



**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: 17.01.2019 r.

## **Spis treści**

---

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej.....	3
Świadczenia neurologiczne w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa dziennej dla pacjentów z dysfunkcją układu nerwowego.....	24
Świadczenia w zakresie lekarskiej opieki rehabilitacyjnej .....	38
Świadczenia neurologiczne w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z dysfunkcją układu nerwowego .....	43
Świadczenia neurologiczne w zakresie fizjoterapii domowej dla pacjentów z dysfunkcją układu nerwowego	54
Załącznik 1. Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II .....	67
Załącznik 2. Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II.....	70
Załącznik 3. Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II .....	72
Załącznik 4. Lista skal medycznych i opis zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne.....	74

## Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
<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 2) przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: rehabilitacyjnej, neurologicznej,	<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>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> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</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	
<b>Opis włączenia:</b> brak w przepisach rozporządzenia	<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> <u>Kryteria włączenia dla świadczeń:</u> <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:</u> 1) Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: 1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z listy stanowiącej załącznik nr 1 lub z rozpoznaniem R40.2 z udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakreślenia leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt., oraz 2) stan funkcjonalny według skali opartej na skali Rankina - 4-5 stopień, oraz 3) 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, zgodnie z załącznikiem nr 4. 2) Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych lub z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką. 3) W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. <u>Kryteria włączenia dla świadczeń:</u> <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u> 1. Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: 1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z listy stanowiącej załącznik nr 1 lub z rozpoznaniem R40.2 oraz udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakreślenia leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz

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>oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt., oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) stan funkcjonalny według skali opartej na skali Rankina - 3-4 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, lub według skali MRC – liczba punktów &lt;5, oraz</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 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>3. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>3) bezpośrednio po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub</li> <li>4) wypisu z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</li> </ol> </li> <li>4. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol> <p><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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z listy stanowiącej załącznik nr 2 oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali opartej na skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6,</li> </ol> </li> <li>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> </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>2) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.</p> <p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p><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 4 kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z listy stanowiącej załącznik nr 2 oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali opartej na skali Rankina - 3-5 stopień, oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali MRC – liczba punktów 5 – 8,</li> </ol> <p>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>3) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I.</li> </ol> <p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia</p> <p><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> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z listy stanowiącej załącznik nr 3 oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali opartej na skali Rankina - 4-5 stopień, oraz</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>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6,</p> <p>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.</li> </ol> <p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia</p> <p><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 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z listy stanowiącej załącznik nr 3 oraz</li> <li>2) stan funkcjonalny według skali opartej na skali Rankina - 3-5 stopień oraz</li> <li>3) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz</li> <li>4) stan funkcjonalny według skali MRC – liczba punktów 5 – 8.</li> </ol> </li> <li>2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub</li> <li>3) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I.</li> </ol> </li> <li>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol>
<b>Opis dodatkowy:</b> Brak regulacji	<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> </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	
		2) w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub 3) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
Kody wg ICD - brak regulacji	Kryteria wyłączenia	Kody wg ICD – nie dotyczy
<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> <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</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”.

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. 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 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> </ol> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do:</p> <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> <p><u>Kryteria wyłączenia dla świadczeń:</u>  <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 kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol> <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> </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>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”.</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II, lub</li> <li>2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</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>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>	<b>II. Zakres świadczenia</b>	
<p>Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I <ol 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> </ol> </li> </ol>	<b>Etapy udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>b) konsultację logopedyczną, lub</li> <li>c) konsultację psychologiczną, lub</li> <li>d) konsultację terapeuty zajęciowego, oraz</li> <li>e) wizytę kwalifikacyjną lekarską,</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>3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.</p> <p>2. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II</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>2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</p> <p>3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu</p> <p>3. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria I</p> <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. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria II</p> <p>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. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I</p> <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</p> <p>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</p>	<p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <p>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- profil fizjoterapeutyczny – 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 nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II oraz 150 min. dla pozostałych świadczeń fazy II: <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> </li> </ul> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p>

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	
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.		2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
<p>1. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u>  Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I:  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>2. <u>Ramy czasowe dla świadczenia:</u>  Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:  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></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, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</li> </ol>

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 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>  <u>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – 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>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>  Czas trwania rehabilitacji:</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>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>  Czas trwania rehabilitacji:</p> <p>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 pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>		
<p>1. Zapewnienie całodobowego dostępu do badań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) diagnostyki obrazowej;</li> <li>2) diagnostyki laboratoryjnej.</li> </ol>	<b>Świadczenia dodatkowe</b>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe</li> <li>2) 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe</li> <li>3) 99.87 Żywienie dojelitowe</li> </ol> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii</li> <li>2) 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew</li> <li>3) 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram</li> <li>4) 93.57 Założenie opatrunku na ranę - inne</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>	
<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
<p>1. Wyposażenie wymagane w lokalizacji – gabinet kinezyterapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stół do pionizacji;</li> <li>2) balkonik rehabilitacyjny;</li> <li>3) kule i laski rehabilitacyjne;</li> <li>4) przenośny zestaw do elektroterapii;</li> <li>5) defibrylator;</li> <li>6) EKG.</li> </ol> <p>2. Warunki lokalowe wspólne:</p> <ol 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> <li>3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców,</li> <li>4) dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;</li> <li>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</li> </ol>	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	<p>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet diagnostyczno- zabiegowy,</li> <li>2) gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>3) gabinet lekarski,</li> <li>4) sala fizjoterapii.</li> </ol> <p>2. Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet logopedyczny,</li> <li>2) gabinet psychologiczny,</li> <li>3) gabinet terapeuty zajęciowego,</li> <li>4) sala treningu medycznego.</li> </ol> <p>3. Stanowisko intensywnego nadzoru - w miejscu.</p> <p>4. Warunki lokalowe wspólne.</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>	
<p>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, dostępem do tlenoterapii, możliwością odsysania dróg oddechowych w lokalizacji.</p>		
<p>1. Wymagania dotyczące personelu:</p> <p>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:</p> <p>2) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub</p> <p>3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub</p> <p>4) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub</p> <p>5) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub</p>	<b>Personel medyczny</b>	<p>1. Fizjoterapeuta – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p> <p>2. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p> <p>3. Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p> <p>4. Lekarz specjalista w dziedzinie neurologii – udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p> <p>5. Logopeda – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p> <p>6. Psycholog – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</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>rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub</p> <p>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);</p> <p>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 i specjalisty w dziedzinie ortopedii (w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej dziecięcej) w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale, oraz</p> <p>8) 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>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</p>		<p>7. Terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</p> <p>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).</p> <p>9. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.</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>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 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>		

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>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> <p>4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek;</p> <p>5) logopeda lub neurologopeda – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.</p>		
<p>1. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – 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>2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</p> <p>3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.</p> <p>2. <u>Organizacja udzielania świadczeń dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II:</u></p>	<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do:</p> <p>1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub</p> <p>2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</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>1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku</p> <p>1) do piątku oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty;</p> <p>2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub</p> <p>3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu</p> <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> 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:</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 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>		
Brak regulacji	<b>Wskaźniki jakości</b>	<p>1. Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1) Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <p>a) wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej,</p> <p>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,</p> <p>2) Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <p>a) wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</p> <p>b) wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</p> <p>c) wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</p> <p>d) wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</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	
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> </ol>

## Świadczenia neurologiczne w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa dziennej dla pacjentów z dysfunkcją układu nerwowego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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.)</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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</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	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego



<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
8) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych		
<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> brak regulacji		<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
<b>Załączone badania</b> Brak regulacji		<b>Załączone badania</b> 1. Do skierowania powinny być dołączone: 1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji. potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.
<b>Pozostałe warunki</b> Brak regulacji		<b>Pozostałe warunki</b> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
		ogólnoustrojowej dziennej, 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> 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 kryteria do świadczeń: 1) <u>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</u> a) rozpoznanie medyczne wg ICD-10: G09-G13, G25, G54, G55, G59, G60, G83, b) porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego. 2) <u>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu:</u> a) pacjenci spełniający kryterium rozpoznania medycznego wg ICD-10: I60-I69, I97. 3) <u>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN:</u> a) pacjenci spełniający kryterium rozpoznania medycznego wg ICD-10: G35-G37. 2. Przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: 1) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
		2) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub 3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby. 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, jednak nie dłużej niż do 90 dni.
<b>Opis dodatkowy</b> Brak regulacji		<b>Opis dodatkowy</b> 1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem na oddział odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
<b>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

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
		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 określeniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: a) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz b) konsultację logopedyczną, lub c) konsultację psychologiczną, lub d) konsultację terapeuty zajęciowego, oraz e) wizytę kwalifikacyjną lekarską, 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
		interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): a) profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny – czas trwania dla świadczeń udzielanych pacjentom po udarze oraz z porażeniami i niedowładami czas trwania średnio w trakcie pobytu 120 minut dziennie, oraz 75 min. dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN, oraz b) profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub c) profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania nie mniej niż/ nie więcej niż 45 min. w przypadku niedowładów lub porażań, 60 min. w przypadku chorób demielinizacyjnych OUN, 30-40 min. po udarach, lub d) profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów. 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: 1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
		2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
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. 2. Czas trwania rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wynosi do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. 3. Jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego.	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym dla pacjentów po udarze oraz z porażeniami i niedowładami oraz nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
<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

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</li> <li>2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</li> <li>3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</li> </ol>	
1. Wyposażenie świadczeniodawcy: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet kinezyterapii – wymagany w lokalizacji:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,</li> <li>b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,</li> <li>c) Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę,</li> <li>d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki);</li> </ol> </li> <li>2) gabinet fizykoterapii – wymagany w lokalizacji:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zestaw do elektroterapii z osprzętem,</li> <li>b) lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym,</li> <li>c) zestaw do magnetoterapii,</li> <li>d) zestaw do terapii falą ultradźwiękową (z wyłączeniem w przypadku ośrodka dla dzieci do ukończenia 18. roku życia),</li> <li>e) zestaw do biostymulacji laserowej;</li> </ol> </li> <li>3) wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej w lokalizacji, jeżeli dane świadczenie jest realizowane:               <ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>b) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy,</li> <li>c) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia,</li> <li>d) cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska.</li> </ol> </li> <li>4) wymagane wyposażenie, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych,</li> </ol> </li> </ol>	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń:               <ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>2) gabinet fizjoterapeutyczny odrębne pomieszczenie wyposażone w:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stół z regulowaną wysokością,</li> <li>b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń</li> </ol> </li> <li>3) gabinet lekarski – odrębne pomieszczenie wyposażone w:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) leżanka lub stół z regulowaną wysokością;</li> <li>b) sprzęt do pomiarów antropometrycznych;</li> </ol> </li> <li>4) gabinet logopedyczny – pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu wyposażone w:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stanowisko komputerowe z programem komputerowym do terapii zaburzeń mowy,</li> <li>b) lustro kontrolne,</li> <li>c) testy niezbędne do postawienia diagnozy,</li> <li>d) gry dydaktyczne dla dzieci,</li> <li>e) książki i inne pomoce logopedyczne,</li> <li>f) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku;</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>
b) zestaw do kriostymulacji parami azotu, c) urządzenie wywarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. 2. W przypadku realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wymagane jest wyposażenie: 1) sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie, 2) aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, 3) aparat do elektrostymulacji (parametry terapeutyczne dla zdrowych mięśni), 4) stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, 5) wanny do masażu wirowego, 6) urządzenie do masażu wibracyjnego – wymagane w miejscu udzielania świadczeń.	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: a) stoisko komputerowe z programem komputerowym do diagnozy i terapii psychologicznej, b) testy, skale i kwestionariusze niezbędne do postawienia diagnozy neuropsychologicznej/psychologicznej, c) materac lub mata, d) zabawki dla dzieci do procesu diagnozy lub terapii; 6) gabinet terapii zajęciowej – odrębne pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu, wyposażone w: a) drobne elementy adaptacyjne do treningu czynności życia codziennego (np. łyżki z pogrubionym trzonkami, antypoślizgowe talerze, nakładki na krany, chwytaki do zakładania ubrań etc.), b) stanowisko z elementami wyposażenia kuchni przystosowane dla dzieci lub dorosłym,



<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b></li> <li>2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b></li> <li>3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b></li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>c) łazienka przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami do treningu ADL – w dostępie,</li> <li>d) elementy do terapii ręki (np. specjalne zestawy do terapii ręki),</li> <li>e) zabawki i gry edukacyjne,</li> <li>f) artykuły biurowe;</li> <li>2) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,</li> <li>b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,</li> <li>c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,</li> <li>d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,</li> <li>e) lustro kontrolne,</li> </ol> </li> <li>3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,</li> <li>b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,</li> <li>c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,</li> <li>d) materace lub maty</li> </ol> </li> </ol> <p>2. Dopuszcza się organizowanie wspólnie:</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa dzienna		
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</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</li> <li>2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</li> <li>3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</li> </ol>	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego,</li> <li>2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.</li> </ol>
1. Wymagania dotyczące personelu: <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, lub</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>4) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz</li> <li>5) osoba prowadząca fizjoterapię.</li> </ol> 2. Dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) osoby, która: <ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> </ol> </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 pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.</li> <li>3. Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.</li> <li>4. Logopeda - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>5. Pielęgniarka - w wymiarze pracy niezbędnym do realizacji świadczeń.</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> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</li> <li>2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</li> <li>3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <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> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) psychologa lub psychologa klinicznego.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. W przypadku rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym świadczenie realizuje:           <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;</li> <li>2) specjalista w dziedzinie fizjoterapii;</li> <li>3) osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta;</li> <li>4) psycholog lub psycholog kliniczny.</li> </ol> </li> </ol>		
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.	<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</li> <li>2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</li> <li>3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</li> </ol>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w lokalizacji, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.</li> <li>3. Warunki lokalowe wspólne: <ol 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> <li>3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;</li> <li>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.</li> </ol> </li> </ol>		<p>świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zaleceniami i wiedzą medyczną.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.).</li> <li>3. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.</li> <li>4. Warunki lokalowe wspólne – - warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:</li> <li>5. Pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.</li> </ol>	
Brak regulacji	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji
Brak regulacji		Kryteria terytorialne	Brak informacji

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowa 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</b> 1) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii</b> 2) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu</b> 3) <b>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN</b>	
<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, którzy wymagali udziału więcej niż trzech profili terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>2. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli rehabilitację powyżej 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>3. Odsetek pacjentów wykluczonych z terapii, w stosunku do wszystkich pacjentów.</li> <li>4. Odsetek pacjentów u których wydłużona została rehabilitacja, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>6. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym.</li> </ol>
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> </ol>

## Świadczenia w zakresie lekarskiej opieki rehabilitacyjnej

Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej		
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	
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską	Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego	
<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
<b>Wystawca skierowania</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
<b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</b> Brak regulacji		<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. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
<b>Załączone badania</b> 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 przewlekle postępującej.
<b>Pozostałe warunki</b> Brak regulacji		<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> <b>nie dotyczy</b>
<b>Opis dodatkowy</b> Brak regulacji		<b>Opis dodatkowy</b> <b>nie dotyczy</b>
<b>Kody wg ICD – Brak regulacji</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
<b>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</b>		<b>Opis powodu wyłączenia</b>

<b>Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej</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>Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską</b>	<b>Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego</b>	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>2. Informację o zakończeniu leczenia oraz wytycznych dotyczących dalszego postępowania medycznego lekarz poradni, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>	<b>II. Zakres świadczenia</b>	
Zakres świadczenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ogólna ocena stanu zdrowia</li> <li>– skierowanie na konsultację i badania dodatkowe;</li> <li>– określenie zakresu ruchu w stawach;</li> <li>– testy czynnościowe;</li> <li>– ocena aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania;</li> <li>– ocena czucia powierzchownego i głębokiego;</li> <li>– ocena odruchów ścięgno-okostnowych</li> <li>– pomiar długości kończyn i obwodów;</li> <li>– ocenę chodu i lokomocji;</li> <li>– ocenę samoobsługi i samodzielności;</li> <li>– ocenę deformacji i zniekształceń;</li> <li>– ocenę deformacji, cech dysmorfii, ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych;</li> <li>– ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem, ocenę spastyczności;</li> <li>– badania przesiewowe w kierunku depresji;</li> <li>– badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji;</li> <li>– interpretację badań diagnostycznych i obrazowych;</li> <li>– ocenę bezpieczeństwa i ryzyka upadku;</li> <li>– planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji;</li> <li>– punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe;</li> <li>– zlecenie na wyroby medyczne</li> <li>– zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego</li> <li>– skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe;</li> <li>– końcową ocenę procesu usprawniania</li> </ul>	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	Udzielanie świadczeń obejmuje interwencje: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Konsultację lekarską,</li> <li>2) Opiekę lekarską,</li> <li>3) Poradę lekarską.</li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej</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>Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską</b>	<b>Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego</b>	
Brak regulacji	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	Nie dotyczy
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	
poradnia reahbilitacyjna	<b>Miejsce udzielania świadczeń</b>	poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna
Brak regulacji	<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	1300 – poradnia rehabilitacyjna  W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej
ambulatoryjny lub domowy	<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	ambulatoryjny
Brak regulacji.	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski, 2. Wymagane w lokalizacji: 1) pracownia pomiarowa, 2) ultrasonograf – z możliwością badania w prezentacji B w czasie rzeczywistym, posiadający opcje (oprogramowanie) dostosowane do zakresu badania, wyposażony w specjalistyczne głowice właściwe dla zakresu badania; 3) urządzenie do rejestracji obrazu lub drukarka do USG.
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	<b>Personel medyczny</b>	lekarz rehabilitacji - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej



Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej							
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					
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską		Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego					
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, lub 4) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego)							
Poradnia jest czynna co najmniej 2 dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.		<b>Dodatkowe warunki</b>	1. Warunki lokalowe wspólne. 2. Zapewnienie dostępu do badania spirometrycznego - w lokalizacji. 3. 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>	<table border="1"> <tr> <td>Kryteria populacyjne</td> <td>brak informacji</td> </tr> <tr> <td>Kryteria terytorialne</td> <td>brak informacji</td> </tr> </table>	Kryteria populacyjne	brak informacji	Kryteria terytorialne	brak informacji
Kryteria populacyjne	brak informacji						
Kryteria terytorialne	brak informacji						
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>					
Brak regulacji		<b>Wskaźniki jakości</b>	1. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano więcej niż jedną poradę w ramach skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 2. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano świadczenia w warunkach domowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów, u których osiągnięto cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów u których zrealizowano procedury zabiegowe, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów u których zrealizowano procedury diagnostyczne, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.				

<b>Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej</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>Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską</b>	<b>Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz leczenia rehabilitacyjnego</b>	
Brak regulacji	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>2. Osiągnięcie celu terapii.</li> </ol>

## Świadczenia neurologiczne w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z dysfunkcją układu nerwowego

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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
<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>	<p><b>Wymogi formalne</b></p>	<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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji; 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> 1. Do skierowania powinny być dołączone: 1) Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 2) Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 3) Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.
<b>Pozostałe warunki</b> 1. 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 zarejestrowane w wybranej pracowni fizjoterapii, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
<b>Opis włączenia</b> Brak regulacji	<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Opis włączenia</b> 1. Pacjenci spełniający kryteria dla świadczeń - fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi, a) w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub b) w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub c) w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych,

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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
		d) przyjęcie następuje bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania, e) 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 w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
<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>III. Zakres świadczenia</b>	
1. Wizyta fizjoterapeutyczna 2. Zabieg fizjoterapeutyczny: 1) Kinezyterapia	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	1. Etapy udzielania świadczeń (czas trwania interwencji zależy od zakresu świadczenia):

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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
<p>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,</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>1) etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.</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>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii:</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>2) 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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
<p>3.3. kąpiel czterekomorowa, 3.4. kąpiel elektryczna – wodna całkowita, 3.5. elektrostymulacja, 3.6. tonoliza, 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 4.1. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, 4.2. diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, 4.3. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości.</p> <p>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.</p> <p>6) Hydroterapia 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 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 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>		

<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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi</b>	
<p>3. Wymagany zakres wykonywanych zabiegów:</p> <p>1) fizykoterapeutycznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>elektroterapia,</li> <li>światłolecznictwo,</li> <li>leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym,</li> <li>ultradźwięki (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),</li> <li>laseroterapia;</li> </ol> <p>2) kinezyterapeutycznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja – prowadzone indywidualnie przez osobę prowadzącą fizjoterapię,</li> <li>ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne,</li> <li>nauka czynności lokomocyjnych,</li> <li>zabiegi z użyciem wyciągów.</li> </ol>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>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>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>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>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>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>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>



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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji	III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji	
Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii	Miejsce udzielania świadczeń	Pracownia fizjoterapii
Brak regulacji	Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej	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	Tryb udzielania świadczeń	Ambulatoryjny lub domowy
1. Wyposażenie w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii: 1) wyposażenie do zabiegów kinezyterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 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) wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń: a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości, b) lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym, c) zestaw do magnetoterapii, d) zestaw do terapii falą ultradźwięków (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe	1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet fizjoterapeutyczny odrębne pomieszczenie wyposażone w: a) stół z regulowaną wysokością, b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń, 2) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w: a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon, b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka, c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje, d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje, e) lustro kontrolne, 3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w:

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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi	
<p>e) zestaw do biostymulacji laserowej.</p> <p>2. Wymagane warunki dotyczące pomieszczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach), posiadających ściany o wysokości co najmniej 2,0 m, umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej;</li> <li>2) diatermie krótkofalowe i mikrofalowe powinny być instalowane w oddzielnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie;</li> <li>3) sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie;</li> <li>4) gabinet masażu powinien stanowić odrębne pomieszczenie (jeżeli świadczenie jest realizowane).</li> </ol> <p>3. Wymagane wyposażenie, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych;</li> <li>2) zestaw do kriostymulacji parami azotu;</li> <li>3) urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości</li> </ol> <p>4. Wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy;</li> <li>3) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, w miejscu udzielania świadczenia;</li> <li>4) cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,</li> <li>b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,</li> <li>c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,</li> <li>d) materace lub maty.</li> </ol> <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> <ol 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> <li>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,</li> <li>4) budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom,</li> <li>5) pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.</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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi</b>	
<p>1. Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zabieg fizjoterapeutyczny wykonuje fizjoterapeuta w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego);</li> <li>2) personel realizujący zabiegi masażu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) fizjoterapeuta,</li> <li>b) osoba, która uzyskała dyplom technika masażysty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej – zwana dalej „masażystą”;</li> </ol> </li> <li>3) personel realizujący zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej: <ol 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> </ol> </li> <li>4) wizytę fizjoterapeutyczną realizuje: <ol 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> </ol> </li> </ol>	<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii.</li> <li>2. Fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów.</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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi		
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.	<b>Dodatkowe warunki</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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> </ol>	
Brak regulacji	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Nie więcej niż jedna pracownia na 50 tys. mieszkańców
		Kryteria terytorialne	Gmina lub grupa gmin
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>	<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
Brak regulacji	<b>Wskaźniki jakości</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Odsetek pacjentów wykluczonych z fizjoterapii, w stosunku do wszystkich pacjentów.</li> <li>Odsetek pacjentów, u których wydłużona została fizjoterapia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>Odsetek pacjentów, u których zrealizowano świadczenia w warunkach domowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.</li> <li>Średnia liczba interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>Średnia liczba procedur zrealizowanych w ramach interwencji.</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 1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami neurologicznymi</b>	
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 fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> </ol>

## Świadczenia neurologiczne w zakresie fizjoterapii domowej dla pacjentów z dysfunkcją układu nerwowego

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
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
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;</li> <li>2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci);</li> <li>3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego</li> </ol>		<b>Fizjoterapia domowa</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</li> <li>2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</li> </ol>
<b>II. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>		<b>II. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>
<b>Wystawca skierowania</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) skierowanie na rehabilitację jest wystawiane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) specjalistę w dziedzinie:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej,</li> <li>– medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej,</li> <li>– reumatologii,</li> <li>– neurologii,</li> <li>– neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii,</li> <li>– chirurgii lub chirurgii ogólnej,</li> <li>– chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii,</li> <li>lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub</li> </ul> </li> <li>b) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej,</li> <li>– medycyny fizykalnej i balneoklimatologii,</li> <li>– neurologii,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<b>Wymogi formalne</b>	<b>Wystawca skierowania</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej/ lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</li> <li>b) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia zlecenie na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub na podstawie dokumentacji dotyczącej leczenia specjalistycznego lub szpitalnego.</li> </ol>

<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</b> 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	
– neurochirurgii, – 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. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta,		<b>Wymagany rodzaj i zakres zlecenia</b> 3. Określenie przez lekarza celu kierowania na fizjoterapię. 4. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.

<b>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</b> 1) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> 2) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	
przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji; 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: 4) Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 5) Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 6) Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/rzucie choroby przewlekle 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> 3. Skierowanie powinno być zgłoszone w pracowni fizjoterapii w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 4. 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. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu w ramach POF 1) Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria:



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</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;</li> <li>2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci);</li> <li>3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b></li> <li>2) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b></li> </ol>	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>a) zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,</li> <li>b) z ogniskowym uszkodzeniem mózgu - po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach,</li> <li>c) stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień (zgodnie z załącznikiem nr 13),</li> <li>d) do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu.</li> </ol> <p>2) Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia.</p> <p>2. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego w ramach POF</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,</li> <li>b) z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego (CUN),</li> <li>c) stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień (zgodnie z załącznikiem nr 13), lub w przypadku dzieci do ukończenia 18 roku życia, w skali GMFCS - 4-5 pkt. (zgodnie z załącznikiem nr 9),</li> <li>d) okres do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia CUN.</li> </ol> </li> <li>2) Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia.</li> </ol>
<b>Opis dodatkowy</b>		<b>Opis dodatkowy</b>

<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</b> 1) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> 2) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	
Brak regulacji		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem odbywa się w ciągu 14 dni od zgłoszenia zlecenia na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną.</li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego, na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. W przypadku wystąpienia w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol>
<b>Kody wg ICD – Brak regulacji</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
<b>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</b>		<b>Opis powodu wyłączenia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>4. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, celem podjęcia decyzji o zasadności kontynuacji dalszej fizjoterapii.</li> <li>5. Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.</li> </ol>
<b>IV. Zakres świadczenia</b>	<b>IV. Zakres świadczenia</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta fizjoterapeutyczna</li> <li>2. Zabieg fizjoterapeutyczny:</li> </ol>	<b>Etapy udzielania świadczenia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń:</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</b> <b>1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> <b>2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	
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, 1. Fizjoterapia ambulatoryjna 1) 1.10. ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 świadczeniobiorców na 1 terapeutę).  2) Masaż		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).  2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: 4) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 5) 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: 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</b> 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	
2.1. masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego świadczeniobiorcę, w tym minimum 15 minut czynnego masażu, 2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy, 2.3. masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy, 2.4. masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi), 2.5. masaż podwodny miejscowy, 2.6. masaż podwodny całkowity, 2.7. masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące).  3) Elektrolecznictwo 3.1. galwanizacja, 3.2. jonoforeza, 3.3. kąpiel czterokomorowa, 3.4. kąpiel elektryczna – wodna całkowita, 3.5. elektrostymulacja, 3.6. tonoliza, 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. 4) Leczenie polem elektromagnetycznym 4.1. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości,		

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
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	
<b>Fizjoterapia domowa</b> Obejmuje pacjentów z: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;</li> <li>2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci);</li> <li>3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego</li> </ol>	<b>Fizjoterapia domowa</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</li> <li>2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</li> </ol>	
4.2. diatermia krótkofalowa, mikrofala, 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, 8.3. kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo-siarkowodorowa, w suchym CO <sub>2</sub> , 8.4. fango. 9) Wymagany zakres wykonywanych zabiegów: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) fizykoterapeutycznych:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- elektroterapia,</li> <li>- światłolecznictwo,</li> </ul> </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</b> <b>1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> <b>2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	
- 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, 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		

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</b> 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	
– 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, 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		

<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</b> 1) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> 2) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	
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 oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 40 dni zabiegowe.
<b>V. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>	<b>V. 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



<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</b> 1) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> 2) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>	
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 realizujący zabiegi masażu: fizjoterapeuta lub masażysta, w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego).	<b>Personel medyczny</b>	1. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii. 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 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

<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</b> 1) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</b> 2) <b>Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego</b>		
		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>VI. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		<b>V. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>		
Brak regulacji		<b>Wskaźniki jakości</b>	1. Odsetek pacjentów wykluczonych z fizjoterapii, w stosunku do wszystkich pacjentów.	
			2. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.	
		3. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.		
		4. Odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń, w stosunku do liczby pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza poz.		
		5. Średnia liczba interwencji w dniu zabiegowym.		
		6. Średni czas do rozpoczęcia fizjoterapii w ramach POF.		
Brak regulacji		<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.	
			2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.	
			3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji.	

**Załącznik 1. Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II**

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
A52.1	Kiła objawowa układu nerwowego	Tak	Tak
A87.8	Inne wirusowe postacie zapalenia opon mózgowych	Tak	Tak
A87.9	Wirusowe zapalenie opon mózgowych, nie określone	Tak	Tak
B90.0	Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego	Tak	Tak
B94.1	Następstwa wirusowego zapalenia mózgu	Tak	Tak
C70.0	Opony mózgowie	Tak	Tak
C70.1	Opony rdzeniowe	Tak	Tak
C70.9	Opony, nie określone	Tak	Tak
C71.0	Mózg z wyjątkiem płatów i komór	Tak	Tak
C71.1	Płat czołowy	Tak	Tak
C71.2	Płat skroniowy	Tak	Tak
C71.3	Płat ciemieniowy	Tak	Tak
C71.4	Płat potyliczny	Tak	Tak
C71.5	Komory mózgowie	Tak	Tak
C71.6	Mózdzek	Tak	Tak
C71.7	Pień mózgu	Tak	Tak
C71.8	Zmiana przekraczająca granice mózgu	Tak	Tak
C71.9	Mózg, nie określony	Tak	Tak
C72.4	Nerw 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
G00.0	Zapalenie opon mózgowych wywołane przez Haemophilus influenzae	Tak	Tak
G00.1	Zapalenie opon mózgowych pneumokokowe	Tak	Tak

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

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania - kompleksowa rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu faza I oraz faza II	Faza I	Faza II
G37.9	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G46.1	Zespół tętnicy przedniej mózgu (I66.1+)	Tak	Tak
G46.2	Zespół tętnicy tylnej mózgu (I66.2+)	Tak	Tak
G46.3	Zespół udarowy pnia mózgu (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.4	Zespół udarowy mózdzku (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.5	Stan zatokowy z zespołem czysto ruchowym (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.7	Stan zatokowy z innymi zespołami (I60-I67+)	Tak	Tak
G46.8	Inne zespoły naczyniowe mózgu w chorobach naczyń mózgowych (I60-I67+)	Tak	Tak
G91.0	Wodogłowie komunikujące	Nie	Tak
G91.1	Wodogłowie z niedrożności	Tak	Tak
G91.2	Wodogłowie normociśnieniowe [zespół Hakima]	Nie	Tak
G91.3	Wodogłowie pourazowe, nie określone	Tak	Tak
G91.8	Inne wodogłowie	Nie	Tak
G91.9	Wodogłowie, nie określone	Tak	Tak
G93.1	Uszkodzenie mózgu z niedotlenienia niesklasyfikowane gdzie indziej	Tak	Tak
G93.4	Encefalopatia, nie określona	Tak	Tak
G97.8	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nie określone	Tak	Tak
G97.9	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone	Tak	Tak
I60.0	Krwotok podpajęczynówkowy z syfonu lub rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej	Tak	Tak
I60.1	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu	Tak	Tak
I60.2	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej	Tak	Tak
I60.3	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej tylnej	Tak	Tak
I60.4	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy podstawnej	Tak	Tak
I60.5	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy 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
I63.9	Zawał mózgu, nie określony	Tak	Tak
I67.1	Tętniak mózgu, niepęknięty	Tak	Tak

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

**Załącznik 2. Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I oraz faza II**

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

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

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

**Załącznik 3. Lista rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I oraz faza II**

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



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

## **Załącznik 4. Lista skal medycznych i opis zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne**

### **SKALA OPARTA NA SKALI RANKINA**

Stopnie skali:

0 - świadczeniobiorca nie zgłasza skarg.

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

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

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

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

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

### **SKALA DLA TYPOWYCH CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO - BARTHEL ADL**

1. Kontrola zwieraczy odbytu:
  - 1) nietrzymanie stolca lub konieczność stosowania lewatywy – 0 pkt.,
  - 2) rzadko brak kontroli (np. raz w tygodniu) -1 pkt,
  - 3) pełna - 2 pkt.
2. Kontrola zwieraczy pęcherza:
  - 1) nietrzymanie moczu lub chory z cewnikiem nie potrafiący samodzielnie posługiwać się nim – 0 pkt.,
  - 2) rzadko brak kontroli (rzadziej niż raz dziennie) – 1 pkt,
  - 3) pełna lub chory z cewnikiem potrafi się nim samodzielnie posługiwać – 2 pkt.
3. Dbłość o własną osobę:
  - 1) potrzebuje pomocy w podstawowych czynnościach (mycie zębów, czesanie włosów, golenie, mycie się) – 0 pkt.,
  - 2) niezależny (nawet jeżeli odpowiednie przedmioty są podawane przez osobę opiekującą się) – 1 pkt,
4. Korzystanie z toalety:
  - 1) zależny od otoczenia – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy przy korzystaniu – 1 pkt,
  - 3) niezależnie siada i wstaje z toalety, ubiera się, wyciera – 2 pkt.
5. Jedzenie:
  - 1) nie potrafi jeść samodzielnie bez pomocy – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pewnej pomocy (np. krojenie, rozsmarowywanie) lecz je samodzielnie – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie (jeśli ma przygotowane jedzenie) – 2 pkt.
6. Przesiadanie się:
  - 1) nie potrafi przesiąść się z łóżka na fotel, nie potrafi siedzieć – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje znacznej pomocy – 1 pkt,
  - 3) potrzebuje niewielkiej pomocy – 2 pkt.,
  - 4) nie potrzebuje pomocy – 3 pkt.
7. Poruszanie się:
  - 1) unieruchomiony – 0 pkt.,
  - 2) samodzielnie porusza się na wózku inwalidzkim w domu – 1 pkt,
  - 3) chodzi z pomocą lub pod kontrolą jednej osoby – 2 pkt.,
  - 4) chodzi samodzielnie (może używać przyrządu) – 3 pkt.
8. Ubieranie się :
  - 1) całkowicie zależny od otoczenia – 0 pkt.,
  - 2) potrzebuje pomocy – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie, łącznie z zapinaniem guzików i zamków błyskawicznych – 2 pkt.
9. Chodzenie po schodach:
  - 1) niewykonalne – 0 pkt.,

- 2) potrzebuje pomocy lub kontroli – 1 pkt,
  - 3) samodzielnie chodzi w górę i w dół – 2 pkt.
10. Kąpiel:
- 1) potrzebuje pomocy – 0 pkt.,
  - 2) samodzielnie może się kąpać lub brać prysznic, potrafi wejść i wyjść bez pomocy – 1 pkt,

### **SKALA GLASGOW GCS (GLASGOW COMA SCALE)**

1. Ocenie podlega:
  - 1) Otwieranie oczu
    - a) 4 punkty – spontaniczne
    - b) 3 punkty – na polecenie
    - c) 2 punkty – na bodźce bólowe
    - d) 1 punkt – nie otwiera oczu
  - 2) Kontakt słowny:
    - a) 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
    - b) 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
    - c) 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
    - d) 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
    - e) 1 punkt – bez reakcji
  - 3) Reakcja ruchowa:
    - a) 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
    - b) 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
    - c) 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
    - d) 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
    - e) 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
    - f) 1 punkt – bez reakcji
2. Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:
  - 1) GCS 13-15 – łagodne
  - 2) GCS 9-12 – umiarkowane
  - 3) GCS 6-8 – brak przytomności
  - 4) GCS 5 – odkorowanie
  - 5) GCS 4 – odmóżdzenie
  - 6) GCS 3 – śmierć mózgu

### **SKALA MRC (MEDICAL RESEARCH COUNCIL SCALE) OCENIAJĄCA STOPIEŃ OSŁABIENIA SIŁY MIĘŚNI (POSZCZEGÓLNYCH GRUP MIĘŚNIOWYCH)**

- 0 – brak napięcia mięśniowego
- 1 – wyczuwalny ślad napięcia mięśniowego podczas próby wykonania ruchu
- 2 – czynny ruch w warunkach obciążenia
- 3 – czynny ruch przeciwko sile ciężkości
- 4 – czynny ruch przeciwko sile ciężkości z dodatkowym obciążeniem
- 5 – prawidłowa siła mięśniowa

### **ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZO – BEHAWIORALNYCH ORAZ MOTORYCZNE ZABURZENIA CZYNNOŚCI MOWY ORAZ POŁYKANIA – PO NABYTYCH USZKODZENIACH MÓZGU**

1. Typ dysfunkcji i zaburzeń:
  - 1) zaburzenia mowy o charakterze dyzartrii lub apraksji mowy; dotyczą artykulacji, fonacji, prozodii lub motorycznych aspektów czynności mówienia (terapia realizowana przez neurologopedę);

- 2) zaburzenia językowe i mowy (afazje); dotyczą programowania i realizacji wielu różnych czynności językowych i objawiają się zaburzeniami nazywania, powtarzania, tworzenia zdania, przetwarzania informacji językowej i rozumienia języka na różnym poziomie złożoności wypowiedzi; dotyczą języka mówionego oraz pisanego (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub neurologopedę);
  - 3) zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż afazja i dyzartria); brak kompetencji do nawiązywania jakiegokolwiek kontaktu międzyosobniczego, trudności z wyrażaniem komunikatów przy użyciu gestykulacji, mimiki lub innych pozajęzykowych środków wyrazu; trudności ze zrozumieniem wymienionych form ekspresji wyrażanej przez innych. deficyty łagodniejsze dotyczą praktycznych aspektów komunikacji takich jak rozumienie kontekstu, przekazu emocjonalnego w komunikacji oraz innych form przetwarzania informacji językowej w kontekście komunikacji społecznej (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub neurologopedę);
  - 4) zaburzenia systemów uwagi. terapia dotyczy przede wszystkim zespołu zaniedbywania jednostronnego (deficyt nieuwagi stronnej) oraz zaburzeń czujności i podzielności uwagi w wyniku uszkodzenia neuronalnego układu funkcjonalnego dla uwagi (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 5) zaburzenia różnych funkcji pamięciowych; przede wszystkim zespoły amnestyczne w wyniku uszkodzenia obustronnego formacji hipokampa (np. w konsekwencji opryszczkowego zapalenia mózgu), uszkodzenia podstawnego przodomózgowia (np. w konsekwencji pęknięcia tętniaka na tętnicy łączącej przedniej powikłane skurczem naczyniowym) oraz międzymózgowia (np. uszkodzenia ciał suteczkwatych i przedniego wzgórza w wyniku incydentów naczyniowych) (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 6) zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje); zaburzenia inicjowania, organizacji przestrzennej oraz pamięci złożonych aktywności ruchowych (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 7) zaburzenia wyższej organizacji spostrzegania; deficyty powstałe w wyniku uszkodzenia asocjacyjnych części kory w zakresie różnych modalności zmysłowych; np. agnozja wzrokowa, słuchowa, astereognozja oraz zaburzenia poznawczego aspektu czynności okulomotorycznej (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 8) dysfunkcje systemu wykonawczego czyli regulującego inicjowanie, programowanie, kontrolę i przewidywanie skutków zachowań celowych; konsekwencje uszkodzeń neuronalnych systemów przedczołowo – podstawnych powstałych w wyniku patologii o różnej etiologii, szczególnie pourazowej (terapia prowadzona przez neuropsychologa);
  - 9) zaburzenie sfery emocji, afektu i osobowości w konsekwencji nabytego uszkodzenia mózgu; również zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego u bliskich osoby z nabytym ciężkim uszkodzeniem mózgu (psychoedukacja terapia wspierająca wobec rodziny chorego) (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub psychologa klinicznego – psychoterapeutę);
  - 10) zaburzenia połykania (dysfagia) związane z dysfunkcją czynności żucia, formowania kęsa i aktywnego kontrolowania procesu połykania w fazie ustnej i gardłowej; wprowadzenie technik specyficznej stymulacji funkcji połykania (terapia prowadzona przez neurologopedę).
2. Skala opisu głębokości deficytu
- 0 – brak zaburzeń;
  - 1 - śladowe zaburzenia funkcji, ale nie wpływające zasadniczo na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;
  - 2 – lekkie zaburzenia funkcji wpływające na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;
  - 3 – zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie;
  - 4 – zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych.

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

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

GMFCS Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007  
CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

---

GMFCS Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi, 1997  
CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University  
(Reference: Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223)  
Odpowiedzialna za skalę: dr n. bio. Ewa Gajewska Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji,  
Zakład Fizjoterapii Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
mail: karasinska1@wp.pl

#### WSTĘP I WSKAZÓWKI DLA UŻYTKOWNIKA

Podstawą Systemu Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej GMFCS w mózgowym porażeniu dziecięcym jest samodzielnie zapoczątkowany ruch, zwłaszcza siedzenie, zmiana pozycji i przemieszczanie się. Tworząc pięciopoziomowy system klasyfikacji naszym podstawowym kryterium było to, aby różnice między poziomami miały znaczenie w życiu codziennym. Podstawą rozróżnień są ograniczenia funkcjonalne, potrzeba stosowania ręcznych przyrządów wspomagających poruszanie się (takich jak balkoniki, kule czy laski) lub poruszania się na wózku, a w mniejszym stopniu jakość ruchu. Różnice między Poziomami I i II nie są tak wyraźne jak różnice między innymi poziomami, zwłaszcza dla niemowląt poniżej 2 lat.

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

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

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

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

#### DEFINICJE OPERACYJNE

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

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

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

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

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

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

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

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

### **OGÓLNE NAGŁÓWKI DLA KAŻDEGO POZIOMU**

POZIOM I – Chodzi bez ograniczeń

POZIOM II – Chodzi z ograniczeniami

POZIOM III – Chodzi z użyciem ręcznego przyrządu

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

POZIOM V – Wożony na ręcznym wózku inwalidzkim

### **RÓŻNICE MIĘDZY POZIOMAMI**

**Różnice między Poziomem I i II** – W porównaniu z dziećmi i młodzieżą na Poziomie I, dzieci i młodzież na Poziomie II mają trudności z chodzeniem na długich dystansach i utrzymywaniem równowagi; mogą potrzebować ręcznego przyrządu podpierającego, kiedy uczą się chodzić; mogą korzystać z wózka, kiedy przemieszczają się na dłuższe dystanse na wolnym powietrzu i w swoim środowisku; muszą używać poręczy, kiedy wchodzą lub schodzą po schodach; gorzej radzą sobie z bieganiem i skakaniem.

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

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

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

### **SYSTEM KLASYFIKACJI FUNKCJI MOTORYKI DUŻEJ – ROZSZERZONY I POPRAWIONY WIEK PONIŻEJ 2 LAT**

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

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

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

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

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

### **WIEK OD 2 LAT DO PONIŻEJ 4 LAT**

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

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

**POZIOM III:** Dzieci utrzymują pozycję siedzącą na podłodze często siedząc w pozycji W (siedzą między zgiętymi i obróconymi do wewnątrz biodrami i kolanami) i mogą potrzebować pomocy dorosłego, aby

usiąść. Dzieci pełzają na brzuchu albo na dłoniach i kolanach (często bez obustronnych ruchów nóg) i jest to ich podstawowy sposób samodzielnego przemieszczania się. Dzieci mogą podnieść się do stania na stabilnej powierzchni i przemieszczać się na krótkich dystansach. Dzieci mogą chodzić na krótkich dystansach używając ręcznego przyrządu (chodzika) i pomocy dorosłego przy skręcaniu.

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

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

#### **WIEK OD 4 LAT DO PONIŻEJ 6 LAT**

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

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

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

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

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

#### **WIEK OD 6 LAT DO PONIŻEJ 12 LAT**

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

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

w realizowaniu umiejętności motoryki dużej mogą rodzić konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach.

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

**POZIOM IV:** Dzieci korzystają z takich sposobów przemieszczania się, które wymagają pomocy fizycznej albo elektrycznego wózka w większości miejsc. Dzieci potrzebują przystosowanego siedzenia do kontroli tułowia i miednicy oraz zazwyczaj pomocy fizycznej przy zmianie pozycji. W domu dzieci przemieszczają się po podłodze (turlają się, czołgają lub pełzają), chodzą na krótkich dystansach z pomocą fizyczną albo korzystają z wózka elektrycznego. W domu lub w szkole dzieci mogą korzystać z chodzika podpierającego ciało, kiedy zostaną w nim ustawione. W szkole, na zewnątrz i w środowisku dzieci są wożone na ręcznym wózku albo korzystają z wózka elektrycznego. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i/lub wózek elektryczny.

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

#### **WIEK OD 12 LAT DO PONIŻEJ 18 LAT**

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

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

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

**POZIOM IV:** Dzieci korzystają z wózka w większości miejsc. Dzieci potrzebują przystosowanego siedzenia do kontroli tułowia i miednicy. Potrzebują pomocy fizycznej ze strony 1 lub 2 osób, aby zmienić pozycję. Dzieci mogą utrzymywać ciężar ciała na nogach, aby pomóc w zmianie pozycji w staniu. W pomieszczeniach dzieci mogą chodzić na krótkich dystansach z pomocą fizyczną, jeździć na wózku albo korzystać z chodzika podpierającego ciało, kiedy zostaną w nim ustawione. Dzieci są fizycznie zdolne do operowania wózkiem elektrycznym. Kiedy korzystanie z wózka elektrycznego nie jest



---

możliwe, dzieci są wożone na ręcznym wózku. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i/lub wózek elektryczny.

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