



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

**Załącznik 1. Opisy świadczeń neurologicznych dla pacjentów z  
dysfunkcjami układu nerwowego**

**Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji  
neurologicznej**

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018

Data ukończenia: 20.03.2019 r.

## **Spis treści**

---

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej.....	3
Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego.....	28
Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego .....	37
Świadczenia w zakresie Poradni Specjalistycznej Rehabilitacyjnej .....	41
Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego.....	43
Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II .....	48
Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II.....	51
Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II.....	53
Lista skal medycznych i opis zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne .....	55
Zestawienie obecnego zakresu ICD-10 w koszyku, z propozycją zmian.....	62
Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych kompleksowej rehabilitacji neurologicznej.....	67
Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej .....	68
Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej .....	69
Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii.....	70
Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń .....	71

## Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej						
1. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Wymogi formalne</td> <td><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</td> </tr> <tr> <td> <b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td> <b>Załączone badania</b>                      Do skierowania powinny być dołączone:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td> <b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol> </td> </tr> </table>	Wymogi formalne	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>	<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol>	<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>
	Wymogi formalne		<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego			
			<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>			
<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol>						
<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>						
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Kryteria włączenia</td> <td> <b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu (zawarta w tabeli poniżej) lub z rozpoznaniem R40.2 z udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakresu leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt. stopień, oraz</li> <li>stan funkcjonalny według skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz</li> <li>stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, lub</li> </ol>                             zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 4.                         </li> <li>Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych lub z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</li> </ol> </td> </tr> </table>	Kryteria włączenia	<b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu (zawarta w tabeli poniżej) lub z rozpoznaniem R40.2 z udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakresu leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt. stopień, oraz</li> <li>stan funkcjonalny według skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz</li> <li>stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, lub</li> </ol>                             zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 4.                         </li> <li>Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych lub z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</li> </ol>				
Kryteria włączenia		<b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu (zawarta w tabeli poniżej) lub z rozpoznaniem R40.2 z udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakresu leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt. stopień, oraz</li> <li>stan funkcjonalny według skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz</li> <li>stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, lub</li> </ol>                             zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 4.                         </li> <li>Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych lub z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</li> </ol>				

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
		<p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p><b>Opis dodatkowy</b></p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub</li> <li>3) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego,</li> <li>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”,</li> <li>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub</li> <li>2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol> </li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>d) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>e) konsultację dietetyczną, lub</li> <li>f) konsultację terapeuty zajęciowego;</li> </ol> </li> <li>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<p>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie fizjoterapii indywidualnej, przez co najmniej 6 dni w tygodniu, oraz</li> <li>– inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz</li> </ul> </li> </ul> <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ol>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</li> </ol>
	<p><b>Świadczenia dodatkowe</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:              99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe              99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe              99.87 Żywienie dojelitowe              Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</li> <li>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:              91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii              91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew              91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram              93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne</li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej. 2. Oddział leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia) – w lokalizacji.	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). 2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do: 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.	
<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy): 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, 2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>
<b>2. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
		<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol>
	<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>	
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu ((zawarta w tabeli poniżej) lub z rozpoznaniem R40.2 oraz udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakresu leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt., oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali Rankina - 3-4 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, lub według skali MRC – stopień &lt;5, oraz</li> <li>4) zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 3-4.</li> </ol> </li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) wypisu po zaostreniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>3) bezpośrednio po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub</li> <li>4) wypisu z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</li> </ol> <p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p>
		<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub</li> <li>3) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub</li> <li>4) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> </li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
	<b>II. Zakres świadczenia</b>	
	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację logopedyczną, lub</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>



**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<p>d) konsultację psychologiczną, lub  e) konsultację terapeuty zajęciowego,  2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:  a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz  b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz  c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):  – profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• fizjoterapia indywidualna,</li> <li>• funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz</li> </ul> – inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 150 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz</li> </ul> d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.  2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:  1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz  2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.  2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
<b>Świadczenia dodatkowe</b>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram 93.57 Założenie opatrunku na ranę - inne</p>	
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz</b>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> </ul>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
	<p><b>skuteczności diagnostyki i leczenia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> </ul> <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</li> </ul>
	<p><b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>
<p><b>3. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I</b></p>	<p><b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b></p>	
	<p><b>Wymogi formalne</b></p>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p>
		<p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
		<p><b>Załączone badania</b></p> <p>Do skierowania powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.</li> </ol>
	<p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> </ol>	

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych (zawarta w tabeli poniżej) oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali Rankina - 4-5 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6,</li> </ol> </li> <li>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.</li> </ol> </li> <li>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol>
	<b>Opis dodatkowy</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> </li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>	
	<b>Opis powodu wyłączenia:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II, lub</li> <li>2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol> </li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
<b>Etapy udzielania świadczeń</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<p>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz  c) konsultację logopedyczną, lub  d) konsultację psychologiczną, lub  e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub  f) konsultację dietetyczną,</p> <p>2) etap II – terapia i opieka obejmuje:</p> <p>a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz  b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz  c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie fizjoterapii indywidualnej, przez co najmniej 6 dni w tygodniu, oraz</li> <li>– inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz</li> </ul> </li> </ul> <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p><b>Świadczenia dodatkowe</b></p>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:  99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe  99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe  99.87 Żywienie dojelitowe</p>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
		<p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:            91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii            91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew            91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram            93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne</p>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	<p>1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej.            2. Oddział leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia) – w lokalizacji.</p>	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do:            1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II, lub            2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej.</li> </ul>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</li> </ul>
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<p>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</p> <p>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</p> <p>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</p>
<p><b>4. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</b></p>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b>
		<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone:
		<b>Pozostałe warunki</b>
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b>	
	<p>1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria:</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych (zawarta w tabeli poniżej) oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali Rankina - 3-5 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>3) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I.</li> </ol> </li> <li>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol>
		<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I, lub</li> <li>3) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> </li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
	<b>II. Zakres świadczenia</b>	
	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>



**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c) konsultację dietetyczną, lub</li> <li>d) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>e) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>f) konsultację terapeuty zajęciowego,</li> </ul> <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):             <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• fizjoterapia indywidualna,</li> <li>• funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz</li> </ul> </li> <li>– inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 150 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego</li> </ul> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ul>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</li> </ul>
	<p><b>Świadczenia dodatkowe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:             <ul style="list-style-type: none"> <li>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe</li> <li>99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe</li> <li>99.87 Żywienie dojelitowe</li> </ul> </li> </ul>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
		<p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:            91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii            91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew            91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram            93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne</p>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej.</li> </ul> <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</li> </ul>
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>
<b>5. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
		<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.</li> </ol>
		<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych (zawarta w tabeli poniżej) oraz</li> </ol> </li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		2) stan funkcjonalny według skali Rankina - 4-5 stopień, oraz 3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6. 2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: 1) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub 2) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. 3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
		<b>Opis dodatkowy</b> 1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b> <b>Opis powodu wyłączenia:</b> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do: 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	1. Etapy udzielania świadczeń: 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną;

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <p>a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):</p> <p>– profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fizjoterapia indywidualna,</li> <li>• funkcjonalny trening medyczny (do xxx osób w grupie), oraz</li> </ul> <p>– inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz</li> </ul> <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p><b>Świadczenia dodatkowe</b></p>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe</p> <p>99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe</p> <p>99.87 Żywienie dojelitowe</p> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram 93.57 Zażycie opatrunku na ranę – inne
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej. 2. Oddział leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia) – w lokalizacji.	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). 2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do: 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.	
<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy): 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej. 2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</li> </ul>
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>
<b>6. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
		<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol>
		<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych (zawarta w tabeli poniżej) oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali Rankina - 3-5 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8.</li> </ol> </li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) wypisu po zaostreniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>3) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I.</li> </ol> <p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p>
		<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I, lub</li> <li>3) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> </li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Stan kliniczny/funkcyjny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>d) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub</li> <li>f) konsultację dietetyczną,</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>



**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <p>a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fizjoterapia indywidualna,</li> <li>• funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz</li> </ul> </li> <li>– inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz</li> </ul> </li> </ul> <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p><b>Świadczenia dodatkowe</b></p>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe</p> <p>99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe</p> <p>99.87 Żywienie dojelitowe</p> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii</p> <p>91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew</p> <p>91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram</p> <p>93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne</p>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej.</li> </ul> <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> </ul>	

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej**

		<ul style="list-style-type: none"><li>- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li><li>- wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</li></ul>
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li><li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li><li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li></ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
1. Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
		<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji. potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.</li> </ol>
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>	
	<b>Opis włączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>rozpoznanie medyczne wg ICD-10: G09-G13, G25, G54, G55, G59, G60, G83,</li> <li>porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego.</li> </ol> </li> <li>Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</li> <li>Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub</li> <li>w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub</li> <li>wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby.</li> </ol> </li> <li>W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia, jednak nie dłużej niż do 90 dni.</li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
		<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka.</li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. Poprawa stanu klinicznego/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego.</li> <li>3. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>d) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>e) konsultację terapeuty zajęciowego;</li> <li>f) konsultacje internisty,</li> <li>g) konsultację dietetyczną</li> <li>h) konsultacje neurologa,</li> <li>i) konsultacje psychiatry,</li> <li>j) konsultacje kardiologa,</li> <li>k) konsultacje pulmonologa.</li> </ol> </li> <li>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny – czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 120 minut dziennie, oraz</li> <li>– profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub</li> <li>– profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna lub interwencja kryzysowa – czas trwania 45 minut w dniu zabiegowym, lub</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów.</li> <li>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> </ol>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy 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>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów, którzy wymagali udziału więcej niż trzech profili terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli rehabilitację powyżej 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów wykluczonych z terapii, w stosunku do wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów u których wydłużona została rehabilitacja, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym.</li> </ol>	
<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej	
2. Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
	<b>Wymagany zakres i rodzaj skierowania:</b> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
	<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: 1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.
	<b>Pozostałe warunki</b> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
Kryteria włączenia	<b>Opis włączenia</b> 1. Pacjenci spełniający kryterium rozpoznania medycznego wg ICD-10: I60-I69, I97. 2. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej. 3. Przyjęcie bezpośrednio w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: 1) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub 2) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub 3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby. 4. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.  <b>Opis dodatkowy- nie dotyczy</b> 1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
Kryteria wyłączenia	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>  <b>Opis powodu wyłączenia:</b> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. Poprawa stanu kliniczno/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
		<p>3. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
<b>Etapy udzielania świadczeń</b>		<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>d) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>e) konsultację terapeuty zajęciowego,</li> <li>f) konsultacje internisty,</li> <li>g) konsultację dietetyczną</li> <li>h) konsultacje neurologa,</li> <li>i) konsultacje psychiatry,</li> <li>j) konsultacje kardiologa,</li> <li>k) konsultacje pulmonologa.</li> </ul> <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny - czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 120 minut dziennie, , oraz</li> <li>– profil logopedyczny - interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub</li> <li>– profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania czas trwania 30-45 minut w dniu zabiegowym, lub</li> <li>– profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów.</li> </ul> </li> </ul> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ul>
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>		<p>1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać</p>



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
		przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
	<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
	<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.
	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	
	<b>Personel medyczny</b>	
	<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). 2. Dodatkowo wymagane - zapewnienie konsultacji ortotyka, protetyka i dietetyka.
	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne      brak informacji
		Kryteria terytorialne      brak informacji
	<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>	
	<b>Wskaźniki jakości</b>	1. Odsetek pacjentów, którzy wymagali udziału więcej niż trzech profili terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 2. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli rehabilitację powyżej 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów wykluczonych z terapii, w stosunku do wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów u których wydłużona została rehabilitacja, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym.
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.
<b>3. Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego  <b>Wymagane dodatkowe elementy skierowania:</b> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
OUN oraz podobnymi uszkodzeniami OUN		<p>ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</p> <p><b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol> <p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>
	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający kryterium rozpoznania medycznego wg ICD-10: G35-G37.</li> <li>2. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</li> <li>3. Przyjęcie bezpośrednio w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub</li> <li>2) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub</li> <li>3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby.</li> </ol> </li> <li>4. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol> <p><b>Opis dodatkowy- nie dotyczy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka.</li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. Poprawa stanu kliniczno/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego.</li> <li>3. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
	<b>II. Zakres świadczenia</b>	

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej**

	<p><b>Etapy udzielania świadczeń</b></p>	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>d) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>e) konsultację terapeuty zajęciowego,</li> <li>f) konsultacje internisty,</li> <li>g) konsultację dietetyczną</li> <li>h) konsultacje neurologa,</li> <li>i) konsultacje psychiatry,</li> <li>j) konsultacje kardiologa,</li> <li>k) konsultacje pulmonologa.</li> </ul> <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny - czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 75 minut dziennie, oraz</li> <li>– profil logopedyczny - interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub</li> <li>– profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania indywidualna lub grupowa lub rodzinna) – czas trwania 60 minut w dniu zabiegowym, lub</li> <li>– profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów.</li> </ul> </li> </ul> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ul>
	<p><b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b></p>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
<p><b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b></p>		

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
	<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	1. Zgodnie z opisem warunków w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.
	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	
	<b>Personel medyczny</b>	
	<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy 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>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne      brak informacji
		Kryteria terytorialne      brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
	<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów, którzy wymagali udziału więcej niż trzech profili terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów wykluczonych z terapii, w stosunku do wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli rehabilitację powyżej 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów u których wydłużona została rehabilitacja, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym.</li> </ol>
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>

## Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>
	<b>Wymogi formalne</b>
	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
	<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</b> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie fizjoterapii wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
	<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być - o ile pacjent był leczony szpitalnie - dołączone: 1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania; 2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia; 3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.
	<b>Pozostałe warunki</b> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranej pracowni fizjoterapii, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> 1. Pacjenci spełniający kryteria: 1) w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub 2) w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub 3) w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych. 2. Przyjęcie następuje bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania. 3. Dodatkowo wymagany dokumentu potwierdzający termin zaplanowanego zabiegu chirurgicznego lub neurochirurgicznego.
	<b>Opis dodatkowy</b> 1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną.

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol>
<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>	
<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.</li> <li>2) etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) fizjoterapię indywidualną – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub</li> <li>b) funkcjonalny trening medyczny – maksimum 2 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia.</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe,</li> <li>3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych.</li> </ol>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej			
	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
	<b>Personel medyczny</b>		
	<b>Dodatkowe warunki</b>	Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy 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>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	nie więcej niż jedna pracownia na 50 tys. mieszkańców
		Kryteria terytorialne	gmina lub grupa gmin
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>			
	<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów wykluczonych z fizjoterapii, w stosunku do wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów u których wydłużona została fizjoterapia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano świadczenia w warunkach domowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>7. Średnia liczba interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>8. Średnia liczba procedur zrealizowanych w ramach interwencji.</li> </ol>	
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>	





<b>Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego</b>	
<b>Opieka lekarska rehabilitacyjna</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>
	<b>Wymogi formalne</b>
	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
	<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
	<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: 1. kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania; 2. istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia; 3. karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.
	<b>Pozostałe warunki</b> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranej poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
	<b>Kryteria włączenia</b>
	<b>Opis włączenia - nie dotyczy</b>
	<b>Opis dodatkowy - nie dotyczy</b>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>
<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>	
<b>Opis powodu wyłączenia:</b> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. Informację o zakończeniu leczenia oraz wytycznych dotyczących dalszego postępowania medycznego lekarz poradni, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.	
<b>II. Zakres świadczenia</b>	
<b>Zakres udzielanych świadczeń</b>	Udzielanie świadczeń obejmuje interwencje: 1. Konsultację lekarską, 2. Opiekę lekarską, 3. Poradę lekarską.
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	Nie dotyczy
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Zgodnie z opisem warunków poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej

<b>Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego</b>			
	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
	<b>Personel medyczny</b>		
	<b>Dodatkowe warunki</b>	Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy 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>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	brak informacji
		Kryteria terytorialne	brak informacji
	<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano więcej niż jedną poradę w ramach skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano świadczenia w warunkach domowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów, u których osiągnięto cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów u których zrealizowano procedury zabiegowe, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów u których zrealizowano procedury diagnostyczne, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> </ol>		
<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>2. Osiągnięcie celu terapii.</li> </ol>		

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej POF	
1. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>
	<b>Wymogi formalne</b>
	<b>Wystawca skierowania / zlecenia:</b> lekarz podstawowej opieki zdrowotnej /ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia skierowanie / zlecenie na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.
	<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania / zlecenia:</b> 1. Określenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celu kierowania na fizjoterapię. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
	<b>Załączone badania</b> Do skierowania / zlecenia powinny być dołączone: 1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.
	<b>Pozostałe warunki</b> 1. Skierowanie / zlecenie powinno być zgłoszone w pracowni fizjoterapii realizującej świadczenia POF w ramach współpracy ze zlecającym lekarzem/ świadczeniodawcą podstawowej opieki zdrowotnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie / zlecenie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: 1) zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 2) z ogniskowym uszkodzeniem mózgu - po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach, 3) stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień, 4) do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu. 2. Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia.
	<b>Opis dodatkowy</b> 1. <b>Kwalifikacja wstępna</b> przed przyjęciem do fizjoterapii domowej odbywa się w ciągu 14 dni od zgłoszenia skierowania / zlecenia na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, 3. W przypadku wystąpienia w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej POF	
<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b> <b>Opis powodu wyłączenia:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, celem podjęcia decyzji o zasadności kontynuacji dalszej fizjoterapii.</li> <li>Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>	
<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.</li> <li>etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje fizjoterapię indywidualną (czas trwania pojedynczej interwencji wynosi 30 minut).</li> </ol> </li> <li>Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów fizjoterapii, wynosi nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia.</li> <li>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną oraz lekarza zlecającego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 40 dni zabiegowe.</li> </ol>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	
<b>Personel medyczny</b>	
<b>Dodatkowe warunki</b>	Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy 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>Kryteria</b>	Kryteria populacyjne      zgodnie jak dla świadczeń POF

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej POF			
	<b>usięciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria terytorialne	gmina, na terenie której jest miejsce udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub gmina sąsiednia
	<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
	<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów wykluczonych z fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię domową powyżej 30 dni od dnia wypisania zlecenia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów, u których wydłużona została fizjoterapia domowa, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii domowej został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Udział procentowy realizacji poszczególnych interwencji.</li> </ol>	
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>	
<b>2. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>		
	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania / zlecenia:</b> lekarz podstawowej opieki zdrowotnej/ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia skierowanie / zlecenie na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.	
		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania / zlecenia:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celu kierowania na fizjoterapię.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>	
		<b>Załączone badania</b> Do skierowania / zlecenia powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol>	
		<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie / zlecenie powinno być zgłoszone w pracowni fizjoterapii realizującej świadczenia POF w ramach współpracy ze zlecającym lekarzem/ świadczeniodawcą podstawowej opieki zdrowotnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie / zlecenie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>	

<b>Świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej POF</b>		
	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,</li> <li>z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego (CUN),</li> <li>stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień (zgodnie z załącznikiem nr 13), lub w przypadku dzieci do ukończenia 18 roku życia, w skali GMFCS - 4-5 pkt. (zgodnie z załącznikiem nr 9),</li> <li>okres do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia CUN.</li> </ol> </li> <li>Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia.</li> </ol>
		<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do fizjoterapii domowej odbywa się w ciągu 14 dni od zgłoszenia skierowania / zlecenia na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną.</li> <li>Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”,</li> <li>W przypadku wystąpienia w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, celem podjęcia decyzji o zasadności kontynuacji dalszej fizjoterapii.</li> <li>Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.</li> <li>etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje fizjoterapię indywidualną – (czas trwania pojedynczej interwencji wynosi 30 minut).</li> </ol> </li> <li>Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów fizjoterapii, wynosi nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia.</li> <li>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną oraz lekarza zlecającego, za pisemną zgodą</li> </ol>

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej POF		
		dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 40 dni zabiegowe.
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		
<b>Personel medyczny</b>		
<b>Dodatkowe warunki</b>	Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy 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>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	zgodnie jak dla świadczeń POF
	Kryteria terytorialne	gmina, na terenie której jest miejsce udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub gmina sąsiednia
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów wykluczonych z fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię domową powyżej 30 dni od dnia wypisania zlecenia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów, u których wydłużona została fizjoterapia domowa, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii domowej został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Udział procentowy realizacji poszczególnych interwencji.</li> </ol>	
<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>	

**Pozostałe warunki (dla wszystkich świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej): realizacja świadczeń winna przebiegać z wykorzystaniem metod i procedur o udowodnionej skuteczności klinicznej, zgodnie z aktualnymi zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opracowanymi przez odpowiednie towarzystwa naukowe o zasięgu ogólnopolskim, w szczególności opublikowanymi w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia.**

**Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II**

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	Tak	Tak
A87.8	Inne wirusowe postacie zapalenia opon mózgowych	Tak	Tak
A87.9	Wirusowe zapalenie opon mózgowych, nie określone	Tak	Tak
B90.0	Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
B94.1	Następstwa wirusowego zapalenia mózgu	Tak	Tak
C70.0	Opony mózgowie	Tak	Tak
C70.1	Opony rdzeniowe	Tak	Tak
C70.9	Opony, nie określone	Tak	Tak
C71.0	Mózg z wyjątkiem płatów i komór	Tak	Tak
C71.1	Płat czołowy	Tak	Tak
C71.2	Płat skroniowy	Tak	Tak
C71.3	Płat ciemieniowy	Tak	Tak
C71.4	Płat potyliczny	Tak	Tak
C71.5	Komory mózgowie	Tak	Tak
C71.6	Mózdzek	Tak	Tak
C71.7	Pień mózgu	Tak	Tak
C71.8	Zmiana przekraczająca granice mózgu	Tak	Tak
C71.9	Mózg, nie określony	Tak	Tak
C72.4	Nerw przedsionkowo-ślimakowy	Tak	Tak
C72.5	Inne i nieokreślone nerwy czaszkowe	Tak	Tak
C72.9	Centralny system nerwowy, nie określone	Tak	Tak
C79.3	Wtórny nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowych	Tak	Tak
D32.0	Opony mózgowie	Tak	Tak
D32.9	Opony, nie określone	Tak	Tak
D33.0	Mózg, nadnamiotowe	Tak	Tak
D33.1	Mózg, podnamiotowe	Tak	Tak
D33.2	Mózg, nie określony	Tak	Tak
D33.3	Nerwy czaszkowe	Tak	Tak
D33.7	Inne określone części centralnego systemu nerwowego	Tak	Tak
D33.9	Centralny system nerwowy, nie określony	Tak	Tak
D42.0	Opony mózgowie	Tak	Tak
D42.9	Opony, nie określone	Tak	Tak
D43.1	Mózg, podnamiotowe	Tak	Tak
D43.2	Mózg, nie określony	Tak	Tak
D43.3	Nerwy czaszkowe	Tak	Tak
D43.7	Inne części centralnego systemu nerwowego	Tak	Tak
D43.9	Centralny system nerwowy, nie określone	Tak	Tak
D86.8	Sarkoidoza innych narządów oraz wielonarządowa	Tak	Tak
E51.2	Encefalopatia Wernickiego	Tak	Tak
E83.0	Zaburzenia przemian miedzi	Tak	Tak
E83.1	Zaburzenia przemiany żelaza	Tak	Tak
F44.0	Amnezja dysocjacyjna	Tak	Tak
F44.4	Dysocjacyjne zaburzenia ruchu	Tak	Tak
F44.8	Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	Tak	Tak
F44.9	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nie określone	Tak	Tak
G00.0	Zapalenie opon mózgowych wywołane przez Haemophilus influenzae	Tak	Tak
G00.1	Zapalenie opon mózgowych pneumokokowe	Tak	Tak



Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
G00.2	Zapalenie opon mózgowych paciorkowcowe	Tak	Tak
G00.3	Zapalenie opon mózgowych gronkowcowe	Tak	Tak
G00.8	Inne bakteryjne zapalenia opon mózgowych	Tak	Tak
G00.9	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych, nie określone	Tak	Tak
G02.0	Zapalenie opon mózgowych w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G02.1	Zapalenie opon mózgowych w grzybicach	Tak	Tak
G02.8	Zapalenie opon mózgowych w innych określonych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G03.0	Nieropne zapalenie opon mózgowych	Tak	Tak
G03.1	Przewlekłe zapalenie opon mózgowych	Tak	Tak
G03.8	Zapalenie opon mózgowych wywołane przez inne określone czynniki	Tak	Tak
G03.9	Zapalenie opon mózgowych, nie określone	Tak	Tak
G04.0	Ostre rozsiane zapalenie mózgu	Tak	Tak
G04.1	Tropikalne kurczowe porażenie kończyn dolnych	Tak	Tak
G04.2	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu oraz zapalenie opon mózgowych i rdzenia niesklasyfikowane gdzie indziej	Tak	Tak
G04.8	Inne zapalenia mózgu, rdzenia kręgowego oraz rdzenia kręgowego i mózgu	Tak	Tak
G04.9	Zapalenie mózgu oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, nie określone	Tak	Tak
G05.0	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G05.1	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G05.2	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G05.8	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G06.0	Ropień i ziarniniak śródczaszkowy	Tak	Tak
G06.2	Zewnątrzwardówkowy i podwardówkowy ropień, nie określony	Tak	Tak
G08	Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym	Tak	Tak
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
G13.1	Inne zaniki układowe pierwotnie zajmujące układ nerwowy w chorobie nowotworowej	Tak	Tak
G21.3	Parkinsonizm po zapaleniu mózgu	Tak	Tak
G23.0	Choroba Hellervordena-Spatza	Tak	Tak
G31.2	Zwyrodnienie układu nerwowego wywołane przez alkohol	Tak	Tak
G31.8	Inne określone choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego	Tak	Tak
G31.9	Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G32.8	Inne określone zaburzenia zwyrodnieniowe układu nerwowego występujące w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G35	Stwardnienie rozsiane	Tak	Tak
G36.0	Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych [zespół Devica]	Tak	Tak
G36.1	Ostre i podostre krwotoczne zapalenie istoty białej mózgu [Hursta]	Tak	Tak
G36.8	Inne określone ostre rozsiane demielinizacje	Tak	Tak
G36.9	Ostre rozsiane demielinizacje, nie określone	Tak	Tak
G37.1	Środkowa demielinizacja ciała modzelowatego	Tak	Tak
G37.2	Mielinoliza środkowa mostu	Tak	Tak
G37.5	Stwardnienie koncentryczne [Baló]	Tak	Tak
G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
G37.9	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G46.1	Zespół tętnicy przedniej mózgu (I66.1+)	Tak	Tak
G46.2	Zespół tętnicy tylnej mózgu (I66.2+)	Tak	Tak
G46.3	Zespół udarowy pnia mózgu (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.4	Zespół udarowy mózdzku (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.5	Stan zatokowy z zespołem czysto ruchowym (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.7	Stan zatokowy z innymi zespołami (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.8	Inne zespoły naczyniowe mózgu w chorobach naczyń mózgowych (I60-I67+)	Tak	Tak
G91.0	Wodogłowie komunikujące	Nie	Tak
G91.1	Wodogłowie z niedrożności	Tak	Tak
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakima]	Nie	Tak
G91.3	Wodogłowie pourazowe, nie określone	Tak	Tak
G91.8	Inne wodogłowie	Nie	Tak
G91.9	Wodogłowie, nie określone	Tak	Tak
G93.1	Uszkodzenie mózgu z niedotlenienia niesklasyfikowane gdzie indziej	Tak	Tak
G93.4	Encefalopatia, nie określona	Tak	Tak
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	Tak	Tak
I60.0	Krwotok podpajęczynówkowy z syfonu lub rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej	Tak	Tak
I60.1	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu	Tak	Tak
I60.2	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej	Tak	Tak
I60.3	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej tylnej	Tak	Tak
I60.4	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy podstawnej	Tak	Tak
I60.5	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy kręgosłupowej	Tak	Tak
I60.6	Krwotok podpajęczynówkowy z innych tętnic wewnątrzczaszkowych	Tak	Tak
I60.7	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy wewnątrzczaszkowej, nie określony	Tak	Tak
I60.8	Inne krwotoki podpajęczynówkowe	Tak	Tak
I60.9	Krwotok podpajęczynówkowy, nie określony	Tak	Tak
I61.0	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy	Tak	Tak
I61.1	Krwotok mózgowy do półkul, korowy	Tak	Tak
I61.2	Krwotok mózgowy do półkul, nie określony	Tak	Tak
I61.3	Krwotok mózgowy do pnia mózgu	Tak	Tak
I61.4	Krwotok mózgowy do mózdzku	Tak	Tak
I61.5	Krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy	Tak	Tak
I61.6	Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu	Tak	Tak
I61.8	Inne krwotoki mózgowe	Tak	Tak
I61.9	Krwotok mózgowy, nie określony	Tak	Tak
I62.0	Krwotok pod oponą twardą (ostry) (nieurazowy)	Tak	Tak
I62.1	Nieurazowy krwotok nad oponą twardą	Tak	Tak
I62.9	Krwotok mózgowy (nieurazowy), nie określony	Tak	Tak
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych	Tak	Tak
I63.1	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic przedmózgowych	Tak	Tak
I63.2	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych	Tak	Tak
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	Tak	Tak
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	Tak	Tak
I63.5	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych	Tak	Tak
I63.6	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep żył mózgowych, nieropny	Tak	Tak
I63.8	Inne zawały mózgu	Tak	Tak
I63.9	Zawał mózgu, nie określony	Tak	Tak
I67.1	Tętniak mózgu, niepęknięty	Tak	Tak

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
I67.4	Encefalopatia nadciśnieniowa	Tak	Tak
I67.6	Nieropny zakrzep układu żylnego wewnątrzczaszkowego	Tak	Tak
I67.7	Zapalenie tętnic mózgowych, niesklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
I68.2	Zapalenie tętnic mózgowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
I69.0	Następstwa krwotoku podpajęczynówkowego	Tak	Tak
I69.1	Następstwa krwotoku mózgowego	Tak	Tak
I69.2	Następstwa innych nieurazowych krwotoków wewnątrzczaszkowych	Tak	Tak
I69.3	Następstwa zawału mózgu	Tak	Tak
I69.8	Następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych	Tak	Tak
M35.1	Inne zespoły nakładające się	Tak	Tak
M35.2	Choroba Behceta	Tak	Tak
O87.3	Zakrzepica żył mózgowych w czasie połogu	Tak	Tak
S06.2	Rozlany uraz mózgu	Tak	Tak
S06.3	Ogniskowy uraz mózgu	Tak	Tak
S06.4	Krwotok nadwardówkowy	Tak	Tak
S06.5	Urazowy krwotok podwardówkowy	Tak	Tak
S06.6	Urazowy krwotok podpajęczynówkowy	Tak	Tak
S06.7	Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności	Tak	Tak
S06.8	Inne urazy śródczaszkowe	Tak	Tak
S07.0	Uraz zmiążdżeniowy twarzoczaszki	Tak	Tak
S07.1	Uraz zmiążdżeniowy czaszki	Tak	Tak
S07.8	Uraz zmiążdżeniowy innych części głowy	Tak	Tak
S07.9	Uraz zmiążdżeniowy głowy, część nieokreślona	Tak	Tak
T90.5	Następstwa urazu śródczaszkowego	Tak	Tak

***Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II***

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania- kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	Tak	Tak
B90.0	Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
B91	Następstwa nagminnego porażenia dziecięcego	Tak	Tak
C70.1	Opony rdzeniowe	Tak	Tak
C72.0	Rdzeń kręgowy	Tak	Tak
C72.8	Zmiana przekraczająca granice mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego	Tak	Tak
D32.1	Opony rdzeniowe	Tak	Tak
D33.4	Rdzeń kręgowy	Tak	Tak
D33.7	Inne określone części centralnego systemu nerwowego	Tak	Tak
D33.9	Centralny system nerwowy, nie określony	Tak	Tak
D42.1	Opony rdzeniowe	Tak	Tak
D43.4	Rdzeń kręgowy	Tak	Tak
D43.7	Inne części centralnego systemu nerwowego	Tak	Tak
D43.9	Centralny system nerwowy, nie określone	Tak	Tak
D86.8	Sarkoidoza innych narządów oraz wielonarządowa	Tak	Tak
G04.1	Tropikalne kurczowe porażenie kończyn dolnych	Tak	Tak
G04.2	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu oraz zapalenie opon mózgowych i rdzenia niesklasyfikowane gdzie indziej	Tak	Tak

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania- kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
G04.8	Inne zapalenia mózgu, rdzenia kręgowego oraz rdzenia kręgowego i mózgu	Tak	Tak
G04.9	Zapalenie mózgu oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, nie określone	Tak	Tak
G05.0	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G05.1	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G05.2	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G05.8	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G06.1	Ropień i ziarniniak w kanale kręgowym	Tak	Tak
G06.2	Zewnątrzwardówkowy i podwardówkowy ropień, nie określony	Tak	Tak
G08	Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym	Tak	Tak
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
G35	Stwardnienie rozsiane	Tak	Tak
G36.0	Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych [zespół Devica]	Tak	Tak
G36.8	Inne określone ostre rozsiane demielinizacje	Tak	Tak
G36.9	Ostre rozsiane demielinizacje, nie określone	Tak	Tak
G37.3	Ostre poprzeczne zapalenie rdzenia w chorobie demielinizacyjnej ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
G37.4	Podostre martwiejące zapalenie rdzenia	Tak	Tak
G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
G37.9	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakima]	Nie	Tak
G95.0	Jamistość rdzenia kręgowego i jamistość opuszki	Nie	Tak
G95.1	Mielopatie naczyniowe	Tak	Tak
G95.8	Inne określone choroby rdzenia kręgowego	Tak	Tak
G95.9	Choroba rdzenia kręgowego, nie określona	Tak	Tak
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	Tak	Tak
M35.1	Inne zespoły nakładające się	Tak	Tak
M43.3	Nawykowe nadwichnięcie w stawie szczytowo-obrotowym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	Tak	Tak
M46.3	Infekcja krążka międzykręgowego (ropna)	Tak	Tak
M46.5	Inne infekcyjne choroby kręgosłupa	Tak	Tak
M50.0	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)	Tak	Tak
M51.0	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)	Nie	Tak
S12.0	Złamanie 1 kręgu szyjnego	Tak	Tak
S12.1	Złamanie 2 kręgu szyjnego	Tak	Tak
S12.2	Złamanie innego określonego kręgu szyjnego	Tak	Tak
S12.7	Liczne złamania odcinka szyjnego kręgosłupa	Tak	Tak
S14.2	Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka szyjnego rdzenia kręgowego	Tak	Tak
S24.1	Inne i nieokreślone urazy rdzenia kręgowego odcinka piersiowego kręgosłupa	Tak	Tak
S32.0	Złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa	Tak	Tak

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania- kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
S34.1	Inny uraz rdzenia kręgowego części lędźwiowej kręgosłupa	Tak	Tak
T09.3	Uraz rdzenia kręgowego, poziom nieokreślony	Tak	Tak
T91.1	Następstwa złamania kręgosłupa	Tak	Tak
T91.3	Następstwa urazu rdzenia kręgowego	Tak	Tak

***Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II***

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania- kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	Tak	Tak
C72.1	Ogon koński	Tak	Tak
D86.8	Sarkoidoza innych narządów oraz wielonarządowa	Tak	Tak
G13.0	Paranowotworowa neuromiopia i neuropatia	Tak	Tak
G54.0	Zaburzenia splotu ramiennego	Nie	Tak
G54.1	Zaburzenia splotu lędźwiowo-krzyżowego	Nie	Tak
G61.0	Zespół Gullaina-Barrego	Tak	Tak
G62.0	Polineuropatia wywołana przez leki	Tak	Tak
G62.2	Polineuropatia wywołana innymi czynnikami toksycznymi	Tak	Tak
G62.8	Inne określone polineuropatie	Tak	Tak
G62.9	Polineuropatia, nie określona	Tak	Tak
G63.4	Polineuropatia w niedoborach żywieniowych (E40-E64+)	Tak	Tak
G70.0	Miastenia ciężka rzekomoporaźna	Tak	Tak
G70.1	Toksyczne zaburzenia nerwowo-mięśniowe	Tak	Tak
G72.0	Miopatia polekowa	Nie	Tak
G72.4	Miopatia zapalna niesklasyfikowana gdzie indziej	Tak	Tak
G73.0	Zespoły miasteniczne w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	Nie	Tak
G73.1	Zespół Eatona-Lamberta (C80+)	Nie	Tak
G73.2	Inne zespoły miasteniczne w chorobach nowotworowych (C00-D48+)	Tak	Tak
G73.3	Zespoły miasteniczne w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Nie	Tak
G73.4	Miopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	Nie	Tak
G73.5	Miopatia w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	Nie	Tak
G73.6	Miopatia w chorobach metabolicznych	Tak	Tak
G73.7	Miopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	Tak	Tak
M35.1	Inne zespoły nakładające się	Tak	Tak
M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	Nie	Tak
M51.1	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	Nie	Tak
S24.2	Uraz nerwów rdzeniowych odcinka piersiowego kręgosłupa	Tak	Tak
S34.2	Uraz nerwów rdzeniowych odcinka lędźwiowego i krzyżowego kręgosłupa	Tak	Tak
S34.3	Uraz ogona końskiego	Nie	Tak
S34.4	Uraz splotu lędźwiowo-krzyżowego	Nie	Tak
S74.0	Uraz nerwu kulszowego na poziomie biodra i uda	Nie	Tak
S74.1	Uraz nerwu udowego na poziomie biodra i uda	Nie	Tak

<b>Kod ICD-10</b>	<b>Nazwa rozpoznania- kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II</b>	<b>Faza I</b>	<b>Faza II</b>
S74.8	Uraz innych nerwów na poziomie biodra i uda	Nie	Tak
S74.9	Uraz nieokreślonego nerwu na poziomie biodra i uda	Nie	Tak
S84.7	Uraz licznych nerwów na poziomie podudzia	Nie	Tak
S84.8	Uraz innych nerwów na poziomie podudzia	Nie	Tak
S84.9	Uraz nieokreślonego nerwu na poziomie podudzia	Nie	Tak
S94.2	Uraz nerwu strzałkowego głębokiego na poziomie stawu skokowego i stopy	Nie	Tak
S94.7	Uraz mnogich nerwów na poziomie stawu skokowego i stopy	Nie	Tak
T09.4	Uraz nieokreślonego nerwu, nerwu rdzeniowego i splotu tułowia	Tak	Tak
T93.3	Następstwa zwichnięcia, skręcenia i naderwania kończyny dolnej	Tak	Tak
T93.4	Następstwa urazu nerwu kończyny dolnej	Nie	Tak

## **Lista skal medycznych i opis zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne**

### **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 niepełnosprawna w niewielkim stopniu. objawy nieznacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia, lecz nie ograniczają możliwości samodzielnego funkcjonowania. nie jest zależny od otoczenia.

3 - osoba niepełnosprawna w średnim stopniu. objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie.

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

5 - osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. konieczna stała pomoc drugiej osoby.

### **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,

### **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:
  - 1) GCS 13-15 – łagodne
  - 2) GCS 9-12 – umiarkowane
  - 3) GCS 6-8 – brak przytomności
  - 4) GCS 5 – odkorowanie
  - 5) GCS 4 – odmóżdzenie
  - 6) GCS 3 – śmierć mózgu

**SKALA MRC (MEDICAL RESEARCH COUNCIL SCALE)** - jest to skala składająca się z dwóch części. Pierwsza z nich określa ocenę siły mięśniowej w 6 - stopniowej skali, a drugą część stanowi 10 - poziomowa kliniczna skala stosowana do oceny funkcjonalnej. Poziom 0 oznacza stan normalny (bez zaburzeń), poziom 9 oznacza pacjentów z respiratorem i porażeniem czterokończynowym, a poziom 10 śmierć.

#### **Kliniczna skala oceny stanu funkcjonalnego pacjenta**

Stopień 0: prawidłowy.

Stopień 1: brak niepełnosprawności; niewielkie zaburzenia czucia lub arefleksja.

Stopień 2: niewielka niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 200 m; łagodne osłabienie jednej lub więcej kończyn i upośledzenie czucia.

Stopień 3: umiarkowana niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 50 m bez pomocy; umiarkowane osłabienie siły mięśniowej wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia.

Stopień 4: ciężka niepełnosprawność; pacjent jest w stanie chodzić na odległość > 10 m przy pomocy np. laski, kuli; motoryka osłabiona wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia.

Stopień 5: wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; wyraźne upośledzenie motoryki i czucia.



- Stopień 6: nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia.
- Stopień 7: obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni.
- Stopień 8: respirator i / lub ciężki niedowład czterokończynowy; maksymalna wytrzymałość mięśni wg MRC - stopień 2 oceny siły mięśni.
- Stopień 9: respirator i tetraplegia.
- Stopień 10: śmierć.

#### **Ocena siły mięśniowej w skali od 0 do 5:**

- Stopień 5: Mięśnie kurczą się normalnie przeciwko pełnemu oporowi.
- Stopień 4: Siła mięśni jest zmniejszona, ale skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi.
- Stopień 3: Wytrzymałość mięśni jest dodatkowo zmniejszona, zdolny do wykonania ruchu w zachowanym zakresie ruchu, przeciwko sile grawitacji, bez oporu. Przykładowo, łokieć można przesunąć z pełnego przedłużenia do pełnego zgięcia zaczynając od zwisającego z boku ramienia.
- Stopień 2: Mięśnie mogą poruszać się tylko wtedy, gdy opór grawitacji zostanie usunięty. Na przykład, łokieć można całkowicie zgiąć tylko wtedy, gdy ramię jest utrzymywane w płaszczyźnie poziomej.
- Stopień 1: Widoczny lub odczuwany jest tylko ślad lub migotanie mięśni lub widoczne są drgania w mięśniach.
- Stopień 0: Nie obserwuje się ruchu.

### **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 nieuważności 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 suteczkwatych 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.

**GMFCS (GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM – (EXPANDED AND REVISED)**

**SYSTEM KLASYFIKACJI FUNKCJI MOTORYKI DUŻEJ – ROZSZERZONY I POPRAWIONY**

GMFCS Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007

CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

GMFCS Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi, 1997

CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

(Reference: Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223)

Odpowiedzialna za skalę: dr n. bio. Ewa Gajewska Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji, Zakład Fizjoterapii Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

mail: karasinska1@wp.pl

**WSTĘP I WSKAZÓWKI DLA UŻYTKOWNIKA**

Podstawą Systemu Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej GMFCS w mózgowym porażeniu dziecięcym jest samodzielnie zapoczątkowany ruch, zwłaszcza siedzenie, zmiana pozycji i przemieszczanie się. Tworząc pięciopoziomowy system klasyfikacji naszym podstawowym kryterium było to, 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. Różnice między Poziomami I i II nie są tak wyraźne jak różnice między innymi poziomami, zwłaszcza dla niemowląt poniżej 2 lat.

Rozszerzona wersja GMFCS (2007) obejmuje przedział wieku dla młodzieży od 12 do 18 lat i podkreśla pojęcia obecne w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia. Zachęcamy użytkowników do uświadomienia sobie wpływu, jaki czynniki środowiskowe i osobiste mogą mieć na to, co wykonują dzieci i młodzież. GMFCS kładzie nacisk na ustalenie, który poziom najlepiej reprezentuje aktualne umiejętności i ograniczenia w funkcji motoryki dużej dziecka. W centrum zainteresowania znajduje się zwykle działanie dziecka w domu, szkole i swoim środowisku (tj. co robi), a nie to, co według naszej wiedzy jest w stanie wykonać będąc w najlepszej formie (zdolność do wykonania czegoś). Dlatego ważne jest, aby klasyfikować obecne działanie funkcji motoryki dużej, a nie uwzględniać ocen na temat jakości ruchu albo przewidywania poprawy.

Tytułem dla każdego poziomu jest sposób poruszania się, który jest najbardziej charakterystyczny po 6 roku życia. Opisy funkcjonalnych umiejętności i ograniczeń dla każdego przedziału wiekowego są szerokie, a ich celem nie jest opisanie wszystkich aspektów funkcji poszczególnych dzieci. Na przykład niemowlę z hemiplegią, które nie jest w stanie pełzać na dłoniach i kolanach, ale poza tym pasuje do opisu Poziomu I (tj. potrafi podciągnąć się do stania i chodzić), będzie sklasyfikowane na Poziomie I. Skala jest porządkowa i nie należy odległości między poziomami traktować jako równych ani wnioskować, że liczba dzieci i młodzieży z porażeniem mózgowym jest taka sama na każdym poziomie. Podajemy streszczenie różnic dla każdej pary poziomów, aby pomóc w ustaleniu, który z poziomów najbardziej przypomina aktualną funkcję motoryki dużej.

Jesteśmy świadomi tego, że objawy funkcji motoryki dużej zależą od wieku, zwłaszcza w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie. Dla każdego poziomu podajemy oddzielne opisy w różnych przedziałach wiekowych. Dzieci poniżej 2 lat należy oceniać w wieku skorygowanym, jeśli były wcześniakami. Opisy dla przedziałów 6 do 12 lat i 12 do 18 lat uwzględniają potencjalny wpływ czynników środowiskowych (np. odległości w szkole i środowisku) i czynników osobistych (np. wymogi energetyczne i upodobania społeczne) na sposób poruszania się.

Staraliśmy się podkreślić raczej umiejętności niż ograniczenia. Dlatego z reguły funkcja motoryki dużej dziecka, które potrafi wykonać czynności podane w opisie danego poziomu, będzie prawdopodobnie sklasyfikowane na tym poziomie lub powyżej tego poziomu funkcji; z kolei funkcja motoryki dużej dziecka, które nie potrafi wykonać czynności z danego poziomu, powinno być sklasyfikowane poniżej tego poziomu funkcji.

#### 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 siadania 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.

**POZIOM 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 rekompensuje 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 rekompensuje 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 rodziców koniecznieść 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.

Zestawienie obecnego zakresu ICD-10 w koszyku, z propozycją zmian

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	NIE
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	NIE
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	NIE
A87.8	Inne wirusowe postaci zapalenia opon mózgowych	NIE
A87.9	Wirusowe zapalenie opon mózgowych, nie określone	NIE
B90.0	Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego	NIE
B90.0	Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego	NIE
B91	Następstwa nagminnego porażenia dziecięcego	NIE
B94.1	Następstwa wirusowego zapalenia mózgu	NIE
C70.0	Opony mózgowie	TAK
C70.1	Opony rdzeniowe	TAK
C70.1	Opony rdzeniowe	TAK

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
C70.9	Opony, nie określone	TAK
C71.0	Mózg z wyjątkiem płatów i komór	TAK
C71.1	Płat czołowy	TAK
C71.2	Płat skroniowy	TAK
C71.3	Płat ciemieniowy	TAK
C71.4	Płat potyliczny	TAK
C71.5	Komory mózgowe	TAK
C71.6	Mózdzek	TAK
C71.7	Pień mózgu	TAK
C71.8	Zmiana przekraczająca granice mózgu	TAK
C71.9	Mózg, nie określony	TAK
C72.0	Rdzeń kręgowy	TAK
C72.1	Ogon koński	TAK
C72.4	Nerw przedstonkowo-ślimakowy	TAK
C72.5	Inne i nieokreślone nerwy czaszkowe	TAK
C72.8	Zmiana przekraczająca granice mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego	TAK
C72.9	Centralny system nerwowy, nie określone	TAK
C79.3	Wtórny nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowych	TAK
D32.0	Opony mózgowe	TAK
D32.1	Opony rdzeniowe	TAK
D32.9	Opony, nie określone	TAK
D33.0	Mózg, nadnamiotowe	TAK
D33.1	Mózg, podnamiotowe	TAK
D33.2	Mózg, nie określony	TAK
D33.3	Nerwy czaszkowe	TAK
D33.4	Rdzeń kręgowy	TAK
D33.7	Inne określone części centralnego systemu nerwowego	TAK
D33.7	Inne określone części centralnego systemu nerwowego	TAK
D33.9	Centralny system nerwowy, nie określony	TAK
D33.9	Centralny system nerwowy, nie określony	TAK
D42.0	Opony mózgowe	TAK
D42.1	Opony rdzeniowe	TAK
D42.9	Opony, nie określone	TAK
D43.1	Mózg, podnamiotowe	TAK
D43.2	Mózg, nie określony	TAK
D43.3	Nerwy czaszkowe	TAK
D43.4	Rdzeń kręgowy	TAK
D43.7	Inne części centralnego systemu nerwowego	TAK
D43.7	Inne części centralnego systemu nerwowego	TAK
D43.9	Centralny system nerwowy, nie określone	TAK
D43.9	Centralny system nerwowy, nie określone	TAK
D86.8	Sarkoidoza innych narządów oraz wielonarządowa	NIE
D86.8	Sarkoidoza innych narządów oraz wielonarządowa	NIE
D86.8	Sarkoidoza innych narządów oraz wielonarządowa	NIE
E51.2	Encefalopatia Wernickiego	NIE
E83.0	Zaburzenia przemian miedzi	NIE
E83.1	Zaburzenia przemiany żelaza	NIE
F44.0	Amnezja dysocjacyjna	NIE
F44.4	Dysocjacyjne zaburzenia ruchu	NIE
F44.8	Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	NIE
F44.9	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nie określone	NIE
G00.0	Zapalenie opon mózgowych wywołane przez Haemophilus influenzae	TAK
G00.1	Zapalenie opon mózgowych pneumokokowe	TAK
G00.2	Zapalenie opon mózgowych paciorkowcowe	TAK
G00.3	Zapalenie opon mózgowych gronkowcowe	TAK
G00.8	Inne bakteryjne zapalenia opon mózgowych	TAK
G00.9	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych, nie określone	TAK
G02.0	Zapalenie opon mózgowych w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G02.1	Zapalenie opon mózgowych w grzybicach	TAK
G02.8	Zapalenie opon mózgowych w innych określonych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G03.0	Nieropne zapalenie opon mózgowych	TAK
G03.1	Przewlekłe zapalenie opon mózgowych	TAK
G03.8	Zapalenie opon mózgowych wywołane przez inne określone czynniki	TAK
G03.9	Zapalenie opon mózgowych, nie określone	TAK
G04.0	Ostre rozsiane zapalenie mózgu	TAK
G04.1	Tropikalne kurczowe porażenie kończyn dolnych	TAK
G04.1	Tropikalne kurczowe porażenie kończyn dolnych	TAK
G04.2	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu oraz zapalenie opon mózgowych i rdzenia niesklasyfikowane gdzie indziej	TAK
G04.2	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu oraz zapalenie opon mózgowych i rdzenia niesklasyfikowane gdzie indziej	TAK
G04.8	Inne zapalenia mózgu, rdzenia kręgowego oraz rdzenia kręgowego i mózgu	TAK
G04.8	Inne zapalenia mózgu, rdzenia kręgowego oraz rdzenia kręgowego i mózgu	TAK
G04.9	Zapalenie mózgu oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, nie określone	TAK
G04.9	Zapalenie mózgu oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, nie określone	TAK
G05.0	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G05.0	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
G05.1	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G05.1	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G05.2	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G05.2	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G05.8	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G05.8	Zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G06.0	Ropień i ziarniak śródczaszkowy	TAK
G06.1	Ropień i ziarniak w kanale kręgowym	TAK
G06.2	Zewnątrzwardówkowy i podwardówkowy ropień, nie określony	TAK
G06.2	Zewnątrzwardówkowy i podwardówkowy ropień, nie określony	TAK
G08	Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym	TAK
G08	Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym	TAK
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego	TAK
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego	TAK
G13.0	Paranowotworowa neuromiopia i neuropatia	TAK
G13.1	Inne zaniki układowe pierwotnie zajmujące układ nerwowy w chorobie nowotworowej	TAK
G21.3	Parkinsonizm po zapaleniu mózgu	NIE
G23.0	Choroba Hellervordena-Spatza	NIE
G31.2	Zwyrodnienie układu nerwowego wywołane przez alkohol	TAK
G31.8	Inne określone choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego	TAK
G31.9	Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, nie określone	TAK
G32.8	Inne określone zaburzenia zwyrodnieniowe układu nerwowego występujące w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G35	Stwardnienie rozsiane	NIE
G35	Stwardnienie rozsiane	NIE
G36.0	Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych [zespół Devica]	TAK
G36.0	Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych [zespół Devica]	TAK
G36.1	Ostre i podostre krwotoczne zapalenie istoty białej mózgu [Hursta]	TAK
G36.8	Inne określone ostre rozsiane demielinizacje	TAK
G36.8	Inne określone ostre rozsiane demielinizacje	TAK
G36.9	Ostre rozsiane demielinizacje, nie określone	TAK
G36.9	Ostre rozsiane demielinizacje, nie określone	TAK
G37.1	Środkowa demielinizacja ciała modzełowatego	TAK
G37.2	Mielinoliza środkowa mostu	TAK
G37.3	Ostre poprzeczne zapalenie rdzenia w chorobie demielinizacyjnej ośrodkowego układu nerwowego	TAK
G37.4	Podostre martwiące zapalenie rdzenia	TAK
G37.5	Stwardnienie koncentryczne [Baló]	TAK
G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	TAK
G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	TAK
G37.9	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	TAK
G37.9	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	TAK
G46.1	Zespół tętnicy przedniej mózgu (I66.1+)	NIE
G46.2	Zespół tętnicy tylnej mózgu (I66.2+)	NIE
G46.3	Zespół udarowy pnia mózgu (I60-I67+)	NIE
G46.4	Zespół udarowy mózdzku (I60-I67+)	NIE
G46.5	Stan zatokowy z zespołem czysto ruchowym (I60-I67+)	NIE
G46.7	Stan zatokowy z innymi zespołami (I60-I67+)	NIE
G46.8	Inne zespoły naczyniowe mózgu w chorobach naczyń mózgowych (I60-I67+)	NIE
G54.0	Zaburzenia splotu ramiennego	TAK
G54.1	Zaburzenia splotu lędźwiowo-krzyżowego	TAK
G61.0	Zespół Gullaina-Barrego	TAK
G62.0	Polineuropatia wywołana przez leki	TAK
G62.2	Polineuropatia wywołana innymi czynnikami toksycznymi	TAK
G62.8	Inne określone polineuropatie	TAK
G62.9	Polineuropatia, nie określona	TAK
G63.4	Polineuropatia w niedoborach żywieniowych (E40-E64+)	TAK
G70.0	Miastenia ciężka rzekomoporaźna	TAK
G70.1	Toksyczne zaburzenia nerwowo-mięśniowe	TAK
G72.0	Miopatia polekowa	TAK
G72.4	Miopatia zapalna niesklasyfikowana gdzie indziej	TAK
G73.0	Zespoły miasteniczne w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	TAK
G73.1	Zespół Eatona-Lamberta (C80+)	TAK
G73.2	Inne zespoły miasteniczne w chorobach nowotworowych (C00-D48+)	TAK
G73.3	Zespoły miasteniczne w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G73.4	Miopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G73.5	Miopatia w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	TAK
G73.6	Miopatia w chorobach metabolicznych	TAK
G73.7	Miopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
G91.0	Wodogłowie komunikujące	TAK
G91.1	Wodogłowie z niedrożności	TAK
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakima]	TAK



Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakim]	TAK
G91.3	Wodogłowie pourazowe, nie określone	TAK
G91.8	Inne wodogłowie	TAK
G91.9	Wodogłowie, nie określone	TAK
G93.1	Uszkodzenie mózgu z niedotlenienia niesklasyfikowane gdzie indziej	TAK
G93.4	Encefalopatia, nie określona	TAK
G95.0	Jamistość rdzenia kręgowego i jamistość opuszki	TAK
G95.1	Mielopatia naczyń	TAK
G95.8	Inne określone choroby rdzenia kręgowego	TAK
G95.9	Choroba rdzenia kręgowego, nie określona	NIE
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	NIE
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	NIE
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	NIE
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	NIE
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	NIE
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	NIE
I60.0	Krwotok podpajęczynówkowy z syfonu lub rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej	TAK
I60.1	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu	TAK
I60.2	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej	TAK
I60.3	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej tylnej	TAK
I60.4	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy podstawnej	TAK
I60.5	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy kręgowej	TAK
I60.6	Krwotok podpajęczynówkowy z innych tętnic wewnątrzczaszkowych	TAK
I60.7	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy wewnątrzczaszkowej, nie określony	TAK
I60.8	Inne krwotoki podpajęczynówkowe	TAK
I60.9	Krwotok podpajęczynówkowy, nie określony	TAK
I61.0	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy	TAK
I61.1	Krwotok mózgowy do półkul, korowy	TAK
I61.2	Krwotok mózgowy do półkul, nie określony	TAK
I61.3	Krwotok mózgowy do pnia mózgu	TAK
I61.4	Krwotok mózgowy do mózdzku	TAK
I61.5	Krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy	TAK
I61.6	Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu	TAK
I61.8	Inne krwotoki mózgowe	TAK
I61.9	Krwotok mózgowy, nie określony	TAK
I62.0	Krwotok pod oponą twardą (ostry) (nieurazowy)	TAK
I62.1	Nieurazowy krwotok nad oponą twardą	TAK
I62.9	Krwotok mózgowy (nieurazowy), nie określony	TAK
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych	TAK
I63.1	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic przedmózgowych	TAK
I63.2	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych	TAK
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	TAK
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	TAK
I63.5	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych	TAK
I63.6	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep żył mózgowych, nieropny	TAK
I63.8	Inne zawały mózgu	TAK
I63.9	Zawał mózgu, nie określony	TAK
I67.1	Tętniak mózgu, niepęknięty	TAK
I67.4	Encefalopatia nadciśnieniowa	TAK
I67.6	Nieropny zakrzep układu żylnego wewnątrzczaszkowego	TAK
I67.7	Zapalenie tętnic mózgowych, niesklasyfikowanych gdzie indziej	TAK
I68.2	Zapalenie tętnic mózgowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	NIE
I69.0	Następstwa krwotoku podpajęczynówkowego	TAK
I69.1	Następstwa krwotoku mózgowego	TAK
I69.2	Następstwa innych nieurazowych krwotoków wewnątrzczaszkowych	TAK
I69.3	Następstwa zawału mózgu	TAK
I69.8	Następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych	TAK
M35.1	Inne zespoły nakładające się	NIE
M35.1	Inne zespoły nakładające się	NIE
M35.1	Inne zespoły nakładające się	NIE
M35.2	Choroba Behçeta	NIE
M43.3	Nawykowe nadwężenie w stawie szczytowo-obrotowym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	NIE
M46.3	Infekcja krążka międzykręgowego (ropna)	NIE
M46.5	Inne infekcyjne choroby kręgosłupa	NIE
M50.0	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)	NIE
M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	NIE
M51.0	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)	NIE
M51.1	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	NIE
O87.3	Zakrzepica żył mózgowych w czasie porodu	NIE
S06.2	Rozlany uraz mózgu	TAK
S06.3	Ogniskowy uraz mózgu	TAK
S06.4	Krwotok nadwardkowy	TAK
S06.5	Urazowy krwotok podwardkowy	TAK
S06.6	Urazowy krwotok podpajęczynówkowy	TAK

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
S06.7	Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności	TAK
S06.8	Inne urazy śródczaszkowe	TAK
S07.0	Uraz zmiążdżeniowy twarzoczaszki	TAK
S07.1	Uraz zmiążdżeniowy czaszki	TAK
S07.8	Uraz zmiążdżeniowy innych części głowy	TAK
S07.9	Uraz zmiążdżeniowy głowy, część nieokreślona	TAK
S12.0	Złamanie 1 kręgu szyjnego	TAK
S12.1	Złamanie 2 kręgu szyjnego	TAK
S12.2	Złamanie innego określonego kręgu szyjnego	TAK
S12.7	Liczne złamania odcinka szyjnego kręgosłupa	TAK
S14.2	Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka szyjnego rdzenia kręgowego	TAK
S24.1	Inne i nieokreślone urazy rdzenia kręgowego odcinka piersiowego kręgosłupa	TAK
S24.2	Uraz nerwów rdzeniowych odcinka piersiowego kręgosłupa	TAK
S32.0	Złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa	NIE
S34.1	Inny uraz rdzenia kręgowego części lędźwiowej kręgosłupa	TAK
S34.2	Uraz nerwów rdzeniowych odcinka lędźwiowego i krzyżowego kręgosłupa	TAK
S34.3	Uraz ogona końskiego	TAK
S34.4	Uraz splotu lędźwiowo-krzyżowego	TAK
S74.0	Uraz nerwu kulszowego na poziomie biodra i uda	TAK
S74.1	Uraz nerwu udowego na poziomie biodra i uda	TAK
S74.8	Uraz innych nerwów na poziomie biodra i uda	TAK
S74.9	Uraz nieokreślonego nerwu na poziomie biodra i uda	NIE
S84.7	Uraz licznych nerwów na poziomie podudzia	TAK
S84.8	Uraz innych nerwów na poziomie podudzia	TAK
S84.9	Uraz nieokreślonego nerwu na poziomie podudzia	NIE
S94.2	Uraz nerwu strza kowego głębokiego na poziomie stawu skokowego i stopy	TAK
S94.7	Uraz mnogich nerwów na poziomie stawu skokowego i stopy	TAK
T09.3	Uraz rdzenia kręgowego, poziom nieokreślony	TAK
T09.4	Uraz nieokreślonego nerwu, nerwu rdzeniowego i splotu tułowia	TAK
T90.5	Następstwa urazu śródczaszkowego	TAK
T91.1	Następstwa złamania kręgosłupa	TAK
T91.3	Następstwa urazu rdzenia kręgowego	NIE
T93.3	Następstwa zwichnięcia, skręcenia i naderwania kończyny dolnej	TAK
T93.4	Następstwa urazu nerwu kończyny dolnej	TAK

Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych kompleksowej rehabilitacji neurologicznej

<b>Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej</b>	
<b>Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)</b>	4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Stacjonarny
<b>Warunki lokalowe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet diagnostyczno- zabiegowy,</li> <li>2) gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>3) gabinet lekarski,</li> <li>4) sala fizjoterapii.</li> </ol> </li> <li>2. Wymagane w lokalizacji:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet logopedyczny,</li> <li>2) gabinet psychologiczny,</li> <li>3) gabinet terapeuty zajęciowego,</li> <li>4) sala treningu medycznego.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz rehabilitacji lub lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej 1 etatu;</li> <li>2) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub w dziedzinie chorób wewnętrznych – równoważnik co najmniej 1 etatu;</li> <li>3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną;</li> <li>4) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu;</li> <li>5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) terapeuty zajęciowego,</li> <li>b) logopedy</li> </ol>               – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia,             </li> <li>6) zapewnienie konsultacji (w zależności od potrzeb pacjenta):               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lekarza specjalisty [urologii, lub ortopedii, lub (...)],</li> <li>b) dietetyka.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia;</li> <li>2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista neurologii lub w dziedzinie chorób wewnętrznych;</li> <li>3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia;</li> <li>4) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji);</li> <li>5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.</li> </ol>

<b>Dodatkowe warunki wymagane</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stanowisko intensywnego nadzoru - w miejscu.</li> <li>2. Warunki lokalowe wspólne.</li> </ol>
<b>Pozostałe wymagania</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zaleceniami i wiedzą medyczną.</li> <li>2. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub lekarza rehabilitacji lub w dziedzinie chorób wewnętrznych.</li> </ol>

Źródło: opracowanie AOTMiT

Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

<b>Ośrodek kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej</b>	
<b>Wymagania formalne / Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Ambulatoryjny
<b>Warunki lokalowe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,</li> <li>2) gabinet lekarski,</li> <li>3) gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>4) sala fizjoterapii,</li> <li>5) sala treningu medycznego,</li> <li>6) gabinet terapii zajęciowej,</li> </ol> </li> <li>2. W miejscu lub w lokalizacji udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet logopedyczny,</li> <li>2) gabinet psychologiczny,</li> </ol> </li> <li>3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego,</li> <li>2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz rehabilitacji, lub</li> <li>2) lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej;</li> <li>3) fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej;</li> <li>4) terapeuta zajęciowy – równoważnik co najmniej ½ etatu;</li> </ol>

	<p>5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale:</p> <p>a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) logopedy, – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia</p> <p>c) pielęgniarki – w wymiarze niezbędnym do realizacji świadczeń, d) dietetyka – w dostępie.</p>
<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	<p>1) lekarz rehabilitacji, lub w trakcie specjalizacji – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.</p> <p>2) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p>
<b>Dodatkowe warunki wymagane</b>	<p>1. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.</p> <p>2. Warunki lokalowe wspólne.</p>
<b>Pozostałe wymagania</b>	<p>Kierownik ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.</p>

Źródło: opracowanie AOTMiT

Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej

<b>Poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna</b>	
<b>Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)</b>	<p>1300 – poradnia rehabilitacyjna</p> <p>W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej</p>
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Ambulatoryjny
<b>Warunki lokalowe</b>	<p>1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski,</p> <p>2. Wymagane w lokalizacji:</p> <p>1) pracownia pomiarowa, 2) ultrasonograf – z możliwością badania w prezentacji B w czasie rzeczywistym, posiadający opcje (oprogramowanie) dostosowane do zakresu badania, wyposażony w specjalistyczne głowice właściwe dla zakresu badania; 3) urządzenie do rejestracji obrazu lub drukarka do USG.</p>
<b>Personel medyczny</b>	lekarz rehabilitacji - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej

<b>Dodatkowe warunki wymagane</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warunki lokalowe wspólne.</li> <li>2. Zapewnienie dostępu do badania spirometrycznego - w lokalizacji.</li> </ol>
<b>Pozostałe wymagania</b>	Kierownik poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.

Źródło: opracowanie AOTMiT

#### Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii

<b>Pracownia fizjoterapii</b>		
<b>Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)</b>	1310 Dział (pracownia) fizjoterapii W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej	
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Ambulatoryjny lub domowy	
<b>Warunki lokalowe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>2) sala fizjoterapii,</li> <li>3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM),</li> </ol> </li> <li>2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.</li> </ol>	
<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) fizjoterapeuta, w tym z tytułem magistra – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii</li> <li>2) dodatkowy fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów.</li> <li>3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący wizytę kwalifikacyjną/ konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii</li> </ol>	
<b>Dodatkowe warunki wymagane</b>	Warunki lokalowe wspólne	
<b>Pozostałe wymagania</b>	Kierownik pracowni fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.	
<b>Kryteria usieciowienia</b>	<b>Kryteria populacyjne</b>	w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii
	<b>Kryteria terytorialne</b>	gmina lub grupa gmin w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii

Źródło: opracowanie AOTMiT

## **Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń**

**Warunki lokalowe wspólne** – warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:

- a) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową,
- b) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty,
- c) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową – w warunkach stacjonarnych wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- d) budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom,
- e) pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.

### **Słownik:**

- 1) gabinet dietetyczny - pomieszczenie wyposażone w:
  - a) wagę z pomiarem masy ciała >150 kg,
  - b) miernik długości (wysokości) ciała,
  - c) taśmę antropometryczną do pomiaru obwodów części ciała.
- 2) gabinet fizjoterapeutyczny – odrębne pomieszczenie wyposażone w:
  - a) stół z regulowaną wysokością,
  - b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń.
- 3) gabinet lekarski – odrębne pomieszczenie wyposażone w:
  - a) leżanka lub stół z regulowaną wysokością;
  - b) sprzęt do pomiarów antropometrycznych.
- 4) gabinet logopedyczny – pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu wyposażone w:
  - a) stanowisko komputerowe z programem komputerowym do terapii zaburzeń mowy,
  - b) lustro kontrolne,
  - c) testy niezbędne do postawienia diagnozy,
  - d) gry dydaktyczne dla dzieci,
  - e) książki i inne pomoce logopedyczne,
  - f) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku.
- 5) gabinet masażu – odrębne pomieszczenie wyposażone w stół do masażu z regulowaną wysokością.
- 6) gabinet psychologiczny – pomieszczenie (ze światłem dziennym), o powierzchni która umożliwi w przypadku dzieci na swobodne rozmieszczenie sprzętu służącego do przeprowadzenia prób diagnostycznych, w tym oceniających m.in. sprawność psychomotoryczną, funkcje poznawcze, funkcje emocjonalno- społeczne i zabawy dziecka, wyposażony w:
  - a) stoisko komputerowe z programem komputerowym do diagnozy i terapii psychologicznej,
  - b) testy, skale i kwestionariusze niezbędne do postawienia diagnozy neuropsychologicznej/psychologicznej,
  - c) materac lub mata,
  - d) zabawki dla dzieci do procesu diagnozy lub terapii.
- 7) gabinet terapii zajęciowej – odrębne pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu, wyposażone w:
  - a) drobne elementy adaptacyjne do treningu czynności życia codziennego (np. łyżki z pogrubionym trzonkami, antypoślizgowe talerze, nakładki na krany, chwytaki do zakładania ubrań etc.),
  - b) stanowisko z elementami wyposażenia kuchni przystosowane dla dzieci lub dorosłym,

- 
- c) łazienka przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami do treningu ADL – w dostępie,
  - d) elementy do terapii ręki (np. specjalne zestawy do terapii ręki),
  - e) zabawki i gry edukacyjne,
  - f) artykuły biurowe.
- 8) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – gabinet zgodnie z określeniem użytym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
- 9) oddział leczenia ostrej fazy choroby – oddział szpitalny, w którym pacjent jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby.
- 10) poradnia leczenia ostrej fazy choroby – poradnia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w której pacjent jest leczony w związku z ostrą fazą choroby lub z powodu zaostrzenia lub rzutu choroby chronicznej (przewlekłe postępującej).
- 11) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w:
- a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,
  - b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,
  - c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,
  - d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,
  - e) lustro kontrolne.
- 12) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w:
- a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,
  - b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,
  - c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,
  - d) materace lub maty.
- 13) sala do terapii integracji sensorycznej IS (dla dzieci powyżej 4 r. ż.) - odrębne pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu, co najmniej wyposażona w:
- a) podwieszenie do sprzętu integracji sensorycznej (SI), jako wyposażenie sal w których ze względów technicznych lub bezpieczeństwa nie można montować w suficie uchwytów mocujących do podwieszania sprzętów do terapii,
  - b) platformę podwieszaną,
  - c) huśtawkę terapeutyczną,
  - d) grzybek,
  - e) helikopter,
  - f) hamak,
  - g) deskorolki,
  - h) deskę rotacyjną,
  - i) materace, pufy, beczkę,
  - j) pomoce do stymulacji: wzrokowej, dotykowej, węchowej, słuchowej.
- 14) stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki) – przeznaczone dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru; składa się z łóżka szpitalnego (wyodrębnionego spośród łóżek oddziału) ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia pacjenta (unoszenie nóg, głowy), wraz z niezbędnym wyposażeniem, spełniającym wymagania określone w ppkt. a – f, znajdującym się w wyodrębnionym pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, próżni i sprężonego powietrza;  
W pomieszczeniu ze stanowiskiem intensywnego nadzoru, zapewniającym swobody dostęp ze wszystkich stron, z pozostawieniem miejsca na manipulację aparatami przyłóżkowymi, znajdują się:
- a) kardiowerter- defibrylator (co najmniej jeden),
  - b) elektryczne lub próżniowe urządzenie do ssania- (co najmniej dwa),
  - c) zestaw do intubacji (co najmniej jeden),
  - d) worek samorozprężalny (co najmniej jeden),



- 
- e) kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji (na każde stanowisko),
  - f) pompy infuzyjne (co najmniej dwie na jedno stanowisko).

Dla stanowiska intensywnego nadzoru zapewniona jest możliwość stałej obserwacji pacjenta ze stanowiska pielęgniarki.