



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

**Załącznik 2. Porównanie opisów świadczeń obowiązujących  
i proponowanych**

**Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji  
neurologicznej**

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018

Data ukończenia: 24.04.2019 r.

<b>1. Porównanie świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej.....</b>	<b>3</b>
1.1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej.....	3
1.2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego.....	26
1.3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z uszkodzeniem układu nerwowego .....	40
1.4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego .....	50
<b>2. Rozpoznania referencyjne w ramach proponowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej.....</b>	<b>63</b>
2.1. Lista rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II .....	63
2.2. Lista rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II.....	66
2.3. Lista rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II .....	68
2.4. Lista rozpoznań referencyjnych w rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji dziennej (rozpoznania wyjściowe).....	70
<b>3. Narzędzia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w ramach proponowanych świadczeń w rehabilitacji neurologicznej .....</b>	<b>70</b>
3.1. Skala oparta na skali Rankina .....	70
3.2. Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL.....	70
3.3. Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale).....	71
3.4. Skala MRC (Medical Research Council Scale) .....	72
3.5. Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu .....	73

1. Porównanie świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej

1.1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych</b>	<b>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna</b>	
1. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I 2. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I 3. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – kategoria I 4. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – kategoria II 5. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej – kategoria I 6. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej – kategoria II Rehabilitacja neurologiczna przewlekła	1) <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:</u> 2) <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u> 3) <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I</u> 4) <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</u> 5) <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I</u> 6) <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II</u>	
<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
<b>Wystawca skierowania:</b> 1. W przypadku rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych, zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji przewlekłej – pod warunkiem, że chorzy są już po przebytej rehabilitacji, w tym w wyżej wymienionych grupach, i wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych: 1) Przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, chorób zakaźnych, chorób wewnętrznych, pediatrii po przeprowadzeniu konsultacji neurologicznej lub	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<p>2) przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: rehabilitacyjnej, neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, urazowo-ortopedycznej;</p> <p>2. w przypadku rehabilitacji neurologicznej dziecięcej:</p> <p>1) przyjęcie ze skierowaniem z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, neurologii i neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, chirurgii dziecięcej, chorób zakaźnych, pediatrii lub</p> <p>2) przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, pediatrii, urazowo-ortopedycznej, chirurgii dziecięcej, rehabilitacyjnej.</p>		
<p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> Brak regulacji</p>		<p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
<p><b>Załączone badania:</b> Brak regulacji</p>		<p><b>Załączone badania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2) Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3) Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>Pozostałe warunki:</b> Brak regulacji</p>		<p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni od dnia jego wystawienia.</li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych</b>	<b>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna</b>	
		2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
<b>Opis włączenia:</b> brak w przepisach rozporządzenia	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b>  <b>Kryteria włączenia dla świadczeń:</b>  <b>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:</b></p> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>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</li> <li>3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz</li> <li>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,</li> <li>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.</li> </ol> <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>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
	<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). <u>Kryteria włączenia dla świadczeń: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u></p> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>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</li> <li>3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-4 stopień, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, lub według skali MRC – stopień &lt;5, oraz</li> <li>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,</li> <li>6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>c) bezpośrednio po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub</li> </ol> </li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
	<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><u>Kryteria włączenia dla świadczeń:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I:</u></p> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>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</li> <li>3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6,</li> <li>5) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>b) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.</li> </ol> </li> </ol> <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>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
	<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><u>Kryteria włączenia dla świadczeń:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</u></p> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>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</li> <li>3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz</li> <li>5) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8,</li> <li>6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>c) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I.</li> </ol> </li> </ol> <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>



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
	<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><u>Kryteria włączenia dla świadczeń:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>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</li> <li>3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6,</li> <li>5) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>b) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>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.</li> <li>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</li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
		<p>stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p> <p><u>Kryteria włączenia dla świadczeń:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>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</li> <li>3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz</li> <li>5) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8,</li> <li>6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>c) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>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.</li> <li>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</li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
		przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
<b>Opis dodatkowy:</b> Brak regulacji		<b>Opis dodatkowy</b> 1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w 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. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
<b>Kody wg ICD - brak regulacji</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
<b>Opis powodu wyłączenia:</b> Brak regulacji		<b>Opis powodu wyłączenia:</b> <u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u> <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:</u> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego, 2. W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, 3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do: 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. <u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
	<p><u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol> <p><u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u></p> <p><u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do: <ol style="list-style-type: none"> <li>kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II, lub</li> <li>innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol> </li> </ol> <p><u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u></p> <p><u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza</li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
	<p>kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p> <p><u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do: <ol style="list-style-type: none"> <li>kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II, lub</li> <li>innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol> </li> </ol> <p><u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
II. Zakres świadczenia	II. Zakres świadczenia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<p>Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I <ol style="list-style-type: none"> <li>usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty;</li> <li>terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</li> <li>terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.</li> </ol> </li> <li>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II <ol style="list-style-type: none"> <li>usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty;</li> <li>terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</li> <li>terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu</li> </ol> </li> <li>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria I usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</li> <li>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria II usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</li> <li>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I</li> </ol>	<p><b>Etapy udzielania świadczeń</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną;</li> <li>konsultację logopedyczną, lub</li> <li>konsultację psychologiczną, lub</li> <li>konsultację terapeuty zajęciowego, lub</li> <li>konsultację dietetyczną,</li> </ol> </li> <li>etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> <li>profil fizjoterapeutyczny – dla wszystkich świadczeń - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> <li>fizjoterapia indywidualna,</li> <li>funkcjonalny trening medyczny, oraz</li> </ul> </li> <li>inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu (dla świadczeń fazy I) oraz nie mniej niż 120 min. dla świadczeń Kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<p>usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</p> <p>6. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria II Usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</p> <p>7. Rehabilitacja neurologiczna przewlekła Usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</p>		<p>nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II oraz 150 min. dla pozostałych świadczeń fazy II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub</li> <li>• profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa.</li> </ul> <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"> <li>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia,</li> <li>2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ol>
<p>1. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u> <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:</u> Czas trwania rehabilitacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) do 16 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;</li> <li>2) do 12 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących.</li> </ol> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji</p>	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<p>Wszystkie świadczenia fazy I i II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, uzasadnionego dodatkowo badaniem oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
<p>może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u>  Czas trwania rehabilitacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) do 9 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;</li> <li>2) do 6 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących.</li> </ol> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>3. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I:</u>  Czas trwania rehabilitacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) do 16 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;</li> <li>2) do 12 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących.</li> </ol> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p> <p>4. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u></p>	



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna
<p><u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</u></p> <p>Czas trwania rehabilitacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) do 9 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;</li> <li>2) do 6 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących.</li> </ol> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>5. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I:</u></p> <p>Czas trwania rehabilitacji:  Do 9 tygodni bez przerwy. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>6. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II:</u></p> <p>Czas trwania rehabilitacji:  Do 6 tygodni bez przerwy. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za</p>	

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych</b>	<b>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna</b>	
pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.		
1. Zapewnienie całodobowego dostępu do badań: 1) diagnostyki obrazowej; 2) diagnostyki laboratoryjnej.	<b>Świadczenia dodatkowe</b>	1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 1) 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 2) 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 3) 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. 2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 1) 91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 2) 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 3) 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram 4) 93.57 Założenie opatrunku na ranę - inne
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
Ośrodek lub oddział stacjonarny	<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Oddział kompleksowej rehabilitacji neurologicznej
Brak regulacji	<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	4301 Oddział rehabilitacyjny dla dzieci
Stacjonarny	<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Stacjonarny
1. Wyposażenie wymagane w lokalizacji – gabinet kinezyterapii: 1) stół do pionizacji; 2) balkonik rehabilitacyjny; 3) kule i laski rehabilitacyjne;	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet diagnostyczno- zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<p>4) przenośny zestaw do elektroterapii;</p> <p>5) defibrylator;</p> <p>6) EKG.</p> <p>2. Warunki lokalowe wspólne:</p> <p>1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;</p> <p>2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;</p> <p>3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców,</p> <p>4) dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;</p> <p>5) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter;</p> <p>6) spełnienie warunków wymaganych dla zakładu rehabilitacyjnego albo umieszczenie części zabiegowej</p> <p>7) rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii ultradźwiękami</p> <p>8) w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), wymienionych w lp. 1 lit. b tiret drugie kolumna 3 pkt 2.</p> <p>3. Pozostałe warunki:</p> <p>1) stanowisko intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji;</p> <p>2) 2) stanowisko z możliwością monitorowania EKG, tętna, pomiaru saturacji, ciśnienia tętniczego,</p>		<p>2. Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji:</p> <p>1) gabinet logopedyczny,</p> <p>2) gabinet psychologiczny,</p> <p>3) gabinet terapeuty zajęciowego,</p> <p>4) sala treningu medycznego.</p> <p>3. Stanowisko intensywnego nadzoru - w miejscu.</p> <p>4. Warunki lokalowe wspólne.</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
dostępem do tlenoterapii, możliwością odsysania dróg oddechowych w lokalizacji.		
<p>1. Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (dla oddziałów powyżej 25 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek) oraz:</li> <li>2) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub</li> <li>3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub</li> <li>4) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub</li> <li>5) 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</li> <li>6) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (dla oddziałów powyżej 25 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale);</li> <li>7) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub specjalisty w dziedzinie urologii, lub specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalisty w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej</li> </ol>	<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fizjoterapeuta – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>2. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>3. Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>4. Lekarz specjalista w dziedzinie neurologii – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>5. Logopeda – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>6. Psycholog – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>7. Terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>8. Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji).</li> <li>9. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.</li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<p>i specjalisty w dziedzinie ortopedii (w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej dziecięcej) w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale, oraz osoba prowadząca fizjoterapię – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 6 łóżek, a w przypadku oddziału powyżej 6 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek, w tym osoba, która:</p> <p>8) a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,</p> <p>b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,</p> <p>c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,</p> <p>d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej,</p> <p>e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs</p>		

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<p>specjalizacyjny z rehabilitacji – równoważnik co najmniej 1 etatu na 12 łóżek;</p> <p>9) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji neurologicznej funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji),</p> <p>10) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej, oraz</p> <p>11) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale), oraz</p> <p>12) terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale).</p> <p>2. Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta. Personel:</p> <p>1) lekarz specjalista w dziedzinie urologii – zapewnienie konsultacji;</p> <p>2) fizjoterapeuta – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 5 łóżek, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 12 łóżek;</p> <p>3) terapeuta zajęciowy – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 łóżek;</p>		

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
<ul style="list-style-type: none"> <li>4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek;</li> <li>5) logopeda lub neurologopeda – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.</li> </ul>		
<p>1. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty;</li> <li>2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</li> <li>3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.</li> </ul> <p>2. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku</li> <li>1) do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty;</li> <li>2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</li> <li>3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu</li> </ul> <p>3. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I:</u></p>	<b>Dodatkowe warunki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.).</li> <li>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: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub</li> <li>2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ul> </li> </ul>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej			
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT		
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna		
<p>Usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty</p> <p>4. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</u></p> <p>1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</p> <p>5. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I:</u></p> <p>1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</p> <p>6. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II:</u></p> <p>1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty.</p>			
Brak regulacji	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji
Brak regulacji		Kryteria terytorialne	Brak informacji
<b>Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>	<b>Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja neurologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	
Brak regulacji	<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy): <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> <li>b) wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</li> </ol> </li> <li>2) Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>b) wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie,</li> <li>c) wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</li> <li>d) wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
Brak regulacji	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń</li> <li>5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.</li> </ol>

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

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu</b>	<b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
<b>Wystawca skierowania:</b> 1. lekarz oddziału: 1) urazowo-ortopedycznego, 2) chirurgicznego, 3) neurochirurgicznego, 4) neurologicznego, 5) reumatologicznego, 6) chorób wewnętrznych, 7) onkologicznego, 8) urologicznego, 9) pediatrii, 10) endokrynologii dziecięcej, 11) diabetologii dziecięcej, 12) rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej, 13) ginekologicznego lub 2. lekarza poradni: 1) rehabilitacyjnej, 2) urazowo-ortopedycznej, 3) neurologicznej, 4) reumatologicznej, 5) poradni wad postawy, 6) endokrynologii dziecięcej, 7) diabetologii dziecięcej lub 8) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> brak regulacji	<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
<b>Załączone badania</b> Brak regulacji	<b>Załączone badania</b> Do skierowania powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji. potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> </ol>
<b>Pozostałe warunki</b> Brak regulacji	<b>Pozostałe warunki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu</b>	<b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
<b>Opis włączenia</b> 1. Świadczenia gwarantowane, są udzielane świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.	<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej,</li> <li>2) rozpoznanie medyczne wg ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (zawarta w tabeli poniżej),</li> <li>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,</li> <li>4) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub</li> <li>b) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub</li> <li>c) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby, lub</li> <li>d) dodatkowo w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego po zaostrzeniu / rzucie choroby.</li> </ol> </li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej</b>	
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>
<b>Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu</b>	<b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> <li>4. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</li> </ol>
<b>Opis dodatkowy</b> Brak regulacji	<b>Opis dodatkowy</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>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</li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej</b>		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
		uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego po zaostrzeniu/rzucie choroby.
<b>Kody wg ICD - Brak regulacji</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
<b>Opis powodu wyłączenia:</b> Brak regulacji		<b>Opis powodu wyłączenia:</b> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. Poprawa stanu klinicznego/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego. 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”. 4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
<b>II. Zakres świadczenia</b>	<b>II. Zakres świadczenia</b>	
1. Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji: 1) wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji; 2) zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 3) czasu trwania rehabilitacji; 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji; 6) szczegółowego rachunku kosztów osobodnia.	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	1. Etapy udzielania świadczeń: 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego <i>poradę kwalifikacyjną</i> : c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego; lub f) konsultację dietetyczną, lub

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	<b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>g) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub</li> <li>h) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, lub</li> <li>i) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, lub</li> <li>j) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, lub</li> <li>k) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc.</li> </ul> <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny</li> <li>– czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 120 minut dziennie, oraz</li> <li>– profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub</li> <li>– profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna lub interwencja kryzysowa – czas trwania 45 minut w dniu zabiegowym, lub</li> </ul> </li> </ul>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów.</li> <li>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).</li> </ul> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ul>
<p>1. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 15 do 30 dni zabiegowych u każdego świadczeniobiorcy, średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2. Czas trwania rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wynosi do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.</p>	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<p>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.</p> <p>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</p>



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
3. Jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego.		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.
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
Ośrodek lub oddział dzienny	<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Oddział kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej
Brak regulacji	<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
1. Wyposażenie świadczeniodawcy: 1) gabinet kinezyterapii – wymagany w lokalizacji: a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych, c) Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę, d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki); 2) gabinet fizykoterapii – wymagany w lokalizacji: a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, b) lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym, c) zestaw do magnetoterapii, d) zestaw do terapii falą ultradźwiękową (z wyłączeniem w przypadku ośrodka dla dzieci do ukończenia 18. roku życia),	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – gabinet zgodnie z określeniem użytym w rozporządzeniu MZ z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739); 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;

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
<p>e) zestaw do biostymulacji laserowej;</p> <p>3) wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej w lokalizacji, jeżeli dane świadczenie jest realizowane:</p> <p>a) wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od <math>-120^{\circ}\text{C}</math> do <math>-150^{\circ}\text{C}</math>, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu,</p> <p>b) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy,</p> <p>c) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia,</p> <p>d) cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska.</p> <p>4) wymagane wyposażenie, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu:</p> <p>a) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych,</p> <p>b) zestaw do kriostymulacji parami azotu,</p> <p>c) urządzenie wywarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości.</p> <p>2. W przypadku realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wymagane jest wyposażenie:</p> <p>1) sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie,</p> <p>2) aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy,</p> <p>3) aparat do elektrostymulacji (parametry terapeutyczne dla zdrowych mięśni),</p> <p>4) stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją,</p> <p>5) wanny do masażu wirowego,</p> <p>6) urządzenie do masażu wibracyjnego – wymagane w miejscu udzielania świadczeń.</p>	<p>b) sprzęt do pomiarów antropometrycznych;</p> <p>4) gabinet logopedyczny – pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu wyposażone w:</p> <p>a) stanowisko komputerowe z programem komputerowym do terapii zaburzeń mowy,</p> <p>b) lustro kontrolne,</p> <p>c) testy niezbędne do postawienia diagnozy,</p> <p>d) gry dydaktyczne dla dzieci,</p> <p>e) książki i inne pomoce logopedyczne,</p> <p>f) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku;</p> <p>5) 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:</p> <p>a) stoisko komputerowe z programem komputerowym do diagnozy i terapii psychologicznej,</p> <p>b) testy, skale i kwestionariusze niezbędne do postawienia diagnozy neuropsychologicznej/psychologicznej,</p> <p>c) materac lub mata,</p> <p>d) zabawki dla dzieci do procesu diagnozy lub terapii;</p> <p>6) gabinet terapii zajęciowej – odrębne pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu, wyposażone w:</p> <p>a) drobne elementy adaptacyjne do treningu czynności życia codziennego (np. łyżki z</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
	<p>pogrubionym trzonkami, antypoślizgowe talerze, nakładki na krany, chwytaki do zakładania ubrań etc.),</p> <p>b) stanowisko z elementami wyposażenia kuchni przystosowane dla dzieci lub dorosłym,</p> <p>c) łazienka przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami do treningu ADL – w dostępie,</p> <p>d) elementy do terapii ręki (np. specjalne zestawy do terapii ręki),</p> <p>e) zabawki i gry edukacyjne,</p> <p>f) artykuły biurowe;</p> <p>6) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w:</p> <p>a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,</p> <p>b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,</p> <p>c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,</p> <p>d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,</p> <p>e) lustro kontrolne,</p> <p>7) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w:</p> <p>a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,</p> <p>b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,</p> <p>c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,</p> <p>d) materace lub maty</p> <p>2. Dopuszcza się organizowanie wspólnie:</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
		1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.
1. Wymagania dotyczące personelu: 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub 2) 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 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego), oraz 4) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz 5) osoba prowadząca fizjoterapię. 2. Dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale: 1) osoby, 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, 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,	<b>Personel medyczny</b>	1. Fizjoterapeuta – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, 2. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej. 3. Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej. 4. Logopeda - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 5. Pielęgniarka - w wymiarze pracy niezbędnym do realizacji świadczeń. 6. Psycholog - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 7. Terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>d) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata,</li> <li>e) rozpoczęła po dniu 30 sierpnia 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata – zwanej dalej „terapeutą zajęciowym”;</li> </ul> <p>2) psychologa lub psychologa klinicznego.</p> <p>3. Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p> <p>4. W przypadku rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym świadczenie realizuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej;</li> <li>2) specjalista w dziedzinie fizjoterapii;</li> <li>3) osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta;</li> <li>4) psycholog lub psycholog kliniczny.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ośrodek lub oddział dzienny jest czynny nie mniej niż 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 8 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 10.00 do 18.00.</li> <li>2. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w lokalizacji, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.</li> <li>3. Warunki lokalowe wspólne: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;</li> <li>2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;</li> </ul> </li> </ul>	<b>Dodatkowe warunki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kierownik oddziału 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.</li> </ul>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej</b>				
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>		<b>Raport AOTMiT</b>		
<b>Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu</b>		<b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>		
<p>3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;</p> <p>4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter.</p>		<p>2. 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>3. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.</p> <p>4. Warunki lokalowe wspólne – - warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:</p> <p>5. Pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.</p>		
Brak regulacji		<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji
Brak regulacji			Kryteria terytorialne	Brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
Brak regulacji		<b>Wskaźniki jakości</b>	<p>1. Odsetek pacjentów, którzy wymagali udziału więcej niż trzech profili terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</p> <p>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.</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie,</li> <li>4. Odsetek pacjentów u których wydłużona została rehabilitacja, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>1. Odsetek pacjentów dla których zrealizowano terapię psychologiczną lub logopedyczną lub terapię zajęciową, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> </ol>
Brak regulacji	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń.</li> <li>1. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.</li> </ol>

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

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia ambulatoryjna</b>	<b>Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem, że w przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy, skierowanie na zabiegi wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będący specjalistą rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarzem ze specjalizacją I stopnia w zakresie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub lekarzem w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w przypadku skierowań dla dzieci odpowiednio lekarz specjalistów dziecięcych).</p>	<b>Wymogi formalne</b>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p>
<p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</b></p> <p>1. Skierowanie na cykl zabiegów powinno zawierać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pieczęć nagłówkową z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;</li> <li>3) rozpoznanie w języku polskim;</li> <li>4) kod jednostki chorobowej według Klasyfikacji ICD-10;</li> <li>5) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację;</li> <li>6) choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta,</li> </ol>		<p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>



Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
<p>przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji;</p> <p>7) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu;</p> <p>8) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania</p>		
<p><b>Załączone badania</b> Brak regulacji</p>		<p><b>Załączone badania</b></p> <p>1. Do skierowania powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2) Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3) Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.</li> </ol>
<p><b>Pozostałe warunki</b></p> <p>1. Świadczeniobiorca powinien zarejestrować skierowanie w wybranym gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia.</p>		<p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranej pracowni fizjoterapii, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>
<p><b>Opis włączenia</b> Brak regulacji</p>	<p><b>Kryteria włączenia</b></p>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub</li> <li>2) w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub</li> <li>3) w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych.</li> </ol> </li> <li>2. Przyjęcie następuje bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania.</li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia ambulatoryjna</b>	<b>Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
		a) Dodatkowo wymagany dokumentu potwierdzający termin zaplanowanego zabiegu chirurgicznego lub neurochirurgicznego.
<b>Opis dodatkowy</b> Brak regulacji		<b>Opis dodatkowy</b> 1. 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. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 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.
<b>Kody wg ICD – Brak regulacji</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
<b>Opis powodu wyłączenia:</b> Brak regulacji		<b>Opis powodu wyłączenia:</b> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną 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.
<b>IV. Zakres świadczenia</b>	<b>II. Zakres świadczenia</b>	
1. Wizyta fizjoterapeutyczna 2. Zabieg fizjoterapeutyczny: 1) Kinezyterapia 1.1. indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej,	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	1. Etapy udzielania świadczeń (czas trwania interwencji zależy od zakresu świadczenia): 1) etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
<p>ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut; możliwość rozliczenia nie więcej niż 2 razy dziennie,</p> <p>1.2. ćwiczenia wspomagane – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,</p> <p>1.3. pionizacja,</p> <p>1.4. ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,</p> <p>1.5. ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,</p> <p>1.6. ćwiczenia izometryczne – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,</p> <p>1.7. nauka czynności lokomocji – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,</p> <p>1.8. wyciągi,</p> <p>1.9. inne formy usprawniania (kinezyterapia) – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,</p> <p>1.10. ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 świadczeniobiorców na 1 terapeutę).</p> <p>2) Masaż</p> <p>2.1. masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego świadczeniobiorcę, w tym minimum 15 minut czynnego masażu,</p> <p>2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy,</p> <p>2.3. masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy,</p> <p>2.4. masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi),</p> <p>2.5. masaż podwodny miejscowy,</p> <p>2.6. masaż podwodny całkowity,</p> <p>2.7. masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące).</p> <p>3) Elektrolecznictwo</p> <p>3.1. galwanizacja,</p> <p>3.2. jonoforeza,</p> <p>3.3. kąpiel czterokomorowa,</p> <p>3.4. kąpiel elektryczna – wodna całkowita,</p> <p>3.5. elektrostymulacja,</p> <p>3.6. tonoliza,</p>		<p>2) etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje:</p> <p>a) fizjoterapię indywidualną – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub</p> <p>b) funkcjonalny trening medyczny - maksimum 2 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego.</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 fizjoterapii:</p> <p>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,</p> <p>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.</p>

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
<p>3.7. prądy diadynamiczne,  3.8. prądy interferencyjne,  3.9. prądy TENS,  3.10. prądy TRAEBERTA,  3.11. prądy KOTZA,  3.12. ultradźwięki miejscowe,  3.13. ultrafonoforeza.</p> <p>4) Leczenie polem elektromagnetycznym</p> <p>4.1. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości,  4.2. diatermia krótkofalowa, mikrofała,  4.3. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości.</p> <p>5) Światłolecznictwo i termoterapia</p> <p>5.1. naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym – miejscowe,  5.2. laseroterapia – skaner,  5.3. laseroterapia punktowa,  5.4. okłady parafinowe.</p> <p>6) Hydroterapia</p> <p>6.1. kąpiel wirowa kończyn,  6.2. inne kąpiele – wirowa w tanku,  6.3. natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski.</p> <p>7) Krioterapia</p> <p>7.1. zabieg w kriokomorze – jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego,  7.2. krioterapia – miejscowa (pary azotu).</p> <p>8) Balneoterapia</p> <p>8.1. okłady z borowiny – ogólne,  8.2. okłady z borowiny – miejscowe,  8.3. kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo-siarkowodorowa, w suchym CO<sub>2</sub>,  8.4. fango.</p> <p>3. Wymagany zakres wykonywanych zabiegów:</p> <p>1) fizykoterapeutycznych:</p> <p>a) elektroterapia,  b) światłolecznictwo,</p>	

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
<ul style="list-style-type: none"> <li>c) leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym,</li> <li>d) ultradźwięki (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),</li> <li>e) laseroterapia;</li> <li>2) kinezyterapeutycznych: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja – prowadzone indywidualnie przez osobę prowadzącą fizjoterapię,</li> <li>b) ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne,</li> <li>c) nauka czynności lokomocyjnych,</li> <li>d) zabiegi z użyciem wyciągów.</li> </ul> </li> </ul>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie;</li> <li>2. Usprawnianie dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego do ukończenia 18. roku życia w formie ambulatoryjnej (w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii) może odbywać się na podstawie jednego w roku kalendarzowym skierowania z poradni specjalistycznej, w którym zlecony cykl terapeutyczny nie może przekroczyć 120 dni zabiegowych i 5 zabiegów dziennie;</li> <li>3. Jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w okresie roku kalendarzowego.</li> </ol>	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe,</li> <li>3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych.</li> </ol>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii	<b>Miejsce udzielania świadczeń</b>	Pracownia fizjoterapii

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
Brak regulacji	<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	1310 Dział (pracownia) fizjoterapii praktyka fizjoterapeutyczna indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna grupowa  W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej
Ambulatoryjny	<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Ambulatoryjny lub domowy
<p>1. Wyposażenie w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii:</p> <p>1) wyposażenie do zabiegów kinezyterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii;</p> <p>b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,</p> <p>c) Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę,</p> <p>d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki);</p> <p>2) wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości,</p> <p>b) lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym,</p> <p>c) zestaw do magnetoterapii,</p> <p>d) zestaw do terapii falą ultradźwięków (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),</p> <p>e) zestaw do biostymulacji laserowej.</p> <p>2. Wymagane warunki dotyczące pomieszczeń:</p> <p>1) zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach), posiadających ściany o wysokości co najmniej 2,0 m,</p>	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	<p>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>1) gabinet fizjoterapeutyczny odrębne pomieszczenie wyposażone w:</p> <p>a) stół z regulowaną wysokością,</p> <p>b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń,</p> <p>2) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w:</p> <p>a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,</p> <p>b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,</p> <p>c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,</p> <p>d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,</p> <p>e) lustro kontrolne,</p> <p>3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w:</p> <p>a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,</p> <p>b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,</p> <p>c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,</p> <p>d) materace lub maty.</p>

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
<p>umożliwiających stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej;</p> <p>2) diatermie krótkofalowe i mikrofalowe powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie;</p> <p>3) sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie;</p> <p>4) gabinet masażu powinien stanowić odrębne pomieszczenie (jeżeli świadczenie jest realizowane).</p> <p>3. Wymagane wyposażenie, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu:</p> <p>1) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych;</p> <p>2) zestaw do kriostymulacji parami azotu;</p> <p>3) urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości</p> <p>4. Wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w lokalizacji:</p> <p>1) wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od <math>-120^{\circ}\text{C}</math> do <math>-150^{\circ}\text{C}</math>, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu;</p> <p>2) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy;</p> <p>3) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, w miejscu udzielania świadczenia;</p> <p>4) cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska</p>		<p>2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.</p> <p>3. Warunki lokalowe wspólne - warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:</p> <p>1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową,</p> <p>2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty,</p> <p>3) 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,</p> <p>4) budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom,</p> <p>5) pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.</p>
<p>1. Wymagania dotyczące personelu:</p> <p>1) zabieg fizjoterapeutyczny wykonuje fizjoterapeuta w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego);</p> <p>2) personel realizujący zabiegi masażu:</p> <p>a) fizjoterapeuta,</p>	<p><b>Personel medyczny</b></p>	<p>1. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii.</p> <p>2. Fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów.</p>

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT	
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	
<ul style="list-style-type: none"> <li>b) osoba, która uzyskała dyplom technika masażyisty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej – zwana dalej „masażystą”;</li> <li>3) personel realizujący zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) lekarz oraz</li> <li>b) fizjoterapeuta, który uzyskał tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub fizjoterapeuta posiadający dyplom, świadectwo, lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.</li> </ul> </li> <li>4) wizytę fizjoterapeutyczną realizuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, zwany dalej „specjalistą w dziedzinie fizjoterapii”, lub</li> <li>b) fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub</li> <li>c) fizjoterapeuta posiadający dyplom, świadectwo, lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty, w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego)</li> </ul> </li> </ul>		
<p>1. Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.</p>	<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. Kierownik pracowni fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.</p>



Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej			
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	Raport AOTMiT		
Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego		
		2. 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.).	
Brak regulacji	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	Nie więcej niż jedna pracownia na 50 tys. mieszkańców
		Kryteria terytorialne	Gmina lub grupa gmin
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>	<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
Brak regulacji	Wskaźniki jakości	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.	
Brak regulacji	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	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.	
		1. Średnia liczba procedur zrealizowanych w ramach interwencji.	
		2. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.	
Brak regulacji	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	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

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
<b>Wystawca skierowania</b> 1) skierowanie na rehabilitację jest wystawiane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: a) specjalistę w dziedzinie: – rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, – medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, – reumatologii, – neurologii, – neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii, – chirurgii lub chirurgii ogólnej, – chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub b) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: – rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, – medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, – neurologii, – neurochirurgii,	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania</b> a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej/ lekarz ubezpieczenia zdrowotnego b) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia zlecenie na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
– chirurgii ogólnej, – ortopedii i traumatologii, lub c) lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie: – rehabilitacji medycznej, – balneologii i medycyny fizykalnej, – reumatologii, – neurologii, – neurochirurgii, – chirurgii ogólnej, – ortopedii i traumatologii narządu ruchu;		
<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</b> 1. Skierowanie na cykl zabiegów powinno zawierać: 1) pieczęć nagłówkową z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; 3) rozpoznanie w języku polskim; 4) kod jednostki chorobowej według Klasyfikacji ICD-10; 5) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację; 6) choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki (np. wszczone urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji;		<b>Wymagany rodzaj i zakres zlecenia</b> 1. Określenie przez lekarza celu kierowania na fizjoterapię. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczone urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
7) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu; 8) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania		
<b>Załączone badania</b> Brak regulacji		<b>Załączone badania</b> Do zlecenia powinny być dołączone: 1) Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 2) Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 3) Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/rzucie choroby przewlekłe postępującej.
<b>Pozostałe warunki</b> 1. Świadczeniobiorca powinien zarejestrować skierowanie w wybranym gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia.		<b>Pozostałe warunki</b> 1. Skierowanie powinno być zgłoszone w pracowni fizjoterapii w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
<b>Opis włączenia</b> Brak regulacji	<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: 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,

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
		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.
<b>Opis dodatkowy</b> Brak regulacji		<b>Opis dodatkowy</b> 1. 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. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia
<b>Kody wg ICD – Brak regulacji</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
<b>Opis powodu wyłączenia:</b> Brak regulacji		<b>Opis powodu wyłączenia</b> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
		dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, celem podjęcia decyzji o zasadności kontynuacji dalszej fizjoterapii. 3. Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.
<b>II. Zakres świadczenia</b>	<b>III. Zakres świadczenia</b>	
1. Wizyta fizjoterapeutyczna 2. Zabieg fizjoterapeutyczny: 1) Kinezyterapia 1.1. indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut; możliwość rozliczenia nie więcej niż 2 razy dziennie, 1.2. ćwiczenia wspomagane – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.3. pionizacja, 1.4. ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.5. ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.6. ćwiczenia izometryczne – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.7. nauka czynności lokomocji – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.8. wyciągi, 1.9. inne formy usprawniania (kinezyterapia) – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut,	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	1. Etapy udzielania świadczeń: 1) etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. 2) 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). 3) 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). 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: 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 fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z:	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego		
1. Fizjoterapia ambulatoryjna 1) <ul style="list-style-type: none"> <li>1.10. ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 świadczeniobiorców na 1 terapeutę).</li> </ul> 2) Masaż <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego świadczeniobiorcę, w tym minimum 15 minut czynnego masażu,</li> <li>2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy,</li> <li>2.3. masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy,</li> <li>2.4. masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi),</li> <li>2.5. masaż podwodny miejscowy,</li> <li>2.6. masaż podwodny całkowity,</li> <li>2.7. masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące).</li> </ul> 3) Elektrolecznictwo <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. galwanizacja,</li> <li>3.2. jonoforeza,</li> <li>3.3. kąpiel czterokomorowa,</li> <li>3.4. kąpiel elektryczna – wodna całkowita,</li> <li>3.5. elektrostymulacja,</li> <li>3.6. tonoliza,</li> <li>3.7. prądy diadynamiczne,</li> <li>3.8. prądy interferencyjne,</li> <li>3.9. prądy TENS,</li> </ul>		

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
3.10. prądy TRAEBERTA, 3.11. prądy KOTZA, 3.12. ultradźwięki miejscowe, 3.13. ultrafonoforeza. 4) Leczenie polem elektromagnetycznym 4.1. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, 4.2. diatermia krótkofalowa, mikrofała, 4.3. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości. 5) Światłolecznictwo i termoterapia 5.1. naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym – miejscowe, 5.2. laseroterapia – skaner, 5.3. laseroterapia punktowa, 5.4. okłady parafinowe. 6) Hydroterapia 6.1. kąpiel wirowa kończyn, 6.2. inne kąpiele – wirowa w tanku, 6.3. natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski. 7) Krioterapia 7.1. zabieg w kriokomorze – jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego, 7.2. krioterapia – miejscowa (pary azotu). 8) Balneoterapia 8.1. okłady z borowiny – ogólne, 8.2. okłady z borowiny – miejscowe,		



Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
8.3. kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo-siarkowodorowa, w suchym CO <sub>2</sub> , 8.4. fango. 9) Wymagany zakres wykonywanych zabiegów: 1) fizykoterapeutycznych: - elektroterapia, - światłolecznictwo, - leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym, - ultradźwięki (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci), - laseroterapia; 2) kinezyterapeutycznych: - ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja – prowadzone indywidualnie przez osobę prowadzącą fizjoterapię, - ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne, - nauka czynności lokomocyjnych, - zabiegi z użyciem wyciągów. 2. Fizjoterapia domowa 1) Kinezyterapia 1.1. indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut; możliwość rozliczenia 1 raz dziennie,		

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
1.2. ćwiczenia wspomagane – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.3. pionizacja, 1.4. ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.5. ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.6. ćwiczenia izometryczne – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.7. nauka czynności lokomocji – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut, 1.8. wyciągi, 1.9. inne formy usprawniania (kinezyterapia) – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut. 2) Masaż 2.1. masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym minimum 15 minut czynnego masażu, 2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy, 2.3. masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy. 3) Elektrolecznictwo 3.1. galwanizacja, 3.2. jonoforeza, 3.3. elektrostymulacja, 3.4. tonoliza, 3.5. prądy diadynamiczne,		

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
3.6. prądy interferencyjne, 3.7. prądy TENS, 3.8. prądy TRAEBERTA, 3.9. prądy KOTZA, 3.10. ultradźwięki miejscowe, 3.11. ultrafonoforeza. 4) Leczenie polem elektromagnetycznym 4.1. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości. 5) Światłolecznictwo i termoterapia 5.1. naświetlanie promieniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym miejscowe 5.2. laseroterapia – skaner, 5.3. laseroterapia punktowa. 6) Balneoterapia 6.1. okłady z borowiny – miejscowe, 6.2. zabiegi fizykoterapeutyczne.		
Czas trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym oraz nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	1. 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. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną oraz lekarza zlecającego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego

<b>Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej</b>		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
		oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 40 dni zabiegowe.
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii Warunki domowe	<b>Miejsce udzielania świadczeń</b>	Pracownia fizjoterapii
Brak regulacji	<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	1310 Dział (pracownia) fizjoterapii praktyka fizjoterapeutyczna indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna grupowa W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej
domowy	<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	domowy
Wyposażenie świadczeniodawcy: a) przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem – nie mniej niż 1 zestaw na 2 fizjoterapeutów; b) przenośny zestaw do biostymulacji laserowej – nie mniej niż 1 zestaw na 2 fizjoterapeutów; c) pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem; d) pomieszczenie magazynowe na leki i sprzęt medyczny.	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	Świadczenia realizowane przez pracownię fizjoterapii
1) Wymagania dotyczące personelu: a) zabieg fizjoterapeutyczny: fizjoterapeuta;	<b>Personel medyczny</b>	1. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
b) personel realizujący zabiegi masażu: fizjoterapeuta lub masażysta, w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego).		2. Fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów.
Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.	<b>Dodatkowe warunki</b>	Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).
Brak regulacji	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne
		zgodnie jak dla świadczeń POF
		Kryteria terytorialne
		gmina, na terenie której jest miejsce udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub gmina sąsiednia
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>	<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>	
Brak regulacji	<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do fizjoterapii, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie.</li> <li>2. Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię domową powyżej 30 dni od dnia wypisania zlecenia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów, u których wydłużona została fizjoterapia domowa, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii domowej został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> </ol>

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)</b>	<b>Raport AOTMiT</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego	<b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego</b>	
Brak regulacji	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Udział procentowy realizacji poszczególnych interwencji.</li> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>1. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.</li> </ol>

## 2. Rozpoznania referencyjne w ramach proponowanych świadczeń 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	Móżdżek	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 przedstonkowo-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

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
G00.0	Zapalenie opon mózgowych wywołane przez Haemophilus influenzae	Tak	Tak
G00.1	Zapalenie opon mózgowych pneumokokowe	Tak	Tak
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	Śródkowa demielinizacja ciała modzelowatego	Tak	Tak
G37.2	Mielinoliza środkowa mostu	Tak	Tak



Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
G37.5	Stwardnienie koncentryczne [Baló]	Tak	Tak
G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
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 kręgowej	Tak	Tak
I60.6	Krwotok podpajęczynówkowy z innych tętnic wewnątrzczaszkowych	Tak	Tak
I60.7	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy wewnątrzczaszkowej, nie określony	Tak	Tak
I60.8	Inne krwotoki podpajęczynówkowe	Tak	Tak
I60.9	Krwotok podpajęczynówkowy, nie określony	Tak	Tak
I61.0	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy	Tak	Tak
I61.1	Krwotok mózgowy do półkul, korowy	Tak	Tak
I61.2	Krwotok mózgowy do półkul, nie określony	Tak	Tak
I61.3	Krwotok mózgowy do pnia mózgu	Tak	Tak
I61.4	Krwotok mózgowy do mózdzku	Tak	Tak
I61.5	Krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy	Tak	Tak
I61.6	Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu	Tak	Tak
I61.8	Inne krwotoki mózgowe	Tak	Tak
I61.9	Krwotok mózgowy, nie określony	Tak	Tak
I62.0	Krwotok pod oponą twardą (ostry) (nieurazowy)	Tak	Tak
I62.1	Nieurazowy krwotok nad oponą twardą	Tak	Tak
I62.9	Krwotok mózgowy (nieurazowy), nie określony	Tak	Tak
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych	Tak	Tak
I63.1	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic przedmózgowych	Tak	Tak
I63.2	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych	Tak	Tak
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	Tak	Tak
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	Tak	Tak
I63.5	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych	Tak	Tak
I63.6	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep żył mózgowych, nieropny	Tak	Tak
I63.8	Inne zawały mózgu	Tak	Tak

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
I63.9	Zawał mózgu, nie określony	Tak	Tak
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 porodu	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 martwiejące zapalenie rdzenia	Tak	Tak
G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
G37.9	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakima]	Nie	Tak
G95.0	Jamistość rdzenia kręgowego i jamistość opuszki	Nie	Tak
G95.1	Mielopatie naczyniowe	Tak	Tak
G95.8	Inne określone choroby rdzenia kręgowego	Tak	Tak
G95.9	Choroba rdzenia kręgowego, nie określona	Tak	Tak
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	Tak	Tak
M35.1	Inne zespoły nakładające się	Tak	Tak
M43.3	Nawykowe nadwichnięcie w stawie szczytowo-obrotowym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	Tak	Tak
M46.3	Infekcja krążka międzykręgowego (ropna)	Tak	Tak
M46.5	Inne infekcyjne choroby kręgosłupa	Tak	Tak
M50.0	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)	Tak	Tak
M51.0	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)	Nie	Tak
S12.0	Złamanie 1 kręgu szyjnego	Tak	Tak
S12.1	Złamanie 2 kręgu szyjnego	Tak	Tak
S12.2	Złamanie innego określonego kręgu szyjnego	Tak	Tak
S12.7	Liczne złamania odcinka szyjnego kręgosłupa	Tak	Tak
S14.2	Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka szyjnego rdzenia kręgowego	Tak	Tak
S24.1	Inne i nieokreślone urazy rdzenia kręgowego odcinka piersiowego kręgosłupa	Tak	Tak
S32.0	Złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa	Tak	Tak

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

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 splotu ramiennego	Nie	Tak
G54.1	Zaburzenia splotu lędźwiowo-krzyżowego	Nie	Tak
G61.0	Zespół Gullaina-Barrego	Tak	Tak
G62.0	Polineuropatia wywołana przez leki	Tak	Tak
G62.2	Polineuropatia wywołana innymi czynnikami toksycznymi	Tak	Tak
G62.8	Inne określone polineuropatie	Tak	Tak
G62.9	Polineuropatia, nie określona	Tak	Tak
G63.4	Polineuropatia w niedoborach żywieniowych (E40-E64+)	Tak	Tak
G70.0	Miastenia ciężka rzekomoporaźna	Tak	Tak
G70.1	Toksyczne zaburzenia nerwowo-mięśniowe	Tak	Tak
G72.0	Miopatia polekowa	Nie	Tak
G72.4	Miopatia zapalna niesklasyfikowana gdzie indziej	Tak	Tak
G73.0	Zespoły miasteniczne w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	Nie	Tak
G73.1	Zespół Eatona-Lamberta (C80+)	Nie	Tak
G73.2	Inne zespoły miasteniczne w chorobach nowotworowych (C00-D48+)	Tak	Tak
G73.3	Zespoły miasteniczne w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Nie	Tak
G73.4	Miopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	Nie	Tak
G73.5	Miopatia w chorobach układu wewnątrzwydzielniczego	Nie	Tak
G73.6	Miopatia w chorobach metabolicznych	Tak	Tak
G73.7	Miopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	Tak	Tak
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	Tak	Tak
M35.1	Inne zespoły nakładające się	Tak	Tak
M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	Nie	Tak
M51.1	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	Nie	Tak
S24.2	Uraz nerwów rdzeniowych odcinka piersiowego kręgosłupa	Tak	Tak
S34.2	Uraz nerwów rdzeniowych odcinka lędźwiowego i krzyżowego kręgosłupa	Tak	Tak
S34.3	Uraz ogona końskiego	Nie	Tak
S34.4	Uraz splotu lędźwiowo-krzyżowego	Nie	Tak
S74.0	Uraz nerwu kulszowego na poziomie biodra i uda	Nie	Tak
S74.1	Uraz nerwu udowego na poziomie biodra i uda	Nie	Tak
S74.8	Uraz innych nerwów na poziomie biodra i uda	Nie	Tak
S74.9	Uraz nieokreślonego nerwu na poziomie biodra i uda	Nie	Tak

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

- Listy rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II
- Listy rozpoznań referencyjnych w kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II
- Listy rozpoznań referencyjnych w 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 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

3. Narzędzia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w ramach proponowanych świadczeń w 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. Dbłość o własną osobę:
  - 1) potrzebuje pomocy w podstawowych czynnościach (mycie zębów, czesanie włosów, golenie, mycie się) – 0 pkt.,
  - 2) niezależny (nawet jeżeli odpowiednie przedmioty są podawane przez osobę opiekującą się) – 1 pkt,
4. Korzystanie z toalety:
  - 1) zależny od otoczenia – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy przy korzystaniu – 1 pkt,
  - 3) niezależnie siada i wstaje z toalety, ubiera się, wyciera – 2 pkt.
5. Jedzenie:
  - 1) nie potrafi jeść samodzielnie bez pomocy – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pewnej pomocy (np. krojenie, rozsmarowywanie) lecz je samodzielnie – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie (jeśli ma przygotowane jedzenie) – 2 pkt.
6. Przesiadanie się:
  - 1) nie potrafi przesiąść się z łóżka na fotel, nie potrafi siedzieć – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje znacznej pomocy – 1 pkt,
  - 3) potrzebuje niewielkiej pomocy – 2 pkt.,
  - 4) nie potrzebuje pomocy – 3 pkt.
7. Poruszanie się:
  - 1) unieruchomiony – 0 pkt.,
  - 2) samodzielnie porusza się na wózku inwalidzkim w domu – 1 pkt,
  - 3) chodzi z pomocą lub pod kontrolą jednej osoby – 2 pkt.,
  - 4) chodzi samodzielnie (może używać przyrządu) – 3 pkt.
8. Ubieranie się :
  - 1) całkowicie zależny od otoczenia – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie, łącznie z zapinaniem guzików i zamków błyskawicznych – 2 pkt.
9. Chodzenie po schodach:
  - 1) niewykonalne – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy lub kontroli – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie chodzi w górę i w dół – 2 pkt.
10. Kąpiel:
  - 1) potrzebuje pomocy – 0 pkt.,
  - 2) samodzielnie może się kąpać lub brać prysznic, potrafi wejść i wyjść bez pomocy – 1 pkt,

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

#### 2. Skala opisu głębokości deficytu

0 – brak zaburzeń;

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

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

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

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