



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
**Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

**Wybrane propozycje zmian  
w zakresie rehabilitacji leczniczej**

Wybrane propozycje stanowią element dokumentu  
„Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej  
w systemie ochrony zdrowia w Polsce”

Opracowanie analityczne AOTMiT

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018

Data ukończenia: 28.12.2018 r.

## KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (nazwa wnioskodawcy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** (nazwa wnioskodawcy).

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (nazwa przedsiębiorców innych niż wnioskodawca) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. Z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna.

*Spis treści*

<b>Podstawowe informacje o zleceniu .....</b>	<b>4</b>
<b>Wykaz wybranych skrótów .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Streszczenie wykonawcze .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Przedmiot zlecenia.....</b>	<b>13</b>
<b>3. Analiza problemu decyzyjnego .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Wybrane propozycje zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej .....</b>	<b>23</b>
4.1. Porada i wizyta kwalifikacyjna .....	23
4.2. Inne elementy proponowanych zmian .....	26
4.3. Skale medyczne i inne narzędzia oceny stanu pacjenta .....	26
4.3.1. Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL .....	30
4.3.2. Pediatriańska skala Glasgow CCS .....	31
4.3.3. Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale) .....	31
4.3.4. Skala FMS (Functional Movement Screen) - test sprawności narządu ruchu .....	32
4.3.5. Skala MRC (Medical Research Council Scale) oceniająca stopień osłabienia siły mięśni (poszczególnych grup mięśniowych) .....	32
4.3.6. Skala oparta na skali Rankina.....	32
4.3.7. Klasyfikacja niewydolności serca wg New York Heart Association NYHA .....	33
4.3.8. Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu .....	33
4.3.9. Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci .....	34
4.3.10. GMFCS (Gross Motor Function Classification System – (Expanded and Revised) .....	35
4.3.11. Skala ASIA .....	39
4.4. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia ICF .....	39
<b>5. Przegląd zastosowania skal medycznych.....</b>	<b>46</b>
5.1. Opis metodyki .....	46
5.2. Wyniki .....	47
<b>6. Opinie ekspertów .....</b>	<b>51</b>
<b>7. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia .....</b>	<b>74</b>
<b>8. Uzasadnienie i podsumowanie.....</b>	<b>76</b>
<b>9. Spis tabel i rysunków .....</b>	<b>78</b>
<b>10. Piśmiennictwo .....</b>	<b>80</b>
<b>11. Załączniki .....</b>	<b>85</b>

## Podstawowe informacje o zleceniu

---

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:  
08-05-2018 r., znak: MZ-ASG.4084.28.2018.IJ

---

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Ocena zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Przedmiotowe zlecenie jest uzupełnieniem zlecenia znak: 744871 z dnia 15 listopada 2016 r. W związku z przesłanymi propozycjami zmian w opisach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zmianie ulegają poszczególne świadczenia i technologie medyczne zawarte w tych świadczeniach. Wobec czego zasadnym jest przedstawienie rekomendacji Prezesa Agencji w przedmiotowej sprawie.

Zlecenie MZ znak: 744871 z dnia 15 listopada 2016 obejmuje:

Zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Zwrócenie szczególnej uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu pod kątem interwencji udzielanych pacjentom oraz warunków realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej.

---

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
  - usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
  - zmiana technologii medycznych (art. 31 e-h ustawy o świadczeniach)
  - realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)
- 

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):  
Ministerstwo Zdrowia

## Wykaz wybranych skrótów

<b>Agencja / AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>ASIA</b>	American Spinal Injury Association
<b>EBM</b>	Evidence-Based Medicine – medycyna oparta Na Faktach
<b>F4S</b>	Fee for service
<b>GMFCS</b>	Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy
<b>ICD-9</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
<b>ICD-10</b>	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
<b>JGP</b>	Jednorodne Grupy Pacjentów
<b>KIF</b>	Krajowa Izba Fizjoterapeutów
<b>Lekarz rehabilitacji</b>	Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub dziedzinach pokrewnych uprawniony do realizacji świadczeń gwarantowanych w rehabilitacji leczniczej
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NFZ, Fundusz</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>POF</b>	Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna
<b>Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej</b>	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.465), wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach
<b>Ustawa o świadczeniach</b>	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1510, z późn. zm.)
<b>Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty</b>	Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 500, z późn.zm.)
<b>Ustawa o zawodzie lekarza</b>	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn.zm.)
<b>Zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza</b>	Zarządzenie Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 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, ze zm.

# 1. Streszczenie wykonawcze

Proponowane w niniejszym opracowaniu zmiany w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w zakresie rehabilitacji leczniczej, stanowią integralny element „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”.

## 1. STAN OBECNY

- 1) Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych przysługuje każdemu ubezpieczonemu pacjentowi, który posiada skierowanie.
- 2) Skierowanie może wypisać każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 3) Pacjent może korzystać z rehabilitacji bez ograniczeń rozumianych jako liczba skierowań na rehabilitację (do tych samych lub różnych poziomów rehabilitacji).
- 4) Skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną, w ramach której udzielane są świadczenia dla największej liczby pacjentów w całej rehabilitacji tj. 2,6 mln z 3,4 mln osób w 2017 r., obejmuje zlecone przez lekarza zabiegi fizjoterapeutyczne. Fizjoterapeuta w bardzo ograniczonym stopniu ma wpływ na rodzaj terapii, liczbę i krotności zleconych procedur, musi realizować zabiegi wypisane na skierowaniu.
- 5) Z dniem 1 stycznia 2019 r. wchodzi w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które zmienia sposób realizacji świadczeń w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej:
  - a) skierowanie na cykl zabiegów nie musi zawierać zleconych zabiegów,
  - b) z wyjątkiem sytuacji, gdy skierowanie wystawia lekarz specjalista w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, skierowanie to może zawierać zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegów,
  - c) w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, fizjoterapeuta może dokonać zmiany w tym zakresie po konsultacji z lekarzem, o którym mowa w pkt b,
  - d) świadczeniodawca po ukończonym cyklu zabiegów, przekazuje lekarzowi wystawiającemu skierowanie informację o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów,
  - e) w ramach wizyty fizjoterapeutycznej – możliwość realizacji jednej z czynności wskazanej w przepisach:
    - zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego;
    - ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;
    - badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego;
    - końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;
    - udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.
- 6) Obowiązujące regulacje prawne (również te które wchodzi w życie od 1 stycznia 2019 r.) nie określają wymogu prowadzenia, w ramach wszystkich zakresów świadczeń w rehabilitacji leczniczej, przez lekarza lub terapeutę:
  - ✓ kwalifikacji wstępnej przez rozpoczęciem leczenia,
  - ✓ oceny wstępnej i końcowej dotyczącej stanu zdrowia (funkcjonalnego) pacjenta,
  - ✓ określenia celu terapii,
  - ✓ określenia planu terapii.

## 2. ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY W REHABILITACJI LECZNICZEJ

- 1) **Długi czas oczekiwania na świadczenia:**
  - a) według stanu na dzień 30 czerwca 2018 r. w kolejce na udzielenie świadczeń w rehabilitacji leczniczej czekało łącznie ok. 1,6 mln. osób – z tego 174 272 osób

- zakwalifikowanych do kategorii pilnej oraz 1 470 213 osób zakwalifikowanych do kategorii stabilnej,
- b) najczęściej osób oczekiwało w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej - około 1,1 mln pacjentów (104 tys. pilnych oraz 993 tys. stabilnych).
- 2) **Duża liczba osób oczekujących na świadczenia**, w szczególności pacjentów „pilnych” (po urazach, po leczeniu ostrych incydentów chorobowych), którzy nie otrzymują leczenia rehabilitacyjnego w optymalnym czasie, adekwatnym do ich aktualnych potrzeb, przez co jego stan funkcjonalny w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia może się pogorszyć:
- a) średni czas oczekiwania do fizjoterapii ambulatoryjnej wynosił 43 i 120 dni odpowiednio dla kategorii pilnej i stabilnej,
- b) średni czas oczekiwania do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej – 86 dni dla kategorii pilny i 578 dni stabilny – jest to zakres, do którego kolejki są jednymi z najdłuższych.
- 3) **Brak określonych kryteriów włączenia** pacjentów do rehabilitacji co skutkuje realizacją świadczeń nieadekwatnych do ich potrzeb.

### 3. PROPONOWANE INTERWENCJE

Stanowią odpowiedź na zidentyfikowane problemy oraz są możliwe do wdrożenia w krótkim czasie poprzez zmianę w obowiązującym rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej.

Proponowane zmiany to:

**1) wyodrębnienie porady kwalifikacyjnej lekarskiej**, w ramach której lekarz rehabilitacji:

- a) ocenia zasadność skierowania do danej formy rehabilitacji:
- skutkiem czego, pacjent może zostać:
    - zakwalifikowany lub niezakwalifikowany do rehabilitacji,
    - skierowany na inny poziom rehabilitacji – najbardziej odpowiedni dla jego aktualnych na dzień udzielenia porady potrzeb rehabilitacyjnych,
  - ocena odbywać się będzie w oparciu o stan kliniczny i stan funkcjonalny pacjenta oraz zdefiniowane w ramach dziedzin rehabilitacji skale medyczne,
  - lekarz, przed określeniem zasadności i zakresu rehabilitacji, może skierować pacjenta na dodatkowe konsultacje (konsultację fizjoterapeutyczną, dietetyczną, logopedyczną, psychologiczną, terapeuty zajęciowego, pedagogiczną dot. dzieci),
- b) ocenia pilność i zakres potrzebnej rehabilitacji - zawiera elementy „triage-u”,
- c) określa cel rehabilitacji i warunki jej realizacji,
- d) edukuje pacjenta, udziela instruktażu (w tym również udostępnia materiały edukacyjne) pod kątem nauki samodzielnej i prawidłowej aktywności ukierunkowanej na stwierdzony problem oraz umiejętności pozwalającej radzić sobie z problemami wynikającymi ze stanu zdrowia.

**Porada kwalifikacyjna lekarska:**

- powinna się odbyć w ciągu 14 dni od dnia zarejestrowania skierowania,
- realizowana będzie w zakresach rehabilitacji: w fizjoterapii domowej (o ile lekarz będzie realizatorem świadczeń w tym zakresie), w ramach oddziału lub ośrodka dziennego oraz w rehabilitacji stacjonarnej,
- stanowi element procesu rehabilitacji odrębnie wyceniony i finansowany.

Wariantowość dotycząca sposobu udzielania porady kwalifikacyjnej: (1) podczas wizyty pacjenta w poradni lub (2) na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej (co może mieć istotne znaczenie w przypadku świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych - dla pacjentów w stanie ciężkim lub zamieszkujących w dużej odległości od świadczeniodawcy, dla których dotarcie do szpitala na poradę kwalifikacyjną może stanowić barierę nie do pokonania).

- 2) **wyodrębnienie wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej** - przeprowadzanej przez fizjoterapeutę w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub fizjoterapii domowej:
- Wariant I: dla wszystkich pacjentów, którzy zgłoszą się na fizjoterapię,
  - Wariant II: dla pacjentów, dla których na skierowaniu został określony tryb przyjęcia pilny,
- a) personel uprawniany do realizacji wizyty kwalifikacyjnej – fizjoterapeuta z tytułem magistra oraz z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty,
- b) powinna odbywać się w ciągu 14 dni od dnia zarejestrowania skierowania,

## c) obejmuje:

- ocenę zasadności skierowania na fizjoterapię - skutkiem czego, pacjent może zostać objęty fizjoterapią, lub odesłany do lekarza kierującego - zgodnie z aktualnymi regulacjami formalno-prawnymi, fizjoterapeuta nie może wydać skierowania na inną formę rehabilitacji, natomiast jest on uprawniony do oceny zasadności tego, czy pacjent pod względem funkcjonalnym wymaga fizjoterapii (jeżeli w jego ocenie, aktualne na dzień przyjęcia, potrzeby w zakresie fizjoterapii pacjenta są inne aniżeli wynika to ze skierowania, wtedy fizjoterapeuta może zalecić powtórny poradę u lekarza kierującego z odpowiednią adnotacją), ocena potrzeb odbywać się będzie w oparciu o badanie funkcjonalne pacjenta,
- ocenę pilności fizjoterapii – zawierającą elementy „triage-u”,
- określenie celu fizjoterapii,
- edukację pacjenta, udzielenie instruktażu (w tym również udostępnienie materiałów edukacyjnych) pod kątem nauki samodzielnej i prawidłowej aktywności ukierunkowanej na stwierdzony problem oraz umiejętności pozwalające radzić sobie z problemami wynikającymi ze stanu zdrowia.

Celem tak zdefiniowanej wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej będzie:

- ✓ w wariantcie I - włączenie w proces fizjoterapii pacjentów (pilnych i stabilnych), ocenianych na podstawie obiektywnych mierników w trakcie badania fizjoterapeutycznego, dla których skierowanie na fizjoterapię jest zasadne,
- ✓ w wariantcie II - włączenie w proces fizjoterapii pacjentów tzw. „ostrych” (po urazach, ostrych incydentach chorobowych) - ocenianych na podstawie obiektywnych mierników w trakcie badania fizjoterapeutycznego, dla których szybkie rozpoczęcie fizjoterapii daje gwarancję powrotu do zdrowia.

Wizyta kwalifikacyjna będzie stanowić pierwszy etap fizjoterapii, w trakcie której pacjentowi zostanie udzielony instruktaż dotyczący „samoopieki” lub „samoleczenia”, jako następstwo zaplanowanej i zindywidualizowanej edukacji.

Założeniem jest, aby „samoopieka”, była kontynuowana przez pacjenta do momentu ustania problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę kierowania na fizjoterapię bądź do czasu rozpoczęcia przez pacjenta właściwej fizjoterapii w placówce świadczeniodawcy czy w domu.

Ostatecznym skutkiem wprowadzenia powyższych rozwiązań będzie szybsze rozpoczęcie procesu usprawniania („samoopieka” lub „samoleczenie”, edukacja w trakcie porady lub wizyty kwalifikacyjnej), w szczególności dla pacjentów „pilnych” (ostrych), zwiększenie dostępności do świadczeń poprzez zmniejszenie liczby osób oczekujących na ich udzielenie (na skutek oceny zasadności skierowania) lub skrócenie czasu trwania terapii jako następstwo „samoopieki” pacjenta.

**3) określenie obowiązku oceny stanu pacjenta, określenia celu i planu terapii, oceny efektów terapii** w ramach wszystkich zakresów świadczeń w rehabilitacji leczniczej, przez lekarza lub terapeutów (fizjoterapeutów, psychologów, logopedów, terapeutów zajęciowych i innych uczestniczących w procesie rehabilitacji):

- a) ocena stanu funkcjonalnego przeprowadzona powinna być:
  - podczas wizyty kwalifikacyjnej,
  - przed rozpoczęciem rehabilitacji/fizjoterapii przez lekarza i terapeutów koniecznych do realizacji świadczenia kompleksowego lub przez terapeutę danego profilu podstawowego w trakcie badania, w oparciu o wybrane skale medyczne lub inne kryteria kwalifikacji,
  - na zakończenie terapii – ocena efektu terapii;
- b) określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego, ocena efektów terapii:
  - zdefiniowanie celu terapeutycznego następuje podczas porady/wizyty kwalifikacyjnej,
  - określenie planu leczenia następuje przed rozpoczęciem terapii,
  - ocena efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej: przeprowadzana jest na zakończenie procesu terapeutycznego w oparciu o ocenę stanu klinicznego



i funkcjonalnego, w tym w oparciu o wybrane skale medyczne, oraz w przypadku braku skuteczności prowadzonej terapii – zgłaszanej przez chorego,

- ma za zadanie ocenić prowadzone postępowanie terapeutyczne w celu potwierdzenia lub weryfikacji stosowanych metod.

#### 4) określenie obowiązku oceny stanu pacjenta za pomocą:

- a) skal medycznych, w następujących zakresach świadczeń:

Nazwy świadczeń/warunki realizacji świadczeń		Propozycje zastosowania skal lub innych zaburzeń czy określenia stanów pacjenta*	
w warunkach stacjonarnych			
rehabilitacja neurologiczna	dorośli	zaburzenia funkcji mózgu	skala Rankina skala Barthel ADL skala Glasgow GCS zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz polykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu
		zaburzenia funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych	skala Rankina skala Barthel ADL skala MRC
		zaburzenia funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych	skala Rankina skala Barthel ADL skala MRC
	dzieci		skala Glasgow GCS lub Pediatriańska skala Glasgow CCS skala Barthel ADL skala ASIA skala FMS
rehabilitacja ogólnoustrojowa	dorośli		skala Barthel ADL (IADL) skala MRC
	dzieci		skala Barthel ADL zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci
rehabilitacja kardiologiczna			skala NYHA skala Rankina
w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego			
rehabilitacja kardiologiczna			skala NYHA
w warunkach domowych			
fizjoterapia domowa	dorośli		skala Rankina
	dzieci		skala GMFCS

\*proponuje się wskazywanie w trakcie porady lub wizyty kwalifikacyjnej (w konsekwencji również w sprawozdawczości określonych stanów pacjenta np. po amputacji, po leczeniu operacyjnym itp.)

- b) ICF – w zakresie aktywności i uczestnictwa na podstawie dostępnych wytycznych określonych przez towarzystwa naukowe lub organizacje zawodowe danych grup zawodowych uczestniczących w procesie rehabilitacji.

#### 5) powyższe rozwiązania muszą zostać przeprowadzone równoległe ze zmianą innych przepisów dotyczących:

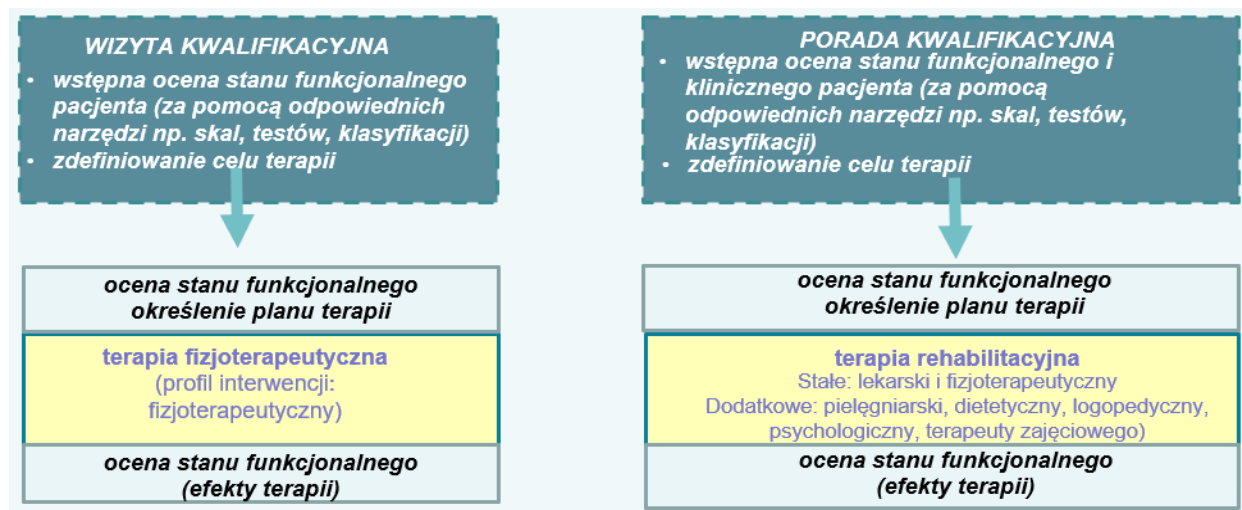
- a) wdrożenia niezbędnych regulacji prawnych, w tym na poziomie NFZ, celem obowiązku wpisania numeru PESEL w sprawozdawczości dotyczącej list oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej,
- b) wdrożenie w systemie informatycznym NFZ rozwiązań umożliwiających sprawozdawanie ww. propozycji zmian.

Proponowane zmiany wdrożone do obecnego koszyka świadczeń gwarantowanych będą stanowiły etap prac związanych z ewolucją aktualnego systemu rehabilitacji. Wyodrębnienie nowych świadczeń, określenie obowiązku realizacji oceny pacjenta przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii (w tym za pomocą zaproponowanych skal), określanie celu i planu terapii, a także obowiązek ich sprawozdawania do NFZ, pozwoli w dalszych etapach prac skonstruować nowe świadczenia dedykowane do poszczególnych poziomów opieki w rehabilitacji leczniczej. Obowiązek

sprawozdawczy umożliwi analizę danych pod kątem określenia przepływów pacjentów, nowych zasad kwalifikacji do świadczeń czy uszczegółowienia warunków realizacji świadczeń.

Zmiana koszyka świadczeń gwarantowanych powinna być wprowadzana stopniowo, w etapach, tak aby zapobiec ryzyku zmniejszenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych skutkiem niedoszacowania uwarunkowań proponowanych zmian (głównie finansowych), czy braku konsensusu eksperckiego wiodących w tej dziedzinie profesji.

## 6) Model obejmujący zaproponowane zmiany



Rysunek 1. Model zmian obejmujących poradę i wizytę kwalifikacyjną

## 4. PRZEGLĄD SKAL MEDYCZNYCH:

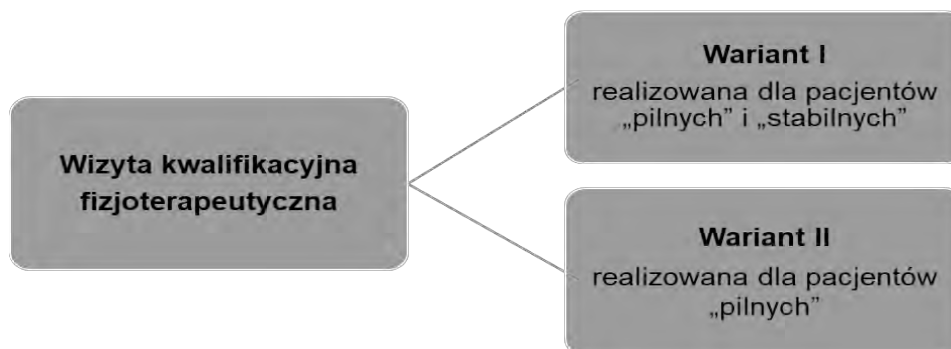
W wyniku przeglądu systematycznego odnaleziono informacje dotyczące dziedzin rehabilitacji oraz wskazań medycznych, w których skale są stosowane. W większości zastosowanie skal odnosi się do rehabilitacji neurologicznej (91,6% włączonych badań), u pacjentów po udarze (86,7% włączonych badań). W 73,1% publikacji odnoszących się do udaru zastosowana była skala Barthel.

## 5. PROBLEM DECYZYJNY

- 1) Ocena zasadności implementacji do obecnego rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej:
  - a) porady kwalifikacyjnej lekarskiej,
  - b) wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej,
  - c) obowiązku oceny stanu pacjenta,
  - d) określenia celu i planu terapii,
  - e) oceny efektów terapii.
- 2) Wybór wariantowości zastosowanych interwencji:
  - a) dla porady kwalifikacyjnej lekarskiej – dotyczy warunków i zasad jej realizacji:
    - Wariant I – wyłącznie podczas wizyty pacjenta w poradni (placówce udzielającej świadczeń),
    - Wariant II - podczas wizyty pacjenta w poradni lub na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej,



- b) dla wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej – dotyczy wielkości populacji, do której zaadresowane jest świadczenie
- Wariant I - dla wszystkich pacjentów, którzy zgłoszą się na fizjoterapię (pilnych i stabilnych),
- Wariant II - dla pacjentów, dla których na skierowaniu został określony tryb przyjęcia pilny.



- 3) Ocena zasadności określenia obowiązku oceny stanu pacjenta za pomocą:
- skal medycznych (i innych narzędzi)
  - klasyfikacji ICF w zakresie aktywności i uczestnictwa.



## 6. WYNIKI ANALIZY WPŁYWU NA BUDŻET

- 1) Szacunkowe koszty wprowadzonych zmian (porada i wizyta kwalifikacyjna) w pierwszym roku kalendarzowym, z perspektywy płatnika.  
W przypadku wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej, koszty nowych świadczeń oszacowane są w dwóch wariantach, zależnych od liczby pacjentów, dla których udzielono wizyty:
- ✓ Wariant I – obejmujący wszystkich pacjentów posiadających skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną i domową - w trybie pilnym i stabilnym,
  - ✓ Wariant II - obejmujący pacjentów posiadających skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną i domową – w trybie pilnym.

nazwa świadczenia	wariantowość		koszt świadczeń	
porada kwalifikacyjna lekarska	1	wariant I lub II	23 700 546 zł	
wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	2	wariant I	48 211 858 zł	x
	3	wariant II	x	6 462 344 zł
<b>koszty świadczeń suma</b>			<b>71 912 404 zł</b>	<b>30 162 890 zł</b>
			<b>1+2</b>	<b>1+3</b>

- 2) Pozostałe elementy świadczeń zaproponowane w niniejszym raporcie (badanie pacjenta, określenie celu i planu terapii, ocena efektów) w założeniu będą stanowiły elementy obecnie obowiązujących świadczeń, tym samym nie wpłyną na zwiększenie kosztów świadczeń ponoszonych przez płatnika.
- 3) Jednakże należy podkreślić, iż wdrożenie nowych świadczeń – porady i wizyty kwalifikacyjnej (odrębnie wycenionych i finansowanych) wymaga przeprowadzenia procesu taryfikacji świadczeń.
- 4) Wydaje się, iż początkowo finansowanie nowych świadczeń będzie się wiązało z dodatkowymi nakładami na rehabilitację. Jednak należy podkreślić, iż w dłuższej perspektywie może oznaczać korzyści finansowe wynikające ze:
- a) zmniejszenie kosztów innych świadczeń np. leki, AOS, szpital - określenia pilności rozpoczęcia terapii w związku z wstępną kwalifikacją do świadczeń, oznacza szybszy dostęp do leczenia oraz szybszy powrót do zdrowia, pacjent oczekujący na rehabilitację nie musi wspomagać się innym leczeniem,
  - b) zmniejszenie kosztów związanych z częstotliwością korzystania z rehabilitacji - edukacja pacjenta pod kątem „samoopieki” lub „samoleczenia” w zakresie aktywności i czynności dnia codziennego – może dać wymierne korzyści w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta i poprawy stanu funkcjonalnego, tym samym brakiem potrzeby częstego korzystania z rehabilitacji,
  - c) zmniejszenie kosztów związanych z optymalizacją procesu leczenia – skrócenie czasu trwania rehabilitacji wynikającego z indywidualizacji terapii pacjenta (poprzez ocenę stanu, wskazanie celu i planu terapii, ocenę efektów).

## 2. Przedmiot zlecenia

Przedmiotem niniejszego opracowania są zmiany w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia (znak: MZ-ASG.4084.28.2018.IJ) z dnia 8 maja 2018 r. art. 31 e-h. *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, dotyczące „oceny zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej”.

**Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie propozycji zmian w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w zakresie rehabilitacji leczniczej, stanowiących integralny element „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”.**

Wspominana koncepcja w dniu 24 lipca 2018 r. została przekazana do Ministerstwa Zdrowia pismem (znak WS.434.1.KK) w postaci opracowania analitycznego. Dokument stał się również przedmiotem dyskusji podczas spotkania w dniu 25 lipca 2018 r. w Ministerstwie Zdrowia<sup>1</sup>. Zgodnie z ustaleniami podjętymi podczas spotkania Agencja zobowiązała się m.in. do przygotowania odrębnego opracowania analitycznego poświęconego wybranym propozycjom zmian, które stanowią przedmiot niniejszego opracowania.

Poniżej zaprezentowano, skrótkowo zakres koncepcji przygotowanej we współpracy z ekspertami<sup>2</sup>. Propozycje rozwiązań zaproponowanych w koncepcji dotyczą:

- 1) **określenia „nowej”<sup>3</sup> zawartości koszyka świadczeń rehabilitacyjnych** (wdrożenie pakietu pełnych opisów świadczeń sporządzonych zgodnie z nową strukturą, załączoną do zlecenia przekazanego przez Ministerstwo Zdrowia), porządkujące zakres i warunki realizacji gwarantowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej, ze względu na **skategoryzowane potrzeby rehabilitacyjne pacjentów**. W tym celu:
  - a) **określono kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczeń** na różnych poziomach opieki rehabilitacyjnej celem zagwarantowania realnego, szybkiego dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej:
    - pacjentom w stanach „ostrych” lub bezpośrednio po zdarzeniach chorobowych w ośrodkach dziennych i oddziałach stacjonarnych;
    - pacjentom z chorobami przewlekłymi oraz osobom z niepełnosprawnościami, którzy wymagają stałej opieki rehabilitacyjnej, niekoniecznie w trybie hospitalizacji, jednak w warunkach najbardziej właściwych do ich potrzeb rehabilitacyjnych (zdrowotnych);
    - pacjentom o doraźnych/nieznacznych potrzebach rehabilitacyjnych, którzy wymagają czasowej, choć pilnej (ze względu na oczekiwany poziom skuteczności) konsultacji, instruktażu lekarza rehabilitacji bądź fizjoterapeuty.

<sup>1</sup> w spotkaniu uczestniczyli: Wiceminister Zdrowia - Zbigniew Król, Wiceminister Zdrowia - Maciej Miłkowski, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii MZ – Jakub Adamski, Prezes AOTMiT - Roman Topór-Mądry, [REDAKTOR], Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej AOTMiT [REDAKTOR], Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - Filip Nowak, [REDAKTOR] Dział Standaryzacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej AOTMiT [REDAKTOR]

<sup>2</sup> Prezentowane w niniejszym opracowaniu propozycje rozwiązań stanowią przedmiot prac AOTMiT oraz specjalnie w tym celu powołanych Zespołów Ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycznych oraz Zespołu Opiniodawczo-Doradczego, w skład, którego wchodzi eksperci systemowi.

<sup>3</sup> Należy podkreślić, iż aktualny zakres świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych w sensie przedmiotowym – poza dodaniem zakresu świadczeń pediatrycznych oraz świadczeń dedykowanych podstawowej opiece fizjoterapeutycznej (POF) - nie uległ zmianie, jednak został on w nowym podejściu sklasyfikowany wedle profili interwencji, odpowiadających określonym świadczeniom. Projekt „zaktualizowanego” wykazu dodatkowo zawiera postulaty ekspertów dotyczące propozycji włączenia do danych profili interwencji dodatkowych procedur medycznych.

Zdefiniowanie kryteriów kwalifikacji zostało oparte o skale medyczne służące do oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta.

- b) **wyodrębniono dwa typy świadczeń: podstawowe i kompleksowe** - ze względu na stopień upośledzenia funkcji (stanu funkcjonalnego) pacjenta, w oparciu o kryteria intensywności, systematyczności, wczesności oraz czasu trwania rehabilitacji, z kolei pochodną typów świadczeń są wyodrębnione miejsca realizacji świadczeń: podstawowe – poradnie lub pracownie ambulatoryjne; kompleksowe - ośrodki dzienne i oddziały stacjonarne;
  - c) **dookreślono interwencje realizowane w ramach kompetencji personelu medycznego** (logopedy, psychologa, terapeuty zajęciowego itd.), a także wskazano optymalne warunki realizacji świadczeń (m.in. opisano wymagania dotyczące niezbędnego wyposażenia gabinetów, w których realizowane będą dane interwencje, wskazano również brak obligatoryjności posiadania sprzętu do realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych, przy czym katalog procedur fizjoterapeutycznych w odpowiednim profilu interwencji nie wyklucza udzielania tych zabiegów);
  - d) **wprowadzono wymóg określenia celu terapii i indywidualnego planu postępowania terapeutycznego**, w oparciu o badanie pacjenta;
- 2) **utworzenia organizacji podmiotów udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej - POF** (propozycja zawiera alternatywne podejścia do organizacji POF). Ideą podstawowej opieki fizjoterapeutycznej jest zabezpieczenie potrzeb rehabilitacyjnych wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi lub o doraźnych / nieznacznych potrzebach rehabilitacyjnych (należy podkreślić, iż POF zabezpiecza potrzeby tej grupy pacjentów, która - zgodnie ze zdefiniowanymi kryteriami włączenia - nie kwalifikuje się do realizacji świadczeń w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej oraz świadczeń w warunkach ośrodka dziennego lub oddziału stacjonarnego). W ramach POF przewidziano świadczenia realizowane przez fizjoterapeutę w ramach:
- a) praktyki POZ lub w podwykonawstwie (budżet maksymalny kalkulowany wg stawki kapitacyjnej),
  - b) pracownię fizjoterapii (wg stawki kapitacyjnej lub budżetu powierzonego lub F4S),
  - c) w domu pacjenta (F4S; włączenie fizjoterapii domowej do świadczeń realizowanych w ramach POF na zlecenie, np. lekarza POZ, który zgodnie z deklaracją pacjenta znajduje się w jego bliskim dostępie (gmina lub gmina sąsiednia, w której zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń przez lekarza POZ) - zakres świadczeń realizowanych w warunkach domowych pozostaje bez zmian, jednak w ramach wyodrębnionych 5 „nowych” świadczeń doszczegółowiono kryteria włączenia.

### 3. Analiza problemu decyzyjnego

**Problem zdrowotny** zdefiniowany jest jako pogorszenie stanu zdrowia, stanu funkcjonalnego pacjenta na skutek długiego oczekiwania w kolejce na udzielenie świadczenia oraz braku obligatoryjności mierzenia tego stanu, planowania i oceny terapii.

**Populacja** obejmuje wszystkich pacjentów zarówno korzystających z rehabilitacji leczniczej, jak i pacjentów oczekujących w kolejce na udzielenie świadczenia.

W 2017 r. ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza skorzystało 3 337 398 pacjentów (unikatowy numer PESEL), co oznacza spadek o 31 735 osób, czyli o 1,2% w stosunku do roku 2016. Kobiety stanowiły 64,9% wszystkich pacjentów. Liczba pacjentów była istotnie zróżnicowana w zależności od wieku. Wartość współczynnika korzystania ze świadczeń, rozumianego jako udział liczby pacjentów w ogólnej liczbie osób w danym wieku również była zmienna w zależności od wieku. Najwyższa wartość tego współczynnika (21%) była w grupie pacjentów między 70 a 75 rokiem życia.

**Tabela 1. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w podziale na zakresy w 2017 r.**

Zakres świadczeń	Liczba pacjentów
<b>Fizjoterapia ambulatoryjna ogółem</b>	
Fizjoterapia ambulatoryjna	2 591 487
Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci	2 314
<b>Fizjoterapia domowa ogółem</b>	
Fizjoterapia domowa	8 646
<b>Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem</b>	
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	1 349 975
<b>Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego ogółem</b>	
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	89 170
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	10 233
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	167 503
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci	1 259
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	13 092
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	3 375
Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym	2 458
<b>Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych ogółem</b>	
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	35 064
Rehabilitacja neurologiczna	38 985
Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci	44
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	134 488
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci	118
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	10 840

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. [\* Unikatowy numer PESEL na poziomie zakresu świadczenia.

Liczba pacjentów oczekujących w kolejce na udzielenie świadczenia w całej rehabilitacji leczniczej (wg stanu na dzień 30-06-2018 r.) wynosiła 1 644 485 osób, przy czym w zależności od kategorii – pilny i stabilny rozkładała się następująco:

- przypadek pilny - 174 272 osób,
- przypadek stabilny - 1 470 213 osób.

Podstawowe problemy funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce, prowadzące do wprowadzenia opisanych zmian:

**1) brak odpowiednich regulacji prawnych w ramach świadczeń gwarantowanych dotyczących oceny zasadności kierowania pacjenta na rehabilitację/fizjoterapię;**

- a) w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej:
- wizyta fizjoterapeutyczna jest wyodrębniona jedynie w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna i domowa,
  - w ramach wizyty fizjoterapeuta może zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej:
    - ✓ zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem;
    - ✓ ocenić i opis stan funkcjonalny świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;
    - ✓ przeprowadzić badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii;
    - ✓ przeprowadzić końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;
    - ✓ udzielić świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego,

tak więc obecnie fizjoterapeuta może „zaplanować postępowania fizjoterapeutyczne, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem” (skierowanie na fizjoterapię wystawić może każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego); od 1 stycznia 2019 r. skierowanie na cykl zabiegów nie musi zawierać zleconych zabiegów, co w rzeczywistości oznacza, iż to fizjoterapeuta będzie planował terapię, jednak nadal nie jest możliwa weryfikacja przez niego zasadności wystawianych skierowań.

- b) w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej – w ramach świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych i ośrodka lub oddziału dziennego – nie została wskazana - porada lekarska rehabilitacyjna jako wyodrębnione świadczenie, czego skutkiem jest brak możliwości weryfikacji zasadności wystawianych skierowań.

Zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej: „porada lekarska rehabilitacyjna – świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej”.

Porada lekarska rehabilitacyjna została wyodrębniona, również w kontekście finansowania przez NFZ, w zakresie: lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz fizjoterapii domowej. Zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, wskazano produkty rozliczeniowe zgodne z poniższą tabelą.



**Tabela 2. Katalog zakresów świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1n do zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza**

Nazwa zakresu świadczeń	Warunki realizacji zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Waga punktowa produktu rozliczeniowego	Uwagi
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	zał. 1 lp. 1 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji	porada lekarska rehabilitacyjna	26	
		porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa	57	obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01+A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831.
		porada lekarska rehabilitacyjna zabiegowa	54	obejmuje co najmniej 1 procedurę: 80.30-39,81.911, 81.92, 82.92-96, 83.94, 83.96, 83.97.
		porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych	36	
		porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w warunkach domowych	67	obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01+A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831.
Fizjoterapia domowa	zał. 1 lp. 2 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji	porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych	36	
		porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w warunkach domowych	67	obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01+A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831.
	zał. 1 lp. 2 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji	wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych	18	
Fizjoterapia ambulatoryjna	zał. 1 lp. 1 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji	wizyta fizjoterapeutyczna	13	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza

## 2) brak kryteriów opisujących pilność rozpoczęcia terapii (przypadek pilny i stabilny).

Zasady określające kolejność przyjęcia pacjentów do udzielenia świadczeń zostały wskazane m.in w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniodawców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 r. Nr 200, poz.1661).

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej odbywa się na zasadach ogólnych. W rehabilitacji leczniczej nie ma dodatkowych regulacji wpływających na czas przyjęcia pacjenta. Zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach: „Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Dodatkowo zasady umieszczania pacjentów w kolejce na udzielenie świadczeń reguluje ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniodawców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Placówka medyczna przy zapisie na rehabilitację kwalifikuje chorego do kategorii medycznej:

1. "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia, lub
2. "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły, pilny.

Pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed innymi pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny". O umieszczeniu chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria:

- stan zdrowia,
- rokowania co do dalszego przebiegu choroby,
- choroby współistniejące mające wpływ na chorobę objęta świadczeniem,
- zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Należy podkreślić, iż w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych w rehabilitacji leczniczej określonych w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej, nie zostały wskazane kryteria medyczne inne niż wymienione w ww. rozporządzeniu z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych. Ze względu na m.in. brak szczegółowych regulacji służących obiektywnej ocenie funkcjonalnej pacjenta (np. za pomocą testów czy skal medycznych), kwalifikacji świadczeniobiorcy do poszczególnych form usprawniania, określeniu celu podjętej rehabilitacji, popyt przewyższa podaż. Następstwem powyższego jest bardzo długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresach ambulatoryjnych i domowych: lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż pacjent do każdego z powyższych zakresów oczekuje w odrębnej kolejce (brak przepisów dotyczących koordynacji i kompleksowości udzielonej rehabilitacji), co ostatecznie prowadzi do długiego odstępu czasu pomiędzy wystawieniem skierowania a udzieleniem niezbędnej pomocy w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej.

### 3) duża liczba osób oczekujących w kolejce co przekłada się na długi czas oczekiwania na udzielenia świadczenia;

**Tabela 3. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rehabilitacji leczniczej dla przypadku pilnego i stabilnego**

Komórki organizacyjne	Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia	
	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
<b>fizjoterapia ambulatoryjna</b>		
Dział (pracownia) fizjoterapii	104 465	993 889
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	65	1 977
Dział (pracownia) fizykoterapii	25	3 543
<b>fizjoterapia domowa</b>		
Zespół rehabilitacji domowej	1 087	5 924
Zespół rehabilitacji domowej dla dzieci	0	0
lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	Przypadek pilny	Przypadek stabilny

<b>Komórki organizacyjne</b>	<b>Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia</b>	
Poradnia rehabilitacji narządu ruchu	22	227
Poradnia rehabilitacyjna	8 942	108 323
<b>Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci</b>	<b>482</b>	<b>4 956</b>
<b>ośrodki dzienne i stacjonarne</b>	<b>Przypadek pilny</b>	<b>Przypadek stabilny</b>
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	69	1 226
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej	2	160
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	0	3
<b>Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej</b>	<b>15 740</b>	<b>78 472</b>
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	1 550	10 414
Zakład/ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	1	1 302
<b>oddziały stacjonarne</b>	<b>Przypadek pilny</b>	<b>Przypadek stabilny</b>
Oddział rehabilitacji kardiologicznej	344	1 738
<b>Oddział rehabilitacji narządu ruchu</b>	<b>3 974</b>	<b>17 593</b>
Oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	0	0
<b>Oddział rehabilitacji neurologicznej</b>	<b>1 619</b>	<b>17 089</b>
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	30	1 115
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	686	7 448
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci	175	1 987
<b>Oddział rehabilitacyjny</b>	<b>33 774</b>	<b>198 140</b>
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	364	4 369
Zakład rehabilitacji leczniczej	856	10 318
Zakład rehabilitacji leczniczej dla dzieci	0	0

*Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ*

Jak wynika z powyższej tabeli 174 272 osób zakwalifikowanych do kategorii pilnej (wg stanu na 30 czerwca 2018 r.) oczekiwało na udzielenie świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych w rehabilitacji leczniczej, oraz 1 470 213 osób zakwalifikowanych do kategorii stabilnej. Około 1,1 mln pacjentów oczekiwało w kolejce do fizjoterapii ambulatoryjnej, ponad 94 tys. do rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej oraz ponad 230 tys. do stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach oddziału rehabilitacyjnego.

Jednak należy pamiętać, że świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej mogą być udzielane także w następujących komórkach organizacyjnych: Oddział rehabilitacji narządu ruchu, Zakład rehabilitacji leczniczej, co daje nam dodatkowo 32 tys. osób oczekujących w kolejce.

Biorąc pod uwagę, iż liczba pacjentów którym w 2017 r. udzielono świadczeń w rehabilitacji leczniczej wyniosła ok. 4,5 mln, sumaryczna liczba pacjentów oczekujących na dzień 30 czerwca 2018 r. (1,6 mln.) stanowi 36.% tej liczby.

Jedną z przyczyn takiego stanu może być liczba skierowań wystawianych na rehabilitację przez lekarzy innych specjalizacji niż lekarze rehabilitacji: lekarzy POZ czy AOS. Brak mechanizmów weryfikujących zasadność i celowość ich wystawiania, skutkuje sytuacją prowadzącą do zapisywania na listę kolejkową wszystkich pacjentów ze skierowaniem. Tabela poniżej prezentuje liczbę skierowań wystawianych na rehabilitację leczniczą w podziale na miejsca ich wystawienia na przykładzie Mazowieckiego OW NFZ. Jak wynika z przedstawionych danych najwięcej skierowań wystawili lekarze POZ – 33%, lekarze z AOS – 29% oraz lekarze z poradni rehabilitacji-30%.

**Tabela 4. Liczba skierowań wystawionych na rehabilitację leczniczą z uwzględnieniem miejsca ich wystawienia w Mazowieckim OW NFZ**

Miejsce wystawiania skierowania	Liczba pacjentów w poszczególnych grupach zakresów w rehabilitacji leczniczej w MOW NFZ w 2016 r.									
	Liczba pacjentów stacjonarnych		Liczba pacjentów dziennych		Liczba pacjentów ambulatoryjnych		Liczba pacjentów domowych		Razem	
	suma	% udział	suma	% udział	suma	% udział	suma	% udział	suma	% udział
Szpital	8 752	36%	1 928	2%	14 069	2%	161	2%	24 910	3%
AOS	8 769	36%	19 415	21%	225 376	30%	676	8%	254 236	29%
POZ	808	3%	19 719	22%	260 682	35%	1 693	20%	282 902	33%
Rehabilitacja szpital	172	1%	162	0%	2 691	0%	22	0%	3 047	0%
Rehabilitacja dzienna	111	0%	17 996	20%	2 282	0%	13	0%	20 402	2%
Rehabilitacja poradnia	5 298	22%	29 826	33%	220 958	30%	5 618	65%	261 700	30%
Rehabilitacja pozostałe	5	0%	411	0%	20	0%	194	2%	630	0%
Inne i nieokreślone	467	2%	1 945	2%	18 489	2%	232	3%	21 133	2%
<b>Razem</b>	<b>24 382</b>	<b>100%</b>	<b>91 402</b>	<b>100%</b>	<b>744 567</b>	<b>100%</b>	<b>8 609</b>	<b>100%</b>	<b>868 960</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych z MOW NFZ

**Tabela 5. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w rehabilitacji leczniczej dla przypadków pilnych i stabilnych**

Komórki organizacyjne	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (dni) – stan na 30-06-2018 r.	
	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
<b>fizjoterapia ambulatoryjna</b>		
Dział (pracownia) fizjoterapii	43	120
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	8	47
Dział (pracownia) fizykoterapii	3	62
<b>fizjoterapia domowa</b>		
Zespół rehabilitacji domowej	29	67
Zespół rehabilitacji domowej dla dzieci	0	0
<b>lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna</b>		
Poradnia rehabilitacji narządu ruchu	12	45
Poradnia rehabilitacyjna	12	44
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	22	73
<b>ośrodki lub oddziały dzienne i stacjonarne</b>		
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	5	34
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej	1	12
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	17	0
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	48	158
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	15	47
Zakład/ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	0	143
<b>oddziały stacjonarne</b>		
Oddział rehabilitacji kardiologicznej	3	15
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	119	490
Oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	0	0

Komórki organizacyjne	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (dni) – stan na 30-06-2018 r.	
Oddział rehabilitacji neurologicznej	21	349
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	15	71
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	82	292
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci	16	46
<b>Oddział rehabilitacyjny</b>	<b>86</b>	<b>578</b>
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	24	81
Zakład rehabilitacji leczniczej	109	471
Zakład rehabilitacji leczniczej dla dzieci	0	0

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Rehabilitacja czy fizjoterapia dla pacjentów, dla których został wskazany tryb pilny udzielenia świadczenia, powinna rozpocząć się w możliwie krótkim i optymalnym czasie. Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że czas ten jest zróżnicowany i wynosi średnio 43 dni w fizjoterapii ambulatoryjnej i 86 dni w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

**Problem decyzyjny definiujemy jako ocenę zasadności zmiany technologii medycznych, obejmującej:**

- 1) zakwalifikowanie świadczenia: „porada kwalifikacyjna (lekarska)” jako świadczenia finansowanego ze środków publicznych w ramach rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej wraz z oceną zasadności realizacji tej porady na podstawie dokumentacji medycznej;
- 2) zakwalifikowanie świadczenia: „wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna)” jako świadczenia finansowanego ze środków publicznych w ramach rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej wraz z oceną zasadności objęcia tym świadczeniem wszystkich pacjentów zgłaszających się na świadczenia (wariant I) lub wyłącznie pacjentów, dla których wskazano na skierowaniu tryb przyjęcia – pilny (wariant II);
- 3) wprowadzenie w odniesieniu do ogółu świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej wymogu dotyczącego, poszerzonego zakresu gwarantowanych świadczeń o:
  - obowiązek przeprowadzenia wstępnej oceny stanu pacjenta w oparciu o określone mierniki np. skale medyczne, testy, klasyfikacje,
  - obowiązek zdefiniowania celu terapeutycznego i określenia planu leczenia i terapii,
  - obowiązek przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej w oparciu o określone skale medyczne, testy i inne oraz ICF – w zakresie sktywności i uczestnictwa na podstawie dostępnych wytycznych określonych przez towarzystwa naukowe lub organizacje zawodowe danych grup zawodowych uczestniczących w procesie rehabilitacji.

Wśród kluczowych kwestii, związanych z propozycjami zmian zaprezentowanych podczas rzeczowego spotkania w Ministerstwie Zdrowia, wskazano również wdrożenie niezbędnych regulacji prawnych, w tym na poziomie NFZ celem **uwzględnienia numeru PESEL w sprawozdawaniu list oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej.**

Proponowane zmiany dodatkowo muszą zostać przeprowadzone równoległe ze zmianą innych przepisów dotyczących wdrożenie w systemie informatycznym NFZ rozwiązań umożliwiających sprawozdawanie ww. propozycji zmian.

W dalszym etapie prac należy rozważyć możliwość implementacji kolejnych elementów „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, jak np. wprowadzenie w ramach „koszyka rehabilitacyjnego” poszczególnych świadczeń zdefiniowanych i zaprojektowanych zgodnie z definicją technologii medycznych. Działanie to powinno być poprzedzone dodatkowymi konsultacjami z gronem ekspertów w dziedzinach odpowiadających

określonym zakresom świadczeń. Należy mieć na uwadze, że zakwalifikowanie wybranych świadczeń (np. poza tymi, które wynikają z nowego podejścia w ramach POF, bowiem przewidziano dla nich późniejszy etap wdrożeniowy) umożliwi w świetle regulacji formalno-prawnych taryfikację tych świadczeń.

Wdrożenie pozostałych propozycji rozwiązań „koszykowych” oraz organizacyjnych w rehabilitacji leczniczej (przede wszystkim wspomniane świadczenia w ramach POF), z oczywistych względów, wymaga gruntownej oceny skutków ich implementacji. Dlatego też, ze względu na ograniczenia w rzeczywistych danych, jakimi dysponuje polski system ochrony zdrowia (aktualnie NFZ dysponuje jedynie informacją o postawionym rozpoznaniu ICD-10 oraz udzielonych świadczeniach), wydaje się koniecznym ustalenie sposobu oraz zakresu zbierania danych (pochodzących od świadczeniodawców), które są niezbędne do oceny realności wdrożenia proponowanych w rozwiązaniu. Dla oceny realności rzeczowej koncepcji kluczową kwestią jest możliwość szacowania „przepływu” liczby pacjentów o określonej specyfice ich potrzeb rehabilitacyjnych (stan „ciężkości”) – pomiędzy różnymi poziomami opieki (POF, fizjoterapia ambulatoryjna, poradnia rehabilitacyjna, ośrodki dzienne, oddziały stacjonarne). Z tego powodu, zaproponowano wprowadzenie obowiązku **obligatoryjnej sprawozdawczości świadczeniodawców z realizacji wskazanych powyżej świadczeń, procedur i czynności „1) - 3)”** (należy jednak podkreślić, iż implementacja wskazanych wymogów będzie wymagała wcześniejszego dostosowania systemu sprawozdawczości NFZ). Zebranie i agregacja wskazanych danych, zgodnie z ustaleniami podjętymi podczas spotkania w MZ z dnia 25 lipca 2018 r. umożliwi zaprojektowanie odpowiednich mierników/wskaźników potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów.

Należy mieć na uwadze, że proponowana ewolucja aktualnego systemu rehabilitacji (tzn. częściowa reorganizacja oraz „nowa” struktura i zawartość koszyka świadczeń rehabilitacyjnych) powinna być wprowadzana stopniowo, we wskazanych etapach, tak aby zapobiec ryzyku zmniejszenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych skutkiem niedoszacowania uwarunkowań proponowanych zmian (głównie finansowych), czy braku konsensusu eksperckiego wiodących w tej dziedzinie profesji.

Należy podkreślić, iż wdrożenie dalszych elementów związanych z prezentowaną koncepcją tj. zmiany technologii medycznej w kontekście świadczeń specjalistycznych w zakresie rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej, ogólnoustrojowej czy dla osób z dysfunkcją słuchu i mowy, wzroku, jest następstwem wdrożonych i ocenionych pod kątem efektywności organizacyjnej i funkcjonowania zmian proponowanych w niniejszym raporcie zmian, jak również nowego poziomu opieki fizjoterapeutycznej POF.

Bowiem z punktu widzenia systemowych zmian w rehabilitacji leczniczej:

- 1) obowiązek oceny stanu pacjenta pozwoli poznać oraz określić profil pacjenta na poszczególnych poziomach rehabilitacji,
- 2) wprowadzenie POF wpłynie na ocenę przepływu pacjentów pomiędzy poszczególnymi poziomami rehabilitacji tj. zakresami stacjonarnymi czy dziennymi,
- 3) w konsekwencji powyższego umożliwi doszczegółowienie warunków dotyczących opisu świadczeń rehabilitacyjnych (specjalistycznych) w tym m.in. określenie populacji pacjentów, kryteriów włączenia i wyłączenia do świadczeń, czasu trwania itp.

## 4. Wybrane propozycje zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej

Wśród rozwiązań możliwych do wdrożenia potencjalnie w 2019 r. w ramach obowiązujących zakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej określonych w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej wyróżniono następujące kwestie:

- ✓ **Wprowadzenie porady kwalifikacyjnej (lekarskiej) oraz wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej)**
- ✓ **Obowiązek przeprowadzenia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w oparciu o wybrane skale medyczne oraz określenia planu leczenia wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym**
- ✓ **Obowiązek przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej w oparciu o wybrane skale medyczne**

### 4.1. Porada i wizyta kwalifikacyjna

Zgodnie z wyodrębnionym w Koncepcji „Katalogiem interwencji” w *profilu interwencji lekarskich* wyróżniono:

- konsultację lekarską,
- opiekę lekarską
- **poradę kwalifikacyjną (lekarską),**
- poradę lekarską.

Z kolei w *profilu interwencji fizjoterapeutycznych*, znalazły się:

- fizjoterapia indywidualna,
- funkcjonalny trening medyczny,
- konsultacja fizjoterapeutyczna,
- wizyta fizjoterapeutyczna,
- **wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna).**

Na poziomie „Słownika pojęć” zawartego w Koncepcji zdefiniowano w następujący sposób poszczególne terminy:

- 1) **profil lekarski** – obejmuje następujące interwencje:
  - a) konsultacja lekarska;
  - b) opieka lekarska - zabezpieczenie ogólnolekarskich potrzeb pacjenta w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym;
  - c) **porada kwalifikacyjna lekarska – porada lekarska ukierunkowana na kwalifikację do rehabilitacji w oparciu w szczególności o ocenę stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego pacjenta oraz postępowanie diagnostyczne zakończone sformułowaniem mierzalnego celu leczenia. Powyższy zakres realizowany jest na podstawie wyników badań diagnostycznych i diagnostyki stanu funkcjonalnego lub wymaganych konsultacji członków zespołu terapeutycznego;**
  - d) porada lekarska – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez lekarza zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie o zawodzie lekarza).
- 2) **profil fizjoterapeutyczny** - obejmuje następujące interwencje:
  - a) fizjoterapia indywidualna - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych indywidualnie przez fizjoterapeutę na rzecz jednego świadczeniobiorcy;
  - b) funkcjonalny trening medyczny - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych oraz fizjoprofilaktyki, określonych w planie fizjoterapii,

- wykonywanych samodzielnie przez pacjenta, pod nadzorem fizjoterapeuty, który jest częścią trwającego procesu fizjoterapii w celu utrwalenia uzyskanych efektów leczenia lub grupowo;
- c) konsultacja fizjoterapeutyczna – proces zakończony wydaniem opinii dot. stanu funkcjonalnego;
  - d) wizyta fizjoterapeutyczna - to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez fizjoterapeutę zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktach wykonawczych;
  - e) **wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna – wizyta ukierunkowana na kwalifikację do fizjoterapii, diagnostykę funkcjonalną pacjenta zakończoną sformułowaniem mierzalnego celu terapeutycznego, zgodnie z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktów wykonawczych.**

Przedstawione poniżej założenia dotyczące porady/wizyty kwalifikacyjnej są wynikiem pracy analityków Agencji oraz konsultacji przeprowadzonych w gronie ekspertów (szczegółowy opis tych konsultacji w odrębnym rozdziale).

Zakłada się, iż **porada kwalifikacyjna (lekarska)** realizowana będzie w ramach fizjoterapii domowej, rehabilitacji stacjonarnej oraz w warunkach ośrodkach lub oddziału dziennego. Personel uprawniony do realizacji porady kwalifikacyjnej – lekarz rehabilitacji - w rozumieniu obowiązujących przepisów, wskazany do realizacji świadczeń w ww. warunkach w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej.

Porada kwalifikacyjna lekarska odbywać się powinna w ciągu 14 dni od dnia zarejestrowania skierowania, z możliwością jej realizacji na podstawie dokumentacji medycznej (co może mieć istotne znaczenie w przypadku świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych - dla pacjentów w stanie ciężkim lub zamieszkujących w dużej odległości od świadczeniodawcy, dla których dotarcie do szpitala na poradę kwalifikacyjną może stanowić barierę nie do pokonania).

W ramach porady kwalifikacyjnej lekarz rehabilitacji:

- a) ocenia zasadność skierowania do danej formy rehabilitacji, skutkiem czego, pacjent może zostać:
  - zakwalifikowany lub niezakwalifikowany do rehabilitacji,
  - skierowany na inny poziom rehabilitacji – najbardziej odpowiedni dla jego aktualnych na dzień udzielenia porady potrzeb rehabilitacyjnych,
- b) ocena odbywać się będzie w oparciu o stan kliniczny i stan funkcjonalny pacjenta oraz zdefiniowane w ramach dziedzin rehabilitacji skale medyczne;
- c) lekarz, przed określeniem zasadności i zakresu rehabilitacji, może skierować pacjenta na dodatkowe konsultacje (konsultację fizjoterapeutyczną, dietetyczną, logopedyczną, psychologiczną, terapeuty zajęciowego, pedagogiczną dot. dzieci);
  - ocenia pilność i zakres potrzebnej rehabilitacji - zawiera elementy „triage-u”;
  - określa cel rehabilitacji i warunki jej realizacji;
  - edukuje pacjenta, udziela instruktażu (w tym również udostępnia materiały edukacyjne) pod kątem nauki samodzielnej i prawidłowej aktywności ukierunkowanej na stwierdzony problem oraz umiejętności pozwalającej radzić sobie z problemami wynikającymi ze stanu zdrowia.

Z kolei wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna przeprowadzana będzie przez fizjoterapeutę w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub fizjoterapii domowej, dla pacjentów:

- ✓ w wariantcie I – wszystkich zgłaszających się na świadczenia,
- ✓ w wariantcie II - dla których wskazano na skierowaniu tryb przyjęcia – pilny.

Personel uprawniany do realizacji wizyty kwalifikacyjnej – fizjoterapeuta z tytułem magistra oraz z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty.

Wizyta kwalifikacyjna odbywać się powinna w ciągu 14 dni od dnia zarejestrowania skierowania oraz obejmuje:

- a) ocenę zasadności skierowania na fizjoterapię, skutkiem czego, pacjent może zostać:
  - objęty fizjoterapią,



- odesłany do lekarza kierującego - zgodnie z aktualnymi regulacjami formalno-prawnymi, fizjoterapeuta nie może wydać skierowania na inną formę rehabilitacji, natomiast jest on uprawniony do oceny zasadności tego, czy pacjent pod względem funkcjonalnym wymaga fizjoterapii (jeżeli w jego ocenie aktualne na dzień przyjęcia potrzeby w zakresie fizjoterapii pacjenta są inne aniżeli wynika to ze skierowania, wtedy fizjoterapeuta może zalecić powtórny poradę u lekarza kierującego z odpowiednią adnotacją), ocena potrzeb odbywać się będzie w oparciu o badanie funkcjonalne pacjenta,
- b) ocenę pilności fizjoterapii – zawierającą elementy „triage-u”,
- c) określenie celu fizjoterapii,
- d) edukację pacjenta, udzielenie instruktażu (w tym również udostępnienie materiałów edukacyjnych) pod kątem nauki samodzielnej i prawidłowej aktywności ukierunkowanej na stwierdzony problem oraz umiejętności pozwalające radzić sobie z problemami wynikającymi ze stanu zdrowia.

Celem tak zdefiniowanej wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej będzie:

- ✓ w wariantcie I - włączenie w proces fizjoterapii pacjentów, dla których skierowanie na fizjoterapię jest zasadne,
- ✓ w wariantcie II - włączenie w proces fizjoterapii pacjentów tzw. „ostrych” (po urazach, ostrych incydentach chorobowych) - ocenianych na podstawie obiektywnych mierników w trakcie badania fizjoterapeutycznego, dla których szybkie rozpoczęcie fizjoterapii daje gwarancję powrotu do zdrowia.

Wizyta kwalifikacyjna będzie stanowić pierwszy etap fizjoterapii, w trakcie której pacjentowi zostanie udzielony instruktaż dotyczący „samoopieki” lub „samoleczenia”, jako następstwo zaplanowanej i zindywidualizowanej edukacji. Założeniem jest, aby „samoopieka”, była kontynuowana przez pacjenta do momentu ustania problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę kierowania na fizjoterapię bądź do czasu rozpoczęcia przez pacjenta właściwej fizjoterapii w placówce świadczeniodawcy czy w domu.

Ostatecznym skutkiem wprowadzenia powyższych rozwiązań będzie szybsze rozpoczęcie procesu usprawniania (edukacja w trakcie porady lub wizyty kwalifikacyjnej), w szczególności dla pacjentów „pilnych” (ostrych), zwiększenie dostępności do świadczeń poprzez zmniejszenie liczby osób oczekujących na ich udzielenie (na skutek oceny zasadności skierowania) lub skrócenie czasu trwania terapii jako następstwo „samoopieki” pacjenta.

Należy podkreślić, iż powyższe rozwiązania muszą zostać przeprowadzone równolegle ze zmianą innych przepisów dotyczących:

- uwzględnienia numeru PESEL w sprawozdawaniu list oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej,
- zmian w SI NFZ w szczególności obejmujących sprawozdawczość związaną z oceną stanu pacjenta.

Rozwiązanie dotyczące wyodrębnienia porady/wizyty kwalifikacyjnej, służące przede wszystkim weryfikacji potrzeb zdrowotnych (rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych) pacjentów, stanowi propozycję zmiany technologii medycznej w kontekście nowej organizacji udzielania świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej. Jest to rozwiązanie, którego nadrzędnym celem będzie wprowadzenie doraźnych rozwiązań możliwych do wprowadzenia w krótkim czasie. Zgodnie z ustaleniami poczynionymi w trakcie spotkania w MZ w dniu 25 lipca 2018 r., wprowadzenie powyższych rozwiązań ma prowadzić w krótkiej perspektywie do poprawy dostępności do rehabilitacji w ramach NFZ w Polsce.

Podobne rozwiązanie zostało wdrożone w ramach innych świadczeń, na przykład w zakresie usuwania zaćmy. Na podstawie zarządzenia nr 66/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. (w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia specjalistyczne), wprowadzono „Wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy - w trybie ambulatoryjnym” (nr: 5.52.01.0001528) – we wskazanym przypadku wizyta kwalifikacyjna realizowana jest przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki u świadczeniodawcy prowadzącego listę oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy (o której mowa

w art. 20 ustawy o świadczeniach). Kwalifikacja do zabiegu usunięcia zaćmy odbywa się zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (nie dotyczy dzieci) i dotyczy świadczeniobiorców, którzy otrzymali skierowanie na zabieg usunięcia zaćmy po 26 czerwca 2018 r.

## 4.2. Inne elementy proponowanych zmian

Ocena stanu funkcjonalnego w ramach rehabilitacji leczniczej, określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego oraz ocena efektów terapii rehabilitacyjnej, to elementy interwencji włączone do obowiązujących świadczeń, które:

- a) stanowią stały element rehabilitacji/fizjoterapii,
- b) umożliwią definiowanie problemu,
- c) są niezbędne do prawidłowego zaplanowania i przebiegu terapii,
- d) pozwolą każdorazowo dobierać indywidualnie do potrzeb pacjenta terapię,
- e) pozwolą ocenić skuteczność poniesionych nakładów oraz zweryfikować wdrożony program,
- f) pozwolą dobrać środki i narzędzia terapeutyczne dostosowane do stanu pacjenta.

Ocena stanu funkcjonalnego przeprowadzona powinna być:

- a) podczas wizyty kwalifikacyjnej,
- b) przed rozpoczęciem rehabilitacji/fizjoterapii przez lekarza i terapeutów koniecznych do realizacji świadczenia kompleksowego lub przez terapeutę danego profilu podstawowego w trakcie badania, w oparciu o wybrane skale medyczne lub inne kryteria kwalifikacji,
- c) na zakończenie terapii – ocena efektu terapii.

Określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego:

- a) zdefiniowanie celu terapeutycznego następuje podczas porady/wizyty kwalifikacyjnej;
- a) określenie planu leczenia następuje przed rozpoczęciem terapii,
- b) ocena efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej: przeprowadzana jest na zakończenie procesu terapeutycznego w oparciu o ocenę stanu klinicznego i funkcjonalnego, w tym w oparciu o wybrane skale medyczne oraz w przypadku braku skuteczności prowadzonej terapii – zgłaszanej przez chorego,
- c) ma za zadanie ocenić prowadzone postępowanie terapeutyczne w celu potwierdzenia lub weryfikacji stosowanych metod.

## 4.3. Skale medyczne i inne narzędzia oceny stanu pacjenta

Integralnym elementem propozycji zmian w rehabilitacji leczniczej jest wdrożenie systemu oceny stanu funkcjonalnego pacjentów przed, w trakcie i po zakończeniu rehabilitacji lub fizjoterapii. Dla zapewnienia obiektywności i porównywalności, system ten musi opierać się na powszechnie uznanych skalach i narzędziach pomiarowych. Zostały one szczegółowo przypisane do różnych świadczeń rehabilitacji leczniczej. W odniesieniu do sposobów przeprowadzenia wstępnej oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta, służącej weryfikacji aktualnych potrzeb rehabilitacyjnych oraz odpowiadających im optymalnych (ze względu na stan pacjenta) świadczeń, a w kolejnych etapach wprowadzania zmian również stopnia spełnienia zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji na poziomie projektów poszczególnych świadczeń, uczestnicy Zespołu Ekspertskiego AOTMiT wyodrębnili skale medyczne oraz klasyfikacje określające zaburzenia zwiększające wymagania rehabilitacyjne.

Skale obecnie stosowane w rehabilitacji leczniczej zostały wskazane na różnych poziomach legislacyjnych. W rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej wyodrębniona jest jedna skala dla zakresu fizjoterapii domowej oraz wprowadzono obowiązek kwalifikacji świadczeniobiorcy do rehabilitacji neurologicznej, na podstawie oceny stanu klinicznego pacjenta, z uwzględnieniem istniejących skal medycznych.

Natomiast w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza w ramach stacjonarnych zakresów: neurologicznej i ogólnoustrojowej, skale medyczne służą do kwalifikacji zakończonej hospitalizacji do określonej grupy JGP i rozliczenia leczenia.

**Tabela 6. Rodzaj skal medycznych i innych narzędzi oceny stanu pacjenta użytych w rehabilitacji medycznej**

Poziom regulacji	Nazwa świadczenia	Nazwa skali/narzędzi
rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	fizjoterapii w warunkach domowych	skala Rankina
zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza	rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	1) skala Barthel ADL index 2) ocena funkcji poznawczo - behawioralnych oraz zaburzeń czynności mowy oraz polykania po nabytych uszkodzeniach mózgu wg załączonej skali 3) skala ASIA 4) ocena głębokości niepełnosprawności wg GMFCS (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy) 5) ocena zaburzeń znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgniacyjne dotyczące rehabilitacji neurologicznej dzieci
	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	1) skala Rankina 2) skala Barthel ADL index

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wypracowane w zespołach eksperckich skale stanowią kryteria kwalifikacji do projektowanych poszczególnych świadczeń kompleksowej rehabilitacji dziennej i stacjonarnej oraz fizjoterapii domowej. Przyjęte podejście do zastosowania skal zakłada, iż będą wykorzystywane na kilku etapach procesu terapeutycznego tj. do oceny stanu pacjenta na początku terapii oraz efektów na jej końcu, ale także będą stanowiły pomocne narzędzie w podjęciu decyzji odnośnie zasadności kwalifikacji do danej formy i poziomu rehabilitacji. Zaproponowane skale prowadzą do oceny ogólnej sprawności osoby oraz jej zapotrzebowania na opiekę np. lekarską, pielęgniarską, inną terapeutyczną. Przekładając to na rehabilitację wskazują jakie potrzeby zdrowotne (rehabilitacyjne) i w jakim stopniu wymagają zaspokojenia. Umożliwią ukierunkowanie dalszych etapów diagnostyki, leczenia czy terapii.

Są to:

- 1) w rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej – dorośli:
  - a) **Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL** – jest jedną ze skal ADL (Activities of Daily Living Index - Aktywności Życia Codziennego), to międzynarodowa skala stosowana do oceny sprawności ruchowej chorych, pomaga określić i opisać, jakie czynności chory może wykonywać sam i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Na skalę Barthel składa się dziesięć czynności dnia codziennego. Przy każdej z czynności przyznaje się punkty (można wybrać tylko jedną opcję), które na koniec należy zliczyć. Opracowano ją ponad 50 lat temu w celu oceny klinicznej wyników leczenia osób, które doznały udaru. Obecnie stosowana jest w wielu innych schorzeniach, np. u osób z chorobami neurologicznymi oraz chorobami układu kostnowęzowego.
  - b) **Skala Glasgow GCS (Glasgow Com a Scale)** - jest używana w medycynie w celu oceny poziomu i stanu świadomości chorych po urazach mózgu. Oceniane jest otwieranie oczu, kontakt słowny oraz reakcja ruchowa.
  - c) **Skala MRC (Medical Research Council Scale) oceniająca stopień osłabienia siły mięśni (poszczególnych grup mięśniowych)**, ocenia moc mięśni w skali od 0 do 5 w stosunku do maksymalnej oczekiwanej dla tego mięśnia. W niedawnym porównaniu do skali analogowej skala MRC jest bardziej wiarygodna i dokładna dla oceny klinicznej słabych mięśni (stopnie 0-3), podczas gdy skala analogowa jest bardziej wiarygodna i dokładna dla oceny silniejszych mięśni (stopnie 4 i 5).

- d) **Skala oparta na skali Rankina** - pozwala na ocenę stopnia niepełnosprawności pacjenta, dotyczy głównie funkcji lokomocji i stopnia zależności od osób trzecich, jest mało czuła, ale bardzo prosta w użyciu i przydatna we wstępnej, ogólnej ocenie chorego.
  - e) **Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu** – jest to klasyfikacja określająca typ dysfunkcji i skalę głębokości zaburzenia pacjentów dorosłych, zastosowana w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w celu kwalifikowania zakończonej hospitalizacji do jednej z grup JGP w rehabilitacji neurologicznej, pozwala określić w 4-stopniowej skali nasilenia objawów związanych m.in. z zaburzeniami mowy, języka, komunikacji, funkcji pamięciowych itp.
- 2) w rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej – dzieci:
- a) **Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL,**
  - b) **Pediatryczna skala Glasgow CCS** - skala pomagająca ocenić stopień przytomności dziecka i niemowlęcia, umożliwia ona w sposób obiektywny stwierdzić, czy i w jakim stopniu dziecko lub niemowlę jest przytomne. Wynik zastosowania pediatrycznej skali GCS (z angielskiego Glasgow Coma Scale) przedstawia się na wykresie oraz w formie sumy punktów. Zawiera się w przedziale od 3 do 15 punktów, gdzie 3 oznacza najgorsze rokowanie, a 15 najlepsze. Składa się z trzech elementów: odpowiedzi wzrokowej, słownej i ruchowej.
  - c) **Skala ASIA (American Spinal Injury Association)** - ocena funkcjonalna uszkodzeń rdzenia kręgowego, została zastosowana w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w celu kwalifikowania zakończonej hospitalizacji do jednej z grup JGP w rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego, w projektowanym modelu i świadczeniach została użyta do określenia kryteriów kwalifikacji do świadczeń w rehabilitacji pediatrycznej.
  - d) **Skala FMS (Functional Movement Screen) - test sprawności narządu ruchu,** został stworzony w 1995 roku, jest koncepcją, która umożliwia kompleksową analizę jakości podstawowych wzorców ruchowych, ocenę ryzyka kontuzji oraz stwierdzenie istnienia ograniczeń i asymetrii. Test złożony jest z 7 prób (głęboki przysiad, przeniesienie kończyny dolnej nad płotkiem, przysiad w wyroku, ruchomość obręczy barkowej, aktywne uniesienie wyprostowanej kończyny dolnej, ugięcie ramion w podporze, stabilność rotacyjna tułowia).
- 3) W rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej – dorośli:
- a) **Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL.**
  - b) **Skala MRC (Medical Research Council Scale).**
- 4) W rehabilitacji ogólnoustrojowej – dzieci:
- a) **Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL,**
  - b) **Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci** -jest to klasyfikacja określająca typ dysfunkcji i skalę głębokości zaburzeń u dzieci, została wypracowana przez Ekspertów w Zespole eksperckim zajmującym się rehabilitacją pediatryczną i służy ocenie pacjentów pod kątem np.: lokomocji, konieczności zastosowania zaopatrzenia ortopedycznego, kontroli mikcji i defekacji, porażień i niedowładów, w oparciu o stopień upośledzenia funkcji (na podstawie ICF).
- 5) W rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej:
- a) **Klasyfikacja niewydolności serca wg New York Heart Association NYHA** - stosowana jest do oceny zaawansowania objawów w przewlekłej niewydolności serca, określa stopień nasilenia objawów klinicznych i upośledzenia codziennego funkcjonowania na podstawie symptomów i aktywności fizycznej.
  - b) **Skala oparta na skali Rankina.**
- 6) **W fizjoterapii domowej:**
- a) **Skala oparta na skali Rankina.**

- b) **GMFCS dla dzieci (Gross Motor Function Classification System – (Expanded and Revised))** -jest to System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej GMFCS w mózgowym porażeniu dziecięcym, w którym badany jest samodzielnie zapoczątkowany ruch, zwłaszcza siedzenie, zmiana pozycji i przemieszczanie się, oparty jest na pięciopoziomowym systemie w którym podstawowym kryterium jest, aby różnice między poziomami miały znaczenie w życiu codziennym. Podstawą rozróżnień są ograniczenia funkcjonalne, potrzeba stosowania ręcznych przyrządów wspomagających poruszanie się (takich jak balkoniki, kule czy laski) lub poruszania się na wózku, a w mniejszym stopniu jakość ruchu. Klasyfikacja została zastosowana w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w celu kwalifikowania zakończonej hospitalizacji do jednej z grup JGP w rehabilitacji neurologicznej dziecięcej.

Skale medyczne zostały podzielona ze względu na rodzaj świadczeń rehabilitacyjnych (rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja kardiologiczna, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa (rehabilitacja pulmonologiczna jest przedmiotem dalszych prac) oraz ze względu na warunki realizacji świadczeń, a dokładnie tryb realizacji świadczeń (w warunkach stacjonarnych, ośrodka lub oddziału dziennego, ambulatoryjnych lub domowych).

Poniższe skale medyczne wyodrębnione przez Zespół Ekspertki AOTMiT są rekomendowanym narzędziem do:

- przeprowadzenia wstępnej oceny stanu funkcjonalnego pacjenta,
- określenia planu leczenia i terapii (zakończone na tym etapie zdefiniowanym celem terapeutycznym),
- przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej / fizjoterapeutycznej.

**Tabela 7. Zestawienie kryteriów oceny stanu pacjenta względem rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych oraz trybu ich realizacji**

Nazwy świadczeń/warunki realizacji świadczeń		Propozycje zastosowania skal lub innych zaburzeń czy określenia stanów pacjenta*	
w warunkach stacjonarnych			
rehabilitacja neurologiczna	dorośli	zaburzenia funkcji mózgu	skala Rankina skala Barthel ADL skala Glasgow GCS zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu
		zaburzenia funkcji rdzenie kręgowego i korzeni nerwowych	skala Rankina skala Barthel ADL skala MRC
		zaburzenia funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych	skala Rankina skala Barthel ADL skala MRC
	dzieci	skala Glasgow GCS lub Pediatriańska skala Glasgow CCS skala Barthel ADL skala ASIA skala FMS	
rehabilitacja ogólnoustrojowa	dorośli	skala Barthel ADL (IADL) skala MRC	
	dzieci	skala Barthel ADL zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci	
rehabilitacja kardiologiczna		skala NYHA skala Rankina	
w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego			
rehabilitacja ogólnoustrojowa*	dorośli	porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego obrzęk limfatyczny stan po amputacji	

Nazwy świadczeń/warunki realizacji świadczeń		Propozycje zastosowania skal lub innych zaburzeń czy określenia stanów pacjenta*
		stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu stan po udarze mózgu choroba nowotworowa stan po leczeniu szpitalnym ostrego stanu choroby
rehabilitacja kardiologiczna*		nadciśnienie tętnicze o bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym ocenianym przy pomocy aktualnego systemu Pol-SCORE skala NYHA
w warunkach ambulatoryjnych		
fizjoterapia ambulatoryjna*		porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego obrzęk limfatyczny stan po amputacji stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu stan po udarze mózgu stan po leczeniu szpitalnym ostrego stanu choroby stan pourazowy
w warunkach domowych		
fizjoterapia domowa*	dorośli	skala Rankina
	dzieci	skala GMFCS
		stan po amputacji stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu stan pourazowy

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

\*proponuje się wskazywanie w trakcie porady lub wizyty kwalifikacyjnej (w konsekwencji również w sprawozdawczości określonych stanów pacjenta np. po amputacji, po leczeniu operacyjnym itp.)

Poniżej kolejno scharakteryzowano wskazane skale medyczne:

#### 4.3.1. Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL

1. Kontrola zwieraczy odbytu:
  - 1) nietrzymanie stolca lub konieczność stosowania lewatywy – 0 pkt.,
  - 2) rzadko brak kontroli (np. raz w tygodniu) -1 pkt,
  - 3) pełna - 2 pkt.
2. Kontrola zwieraczy pęcherza:
  - 1) nietrzymanie moczu lub chory z cewnikiem nie potrafiący samodzielnie posługiwać się nim – 0 pkt.,
  - 2) rzadko brak kontroli (rzadziej niż raz dziennie) – 1 pkt,
  - 3) pełna lub chory z cewnikiem potrafi się nim samodzielnie posługiwać – 2 pkt.
3. Dbłość o własną osobę:
  - 1) potrzebuje pomocy w podstawowych czynnościach (mycie zębów, czesanie włosów, golenie, mycie się) – 0 pkt.,
  - 2) niezależny (nawet jeżeli odpowiednie przedmioty są podawane przez osobę opiekującą się) – 1 pkt,
4. Korzystanie z toalety:
  - 1) zależny od otoczenia – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy przy korzystaniu – 1 pkt,
  - 3) niezależnie siada i wstaje z toalety, ubiera się, wyciera – 2 pkt.
5. Jedzenie:
  - 1) nie potrafi jeść samodzielnie bez pomocy – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pewnej pomocy (np. krojenie, rozsmarowywanie) lecz je samodzielnie – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie (jeśli ma przygotowane jedzenie) – 2 pkt.
6. Przesiadanie się:
  - 1) nie potrafi przesiąść się z łóżka na fotel, nie potrafi siedzieć – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje znacznej pomocy – 1 pkt,
  - 3) potrzebuje niewielkiej pomocy – 2 pkt.,
  - 4) nie potrzebuje pomocy – 3 pkt.
7. Poruszanie się:

- 1) unieruchomiony – 0 pkt.,
  - 2) samodzielnie porusza się na wózku inwalidzkim w domu – 1 pkt,
  - 3) chodzi z pomocą lub pod kontrolą jednej osoby – 2 pkt.,
  - 4) chodzi samodzielnie (może używać przyrządu) – 3 pkt.
8. Ubieranie się:
- 1) całkowicie zależny od otoczenia – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie, łącznie z zapinaniem guzików i zamków błyskawicznych – 2 pkt.
9. Chodzenie po schodach:
- 1) niewykonalne – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy lub kontroli – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie chodzi w górę i w dół – 2 pkt.
10. Kąpiel:
- 1) potrzebuje pomocy – 0 pkt.,
  - 2) samodzielnie może się kąpać lub brać prysznic, potrafi wejść i wyjść bez pomocy – 1 pkt.

#### 4.3.2. Pediatryczna skala Glasgow CCS

1. Składa się z trzech elementów:
  - 1) Odpowiedź wzrokowa:
    - o 1 pkt – Nie otwiera oczu.
    - o 2 pkt – Otwiera oczy na ból.
    - o 3 pkt – Otwiera oczy na polecenie głosowe.
    - o 4 pkt – Otwiera oczy spontanicznie.
  - 2) Odpowiedź słowna:
    - o 1 pkt – Brak odpowiedzi słownej.
    - o 2 pkt – Pobudzone, niespokojne.
    - o 3 pkt – Niespokojne w odpowiedzi na bodźce.
    - o 4 pkt – Płacz ustępujący po przytuleniu.
    - o 5 pkt – Uśmiecha się, wodzi wzrokiem.
  - 3) Odpowiedź ruchowa:
    - o 1 pkt – Brak odpowiedzi ruchowej.
    - o 2 pkt – Reakcja wyprostna.
    - o 3 pkt – Reakcja zgięciowa.
    - o 4 pkt – Odsuwa się od bólu.
    - o 5 pkt – Lokalizuje ból.
    - o 6 pkt – Spełnia polecenia.
2. Zawiera się w przedziale od 3 do 15 punktów, gdzie 3 oznacza najgorsze rokowanie, a 15 najlepsze.

#### 4.3.3. Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale)

1. Ocenie podlega:
  - 1) Otwieranie oczu
    - a) 4 punkty – spontaniczne
    - b) 3 punkty – na polecenie
    - c) 2 punkty – na bodźce bólowe
    - d) 1 punkt – nie otwiera oczu
  - 2) Kontakt słowny:
    - a) 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
    - b) 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
    - c) 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
    - d) 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
    - e) 1 punkt – bez reakcji
  - 3) Reakcja ruchowa:

- a) 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
- b) 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
- c) 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- d) 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
- e) 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
- f) 1 punkt – bez reakcji

2. Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:

GCS 13-15 – łagodne

GCS 9-12 – umiarkowane

GCS 6-8 – brak przytomności

GCS 5 – odkorowanie

GCS 4 – odmóżdzenie

GCS 3 – śmierć mózgu

#### 4.3.4. Skala FMS (Functional Movement Screen) - test sprawności narządu ruchu

1. Pacjent oceniany jest w skali od 0 do 3, gdzie:

- 1) 3 pkt uzyskuje się w przypadku prawidłowo wykonanego testu bez wzorców kompensacyjnych;
- 2) 2 pkt otrzymuje się za wykonanie prawidłowo testu, jednak z występującymi wzorcami kompensacyjnymi;
- 3) 1 pkt oznacza niemożność wykonania testu;
- 4) 0 pkt przyznaje się, gdy w trakcie wykonywania testu wystąpi ból.

2. Podstawowe zadania ruchowe:

- 1) głęboki przysiad;
- 2) przeniesienie nogi nad poprzeczką;
- 3) przysiad w wykroku;
- 4) ocena ruchomości obręczy barkowej;
- 5) aktywne uniesienie wyprostowanej nogi;
- 6) ugięcie ramion w podporze (pompka);
- 7) test stabilności tułowia.

3. Wyniki badań dają nam 3-przedziałową skalę do oceny pacjentów:

- 1) 18–21 punktów – pacjent zdrowy, ciało porusza się w prawidłowym wzorcu ruchowym, ryzyko urazu przeciążeniowego jest minimalne;
- 2) 14–18 punktów – występują asymetrie, wzorce ruchowe są zaburzone, ryzyko urazu przeciążeniowego: 25–35%;
- 3) 13 punktów i mniej – prawdopodobieństwo odniesienia kontuzji wzrasta do ponad 50%.

#### 4.3.5. Skala MRC (Medical Research Council Scale) oceniająca stopień osłabienia siły mięśni (poszczególnych grup mięśniowych)

0 – brak napięcia mięśniowego

1 – wyczuwalny ślad napięcia mięśniowego podczas próby wykonania ruchu

2 – czynny ruch w warunkach obciążenia

3 – czynny ruch przeciwko sile ciężkości

4 – czynny ruch przeciwko sile ciężkości z dodatkowym obciążeniem

5 – prawidłowa siła mięśniowa.

#### 4.3.6. Skala oparta na skali Rankina

Stopnie skali:



0 - świadczeniobiorca nie zgłasza skarg.

1 - świadczeniobiorca zgłasza niewielkie skargi, które nie wpływają w sposób istotny na jego tryb życia.

2 - osoba z niepełnosprawnością w niewielkim stopniu. objawy nieznacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia, lecz nie ograniczają możliwości samodzielnego funkcjonowania. Nie jest zależny od otoczenia.

3 - osoba z niepełnosprawnością w średnim stopniu. Objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie.

4 - osoba z niepełnosprawnością w dość ciężkim stopniu. objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej.

5 - osoba z niepełnosprawnością w bardzo ciężkim stopniu. świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby.

#### 4.3.7. Klasyfikacja niewydolności serca wg New York Heart Association NYHA

Klasa	Wydolność wysiłkowa
I	bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca
II	niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność
III	znaczne ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale aktywność mniejsza niż zwykła powoduje wystąpienie objawów
IV	każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości

#### 4.3.8. Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu

##### 1. Typ dysfunkcji i zaburzeń:

- 1) zaburzenia mowy o charakterze dyzartrii lub apraksji mowy; dotyczą artykulacji, fonacji, prozodii lub motorycznych aspektów czynności mówienia (terapia realizowana przez neurologopedę);
- 2) zaburzenia językowe i mowy (afazje); dotyczą programowania i realizacji wielu różnych czynności językowych i objawiają się zaburzeniami nazywania, powtarzania, tworzenia zdania, przetwarzania informacji językowej i rozumienia języka na różnym poziomie złożoności wypowiedzi; dotyczą języka mówionego oraz pisanego (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub neurologopedę);
- 3) zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż afazja i dyzartria); brak kompetencji do nawiązywania jakiegokolwiek kontaktu międzyosobniczego, trudności z wyrażaniem komunikatów przy użyciu gestykulacji, mimiki lub innych pozajęzykowych środków wyrazu; trudności ze zrozumieniem wymienionych form ekspresji wyrażanej przez innych. deficyty łagodniejsze dotyczą praktycznych aspektów komunikacji takich jak rozumienie kontekstu, przekazu emocjonalnego w komunikacji oraz innych form przetwarzania informacji językowej w kontekście komunikacji społecznej (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub neurologopedę);
- 4) zaburzenia systemów uwagi. terapia dotyczy przede wszystkim zespołu zaniedbywania jednostronnego (deficyt nieuwagi stronnej) oraz zaburzeń czujności i podzielności uwagi w wyniku uszkodzenia neuronalnego układu funkcjonalnego dla uwagi (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
- 5) zaburzenia różnych funkcji pamięciowych; przede wszystkim zespoły amnestyczne w wyniku uszkodzenia obustronnego formacji hipokampa (np. w konsekwencji opryszczkowego zapalenia mózgu), uszkodzenia podstawnego przodomózgowia (np. w konsekwencji pęknięcia tętniaka na tętnicy łączącej przedniej powikłane skurczem naczyniowym) oraz

- międzymózgowia (np. uszkodzenia ciał suteczkowatych i przedniego wzgórza w wyniku incydentów naczyniowych) (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
- 6) zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje); zaburzenia inicjowania, organizacji przestrzennej oraz pamięci złożonych aktywności ruchowych (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 7) zaburzenia wyższej organizacji spostrzegania; deficyty powstałe w wyniku uszkodzenia asocjacyjnych części kory w zakresie różnych modalności zmysłowych; np. agnozja wzrokowa, słuchowa, astereognozja oraz zaburzenia poznawczego aspektu czynności okulomotorycznej (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 8) dysfunkcje systemu wykonawczego, czyli regulującego inicjowanie, programowanie, kontrolę i przewidywanie skutków zachowań celowych; konsekwencje uszkodzeń neuronalnych systemów przedczołowo – podstawnych powstałych w wyniku patologii o różnej etiologii, szczególnie pourazowej (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 9) zaburzenie sfery emocji, afektu i osobowości w konsekwencji nabytego uszkodzenia mózgu; również zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego u bliskich osoby z nabytym ciężkim uszkodzeniem mózgu (psychoedukacja terapia wspierająca wobec rodziny chorego) (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub psychologa klinicznego – psychoterapeutę);
  - 10) zaburzenia połykania (dysfagia) związane z dysfunkcją czynności żucia, formowania kęsa i aktywnego kontrolowania procesu połykania w fazie ustnej i gardłowej; wprowadzenie technik specyficznej stymulacji funkcji połykania (terapia prowadzona przez neurologopedę).

## 2. Skala opisu głębokości deficytu

- 0 – brak zaburzeń;
- 1 - śladowe zaburzenia funkcji, ale nie wpływające zasadniczo na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;
- 2 – lekkie zaburzenia funkcji wpływające na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;
- 3 – zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie;
- 4 – zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych.

### 4.3.9. Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci

#### 1. Typ dysfunkcji i skala głębokości zaburzenia:

- 1) zaburzenia lokomocji: poruszanie się przy pomocy przyrządów tj. kule, chodzik, wózek inwalidzki ręczny lub elektryczny;
- 2) konieczność stosowania zaopatrzenia ortopedycznego (gorset, ortezy, protezy kończyn górnych i dolnych) lub opatrunków gipsowych;
- 3) zaburzenia funkcji kończyn górnych – np. siły, koordynacji, jakości chwytu, pogarszające zdolność do samoobsługi i poruszania się;
- 4) zaburzenia kontroli mikcji i defekacji – konieczność stosowania pieluch, cewników, moczenie nocne;
- 5) porażenia i niedowłady inne zaburzenia ruchowe będące następstwem uszkodzenia układu nerwowego w znaczący sposób wpływające na chód, samoobsługę, równowagę; spastyczność kończyny górnej lub dolnej, jeśli z powodu spastyczności istnieje uzasadnione ryzyko rozwoju wtórnych uszkodzeń strukturalnych o znaczącym wpływie na funkcjonowanie układu mięśniowo – szkieletowego - 4 stopień nasilenia;
- 6) opóźnienie lub upośledzenie rozwoju umysłowego;  
1-lekkie, 2-umiarkowane, 3-znaczące, 4-głębokie zaburzenia funkcji poznawczych wymagające znacząco zwiększonej pomocy dziecku lub terapia prowadzona przez psychologa w oddziale;
- 7) zaburzenia zachowania: niedostosowane do sytuacji, nieprzestrzeganie ogólnie przyjętych norm, zachowania niebezpieczne, agresywne i inne oraz zaburzenia sfery emocji, afektu, osobowości wymagające interwencji psychologa, psychoterapeuty, psychiatry i/lub farmakoterapii lub wzmożonego nadzoru nad pacjentem; również zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego u bliskich dziecka – terapia prowadzona przez psychologa w oddziale;
- 8) zaburzenia widzenia spowodowane patologią oka, nerwu wzrokowego lub mózgu wymagające pomocy w czynnościach dnia codziennego;

- 9) zespoły bólowe kręgosłupa i stawów;  
10) skolioza strukturalna powyżej 10.
2. Skala upośledzenia funkcji (na podstawie ICF):
- 1) 0 - brak upośledzenia funkcji oznacza, że dana osoba nie ma żadnego problemu (w odniesieniu do badanej funkcji).
  - 2) 1 - łagodne/nieznaczne upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje w czasie krótszym, niż 25% branego pod uwagę (analizowanego) okresu, z intensywnością, którą dana osoba może tolerować. problem ten pojawiał się rzadko w ciągu ostatnich 30 dni.
  - 3) 2 - umiarkowane upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje w czasie krótszym, niż 50% branego pod uwagę (analizowanego) okresu, z intensywnością, która wywiera wpływ na codzienne życie danej osoby. problem ten pojawiał się okazjonalnie /od czasu do czasu/ w ciągu ostatnich 30 dni.
  - 4) 3 - znaczne/poważne upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje w czasie dłuższym, niż 50% branego pod uwagę (analizowanego) okresu, z intensywnością, która częściowo zakłóca codzienne życie danej osoby. problem ten pojawiał się często w okresie ostatnich 30 dni.
  - 5) 4 - całkowite/skrajnie duże upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje w czasie dłuższym, niż 95% branego pod uwagę (analizowanego) okresu, z intensywnością, która całkowicie zakłóca codzienne życie danej osoby, problem ten pojawiał się codziennie w okresie ostatnich 30 dni.
  - 6) N - nieokreślone/niesprecyzowane upośledzenie funkcji oznacza, że nie ma wystarczającej informacji, żeby określić zakres (powagę) ograniczenia.

#### 4.3.10. GMFCS (Gross Motor Function Classification System – (Expanded and Revised)

##### **Definicje operacyjne:**

**Chodzik podpierający ciało** – Urządzenie do poruszania się, które podpira miednicę i tułów. Dziecko jest wkładane do chodzika przez inną osobę.

**Ręczny przyrząd podpierający** – Laski, kule oraz przednie i tylne balkoniki, które nie podpierają tułowia podczas chodzenia.

**Fizyczna pomoc** – Inna osoba pomaga dziecku poruszać się.

**Elektryczne urządzenie do przemieszczania się** – Dziecko aktywnie kontroluje drążek albo elektryczny przełącznik, który umożliwia samodzielne przemieszczanie się. Urządzeniem może być wózek, skuter albo inny rodzaj elektrycznego urządzenia do poruszania się.

**Samodzielnie porusza koła ręcznego wózka** – Dziecko czynnie używa rąk i dłoni albo stóp do poruszania kołami i przemieszczania się.

**Wożony** – Osoba ręcznie pcha urządzenie do poruszania się (np. wózek inwalidzki, wózek dziecięcy), aby przewieźć dziecko z miejsca na miejsce.

**Chodzi** – O ile nie podano inaczej, wskazuje na brak fizycznej pomocy ze strony innej osoby oraz brak ręcznego przyrządu wspomagającego chodzenie. Może nosić ortezę (np. szyny).

**Wózek** – Odnosi się do każdego rodzaju urządzenia na kołach, które umożliwia poruszanie się (np. wózek spacerowy, wózek inwalidzki ręczny lub elektryczny).

##### **Ogólne nagłówki dla każdego poziomu**

POZIOM I – Chodzi bez ograniczeń

POZIOM II – Chodzi z ograniczeniami

POZIOM III – Chodzi z użyciem ręcznego przyrządu

POZIOM IV – Samodzielne poruszanie się z ograniczeniami; może korzystać z urządzenia elektrycznego

POZIOM V – Wożony na ręcznym wózku inwalidzkim

##### **Różnice między poziomami**

**Różnice między Poziomem I i II** – W porównaniu z dziećmi i młodzieżą na Poziomie I, dzieci i młodzież na Poziomie II mają trudności z chodzeniem na długich dystansach i utrzymywaniem równowagi; mogą potrzebować ręcznego przyrządu podpierającego, kiedy uczą się chodzić; mogą

korzystać z wózka, kiedy przemieszczają się na dłuższe dystanse na wolnym powietrzu i w swoim środowisku; muszą używać poręczy, kiedy wchodzą lub schodzą po schodach; gorzej radzą sobie z bieganiem i skakaniem.

**Różnice między Poziomem II i III** – Dzieci i młodzież na Poziomie II potrafią chodzić bez ręcznego przyrządu podpierającego po osiągnięciu wieku 4 lat (choć czasami mogą decydować się na zastosowanie takiego przyrządu). Dzieci i młodzież na Poziomie III potrzebują ręcznego przyrządu podpierającego, aby chodzić w pomieszczeniu, oraz korzystają z wózka na wolnym powietrzu i w swoim środowisku.

**Różnice między Poziomem III i IV** – Dzieci i młodzież na Poziomie III siedzą same albo potrzebują co najwyżej ograniczonego zewnętrznego podparcia, aby siedzieć, są bardziej niezależne w przemieszczaniu się na stojąco oraz chodzą z ręcznym przyrządem podpierającym. Dzieci i młodzież na Poziomie IV funkcjonują na siedząco (zwykle z podparciem), ale samodzielne przemieszczanie się jest ograniczone. Dzieci i młodzież na Poziomie IV są raczej wożone na ręcznym wózku inwalidzkim albo korzystają z wózka elektrycznego.

**Różnice między Poziomem IV i V** – Dzieci i młodzież na Poziomie V mają poważne trudności z kontrolowaniem głowy i tułowia i wymagają rozległej technologii i pomocy fizycznej. Dziecko jest w stanie samodzielnie się przemieszczać tylko, jeśli nauczy się używać wózka elektrycznego.

## **System klasyfikacji funkcji motoryki dużej – rozszerzony i poprawiony**

### **Wiek poniżej 2 lat**

**POZIOM I:** Niemowlęta siadają i wstają z siadanie oraz siedzą na podłodze, mając ręce wolne do operowania przedmiotami. Niemowlęta pełzają na dłoniach i kolanach, podciągają się do stania i chodzą trzymając się mebli. Niemowlęta chodzą między 18 miesiącem a 24 miesiącem życia bez pomocy przyrządu podpierającego.

**POZIOM II:** Niemowlęta utrzymują pozycję siedzącą na podłodze, ale mogą używać dłoni do podpierania się, aby utrzymać równowagę. Niemowlęta pełzają na brzuchu albo na dłoniach i kolanach. Niemowlęta mogą podciągnąć się do stania i chodzić przy meblach.

**POZIOMI III:** Niemowlęta utrzymują pozycję siedzącą na podłodze, kiedy mają podpartą dolną część pleców. Niemowlęta turlają się i czołgają się do przodu na brzuchu.

**POZIOM IV:** Niemowlęta trzymają głowę, ale potrzebują podparcia tułowia, aby siedzieć na podłodze. Niemowlęta potrafią przeturlać się na plecy i mogą przeturlać się na brzuch.

**POZIOM V:** Upośledzenia fizyczne ograniczają świadomą kontrolę ruchu. Niemowlęta nie są w stanie utrzymać antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia leżąc na brzuchu i siedząc. Niemowlęta potrzebują pomocy dorosłego, aby się przeturlać.

### **Wiek od 2 lat do poniżej 4 lat**

**POZIOM I:** Dzieci siedzą na podłodze, mając ręce wolne do operowania przedmiotami. Siadają na podłodze i wstają bez pomocy dorosłego. Chodzenie jest preferowaną metodą przemieszczania się bez potrzeby wspomagania się przyrządem.

**POZIOM II:** Dzieci siedzą na podłodze, ale mogą mieć trudności z utrzymaniem równowagi, kiedy mają ręce wolne do operowania przedmiotami. Siadają na podłodze bez pomocy dorosłego. Dzieci podciągają się do stania na stabilnej powierzchni. Dzieci najchętniej przemieszczają się pełzając obustronnie na dłoniach i kolanach, trzymając się mebli albo chodząc ze wsparciem przyrządu.

**POZIOM III:** Dzieci utrzymują pozycję siedzącą na podłodze często siedząc w pozycji W (siedzą między zgiętymi i obróconymi do wewnątrz biodrami i kolanami) i mogą potrzebować pomocy dorosłego, aby usiąść. Dzieci pełzają na brzuchu albo na dłoniach i kolanach (często bez obustronnych ruchów nóg) i jest to ich podstawowy sposób samodzielnego przemieszczania się. Dzieci mogą podnieść się do stania na stabilnej powierzchni i przemieszczać się na krótkich dystansach. Dzieci mogą chodzić na krótkich dystansach używając ręcznego przyrządu (chodzika) i pomocy dorosłego przy skręcaniu.

**POZIOM IV:** Posadzone dzieci siedzą na podłodze, ale nie są w stanie utrzymać ustawienia w linii i równowagi bez podpierania się dłońmi. Dzieci często potrzebują przystosowanego wyposażenia do siedzenia i stania. Aby przemieścić się samodzielnie na krótkich dystansach (w obrębie pokoju) turlają się, czołgają na brzuchu albo pełzają na dłoniach i kolanach bez obustronnego ruchu nóg.

**POZIOM V:** Upośledzenia fizyczne ograniczają świadomą kontrolę ruchu oraz zdolność do utrzymania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia. Wszystkie obszary funkcji motorycznej są ograniczone. Przystosowane wyposażenie i wspomagająca technologia nie rekompensują całkowicie ograniczeń funkcjonalnych w siedzeniu i staniu. Na Poziomie V dzieci nie potrafią samodzielnie poruszać się

i są wożone. Niektóre dzieci przemieszczają się samodzielnie za pomocą elektrycznego wózka z rozległymi przystosowaniami.

### **Wiek od 4 lat do poniżej 6 lat**

**POZIOM I:** Dzieci siadają na krześle i wstają z krzesła oraz siedzą na krześle bez potrzeby podpierania się dłońmi. Dzieci wstają z siedzenia na podłodze i krześle do stania bez potrzeby wspierania się na przedmiotach. Dzieci chodzą w pomieszczeniach i na zewnątrz i wchodzą po schodach. Pojawia się umiejętność biegania i skakania.

**POZIOM II:** Dzieci siedzą na krześle mając ręce wolne do operowania przedmiotami. Dzieci wstają z podłogi i z krzesła do stania, ale często potrzebują stabilnej powierzchni, od której mogą się odepchnąć albo podciągnąć za pomocą rąk. Dzieci chodzą bez pomocy ręcznego przyrządu podpierającego w pomieszczeniu i na krótkich dystansach na poziomej powierzchni na zewnątrz. Dzieci wchodzą po schodach trzymając się poręczy, ale nie są w stanie biegać ani skakać.

**POZIOM III:** Dzieci siedzą na zwykłym krześle, ale mogą potrzebować podparcia dla miednicy lub tułowia, aby zwiększyć funkcję ręki. Dzieci siadają na krześle i wstają z krzesła wykorzystując stabilną powierzchnię, aby się odepchnąć lub podciągnąć rękoma. Dzieci chodzą z ręcznym przyrządem podpierającym na poziomych powierzchniach i wchodzą po schodach z pomocą dorosłego. Dzieci są często wożone, kiedy podróżują na długich dystansach albo na zewnątrz na nierównym terenie.

**POZIOM IV:** Dzieci siedzą na krześle, ale potrzebują dostosowanego siedziska do kontrolowania tułowia i zwiększania funkcji ręki. Dzieci siadają na krześle i wstają z krzesła z pomocą dorosłego albo wykorzystując stabilną powierzchnię, aby się odepchnąć lub podciągnąć rękoma. Dzieci mogą w najlepszym razie chodzić na krótkich dystansach z chodzikiem i pod nadzorem dorosłego, ale mają trudności ze skręcaniem i utrzymaniem równowagi na nierównych powierzchniach. Dzieci są wożone w środowisku. Dzieci mogą same się przemieszczać z zastosowaniem elektrycznego wózka inwalidzkiego.

**POZIOM V:** Upośledzenia fizyczne ograniczają świadomą kontrolę ruchu oraz zdolność do utrzymania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia. Wszystkie obszary funkcji motorycznej są ograniczone. Przystosowawcze wyposażenie i wspomagająca technologia nie rekompensują całkowicie ograniczeń funkcjonalnych w siedzeniu i staniu. Na Poziomie V dzieci nie mają sposobów samodzielnego poruszania się i są wożone. Niektóre dzieci przemieszczają się samodzielnie za pomocą elektrycznego wózka z rozległymi przystosowaniami.

### **Wiek od 6 lat do poniżej 12 lat**

**POZIOM I:** Dzieci chodzą w domu, szkole, na zewnątrz i w środowisku. Dzieci potrafią wchodzić na i schodzić z krawężników bez pomocy fizycznej oraz wchodzić i schodzić po schodach bez użycia poręczy. Dzieci realizują takie umiejętności motoryki dużej, jak bieganie i skakanie, ale szybkość, równowaga i koordynacja są ograniczone. Dzieci mogą brać udział w aktywności fizycznej i sportach w zależności od osobistych wyborów i czynników środowiskowych.

**POZIOM II:** Dzieci chodzą w większości miejsc. Dzieci mogą doświadczać trudności chodząc na długich dystansach i utrzymując równowagę na nierównym terenie, pochyłościach, w tłoku, w ograniczonych przestrzeniach albo kiedy niosą jakieś przedmioty. Dzieci wchodzą i schodzą po schodach trzymając się poręczy albo z fizyczną pomocą, jeśli nie ma poręczy. Na zewnątrz i w środowisku dzieci mogą chodzić z pomocą fizyczną, z ręcznym przyrządem podpierającym albo korzystać z wózka inwalidzkiego, kiedy podróżują na większe odległości. Dzieci w najlepszym razie mają tylko minimalną zdolność, aby realizować takie umiejętności motoryki dużej, jak bieganie i skakanie. Ograniczenia w realizowaniu umiejętności motoryki dużej mogą rodzić konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach.

**POZIOM III:** Dzieci chodzą używając ręcznego przyrządu podpierającego w większości pomieszczeń. Kiedy siedzą, mogą potrzebować pasów do utrzymania ułożenia miednicy i równowagi. Wstawanie z siedzenia i z podłogi wymaga fizycznej pomocy ze strony innej osoby albo powierzchni do wsparcia się. Kiedy podróżują na długich dystansach, dzieci korzystają z wózka. Dzieci mogą wchodzić i schodzić po schodach trzymając się poręczy pod nadzorem lub z pomocą fizyczną. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym samodzielne poruszanie kołami ręcznego wózka albo wózek elektryczny.

**POZIOM IV:** Dzieci korzystają z takich sposobów przemieszczania się, które wymagają pomocy fizycznej albo elektrycznego wózka w większości miejsc. Dzieci potrzebują przystosowawczego siedzenia do kontroli tułowia i miednicy oraz zazwyczaj pomocy fizycznej przy zmianie pozycji.

W domu dzieci przemieszczają się po podłodze (turlają się, czołgają lub pełzają), chodzą na krótkich dystansach z pomocą fizyczną albo korzystają z wózka elektrycznego. W domu lub w szkole dzieci mogą korzystać z chodzika podpierającego ciało, kiedy zostaną w nim ustawione. W szkole, na zewnątrz i w środowisku dzieci są wożone na ręcznym wózku albo korzystają z wózka elektrycznego. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i/lub wózek elektryczny.

**POZIOM V:** Dzieci są wszędzie wożone na ręcznym wózku inwalidzkim. Dzieci mają ograniczoną zdolność do utrzymywania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia i kontrolowania ruchów rąk i nóg. Stosuje się wspomagającą technologię, aby poprawić ułożenie głowy, siedzenie, stanie i/lub przemieszczanie się, ale wyposażenie nie rekompensuje całkowicie ograniczeń. Zmiany pozycji wymagają całkowitej pomocy fizycznej ze strony dorosłego. W domu dzieci mogą się przemieszczać na krótkich dystansach po podłodze albo mogą być noszone przez dorosłego. Dzieci mogą przemieszczać się samodzielnie za pomocą wózka elektrycznego z rozległymi dostosowaniami siedzenia i sposobu kontrolowania go. Ograniczenia w przemieszczaniu się mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i korzystanie z wózka elektrycznego.

### **Wiek od 12 lat do poniżej 18 lat**

**POZIOM I:** Dzieci chodzą w domu, szkole, na zewnątrz i w środowisku. Dzieci potrafią wchodzić na i schodzić z krawężników bez pomocy fizycznej oraz wchodzić i schodzić po schodach bez użycia poręczy. Dzieci realizują takie umiejętności motoryki dużej, jak bieganie i skakanie, ale szybkość, równowaga i koordynacja są ograniczone. Dzieci mogą brać udział w aktywności fizycznej i sportach w zależności od osobistych wyborów i czynników środowiskowych.

**POZIOM II:** Dzieci chodzą w większości miejsc. Na wybór sposobu przemieszczania się mają wpływ czynniki środowiskowe (takie jak nierówny teren, pochyłości, duże odległości, wymagania czasowe, pogoda i dopuszczalność w oczach rówieśników) oraz osobiste preferencje. W szkole lub pracy dzieci mogą dla bezpieczeństwa chodzić z ręcznym przyrządem podpierającym. Na zewnątrz i w środowisku dzieci mogą korzystać z wózka elektrycznego, kiedy podróżują na większe odległości. Wchodzą i schodzą po schodach trzymając się poręczy albo z pomocą fizyczną, jeśli nie ma poręczy. Ograniczenia w realizowaniu umiejętności motoryki dużej mogą rodzić konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach.

**POZIOM III:** Dzieci potrafią chodzić z użyciem ręcznego przyrządu podpierającego. W porównaniu z osobami na innych poziomach dzieci na poziomie III wykazują większe zróżnicowanie sposobów przemieszczania się w zależności od możliwości fizycznych oraz czynników środowiskowych i osobistych. Kiedy siedzą, mogą potrzebować pasów do utrzymania ułożenia miednicy i równowagi. Wstawanie z siedzenia i z podłogi wymaga fizycznej pomocy ze strony innej osoby albo powierzchni do wsparcia się. W szkole dzieci mogą samodzielnie poruszać koła ręcznego wózka inwalidzkiego albo korzystać z wózka elektrycznego. Na zewnątrz i w środowisku dzieci są wożone na wózku albo korzystają z wózka elektrycznego. Dzieci mogą wchodzić i schodzić po schodach trzymając się poręczy pod nadzorem lub z pomocą fizyczną. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym samodzielne poruszanie kołami ręcznego wózka albo wózek elektryczny.

**POZIOM IV:** Dzieci korzystają z wózka w większości miejsc. Dzieci potrzebują przystosowanego siedzenia do kontroli tułowia i miednicy. Potrzebują pomocy fizycznej ze strony 1 lub 2 osób, aby zmienić pozycję. Dzieci mogą utrzymywać ciężar ciała na nogach, aby pomóc w zmianie pozycji w staniu. W pomieszczeniach dzieci mogą chodzić na krótkich dystansach z pomocą fizyczną, jeździć na wózku albo korzystać z chodzika podpierającego ciało, kiedy zostaną w nim ustawione. Dzieci są fizycznie zdolne do operowania wózkiem elektrycznym. Kiedy korzystanie z wózka elektrycznego nie jest możliwe, dzieci są wożone na ręcznym wózku. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i/lub wózek elektryczny.

**POZIOM V:** Dzieci są wszędzie wożone na ręcznym wózku inwalidzkim. Dzieci mają ograniczoną zdolność do utrzymywania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia i kontrolowania ruchów rąk i nóg. Stosuje się wspomagającą technologię, aby poprawić ułożenie głowy, siedzenie, stanie i/lub przemieszczanie się, ale wyposażenie nie rekompensuje całkowicie ograniczeń. Do zmiany pozycji potrzebna jest pomoc fizyczna 1 lub 2 osób lub mechaniczny podnośnik. Dzieci mogą przemieszczać się samodzielnie za pomocą wózka elektrycznego z rozległymi dostosowaniami siedzenia i sposobu kontrolowania go. Ograniczenia w przemieszczaniu się mogą powodować konieczność tworzenia

dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i korzystanie z wózka elektrycznego.

#### 4.3.11. Skala ASIA

Stanowi załącznik do niniejszego raportu.

Zakłada się, iż zakończenie cyklu udzielania świadczeń zostaje zakończone przeprowadzeniem oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej. Efekty te są mierzone również za pomocą odpowiednich, wskazanych powyżej skal medycznych.

### 4.4. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia ICF

W odpowiedzi na wniosek Rady Przejrzystości wyrażony w trakcie posiedzenia w dniu 19 listopada 2018 r., dotyczący oceny skuteczności metod stosowanych u pacjentów w obszarze rehabilitacji z uwzględnieniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jako fundamentu, na którym powinna być tworzona ocena stanu funkcjonalnego pacjenta, Agencja przeanalizowała zagadnienie dotyczące możliwości wdrożenia ICF do rehabilitacji leczniczej. W szczególności zwrócono uwagę na prowadzone w różnych aspektach i dziedzinach życia projekty czy pilotaże, wykorzystujące ICF jako narzędzia pomiarowego do oceny funkcjonowania, niepełnosprawności czy zdrowia.

Integralnym elementem propozycji zmian w rehabilitacji leczniczej jest wdrożenie systemu oceny stanu funkcjonalnego pacjentów przed, w trakcie i po zakończeniu rehabilitacji. Dla zapewnienia obiektywności i porównywalności, system ten musi opierać się na powszechnie uznanych skalach i narzędziach pomiarowych. Zostały one szczegółowo przypisane do różnych świadczeń wchodzących do rehabilitacji leczniczej. W dyskusjach dotyczących oceny skuteczności metod stosowanych u pacjentów, przeprowadzanych w trakcie realizacji projektu zmian w obszarze rehabilitacji, bardzo często przewijał się temat Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jako fundamentu, na którym powinna być tworzona ocena stanu funkcjonalnego pacjenta oraz który łączyłby rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. W związku z powyższym Agencja intensywnie zgłębiła zagadnienie możliwości szerokiego wdrożenia ICF do rehabilitacji leczniczej.

Jednym z elementów tych prac było poszukiwanie informacji w zakresie stanu zaawansowania wdrażania ICF zagranicą. Okazało się, że ICF nie został jeszcze wdrożony w żadnym kraju i nigdzie nie prowadzi się obecnie prac nad całościowym wdrożeniem ICF do rehabilitacji leczniczej. Aktualnie w wielu krajach prowadzonych jest szereg inicjatyw dotyczących ICF, aczkolwiek są to inicjatywy na małe skale zarówno pod względem liczby uczestniczących w nich podmiotów jak i zakresu zastosowania ICF. Stosowanie ICF wymaga posiadania specjalnie przygotowanych do poszczególnych jednostek chorobowych / grup jednostek chorobowych tzw. profili kategoryalnych (ang. *core sets*). WHO przygotowało szereg takich profili, jednakże nie pokrywają one wszystkich potrzeb w tym zakresie i będą tworzone w przyszłości<sup>4</sup>.

Aktualnie w Polsce prowadzone są prace przygotowawcze zmierzające do uruchomienia 3 projektów w obszarze rehabilitacji leczniczej / opieki kompleksowej związanych z ICF (ostateczna decyzja o ich uruchomieniu jeszcze nie zapadła):

- Projekt „Przygotowanie i wdrożenie standardów postępowania w ośrodkach rehabilitacji w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)”.

<sup>4</sup> Informacje pochodzą z różnych źródeł między innymi z bezpośrednich rozmów z pracownikami siedziby głównej WHO w Genewie zajmującymi się ICF i rehabilitacją przeprowadzonymi w dniach 5 i 6 grudnia 2018 r.

Przy właściwym zdefiniowaniu celu i metod badawczych oraz zaangażowaniu kluczowych instytucji systemu ochrony zdrowia projekt ten mógłby stanowić przygotowanie do ogólnopolskiego wdrożenia ICF w rehabilitacji leczniczej, a istotnym jego elementem byłoby zestandaryzowanie / przygotowanie na potrzeby ICF skal i narzędzi pomiarowych.

- Program pilotażowy MZ i finansowany przez NFZ dotyczący nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej.
- Program pilotażowy NFZ z zakresu leczenia szpitalnego - kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM.

Jeden projekt (realizowany przez ZUS i PFRON) obejmujący przede wszystkim rehabilitację zawodową z wykorzystaniem ICF jest w trakcie realizacji „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

W trakcie realizacji jest jeden projekt z pogranicza opieki długoterminowej i opieki społecznej, w którym także korzysta się z ICF „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”

NFZ wstępnie zadeklarował gotowość stosowania ICF w programach pilotażowych, w których miałyby to merytoryczne uzasadnienie.

Dodatkowo toczy się lub zakończyło kilka projektów spoza rehabilitacji leczniczej z wykorzystaniem ICF (wszystkie projekty zostały opisane w tabeli znajdującej się w dalszej części niniejszego dokumentu).

Prowadzone są mniejsze inicjatywy na zasadzie prac badawczych w ośrodkach naukowych.

Poniżej zaprezentowano ogólną charakterystykę klasyfikacji ICF:

**Tabela 8. Struktura klasyfikacji ICF**

Części ICF		Część I Funkcjonowanie i Niepełnosprawność			Część II Czynniki kontekstowe	
Poziom I Składniki klasyfikacji		Funkcje i Struktury ciała		Aktywność i uczestniczenie	Czynniki środowiskowe	Czynniki osobowe
Poziom II Dziedziny klasyfikacji		Funkcje ciała	Struktury ciała	Obszary życia (zadania, działania)	Wpływy zewnętrzne na funkcjonowanie i niepełnosprawność	Wpływy wewnętrzne na funkcjonowanie i niepełnosprawność
System alfanumeryczny	Poziom I	b	s	d	e	
	Poziom II x- cyfry od 0-9	xxx lub xxxx	xxx lub xxxx	xxx lub xxxx	xxx lub xxxx	
	przedziały odsetkowe dla określenia stopnia lub wielkości upośledzenia (problemu)	xxxx.0. Brak problemu (0-4%) xxxx.1. Nieznaczny problem (5-24%) xxxx.2. Umiarkowany problem (25-49%) xxxx.3. Znaczny problem (50-95%) xxxx.4. Skrajny problem (96-100%) xxxx.8. Nie określony problem xxxx.9. Nie dotyczy				

Składniki klasyfikacji (Funkcje i Struktury ciała, Aktywność i uczestniczenie, Czynniki środowiskowe) określone są przy użyciu ogólnego systemu numerycznego np. b5105. Problemem może być określenie upośledzenia, ograniczenia, zawężenia lub bariery w zależności od dziedziny klasyfikacji. Przedziały odsetkowe zaproponowane w ICF pomagają w ocenie stopnia lub wielkości danego problemu.

Przedziały odsetkowe należy wyskalować w poszczególnych dziedzinach (domenach) w odniesieniu do populacji. Szerokie przedziały odsetkowe należy uwzględniać w tych przypadkach, w których dostępne są wyskalowane narzędzia oceny lub inne mierniki dla ilościowego określenia upośledzenia (problemu). Aby nadać tej kwalifikacji wymiar uniwersalny, w tym wyskalować przedziały odsetkowe, należy opracować procedury oceny drogą badań naukowych.



Jak wynika z poniżej przedstawionych danych, w Polsce obecnie planowane są lub realizowane programy pilotażowe, których celem jest opracowanie procedur oceny w oparciu o odpowiednie badania. Wypracowane i zwalidowane wyniki tych pilotaży pozwolą w perspektywie czasu określić uniwersalne narzędzia oceny możliwe do wdrożenia w systemie rehabilitacji leczniczej.

Mając to na uwadze, należy rozważyć zasadność włączenia klasyfikacji ICF do proponowanych zmian, w szczególności do oceny funkcjonalnej pacjenta w zakresie aktywności i uczestnictwa, jednocześnie pozostawiając przestrzeń dla odpowiednich towarzystw naukowych czy interesariuszy systemu ochrony zdrowia do wypracowania takich rozwiązań, które pozwolą na wdrożenie klasyfikacji ICF w oparciu o wystandaryzowane procedury. Należy wskazać, iż finalnym produktem tych rozwiązań, powinny być wytyczne czy standardy postępowania medycznego określone przez towarzystwa naukowe lub organizacje zawodowe danych grup zawodowych uczestniczących w procesie rehabilitacji.

**Konkluzje:** Brakuje jednego międzysektorowego podejścia do kwestii wdrożenia ICF w Polsce. Prowadzone i planowane inicjatywy, które będą wykorzystywać ICF nie tworzą jednej spójnej strategii tylko są oddzielnymi niepowiązanymi inicjatywami. Wdrożenie ICF w rehabilitacji leczniczej wymagałoby intensywnych prac. Wydaje się, że największym problemem jest przygotowanie odpowiednich profili kategoryalnych oraz narzędzi i skal, a także wspierającego stosowanie ICF odpowiedniego systemu IT.

Tabela 9. Zestawienie aktualnie realizowanych projektów/programów z wykorzystaniem skali ICF

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
Rehabilitacja lecznicza <sup>5</sup>	Przygotowanie i wdrożenie standardów postępowania w ośrodkach rehabilitacji w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).	Podniesienie jakości i efektywności świadczonych usług medycznych poprzez ujednoczenie oceny funkcjonalnej pacjenta z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przy użyciu niezbędnych skal i narzędzi pomiarowych, dla oceny stanu pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz oceny jej efektów w trakcie i po jej zakończeniu przez pracowników systemu ochrony zdrowia w placówkach stacjonarnych ochrony zdrowia.	ICF jest podstawą dla oceny stanu pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz oceny jej efektów w trakcie i po jej zakończeniu przez pracowników systemu ochrony zdrowia w placówkach stacjonarnych ochrony zdrowia.	Planowana jest realizacja Projektu w ramach działania 5.2 POWER Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.  Liderem projektu ma być CSIOZ i będzie go realizować z 2 partnerami.	40 miesięcy  Projekt nie został jeszcze zaakceptowany do realizacji.  <b>Nie wiadomo, czy projekt zostanie ostatecznie uruchomiony.</b>	Projekt miał kończyć się wdrożeniem ogólnokrajowym wdrożeniem ICF we wszystkich uzasadnionych systemowo oddziałach rehabilitacyjnych i zabiegowych systemu ochrony zdrowia.
Kompleksowa rehabilitacja	Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy <sup>6</sup> .	Kompleksowa rehabilitacja, której głównym celem jest przekwalifikowanie zawodowe i wejście/powrót na rynek pracy osób z niepełnosprawnością.	ICF będzie podstawą do diagnozy i planowania kompleksowej rehabilitacji oraz oceny postępów. Profil kategoryjny wg. ICF stanowi 3 etap projektu (z 4 łącznie).	Projekt prowadzony przez PFRON - lider, ZUS, CIOP w ramach projektu POWER 2.6.	1.01.2018-30.09.2022  Rozpoczęcie korzystania z ICF w czterech ośrodkach rehabilitacji nastąpi w II kwartale 2019 r.	Wypracowanie i przetestowanie rozwiązań służących stworzeniu bardziej efektywnego systemu rehabilitacji kompleksowej.
Fizjoterapia	Program pilotażowy	Ocena nowego sposobu sprawozdawczości i kosztów	Weryfikacja możliwości wdrożenia w polskim systemie	Projekt ma być uruchomiony na podstawie	Czas trwania programu pilotażowego: do 24 miesięcy	Ocena możliwości wdrożenia ICF do fizjoterapii

<sup>5</sup> Informacje ujęte we wszystkich polach dotyczących projektu pochodzą z roboczej wersji fiszki projektowej z listopada 2017, obecnie może ona być zmodyfikowana.

<sup>6</sup> [https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty\\_UE/Kompleksowa\\_rehabilitacja/MODEL/Model\\_rehabilitacji\\_kompleksowej\\_FINAL.pdf](https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty_UE/Kompleksowa_rehabilitacja/MODEL/Model_rehabilitacji_kompleksowej_FINAL.pdf)

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
ambulatoryjna	dotyczący nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej .	fizjoterapii ambulatoryjnej u pacjentów z ustalonym programem terapii wg. wytycznych KIF opracowanych na podstawie ICF, dla pacjentów w przedziale wiekowym 30-55 z przewlekłym bólem kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	ochrony zdrowia ICF. ICF stanowił podstawę opracowania przez KRF wytycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej	odpowiedniego rozporządzenia MZ <sup>7</sup> .  Uczestniczyć w nim będzie KIF.	od dnia zawarcia przez Fundusz z realizatorem programu pilotażowego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach projektu.  Przewidywany termin zakończenia ok. 2021.  Stosowne rozporządzenie MZ uruchamiające proces est na etapie procedowania w Rządowym Centrum Legislacji <sup>8</sup> (w Konsultacji Prawniczej od 25.09.2018 r.). <b>Nie wiadomo, czy projekt zostanie ostatecznie uruchomiony.</b>	ambulatoryjnej.  Ocena skuteczności nowego podejścia do fizjoterapii ambulatoryjnej.
Kompleksowa opieka	Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM.	Weryfikacja czy projektowane zmiany sprawdzą się w praktyce	Zestawienie kodów ICF z przykładowymi narzędziami pomiarowymi jest integralnym elementem umowy.	Projekt ma być uruchomiony na podstawie odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ.	Czas trwania programu pilotażowego: 24 miesiące  Przewidywany termin wdrożenia: ok. 2021  Projekt Zarządzenia Prezesa est w trakcie konsultacji <sup>9</sup> . Uwagi miały wpłynąć do 5.12. br. <b>Nie wiadomo, czy projekt zostanie ostatecznie uruchomiony.</b>	Ocena możliwości wdrożenia kompleksowej opieki nad pacjentami chorującymi na stwardnienie rozsiane.
Medycyna pracy /	Opracowanie modelu oceny	Głównym celem projektu było wypracowanie modelu oceny	Wypracowano rekomendacje są wyn kiem pionierskich badań	Projekt realizowany w partnerstwie Centralnego	2017-2018 – projekt	Wypracowano model oceny zdolności do pracy osób z

<sup>7</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12314850>

<sup>8</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12314850>

<sup>9</sup> <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/projekty-zarządzen/projekt-zarządzenia-w-sprawie-umow-o-realizacje-programu-pilotazowego-swiadczenia-kompleksowe-kosm,6574.html>

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
orzecznictwo	zdolności do pracy osób z niepełnosprawnością w oparciu o ICF.	zdolności do pracy osób z niepełnosprawnością opartego na klasyfikacji ICF oraz rekomendacji w zakresie stosowania tej klasyfikacji do oceny zdolności do pracy w odniesieniu do zasad, miejsca i warunków stosowania oraz metod i narzędzi.	przeprowadzonych w dwóch niezależnych ośrodkach z wykorzystaniem dobranych i zweryfikowanych kodów klasyfikacji ICF, odpowiadających im obszarów sprawności oraz dobranych metod i narzędzi.	Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu badawczego oraz Funduszu Oceny Kapitału Ludzkiego.	zakończono  Materiał o projekcie jest dostępny na stronie CIOP <sup>10</sup> .	niepełnosprawnością z wykorzystaniem dobranych i zweryfikowanych kodów klasyfikacji ICF, odpowiadających im obszarów sprawności oraz dobranych metod i narzędzi.
Opieka psychologiczno-psychiatryczna	Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny.	Poprawa jakości działań w obszarze zdrowia psychicznego poprzez przetestowanie środowiskowego modelu wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wypracowanego w konkursie I etapu (D003/15).  Model będzie realizowany w poszczególnych projektach wdrożeniowych (projektach zintegrowanych) w wybranych obszarach testowania. Partnerzy są podmiotami realizującymi poszczególne procesy horyzontalne w ramach innowacji:	(ICF) jest podstawą do diagnozy i planowania wsparcia.	Projekt prowadzony jest w 6 Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego, liderem projektu jest Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego <sup>11</sup> , projekt nadzorowany przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju <sup>12</sup>	Projekt trwa i ma się zakończyć w lutym 2021.	Powołanie i prowadzenie Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego, gdzie osoba w kryzysie psychicznym uzyskuje pomoc lekarską i terapeutyczną, nie tracąc wsparcia osób bliskich i łączności ze środowiskiem
Opieka długoterminowa / opieka społeczna	Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki <sup>13</sup> .	Celem głównym projektu jest profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielności w ich miejscu zamieszkania.	Ocena poziomu niesamodzielności dokonywana będzie w oparciu o 20 kategorii z ICF (aktywność i uczestnictwo). Opracowany został system 3 poziomów niesamodzielności.	II Oś priorytetowa - Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego	Termin realizacji: 01 lipca 2017 r. – 30 czerwca 2019 r.	Skuteczniejsza interwencja, większa efektywność, spójność i skoordynowanie rozwiązań dzięki stworzeniu jednolitej definicji osoby niesamodzielnej, wypracowaniu jednolitego systemu oceny niesamodzielności osób

<sup>10</sup> <https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/86217/Broszura-ICF.pdf>

<sup>11</sup> [http://www.psychologia.wfch.uksw.edu.pl/deinstytucjonalizacja\\_projekt\\_horyzontalny](http://www.psychologia.wfch.uksw.edu.pl/deinstytucjonalizacja_projekt_horyzontalny)

<sup>12</sup> <https://www.miiir.gov.pl/strony/aktualnosci/pilotazowe-osrodki-wsparcia-w-kryzysach-psychicznych/>

<sup>13</sup> <http://www.aio.uksw.edu.pl/sites/default/files/ctools/css/Kryteria%20oceny%20niesamodzielno%C5%9Bci%20i%20jej%20stopni.pdf>

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
				Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)  Projekt realizuje: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych wspólnie z Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszeniem Niepełnosprawni dla Środowiska EKON <sup>14</sup> .		starszych, wypracowaniu standardów usług asystenckich, opiekuńczych, w tym teleopieki, wypracowaniu standardów kształcenia w zakresie świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności.
Edukacja / ocena specjalnych potrzeb edukacyjnych	Ocena funkcjonalna dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w oparciu o biopsychospołeczny model funkcjonowania.	Wdrożeniem w systemie edukacji oceny funkcjonalnej dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w oparciu o biopsychospołeczny model funkcjonowania.	W oparciu o ICF będzie orzekana potrzeba wczesnego wspomagania rozwoju dzieci i wydawane orzeczenia o niepełnosprawności dzieci i młodzieży (w poradniach psychologiczno-pedagogicznych).  Dodatkowo MEN wybrało 3 projekty do opracowania narzędzi diagnostycznych w obszarach emocjonalno – społecznych, osobowościowym i poznawczym a zgodnie z założeniami konkursu wypracowane narzędzia mają być „przekładalne” na konkretne obszary z ICF, tak aby istniała możliwość konwertowania wyników z konkretnego narzędzia na ICF. Dzięki temu korzystanie z Klasyfikacji jako wspólnego języka będzie zdecydowanie prostsze dla wszystkich specjalistów <sup>15</sup> .	Projekt prowadzony przez MEN.	Projekt jest realizowany. Wiele kwestii nie jest ciągle ustalonych.  Ustawa regulujące sprawy objęte projektem ma powstać w 2020 roku.	Projekt ma się zakończyć ustawą regulującą tematy objęte projektem, jednakże na chwilę obecną nie ustalono szczegółów.

<sup>14</sup> <https://www.ipiss.com.pl/?projekt-badawczy=o-projekcie-14>

<sup>15</sup> <https://www.gov.pl/web/edukacja/rok-szkolny-20172018-kolejny-etap-budowania-dobrej-szkoly>

## 5. Przegląd zastosowania skal medycznych

### 5.1. Opis metodyki

W celu odnalezienia badań dotyczących użyteczności skali Barthel, zmodyfikowanej skali Rankina oraz skali MRC dokonano trzech przeszukiwań systematycznych w medycznych bazach danych: MEDLINE (via PubMed), Embase (Ovid) i Cochrane Library. Wyszukiwania przeprowadzono w dniu 08.11.2018 r. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w rozdziale Załączniki. Ze względu na dużą liczbę wyników zwracanych przez bazy zastosowano ograniczenie do 5 lat.

W poniższych tabelach przedstawiono kryteria włączenia publikacji do niniejszego opracowania dla przedmiotowych skal.

**Tabela 10. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu systematycznego - skala Barthel**

PICOS	Opis
Populacja	Ogólna
Interwencja	Skala Barthel
Komparator	Nie ograniczono
Punkt końcowy	Zastosowanie skali we wskazaniu, umiejscowienie w procesie terapeutycznym
Badanie	Przeglądy systematyczne badań RCT, badania RCT, badania w j. polskim i j. angielskim

**Tabela 11. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu systematycznego - zmodyfikowana skala Rankina**

PICOS	Opis
Populacja	Ogólna
Interwencja	Zmodyfikowana skala Rankina
Komparator	Nie ograniczono
Punkt końcowy	Zastosowanie skali we wskazaniu, umiejscowienie w procesie terapeutycznym
Badanie	Przeglądy systematyczne badań RCT, badania RCT, badania w j. polskim i j. angielskim

**Tabela 12. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu systematycznego - skala MRC**

PICOS	Opis
Populacja	Ogólna
Interwencja	Skala MRC
Komparator	Nie ograniczono
Punkt końcowy	Zastosowanie skali we wskazaniu, umiejscowienie w procesie terapeutycznym
Badanie	Przeglądy systematyczne badań RCT, badania RCT, badania w j. polskim i j. angielskim

Ze względu na cel przeglądu oraz dużą liczbę wyników zwróconych przez bazy, wyniki przedstawiono w formie tabelarycznej. Tabele zawierają informacje określające zastosowaną skalę, wskazanie, dziedzinę rehabilitacji oraz umiejscowienie w procesie terapeutycznym. Ogółem do przeglądu włączono 88 badań RCT dla skali Barthel, 22 badania dla zmodyfikowanej skali Rankina oraz 10 badań dla skali MRC.

Na potrzeby analizy przyjęto następujące definicje celów badań:

- ocena – ocena funkcjonalna pacjenta lub stopnia niepełnosprawności przed, i/lub w trakcie, i/lub po udzielonej interwencji,
- kwalifikacja – ocena funkcjonalna pacjenta lub stopnia niepełnosprawności kwalifikująca pacjenta do udziału w badaniu,
- punkt końcowy – przedstawienie zmiany stanu funkcjonalnego lub stopnia niepełnosprawności po zastosowanej interwencji,

wyrażona za pomocą wyników w skali Barthel, zmodyfikowanej Rankina lub MRC.

## 5.2. Wyniki

Do przeglądu włączono łącznie 11 przeglądów systematycznych oraz 108 badań RCT:

- dla skali Barthel odnaleziono 8 przeglądów systematycznych (Gu 2018, Li 2018, Shen 2018, Zhang 2018, Lam 2018, Liu 2017, Xu 2017, Zhang 2014) oraz 80 badań RCT (spis w załącznikach do raportu);
- dla skali Rankin odnaleziono 3 przeglądy systematyczne (Gu 2018, Campbell 2018, Li 2018) oraz 19 badań RCT (spis w załącznikach do raportu);
- dla skali MRC nie odnaleziono żadnego przeglądów systematycznych, odnaleziono 10 badań RCT (spis w załącznikach do raportu).

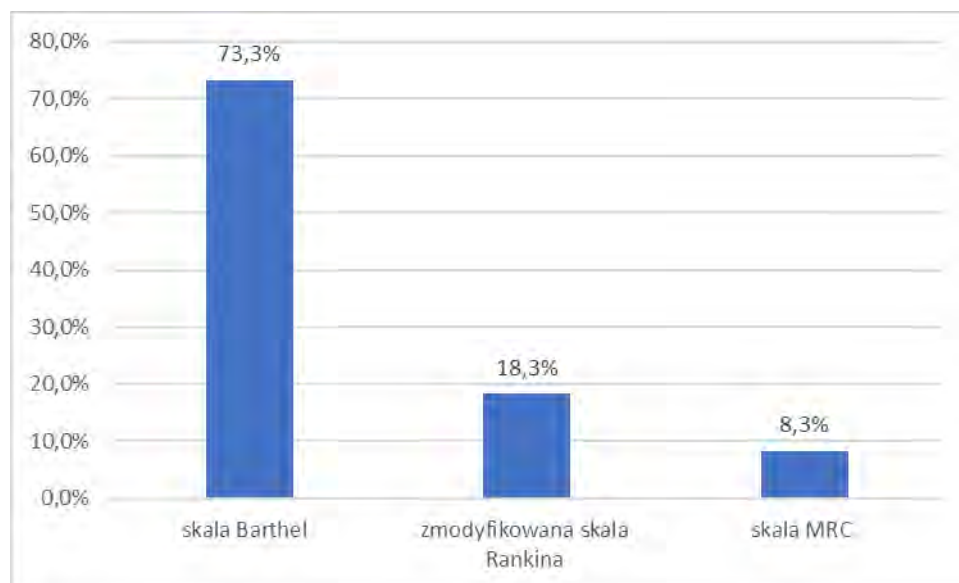
W wyniku trzech przeglądów systematycznych włączono łącznie 119 publikacji, jednak jedna publikacja została odnaleziona i włączona zarówno przy wyszukiwaniu dotyczącym skali Barthel jak i skali Rankina. Z tego powodu, na potrzeby analizy oraz w obliczeniach została ona uwzględniona dwukrotnie.

Szczegółowe tabele przedstawiające zastosowanie skal znajdują się w rozdziale Załączniki.

Poniższa tabela przedstawia użycie skal w podziale na dziedziny rehabilitacji.

**Tabela 13. Liczba włączonych badań w podziale na dziedziny rehabilitacji (lata 2013–2018)**

Skala	Dziedzina rehabilitacji					Suma
	Neurologia	Ogólnoustrojowa	Kardiologia	Ortopedia	Pulmonologia	
Barthel	79	1	1	6	1	88
Rankina	22	-	-	-	-	22
MRC	9	1	-	-	-	10
<b>Suma</b>	<b>110</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>120</b>



**Rysunek 2. Odsetek włączonych publikacji w podziale na poszczególne skale**

Poniższe tabele przedstawiają liczbę włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji.

**Tabela 14. Liczba włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji – neurologia (lata 2013–2018)**

Skala	Neurologia							Suma
	Udar	Urazowe uszkodzenie mózgu	Stwardnienie rozsiane	Upośledzenie funkcji poznawczych lub demencja	Przewlekły niedowład połowiczny	Neuropatie obwodowe	Uraz rdzenia	
Barthel	76	-	1	1	-	-	1	79
Rankina	21	1	-	-	-	-	-	22
MRC	7	-	-	-	1	1	-	9
<b>Suma</b>	<b>104</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>110</b>

**Tabela 15. Liczba włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji ogólnoustrojowej (lata 2014–2018)**

Skala	Rehabilitacja ogólnoustrojowa		Suma
	Pacjenci w podeszłym wieku	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego	
Barthel	1	-	1
Rankina	-	-	0
MRC	-	1	1
<b>Suma</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**Tabela 16. Liczba włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji – ortopedia (lata 2014–2018)**

Skala	Ortopedia						Suma
	Złamanie talerza biodrowego	Amputacja kończyny dolnej	Złamanie osteoporotyczne	Złamanie kości udowej	Wymiana stawu biodrowego	Artroplastyka kolana	
Barthel	1	1	1	1	1	1	6
Rankina	-	-	-	-	-	-	0
MRC	-	-	-	-	-	-	0
<b>Suma</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

Poniższe tabele przedstawiają liczbę badań w podziale na cel użycia skali w określonej dziedzinie rehabilitacji.

**Tabela 17. Liczba badań w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji – neurologia (2013–2018)**

Skala	Neurologia			Suma
	Ocena	Kwalifikacja	Punkt końcowy	
Barthel	56	1	22	79
Rankin	4	-	18	22
MRC	4	2	3	9
<b>Suma</b>	<b>64</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>110</b>

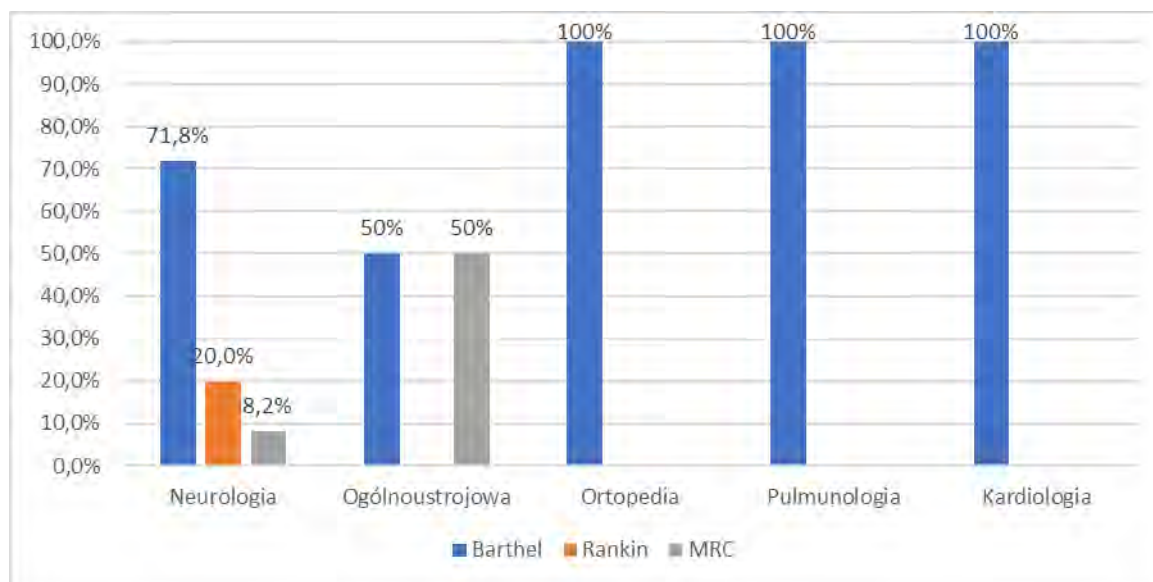
**Tabela 18. Liczba badań w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji ogólnoustrojowej (lata 2014–2018)**

Skala	Ogólnoustrojowa			Suma
	Ocena	Kwalifikacja	Punkt końcowy	
Barthel	1	-	-	1
Rankin	-	-	-	0
MRC	-	-	1	1
<b>Suma</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>



**Tabela 19. Liczba badań w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji – ortopedia (lata 2014–2018)**

Skala	Ortopedia			Suma
	Ocena	Kwalifikacja	Punkt końcowy	
Barthel	5	-	1	6
Rankin	-	-	-	0
MRC	-	-	-	0
<b>Suma</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

**Rysunek 3. Odsetek włączonych publikacji w podziale na dziedziny rehabilitacji**

### Podsumowanie

W wyniku przeglądu systematycznego odnaleziono informacje dotyczące dziedzin rehabilitacji oraz wskazań medycznych, w których skale są stosowane:

- 1) odsetek włączonych publikacji w podziale na poszczególne skale:
  - a) 73,3% – skala Barthel (88/120)
  - b) 18,3% – zmodyfikowana skala Rankina (22/120)
  - c) 8,3% – skala MRC (10/120)
- 2) odsetek włączonych publikacji w podziale na dziedziny rehabilitacji:
  - a) neurologia:
    - 71,8% – skala Barthel (79/110),
    - 20% – zmodyfikowana skala Rankina (22/110),
    - 8,2% – skala MRC (9/110),
  - b) ogólnoustrojowa:
    - 50% – skala Barthel (1/2),
    - 50% – skala MRC (1/2),
  - c) ortopedia:
    - 100% – skala Barthel (6/6),
  - d) pulmonologia:
    - 100% – skala Barthel (1/1),
  - e) kardiologia:
    - 100% – skala Barthel (1/1),
- 3) odsetek włączonych publikacji w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji:
  - a) ocena (60% ogółem dla wszystkich badań, 72/120):
    - skala Barthel:
      - 50,9% neurologia (56/110),
      - 50% ogólnoustrojowa (1/2),

- 83,3% ortopedia (5/6),
  - zmodyfikowana skala Rankina:
    - 3,6% neurologia (4/110),
  - skala MRC:
    - 3,6% neurologia (4/110),
- b) kwalifikacja (2,5% ogółem dla wszystkich badań, 3/120):
- skala Barthel:
    - 0,9% neurologia (1/110,)
  - skala MRC:
    - 1,8% neurologia (2/110),
- c) punkt końcowy (37,5% ogółem dla wszystkich badań, 45/120):
- skala Barthel:
    - 19,6% neurologia (22/110),
    - 16,7% ortopedia (1/6).

W przypadku dziedziny pulmonologii oraz kardiologii nie wyszczególniono tabel z podziałem na cel użycia skali ze względu na odnalezienie po jednej publikacji dla każdej z dziedzin (w obu celach użycia była ocena).

Podsumowując, w większości skale odnoszą się do rehabilitacji neurologicznej (91,6% włączonych badań, 110/120), u pacjentów po udarze (86,7% włączonych badań, 104/120). W 73,1% publikacji odnoszących się do udaru zastosowana była skala Barthel (76/104).

**Ograniczenia:**

1. Do analizy nie włączono publikacji, w których skale stosowano w obszarach wykraczających poza obszar rehabilitacji leczniczej.
2. Do analizy włączono publikacje, w których zastosowana skala MRC odnosiła się do oceny siły mięśniowej.

## 6. Opinie ekspertów

### Ocena zasadności zmiany technologii medycznej poprzez zakwalifikowania świadczeń jako świadczeń finansowanych ze środków publicznych:

- 1) porady kwalifikacyjnej (lekarskiej) oraz wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej),
- 2) obowiązku przeprowadzenia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w oparciu o wybrane skale medyczne oraz określenia planu leczenia wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,
- 3) obowiązku przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej w oparciu o wybrane skale medyczne.

Weryfikację zasadności zmiany technologii medycznej poprzez zakwalifikowania świadczeń jako świadczeń finansowanych ze środków publicznych w polskim systemie ochrony zdrowia przeprowadzono w oparciu o badanie opinii eksperckich. Analitycy Agencji przekazali formularze oceny łącznie do 8 ekspertów, stanowiących główną grupę interesariuszy w przedmiotowej kwestii. Wśród nich wyróżniono:

Lp.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1.	████████████████████	██████████ Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
2.	████████████████████	██████████ Krajowej Rady Fizjoterapeutów
3.	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
4.	████████████████████ ██████████	██████████ Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii
5.	Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii
6.	████████████████████	██████████ Naczelnej Rady Lekarskiej
7.	NFZ	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
8.	████████████████████	██████████ Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska

Odpowiedzi na zapytanie udzieliło łącznie 6 ekspertów/przedstawicieli instytucji.

Formularz oceny zawierał 6 pytań, które dotyczyły:

- 1) zasadności finansowania ze środków publicznych:
  - a) porady kwalifikacyjnej (lekarskiej),
  - b) wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej),
  - c) oceny stanu funkcjonalnego pacjenta,
  - d) określenia planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego,
  - e) oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej,
- 2) szczegółowego zakresu i warunków realizacji wnioskowanych świadczeń,
- 3) uprawnień personelu do realizacji wnioskowanych świadczeń - porady kwalifikacyjnej (lekarskiej) oraz wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej),
- 4) zastosowania zaproponowanych skal medycznych i innych kryteriów oceny stanu pacjenta,
- 5) zastosowania innych skal medycznych lub innych kryteriów oceny stanu pacjenta w świadczeniach oraz ich wskazania,
- 6) określenia wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego uznawanego w Polsce bądź sformułowania własnego stanowiska w kwestii dla innego rekomendowanego przez ekspertów świadczenia.

Wyniki indywidualnych rekomendacji wiodących ekspertów/przedstawicieli instytucji w przedmiotowym zakresie prezentują poszczególne zestawienia tabelaryczne.

**Tabela 20. Opinia ekspertów dotycząca kluczowych przyczyn, dla których wnioskowane świadczenia (we wskazanych miejscach i warunkach ich realizacji) powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych**

1) porada kwalifikacyjna (lekarska)		
Ekspert	Opinia	Uzasadnienie
[REDAKTOWANE]	TAK	Porada powinna oceniać stan zdrowia z uwzględnieniem i oceną stanu czynnościowego. Nie może stanowić tylko oceny funkcjonalnej. W celu przeprowadzenia kwalifikacji niezbędne mogą okazać się badania dodatkowe, które powinien lekarz mieć możliwość zlecić, powinny one być finansowane osobno w razie stwierdzenia przeciwwskazań do rehabilitacji, a w przypadku kwalifikacji do rehabilitacji można je wliczyć w koszt procesu rehabilitacji. Porada kwalifikacyjna to niezbędny element określania wskazań i przeciwwskazań (stałych i czasowych) do rehabilitacji. W ramach porady kwalifikacyjnej mogą być określane potrzeby rehabilitacyjne chorych. Stanowi ona podstawę do dalszego planowania postępowania terapeutycznego. Porada nie zawsze kończy się rozpoczęciem procesu rehabilitacji medycznej. W wyniku przeprowadzonej porady pacjent może być skierowany do innego zakresu lub innych warunków prowadzenia rehabilitacji. Realizacja porady jest czasochłonna i odpowiedzialna. Wymaga osobnego finansowania. Porada kwalifikacyjna powinna być połączona ściśle z wizytą fizjoterapeutyczną. Najlepiej, aby przeprowadzana była w zespole fizjoterapeuta-lekarz. Praca zespołu powinna być promowana finansowo. Połączenie porady z wizytą kwalifikacyjną podnosi istotnie jakość opieki nad chorym i umożliwia najskuteczniejsze planowanie rehabilitacji, a tym samym ogranicza zbędnie wydatkowane środki.
[REDAKTOWANE]	-	-
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	-	Konieczne jest wprowadzenie kryteriów kwalifikacji do różnych poziomów opieki rehabilitacyjnej w celu zapewnienia szybkiego dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej w zależności od stanu zdrowia, fazy choroby, prowadzonego leczenia pacjenta. Konieczna jest także weryfikacja wystawianych skierowań na prowadzenie rehabilitacji leczniczej, z możliwością zmiany rodzaju miejsca realizacji świadczenia, określenia rodzaju koniecznej interwencji.
[REDAKTOWANE]	TAK	Brak uzasadnienia
NFZ	TAK	Skierowanie wystawione na rehabilitację nie może być jedynym wyznacznikiem realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, lekarz w ramach porady kwalifikacyjnej powinien zbadać pacjenta i ocenić zasadność rehabilitacji, jak również w oparciu o wiedzę medyczną wyznaczyć cel rehabilitacji i warunki jej realizacji.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK	Wykluczenie przeciwwskazań do fizjoterapii wynikających z chorób współistniejących i innych wskazań medycznych
2) wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna)		
Ekspert	OPINIA	Uzasadnienie
[REDAKTOWANE]	TAK	Jest to niezbędny element określania wskazań i przeciwwskazań (stałych i czasowych) do fizjoterapii. Wizyta fizjoterapeutyczna powinna być połączona ściśle z poradą kwalifikacyjną (lekarską). Najlepiej, aby przeprowadzana była w zespole fizjoterapeuta-lekarz. Praca zespołu powinna być promowana finansowo. Połączenie porady z wizytą kwalifikacyjną podnosi istotnie jakość opieki nad chorym i umożliwia najskuteczniejsze planowanie rehabilitacji, a tym samym ogranicza zbędnie wydatkowane środki.
[REDAKTOWANE]	TAK	Świadczenie zasadne wymaga jednak wprowadzenia jasnych wytycznych określających kryteriów wyłączających w celu jednolitego postępowania we wszystkich podmiotach
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	TAK	Konieczne jest wprowadzenie kryteriów kwalifikacji do fizjoterapii, w celu ustalenia właściwego i skutecznego rodzaju zabiegów fizjoterapeutycznych.
[REDAKTOWANE]	TAK	Brak uzasadnienia
NFZ	TAK	Z uwagi na fakt rozpoczynania realizacji świadczeń rehabilitacyjnych po upływie kilku bądź kilkunastu dni od wizyty lekarskiej, powinna odbyć się wizyta fizjoterapeutyczna oceniająca pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji, w ramach której pacjent byłby oceniony fizjoterapeutycznie do możliwości realizacji celu wyznaczonego przez lekarza i w przypadku wystąpienia nowych okoliczności w stanie zdrowia i funkcjonowania pacjenta byłaby możliwość weryfikacji i zmiany celu skierowania.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK	Określenie zasadności kierowania na fizjoterapię ze względu na stan funkcjonalny i rokowanie odnośnie możliwości uzyskania poprawy stanu funkcjonalnego. Nadanie kategorii „pilny”, „stabilny”
3) ocena stanu funkcjonalnego pacjenta		
Ekspert	Opinia	Uzasadnienie

	TAK, ALE NIE BEZPOŚREDNIO	Jest to stały element porady i/lub wizyty, powinien być wliczony w ich koszt.
	TAK	Świadczenie niezbędne do prawidłowego zaplanowania terapii.
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	TAK	Stan funkcjonalny oprócz stanu zdrowia i choroby pacjenta determinuje konieczne postępowanie lecznicze.
	NIE	Powinna się zawierać w wycenie płatnej fizjoterapeutycznej
NFZ	TAK	Ocena ta jest potrzebna na każdym etapie prowadzonej rehabilitacji z uwagi na fakt, że jednym z głównych celów ogólnych definicji rehabilitacji jest poprawa funkcjonalności pacjenta.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK	Ocena funkcjonalna bezpośrednio przed rozpoczęciem cyklu fizjoterapeutycznego, w oparciu o wybrane testy, określająca „wyjściowy” stan pacjenta - punkt odniesienia do oceny efektów fizjoterapii
<b>4) określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego</b>		
<b>Ekspert</b>	<b>Opinia</b>	<b>Uzasadnienie</b>
	TAK, ALE NIE BEZPOŚREDNIO	Jest to stały element porady i/lub wizyty, powinien być wliczony w ich koszt.
	TAK	Plan leczenia powinien być każdorazowo dobierany indywidualnie do potrzeb pacjenta i wynikać z aktualnego stanu funkcjonalnego pacjenta. Fizjoterapeuta planuje i wykonuje świadczenia w oparciu o przeprowadzoną ocenę stanu funkcjonalnego chorego oraz rozpoznanie ICD-10 i przeciwwskazania. W oparciu o przeprowadzone badanie fizjoterapeutyczne definiowany jest problem oraz stawiany cel bliski lub cele etapowe w przypadku złożonych dysfunkcjach na poziomie aktywności i uczestniczenia.
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	TAK	W zależności od stanu zdrowia i choroby oraz stanu funkcjonalnego konieczny program leczenia pacjenta będzie składał się z różnych profili lub jednego profilu terapeutycznego.
	NIE	Powinno być w ramach wizyt
NFZ	TAK	Bez określenia planu leczenia nie ma możliwości osiągnięcia efektu rehabilitacji, który to powinien wynikać z jasno postawionych zadań do realizacji i uzasadniających ich wybór w danej jednostce chorobowej, z którą się zgłosił pacjent.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK	Dobór środków i narzędzi terapeutycznych dostosowanych do stanu pacjenta i do zdefiniowanego celu fizjoterapii
<b>5) ocena efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej</b>		
<b>Ekspert</b>	<b>Opinia</b>	<b>Uzasadnienie</b>
	TAK, ALE NIE BEZPOŚREDNIO	Jest to stały element rehabilitacji/fizjoterapii, powinien być wliczony w ich koszt. Najlepiej przeprowadzać ocenę po lub pod koniec cyklu/etapu rehabilitacji/fizjoterapii.
	TAK	Niezbędne wprowadzenie oraz wprowadzenia odpowiednich wskaźników umożliwiających badanie efektów leczenia w oparciu o zdefiniowane narzędzia (skale, testy). Ideą jest odejście od obecnego systemu opartego na dostarczeniu prostej usługi zdrowotnej na rzecz świadczenia mającego na celu osiągnięcie poprawy stanu zdrowia pacjenta
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	TAK	Ocena efektów prowadzonego postępowania pozwoli ocenić skuteczność poniesionych nakładów oraz zweryfikować wdrożony program.
	TAK	Oddzielna wizyta fizjoterapeutyczna
NFZ	TAK	Bez oceny efektów rehabilitacji nie ma możliwości weryfikacji czy rehabilitacja skutkuje poprawieniem funkcjonalności pacjenta, czy nie wywołuje skutków ubocznych i wówczas powinna nastąpić jej modyfikacja, aby wykluczyć taką ewentualność
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK	Ocena funkcjonalna bezpośrednio po zakończeniu cyklu fizjoterapeutycznego, w oparciu o wybrane testy, określająca „końcowy” stan pacjenta - ocena efektów fizjoterapii

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Spośród 6 ekspertów, 4 w potwierdziło zasadność wyodrębnienia porady kwalifikacyjnej lekarskiej, 2 ekspertów nie wyraziło w przedmiotowej sprawie opinii, wszyscy poparli wyodrębnienie wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej. Główne argumenty wskazane przez ekspertów to:

- 1) skierowanie wystawione na rehabilitację nie może być jedynym wyznacznikiem realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, lekarz w ramach porady kwalifikacyjnej powinien zbadać pacjenta i ocenić zasadność rehabilitacji,
- 2) zasadności kierowania na fizjoterapię ze względu na stan funkcjonalny i rokowanie odnośnie możliwości uzyskania poprawy stanu funkcjonalnego, nadanie kategorii „pilny”, „stabilny”,
- 3) wyznaczenie celu rehabilitacji i warunków jej realizacji.

Za wprowadzeniem obligatoryjności oceny stanu funkcjonalnego pacjenta i określenia planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego opowiedziało się po 5 ekspertów, w przypadku oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej wszyscy. Podkreślano, iż ww. elementy stanowią:

- 1) stały element rehabilitacji/fizjoterapii,
- 2) świadczenie niezbędne do prawidłowego zaplanowania terapii,
- 3) pozwolą ocenić skuteczność poniesionych nakładów oraz zweryfikować wdrożony program,
- 4) pozwolą dobrać środki i narzędzia terapeutyczne dostosowane do stanu pacjenta.

Negatywne opinie dotyczyły w głównej mierze przekierowania środków finansowych na realizację ww. świadczeń.

**Tabela 21. Stanowisko ekspertów w sprawie szczegółowego zakresu i warunków realizacji wnioskowanych świadczeń**

1) porada kwalifikacyjna (lekarska)		
Ekspert	Czas przystąpienia do realizacji świadczeń	Zakres i inne warunki realizacji świadczeń
	<i>(np. świadczenie odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, lub inne)</i>	<i>(określenie kryteriów kwalifikacji, zakresu świadczenia, miejsca realizacji świadczenia itp.)</i>
	Świadczenie powinno odbywać się w ciągu 14-21 dni od zarejestrowania skierowania	Porada kwalifikacyjna powinna być połączona ściśle z wizytą fizjoterapeutyczną. Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych oraz oddziału lub ośrodka dziennego. W razie możliwości w warunkach ambulatoryjnych i domowych.
	Brak odpowiedzi	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Do 7 dni roboczych od wydania skierowania i 7 dni roboczych od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej i/lub badania pacjenta przez lekarza oddziału dziennego lub stacjonarnego	Ma za zadanie ocenić zasadność sprecyzowanego celu skierowania do danej formy rehabilitacji, w oparciu o stan zdrowia i stan funkcjonalny pacjenta w oparciu o wybrane skale medyczne ewentualnie wskazać konieczną formę rehabilitacji
	Zarejestrowanie w ciągu 7 dni roboczych; wykonanie 30 dni	Miejsce jak proponowane; zakres zgodny z obecnym
NFZ	W ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania do ośrodka lub na oddział stacjonarny	Rozpoznanie ICD 10, ocena stanu zdrowia pacjenta oraz stanu funkcjonalnego w oparciu o skale medyczne, wyznaczenie celu terapeutycznego
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Do 14 dni od zarejestrowania skierowania	W zależności od jednostki chorobowej i problemu funkcjonalnego
2) wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna)		
Ekspert	Czas przystąpienia do realizacji świadczeń	Zakres i inne warunki realizacji świadczeń
	<i>(np. świadczenie odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, lub inne)</i>	<i>(określenie kryteriów kwalifikacji, zakresu świadczenia, miejsca realizacji świadczenia itp.)</i>
	Świadczenie powinno odbywać się w ciągu 14-21 dni od zarejestrowania skierowania oraz w warunkach ambulatoryjnych w ciągu 3-14 dni od zarejestrowania skierowania	Wizyta fizjoterapeutyczna powinna być połączona ściśle z poradą kwalifikacyjną (lekarską). Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych oraz oddziału lub ośrodka dziennego oraz w warunkach ambulatoryjnych lub domowych po skierowaniu przez lekarza innej specjalności niż rehabilitacja medyczna oraz balneologia i medycyna fizykalna.
	W ciągu 14 dni od dnia zarejestrowania skierowania.	Wywiad, ocena dokumentacji medycznej weryfikacja przeciwwskazań ocena deficytów w stanie funkcjonalnym pacjenta. Miejsce realizacji: gabinet fizjoterapeutyczny, dom pacjenta

Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Do 7 dni roboczych od wydania skierowania i 7 dni roboczych od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej i w oparciu o ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta przez fizjoterapeutę	Ma za zadanie ocenić zasadność sprecyzowanego celu skierowania na fizjoterapię w oparciu o stan funkcjonalny pacjenta i wybrane skale medyczne
	Zarejestrowanie w ciągu 7 dni roboczych; wykonanie 30 dni	Wynikający z rozpoznania icd-10 i stanu funkcjonalnego pacjenta
NFZ	W ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania	Ocena funkcjonalna pacjenta, określenie planu leczenia
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Do 14 dni od zarejestrowania skierowania	W zależności od jednostki chorobowej i problemu funkcjonalnego
<b>3) ocena stanu funkcjonalnego pacjenta</b>		
<b>Ekspert</b>	<b>Czas przystąpienia do realizacji świadczeń</b>	<b>Zakres i inne warunki realizacji świadczeń</b>
	<i>(np. świadczenie odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, lub inne)</i>	<i>(określenie kryteriów kwalifikacji, zakresu świadczenia, miejsca realizacji świadczenia itp.)</i>
	W trakcie porady/wizyty kwalifikującej.	Jest to stały element porady i/lub wizyty.
	1. Podczas wizyty kwalifikacyjnej; 2. Przy rozpoczęciu terapii 3. W połowie prowadzonej terapii; 4. Na zakończenie terapii.	Badanie, analiza ruchu; Testy, pomiary; Miejsce realizacji; gabinet fizjoterapeutyczny, dom pacjenta, oddział dzienny i stacjonarny
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Przeprowadzona jest przed rozpoczęciem rehabilitacji przez lekarza i terapeutów koniecznych do realizacji świadczenia kompleksowego lub przez terapeutę danego profilu podstawowego w oparciu o wybrane skale medyczne lub inne kryteria kwalifikacji.	Ma za zadanie ocenić potrzeby pacjenta w celu zdefiniowania programu rehabilitacji przy świadczeniach kompleksowych (wieloprofilowych) lub programu fizjoterapii przy świadczeniach podstawowych (jednoprofilowych).
	-	-
NFZ	Podczas pierwszej wizyty kwalifikacyjnej, podczas prowadzonej terapii - minimum jeden raz oraz na koniec terapii	Podczas wizyty kwalifikacyjnej jako ocena stanu funkcjonalnego pacjenta do ustalenia planu terapii
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Bezpośrednio przed rozpoczęciem fizjoterapii	W zależności od jednostki chorobowej i problemu funkcjonalnego
<b>4) określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego</b>		
<b>Ekspert</b>	<b>Czas przystąpienia do realizacji świadczeń</b>	<b>Zakres i inne warunki realizacji świadczeń</b>
	<i>(np. świadczenie odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, lub inne)</i>	<i>(określenie kryteriów kwalifikacji, zakresu świadczenia, miejsca realizacji świadczenia itp.)</i>
	W trakcie porady/wizyty kwalifikującej.	Jest to stały element porady i/lub wizyty.
	W pierwszym dniu rozpoczęcia terapii.	Należy podkreślić, że w chwili obecnej pacjent do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej ma obowiązek zarejestrować skierowanie w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania. Obowiązku takiego nie ma w przypadku innych świadczeń rehabilitacyjnych, co powoduje, że czas od wystawienia tj. Ostatniego badania może przekraczać okres 30 dni. A zatem stan funkcjonalny mógł ulec zmianie a to stan funkcjonalny wyznacza cel fizjoterapii. Niezbędne zatem jest zweryfikowanie przez fizjoterapeutę stanu funkcjonalnego. Miejsce realizacji; gabinet fizjoterapeutyczny, dom pacjenta, oddział dzienny i stacjonarny
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Ma za zadanie włączyć do zespołu terapeutycznego odpowiednich profili terapeutycznych wraz z określeniem zakładanych efektów.	Plan leczenia realizowany jest w warunkach określonych w trakcie porady kwalifikacyjnej
	-	-

NFZ	W ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania do ośrodka lub na oddział stacjonarny	Zdefiniowanie celu terapeutycznego podczas porady kwalifikacyjnej; określenie planu leczenia podczas wizyty fizjoterapeutycznej
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegieliński	Bezpośrednio po ocenie stanu funkcjonalnego	W zależności od jednostki chorobowej i problemu funkcjonalnego
<b>5) oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej</b>		
<b>Ekspert</b>	<b>Czas przystąpienia do realizacji świadczeń</b>	<b>Zakres i inne warunki realizacji świadczeń</b>
	<i>(np. świadczenie odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, lub inne)</i>	<i>(określenie kryteriów kwalifikacji, zakresu świadczenia, miejsca realizacji świadczenia itp.)</i>
[REDAKTOWANE]	Ocena po lub pod koniec cyklu/etapu rehabilitacji/fizjoterapii oraz w przypadku braku skuteczności prowadzonej terapii – zgłaszanej przez chorego lub w przypadku prowadzenia tzw. Leczenia próbnego	Jest to stały element rehabilitacji/fizjoterapii. Najlepiej przeprowadzać ocenę po lub pod koniec cyklu/etapu rehabilitacji/fizjoterapii.
[REDAKTOWANE]	W ostatnim dniu terapii.	Badanie, analiza ruchu; Testy, pomiary; Miejsce realizacji; gabinet fizjoterapeutyczny, dom pacjenta, oddział dzienny i stacjonarny
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Ma za zadanie ocenić prowadzone postępowanie terapeutyczne w celu potwierdzenia lub weryfikacji stosowanych metod.	Przeprowadzana jest na zakończenie procesu terapeutycznego w oparciu o ocenę stanu klinicznego i wybrane skale medyczne.
[REDAKTOWANE]	Bezpośrednio po zakończeniu cyklu zabiegowego	jw.
NFZ	W czasie prowadzonej terapii i na koniec	Ocena efektów terapii w oparciu o skale medyczne
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegieliński	Bezpośrednio po zakończeniu fizjoterapii	W zależności od jednostki chorobowej i problemu funkcjonalnego

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Stanowisko ekspertów co do terminu realizacji porady kwalifikacyjnej oraz wizyty kwalifikacyjnej jest zróżnicowane. Wskazano na dwa elementy:

- 1) ważność skierowania tj. czas na jego zarejestrowanie – 1 ekspert zaproponował termin 7 dni,
- 2) czas na realizację porady – od dnia zarejestrowania skierowania: 7 dni (1 ekspert), 14 dni (3 ekspertów), 30 dni (1 ekspert).

W przypadku wprowadzenia ocena stanu funkcjonalnego pacjenta eksperci wskazali, iż:

- 1) ma się odbyć w trakcie porady/wizyty kwalifikującej,
- 2) powinna być realizowana kilkakrotnie w trakcie terapii (początek, w trakcie i na zakończenie),
- 3) powinna być przeprowadzona przez lekarza i terapeutów koniecznych do realizacji świadczenia kompleksowego.

Natomiast określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego powinno być w opinii ekspertów zrealizowane:

- 1) w trakcie porady/wizyty kwalifikującej,
- 2) w pierwszym dniu rozpoczęcia terapii,
- 3) bezpośrednio po ocenie stanu funkcjonalnego.

Realizacja oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej:

- 1) po lub pod koniec cyklu/etapu rehabilitacji/fizjoterapii oraz w przypadku braku skuteczności prowadzonej terapii,
- 2) w ostatnim dniu terapii,
- 3) bezpośrednio po zakończeniu cyklu zabiegowego.



Tabela 22. Stanowisko ekspertów w kwestii uprawnień personelu do realizacji świadczeń

1) porada kwalifikacyjna (lekarska)			
Ekspert	Lekarz specjalista	Lekarz inny	
[REDAKTOWANE]	Rehabilitacji medycznej (lub jej odpowiednik zgodnie z historycznymi zmianami specjalizacji. W okresie przejściowym -Specjalista balneologii i medycyny fizykalnej, zwłaszcza w trakcie kwalifikacji do rehabilitacji w warunkach uzdrowiskowych.	W trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej, dopuszczony przez kierownika specjalizacji do realizacji w/w porady	
[REDAKTOWANE]	-	-	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	1) lekarz rehabilitacji: a) lekarz specjalista rehabilitacji - lekarz specjalista II stopnia w rehabilitacji medycznej, lub specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub b) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii	W okresie przejściowym lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej po uzyskaniu zgody kierownika jednostki/kierownika specjalizacji	
[REDAKTOWANE]	Porady powinien wykonywać specjalista rehabilitacji, balneologii i medycyny fizykalnej	Każdy specjalista w swojej dziedzinie	
NFZ	W dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji, rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, fizjoterapii i balneoklimatologii, balneologii, balneologii i medycyny fizykalnej	Ze specjalizacją 1 stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji, rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, fizjoterapii i balneoklimatologii	
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-	-	
2) wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna)			
Ekspert	Fizjoterapeuta - specjalista	Fizjoterapeuta - magister	Fizjoterapeuta - inny
[REDAKTOWANE]	Specjalista rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii	Mgr fizjoterapii	Nie
[REDAKTOWANE]	Fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, zwany dalej „specjalistą w dziedzinie fizjoterapii”, lub fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. O zawodzie fizjoterapeuty lub fizjoterapeuta posiadający dyplom, świadectwo, lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. B i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadający co najmniej 3- letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Fizjoterapeuta z tytułem magistra i specjalizacją z fizjoterapii posiadający uprawnienia do kwalifikowania do terapii fizjoterapeutycznej na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych	W okresie przejściowym fizjoterapeuta z tytułem magistra posiadający uprawnienia do kwalifikowania do terapii fizjoterapeutycznej na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych z co najmniej 5 letnim stażem pracy.	-

	Specjalista fizjoterapii, specjalista rehabilitacji ruchowej	10 lat pracy - udokumentowanej jako magister	-
NFZ	W dziedzinie fizjoterapii, specjalista rehabilitacji ruchowej II stopnia	Z co najmniej 3 letnim doświadczeniem	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	-	-	-

*Źródło: Opracowanie własne AOTMiT*

**PODSUMOWANIE:** Kwestia uprawnień personelu realizującego poradę kwalifikacyjną (lekarską) w opinii ekspertów wybrzmiała jednomyślnie (wśród 4 ekspertów, 2 nie wypowiedziało się w tej kwestii), bowiem wszyscy wskazali na lekarza rehabilitacji medycznej (lub odpowiednika zgodnie z historycznymi zmianami specjalizacji) oraz na specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej (w okresie przejściowym).

W zakresie personelu uprawnionego do realizacji wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej) 5 ekspertów wskazało na specjalistę w dziedzinie fizjoterapii oraz warunkowo mgr fizjoterapii (4 ekspertów) w przypadku posiadania odpowiedniego stażu pracy tj. 3 lub 5 lub 10 lat pracy. Jeden ekspert nie ograniczał uprawnień do realizacji wizyty przez magistra. Wszyscy eksperci nie wskazali innego fizjoterapeuty (np. licencjat lub technik) jako osobę uprawnioną do realizacji tego świadczenia.

**Tabela 23. Stanowisko ekspertów w kwestii zastosowania zaproponowanych skal medycznych i innych kryteriów oceny stanu pacjenta w świadczeniach**

Ekspert	1) w warunkach stacjonarnych				
	a) Rehabilitacja neurologiczna dorośli				
	skala Rankina	skala Barthel ADL	skala Glasgow GCS	skala MRC	zaburzenia funkcji poznawczo - behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania - po nabytych uszkodzeniach mózgu
	We wszystkich warunkach i zakresach	We wszystkich warunkach i zakresach	Do stosowania w przypadku stwierdzenia zaburzeń przytomności niezależnie od warunków i zakresów	We wszystkich warunkach i zakresach	We wszystkich warunkach i zakresach u dorosłych w razie podejrzenia lub stwierdzenia zaburzeń funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motorycznych zaburzeń czynności mowy oraz połykania
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.				
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?				
	TAK	TAK	NIE	TAK	-
NFZ	-	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Najczęściej stosowane				
Ekspert	b) Rehabilitacja neurologiczna dzieci				
	skala Glasgow GCS lub Pediatryczna skala Glasgow CCS	skala Barthel ADL	skala ASIA	skala FMS	
	Do stosowania w przypadku stwierdzenia zaburzeń przytomności niezależnie od warunków i zakresów	We wszystkich warunkach i zakresach – o ile jest to możliwe ze względu na wiek	Do stosowania w przypadku uszkodzenia rdzenia kręgowego niezależnie od warunków i zakresów	We wszystkich warunkach i zakresach – o ile jest to możliwe ze względu na wiek i poziom sprawności chorych	
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.				

Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?			
	TAK	TAK	TAK	NIE
NFZ	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegieliński	Najczęściej stosowane			
<b>Ekspert</b>	<b>c) Rehabilitacja ogólnoustrojowa dorośli</b>			
	<b>skala Barthel ADL (IADL)</b>		<b>skala MRC</b>	
	We wszystkich warunkach i zakresach		We wszystkich warunkach i zakresach	
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?			
	TAK		TAK	
NFZ	-		-	
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegieliński	Najczęściej stosowane			
<b>Ekspert</b>	<b>d) Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci</b>			
	<b>skala Barthel ADL</b>		<b>zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci</b>	
	We wszystkich warunkach i zakresach – o ile jest to możliwe ze względu na wiek		We wszystkich warunkach i zakresach dla dzieci	
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?			

	TAK	TAK
NFZ	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Najczęściej stosowane	
<b>Ekspert</b>	<b>e) Rehabilitacja kardiologiczna</b>	
	<b>skala NYHA</b>	<b>skala Rankina</b>
	Należy stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK	Należy stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?	
	TAK	TAK
NFZ	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Najczęściej stosowane	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

### PODSUMOWANIE: w warunkach stacjonarnych

1. W rehabilitacji neurologicznej dorosłych:
  - 1) zasadność włączenia skali Rankina, Barthel ADL, MRC – wskazało 2 ekspertów,
  - 2) skali Glasgow GCS – 1 ekspert,
  - 3) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
2. W rehabilitacji neurologicznej dzieci:
  - 1) zasadność włączenia skali Glasgow GCS lub Pediatricznej skali Glasgow CCS, Barthel ADL, ASIA – wskazało 2 ekspertów,
  - 2) skali skala FMS – 1 ekspert,
  - 3) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
3. W rehabilitacja ogólnoustrojowej dorosłych:
  - 1) zasadność włączenia skali Barthel ADL, MRC – wskazało 2 ekspertów,

- 2) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
4. W rehabilitacja ogólnoustrojowej dzieci:
  - 1) zasadność włączenia skali Barthel ADL oraz kwalifikacji mierzącej zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci – wskazało 2 ekspertów,
  - 2) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
5. W rehabilitacji kardiologicznej:
  - 1) zasadność włączenia skali Rankina i NYHA– wskazał 1 ekspert,
  - 2) zasadność stosowania zasad oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK – wskazał 1 ekspert,
  - 3) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.

Ekspert	2) w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego						
	a) Rehabilitacja ogólnoustrojowa dorośli						
	porażenia lub niedowład będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego	obrzęk limfatyczny	stan po amputacji	stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu	stan po udarze mózgu	choroba nowotworowa	stan po leczeniu szpitalnym ostrego stanu choroby
	Chory nie wymagający całodobowej opieki medycznej lub mający zapewnioną taką opiekę w miejscu zamieszkania.						
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.						
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?						
	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
NFZ	-	-	--		-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta. Np. ocena czucia, bólu, odruchów itp.						
Ekspert	b) Rehabilitacja kardiologiczna						
	nadcisnienie tętnicze o bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym ocenianym przy pomocy aktualnego systemu Pol-SCORE			skala NYHA			
	Należy stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK			Należy stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK			
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.						
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?						

	TAK	TAK					
NFZ	-	-					
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegliński	Najczęściej stosowane						
<b>Ekspert</b>	<b>3) w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii</b>						
	<b>a) Fizjoterapia ambulatoryjna</b>						
	porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego	obrzęk limfatyczny	stan po amputacji	stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu	stan po udarze mózgu	stan po leczeniu szpitalnym ostrego stanu choroby	stan pourazowy
	Chory kwalifikujący się do realizacji fizjoterapii/rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych. Ocena zespołu kwalifikującego.						
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.						
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?						
	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
NFZ	-	-	-	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegliński	Testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta. Np. ocena czucia, bólu, odruchów, napięcia mm., siły mm, zakresu ruchomości itp.						
<b>Ekspert</b>	<b>4) w warunkach domowych</b>						
	<b>a) Fizjoterapia domowa dorośli</b>						
	skala Rankina	stan po amputacji	stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu	stan pourazowy			
	Chory kwalifikujący się do realizacji fizjoterapii/ rehabilitacji w warunkach domowych. Ocena zespołu kwalifikującego						



	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?			
	TAK	TAK	TAK	TAK
NFZ	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta.			
<b>Ekspert</b>	<b>b) Fizjoterapia domowa dzieci</b>			
	skala GMFCS	stan po amputacji	stan po leczeniu operacyjnym narządu ruchu	stan pourazowy
	Chory kwalifikujący się do realizacji fizjoterapii/ rehabilitacji w warunkach domowych. Ocena zespołu kwalifikującego			
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, co zgłaszane było podczas prac zespołów analitycznych powołanych przez AOTMiT.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Punkt 4 jest błędnie sformułowany i odpowiedź eksperta jest niemożliwa. Świadczeniom realizowanym w danych warunkach stacjonarnych są przyporządkowane błędnie skale medyczne. W warunkach oddziału dziennego i ambulatoryjnej oraz domowej jest wymieszanie skal ze stanami klinicznymi. Jaki jest cel określania w warunkach oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, raz skal medycznych, raz stanów klinicznych?			
	TAK	TAK	TAK	TAK
NFZ	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

#### PODSUMOWANIE:

1. W warunkach ośrodka lub oddziału dziennego:

1) Rehabilitacja ogólnoustrojowa dorośli:

- a) 1 ekspert wskazał kryterium kwalifikacji - chory nie wymagający całodobowej opieki medycznej lub mający zapewnioną taką opiekę w miejscu zamieszkania,
- b) 1 ekspert – wskazał zasadność stosowania zasad oceny i kwalifikacji zgodnie z propozycją zawartą w formularzu,

- c) 1 ekspert – wskazał testy funkcjonalne stosowane powinny być w zależności od potrzeb i stanu pacjenta np. ocena czucia, bólu, odruchów itp.,
  - d) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
- 2) Rehabilitacja kardiologiczna:
- a) 1 ekspert wskazał kryterium kwalifikacji - stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK,
  - b) 1 ekspert – wskazał zasadność stosowania zasad oceny i kwalifikacji zgodnie z propozycją zawartą w formularzu,
  - c) 1 ekspert – wskazał testy funkcjonalne stosowane powinny być w zależności od potrzeb i stanu pacjenta np. ocena czucia, bólu, odruchów itp.,
  - d) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
2. w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii - fizjoterapia ambulatoryjna:
- a) 1 ekspert wskazał kryterium kwalifikacji - chory kwalifikujący się do realizacji fizjoterapii/rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, ocena zespołu kwalifikującego,
  - b) 1 ekspert – wskazał zasadność stosowania zasad oceny i kwalifikacji zgodnie z propozycją zawartą w formularzu,
  - c) 1 ekspert – wskazał testy funkcjonalne stosowane powinny być w zależności od potrzeb i stanu pacjenta np. ocena czucia, bólu, odruchów itp.,
  - d) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.
3. w warunkach domowych:
- a) 1 ekspert wskazał kryterium kwalifikacji - chory kwalifikujący się do realizacji fizjoterapii/rehabilitacji w warunkach domowych, ocena zespołu kwalifikującego,
  - b) 1 ekspert – wskazał zasadność stosowania zasad oceny i kwalifikacji zgodnie z propozycją zawartą w formularzu,
  - c) 2 ekspertów wskazano na brak możliwości udzielenie odpowiedzi ze względu na źle sformułowane pytanie lub wskazywało na konieczność dłuższej pracy nad tą kwestią dla większego zespołu ekspertów.

**Tabela 24. Stanowisko eksperckie w kwestii zastosowania innych skal medycznych lub innych kryteriów oceny stanu pacjenta w świadczeniach**

Ekspert	1) w warunkach oddziału stacjonarnego*			
	rehabilitacja neurologiczna	rehabilitacja ogólnoustrojowa	rehabilitacja kardiologiczna	rehabilitacja pulmonologiczna
	Zależnie od stopnia uszkodzenia i etiologii – jw. (w tabeli jak wyżej)	Zależnie od stopnia uszkodzenia i etiologii – jw.. (w tabeli jak wyżej)	Należy stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK	Ocena funkcjonalna wg wytycznych towarzystw naukowych- testy wysiłkowe, gazometria, ergospirometria, spirometria, przepływy itd. Zależnie od potrzeb (wg stany chorego). Ocena zespołu kwalifikującego.
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, uwzględniających stan funkcjonalny pacjenta.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Skala Barthel ADL, skala GCS, skala MRC, skala oparta na skali Rankina, skala ASIA, zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu	Skala Barthel ADL, skala MRC, skala oparta na skali Rankina	Skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej	W trakcie opracowywania
	Skala Ashwortha	Test wstań i idź	Tet 6-minutowy	Test wstań i idź; skala NYHA
NFZ	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Ocena napięcia mięśniowego, siły mięśniowej, zakresu ruchomości, testów mierzących funkcjonalny problem (np. test 10-metrowego marszu, skala Barthel), testy zborności ruchów, testy odruchów patologicznych i inne - dostosowane do stanu chorego	Ocena napięcia mięśniowego, siły mięśniowej, zakresu ruchomości, testów mierzących funkcjonalny problem (np. test 10-metrowego marszu, skala Barthel), testy zborności ruchów, testy odruchów patologicznych i inne - dostosowane do stanu chorego	Próba wysiłkowa (np. na bieżni, ergometrze, marszowy), ocena tolerancji wysiłku i duszności (np. skala VAS, numeryczna, NYHA) i inne testy kliniczne - dostosowane do stanu chorego	Próba wysiłkowa (np. na bieżni, ergometrze, marszowy), ocena tolerancji wysiłku i duszności (np. skala VAS, numeryczna), ocena sprawności, ocena czynności wentylacyjnej i inne testy kliniczne - dostosowane do stanu chorego
Ekspert	2) w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego*			
	rehabilitacja ogólnoustrojowa	rehabilitacja kardiologiczna	rehabilitacja pulmonologiczna	rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego
	jw..	Należy stosować zasady oceny i kwalifikacji wg wytycznych Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK	Ocena funkcjonalna wg wytycznych towarzystw naukowych- testy wysiłkowe, gazometria, ergospirometria, spirometria, przepływy itd. Zależnie od potrzeb (wg stany chorego). Ocena zespołu kwalifikującego.	skala GMFCS – jeśli wskazana
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, uwzględniających stan funkcjonalny pacjenta.			

Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	brak odpowiedzi	Skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej	W trakcie opracowywania	Skala Barthel ADL, skala oparta na skali Rankina, skala pediatryczna GCS, skal FMS, GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci
	jw.	jw.	jw.	jw.
NFZ	-	-	-	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	jw.	jw.	jw.	Testy kliniczne oceniające zaburzenia związane z rozwojem (np. ocena na podstawie badania wg metody Wojty)
<b>Ekspert</b>	<b>3) w poradni rehabilitacji</b>			
	lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna			
	Zależnie od potrzeb (wg stany chorego).			
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, uwzględniających stan funkcjonalny pacjenta.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Skala Barthel ADL, skala GCS, skala MRC, skala oparta na skali Rankina, skala ASIA, zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu, Skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej, skala pediatryczna GCS, skal FMS, GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci			
	Testy wydolności krążeniowo-oddechowej, badanie przesiewowe w kierunku depresji			
NFZ	-			
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Stosownie do jednostki chorobowej i stanu pacjenta			
<b>Ekspert</b>	<b>4) w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii</b>			
	fizjoterapia ambulatoryjna			
	Zależnie od potrzeb (wg stany chorego).			
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, uwzględniających stan funkcjonalny pacjenta.			
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Skala Barthel ADL, skala GCS, skala MRC, skala oparta na skali Rankina, skala ASIA, zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu, Skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej, skala pediatryczna GCS, skal FMS, GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci			
	Test wstań i idź; testy funkcjonalne w zależności od ICD-10; pomiary linijne i kątowe			
NFZ	-			
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Stosownie do jednostki chorobowej i stanu pacjenta. Testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta. Np. ocena czucia, bólu, odruchów, napięcia mm. siły mm, zakresu ruchomości itp.			
<b>Ekspert</b>	<b>5) w warunkach domowych</b>			
	fizjoterapia domowa			

	Zależnie od potrzeb (wg stany chorego).
	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. Niezbędne zastosowanie kryteriów włączenia i wyłączenia do poszczególnych świadczeń, uwzględniających stan funkcjonalny pacjenta.
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Skala Barthel ADL, skala GCS, skala MRC, skala oparta na skali Rankina, skala ASIA, zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu, Skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej, skala pediatryczna GCS, skal FMS, GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci
	j.w.
NFZ	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Stosownie do jednostki chorobowej i stanu pacjenta. Testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta. Np. ocena czucia, bólu, odruchów, napięcia mm., siły mm, zakresu ruchomości itp.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

## PODSUMOWANIE:

1. W warunkach stacjonarnych eksperci zaproponowali:
  - 1) w rehabilitacji neurologicznej: skala Barthel ADL, skala GCS, skala MRC, skala oparta na skali Rankina, skala ASIA, zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu, skala Ashwortha, ocena napięcia mięśniowego, siły mięśniowej, zakresu ruchomości, testów mierzących funkcjonalny problem (np. test 10-metrowego marszu, skala Barthel), testy zborności ruchów, testy odruchów patologicznych i inne - dostosowane do stanu chorego,
  - 2) w rehabilitacji ogólnoustrojowej: skala Barthel ADL, skala MRC, skala oparta na skali Rankina, test wstań i idź, ocena napięcia mięśniowego, siły mięśniowej, zakresu ruchomości, testów mierzących funkcjonalny problem (np. test 10-metrowego marszu, skala Barthel), testy zborności ruchów, testy odruchów patologicznych i inne - dostosowane do stanu chorego,
  - 3) w rehabilitacji kardiologicznej: skala NYHA, kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej, test 6-minutowy, próba wysiłkowa (np. na bieżni, ergometrze, marszowy), ocena tolerancji wysiłku i duszności (np. skala VAS, numeryczna, NYHA) i inne testy kliniczne - dostosowane do stanu chorego,
  - 4) w rehabilitacji pulmonologicznej: Ocena funkcjonalna wg wytycznych towarzystw naukowych- testy wysiłkowe, gazometria, ergospirometria, spirometria, przepływy itd. Zależnie od potrzeb (wg stany chorego). Ocena zespołu kwalifikującego, Test wstań i idź; skala NYHA, Próba wysiłkowa (np. na bieżni, ergometrze, marszowy), ocena tolerancji wysiłku i duszności (np. skala VAS, numeryczna), ocena sprawności, ocena czynności wentylacyjnej i inne testy kliniczne - dostosowane do stanu chorego.
2. w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego:
  - 1) w rehabilitacji ogólnoustrojowej, rehabilitacji kardiologicznej i pulmonologicznej: jak w warunkach stacjonarnych,
  - 2) w rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego: skala Barthel ADL, skala oparta na skali Rankina, skala pediatryczna GCS, skal FMS, GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci, testy kliniczne oceniające zaburzenia związane z rozwojem (np. ocena na podstawie badania wg metody Vojty).
3. w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii - fizjoterapia ambulatoryjna:
  - 1) zależnie od potrzeb (wg stany chorego),
  - 2) skala Barthel ADL,
  - 3) skala GCS,
  - 4) skala MRC,
  - 5) skala oparta na skali Rankina,
  - 6) skala ASIA,
  - 7) zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu,
  - 8) skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej,
  - 9) skala pediatryczna GCS,

- 10) skal FMS,
  - 11) GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci
  - 12) test wstań i idź; testy funkcjonalne w zależności od ICD-10; pomiary liniowe i kątowe,
  - 13) stosownie do jednostki chorobowej i stanu pacjenta. Testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta np. ocena czucia, bólu, odruchów, napięcia mm., siły mm, zakresu ruchomości itp.
4. w warunkach domowych - fizjoterapia domowa:
- 1) zależnie od potrzeb (wg stany chorego),
  - 2) skala Barthel ADL,
  - 3) skala GCS,
  - 4) skala MRC,
  - 5) skala oparta na skali Rankina,
  - 6) skala ASIA,
  - 7) zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy i połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu,
  - 8) skala NYHA oraz kryteria opracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dla rehabilitacji kardiologicznej,
  - 9) skala pediatryczna GCS,
  - 10) skal FMS,
  - 11) GMFCS, zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci
  - 12) stosownie do jednostki chorobowej i stanu pacjenta, testy funkcjonalne stosowane w zależności od potrzeb i stanu pacjenta. Np. ocena czucia, bólu, odruchów, napięcia mm., siły mm, zakresu ruchomości itp.

**Tabela 25. Opinia ekspertów w kwestii wskazania dla wnioskowanych świadczeń wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego uznawanych w Polsce bądź własne stanowisko w kwestii innego rekomendowanego świadczenia**

Ekspert	porada kwalifikacyjna (lekarska)
[REDAKTOWANE]	<p>Porada powinna oceniać stan zdrowia z uwzględnieniem i oceną stanu czynnościowego. Nie może stanowić tylko oceny funkcjonalnej.</p> <p>W celu przeprowadzenia kwalifikacji niezbędne mogą okazać się badania dodatkowe, które powinien lekarz mieć możliwość zlecić, powinny one być finansowane osobno w razie stwierdzenia przeciwwskazań do rehabilitacji, a w przypadku kwalifikacji do rehabilitacji można je wliczyć w koszt procesu rehabilitacji.</p> <p>Porada kwalifikacyjna to niezbędny element określania wskazań i przeciwwskazań (stałych i czasowych) do rehabilitacji. W ramach porady kwalifikacyjnej mogą być określane potrzeby rehabilitacyjne chorych.</p> <p>Stanowi ona podstawę do dalszego planowania postępowania terapeutycznego. Porada nie zawsze kończy się rozpoczęciem procesu rehabilitacji medycznej. W wyniku przeprowadzonej porady pacjent może być skierowany do innego zakresu lub innych warunków prowadzenia rehabilitacji. Realizacja porady jest czasochłonna i odpowiedzialna. Wymaga osobnego finansowania. Porada kwalifikacyjna powinna być połączona ściśle z wizytą fizjoterapeutyczną. Najlepiej, aby przeprowadzana była w zespole fizjoterapeuta-lekarza. Praca zespołu powinna być promowana finansowo. Połączenie porady z wizytą kwalifikacyjną podnosi istotnie jakość opieki nad chorym i umożliwia najskuteczniejsze planowanie rehabilitacji, a tym samym ogranicza zbędnie wydatkowane środki.</p> <p>Porada kwalifikacyjna powinna być połączona ściśle z wizytą fizjoterapeutyczną.</p> <p>Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych oraz oddziału lub ośrodka dziennego. W razie możliwości w warunkach ambulatoryjnych i domowych.</p> <p>Świadczenie powinno odbywać się w ciągu 14-21 dni od zarejestrowania skierowania.</p> <p>Realizacja: specjalista;</p> <p>Rehabilitacji medycznej (lub jej odpowiednik zgodnie z historycznymi zmianami specjalizacji. W okresie przejściowym -Specjalista balneologii i medycyny fizykalnej, zwłaszcza w trakcie kwalifikacji do rehabilitacji w warunkach uzdrowiskowych.</p> <p>W trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej, dopuszczony przez kierownika specjalizacji do realizacji w/w porady</p>
[REDAKTOWANE]	brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Referencje bibliograficzne wytycznych są dostępne w AOTMiT.
[REDAKTOWANE]	Zgodnie ze specjalizacją i rodzajem dysfunkcji
NFZ	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-
Ekspert	wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna)
[REDAKTOWANE]	<p>Jest to niezbędny element określania wskazań i przeciwwskazań (stałych i czasowych) do fizjoterapii.</p> <p>Wizyta fizjoterapeutyczna powinna być połączona ściśle z poradą kwalifikacyjną (lekarską). Najlepiej, aby przeprowadzana była w zespole fizjoterapeuta-lekarza. Praca zespołu powinna być promowana finansowo.</p> <p>Połączenie porady z wizytą kwalifikacyjną podnosi istotnie jakość opieki nad chorym i umożliwia najskuteczniejsze planowanie rehabilitacji, a tym samym ogranicza zbędnie wydatkowane środki.</p> <p>Wizyta fizjoterapeutyczna powinna być połączona ściśle z poradą kwalifikacyjną (lekarską).</p> <p>Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych oraz oddziału lub ośrodka dziennego oraz w warunkach ambulatoryjnych lub domowych po skierowaniu przez lekarza innej specjalności niż rehabilitacja medyczna oraz balneologia i medycyna fizykalna.</p> <p>świadczenie powinno odbywać się w ciągu 14-21 dni od zarejestrowania skierowania oraz w warunkach ambulatoryjnych w ciągu 3-14 dni od zarejestrowania skierowania realizacja : poprzez specjalistę fizjoterapii lub mgr fizjoterapii.</p>
[REDAKTOWANE]	<p>Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. W chwili obecnej opracowane zostały:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku,-wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej;</li> <li>2. analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM);</li> <li>3. rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej- stanowisko ekspertów sekcji rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego</li> </ol>
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Referencje bibliograficzne wytycznych są dostępne w AOTMiT.
[REDAKTOWANE]	Brak wizyty uniemożliwia celowe i racjonalne leczenie

NFZ	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-
<b>Ekspert</b>	<b>ocena stanu funkcjonalnego pacjenta</b>
[REDAKTOWANE]	Jest to stały element porady i/lub wizyty
[REDAKTOWANE]	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. W chwili obecnej opracowane zostały: 1. wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku, -wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej; 2. analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM); 3. rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej- stanowisko ekspertów sekcji rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Referencje bibliograficzne wytycznych są dostępne w AOTMiT.
[REDAKTOWANE]	Brak oceny uniemożliwia racjonalne leczenie
NFZ	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-
<b>Ekspert</b>	<b>określenie planu leczenia wraz ze zdefiniowaniem celu terapeutycznego</b>
[REDAKTOWANE]	Jest to stały element porady i/lub wizyty
[REDAKTOWANE]	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. W chwili obecnej opracowane zostały: 1. wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku, -wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej; 2. analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM); 3. rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej- stanowisko ekspertów sekcji rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Referencje bibliograficzne wytycznych są dostępne w AOTMiT.
[REDAKTOWANE]	Plan krótkoterminowy - poprawa stanu funkcjonalnego; Plan długoterminowy - przywrócenie pacjenta społeczeństwu
NFZ	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-
<b>Ekspert</b>	<b>oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej</b>
[REDAKTOWANE]	Jest to stały element rehabilitacji/fizjoterapii, powinien być wliczony w ich koszt. Najlepiej przeprowadzać ocenę po lub pod koniec cyklu/etapu rehabilitacji/fizjoterapii.
[REDAKTOWANE]	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. W chwili obecnej opracowane zostały: 1. wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku, -wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej; 2. analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM); 3. rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej- stanowisko ekspertów sekcji rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Referencje bibliograficzne wytycznych są dostępne w AOTMiT.
[REDAKTOWANE]	Test konieczny do oceny celowości i skuteczności
NFZ	-



Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-
<b>Ekspert</b>	<b>inne proponowane świadczenie</b>
[REDAKTOWANE]	-
[REDAKTOWANE]	Wykonanie takiego przeglądu to praca dla zespołu ekspertów fizjoterapii, specjalistów w różnych dziedzinach, w celu opracowania niniejszych rekomendacji. Rekomendacji, które wymagają konsultacji środowiskowej w celu ustalenia i wybrania najbardziej użytecznych i uniwersalnych narzędzi oceny. W chwili obecnej opracowane zostały: 1. wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku, -wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej; 2. analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM); 3. rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej- stanowisko ekspertów sekcji rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Referencje bibliograficzne wytycznych są dostępne w AOTMiT.
[REDAKTOWANE]	Wizyta fizjoterapeutyczna w zakresie fizjoprofilaktyki
NFZ	-
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

#### PODSUMOWANIE:

We wszystkich opiniowanych świadczeniach uwagi eksperckie dotyczyły:

- 1) oparcia udzielania świadczeń o wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku - wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej – 1 ekspert;
- 2) oparcia udzielania świadczeń o analizy skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM) – 1 ekspert;
- 3) oparcia udzielania świadczeń o wytyczne eksperckie wskazane w formularzu,
- 4) realizację w trakcie wizyty fizjoterapeutycznej – fizjoprofilaktyki,
- 5) przeprowadzenie testu koniecznego do oceny celowości i skuteczności oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej,
- 6) określeniu planu krótkoterminowego - poprawa stanu funkcjonalnego; planu długoterminowego – „przywrócenie pacjenta do społeczeństwa”.

#### WNIOSKI:

Propozycje ekspertów:

1. Eksperci pozytywnie zaopiniowali wdrożenie nowych rozwiązań – porady i wizyty kwalifikacyjnej.
2. Poradę kwalifikacyjną może realizować lekarz rehabilitacji (w szerszym znaczeniu lekarz posiadający historyczne specjalizacje z zakresu rehabilitacji, ale także lekarz balneologii czy klimatologii – wraz z pokrewnymi nazwami).
3. Wizytę kwalifikacyjną – powinien realizować co najmniej mgr fizjoterapii.
4. Zarówno porada jak i wizyta powinna się odbyć szybko (najwięcej ekspertów opowiedziało się za 14-dniowym terminem jej realizacji zależnym od dnia zarejestrowania skierowania w danej poradni, oddziale itp).
5. W zakresie stosowanych skal część ekspertów zaakceptowała propozycje wypracowane w Agencji przy współudziale ekspertów zewnętrznych.
6. Zaproponowano stosowanie poniższych wytycznych:
  - ✓ wytyczne KRF - uchwała nr 142/1 KRF z dnia 1 marca 2018 roku, wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej;
  - ✓ analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM);
  - ✓ rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej - stanowisko ekspertów sekcji rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

## 7. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Precyzyjne oszacowanie skutków finansowych z perspektywy płatnika publicznego w pełnym roku kalendarzowym, na tym etapie jest trudne do określenia z uwagi, iż wdrożenie nowych świadczeń będzie wymagało przeprowadzenia procesu taryfikacji świadczeń.

Jednakże można przyjąć następujące założenia służące do symulacji kosztów wprowadzenia proponowanych zmian:

- 1) porada kwalifikacyjna będzie udzielona wszystkim pacjentom, którzy posiadają skierowanie do zakresów rehabilitacji dziennej i stacjonarnej oraz fizjoterapii domowej (jeśli świadczeń będzie udzielał lekarz rehabilitacji) – objemie ok. 900 720 pacjentów (stanowi sumę wszystkich pacjentów którym udzielono świadczeń w 2017 r. oraz pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia) w danym roku kalendarzowym;
- 2) wizyta kwalifikacyjna – symulacja będzie przeprowadzona w dwóch wariantach obejmujących założenia:
  - a) Wariant I - będzie realizowana w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej dla wszystkich pacjentów (pilnych i stabilnych) – objemie 1 107 470 osób oczekujących na świadczenie w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej oraz 2 598 124 pacjentów, którzy otrzymali świadczenia w obu zakresach w 2017 r.,
  - b) Wariant II - będzie realizowana w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej dla pacjentów „pilnych” – dotyczy ok. 105 tys. osób oczekujących na świadczenie w trybie pilnym (104 555 w trybie ambulatoryjnym, 1 087 w trybie domowym) oraz 390 000 osób (spośród 2 593 801 wszystkich pacjentów w fizjoterapii ambulatoryjnej) i 1 297 pacjentów (z 8 646 osób w fizjoterapii domowej), dla których zrealizowano świadczenia w obu zakresach w 2017 r., oraz których dla celów niniejszego raportu sklasyfikowano jako pilnych na podstawie rozpoznania wg ICD-10, co stanowi ok. 15 % wszystkich pacjentów w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej;
- 3) wartość punktową dla porady i wizyty kwalifikacyjnej przyjęto analogicznie jak w obecnie finansowanej przez NFZ: poradzie lekarskiej oraz wizycie fizjoterapeutycznej – udzielnych w warunkach ambulatoryjnych i w warunkach domowych - wskazane w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

<b>nazwa świadczenia (produktu rozliczeniowego) zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza</b>	<b>waga punktowa zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza</b>
porada lekarska	26 pkt.
porada lekarska w warunkach domowych	36 pkt.
wizyta fizjoterapeutyczna	13 pkt.
wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych	18 pkt.

- 4) przyjęto średnią cenę za punkt w rehabilitacji leczniczej w wysokości 1 zł (na podstawie średniej ceny z umów);
- 5) pozostałe elementy świadczeń zaproponowane w niniejszym raporcie (badanie pacjenta, określenie celu i planu terapii, ocena efektów) w założeniu będą stanowiły elementy obecnie obowiązujących świadczeń, tym samym nie wpłyną na zwiększenie kosztów świadczeń ponoszonych przez płatnika.

**Tabela 26. Szacunkowe koszty świadczenia – porady kwalifikacyjnej**

Nazwa zakresu/ świadczenia	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w 2017 r.	Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń na dzień 30 czerwca 2018 r.		Suma liczby pacjentów	Wartość świadczenia jednostkowego w zł	Koszty świadczeń w zł
		Przypadek pilny	Przypadek stabilny			
	1	2	3	4=1+2+3	5	6=5*4
porada lekarska w ramach fizjoterapii domowej*	4 323	544	2 962	7 829	36 zł	281 826 zł
porada lekarska w ośrodkach/oddziałach dziennych rehabilitacji	270 623	17 292	89 046	376 961	26 zł	9 800 986 zł
porada lekarska w oddziałach stacjonarnych rehabilitacji	219 539	41 892	262 328	523 759	26 zł	13 617 734 zł
<b>suma</b>						<b>23 700 546 zł</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

\*w fizjoterapii domowej świadczenia udziela zarówno fizjoterapeuta i lekarz (nie ma obligatoryjności udzielania świadczeń przez lekarza) - przyjęto, iż porady kwalifikacyjne będą udzielane dla 50% liczby pacjentów z sumarycznej liczby 8 646 osób w zakresie

**Tabela 27. Szacunkowe koszty świadczenia – wizyty kwalifikacyjnej – wariant I: udzielanej dla wszystkich pacjentów**

Nazwa zakresu	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w 2017 r.	Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń na dzień 30 czerwca 2018 r.		Suma liczby pacjentów	Wartość świadczenia jednostkowego w zł	Koszty świadczeń w zł
		Przypadek pilny	Przypadek stabilny			
	1	2	3	4=1+2+3	5	6=5*4
Fizjoterapia ambulatoryjna	2 593 801	104 555	999 409	3 697 765	13 zł	48 070 945 zł
Fizjoterapia domowa*	4 323	544	2 962	7 829	18 zł	140 913 zł
<b>suma</b>						<b>48 211 858 zł</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

\*w fizjoterapii domowej świadczenia udziela zarówno fizjoterapeuta i lekarz (nie ma obligatoryjności udzielania świadczeń przez lekarza) - przyjęto, iż porady kwalifikacyjne będą udzielane dla 50% liczby pacjentów z sumarycznej liczby 8 646 osób w zakresie

**Tabela 28. Szacunkowe koszty świadczenia – wizyty kwalifikacyjnej – wariant II: udzielanej dla pacjentów w trybie „pilnym”**

Nazwa zakresu	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w 2017 r.	Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń na dzień 30 czerwca 2018 r.	Suma liczby pacjentów	Wartość świadczenia jednostkowego w zł	Koszty świadczeń w zł
	1	2	3=1+2	4	5=3*4
Fizjoterapia ambulatoryjna	390 000	104 555	494 555	13 zł	6 429 215 zł
Fizjoterapia domowa*	1 297	544	1 841	18 zł	33 129 zł
<b>suma</b>					<b>6 462 344 zł</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

\*w fizjoterapii domowej świadczenia udziela zarówno fizjoterapeuta i lekarz (nie ma obligatoryjności udzielania świadczeń przez lekarza) - przyjęto, iż porady kwalifikacyjne będą udzielane dla 50% liczby pacjentów z sumarycznej liczby 8 646 osób w zakresie

**Tabela 29. Szacunkowe koszty wprowadzonych zmian w perspektywie jednego roku**

<b>nazwa świadczenia</b>	<b>wariant I</b>	<b>wariant II</b>
porada kwalifikacyjna	23 700 546 zł	23 700 546 zł
wizyta fizjoterapeutyczna	48 211 858 zł	6 462 344 zł
<b>koszt świadczeń - suma</b>	<b>71 912 404 zł</b>	<b>30 162 890 zł</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wydaje się, iż początkowo finansowanie nowych świadczeń będzie się wiązało z dodatkowymi nakładami na rehabilitację. Jednak należy podkreślić, iż w dłuższej perspektywie może oznaczać korzyści finansowe oraz zdrowotne wynikające ze:

- a) zmniejszenie kosztów innych świadczeń np. leki, AOS, szpital - określenia pilności rozpoczęcia terapii w związku z wstępną kwalifikacją do świadczeń, oznacza szybszy dostęp do leczenia oraz szybszy powrót do zdrowia, pacjent oczekujący na rehabilitację nie musi wspomagać się innym leczeniem,
- b) zmniejszenie kosztów związanych z częstotliwością korzystania z rehabilitacji - edukacja pacjenta pod kątem „samoopieki” lub „samoleczenia” w zakresie aktywności i czynności dnia codziennego – może dać wymierne korzyści w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta i poprawy stanu funkcjonalnego, tym samym brakiem potrzeby częstego korzystania z rehabilitacji,
- c) zmniejszenie kosztów związanych z optymalizacją procesu leczenia – skrócenie czasu trwania rehabilitacji wynikającego z indywidualizacji terapii pacjenta (poprzez ocenę stanu, wskazanie celu i planu terapii, ocenę efektów).

## 8. Uzasadnienie i podsumowanie

Jednym z kluczowych problemów obserwowanych w obszarze opieki rehabilitacyjnej jest długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Przykładowo w roku 2018 (wg stanu na dzień 30 czerwca) średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie rehabilitacyjne w przypadku stabilnym w warunkach oddziału rehabilitacji ruchu wysiłił 490 dni, zaś w przypadku pilnym 119 dni. Z kolei w przypadku pracowni fizjoterapii - w przypadkach stabilnych średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 120 dni, a w przypadkach pilnych 43 dni.

Problem ten „potęgują” zmieniające się – również w okresie oczekiwania na udzielenie świadczenia – potrzeby rehabilitacyjne, które bez udzielenia niezbędnych interwencji mogą pogłębiać stan chorobowy lub urazowy. W efekcie, po upływie zbyt długiego czasu oczekiwania, świadczenia rehabilitacyjne zlecone przez lekarza często „nie odpowiadają” aktualnym na dzień przyjęcia potrzebom rehabilitacyjnym pacjentów, a wręcz uniemożliwiają osiągnięcie efektu terapii, takiego jaki byłby możliwy do osiągnięcia, gdyby zastosowano usprawnianie tuż po ostrym incydencie.

Pochodną długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń jest zjawisko nadmiernie wystawianych skierowań, które często nie korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi pacjentów. Próbę rozwiązania tego problemu stanowi zakwalifikowanie jako świadczeń gwarantowanych proponowanych w niniejszym opracowaniu: 1) lekarskiej porady kwalifikacyjnej oraz 2) fizjoterapeutycznej wizyty kwalifikacyjnej, w ramach których weryfikowana jest przez lekarza/fizjoterapeutę, zasadność kierowania pacjenta do danego poziomu świadczeń rehabilitacyjnych (np. zmiana miejsca realizacji świadczeń z warunków stacjonarnych na oddział dzienny) ze względu na aktualne zdiagnozowane potrzeby rehabilitacyjne.

Kolejną kwestię problemową stanowi brak kryteriów różnicujących potrzeby zdrowotne (rehabilitacyjne) pacjentów. Problem ten związany jest również z faktem, że pacjenci o odmiennych/ różnych potrzebach rehabilitacyjnych są umieszczani na tych samych oddziałach i rozliczani w oparciu o te same produkty rozliczeniowe. Związane jest to również z aktualnym (na dzień 14.09.2018 r.) brakiem określonych, obiektywnych narzędzi definiujących stan funkcjonalny pacjenta, w konsekwencji, wobec braku jasnych kryteriów (oraz niskiej wyceny, nie uwzględniającej „stanu ciężkości” pacjenta) świadczeniodawcy preferują pacjentów „łżejszych” niż „cięższych”. W tym

wypadku propozycję rozwiązań stanowią przedstawione w niniejszym opracowaniu skale medyczne służące do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta.

Jak już wspomniano pacjenci „ciężcy” najbardziej potrzebujący rehabilitacji, mają często największe problemy z dostępem do świadczeń rehabilitacyjnych. Zaniedbania w rehabilitacji początkowej są, jak wiadomo, przyczyną dłuższej, droższej i mniej skutecznej rehabilitacji na późniejszych etapach leczenia. Przez zaniedbania w rehabilitacji i opiece pielęgniarskiej w fazie ostrej problemem (w skali całego systemu) są przede wszystkim pacjenci z odleżynami, których trudno jest rehabilitować. Rozwiązaniem tej kwestii problemowej wydaje się doszczegółowienie na poziomie poszczególnych świadczeń w koszyku ścisłych kryteriów włączenia do udzielenia świadczeń rehabilitacji leczniczej, w szczególności dla pacjentów „pilnych”, czyli pourazowych i pozabiegowych, którzy ze względu na skuteczność i efektywność leczenia powinni mieć zapewniony dostęp do rehabilitacji tuż po lub w niedalekim czasie (do 30 dni) po incydencie.

## 9. Spis tabel i rysunków

Tabela 1. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w podziale na zakresy w 2017 r. ....	15
Tabela 2. Katalog zakresów świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1n do zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza .....	17
Tabela 3. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rehabilitacji leczniczej dla przypadku pilnego i stabilnego .....	18
Tabela 4. Liczba skierowań wystawionych na rehabilitację leczniczą z uwzględnieniem miejsca ich wystawienia w Mazowieckim OW NFZ.....	20
Tabela 5. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w rehabilitacji leczniczej dla przypadków pilnych i stabilnych.....	20
Tabela 6. Rodzaj skal medycznych i innych narzędzi oceny stanu pacjenta użytych w rehabilitacji medycznej.....	27
Tabela 7. Zestawienie kryteriów oceny stanu pacjenta względem rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych oraz trybu ich realizacji .....	29
Tabela 8. Struktura klasyfikacji ICF .....	40
Tabela 9. Zestawienie aktualnie realizowanych projektów/programów z wykorzystaniem skali ICF ....	42
Tabela 10. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu systematycznego - skala Barthel .....	46
Tabela 11. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu systematycznego - zmodyfikowana skala Rankina.....	46
Tabela 12. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu systematycznego - skala MRC.....	46
Tabela 13. Liczba włączonych badań w podziale na dziedziny rehabilitacji (lata 2013–2018).....	47
Tabela 14. Liczba włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji – neurologia (lata 2013–2018) .....	48
Tabela 15. Liczba włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji ogólnoustrojowej (lata 2014–2018) .....	48
Tabela 16. Liczba włączonych badań w podziale na wskazania w dziedzinie rehabilitacji – ortopedia (lata 2014–2018) .....	48
Tabela 17. Liczba badań w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji – neurologia (2013–2018).....	48
Tabela 18. Liczba badań w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji ogólnoustrojowej (lata 2014–2018) .....	48
Tabela 19. Liczba badań w podziale na cel użycia skali w dziedzinie rehabilitacji – ortopedia (lata 2014–2018) .....	49
Tabela 20. Opinia ekspertów dotycząca kluczowych przyczyn, dla których wnioskowane świadczenia (we wskazanych miejscach i warunkach ich realizacji) powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych .....	52
Tabela 21. Stanowisko ekspertów w sprawie szczegółowego zakresu i warunków realizacji wnioskowanych świadczeń.....	54
Tabela 22. Stanowisko ekspertów w kwestii uprawnień personelu do realizacji świadczeń .....	57
Tabela 23. Stanowisko ekspertów w kwestii zastosowania zaproponowanych skal medycznych i innych kryteriów oceny stanu pacjenta w świadczeniach .....	59
Tabela 24. Stanowisko eksperckie w kwestii zastosowania innych skal medycznych lub innych kryteriów oceny stanu pacjenta w świadczeniach .....	67

Tabela 25. Opinia ekspertów w kwestii wskazania dla wnioskowanych świadczeń wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego uznawanych w Polsce bądź własne stanowisko w kwestii innego rekomendowanego świadczenia .....	71
Tabela 26. Szacunkowe koszty świadczenia – porady kwalifikacyjnej .....	75
Tabela 27. Szacunkowe koszty świadczenia – wizyty kwalifikacyjnej – wariant I: udzielanej dla wszystkich pacjentów .....	75
Tabela 28. Szacunkowe koszty świadczenia – wizyty kwalifikacyjnej – wariant II: udzielanej dla pacjentów w trybie „pilnym” .....	75
Tabela 29. Szacunkowe koszty wprowadzonych zmian w perspektywie jednego roku .....	76
Tabela 30. Zastosowanie skali MRC .....	85
Tabela 31. Zastosowanie skali Barthel .....	85
Tabela 32. Zastosowanie zmodyfikowanej skali Rankina .....	87
Tabela 33. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed – skala Barthel (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	88
Tabela 34. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid - skala Barthel (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	89
Tabela 35. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library - skala Barthel (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	89
Tabela 36. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed – skala Rankina (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	90
Tabela 37. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid – skala Rankina (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	91
Tabela 38. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library – skala Rankina (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	92
Tabela 39. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed – skala MRC (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	93
Tabela 40. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid – skala MRC (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	94
Tabela 41. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library – skala MRC (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.) .....	95
Rysunek 1. Model zmian obejmujących poradę i wizytę kwalifikacyjną .....	10
Rysunek 2. Odsetek włączonych publikacji w podziale na poszczególne skale .....	47
Rysunek 3. Odsetek włączonych publikacji w podziale na dziedziny rehabilitacji .....	49

## 10. Piśmiennictwo

Publikacje	
Aprile 2018	Aprile I., 2018. Multicenter randomized controlled trial of multi-segmental robotic and technological upper limb rehabilitation in stroke. <i>Neurorehabilitation and neural repair</i> ; 2018; 325.
Askim 2018	Askim T., 2018. Efficacy and safety of individualized coaching after stroke: The LAST study (life after stroke) a pragmatic randomized controlled trial. <i>Stroke</i> . 49 (2) (pp 426-432), 2018.
Bang 2015	The effects of modified constraint-induced movement therapy combined with trunk restraint in subacute stroke: a double-blinded randomized controlled trial. <i>Clinical rehabilitation</i> ; 2015; 561-569.
Bhasin 2016	Bhasin A., 2016. Paracrine Mechanisms of Intravenous Bone Marrow-Derived Mononuclear Stem Cells in Chronic Ischemic Stroke. <i>Cerebrovascular Diseases Extra</i> . 6 (3) (pp 107-119), 2016.
Bosch-Krankenhaus 2015	Prevention and rehabilitation of osteoporotic fractures in disadvantaged populations 2 – subproject 3: a multifactorial intervention for osteoporotic fracture patients with incipient to moderate cognitive impairment and their caregivers: a dual-center randomized controlled trial. <a href="http://www.drks.de/drks00008863">Http://www.drks.de/drks00008863</a> ; 2015.
Cabanas 2016	Cabanas R., 2016. The effect of additional core stability exercises on improving dynamic sitting balance and trunk control for subacute stroke patients: a randomized controlled trial. <i>Clinical rehabilitation</i> ; 2016; 1024-1033.
Campbell 2018	Campbell B.C.V., 2018. Effect of general anaesthesia on functional outcome in patients with anterior circulation ischaemic stroke having endovascular thrombectomy versus standard care: a meta-analysis of individual patient data. <i>The Lancet Neurology</i> . 17 (1) (pp 47-53), 2018.
Chanubol 2013	Chanubol R., 2013. Gait rehabilitation in subacute hemiparetic stroke: robot-assisted gait training versus conventional physical therapy, <i>Journal of the neurological sciences</i> .; 2013; e574
Chen 2014	Chen D., 2014. Functional electrical stimulation based on a working pattern influences function of lower extremity in subjects with early stroke and effects on diffusion tensor imaging: a randomized controlled trial. <i>Zhonghua Yi Xue Za Zhi</i> . 2014 Oct 14;94(37):2886-92.
Chen 2016	Chen P.-C., 2016. Inspiratory muscle training in stroke patients with congestive heart failure A CONSORT-compliant prospective randomized single-blind controlled trial. <i>Medicine (United States)</i> . 95 (37) (no pagination), 2016. Article Number: e4856.
Chen 2017_a	Chen C.L.H., 2017. Durability of the beneficial effect of MLC601 (NeuroAiDTM) on functional recovery among stroke patients from the Philippines in the CHIMES and CHIMES-E studies. <i>International Journal of Stroke</i> . 12 (3) (pp 285-291), 2017.
Chen 2017_b	Chen J., 2017. Effects of Home-based Telesupervising Rehabilitation on Physical Function for Stroke Survivors with Hemiplegia: a randomized Controlled Trial. <i>American journal of physical medicine &amp; rehabilitation</i> ; 2017; 152-160.
Chen 2018	Chen CC., 2018. Effects of the hybrid of neuromuscular electrical stimulation and noxious thermal stimulation on upper extremity motor recovery in patients with stroke: a randomized controlled trial. <i>Top Stroke Rehabil</i> . 2018 Oct 27:1-7.
Chichanovskaya 2017	Chichanovskaya L.V., 2017. A study of the efficacy and safety of L-carnitine in patients with ischemic stroke in the early rehabilitation period. <i>Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova</i> . Part 2. 117 (12) (pp 65-69), 2017.
Cho 2015	Cho M.-K., 2015. Treadmill gait training combined with functional electrical stimulation on hip abductor and ankle dorsiflexor muscles for chronic hemiparesis. <i>Gait and Posture</i> . 42 (1) (pp 73-78), 2015.
Chua 2016	Chua J., 2016. Efficacy of an Electromechanical Gait Trainer Poststroke in Singapore: a randomized Controlled Trial. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> ; 2016; 683-690.
Cocchetta 2018	Cocchetta CA., 2018. Effects of capacitive and resistive electric transfer therapy in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. <i>Int J Rehabil Res</i> . 2018 Oct 22.
Coroian 2018	Coroian F., 2018. Upper Limb Isokinetic Strengthening Versus Passive Mobilization in Patients With Chronic Stroke: a randomized Controlled Trial. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> ; 2018; 321-328
Cumming 2018	Cumming T.B., 2018. Early Mobilization After Stroke Is Not Associated With Cognitive Outcome. <i>Stroke</i> . 49 (9) (pp 2147-2154), 2018.
Dell'Uomo 2017	Dell'Uomo D., 2017. Effects of scapulohumeral rehabilitation protocol on trunk control recovery in patients with subacute stroke: a pilot randomized controlled trial. <i>Neurorehabilitation</i> ; 2017; 337-343.
Dong 2018	Dong Y., 2018. Does feedback on daily activity level from a Smart watch during inpatient stroke rehabilitation increase physical activity levels? Study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> ; 2018.
Dubey 2018	Dubey L., 2018. Effects of Pelvic Stability Training on Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities after Stroke: a randomized Controlled Trial. <i>Annals of neurosciences</i> ; 2018; 80-89.



Publikacje	
Dujovia 2017	Dujovia S.D., 2017. Novel multi-pad functional electrical stimulation in stroke patients: a single-blind randomized study. <i>Neurorehabilitation</i> ; 2017; 791-800.
Forogh 2017	Forogh B., 2017. The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on postural stability after acute stroke: A clinical trial. <i>Basic and Clinical Neuroscience</i> . 8 (5) (pp 405-412), 2017.
Fu 2017	Fu J., 2017. Effects of action observation therapy on upper extremity function, daily activities and motion evoked potential in cerebral infarction patients. <i>Medicine</i> ; 2017; e8080.
Ghaziani 2017	Ghaziani E., 2017. Electrical somatosensory stimulation followed by motor training of the paretic upper limb in acute stroke: Study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 18 (1) (no pagination), 2017. Article Number: 84.
Ghaziani 2018	Ghaziani E., 2018. Electrical Somatosensory Stimulation in Early Rehabilitation of Arm Paresis After Stroke: A Randomized Controlled Trial. <i>Neurorehabilitation and Neural Repair</i> . 32 (10) (pp 899-912), 2018.
Godlwana 2015	Godlwana L.L., 2015. Mobility during the intermediate stage of rehabilitation after lower limb amputation from an under resourced community: a randomized controlled trial. <i>Physiotherapy (united kingdom)</i> ; 2015; eS458.
Gopi 2017	Gopi B., 2017. Cost-effectiveness analysis in the management of stroke. <i>Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research</i> . 10 (7) (pp 127-130), 2017.
Gu 2018	Gu S.-C., 2018. Early Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Recovery after Stroke: A Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i> . 27 (5) (pp 1178-1189), 2018.
Gusev 2018	Gusev E.I., 2018. The efficacy of semax in the treatment of patients at different stages of ischemic stroke. <i>Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova</i> . 2018;118(3. Vyp. 2):61-68.
Guz k 2013	Guzik A 2013 Gait assessment among randomly selected group of patients after stroke using the treadmill with biofeedback, <i>Journal of the neurological sciences</i> ; 2013; e561
Han 2013	Han C. 2013, Effects of intensity of arm training on hemiplegic upper extremity motor recovery in stroke patients: a randomized controlled trial, <i>Clinical rehabilitation</i> ; 2013; 75-81
Hochsprung 2017	Hochsprung A., 2017. Short- and medium-term effect of kinesio taping or electrical stimulation in hemiplegic shoulder pain prevention: a randomized controlled pilot trial. <i>Neurorehabilitation</i> ; 2017; 801-810.
Hofstad 2014	Hofstad H., 2014. Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): Three and six months results of a randomised controlled trial comparing two early supported discharge schemes with treatment as usual. <i>BMC Neurology</i> . 14 (1) (no pagination), 2014. Article Number: 239.
Hornslien 2015	Hornslien A.G., 2015. Effects of candesartan in acute stroke on activities of daily living and level of care at 6 months. <i>Journal of Hypertension</i> . 33 (7) (pp 1487-1491), 2015.
Howanitz 2018	Howanitz J., 2018. Neurocognitive engagement therapy an innovative rehabilitation approach for those with cognitive impairment. <i>Topics in geriatric rehabilitation</i> ; 2018; 36-47.
Huang 2016	Huang Y.C., 2016. Effect of kinesiology taping on hemiplegic shoulder pain and functional outcomes in subacute stroke patients: a randomized controlled study. <i>European journal of physical and rehabilitation medicine</i> . 52 (6) (pp 774-781), 2016.
Hsu 2013	Hsu H.W., 2013, Effects of noxious versus innocuous thermal stimulation on lower extremity motor recovery 3 months after stroke, <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> ; 2013; 633-641
Kerkhoff 2014	Kerkhoff G 2014 Smooth Pursuit "Bedside" Training Reduces Disability and Unawareness During the Activities of Daily Living in Neglect: a randomized Controlled Trial, <i>Neurorehabilitation and neural repair</i> ; 2014; 554-563
Kim 2016	Kim T., 2016. Effects of Action Observational Training Plus Brain-Computer Interface-Based Functional Electrical Stimulation on Paretic Arm Motor Recovery in Patient with Stroke: a randomized Controlled Trial. <i>Occupational therapy international</i> ; 2016; 39-47.
Kubsik 2016	Kubsik A., 2016. Application of laser radiation and magnetostimulation in therapy of patients with multiple sclerosis. <i>Neurorehabilitation</i> ; 2016; 183-190.
Kuthiala 2018	Kuthiala N., 2018. Assessing the effect of cimt and rtm on cortical reorganization of stroke as shown by clinical scales and neuroimaging studies. <i>Neurorehabilitation and neural repair</i> ; 2018; 390.
Lam 2018	Lam F.M., 2018. Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with cognitive impairment and dementia: a systematic review. <i>J Physiother</i> . 2018 Jan;64(1):4-15.
Langhorne 2017	Langhorne P., 2017. A very early rehabilitation trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. <i>Health Technology Assessment</i> . 21 (54) (pp 1-119), 2017.
Lee 2018_a	Lee S.H., 2018. Virtual Reality Rehabilitation With Functional Electrical Stimulation Improves Upper Extremity Function in Patients With Chronic Stroke: A Pilot Randomized Controlled Study. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> . 99 (8) (pp 1447-1453.e1), 2018.
Lee 2018_b	Lee S.Y., 2018. The Effects of a Motorized Aquatic Treadmill Exercise Program on Muscle Strength, Cardiorespiratory Fitness, and Clinical Function in Subacute Stroke Patients: A randomized Controlled Pilot Trial. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> . 2018 Aug;97(8):533-540.

Publikacje	
Li 2018	Li Z., 2018. Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i> . 27 (5) (pp 1326-1337), 2018.
Lin 2017_a	Lin R., 2017. No Difference Between Noxious and Innocuous Thermal Stimulation on Motor Recovery of Upper Extremity in Patients With Acute Stroke: a randomized Controlled Trial With 6-Month Follow-up. <i>PM and r</i> ; 2017.
Liu 2017_b	Liu Y., 2017. A systematic review of stem cells in treatment of spinal cord injury and a network meta-analysis of the therapeutic effects via different transplantation ways. <i>Chinese Journal of Tissue Engineering Research</i> . 21 (29) (pp 4748-4756), 2017.
Liu 2018	Liu M., 2018. Application value of an integrated treatment model of orthopedic rehabilitation in patients undergoing total knee arthroplasty. <i>International Journal of Clinical and Experimental Medicine</i> . 11 (9) (pp 9455-9461), 2018.
Luppariello 2018	Luppariello L., 2018. Efficacy of the Regent Suit-based rehabilitation on gait EMG patterns in hemiparetic subjects: a pilot study. <i>Eur J Phys Rehabil Med</i> . 2018 Oct;54(5):705-716.
Luvizutto 2016	Luvizutto G.J., 2016. Treatment of unilateral spatial neglect after stroke using transcranial direct current stimulation (ELETRON trial): Study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 17 (1) (no pagination), 2016. Article Number: 479.
Marquez-Romero 2013	Marquez-Romero J.M., 2013. Fluoxetine for motor recovery after acute intracerebral hemorrhage (FMRICH): Study protocol for a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. <i>Trials</i> . 14 (1) (no pagination), 2013. Article Number: 77.
Monticone 2013	Monticone M., 2013. Regent Suit' training improves recovery of motor and daily living activities in subjects with subacute stroke: a randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil</i> . 2013 Sep;27(9):792-802
Masiero 2014	Masiero S., 2014. Randomized trial of a robotic assistive device for the upper extremity during early inpatient stroke rehabilitation. <i>Neurorehabilitation and Neural Repair</i> . 28 (4) (pp 377-386), 2014.
Morone 2018	Morone G., 2018. Clinical features of patients who might benefit more from walking robotic training. <i>Restorative neurology and neuroscience</i> ; 2018; 293-299.
Na 2018	Na K., 2018. Early treatment of acute ischemic stroke by integrated traditional and western medicine. <i>International Journal of Clinical and Experimental Medicine</i> . 11 (3) (pp 2901-2907), 2018. Article Number: IJCEM0070675. Date of Publication: 30 Mar 2018.
NakipoÄžlu Yuzer 2017	NakipoÄžlu Yuzer GF., 2017. A randomized Controlled Study: effectiveness of Functional Electrical Stimulation on Wrist and Finger Flexor Spasticity in Hemiplegia. <i>Journal of stroke and cerebrovascular diseases</i> ; 2017; 1467-1471.
N kamp 2017	Nikamp Corien D. M., 2017. Early or delayed provision of an ankle-foot orthosis in patients with acute and subacute stroke: a randomized controlled trial. <i>Clinical rehabilitation</i> ; 2017; 798-808.
Noh 2018	Noh J.-W., 2018. The Correlation between Activities of Daily Living and Physical Composition for Healthy Science Research: A randomized Controlled Pilot Trial in Stroke. <i>Toxicology and Environmental Health Sciences</i> . 10 (2) (pp 118-122), 2018.
Pan 2018	Pan XL., 2018. Efficacy of early rehabilitation therapy on movement ability of hemiplegic lower extremity in patients with acute cerebrovascular accident. <i>Medicine</i> ; 2018; e9544.
Park 2018_a	Park J., 2018. The effects of robot-assisted gait training using virtual reality and auditory stimulation on balance and gait abilities in persons with stroke. <i>NeuroRehabilitation</i> . 43 (2) (pp 227-235), 2018.
Park 2018_b	Park HK., 2018. Land-based and aquatic trunk exercise program improve trunk control, balance and activities of daily living ability in stroke: a randomized clinical trial. <i>Eur J Phys Rehabil Med</i> . 2018 Oct 29. pii: S1973-9087.18.05369-8.
Perez-Marmol 2015	Perez-Marmol JM., 2015. Functional rehabilitation of upper limb apraxia in poststroke patients: study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> ; 2015.
Qu 2017	Qu S., 2017. Effect of cathodal transcranial direct current stimulation on upper limb motor function in patients with stroke. <i>Chinese journal of cerebrovascular diseases</i> ; 2017; 622-627.
Rasmussen 2016	Rasmussen R.S., 2016. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial. <i>Clinical rehabilitation</i> . 30 (3) (pp 225-236), 2016.
Rasmussen 2013	Rasmussen R.S., 2013. Post-stroke rehabilitation at home reduced disability and improved quality of life: a randomized controlled trial <i>Cerebrovascular diseases</i> .; 2013; 94-95
Rodgers 2017	Rodgers H., 2017. Robot Assisted Training for the Upper Limb after Stroke (RATULS): study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i> ; 2017.
Roffe 2017	Roffe C., 2017. Effect of routine low-dose oxygen supplementation on death and disability in adults with acute stroke: The stroke oxygen study randomized clinical trial. <i>JAMA - Journal of the American Medical Association</i> . 318 (12) (pp 1125-1135), 2017.
Sale 2014	Sale P., 2014. Recovery of hand function with robot-assisted therapy in acute stroke patients: a randomized-controlled trial. <i>International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation</i> . 37 (3) (pp 236-242), 2014.

Publikacje	
Sankara Kumaran 2013	Sankara Kumaran P. 2013, Effect of early mobilisation training on gross motor function and functional outcome in hemi paretic stroke patients International journal of pharmacy and technology; 2013; 5637-5650
Sari 2018	Sari A., 2018. A randomized, double-blind study to assess if vitamin D treatment affects the outcomes of rehabilitation and balance in hemiplegic patients. J Phys Ther Sci. 2018 Jun;30(6):874-878.
Seo 2017	Seo H.G., 2017. Robotic-assisted gait training combined with transcranial direct current stimulation in chronic stroke patients: A pilot double-blind, randomized controlled trial. Restorative Neurology and Neuroscience. 35 (5) (pp 527-536), 2017.
Shen 2018	Shen C., 2018. Effects of MOTOMed movement therapy on the mobility and activities of daily living of stroke patients with hemiplegia: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2018 Aug 8:269215518790782.
Shih 2017	Shih T.-Y., 2017. Effects of action observation therapy and mirror therapy after stroke on rehabilitation outcomes and neural mechanisms by MEG: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 18 (1) (no pagination), 2017. Article Number: 459.
Stakhovskaya 2017	Stakhovskaya L.V., 2017. Results of a randomized double blind multicenter placebo-controlled, in parallel groups trial of the efficacy and safety of prolonged sequential therapy with mexidol in the acute and early recovery stages of hemispheric ischemic stroke (EPICA). Zhurnal Nevrologii i Psihatrii imeni S.S. Korsakova. Part 2. 117 (3) (pp 55-65), 2017.
Sureshkumar 2018	Sureshkumar K., 2018. Protocol for a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of the 'Care for Stroke' intervention in India: A smartphone-enabled, carer-supported, educational intervention for management of disabilities following stroke. BMJ Open. 8 (5) (no pagination), 2018. Article Number: 020098.
Taher 2016	Taher A., 2016. Effects of normobaric hyperoxia in traumatic brain injury: A randomized controlled clinical trial. Trauma Monthly. 21 (1) (no pagination), 2016. Article Number: e26772.
Takeda 2018	Takeda E., 2018. Development of a toileting performance assessment test for patients in the early stroke phase. Disabil Rehabil. 2018 Jun 29:1-6.
Tan 2016	Tan Z.M., 2016. Effects of functional electrical stimulation based on normal gait pattern on walking function in subjects with recovery of stroke. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2016 Aug 2;96(29):2342-6.
Tan 2014	Tan Z, 2014. The effectiveness of functional electrical stimulation based on a normal gait pattern on subjects with early stroke: a randomized controlled trial, Biomed research international; 2014
Thieme 2013	Thieme H., 2013. Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke--a randomized controlled trial, Clinical rehabilitation; 2013; 314-324
Thrasher 2013	Thrasher T., 2013, Functional electrical stimulation therapy compared with conventional OT/PT therapy for the restoration of reaching and grasping function in acute severe hemiplegic patients: a randomized controlled trial, Stroke.; 2013; e221
Van Criekinge 2017	Van Criekinge T., 2017. Effectiveness of additional trunk exercises on gait performance: study protocol for a randomized controlled trial. Trials; 2017; 249.
Vanroy 2017	Vanroy C., 2017. Effectiveness of Active Cycling in Subacute Stroke Rehabilitation: A randomized Controlled Trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 98 (8) (pp 1576-1585.e5), 2017.
Venketasubramani 2017	Venketasubramanian N., 2017. Prognostic Factors and Pattern of Long-Term Recovery with MLC601 (NeuroAiD) in the Chinese Medicine NeuroAiD Efficacy on Stroke Recovery - Extension Study. Cerebrovasc Dis. 2017;43(1-2):36-42.
Villafane 2018	Villafane JH., 2018. Efficacy of Short-Term Robot-Assisted Rehabilitation in Patients With Hand Paralysis After Stroke: A randomized Clinical Trial. Hand (N Y). 2018 Jan;13(1):95-102.
Vitacca 2017	Vitacca M., 2017. Effect of Exercise Training Under HFO Device on Endurance Tolerance in Patients With COPD and CRF: a randomized Controlled Study. <a href="https://clinicaltrials.gov/show/nct03322787">https://clinicaltrials.gov/show/nct03322787</a> ; 2017.
Wang 2017	Wang M.J., 2017. Secondary prevention for improvements in limb hemiplegia after stroke. International journal of clinical and experimental medicine; 2017; 9370-9375.
Wang 2018	Wang J., 2018. The effectiveness of extended care based on Internet and home care platform for orthopaedics after hip replacement surgery in China. Journal of clinical nursing. 27 (21-22) (pp 4077-4088), 2018.
Wei 2016	Wei YX., 2016. Synergistic effect of moxibustion and rehabilitation training in functional recovery of post-stroke spastic hemiplegia. Complementary therapies in medicine; 2016; 55-60.
Williams 2017	Williams NH., 2017. Developing a multidisciplinary rehabilitation package following hip fracture and testing in a randomised feasibility study: fracture in the Elderly Multidisciplinary Rehabilitation (FEMuR). Health technology assessment (winchester, england); 2017; 1-528.
Wong 2015	Wong FK., 2015. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. Health & social care in the community; 2015; 619-631.
Wu 2013	Wu D., 2013; Effects on decreasing upper-limb poststroke muscle tone using transcranial direct current stimulation: a randomized sham-controlled study, Archives of physical medicine and rehabilitation, 2013; 1-8

Publikacje	
Xiao 2018	Xiao L., 2018. Contralaterally controlled functional electrical stimulation improves wrist dorsiflexion and upper limb function in patients with early-phase stroke. <i>Neurorehabilitation and neural repair</i> ; 2018; 338.
Xu F. 2018	Xu F., 2018. Mesenchymal stem cell transplantation improves the prognosis of ischemic stroke: A Meta-analysis. <i>Chinese Journal of Tissue Engineering Research</i> . 22 (5) (pp 760-765), 2018. Article Number: 2095-4344(2018)05-00760-06.
Yoo 2018	Yoo H.J., 2018. Efficacy of Bedside Respiratory Muscle Training in Patients With Stroke: A randomized Controlled Trial. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> . 2018 Oct;97(10):691-697.
Zhang 2014	Zhang WW, 2014. Stroke rehabilitation in China: a systematic review and meta-analysis, <i>Int J Stroke</i> . 2014 Jun;9(4):494-502
Zhang 2015	Zhang W-M., 2015. Effect of modified constraint-induced movement therapy on the activities of daily living of patients with acute stroke. <i>Chinese journal of contemporary neurology and neurosurgery</i> ; 2015; 280-284.
Zhang 2016	Zhang Y., 2016. Aquatic Therapy Improves Outcomes for Subacute Stroke Patients by Enhancing Muscular Strength of Paretic Lower Limbs Without Increasing Spasticity: a randomized Controlled Trial. <i>American journal of physical medicine &amp; rehabilitation</i> ; 2016; 840-849.
Zhang 2018	Zhang Q., 2018. Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on rehabilitation of unilateral neglect in patients with stroke: A systematic review. <i>Chinese Journal of Evidence-Based Medicine</i> . 18 (2) (pp 163-171), 2018.
Zivi 2018	Zivi I., 2018. Effectiveness of aquatic versus land physiotherapy in the treatment of peripheral neuropathies: a randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil</i> . 2018 May;32(5):663-670.

## 11. Załączniki

### Szczegółowe tabele zastosowania skal

Tabela 30. Zastosowanie skali MRC

Skala	Autor/rok	Wskazanie	Dziedzina	Cel
MRC	Cocetta 2018	choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego	ogólnoustrojowa	punkt końcowy
	Lee 2018	udar	neurologia	kwalfikacja
	Park 2018	udar	neurologia	ocena
	Zivi 2018	neuropatie obwodowe	neurologia	punkt końcowy
	Forogh 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Seo 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Bhasin 2016	udar	neurologia	kwalfikacja
	Cho 2015	przewlekły niedowład połowiczny	neurologia	ocena
	Masiero 2014	udar	neurologia	ocena
	Sale 2014	udar	neurologia	ocena

Tabela 31. Zastosowanie skali Barthel

Skala	Autor/rok	Wskazanie	Dziedzina	Cel
Barthel	Aprile 2018	udar	neurologia	ocena
	Chen 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Coroian 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Dong 2018	udar	neurologia	ocena
	Dubey 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Gu 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Gusev 2018	udar	neurologia	ocena
	Howanitz 2018	udar	neurologia	ocena
	Kuthiala 2018	udar	neurologia	ocena
	Lam 2018	upośledzenie funkcji poznawczych lub demencja	neurologia	ocena
	Lee 2018	udar	neurologia	ocena
	Li 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Liu 2018	artroplastyka kolana	ortopedia	ocena
	Luppariello 2018	udar	neurologia	ocena
	Morone 2018	udar	neurologia	ocena
	Na 2018	udar	neurologia	ocena
	Noh 2018	udar	neurologia	ocena
	Pan 2018	udar	neurologia	ocena
	Park 2018	udar	neurologia	ocena
	Sari 2018	udar	neurologia	ocena
	Shen 2018	udar	neurologia	ocena
	Takeda 2018	udar	neurologia	ocena
	Wang 2018	wymiana stawu biodrowego	ortopedia	ocena

Skala	Autor/rok	Wskazanie	Dziedzina	Cel
	Villafane 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Xiao 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Xu 2018	udar	neurologia	ocena
	Yoo 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Zhang 2018	udar	neurologia	ocena
	Chen 2017	udar	neurologia	ocena
	Chichanovskaya 2017	udar	neurologia	ocena
	Dell'Uomo 2017	udar	neurologia	ocena
	Dujovia 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Fu 2017	udar	neurologia	ocena
	Hochsprung 2017	udar	neurologia	ocena
	Liu 2017 a	uraz rdzenia	neurologia	ocena
	Liu 2017 b	udar	neurologia	punkt końcowy
	Lin 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	NakipoAzlu Yuzer 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Nikamp Corien 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Qu 2017	udar	neurologia	ocena
	Rodgers 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Shuang 2017	udar	neurologia	ocena
	Wang M 2017	udar	neurologia	ocena
	Williams 2017	złamanie kości udowej	ortopedia	punkt końcowy
	Van Criekinge 2017	udar	neurologia	ocena
	Vanroy 2017	udar	neurologia	kwalifikacja
	Vitacca 2017	POChP	pulmunologia	ocena
	Xu 2017	udar	neurologia	ocena
	Cabanas 2016	udar	neurologia	punkt końcowy
	Chen 2016	udar	neurologia	ocena
	Chua 2016	udar	neurologia	punkt końcowy
	Huang 2016	udar	neurologia	ocena
	Kim 2016	udar	neurologia	ocena
	Kubsk 2016	stwardnienie rozsiane	neurologia	ocena
	Tan 2016	udar	neurologia	ocena
	Rasmussen 2016	udar	neurologia	ocena
	Wei 2016	udar	neurologia	ocena
	Van Criekinge 2016	udar	neurologia	ocena
	Zhang 2016	udar	neurologia	ocena
	Bang 2015	udar	neurologia	punkt końcowy
	Bosch-Krankenhaus 2015	złamanie osteoporotyczne	ortopedia	ocena
	Goldwana 2015	amputacja kończyny dolnej	ortopedia	ocena
	Perez-Marmol 2015	udar	neurologia	ocena
	Wong 2015	udar	neurologia	ocena
	Zhang 2015	udar	neurologia	ocena
	Chen 2014	udar	neurologia	ocena

Skala	Autor/rok	Wskazanie	Dziedzina	Cel
	Dragin 2014	udar	neurologia	punkt końcowy
	Floel 2014	udar	neurologia	ocena
	Kakutani 2014	niewydolność serca	kardiologia	ocena
	Kerkhoff 2014	udar	neurologia	ocena
	Liu 2014	udar	neurologia	ocena
	Martin-Martin 2014	złamanie talerza biodrowego	ortopedia	ocena
	Sale 2014	udar	neurologia	ocena
	Tan 2014	udar	neurologia	ocena
	Tibaek 2014	pacjenci w podeszłym wieku	ogólnoustrojowa	ocena
	You 2014	udar	neurologia	ocena
	Zhang 2014	udar	neurologia	ocena
	Chanubol 2013	udar	neurologia	ocena
	Guzik 2013	udar	neurologia	ocena
	Han 2013	udar	neurologia	ocena
	Hsu 2013	udar	neurologia	punkt końcowy
	Marquez-Romero 2013	udar	neurologia	punkt końcowy
	Monticone 2013	udar	neurologia	ocena
	Rasmussen 2013	udar	neurologia	ocena
	Sankara Kumaran 2013	udar	neurologia	punkt końcowy
	Thieme 2013	udar	neurologia	ocena
	Thrasher 2013	udar	neurologia	ocena
	Wu 2013	udar	neurologia	punkt końcowy

Tabela 32. Zastosowanie zmodyfikowanej skali Rankina

Skala	Autor/rok	Wskazanie	Dziedzina	Cel
Rankina	Askim 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Campbell 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Chen 2017_a	udar	neurologia	ocena
	Chen 2017_b	udar	neurologia	ocena
	Cumming 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Ghaziani 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Gopi 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Gu 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Langhorne 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Li 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Sureshkumar 2018	udar	neurologia	punkt końcowy
	Ghaziani 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Roffe 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Shih 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Stakhovskaya 2017	udar	neurologia	ocena
	Venkatasubramanian 2017	udar	neurologia	punkt końcowy
	Luvizutto 2016	udar	neurologia	ocena

Skala	Autor/rok	Wskazanie	Dziedzina	Cel
	Rasmussen 2016	udar	neurologia	punkt końcowy
	Taher 2016	urazowe uszkodzenie mózgu	neurologia	punkt końcowy
	Hofstad 2014	udar	neurologia	punkt końcowy
	Hornsilien 2015	udar	neurologia	punkt końcowy
	Marquez-Romero 2013	udar	neurologia	punkt końcowy

## Strategia wyszukiwania

### Skala Barthel

Tabela 33. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed – skala Barthel (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#22	Search (((("Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR physiotherap*[Title/Abstract]) AND (((((((Barthel scale[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR Barthel index[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR Barthel ADL index[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND ADL[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract]) OR Barthel activities of daily living index[Title/Abstract] OR (((Barthel[Title/Abstract] AND activity of daily living[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR (((Barthel[Title/Abstract] AND ((activit*[Title/Abstract] AND daily[Title/Abstract] AND living[Title/Abstract])) AND index[Title/Abstract]))) AND (((functional[Title/Abstract] OR "Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract]) Filters: published in the last 10 years	1076
#21	Search (((("Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR physiotherap*[Title/Abstract]) AND (((((((Barthel scale[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR Barthel index[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR Barthel ADL index[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND ADL[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract]) OR Barthel activities of daily living index[Title/Abstract] OR (((Barthel[Title/Abstract] AND activity of daily living[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR (((Barthel[Title/Abstract] AND ((activit*[Title/Abstract] AND daily[Title/Abstract] AND living[Title/Abstract])) AND index[Title/Abstract]))) AND (((functional[Title/Abstract] OR "Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract])	1885
#20	Search ((functional[Title/Abstract] OR "Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract]	1269593
#19	Search disabilit*[Title/Abstract]	164335
#18	Search "Disability Evaluation"[Mesh]	48794
#17	Search functional[Title/Abstract]	1110075
#16	Search (((((((Barthel scale[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR Barthel index[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR Barthel ADL index[Title/Abstract] OR ((Barthel[Title/Abstract] AND ADL[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR Barthel activities of daily living index[Title/Abstract] OR (((Barthel[Title/Abstract] AND activity of daily living[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract])) OR (((Barthel[Title/Abstract] AND ((activit*[Title/Abstract] AND daily[Title/Abstract] AND living[Title/Abstract])) AND index[Title/Abstract]))	5283
#15	Search ((Barthel[Title/Abstract] AND ((activit*[Title/Abstract] AND daily[Title/Abstract] AND living[Title/Abstract])) AND index[Title/Abstract]	1343
#14	Search ((Barthel[Title/Abstract] AND activity of daily living[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract]	105
#13	Search ((activit*[Title/Abstract] AND daily[Title/Abstract] AND living[Title/Abstract]	29108
#12	Search Barthel activities of daily living index[Title/Abstract]	57
#11	Search ((Barthel[Title/Abstract] AND ADL[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract]	591
#10	Search Barthel ADL index[Title/Abstract]	99
#9	Search (Barthel[Title/Abstract] AND index[Title/Abstract]	5123
#8	Search Barthel index[Title/Abstract]	4877
#7	Search (Barthel[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract]	2904
#6	Search Barthel scale[Title/Abstract]	63



Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#5	Search (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract])) OR physiotherap*[Title/Abstract])	390514
#4	Search physiotherap*[Title/Abstract]	22866
#3	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract]	379913
#2	Search rehabilitation[Title/Abstract]	147537
#1	Search "Rehabilitation"[Mesh]	279588

Tabela 34. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid - skala Barthel (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	exp rehabilitation	308403
2	rehabilitation.ab,kw,ti.	171507
3	1 or 2	398256
4	"physiotherap*".ab,kw,ti.	33944
5	3 or 4	421102
6	Barthel scale.ab,kw,ti.	177
7	Barthel.ab,kw,ti.	8793
8	scale.ab,kw,ti.	755204
9	7 and 8	4519
10	Barthel index.ab,kw,ti.	7487
11	index.ab,kw,ti.	860126
12	7 and 11	7877
13	Barthel ADL index.ab,kw,ti.	144
14	ADL.ab,kw,ti.	13506
15	7 and 11 and 14	963
16	Barthel activities of daily living index.ab,kw,ti.	40
17	activities of daily living.ab,kw,ti.	31046
18	7 and 11 and 17	1701
19	6 or 9 or 10 or 12 or 13 or 15 or 16 or 18	8240
20	exp disability/	156850
21	"disabilit*".ab,kw,ti.	207378
22	functional.ab,kw,ti.	1161399
23	20 or 21 or 22	1385495
24	5 and 19 and 23	2965
25	limit 24 to last 10 years	2211

Tabela 35. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library - skala Barthel (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	30780

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#2	(rehabilitation):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	36776
#3	(physiotherap*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	9705
#4	#1 or #2 or #3	62342
#5	(Barthel scale):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1249
#6	(Barthel):ti,ab,kw AND (scale):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1249
#7	(Barthel index):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1805
#8	(Barthel):ti,ab,kw AND (index):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1805
#9	(Barthel ADL index):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	233
#10	(Barthel):ti,ab,kw AND (ADL):ti,ab,kw AND (index):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	233
#11	(Barthel activities of daily living index):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	573
#12	(Barthel):ti,ab,kw AND (activities of daily living):ti,ab,kw AND (index):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	573
#13	#5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12	1850
#14	(functional):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	181337
#15	MeSH descriptor: [Disability Evaluation] explode all trees	3397
#16	(disabilit*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	23947
#17	#14 or #15 or #16	195062
#18	#4 and #13 and #17	770
#19	#4 and #13 and #17 with Cochrane L brary publication date Between Jan 2008 and Dec 2018	613

### Zmodyfikowana skala Rankina

Tabela 36. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed – skala Rankina (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#30	Search (((((((("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract]) OR physical therapy[Title/Abstract] OR physiotherap*[Title/Abstract]))) AND (((mRS[Title/Abstract] OR ((modified[Title/Abstract] AND rankin[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR modified rankin scale[Title/Abstract] OR ((rankin[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR rankin scale[Title/Abstract]))) AND (((((functional*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])) OR disabilit*[Title/Abstract]) OR "Disability Evaluation"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years	<u>252</u>
#29	Search (((((((("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract]) OR physical therapy[Title/Abstract] OR physiotherap*[Title/Abstract]))) AND (((mRS[Title/Abstract] OR ((modified[Title/Abstract] AND rankin[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR modified rankin scale[Title/Abstract] OR ((rankin[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR rankin scale[Title/Abstract]))) AND (((((functional*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])) OR disabilit*[Title/Abstract]) OR "Disability Evaluation"[Mesh])	<u>353</u>
#28	Search (((((((("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract]) OR physical therapy[Title/Abstract] OR physiotherap*[Title/Abstract]))) AND (((mRS[Title/Abstract] OR ((modified[Title/Abstract] AND rankin[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR modified rankin scale[Title/Abstract] OR ((rankin[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR rankin scale[Title/Abstract])	<u>801</u>
#27	Search (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract])) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract]) OR physical therapy[Title/Abstract] OR physiotherap*[Title/Abstract])	<u>433832</u>
#26	Search (((((functional*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])) OR disabilit*[Title/Abstract]) OR "Disability Evaluation"[Mesh])	<u>254499</u>

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#25	Search functional*[Title/Abstract]	1282733
#24	Search disabilit* evaluation*[Title/Abstract]	22850
#23	Search (disabilit*[Title/Abstract]) AND evaluation*[Title/Abstract]	17161
#22	Search evaluation*[Title/Abstract]	1134257
#21	Search disabilit*[Title/Abstract]	164335
#20	Search "Disability Evaluation"[Mesh]	48794
#19	Search (((mRS[Title/Abstract]) OR ((modified[Title/Abstract]) AND rankin[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract])) OR modified rankin scale[Title/Abstract] OR ((rankin[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract])) OR rankin scale[Title/Abstract]	22456
#18	Search mRS[Title/Abstract]	17854
#17	Search ((modified[Title/Abstract]) AND rankin[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract]	7309
#16	Search modified rankin scale[Title/Abstract]	6979
#15	Search modified[Title/Abstract]	443354
#14	Search (rankin[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract]	7741
#13	Search rankin scale[Title/Abstract]	7324
#12	Search scale[Title/Abstract]	616533
#11	Search rankin[Title/Abstract]	8674
#10	Search ((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((physical[Title/Abstract]) AND therapy[Title/Abstract])) OR physical therapy[Title/Abstract] OR physiotherap*[Title/Abstract]	196268
#9	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract]	379913
#8	Search physiotherap*[Title/Abstract]	22866
#7	Search physical therapy[Title/Abstract]	18401
#6	Search (physical[Title/Abstract]) AND therapy[Title/Abstract]	57153
#5	Search therapy[Title/Abstract]	1754251
#4	Search physical[Title/Abstract]	602813
#3	Search "Physical Therapy Modalities"[Mesh]	139367
#2	Search rehabilitation[Title/Abstract]	147537
#1	Search "Rehabilitation"[Mesh]	279588

Tabela 37. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid – skala Rankina (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	exp rehabilitation/	337044
2	rehabilitation.ab,kw,ti.	197499
3	1 or 2	443621
4	exp physiotherapy/	73857
5	"physiotherap*".ab,kw,ti.	38295
6	physio.ab,kw,ti.	2361
7	"therap*".ab,kw,ti.	3450749
8	"physical*".ab,kw,ti.	800972
9	7 and 8	129801
10	6 and 7	544
11	"physio therap*".ab,kw,ti.	82

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
12	"physical* therap*".ab,kw,ti.	29961
13	4 or 5 or 9 or 10 or 11 or 12	198172
14	exp Rankin scale/	15299
15	rankin.ab,kw,ti.	15926
16	scale.ab,kw,ti.	808127
17	15 and 16	13593
18	rankin scale.ab,kw,ti.	12747
19	modified.ab,kw,ti.	533136
20	15 and 16 and 19	12793
21	modified rankin scale.ab,kw,ti.	12102
22	mrs.ab,kw,ti.	31601
23	14 or 17 or 18 or 20 or 21 or 22	41213
24	exp disability/	166413
25	"disabilit*".ab,kw,ti.	226812
26	"functional*".ab,kw,ti.	1513034
27	24 or 25	299031
28	26 or 27	1757472
29	3 or 13	599744
30	23 and 29	2185
31	28 and 30	1785
32	limit 31 to last 10 years	1593

Tabela 38. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library – skala Rankina (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	30780
#2	(rehabilitation):ti,ab,kw	36776
#3	MeSH descriptor: [Physical Therapy Specialty] explode all trees	117
#4	(physiotherap*):ti,ab,kw	9705
#5	(physio):ti,ab,kw	133
#6	(therap*):ti,ab,kw	571074
#7	#5 and #6	80
#8	(physio therap*):ti,ab,kw	80
#9	(physical* therap*):ti,ab,kw	36301
#10	(physical*):ti,ab,kw	76000
#11	#10 and #6	36301
#12	#1 or #2	57121
#13	#3 or #4 or #7 or #8 or #12 or #11	85490
#14	#12 or #13	85490
#15	(rankin):ti,ab,kw	2245
#16	(scale):ti,ab,kw	125695
#17	(Rankin Scale):ti,ab,kw	2106
#18	(modified):ti,ab,kw	41980
#19	(modified rankin scale):ti,ab,kw	1803
#20	#18 and #15 and #16	1803
#21	(mRS):ti,ab,kw	2046
#22	#15 and #16	2106
#23	#17 and #19 and #20 and #21 and #22	803
#24	MeSH descriptor: [Disability Evaluation] explode all trees	3397

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#25	(disabilit*):ti,ab,kw	23947
#26	(functional*):ti,ab,kw	55241
#27	#24 or #25	24096
#28	#27 or #26	73280
#29	#14 and #23	91
#30	#29 and #28	64
#31	#29 and #28 with Cochrane Library publication date Between Jan 2008 and Dec 2018	64

## Skala MRC

Tabela 39. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed – skala MRC (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#32	Search (((((((mrc[Title/Abstract] OR ((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract])) OR medical research council[Title/Abstract] OR ((mrc[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR (((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR medical research council muscle scale[Title/Abstract])) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR physiotherap*[Title/Abstract] OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract])) OR physical therapy[Title/Abstract]))) AND (((("Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])) OR functional*[Title/Abstract] Filters: published in the last 10 years	180
#31	Search (((((((mrc[Title/Abstract] OR ((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract])) OR medical research council[Title/Abstract] OR ((mrc[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR (((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR medical research council muscle scale[Title/Abstract])) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR physiotherap*[Title/Abstract] OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract])) OR physical therapy[Title/Abstract]))) AND (((("Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])) OR functional*[Title/Abstract]	235
#30	Search (((((((mrc[Title/Abstract] OR ((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract])) OR medical research council[Title/Abstract] OR ((mrc[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR (((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR medical research council muscle scale[Title/Abstract])) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitation[Title/Abstract]) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR physiotherap*[Title/Abstract] OR ((physical[Title/Abstract] AND therapy[Title/Abstract])) OR physical therapy[Title/Abstract]))	757
#29	Search (((("Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])) OR functional*[Title/Abstract]	1301292
#29	Search (((("Disability Evaluation"[Mesh] OR disabilit*[Title/Abstract] OR disabilit* evaluation*[Title/Abstract] OR ((disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract])	23474
#28	Search (disabilit*[Title/Abstract] AND evaluation*[Title/Abstract]	17161
#27	Search disabilit* evaluation*[Title/Abstract]	22850
#26	Search evaluation*[Title/Abstract]	1134257
#25	Search functional*[Title/Abstract]	1282733
#24	Search disabilit*[Title/Abstract]	164335
#23	Search "Disability Evaluation"[Mesh]	48794
#23	Search (((((((mrc[Title/Abstract] OR ((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract])) OR medical research council[Title/Abstract] OR ((mrc[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR (((medical[Title/Abstract] AND research[Title/Abstract] AND council[Title/Abstract] AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract])) OR medical research council muscle scale[Title/Abstract]	13327
#22	Search medical research council muscle scale[Title/Abstract]	522

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#21	Search (((medical[Title/Abstract]) AND research[Title/Abstract]) AND council[Title/Abstract]) AND muscle*[Title/Abstract] AND scale[Title/Abstract]	344
#20	Search ((mrc[Title/Abstract]) AND muscle*[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract]	197
#19	Search medical research council[Title/Abstract]	5970
#18	Search ((medical[Title/Abstract]) AND research[Title/Abstract]) AND council[Title/Abstract]	7942
#17	Search council[Title/Abstract]	35063
#16	Search research[Title/Abstract]	1313370
#15	Search medical[Title/Abstract]	1057713
#14	Search muscle*[Title/Abstract]	670013
#13	Search scale[Title/Abstract]	616533
#12	Search mrc[Title/Abstract]	6527
#11	Search (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract])) OR (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((physical[Title/Abstract]) AND therapy[Title/Abstract])) OR physical therapy[Title/Abstract]))	433832
#10	Search (((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((physical[Title/Abstract]) AND therapy[Title/Abstract])) OR physical therapy[Title/Abstract])	196268
#9	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) OR rehabilitation[Title/Abstract]	379913
#8	Search physical therapy[Title/Abstract]	18401
#7	Search (physical[Title/Abstract]) AND therapy[Title/Abstract]	57153
#6	Search physiotherap*[Title/Abstract]	22866
#5	Search therapy[Title/Abstract]	1754251
#4	Search physical[Title/Abstract]	602813
#3	Search "Physical Therapy Modalities"[Mesh]	139367
#2	Search rehabilitation[Title/Abstract]	147537
#1	Search "Rehabilitation"[Mesh]	279588

Tabela 40. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid – skala MRC (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	exp rehabilitation/	336293
2	rehabilitation.ab,kw,ti.	197049
3	exp physiotherapy/	73734
4	"physiotherap*".ab,kw,ti.	38222
5	physio.ab,kw,ti.	2350
6	"therap*".ab,kw,ti.	3444209
7	"physical*".ab,kw,ti.	799145
8	"physical* therap*".ab,kw,ti.	29906
9	6 and 7	129535
10	"physio therap*".ab,kw,ti.	82
11	1 or 2	442707
12	3 or 4 or 8 or 9 or 10 or 11	598230

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
13	11 or 12	598230
14	mrc.ab,kw,ti.	10624
15	scale.ab,kw,ti.	805874
16	mrc scale.ab,kw,ti.	514
17	medical.ab,kw,ti.	1452317
18	research.ab,kw,ti.	1643247
19	council.ab,kw,ti.	41895
20	medical research council.ab,kw,ti.	7083
21	17 and 18 and 19	9555
22	"muscle*".ab,kw,ti.	759866
23	15 and 20	2120
24	15 and 21	2249
25	22 and 23	577
26	22 and 24	581
27	medical research council muscle scale.ab,kw,ti.	0
28	"mrc muscle* scale".ab,kw,ti.	3
29	14 and 15	1603
30	14 or 16 or 20 or 21 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	18369
31	exp disability/	166025
32	"disabilit*".ab,kw,ti.	226200
33	"functional*".ab,kw,ti.	1509586
34	31 or 32	298272
35	33 or 34	1753408
36	13 and 30	1525
37	35 and 36	583
38	limit 37 to last 10 years	500

Tabela 41. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library – skala MRC (data ostatniego wyszukiwania: 08.11.2018 r.)

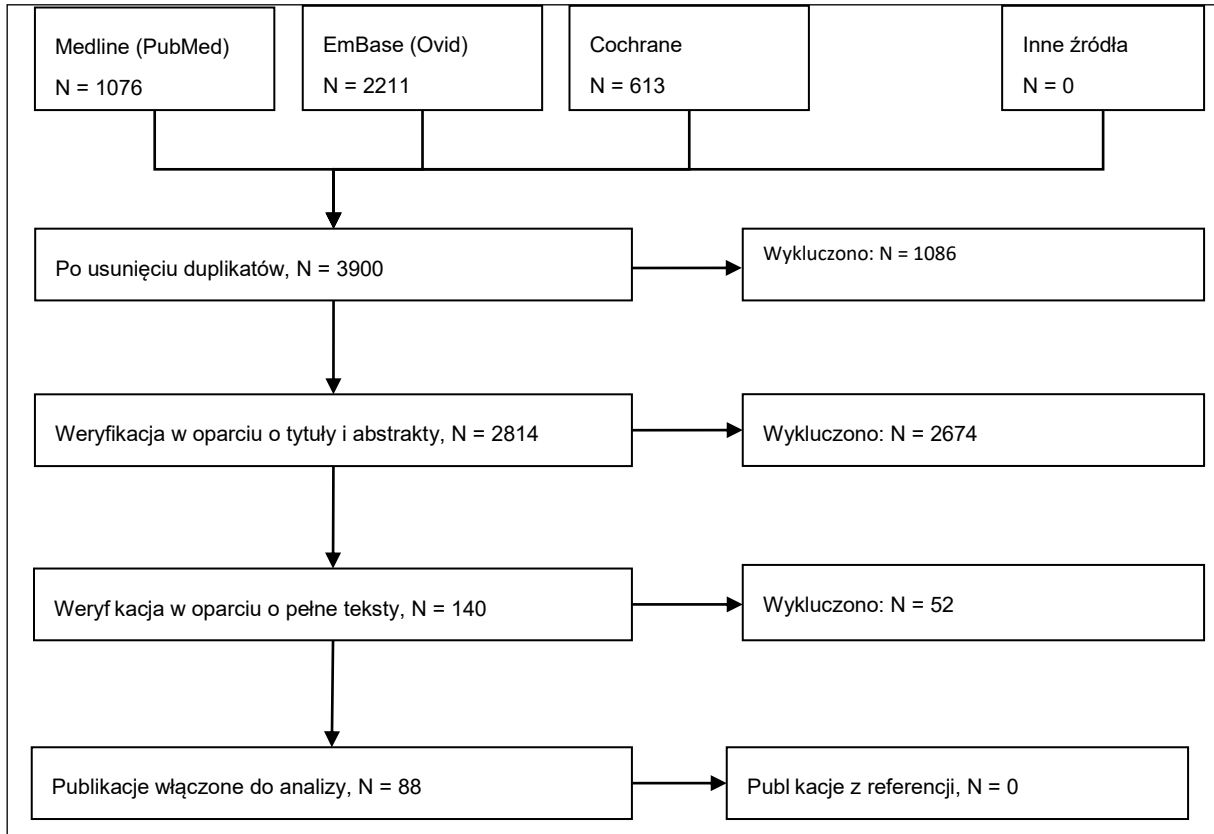
Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	30780
#2	(rehabilitation):ti,ab,kw	36776
#3	MeSH descriptor: [Physical Therapy Specialty] explode all trees	117
#4	(physiotherap*):ti,ab,kw	9705
#5	(physio):ti,ab,kw	133
#6	(therap*):ti,ab,kw	571074
#7	#5 and #6	80
#8	(physio therap*):ti,ab,kw	80
#9	(physical* therap*):ti,ab,kw	36301
#10	(physical*):ti,ab,kw	76000
#11	#10 and #6	36301

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#12	#1 or #2	57121
#13	#3 or #4 or #7 or #8 or #12 or #11	85490
#14	#12 or #13	85490
#15	(mrc):ti,ab,kw	1385
#16	(scale):ti,ab,kw	125695
#17	(mrc scale):ti,ab,kw	299
#18	(medical):ti,ab,kw	149764
#19	(council):ti,ab,kw	2724
#20	(research):ti,ab,kw	104460
#21	(medical research council):ti,ab,kw	1928
#22	(medical research council scale):ti,ab,kw	525
#23	#15 and #16	299
#24	#18 and #19 and #20 and #16	525
#25	(muscle):ti,ab,kw	52087
#26	#17 and #25	92
#27	#15 and #25 and #16	92
#28	#18 and #20 and #19 and #25 and #16	135
#29	#22 and #25	135
#30	#15 or #17 or #23 or #22 or #26 or #27 or #28 or #29	1749
#31	MeSH descriptor: [Disability Evaluation] explode all trees	3397
#32	(disabilit*):ti,ab,kw	23947
#33	(functional*):ti,ab,kw	55241
#34	#31 or #32	24096
#35	#34 or #33	73280
#36	#14 and #30	364
#37	#36 and #35	137
#38	#36 and #35 with Cochrane Library publication date Between Jan 2008 and Dec 2018	136

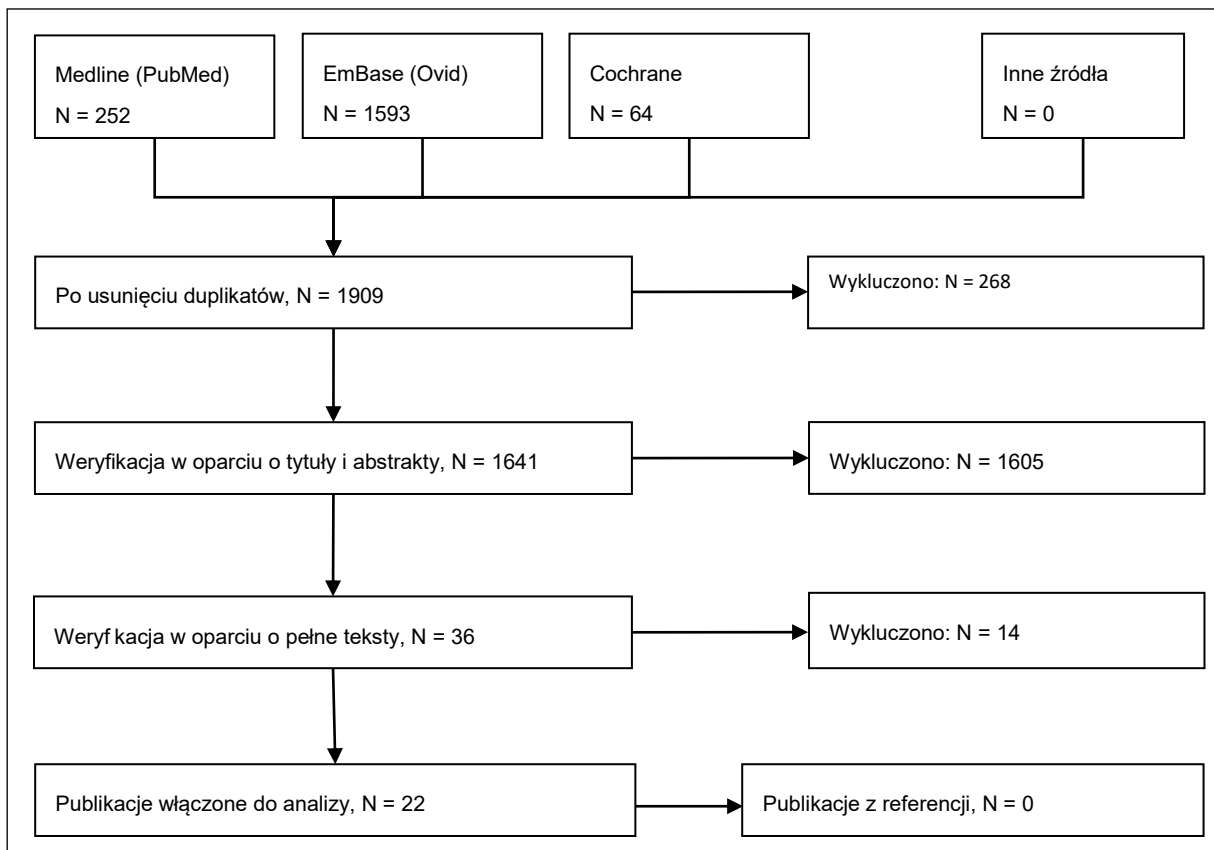


## Diagram selekcji badań

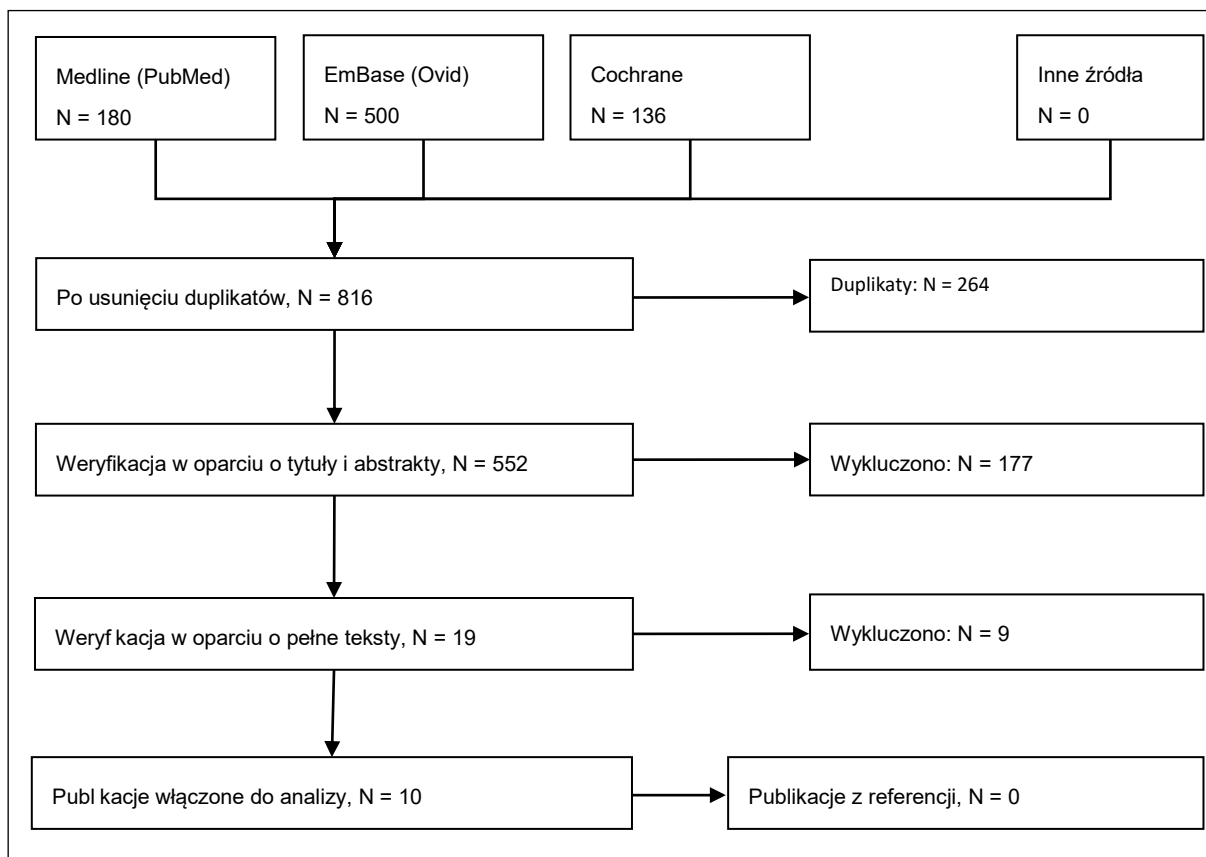
### Skala Barthel



### Zmodyfikowana skala Rankina



## Skala MRC



**Załącznik 1.** „Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce” - Opracowanie analityczne nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

**Załącznik 2.** „Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2016–2017” Opracowanie analityczne nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

**Załącznik 3.** ANEKS – uzupełnienie zagadnień wskazanych podczas posiedzenia Rady Przejrzystości w dniu 19 listopada 2018 r.

**Załącznik 4.** Skala ASIA