



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**Załącznik 1. Opisy świadczeń w zakresie rehabilitacji
neurologicznej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego**

**Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji
neurologicznej**

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018

Data ukończenia: 24.04.2019 r.

1. Świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej	3
1.1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	3
1.1.1. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	3
1.1.2. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II	8
1.1.3. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	13
1.1.4. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II	18
1.1.5. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I	23
1.1.6. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II	28
1.2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	33
1.2.1. Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	33
1.3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	37
1.3.1. Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	37
1.4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	40
1.4.1. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	40
2. Rozpoznania referencyjne w zakresie rehabilitacji neurologicznej	43
2.1. Lista rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	43
2.2. Lista rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II	46
2.3. Lista rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II	48
2.4. Lista rozpoznań referencyjnych w rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji dziennej (rozpoznania wyjściowe)	50
2.5. Zestawienie rozpoznań medycznych wg ICD-10 zawartych w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z zakresu rehabilitacji leczniczej z propozycją zmian	50
3. Narzędzia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w ramach rehabilitacji neurologicznej	55
3.1. Skala oparta na skali Rankina	55
3.2. Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL	56
3.3. Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale)	56
3.4. Skala MRC (Medical Research Council Scale)	57
3.5. Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu	58
4. Wymagania dotyczące personelu realizującego świadczenia	60
5. Warunki szczegółowe miejsc udzielania świadczeń w rehabilitacji neurologicznej	62
5.1. Definicje pomieszczeń służących do realizacji świadczeń	62
5.2. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych kompleksowej rehabilitacji neurologicznej	65
5.3. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji dziennej	67
5.4. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii	69

1. Świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej

1.1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

1.1.1. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia	
	Wymogi formalne	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania: 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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.
		Załączone badania 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.
		Pozostałe warunki 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
Kryteria włączenia	Opis włączenia 1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) 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 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, lub 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,</p> <p>5) pacjent 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.</p> <p>2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub 3) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	II. Zakres świadczenia	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
	Etapy udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną; c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną; 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarstwa - 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): <ul style="list-style-type: none"> – 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 – 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"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego. 3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej			
		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.	
	Świadczenia dodatkowe	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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 	
	III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
	Miejsce realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej. Oddział leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia) – w lokalizacji. 	
	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
	Personel medyczny		
	Dodatkowe warunki	<ol style="list-style-type: none"> 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.). Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie do: <ol style="list-style-type: none"> kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. 	
	Kryteria	Kryteria populacyjne	brak informacji

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej			
	usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia			
	Wskaźniki jakości	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – 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. 	
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta. 	

1.1.2. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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.
	Załączone badania 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.
	Pozostałe warunki 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
Kryteria włączenia	Opis włączenia 1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) 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 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-4 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, lub według skali MRC – stopień <5, oraz 5) 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, 6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>c) bezpośrednio po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub</p> <p>d) wypisu z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</p> <p>2. W przypadku wystąpienia, w wymienionym ww. okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub 3) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub 4) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
II. Zakres świadczenia		
	Etapy udzielania świadczeń	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określeniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną: c) konsultację logopedyczną, lub

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>d) konsultację psychologiczną, lub</p> <p>e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub</p> <p>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</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"> – 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"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz – 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"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia,</p> <p>2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<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>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Świadczenia dodatkowe	<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>	
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	<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 wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie do innego typu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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, <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, - wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, - 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.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.

1.1.3. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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.
	Załączone badania Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.
Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie. 	
Kryteria włączenia	Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych (zawarta w tabeli poniżej) oraz stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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.
	II. Zakres świadczenia	
	Etapy udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną: c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną, 2) etap II – terapia i opieka obejmuje:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<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"> - 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 - 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"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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.
	Świadczenia dodatkowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: <ul style="list-style-type: none"> 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe <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> 2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		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
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej. 2. Oddział leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia) – w lokalizacji.	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	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.). 2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie do: <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki jakości	Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy): <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, 	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> - 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.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.

1.1.4. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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.
	Załączone badania Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> 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.
	Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
	Kryteria włączenia
	Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych (zawarta w tabeli poniżej) oraz 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz 5) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8, 6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub c) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I. 2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 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 3) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
II. Zakres świadczenia		
	Etapy udzielania świadczeń	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną: c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną, 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 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

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"> - 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"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz - 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"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego</p> <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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.
	Świadczenia dodatkowe	<ol style="list-style-type: none"> 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

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: 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>
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	<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>3. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki jakości	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, 	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.

1.1.5. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej									
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia								
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"> Wymogi formalne </td> <td> Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego </td> </tr> <tr> <td> Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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. </td> </tr> <tr> <td> Załączone badania Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej. </td> </tr> <tr> <td> Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie. </td> </tr> <tr> <td> Kryteria włączenia </td> <td> <table border="1"> <tr> <td> Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Wymogi formalne	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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. 	Załączone badania Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej. 	Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie. 	Kryteria włączenia	<table border="1"> <tr> <td> Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. </td> </tr> </table>	Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
	Wymogi formalne		Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego						
			Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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. 						
Załączone badania Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej. 									
Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie. 									
Kryteria włączenia	<table border="1"> <tr> <td> Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. </td> </tr> </table>	Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 							
Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 									

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p> <p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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.
II. Zakres świadczenia		
	Etapy udzielania świadczenia	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną; c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną; 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 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

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"> - 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"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do xxx osób w grupie), oraz - 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"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego</p> <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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.
	Świadczenia dodatkowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: <ul style="list-style-type: none"> 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe <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: 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>
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej. 2. Oddział leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia) – w lokalizacji.	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	<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 wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie 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.</p>	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki jakości	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>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.</p> <p>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,</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, - 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.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.

1.1.6. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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.
	Załączone badania Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> 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.
	Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
Kryteria włączenia	Opis włączenia <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) 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 stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, oraz 3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz 4) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8, 5) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8, 6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub c) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<p>2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 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 3) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
II. Zakres świadczenia		
	Etapy udzielania świadczeń	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną: c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną, 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<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"> - 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"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz - 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"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz <p>d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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.
	Świadczenia dodatkowe	<ol style="list-style-type: none"> 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

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: 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>
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń	1. Zgodnie z opisem warunków w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	<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>4. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki jakości	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, 	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skał służących do oceny stanu pacjenta.

1.2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

1.2.1. Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia	
	Wymogi formalne	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania: 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.
		Załączone badania 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.
Kryteria włączenia	Pozostałe warunki 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.	
	Opis włączenia 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej, 2) rozpoznanie medyczne wg ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (zawarta w tabeli poniżej), 3) porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego lub 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, 4) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: a) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub b) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
		<p>c) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby, lub d) dodatkowo w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego po zaostrzeniu / rzucie choroby.</p> <p>2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 30 dni, 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.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji dziennej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p> <p>4. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji.</p> <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Rehabilitacja odbywa się w ciągu 12 miesięcy po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, a w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego - po zaostrzeniu/rzucie choroby.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <p>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</p> <p>2. Poprawa stanu klinicznego/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego.</p> <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>
II. Zakres świadczenia		
	Etapy udzielania świadczeń	<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> <p>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</p> <p>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego <i>poradę kwalifikacyjną</i>;</p> <p>c) konsultację logopedyczną, lub</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
		<p>d) konsultację psychologiczną, lub</p> <p>e) konsultację terapeuty zajęciowego; lub</p> <p>f) konsultację dietetyczną, lub</p> <p>g) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub</p> <p>h) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, lub</p> <p>i) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, lub</p> <p>j) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, lub</p> <p>k) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc.</p> <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <p>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>b) opiekę pielęgniarską - 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 dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):</p> <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny – czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 120 minut dziennie, oraz – profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub – profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna lub interwencja kryzysowa – czas trwania 45 minut w dniu zabiegowym, lub – profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów. <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia, 2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji 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. 2. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej dla jednego pacjenta z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, 3. 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.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń	1. Zgodnie z opisem warunków w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	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.).	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki jakości	<ol style="list-style-type: none"> 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, zaostrzeniu choroby, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, 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. 7. Odsetek pacjentów dla których zrealizowano terapię psychologiczną lub logopedyczną lub terapię zajęciową, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 	
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skał lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta. 	

1.3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

1.3.1. Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia	
	Wymogi formalne	<p>Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</p> <ol style="list-style-type: none"> Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 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.
		<p>Załączone badania</p> <p>Do skierowania powinny być - o ile pacjent był leczony szpitalnie - dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania; Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia; Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.
		<p>Pozostałe warunki</p> <ol style="list-style-type: none"> Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranej pracowni fizjoterapii, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający kryteria: <ol style="list-style-type: none"> w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych. Przyjęcie następuje bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania. Dodatkowo wymagany dokumentu potwierdzający termin zaplanowanego zabiegu chirurgicznego lub neurochirurgicznego.
		<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	
	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.
Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. 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”. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
II. Zakres świadczenia	
Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. 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"> fizjoterapię indywidualną – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub funkcjonalny trening medyczny – maksimum 2 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego. dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia, co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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, W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych.
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji	
Miejsce realizacji świadczeń	Zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej			
	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
	Personel medyczny		
	Dodatkowe warunki	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.).	
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	nie więcej niż jedna pracownia na 50 tys. mieszkańców
Kryteria terytorialne		gmina lub grupa gmin	
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia			
Wskaźniki jakości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do fizjoterapii, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie. 2. Odsetek pacjentów u których wydłużona została fizjoterapia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Średnia liczba interwencji w dniu zabiegowym. 7. Średnia liczba procedur zrealizowanych w ramach interwencji. 		
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta. 		

1.4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

1.4.1. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej				
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Wymogi formalne</td> <td> <p>Wystawca skierowania / zlecenia: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej /ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia skierowanie / zlecenie na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania / zlecenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Załączone badania Do skierowania / zlecenia powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Pozostałe warunki</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. </td> </tr> <tr> <td>Kryteria włączenia</td> <td> <p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> 1) zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 2) z uszkodzeniem układu nerwowego o różnej etiologii 3) stopień niepełnosprawności według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, 4) do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia układu nerwowego. 2. Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia/skierowania. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 4. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. </td> </tr> </table>	Wymogi formalne	<p>Wystawca skierowania / zlecenia: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej /ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia skierowanie / zlecenie na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania / zlecenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Załączone badania Do skierowania / zlecenia powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Pozostałe warunki</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	Kryteria włączenia
Wymogi formalne	<p>Wystawca skierowania / zlecenia: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej /ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia skierowanie / zlecenie na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania / zlecenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Załączone badania Do skierowania / zlecenia powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Pozostałe warunki</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 			
Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> 1) zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 2) z uszkodzeniem układu nerwowego o różnej etiologii 3) stopień niepełnosprawności według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, 4) do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia układu nerwowego. 2. Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia/skierowania. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 4. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 			

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
		1. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
Kryteria wyłączenia	Kody wg ICD – nie dotyczy	
	Opis powodu wyłączenia:	
		<ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. 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. Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.
II. Zakres świadczenia		
Etapy udzielania świadczenia		<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. 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). dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia, co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
Ramy czasowe realizacji świadczeń		<ol style="list-style-type: none"> 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. 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.
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
Miejsce realizacji świadczeń		zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej			
	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
	Personel medyczny		
	Dodatkowe warunki	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.).	
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	zgodnie jak dla świadczeń POF
		Kryteria terytorialne	gmina, na terenie której jest miejsce udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub gmina sąsiednia
	IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Wskaźniki jakości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do fizjoterapii, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie. 2. Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię domową powyżej 30 dni od dnia wypisania zlecenia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów, u których wydłużona została fizjoterapia domowa, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii domowej został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Udział procentowy realizacji poszczególnych interwencji. 		
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta. 		

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.

2. Rozpoznanie referencyjne w zakresie rehabilitacji neurologicznej

2.1. Lista rozpoznań referencyjnych w 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	Móźdzek	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 (ostrzy) (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

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
I67.1	Tętniak mózgu, niepęknięty	Tak	Tak
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 nadtwardówkowy	Tak	Tak
S06.5	Urazowy krwotok podtwardówkowy	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

2.2. Lista rozpoznań referencyjnych w 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 martwiące 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

2.3. Lista rozpoznań referencyjnych w 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 spłotu ramiennego	Nie	Tak
G54.1	Zaburzenia spłotu 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	Miopia palkowa	Nie	Tak
G72.4	Miopia 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	Miopia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	Nie	Tak
G73.5	Miopia w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	Nie	Tak
G73.6	Miopia w chorobach metabolicznych	Tak	Tak
G73.7	Miopia 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 spłotu 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
S74.8	Uraz innych nerwów na poziomie biodra i uda	Nie	Tak

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania- kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
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

2.4. Lista rozpoznań referencyjnych w rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji dziennej (rozpoznania wyjściowe)

Rozpoznania z:

- 1) Listy rozpoznań referencyjnych do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II
- 2) Listy rozpoznań referencyjnych do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II
- 3) Listy rozpoznań referencyjnych do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II

Uzupełnione o rozpoznania z listy dodatkowej do świadczeń rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania
G10	Pląsawica [choroba Huntingtona]
G11	Ataksja dziedziczna
G12	Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne
G54	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych
G55	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
G59	Mononeuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
G60	Dziedziczna i idiopatyczna neuropatia
G83	Inne zespoły porażenne
I64	Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
I65	Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu
I66	Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu

2.5. Zestawienie rozpoznań medycznych wg ICD-10 zawartych w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z zakresu rehabilitacji leczniczej 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 postacie 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
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 mózgowie	TAK
C71.6	Móżdżek	TAK
C71.7	Pień mózgu	TAK
C71.8	Zmiana przekraczająca granice mózgu	TAK
C71.9	Mózg, nie określony	TAK
C72.0	Rdzeń kręgowy	TAK

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
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 mózgowie	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 mózgowie	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

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
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
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 ziarniniak śródczaszkowy	TAK
G06.1	Ropień i ziarniniak 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

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
G37.1	Środkowa demielinizacja ciała modzelowatego	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 łędźwiowo-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
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakima]	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	Mielopatie naczyniowe	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

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
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 kręgosłupowej	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 (ostrzy) (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 Behceta	NIE
M43.3	Nawykowe nadwichnięcie 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

Nowa propozycja dla rehabilitacji neurologicznej		Czy występuje ICD-10 w obecnym koszyku ?
Kod ICD-10	Nazwa	
M51.1	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	NIE
O87.3	Zakrzepica żył mózgowych w czasie położu	NIE
S06.2	Rozlany uraz mózgu	TAK
S06.3	Ogniskowy uraz mózgu	TAK
S06.4	Krwotok nadtwardówkowy	TAK
S06.5	Urazowy krwotok podtwardówkowy	TAK
S06.6	Urazowy krwotok podpajęczynówkowy	TAK
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 strzałkowego 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

3. Narzędzia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w ramach rehabilitacji neurologicznej

3.1. 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.

3.2. 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. Dbalność 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,

3.3. Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale)

1. Ocenie podlega:
 - 1) Otwieranie oczu
 - a) 4 punkty – spontaniczne

- b) 3 punkty – na polecenie
 - c) 2 punkty – na bodźce bólowe
 - d) 1 punkt – nie otwiera oczu
- 2) Kontakt słowny:
- a) 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
 - b) 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
 - c) 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - d) 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - e) 1 punkt – bez reakcji
- 3) Reakcja ruchowa:
- a) 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - b) 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - c) 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
 - d) 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - e) 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - f) 1 punkt – bez reakcji
2. Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:
- 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

3.4. Skala MRC (Medical Research Council Scale)

MRC- 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.

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

1. Typ dysfunkcji i zaburzeń:

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

10) zaburzenia połykania (dysfagia) związane z dysfunkcją czynności żucia, formowania kęsa i aktywnego kontrolowania procesu połykania w fazie ustnej i gardłowej; wprowadzenie technik specyficznej stymulacji funkcji połykania (terapia prowadzona przez neurologopedę).

2. Skala opisu głębokości deficytu

0 – brak zaburzeń;

1 - śladowe zaburzenia funkcji, ale nie wpływające zasadniczo na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;

2 – lekkie zaburzenia funkcji wpływające na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;

3 – zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie;

4 – zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych.

4. Wymagania dotyczące personelu realizującego świadczenia

- 1) dietetyk – osoba, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki, obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1 220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra, lub
 - b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1 784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata, lub magistra, lub magistra inżyniera na tym kierunku, lub
 - e) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk, lub
 - f) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka;
- 2) fizjoterapeuta – osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty;
- 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną/wizytę kwalifikacyjną – fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do kwalifikowania do terapii fizjoterapeutycznej na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych;
- 4) lekarz specjalista – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarz, który rozpoczął specjalizację w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
- 6) lekarz rehabilitacji:
 - a) lekarz specjalista rehabilitacji - lekarz specjalista II stopnia w rehabilitacji medycznej, lub specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
 - b) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
 - c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
 - d) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.
- 7) logopeda - osoba, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii, lub

-
- d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra;
- 8) masażysta - osoba, która uzyskała dyplom technika masażyisty po ukończeniu technikum, lub szkoły policealnej publicznej, lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej;
- 9) neurologopeda – logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii;
- 10) osoba prowadząca terapię integracji sensorycznej (SI) – osoba, która posiada uprawnienia do prowadzenia terapii integracji sensorycznej (SI), potwierdzone odpowiednimi kursami lub szkoleniami lub studiami;
- 11) pedagog specjalny – osoba, która:
- a) uzyskała tytuł magistra na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł magistra, lub
 - b) uzyskała tytuł licencjata na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł licencjata, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny, lub
 - c) terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub inny terapeuta z zakresu oligofrenopedagogiki, surdopedagogiki, tyflopädagogiki, pedagogiki terapeutycznej, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny – studia pedagogiczne lub podyplomowe pedagogiczne,
- 12) psycholog - osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej albo dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej ze specjalizacją filozoficzno-psychologiczną uzyskany na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim do dnia 1 października 1981 r. lub dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej w zakresie psychologii uzyskany w Akademii Teologii Katolickiej do dnia 31 grudnia 1992 r. oraz pracowała w zawodzie co najmniej dwa lata;
- 13) specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej - psycholog, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej w sposób określony w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 599) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2002 r. Nr 173 poz. 1419, z późn. zm.) albo zgodnie z § 35 tego rozporządzenia zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej;
- 14) specjalista fizjoterapii – fizjoterapeuta z uzyskanym tytułem specjalisty po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (zgodnie z art. 35.1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty);
- 15) terapeuta zajęciowy – osoba, która:
- a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata, lub
 - b) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego, lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego**, lub
 - c) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej**, lub
 - d) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1 665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata, lub
 - e) rozpoczęła po dniu 30 sierpnia 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych

obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata.

** - pięcioletni okres przejściowy dla terapeutów zajęciowych nieposiadających wykształcenia wyższego na kierunku terapia zajęciowa.

5. Warunki szczegółowe miejsc udzielania świadczeń w rehabilitacji neurologicznej

5.1. Definicje pomieszczeń służących 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.

5.2. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych kompleksowej rehabilitacji neurologicznej

Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej	
Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej
Tryb udzielania świadczeń	Stacjonarny
Warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno- zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet logopedyczny, 2) gabinet psychologiczny, 3) gabinet terapeuty zajęciowego, 4) sala treningu medycznego.
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji lub lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 2) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub w dziedzinie chorób wewnętrznych – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną; 4) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu; 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) terapeuty zajęciowego, b) logopedy – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, 6) zapewnienie konsultacji (w zależności od potrzeb pacjenta): <ol style="list-style-type: none"> a) lekarza specjalisty b) dietetyka.
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, jest obecny lekarz; 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; 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); 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.

Dodatkowe warunki wymagane	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stanowisko intensywnego nadzoru - w miejscu. 2. Warunki lokalowe wspólne. 3. Zapewnienie warunków techniczno-organizacyjnych do rehabilitacji pacjentów z poważnymi zaburzeniami rytmu serca. 4. Zapewnienie warunków organizacyjnych do rehabilitacji pacjentów z wkluciem centralnym. 5. Urządzenie do prowadzenia toalety drzewa oskrzelowego u pacjentów z rurką tracheotomijną (ssaki) - w miejscu (1) 6. Urządzenie do prowadzenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej oraz nieinwazyjnej (respirator) – w miejscu (2) 7. Zapewnienie warunków do rehabilitacji pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi (3)
Pozostałe wymagania	<ol style="list-style-type: none"> 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 zalecaniami i wiedzą medyczną.

Zródło: opracowanie AOTMiT

(1) / (2) / (3) Nie jest zasadne by te wymagania dotyczyły wszystkich oddziałów. Decyzja o liczbie i rozmieszczeniu geograficznym oddziałów rehabilitacji neurologicznej, które powinny dysponować wyposażeniem, warunkami lokalowymi i kadrowymi umożliwiającymi rehabilitację pacjentów o tych szczególnych wysoce skomplikowanych potrzebach powinny być podejmowane w oparciu o analizę częstości występowania tych pacjentów tak by mieli oni zapewniony dostęp do rehabilitacji.

5.3. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji dziennej

Ośrodek kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej	
Wymagania formalne / Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej	2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
Tryb udzielania świadczeń	Ambulatoryjny
Warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski, 3) gabinet fizjoterapeutyczny, 4) sala fizjoterapii, 5) sala treningu medycznego, 6) gabinet terapii zajęciowej, 2. W miejscu lub w lokalizacji udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet logopedyczny, 2) gabinet psychologiczny, 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej; 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; 4) terapeuta zajęciowy – równoważnik co najmniej ½ etatu; 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) logopedy, – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia c) pielęgniarki – w wymiarze niezbędnym do realizacji świadczeń, d) dietetyka – w dostępie.
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub w trakcie specjalizacji – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej. 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.

Dodatkowe warunki wymagane	<ol style="list-style-type: none">1. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.2. Warunki lokalowe wspólne.
Pozostałe wymagania	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.

Źródło: opracowanie AOTMiT

5.4. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii

Pracownia fizjoterapii		
Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	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	
Tryb udzielania świadczeń	Ambulatoryjny lub domowy	
Warunki lokalowe	1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet fizjoterapeutyczny, 2) sala fizjoterapii, 3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM), 2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.	
Personel medyczny	1) fizjoterapeuta, w tym z tytułem magistra – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii 2) dodatkowy fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów. 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący wizytę kwalifikacyjną/ konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii	
Dodatkowe warunki wymagane	Warunki lokalowe wspólne	
Pozostałe wymagania	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 zaleceniami i wiedzą medyczną.	
Kryteria usieciowienia	Kryteria populacyjne	w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii
	Kryteria terytorialne	gmina lub grupa gmin w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii

Źródło: opracowanie AOTMiT