wentylacji;
 - 5) astmę oskrzelową, po zaostrzeniach;
 - 6) rozstrzenie oskrzeli;
 - 7) mukowiscydozę;
 - 8) stany po przebyłym odoskrzelowym zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
 - 9) stany po przebyłym wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
 - 10) stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.
5. Do rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w warunkach stacjonarnych kierowani są w szczególności świadczeniobiorcy cierpiący na:
 - 1) nawracające zapalenia oskrzeli;
 - 2) stany po zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia);
 - 3) stany po przebyłym RDS;
 - 4) astmę oskrzelową;

- 5) mukowiscydozę;
 - 6) wrodzone wady układu oddechowego;
 - 7) stany po aspiracji ciała obcego;
 - 8) stany po zabiegach torakochirurgicznych;
 - 9) zespoły zatokowo-oskrzelowe;
 - 10) rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem;
 - 11) wszelkie nawracające schorzenia dróg oddechowych towarzyszące innym przewlekłym chorobom, takim jak: epilepsja i inne schorzenia neurologiczne lub zespoły złego wchłaniania;
 - 12) wrodzone wady serca, wady postawy.
6. Przeciwwskazania do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w warunkach stacjonarnych stanowią:
- 1) choroby układu oddechowego z objawami niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej;
 - 2) choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń;
 - 3) ostre stany chorobowe;
 - 4) choroby nowotworowe;
 - 5) gruźlica płuc;
 - 6) zaawansowana pylica;
 - 7) promienica płuc;
 - 8) astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji;
 - 9) rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem;
 - 10) stany przebiegające z krwiopluciem i po niedawno przebytych krwotokach.

§ 26.

Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych

1. Świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych udzielane są świadczeniobiorcom z wysokim poziomem ryzyka lub powikłanym przebiegiem leczenia w szczególności po:
 - 1) ostrych zespołach wieńcowych (stany wczesne) - do 4 tygodni po zdarzeniu, a w przypadku powikłań do 6 tygodni;
 - 2) zabiegach kardiologicznych – do 6 tygodni od zabiegu, a w przypadku powikłań do 8 tygodni;

- 3) innych schorzeniach układu krążenia ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej warunkach stacjonarnych - do 4 tygodni po zdarzeniu, a w przypadku powikłań do 6 tygodni lub po zaostrzeniu niewydolności serca.
2. Przyjęcie do oddziału rehabilitacji kardiologicznej następuje w drodze uzgodnień między lekarzem oddziału szpitalnego a lekarzem kierującym pod warunkiem, iż stan zdrowia świadczeniobiorcy zezwala na czynny udział w procesie rehabilitacji kardiologicznej.
3. Tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

Rozdział 8

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 27.

1. W rodzaju rehabilitacja lecznicza stosuje się rozliczenie przez cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej.
2. Jednostką rozliczeniową jest punkt.
3. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.
4. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku.
5. Świadczeniodawca składa do oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.
6. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział wojewódzki Funduszu.
7. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym, Fundusz przekazuje zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek.
8. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za punkt.
9. Liczby punktów przypisane świadczeniom będącym przedmiotem umowy, określone są w **załączniku nr 1** oraz **załączniku nr 4** do zarządzenia.

§ 28.

1. Przedstawiając świadczenia do zapłaty świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

1) w warunkach stacjonarnych i w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane; przez osobodzień „faktycznie wykonany” rozumie się każdy rozpoczęty osobodzień pobytu na oddziale stacjonarnym lub w ośrodku lub oddziale dziennym;

2) do osobodni podlegających rozliczeniu nie zalicza się dni kalendarzowych, w czasie których świadczeniobiorca przebywał na przepustce lub był urlopowany przez więcej niż 12 godzin w ciągu doby, a także osobodni nie wykorzystanych 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 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 oraz w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej, z zabiegami krioterapii ogólnoustrojowej, w ilości nie większej niż 10, wykonanymi w trakcie pobytu świadczeniobiorcy w oddziale;

6) fakt przebywania świadczeniobiorcy na przepustce powinien być każdorazowo odnotowany w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

7) Fundusz finansuje wczesną rehabilitację neurologiczną, jeśli rozpoczyna się do 3 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego lub urazu OUN lub wykonanego zabiegu operacyjnego na OUN.

2. 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 świadczeń leczenia szpitalne.

§ 29.

1. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w ogólnych warunków umów oraz w umowie, której wzór stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
2. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo, dokumentacji wymaganej warunkami zarządzenia.
3. Świadczeniodawca zobowiązany 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 metodami finansowania określonymi dla poszczególnych zakresów świadczeń i przyjętymi umową.
4. W raporcie statystycznym, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca przy rozliczaniu wykonanych świadczeń sprawozdaje w szczególności rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD – 10), których wykaz stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia.
5. W przypadku, gdy istnieje medycznie uzasadniona potrzeba rehabilitacji świadczeniobiorcy z rozpoznaniem spoza wykazu określonego w **załączniku nr 6** do zarządzenia, dyrektor oddziału Funduszu, na uzasadniony medycznie wniosek świadczeniodawcy, może dopuścić do rozliczania tych świadczeń.
6. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową.
7. Pobieranie dopłat do kosztów zakwaterowania i wyżywienia w zakładach rehabilitacyjnych świadczących usługi całodobowo, zgodnie z art. 18 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) możliwe jest tylko w przypadku zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń całodobowo, zarejestrowanych w księdze rejestrowej pod kodem HP.1.5 jako jedynym kodem opisującym działalność takich zakładów. Jednocześnie zakład ten nie może udzielać świadczeń w innych rodzajach i zakresach.

§ 30.

Z dniem 31 grudnia 2009 r. tracą moc przepisy zarządzenia Nr 85/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza zmienione zarządzeniem Nr 17/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 marca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, oraz zarządzeniem Nr 30/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lipca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

§ 31.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2010 r.

§ 32.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes

Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Paszkiewicz