**ZESTAWIENIE TABELARYCZNE STAWEK JEDNOSTKOWYCH W RAMACH KONKURSU nr RPSL.08.03.02-IZ.01-24-388/20**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022** | | | | |
| **Stawka jednostkowa** | **Stawka jednostkowa - koszt** | **Zakres stawki jednostkowej** | **Wskaźnik rozliczający stawkę jednostkową + definicja** | **Sposób pomiaru wskaźnika** |
| Koszt uczestnictwa 1 osoby  **w konsultacji lekarskiej** kwalifikującej do uczestnictwa w programie | **120,00 PLN** | **konsultacja lekarska kwalifikująca do uczestnictwa w Programie** | ***Liczba osób uczestniczących  w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu*** *[osoba] –*  Wskaźnik mierzony w momencie udziału uczestnika  w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu. Wskaźnik obejmuje wszystkie osoby, biorące udział w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu | **Potwierdzenie udziału w konsultacji lekarskiej kwalifikującej do programu**[[1]](#footnote-1) lub dokument równoważny, zawierający co najmniej dane wskazane w minimalnym wzorze potwierdzenia[[2]](#footnote-2) **oraz wykaz osób wraz  z** oświadczeniami[[3]](#footnote-3) potwierdzającymi kwalifikacje/doświadczenie personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w Programie zgodnie z wymogami RPZ.  **Minimalny zakres potwierdzenia udziału w konsultacji lekarskiej kwalifikującej do programu powinien obejmować**: potwierdzenie weryfikacji rozpoznania choroby, potwierdzenie zakończenia radykalnego leczenia onkologicznego, stwierdzenie braku przeciwskazań do udziału w programie, zakwalifikowanie pacjenta do udziału  w działaniach kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych lub sanatoryjnych.  Konsultacja lekarska powinna być zgodna z zakresem wskazanym  w części 3 RPZ - Planowane interwencje, pkt. 3.2 Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II). |
| Koszt uczestnictwa 1 osoby w programie w odniesieniu do rehabilitacji  **w warunkach ambulatoryjnych** | **1 454,00 PLN** | Uczestnictwo w następujących formach wsparcia łącznie:   * + porada fizjoterapeutyczna;   + rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych (zgodnie z zakresem RPZ);   + kontrolna wizyta lekarska realizowana po 2 miesiącach od ukończenia działań kompleksowej rehabilitacji leczniczej  w warunkach ambulatoryjnych; | ***Liczba osób uczestniczących  w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych*** *[osoba] –*  Wskaźnik mierzony w momencie zakończenia udziału uczestnika Programu w kompleksowej rehabilitacji leczniczej. Do osiągniętej wartości wskaźnika należy uwzględnić osobę, która zrealizowała (zakończyła) zaplanowany zakres interwencji w ramach Indywidualnego planu rehabilitacyjnego w standardzie przewidzianym w Programie  **- w warunkach ambulatoryjnych.** Wskaźnik nie obejmuje osób, które przerwały udział w Programie. | **Indywidualny plan rehabilitacji**  **(w warunkach ambulatoryjnych)**[[4]](#footnote-4) zatwierdzony przez lekarza specjalistę na etapie konsultacji lekarskiej kwalifikującej do uczestnictwa w Programie[[5]](#footnote-5), oraz **potwierdzenie[[6]](#footnote-6) udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej *w warunkach ambulatoryjnych*** (zgodnie z zakresem RPZ) wraz z wykazem otrzymanych świadczeń[[7]](#footnote-7) (lub dokument równoważny zawierający co najmniej dane wskazane w minimalnym wzorze potwierdzenia) oraz **wykaz osób wraz  z oświadczeniami[[8]](#footnote-8)** potwierdzającymi kwalifikacje/doświadczenie personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych  w Programie zgodnie z wymogami RPZ.  **Minimalny zakres potwierdzenia udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej wraz z wykazem otrzymanych świadczeń  w ramach RPZ w warunkach ambulatoryjnych powinien obejmować:** liczbę porad fizjoterapeutycznych, wizytę kontrolą, liczbę działań edukacyjnych (w zakresie edukacji zdrowotnej, żywieniowej oraz psychoedukacji), oraz dokładne wskazanie wykonanych usług w ramach Indywidualnego planu rehabilitacji.  Wszystkie wskazane powyżej usługi powinny być zgodne z zakresem wskazanym w części 3 RPZ - Planowane interwencje, pkt. 3.2 Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II), ze szczególnym uwzględnieniem pkt A. Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych (…). |
| Koszt uczestnictwa 1 osoby w programie w odniesieniu do rehabilitacji  **w warunkach sanatoryjnych** | **2 396,00 PLN** | Uczestnictwo w następujących formach wsparcia łącznie:   * + porada fizjoterapeutyczna;   + rehabilitacja w warunkach sanatoryjnych (zgodnie z zakresem RPZ);   + kontrolna wizyta lekarska realizowana po 2 miesiącach od ukończenia działań kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach sanatoryjnych; | ***Liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach sanatoryjnych*** *[osoba] –*  Wskaźnik mierzony w momencie zakończenia udziału uczestnika Programu w kompleksowej rehabilitacji leczniczej. Do osiągniętej wartości wskaźnika należy uwzględnić osobę, która zrealizowała (zakończyła) zaplanowany zakres interwencji w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej (Indywidualnego planu rehabilitacyjnego) w standardzie przewidzianym w Programie – **w warunkach sanatoryjnych.** Wskaźnik nie obejmuje osób, które przerwały udział w Programie. | **Program rehabilitacji onkologicznej - Indywidualny plan rehabilitacyjny (w warunkach sanatoryjnych)[[9]](#footnote-9)** zatwierdzony przez lekarza specjalistę[[10]](#footnote-10), oraz **potwierdzenie[[11]](#footnote-11) udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej *w warunkach sanatoryjnych*** wraz z wykazem otrzymanych świadczeń[[12]](#footnote-12) lub dokument równoważny zawierający co najmniej dane wskazane w minimalnym wzorze potwierdzenia oraz **wykaz osób wraz  z oświadczeniami[[13]](#footnote-13)** potwierdzającymi kwalifikacje/doświadczenie personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w Programie zgodnie z wymogami RPZ.  **Minimalny zakres potwierdzenia udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej wraz z wykazem otrzymanych świadczeń w ramach RPZ w warunkach sanatoryjnych powinien obejmować:** liczbę porad fizjoterapeutycznych, wizytę kontrolną, potwierdzenie zakwaterowania oraz wyżywienia w formie 3 posiłków dziennie, liczbę wizyt lekarskich u specjalisty w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, potwierdzenie całodobowej opieki pielęgniarskiej, liczbę działań edukacyjnych (w zakresie edukacji zdrowotnej, żywieniowej oraz psychoedukacji), liczbę indywidualnych konsultacji psychologicznych, potwierdzenie wizyty lekarskiej w ostatnim dniu pobytu realizowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej oraz dokładne wskazanie wykonanych usług w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej.  Wszystkie wskazane powyżej usługi powinny być zgodne z zakresem wskazanym w części 3 RPZ - *Planowane interwencje, pkt. 3.2 Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)*, ze szczególnym uwzględnieniem pkt *B. Rehabilitacja  w warunkach sanatoryjnych (…)*. |

1. Weryfikowane na etapie wniosku o płatność i kontroli na miejscu realizacji projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Minimalny wzór dokumentu stanowi załącznik nr 9 do Regulaminu konkursu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Oświadczenie składane przez personel udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie a nie przez podmiot realizujący projekt [↑](#footnote-ref-3)
4. Podlegający kontroli na miejscu realizacji projektu. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zakres usług wraz z przykładem opisu został wskazany w Regionalnym Programie rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022 w Części III pkt 3.2 Tabeli. *Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika***.** [↑](#footnote-ref-5)
6. Weryfikowane na etapie wniosku o płatność i kontroli na miejscu realizacji projektu. [↑](#footnote-ref-6)
7. Minimalny wzór dokumentu stanowi załącznik nr 10 do Regulaminu konkursu. [↑](#footnote-ref-7)
8. Oświadczenie składane przez personel udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie a nie przez podmiot realizujący projekt [↑](#footnote-ref-8)
9. Podlegający kontroli na miejscu realizacji projektu. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zakres usług wraz z przykładem opisu został wskazany w Regionalnym Programie rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022 w 3 RPZ - Planowane interwencje, pkt. 3.2 Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II), ze szczególnym uwzględnieniem pkt B. Rehabilitacja w warunkach sanatoryjnych. [↑](#footnote-ref-10)
11. Weryfikowane na etapie wniosku o płatność i kontroli na miejscu realizacji projektu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Minimalny wzór dokumentu stanowi załącznik nr 11 do Regulaminu konkursu. [↑](#footnote-ref-12)
13. Oświadczenie składane przez personel udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie a nie przez podmiot realizujący projekt [↑](#footnote-ref-13)