

# Program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN

## AUTORZY

DR HAB. N. MED. IWONA SARZYŃSKA-DŁUGOSZ

DR HAB. N. MED. ADAM KOBAYASHI

DR HAB. N. MED. MACIEJ KRAWCZYK

DR N. MED. LEONARD SZAFRANIEC

DR MARCIN ZARZECKI

## Spis treści

Wprowadzenie .....	2
1. Założenia i cele rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN ..	4
2. Kryteria kwalifikacji pacjentów z uszkodzeniem OUN do odbycia pobytu rehabilitacyjnego w ramach prewencji rentowej ZUS .....	6
3. Wymogi dotyczące statusu oraz lokalizacji ośrodka ubiegającego się o możliwość organizowania pobytu rehabilitacyjnego w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN.....	9
4. Wymogi dotyczące wyposażenia ośrodka ubiegającego się o możliwość organizowania pobytu rehabilitacyjnego w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN.....	11
5. Kwalifikacje i liczba personelu realizującego opisany program rehabilitacyjny w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN.....	17
6. Program rehabilitacji .....	19
7. Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji .....	26
8. Estymacja kosztów pobytu rehabilitacyjnego .....	27
8.1. Estymacja kosztów dostosowania (adaptacji i readaptacji) ośrodka do prowadzenia programu rehabilitacji OUN .....	27
8.2. Estymacja kosztów wyżywienia .....	29
8.3. Prognozowane koszty pobytu rehabilitacyjnego ( <i>per capita/osobodzień</i> ).....	31
9. Społeczne i ekonomiczne efekty programu rehabilitacji OUN oraz analiza efektywności kosztowej.....	34
10. Ewaluacja ex post programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN (koncepcja oceny programu).....	42
11. Wykaz załączników .....	44

## Wprowadzenie

Choroby układu nerwowego zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia stanowią najczęstszą przyczynę utraty lat życia w pełnej sprawności (ang. Disability Adjusted Life Years Lost – DALYs) – wyprzedzając inne schorzenia takie jak: nowotwory złośliwe, HIV/AIDS, chorobę niedokrwinną serca czy choroby układu oddechowego. W związku z powyższym stanowią poważny problem zarówno medyczny, jak społeczny oraz ekonomiczny. Na całym świecie rocznie wiele milionów ludzi staje się w ich następstwie osobami niepełnosprawnymi (niezdolnymi do pracy). Do chorób neurologicznych o szczególnie dużym znaczeniu epidemiologicznym i społecznym należą m.in.: choroby naczyń mózgowych i ich następstwa (udar mózgu), stwardnienie rozsiane oraz choroba Parkinsona.

Udar mózgu jest najczęstszą przyczyną niesprawności u osób dorosłych. Ok. 25% osób po udarze do 50 r.ż. i powyżej 59 r.ż. wymaga świadczeń rentowych. W przedziale wiekowym pomiędzy 50 a 59 r.ż. odsetek ten sięga nawet 50%. Rehabilitacja jest obecnie najskuteczniejszą metodą przywracania sprawności pacjentów - zwiększa znamienne odsetek osób wracających do stanu względnej lub bezwzględnej sprawności po udarze mózgu.

Choroba Parkinsona i zespoły parkinsonowskie ze względu na postępujący przebieg nie wymagają zazwyczaj specjalistycznej rehabilitacji w początkowej fazie, jednak w późniejszej fazie ze względu na narastające objawy pod postacią sztywności i drżenia często prowadzą do zaburzeń ruchowych, które uniemożliwiają kontynuację pracy. Ponadto w przebiegu choroby mogą występować zaburzenia behawioralno-poznawcze oraz zaburzenia połykania wymagające specjalistycznej terapii. Odpowiednio dobrane i prowadzone ćwiczenia rehabilitacyjne wpływają na utrzymanie sprawności tych pacjentów.

Ze względu na fakt, że stwardnienie rozsiane dotyczy osób młodych oraz przebiega rzutami lub w sposób przewlekłe postępujący, a także jest związane z deficytem neurologicznym (niedowładny kończyn, zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia, zaburzenia czucia, zaburzenia funkcji poznawczych) często staje się przyczyną absencji chorobowej, konieczności zmiany zawodu, oraz konieczności pobierania świadczeń rentowych. Odpowiednio dobrane i prowadzone ćwiczenia rehabilitacyjne wpływają na utrzymanie sprawności pacjentów.

Pozostałe schorzenia nie postępujące, czyli encefalopatia pourazowa, toksyczna lub niedokrwienność po nagłym zatrzymaniu krążenia, stan po operacji nowotworu OUN, stany po urazach czaszkowo-mózgowych również często stają się przyczyną konieczności pobierania świadczeń rentowych. Rehabilitacja tych pacjentów może pozwolić na przywrócenie sprawności oraz aktywności zawodowej.

Według danych ZUS w 2016 roku w Polsce z powodu udaru mózgu, stwardnienia rozsianego oraz choroby Parkinsona:

- 2871 osób otrzymało pierwszorazowe orzeczenie wydane przez lekarzy orzeczników ZUS ustalające niezdolność do pracy dla celów rentowych (6,6% wszystkich orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy dla celów rentowych), a na wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy wykorzystano 921 289,43 tys. zł (6,1% ogółu wydatków na ten cel).

- 2279 osób otrzymało pierwszorazowe orzeczenie wydane przez lekarzy orzeczników ZUS ustalające prawo do świadczenia rehabilitacyjnego (2,2% wszystkich orzeczeń), a na wydatki na świadczenie rehabilitacyjne wykorzystano 31 954, 1 tys. zł (2,1% ogółu wydatków na ten cel).

- choroby te były przyczyną 1056,2 tys. dni absencji chorobowej o łącznym koszcie 71 298,9 tys. zł.

Z przedstawionych danych wynika, że konieczne jest podjęcie wszelkich działań leczniczych oraz rehabilitacyjnych umożliwiających ograniczenie stopnia niepełnosprawności, zapewnienie jak najszybszego powrotu do pracy osób po udarach mózgu, zatruciach, nagłym zatrzymaniu krążenia oraz utrzymanie jak najdłuższy okres czasu zdolności do pracy zawodowej pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane czy chorobę Parkinsona oraz jak najszybszy powrót do pracy po zachorowaniu/po pogorszeniu.

Powrót do pracy osób po przebytej chorobie OUN, lub cierpiącej na przewlekłą chorobę OUN będących w wieku aktywności zawodowej przyczynia się do wzrostu jakości ich życia, a możliwość podjęcia pracy stanowi optymalne zwieńczenie efektów rehabilitacji oraz niesie istotne korzyści, nie tylko dla pracownika, ale również dla pracodawcy i całego społeczeństwa i jest zalecane przez towarzystwa naukowe [zob. w Zespół Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, 2018 - *Postępowanie w udarze mózgu - Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego*- w opracowaniu; Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, i wsp. *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke* 2016;47:e98–169).

Z medycznego punktu widzenia warunkiem skuteczności procesu rehabilitacji jest podejmowanie działań rehabilitacyjnych możliwie jak najwcześniej. Uważa się, że wcześniej rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu niepełnosprawności. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, a im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej. Przywrócenie zdolności do pracy pozwala na powrót do pełnego uczestnictwa w życiu codziennym i pełnienie wcześniejszych ról społecznych. Dzięki takiemu holistycznemu podejściu można także uzyskać poprawę jakości życia pacjenta.

## **1. Założenia i cele rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN**

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia proces rehabilitacji powinien prowadzić do umożliwienia osobom z niepełnosprawnościami uzyskania i utrzymania optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, intelektualnego, psychologicznego i społecznego.

Założeniem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN jest prowadzenie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta obejmującej:

- rehabilitację chorych z deficytami ruchowymi,
- terapię zajęciową,
- terapię chorych z zaburzeniami funkcji behawioralno-poznawczych,
- oddziaływania o charakterze psychoedukacyjnym.

Ważnym elementem proponowanego programu rehabilitacji będą także oddziaływania edukacyjne zmierzające do poprawy świadomości zdrowotnej pacjentów i przekazanie podstawowej wiedzy na temat:

- przyczyn, czynników ryzyka, objawów i następstw najczęściej występujących chorób ośrodkowego układu nerwowego,
- profilaktyki i leczenia chorób ośrodkowego układu nerwowego.

Edukacja powinna także obejmować naukę i realizację zachowań prozdrowotnych (dotyczących m.in. diety, aktywności fizycznej, aktywności intelektualnej i psychospołecznej, walki z nałogami, przestrzegania zasad ergonomii podczas wykonywania czynności codziennych, przestrzegania wdrożonych metod profilaktyki wtórnej).

Tylko kompleksowe i skoordynowane działanie wszystkich specjalistów zaangażowanych w proces rehabilitacji może przynieść spodziewane korzyści związane z wprowadzeniem programu rehabilitacji dla chorych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

Korzyści z realizacji programu:

- w aspekcie medycznym: poprawa sprawności ruchowej oraz funkcji poznawczych, zwiększenie samodzielności w czynnościach codziennych oraz przywrócenie chorego do sprawności umożliwiającej podjęcie aktywności zawodowej dotychczas wykonywanej lub innej dostosowanej do możliwości podyktowanych stopniem nasilenia deficytu; zmniejszenie deficytu neurologicznego, powrót do pełnych możliwości funkcjonalnych, a jeśli to niemożliwe to poprawa stanu funkcjonalnego, wypracowanie prawidłowych wzorców

kompensacyjnych, zapobieganie wtórnym zmianom strukturalnym wynikającym z przetrwałych deficytów neurologicznych;

- w aspekcie społecznym: aktywizacja zawodowa oraz zapobieganie skutkom niepełnosprawności i niesamodzielności doprowadzającym do izolacji społecznej i obniżenia jakości życia;

- w aspekcie ekonomicznym: zmniejszenie wydatków na skutki powstałej niepełnosprawności/niesamodzielności, poprzez: skrócenie okresu pobierania świadczeń rentowych lub innych związanych z absencją chorobową związaną z chorobami OUN, obniżenie kosztów pośrednich tych schorzeń obejmujące m.in. wydłużenie czasu świadczenia pracy dostosowanej do możliwości pacjenta wynikających ze stopnia nasilenia choroby, zapobieganie dezaktywizacji zawodowej.

Nie tylko pacjenci i instytucje ubezpieczenia społecznego skorzystają z takiej formy rehabilitacji. Na programie rehabilitacji neurologicznej w ramach prewencji rentowej ZUS korzyści odniosą także: pracodawcy, a zyski z programów rehabilitacji w wymiarze finalnym odczuje całe społeczeństwo, bo może doprowadzić do redukcji bezrobocia, które jest czynnikiem dotykającym zarówno rodziny, firmy jak i państwo.

## **2. Kryteria kwalifikacji pacjentów z uszkodzeniem OUN do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS**

Z programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN (zgodnie z obowiązującymi przepisami) może skorzystać osoba, która jest zagrożona utratą zdolności do pracy i jednocześnie rokuje odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Na tą rehabilitację może być skierowana osoba, która jest ubezpieczona w ZUS i która pobiera zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy lub osoba, która nie pobiera żadnych świadczeń.

Podstawą kwalifikacji do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN jest rozpoznanie wg ICD-10:

- D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych,
- D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN
- G20 – choroba Parkinsona
- G22 – parkinsonizm wtórny
- G35 – stwardnienie rozsiane
- G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN
- G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych
- G92 – encefalopatie toksyczne
- G93 – inne uszkodzenia mózgu
- I60 – krwotok podpajęczynówkowy
- I61 - krwotok śródczaszkowy
- I63 – zawał mózgu
- I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu
- T90 – następstwa urazów głowy

W każdym przypadku ubezpieczony kierowany na pobyt rehabilitacyjny w ramach prewencji rentowej ZUS, w opinii lekarza prowadzącego musi rokować powrót do pracy. Chory musi samodzielnie przemieszczać się w obrębie miasta, być osobą samodzielną w: korzystaniu z toalety, ubieraniu, przygotowaniu i spożyciu posiłków oraz komunikowaniu się z otoczeniem.

**Przeciwwskazaniem do podjęcia tego typu rehabilitacji będzie:**

- brak informacji od prowadzącego lekarza neurologa o korzystnym rokowaniu co do powrotu do pracy zawodowej,
- brak możliwości samodzielnych transferów w obrębie miasta,
- niesamodzielność w zakresie korzystania z toalety, ubierania się, przygotowywania i spożywania posiłków,
- brak skutecznej komunikacji z otoczeniem.

Pacjent na wniosek lekarza prowadzącego – specjalisty neurologa, zostanie skierowany na badanie do lekarza orzecznika ZUS, który wyda orzeczenie o celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (lub jej braku) dla osób z uszkodzeniem OUN.

Lekarz orzecznik ZUS może wydać orzeczenie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania lub w oparciu o zgromadzoną dokumentację medyczną.

Wskazane jest aby w ramach jednego turnusu rehabilitacyjnego były jednocześnie osoby ze schorzeniami o przebiegu jednofazowym powodującym niepostępujące uszkodzenie OUN (D32, D33, G46, G92, G93, I60, I61, I63, I69, T90) oraz z chorobami o przebiegu postępującym (G20, G22, G35, G37), przy założeniu, że program rehabilitacji będzie ustalony i realizowany oddzielnie dla obu tych grup pacjentów. Ułatwi to zarówno integrację grupy, jak też dostosowanie procesu terapeutycznego do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz prowadzenie optymalnego procesu rehabilitacji grupowej, psychoterapii oraz edukacji zdrowotnej.

W placówce realizującej program, kwalifikację wstępną pacjentów do jednej z dwóch grup terapeutycznych przeprowadzi lekarz specjalista neurolog lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej.

Maksymalna liczba osób uczestniczących w turnusie terapeutyczno-rehabilitacyjnym nie powinna przekraczać jednorazowo:

A) W turnusie prowadzonym w warunkach stacjonarnych:

- 20 osób - ze schorzeniami o przebiegu jednofazowym powodującym niepostępujące uszkodzenie OUN - przebieg jednofazowy (D32, D33, G46, G92, G93, I60, I61, I63, I69, T90) oraz osób z chorobami o przebiegu postępującym (G20, G22, G35, G37).

B) W turnusie prowadzonym w warunkach ambulatoryjnych:



- 10 osób ze schorzeniami o przebiegu jednofazowym powodującym niepostępujące uszkodzenie OUN - przebieg jednofazowy (D32, D33, G46, G92, G93, I60, I61, I63, I69, T90) oraz osób z chorobami o przebiegu postępującym (G20, G22, G35, G37).

### **3. Wymagania dotyczące statusu oraz lokalizacji ośrodka prowadzącego rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN**

Oferta może być skierowana do ośrodków publicznej i niepublicznej opieki zdrowotnej.

**O realizację pobytu rehabilitacyjnego w ramach programu prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniami OUN realizowanego w trybie stacjonarnym** mogą ubiegać się kliniki neurologiczne lub rehabilitacji neurologicznej, oddziały szpitalne neurologii lub rehabilitacji neurologicznej, oraz inne placówki prowadzące rehabilitację osób z uszkodzeniem OUN spełniające zaproponowane w poniższym opracowaniu standardy w zakresie lokalowym, sprzętowym i personalnym, posiadające co najmniej 2-letnie doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji osób dorosłych z uszkodzeniem OUN.

Lokalizacja placówki powinna umożliwiać osobom skierowanym przez ZUS dojazd ogólnodostępnymi środkami komunikacji publicznej lub zorganizowanie dla potrzeb osób skierowanych przez ZUS transportu własnego, gwarantującego pacjentom komfortowy transport bezpośredni do wyznaczonej placówki.

Placówka prowadząca rehabilitację w trybie stacjonarnym, powinna:

- dysponować terenami rekreacyjnymi w sąsiedztwie budynku, w którym znajduje się oddział rehabilitacji leczniczej,
- wyodrębnić część obiektu celem zagwarantowania pobytu dla 20 osób kierowanych przez ZUS jednocześnie,
- spełniać wymagania sanitarne, wynikające z odpowiednich przepisów,
- zapewnić osobom z niepełnosprawnościami swobodny dostęp do pomieszczeń hotelowych, gabinetów diagnostycznych, terapeutycznych oraz stołówki,
- zapewnić całodzienne wyżywienie zgodnie z normami Instytutu Żywności i Żywienia.

Ośrodek prowadzący rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN, powinien mieć możliwość zapewnienia w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych, badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych i działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Dotyczy to przede wszystkim dostępności do szpitali dysponujących możliwością konsultacji neurologicznej i szybkiej diagnostyki neurologicznej oraz szpitalnymi oddziałami ratunkowymi.

**O realizację programu prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniami OUN realizowanego w trybie ambulatoryjnym** mogą ubiegać się kliniki neurologiczne lub rehabilitacji neurologicznej, oddziały szpitalne neurologii lub rehabilitacji neurologicznej, oddziały dzienne

rehabilitacji oraz placówki rehabilitacyjne ambulatoryjne (poradnie) spełniające zaproponowane w poniższym opracowaniu standardy w zakresie lokalowym, sprzętowym i personalnym, posiadające co najmniej 2-letnie doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji osób dorosłych z uszkodzeniem OUN.

W przypadku placówek prowadzących rehabilitację w trybie ambulatoryjnym lokalizacja placówki powinna być w dużym mieście z możliwym dojazdem ogólnodostępnymi środkami komunikacji publicznej.

Placówka prowadząca rehabilitację w trybie ambulatoryjnym, powinna:

- wyodrębnić część obiektu celem zagwarantowania pobytu dla 10 osób kierowanych przez ZUS jednocześnie,
- spełniać wymagania sanitarne, wynikające z odpowiednich przepisów,
- zapewnić osobom z niepełnosprawnościami swobodny dostęp do gabinetów diagnostycznych i terapeutycznych oraz sali rekreacyjno-wypoczynkowej,
- zapewnić ciepłe i zimne napoje podczas pobytu w ośrodku.

Wymogi dotyczące statusu oraz lokalizacji ośrodka zostały zawarte w Załącznikach 1a i 1b.

#### **4. Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka prowadzącego rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN**

##### - Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie bazy diagnostycznej pod kątem diagnostyki neurologicznej

W przypadku placówek prowadzących rehabilitację (w trybie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym) konieczne wyposażenie do diagnostyki neurologicznej stanowią:

- leżanka medyczna,
- młotek neurologiczny,
- karta oceny ostrości wzroku/tablica Snellena,
- kamerton,
- szpatułki jednorazowe,
- latarka internistyczna,
- stetoskop,
- ciśnieniomierz,
- goniometr,
- taśma centymetrowa,
- komputer z oprogramowaniem umożliwiającym przeglądanie badań neuroobrazowych.

##### - Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie bazy diagnostycznej pod kątem diagnostyki zaburzeń poznawczych i zaburzeń mowy

W przypadku placówek prowadzących rehabilitację (w trybie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym) konieczne wyposażenie do diagnostyki zaburzeń poznawczo-behawioralnych i zaburzeń mowy stanowią:

- 1) Wystandaryzowane testy konieczne do diagnostyki psychologicznej - niezbędne testy możliwe do zakupienia w Pracowni Testów Psychologicznych PTP (jedynie przez psychologów), to:
  - a) WAIS-R(PL) - Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - wersja zrewidowana,
  - b) WCST - Test Sortowania Kart z Wisconsin,
  - c) CVLT - Kalifornijski Test Ucznienia się Językowego,
  - d) CTT - Kolorowy Test Połączeń - wersja dla dorosłych,
  - e) Test Pamięci Wzrokowej Bentona,
  - f) KPD - Kwestionariusz do Pomiaru Depresji,
  - g) MMPI – 2.

- 2) Testy do diagnostyki psychologicznej dostępne nieodpłatnie:
  - a) MMSE,
  - b) ACE-R.
- 3) Sprzęt do diagnostyki logopedycznej:
  - a) lusterko laryngologiczne,
  - b) szpatułki,
  - c) rękawiczki.

- Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie bazy diagnostyczno-leczniczej

Ze względu na choroby zasadnicze stanowiące wskazanie do rehabilitacji oraz schorzenia współwystępujące, w szczególności: układu krążenia oraz metaboliczne (przede wszystkim zaburzenia gospodarki węglowodanowej) istnieje konieczność posiadania w miejscu odpowiedniego sprzętu, który pozwoli na natychmiastowe leczenie w stanach zagrożenia zdrowia i życia.

- W przypadku placówek prowadzących rehabilitację **w trybie stacjonarnym** należą do nich:

- aparat EKG,
- ciśnieniomierz,
- kardiomonitor,
- defibrylator ,
- zestaw do intubacji, worek Ambu, rurki ustno-gardłowe,
- zestaw przeciwstrząsowy,
- glukometr,
- aparat do przyłóżkowego oznaczania INR,
- stetoskop lekarski,
- leki m.in. zestaw leków ratujących życie, leki hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwuczuleniowe.
- stojak do kroplówek,
- podstawowe narzędzia zaopatrzenia ortopedycznego (kołnierz uniwersalny dla dorosłych, szyny uniwersalne do unieruchomienia, kule łokciowe, laski,
- podstawowe materiały opatrunkowe pozwalające na zabezpieczenie urazów,
- wózek / wózki do transportu pacjenta w pozycji leżącej i siedzącej.

- W przypadku placówek prowadzących rehabilitację **w trybie ambulatoryjnym** należą do nich:

- aparat EKG,
- ciśnieniomierz,
- defibrylator
- zestaw do intubacji, worek Ambu, rurki ustno-gardłowe,
- zestaw przeciwwstrząsowy,
- glukometr,
- stetoskop lekarski,
- leki m.in. zestaw leków ratujących życie, leki hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwuczeniowe.
- podstawowe narzędzia zaopatrzenia ortopedycznego (kołnierz uniwersalny dla dorosłych, szyny uniwersalne do unieruchomienia, kule łokciowe, laski,)
- podstawowe materiały opatrunkowe pozwalające na zabezpieczenie urazów,
- wózek / wózki do transportu pacjenta w pozycji leżącej i siedzącej.

- Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie bazy rehabilitacyjnej do prowadzenia fizjoterapii i terapii zajęciowej – wyposażenie sal kinezyterapii grupowej i indywidualnej, wyposażenie gabinetów fizykoterapii, sali terapii zajęciowej

W przypadku placówek prowadzących rehabilitację (w trybie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym) konieczną infrastrukturę do prowadzenia fizjoterapii i terapii zajęciowej stanowią:

- 1) jeden gabinet fizjoterapeuty (do badania pacjentów, do prowadzenia dokumentacji) - wyposażony w:
  - a) stół do badania fizjoterapeutycznego z elektryczną regulacją wysokości,
  - b) podstawowe przybory pomiarowe umożliwiające przeprowadzenie testów i pomiarów (centymetr krawiecki, goniometr, inklinometr, pion, stoper, zestaw testowy do Testu 9 kołków - 9 Hole Peg Test),
  - c) stanowisko do prowadzenia dokumentacji medycznej.
- 2) Sala / sale kinezyterapii - wyposażone w:
  - a) 10 materaców do ćwiczeń,
  - b) 10 drabinek do ćwiczeń,
  - c) 5 stołów do kinezyterapii indywidualnej (stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości),
  - d) minimum 1 leżanka o wymiarach (szer./dł.) 120 cm x 200 cm,
  - e) sprzęt do kinezyterapii indywidualnej (dmuchane piłki rehabilitacyjne w co najmniej 4 rozmiarach, piłka do koszykówki, piłka do siatkówki, piłka nożna, piłka tenisowa)

- f) urządzenia do ćwiczeń oporowych kończyn górnych i dolnych np. ciężarki, gumy, rotory, etc.
  - g) systemy do ćwiczeń w odciążeniu,
  - h) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,
  - i) urządzenie do ćwiczeń równoważnych z biologicznym sprzężeniem zwrotnym,
  - j) poręcze oraz poręcze ze schodami,
  - k) lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej,
  - l) urządzenia do interaktywnych ćwiczeń z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej w pozycji stojąc i siedząc (minimum 2 stanowiska),
  - m) urządzenia do ćwiczeń kończyny górnej z wykorzystaniem biologicznego sprzężenia zwrotnego (minimum 1 stanowisko),
  - n) bieżnia elektryczna ruchoma,
  - o) cykloergometry,
  - p) kije do nordic walking.
- 3) Sala terapii zajęciowej wyposażona w:
- a) sprzęt i przybory służące poprawie czynności chwytnej ręki i koordynacji czuciowo-ruchowej,
  - b) stoliki do ćwiczeń manualnych.
- 4) Gabinet masażu leczniczego wyposażony w stół do masażu.
- 5) Gabinety do fizykoterapii wyposażone w stanowiska do:
- a) krioterapii miejscowej,
  - b) miejscowych zabiegów ciepłoleczniczych,
  - c) zabiegów polem magnetycznym niskiej częstotliwości,
  - d) elektroterapii,
  - e) laseroterapii,
  - f) światłolecznictwa,
  - g) zabiegów ultradźwiękami,
  - h) masaży wirowych kończyn górnych i dolnych.
- 6) Basen do ćwiczeń - w obiekcie, w ośrodkach prowadzących rehabilitację w systemie stacjonarnym.

- Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie bazy rehabilitacyjnej do prowadzenia terapii psychologicznej, logopedycznej oraz edukacji zdrowotnej

W przypadku placówek prowadzących rehabilitację (w trybie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym) konieczną infrastrukturę do diagnostyki i prowadzenia terapii zaburzeń poznawczo-behawioralnych i zaburzeń mowy:

- 1) 1 gabinet psychologiczny – wykorzystywany do diagnostyki psychologicznej (ocena stanu emocjonalnego, depresji, osobowości) oraz do psychoterapii czy terapii wspierającej wyposażony w:
  - a) stanowisko komputerowe z dostępem do internetu (konieczne przy wykorzystywaniu w badaniu metod dostępnych w sieci np. MMPI - 2).
- 2) 1 gabinet neuropsychologiczny - wyposażony w:
  - a) stanowisko komputerowe z dostępem do internetu,
  - b) urządzenia komputerowe do diagnostyki i ćwiczeń procesów poznawczych (uwagi, pamięci, szybkości przetwarzania informacji, funkcji wykonawczych, orientacji, umiejętności wzrokowo-przestrzennych).
- 3) 1 gabinet logopedyczny - wyposażony w:
  - a) stanowisko komputerowe z programem/programami do oceny i rehabilitacji funkcji językowych,
  - b) lustro,
  - c) różnego rodzaju pomoce do terapii indywidualnej takie jak: książki, obrazki, układanki, historyjki obrazkowe,
  - d) przybory do pisania i rysowania (zeszyty, kredki, ołówki, długopisy).
- 4) Sala do prowadzenia psychoterapii i treningów relaksacyjnych, wyposażona w 10 materacy lub foteli.

- Wymagania dotyczące bazy hotelowej ze stołówką, w tym liczby pokoi mieszkalnych (jedno- i dwuosobowych) oraz ich wyposażenia z uwzględnieniem liczby pokoi przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich

Dla ośrodków prowadzących rehabilitację w trybie stacjonarnym: baza hotelowa powinna być łatwo dostępna (brak barier) dla chorych z różnymi deficytami neurologicznymi co oznacza konieczność posiadania:

- a. dostępu do obiektu za pomocą platformy lub podjazdu dla wózków inwalidzkich spełniającego normy budowlane,



- b. windy osobowej dojeżdżającej z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pokoje pacjentów, pomieszczenia diagnostyczne, pomieszczenia do rehabilitacji i stołówka (nie dotyczy obiektów, w których pokoje hotelowe zlokalizowane są wyłącznie na parterze),
- c. co najmniej 20% pokoi z pełnym węzłem sanitarnym, przeznaczonych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- d. w każdym pokoju pełnego węzła sanitarnego spełniającego warunki dostępności dla osoby z niepełnosprawnością z deficytem ruchowym,
- e. co najmniej 10% pokoi hotelowych 1-osobowych, i pozostałych nie większych niż 2-osobowych,
- f. większości łóżek (min. 70%) w pokojach bazy hotelowej o regulowanej elektrycznie wysokości, dostępnych z trzech stron, tak aby pacjent mógł siadać w łóżku na obie strony oraz mógł wstawać z obu stron,
- g. czajników w każdym pokoju,
- h. co najmniej jednej toalety przystosowanej dla osób z niepełnosprawnościami, poruszających się na wózkach inwalidzkich, zlokalizowanej na powierzchniach wspólnych,
- i. stołówki umeblowanej w taki sposób aby osoby z deficytem ruchowym mogły swobodnie się poruszać samodzielnie, z pomocami ortopedycznymi lub posługując się wózkiem inwalidzkim i aby każdy fragment pomieszczenia był dla tych osób osiągalny. Stoły powinny umożliwiać swobodne podjechanie wózkiem inwalidzkim osobom tego wymagającym w celu spożycia posiłku.

Wymagania szczegółowe dotyczące wyposażenia ośrodka na potrzeby programu rehabilitacji zostały zawarte w Załącznikach 2a i 2b.

## **5. Kwalifikacje i liczba personelu realizującego program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN**

W realizacji programu biorą udział – w przeliczeniu dla grupy 20 osób:

### 1. Lekarze prowadzący:

- jeden lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- jeden lekarz specjalista neurolog.

### 2. Pielęgniarki:

- rehabilitacja w trybie stacjonarnym – zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi przez ZUS,
- rehabilitacja w trybie ambulatoryjnym – zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie opieki nad osobami skierowanymi przez ZUS, podczas ich przebywania w ośrodku rehabilitacyjnym.
- pielęgniarka powinna posiadać umiejętności zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi i minimum 2-letnie doświadczenie w zakresie pracy z osobami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

### 3. Fizjoterapeuci:

- co najmniej 5 fizjoterapeutów, każdy z tytułem magistra, z udokumentowanym co najmniej 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniem OUN,
- każdy fizjoterapeuta prowadzi indywidualną rehabilitację leczniczą nie więcej niż 4 pacjentów,
- wszyscy fizjoterapeuci powinni posiadać Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty - Dz. U. poz. 1994 z późn. zm.

### 4. Psychologowie:

- specjalista psycholog kliniczny z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego,
- neuropsycholog z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

### 5. Logopeda/neurologopeda:

- powinien posiadać dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich na kierunku logopedii oraz udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego,

- w przypadku neurologopedy – dyplom szkolenia specjalizacyjnego w zakresie neurologopedii oraz minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

6. Terapeuta zajęciowy:

- instruktor terapii zajęciowej z dyplomem terapeuty zajęciowego.

## 6. Program rehabilitacji

Dobór procedur diagnostycznych i terapeutycznych dla każdego pacjenta jest indywidualny i uzależniony od rodzaju schorzenia i zostanie wyszczególniony w opracowanym po przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego indywidualnym planie terapii.

Plan terapii uwzględniający każdy dzień pobytu pacjenta w placówce sporządza lekarz prowadzący wraz z terapeutami odpowiedzialnym za realizację programu. Usługi świadczone podczas realizacji programu obejmują część diagnostyczną oraz część terapeutyczną.

- 1) Część diagnostyczna – stanowiąca oddzielne procedury znajdujące się poza dziennym programem rehabilitacji:
  - a) wstępne badanie lekarskie wykonywane w pierwszej dobie po przyjeździe – wywiad (opis dolegliwości, przebiegu choroby, choroby współistniejące, stosowane leczenie, wywiad socjalny i rodzinny), badanie przedmiotowe (ocena stanu internistycznego, neurologicznego i funkcjonalnego), oznaczenie nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym oraz dolegliwości na karcie schematu ciała, analiza wyników badań dodatkowych i zaplanowanie indywidualnego programu rehabilitacji oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne (zaopatrzenie ortotyczne)
  - b) kontrolne badania lekarskie co najmniej 2 x w tygodniu
  - c) końcowe badanie lekarskie wykonywane nie wcześniej niż dwie doby przed wyjazdem z ośrodka – wywiad (opis dolegliwości), badanie przedmiotowe (ocena stanu internistycznego, neurologicznego i funkcjonalnego), oznaczenie nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym oraz dolegliwości na karcie schematu ciała, analiza wyników terapii i ustalenie dalszych zaleceń.
  - d) wstępne badanie fizjoterapeutyczne wykonywane w pierwszej dobie po przyjeździe - obejmujące czynności fizjoterapeuty polegające na określeniu: diagnozy funkcjonalnej, wniosków z badania, celu fizjoterapii (indywidualny dla każdego pacjenta i realny do osiągnięcia), wykonaniu zalecanych testów, interpretacji wyników testów, planu fizjoterapii.
  - e) Końcowe badanie fizjoterapeutyczne wykonywane nie wcześniej niż dwie doby przed wyjazdem z ośrodka - obejmujące czynności fizjoterapeuty polegające na określeniu: diagnozy funkcjonalnej, wniosków z badania, wykonaniu zalecanych testów, interpretacji wyników testów, współuczestniczeniu w dobieraniu do potrzeb pacjenta wyrobów

medycznych, ocena stanu funkcjonalnego, końcowy instruktaż dotyczący kontynuacji kinezyterapii w warunkach domowych i zasad ergonomii.

Badanie fizjoterapeutyczne powinno zawierać usystematyzowaną ocenę pacjenta na poziomie ograniczeń aktywności i uczestnictwa (zgodnie z ICF i zaleceniami Krajowej Rady Fizjoterapeutów) w zakresie najważniejszych dla pacjenta czynności codziennych lub/i tych związanych z pracą zawodową (określa je pacjent). Ocena stopnia ograniczenia aktywności powinna być jak najbardziej zobiektywizowana (np. czas wykonania, precyzja wykonania, stopień nasienia bólu wywoływanego w czasie aktywności i in.). Fizjoterapeuta powinien także postawić hipotezę przyczyny ograniczenia aktywności na poziomie deficytu funkcji ciała (lub i struktury) i udokumentować stopień deficytu (np. niedowład lub bezwład określonego zespołu mięśniowego, zaburzenie napięcia mięśniowego, zaburzenie równowagi statycznej, przykurcz w stawie i in.) poprzez właściwe pomiary, które jednocześnie będą stanowiły weryfikację (potwierdzenie) postawionej hipotezy. Fizjoterapeuta powinien zbadać każdego pacjenta za pomocą powszechnie stosowanych i rozpoznawanych międzynarodowo skal na poziomie aktywności i deficytu motorycznego. Każdy pacjent powinien być oceniony dwukrotnie za pomocą następujących skal:

- Test „Wstań i Idź” (3m)
- Skala Berga
- Test 9 kołków (9 Hole Peg Test)

f) wstępna ocena psychologiczna/neuropsychologiczna wykonywana nie później niż w trzeciej dobie po przyjeździe – obejmująca: czynności psychologa/neuropsychologa polegające na określeniu: funkcjonowania poznawczo-behawioralnego przy użyciu indywidualnie dobranych testów, w zależności od stwierdzanych deficytów testów diagnostycznych, celu terapii oraz planu terapii.

g) końcowa ocena psychologiczna/neuropsychologiczna wykonywana nie wcześniej niż trzy doby przed wyjazdem - obejmująca: czynności psychologa/neuropsychologa polegające na określeniu: funkcjonowania poznawczo-behawioralnego przy użyciu indywidualnie dobranych testów, w zależności od stwierdzanych deficytów testów diagnostycznych, wydaniu opinii odnośnie funkcjonowania poznawczo-behawioralnego oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania

Ocena funkcjonowania poznawczego u każdego pacjenta powinna być wykonana dwukrotnie za pomocą standardowego pomiaru przy pomocy skali:

- ACE-R (Addenbrooke Cognitive Examination – Revised).

- h) ocena logopedyczna/neurologopedyczna wykonywana nie później niż w trzeciej dobie po przyjeździe - obejmująca czynności logopedy/neurologopedy polegające na określeniu nasilenia stwierdzonych zaburzeń mowy (objawy afatyczne, dyzartria), celu terapii oraz planu terapii,
- i) ocena logopedyczna/neurologopedyczna wykonywana nie wcześniej niż trzy doby przed wyjazdem - obejmująca czynności logopedy/neurologopedy polegające na określeniu nasilenia stwierdzonych zaburzeń mowy (objawy afatyczne, dyzartria), wydaniu opinii odnośnie uzyskanych efektów terapeutycznych.

## 2) Część terapeutyczna

### a) Fizjoterapia i terapia zajęciowa

Dobór procedur terapeutycznych uzależniony będzie od rodzaju schorzenia oraz indywidualnej diagnozy fizjoterapeutycznej i planu terapii i będzie obejmował:

- Kinezyterapię indywidualną – ćwiczenia wykonywane przez pacjenta z udziałem fizjoterapeuty, zgodnie ze zleconym programem rehabilitacji, zawierającym między innymi metody neurofizjologiczne – PNF, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, terapię manualną, techniki powięziowe, poizometryczną relaksację mięśni, itp., które będą realizowane przez 90 minut dziennie w trzech cyklach.

- Kinezyterapię grupową - realizowany grupowo zestaw ćwiczeń wykonywanych samodzielnie przez uczestnika programu rehabilitacji, pod nadzorem fizjoterapeuty, stanowiących uzupełnienie indywidualnej kinezyterapii, które będą realizowane przez 60 minut dziennie.

- Fizykoterapię stanowiącą uzupełnienie kinezyterapii - zabiegi z zakresu fizykoterapii nie mogą być stosowane zastępczo czy też jako jedyne procedury fizjoterapii.

- Terapię zajęciową - indywidualną i / lub grupową terapię zajęciową prowadzoną przez terapeutę zajęciowego - w zależności od stanu funkcjonalnego pacjenta.

### b) Terapia psychologiczna/neuropsychologiczna

- u wszystkich pacjentów: psychoterapia indywidualna i/lub grupowa, psychoedukacja, seria terapeutyczna treningów relaksacyjnych, indywidualne konsultacje oraz interwencje w zależności od potrzeb zgłaszanych przez lekarzy i pacjentów,

Metody psychoterapii będą dostosowywane indywidualnie do diagnozy i analizy sytuacji życiowej pacjenta. Najczęściej będzie to terapia wspierająca, oparta na elementach terapii behawioralnej.

Treningi relaksacyjne pomocne w redukcji stresu i napięcia, pozwalające choremu na kontrolowanie reakcji swojego organizmu i głębsze jego poznanie będą prowadzone z wykorzystaniem elementów treningu autogennego Schultza, techniki postępującej relaksacji Jacobsona oraz wizualizacji. Do prowadzenia relaksacji konieczny będzie podkład muzyczny i pomieszczenie maksymalnie wyciszone.

- u osób ze stwierdzonymi zaburzeniami funkcji poznawczych powinna obejmować codzienne indywidualne ćwiczenia zaburzonych funkcji:

Ćwiczenia funkcji językowych mają za zadanie pomóc szybciej znajdować potrzebne wyrazy w trakcie wypowiedzi. W ćwiczeniu aktualizacji słów może pomagać: przywołanie kontekstu, w którym zazwyczaj występuje dane słowo (kończenie zdań), dobieranie słów o podobnym lub przeciwnym znaczeniu (synonimy i antonimy), podanie definicji wyrazu, dzielenie słów na odpowiednie kategorie itp. Terapia neuropsychologiczna jest istotnym uzupełnieniem ćwiczeń logopedycznych.

W celu usprawniania pamięci (umożliwiającej uczenie się nowych czynności, przyswajanie nowych informacji oraz korzystanie z informacji uzyskanych w przebiegu życia, często ulegającej osłabieniu nawet przy niewielkich uszkodzeniach mózgu) stosuje się ćwiczenia obejmujące: zapamiętywanie słów według kategorii, kopiowanie i odtwarzanie z pamięci materiału słownego i bezsłownego, odtwarzanie materiału po dłuższym czasie, tworzenie i zapamiętywanie list (np. czynności, osób, zakupów) różnymi sposobami, zapamiętywanie lokalizacji bodźców i odtwarzanie go z pamięci itp.

Ćwiczenia uwagi (niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania innych procesów poznawczych, umożliwiającej selekcję informacji i koncentrację na bodźcu czy czynności wykonywanej w danym czasie) polegają najczęściej na: wyborze określonych bodźców spośród wielu podobnych (zróżnicowany stopień podobieństwa), szeregowaniu bodźców, liczeniu przedmiotów czy innych elementów, znajdowaniu różnic (np. w obrazkach), uzupełnianiu braków w sekwencji bodźców itp.

Ćwiczenia zaburzeń funkcji przestrzenno – wzrokowych występujących częściej po uszkodzeniu prawej półkuli mózgu często są zbieżne z ćwiczeniami uwagi. Bardzo często pacjent ma ograniczoną świadomość swoich deficytów. Podstawowym zadaniem jest więc pokazanie mu zaistniałych zaburzeń i możliwości ich usprawniania. W bezpośredniej terapii, przy stosowaniu zadań „papier – ołówek” stosuje się: rysowanie wymienionych kształtów, uzupełnianie braków w kształtach (dorysowywanie symetrycznej połowy, brakujących części, łączenie itp.), rysowanie według instrukcji opisującej rozmieszczenie przedmiotów, poszukiwanie elementów na mapie itp.

Wszystkie zaburzone funkcje poznawcze będą także poddawane rehabilitacji z użyciem specjalistycznych urządzeń komputerowych do usprawniania tych funkcji poznawczych. Treningi na urządzeniach komputerowych powinny być poprzedzone i zakończone oceną neuropsychologiczną deficytów uwagi, pamięci, funkcji wykonawczych i szybkości przetwarzania informacji.

Codzienny trening funkcji poznawczych z użyciem zróżnicowanego, uzupełniającego się specjalistycznego oprogramowania i urządzeń komputerowych, zapewni poszerzenie zakresu prowadzonej rehabilitacji neuropsychologicznej, maksymalizację jej efektów oraz uatrakcyjnienie treningu dla ćwiczących.

c) Terapia logopedyczna/neurologopedyczna:

- U osób ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy (objawy afatyczne, dyzartria) podstawową rolę będą spełniały ćwiczenia prowadzone przez logopedę/neurologopedę. Rehabilitacja zaburzeń mowy obejmuje zarówno działania pośrednie – w zakresie edukacji dotyczącej przestrzegania właściwych nawyków posługiwania się mową, jak i działania bezpośrednie – obejmujące poprawę pamięci werbalnej, słuchu fonemowego oraz wypracowanie i utrwalenie technik prawidłowej emisji głosu. Do terapii logopedycznej mogą być wykorzystane programy komputerowe, w zależności od potrzeb stwierdzonych w postępowaniu diagnostycznym.

- Zakres świadczeń dla każdego pacjenta przez 6 dni w tygodniu:

- minimum 90 min kinezyterapii indywidualnej w 3 cyklach (w soboty w dwóch cyklach),
- minimum 60 minut kinezyterapii grupowej (maks. 6 osób w grupie) odbywającej się pod nadzorem
- minimum 30 minut ćwiczeń ruchowych z wykorzystaniem urządzeń i aparatury wspomagającej wymienionej w wyposażeniu,
- fizykoterapia według wskazań.

- Zakres świadczeń dla każdego pacjenta przez 5 dni w tygodniu:

- minimum 45 minut terapii zajęciowej indywidualnej lub grupowej,
- indywidualna rehabilitacja neuropsychologiczna i/lub logopedyczna – 45 min – według wskazań,
- grupowe zajęcia relaksacyjne - 30 min. dziennie (maks. 10 osób w grupie).



- Zakres świadczeń dla każdego pacjenta 1 lub 2 x w tygodniu – w zależności od stwierdzanych potrzeb:

- psychoterapia indywidualna – 45 min,
- psychoterapia grupowa - 90 min,
- psychoedukacja grupowa – 60 min,
- konsultacje oraz interwencje psychologiczne w zależności od potrzeb zgłaszanych przez pacjentów i lekarzy,
- edukacja zdrowotna grupowa uwzględniająca zasady profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz podstawową wiedzę o przyczynach chorób OUN, roli kompleksowej rehabilitacji w chorobach OUN oraz zasad prawidłowego odżywiania:
  - a) Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym udaru mózgu
  - b) Objawy, przebieg i następstwa chorób ośrodkowego układu nerwowego:
    - stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu;
  - c) Zasady diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób ośrodkowego układu nerwowego:
    - stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu;
  - d) Zasady profilaktyki i nauka realizacji zachowań prozdrowotnych osób z uszkodzeniem OUN:
    - bezpieczna aktywność fizyczna osób z uszkodzeniem OUN;
    - znaczenie aktywności intelektualnej i psychospołecznej osób z uszkodzeniem OUN;
    - nałogi w patogenezie chorób układu nerwowego i zasady walki z nałogami;
    - znaczenie przestrzegania wdrożonych zasad profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego;
    - Zasady ergonomii w wykonywaniu czynności codziennych ze szczególnym uwzględnieniem obecności przetrwałych deficytów neurologicznych;
  - e) Znaczenie zaburzeń stanu odżywienia (nadwaga i otyłość w patogenezie chorób OUN, niedożywienie w procesie zdrowienia i rehabilitacji w chorobach OUN);
  - f) Zasady prawidłowego komponowania jadłospisu.
- edukacja w zakresie prawa pracy mająca na celu zwiększenie poziomu świadomości prawnej, kompetencji, kwalifikacji i wiedzy, w związku z możliwością podjęcia pracy zawodowej:
  - a) Zasady zatrudniania na podstawie umów o pracę – w tym zasady zatrudniania na podstawie umów terminowych (obowiązujące od 22.02.2016 r.): rodzaje umów o

pracę, treść umowy o pracę – warunki zatrudnienia i sposób ich określania, w tym zasady ustalania w umowie wynagrodzenia za pracę, miejsca wykonywania pracy oraz terminu rozpoczęcia pracy i ich skutki dla pracodawcy i pracobiorcy, telepraca i samozatrudnienie;

- b) Urlopy pracownicze – na żądanie, wypoczynkowy, szkoleniowy, bezpłatny, podstawowy i dodatkowy, ustalanie wymiaru urlopu;
- c) Zmiana warunków zatrudnienia – zmiana warunków zatrudnienia w trakcie trwania stosunku pracy, w tym porozumienie zmieniające i wypowiedzenie zmieniające, rozwiązywania umów przez pracodawcę, obowiązki pracodawcy w związku z rozwiązaniem umowy o pracę, mobbing w pracy;
- d) Regulacje dotyczące dokumentacji pracowniczej i akt osobowych od 1 stycznia 2019 roku – okresy przechowywania dokumentacji pracowniczej wraz z omówieniem przepisów przejściowych, zmiana formy prowadzenia akt osobowych z papierowej na elektroniczną.

## **7. Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji**

Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji będzie zawarte w indywidualnej historii choroby pacjenta (Załącznik 3) i indywidualnej karcie zleceń lekarskich (Załącznik 4). Na początku i na koniec pobytu pacjent zostanie poproszony o wypełnienie kwestionariusza subiektywnie oceniającego samopoczucie (Załącznik 5). Na zakończenie pobytu każdy chory wypełni anonimową ankietę oceniającą turnus rehabilitacyjny (Załącznik 6) oraz otrzyma kartę informacyjną o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla pacjenta z uszkodzeniem OUN (Załącznik 7).

## 8. Estymacja kosztów pobytu rehabilitacyjnego

Wyliczenie kosztów pobytu rehabilitacyjnego w przeliczeniu na jednego pacjenta uwzględnia następujące elementy:

- 1) Estymację kosztów pracy poniesionych z tytułu wynagrodzeń dla wszystkich specjalistów zaangażowanych w realizację ww. usługi. Koszty obejmują wynagrodzenia zarówno w części diagnostycznej, jak i terapeutycznej.
- 2) Estymację kosztów wyżywienia pacjenta.
- 3) Estymację kosztów stałych generowanych przez potrzebę amortyzacji wykorzystywanego sprzętu komputerowego oraz oprogramowania i amortyzacji sprzętu rehabilitacyjnego.
- 4) Oszacowanie kosztów testów psychologicznych na podstawie *Cennika testów psychologicznych ważnego od 06 czerwca 2018 do 30 czerwca 2018* Pracowni Testów Psychologicznych PTP.
- 5) Pozostałych kosztów (w tym energia, usługi sprzątnia i pralnicze, koszty pośrednie) za jednego pacjenta.

Analiza szczegółowa przedstawiona poniżej pozwoliła na wyliczenie probabilistycznych kosztów przypadających na jednego pacjenta podczas pobytu w placówce.

### 8.1. Estymacja kosztów dostosowania (adaptacji i readaptacji) ośrodka do prowadzenia programu rehabilitacji OUN

O realizację pobytu rehabilitacyjnego w ramach programu prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniami OUN w trybie stacjonarnym mogą ubiegać się kliniki neurologiczne/rehabilitacji neurologicznej, oddziały szpitalne neurologii/rehabilitacji neurologicznej oraz placówki sanatoryjne posiadające doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji neurologicznej. W przypadku placówek sanatoryjnych lokalizacja placówki powinna gwarantować dojazd ogólnodostępnymi środkami komunikacji publicznej lub zorganizowanie dla potrzeb osób skierowanych przez ZUS transportu własnego. O realizację programu prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniami OUN w trybie ambulatoryjnym mogą ubiegać się kliniki neurologiczne/rehabilitacji neurologicznej, oddziały szpitalne neurologii/rehabilitacji neurologicznej, oddziały dzienne rehabilitacji oraz placówki rehabilitacyjne ambulatoryjne posiadające doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji neurologicznej. W przypadku placówek prowadzących rehabilitację w trybie ambulatoryjnym lokalizacja placówki powinna być w dużym mieście z możliwym dojazdem ogólnodostępnymi

środkami komunikacji publicznej lub zorganizowanym dla potrzeb osób skierowanych przez ZUS transportem własnym gwarantującym pacjentom komfortowy codzienny transport bezpośredni do placówki (zob. Załączniki 1a i 1b). W zakresie wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego konieczne jest posiadanie lub pozyskanie bazy diagnostycznej pod kątem diagnostyki neurologicznej, bazy diagnostycznej pod kątem diagnostyki zaburzeń poznawczych i zaburzeń mowy, wyposażenia ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie bazy zabiegowej, bazy rehabilitacyjnej do prowadzenia fizjoterapii i terapii zajęciowej – wyposażenie sal ćwiczeń grupowych i indywidualnych, wyposażenie gabinetów fizykoterapii, sali terapii zajęciowej, bazy rehabilitacyjnej do prowadzenia terapii psychologicznej, logopedycznej oraz edukacji zdrowotnej oraz bazy hotelowej ze stołówką, w tym liczby pokoi mieszkalnych (jedno- i dwuosobowych) oraz ich wyposażenia z uwzględnieniem liczby pokoi przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich (zob. Załącznik 2a i 2b). Oszacowania adaptacji i readaptacji wyposażenia dokonano na podstawie przeciętnego kosztu urządzeń i szczegółowej infrastruktury pracowni z trzech medycznych serwisów wycennych.

<b>Kategoria</b>	<b>szacunkowy wynik uśredniony</b>
baza diagnostyczna pod kątem diagnostyki neurologicznej	12039,66
baza diagnostyczna pod kątem diagnostyki zaburzeń poznawczych i zaburzeń mowy	6921,04
baza zabiegowa	26125,43
baza rehabilitacyjna do prowadzenia fizjoterapii i terapii zajęciowej – wyposażenie sal ćwiczeń grupowych i indywidualnych, wyposażenie gabinetów fizykoterapii, sali terapii zajęciowej	61021
baza rehabilitacyjna do prowadzenia terapii psychologicznej, logopedycznej oraz edukacji zdrowotnej	36630
Ogółem	141737,13

Oszacowania testów psychologicznych dokonano na podstawie *Cennika testów psychologicznych ważnego od 06 czerwca 2018 do 30 czerwca 2018* Pracowni Testów Psychologicznych PTP.

<b>Test diagnostyczny</b>	<b>Cena za komplet</b>
WAIS-R(PL) - Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - wersja zrewidowana	1 682,69
WCST - Test Sortowania Kart z Wisconsin	1 332,14
CVLT - Kalifornijski Test Uczenia się Językowego	252,73
CTT - Kolorowy Test Połączeń - wersja dla dorosłych	349,61
Test Pamięci Wzrokowej Bentona	603,06
KPD - Kwestionariusz do Pomiaru Depresji	265,97
MMPI - 2	1 134,84
MMSE	nieodpłatny
ACE-R	nieodpłatny
Ogółem	5621,04

Główną grupę kosztów realizacji Programu stanowią wynagrodzenia dla szerokiego grona lekarzy/specjalistów/ terapeutów o kwalifikacjach trudno dostępnych na rynku pracy, niezbędnych do prawidłowego przeprowadzenia kompleksowego procesu rehabilitacji osób z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych oraz funkcji motorycznych, w tym chorujących m.in. na stwardnienie rozsiane – zob. rozdz. pt. *Prognozowane koszty pobytu rehabilitacyjnego (per capita/osobodzień)*.

## **8.2. Estymacja kosztów wyżywienia**

Koszty wyżywienia oszacowano na podstawie wytycznych Instytutu Żywności i Żywienia zawartych w „Normy żywienia dla populacji Polski” 2017 (red. Mirosław Jarosz i inni). Zapotrzebowanie pojedynczych osób według klasyfikacji i w obrębie danej grupy jest zdyferencjonowane zmiennymi: stan zdrowia, masę ciała i skład ciała, wiek, płeć, aktywność fizyczną, czynniki endokrynologiczne, leki, czy stan prawidłowego odżywiania. Bazowano na wskaźnikach adekwatności spożycia w oparciu o *Dietary Reference Intake* (DRI). Główne typy miar obejmują skalę:

1. Poziom średniego zapotrzebowania grupy
2. Poziom zalecanego spożycia
3. Poziom wystarczającego spożycia
4. Najwyższy tolerowany poziom spożycia

Średnie zapotrzebowanie grupy (EAR) jest miarą energii i ilości składników odżywczych pokrywających zapotrzebowanie około 50% jednostek w danej grupie. EAR służy ocenie probabilistycznej zwyczajowego spożycia u osób indywidualnych lub grup w zakresie wartości

skrajnych – niedostateczności lub nadmiaru. Poziom zalecanego spożycia (RDA) służy ocenie probabilistycznej zwyczajowego spożycia u osób indywidualnych. Poziom wystarczającego spożycia (AI) warunkuje ocenę zwyczajowego spożycia u osób indywidualnych lub grup w przypadku deficytu danych EAR lub RDA. Najwyższy tolerowany poziom spożycia (UL) pozwala na interpretację efektów nadmiernego spożycia składnika. Dodatkowo jako referencje wykorzystano dane Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA – *European Food Safety Authority*), szczególnie raportu Panelu EFSA ds. Produktów Dietetycznych, Żywienia i Alergii. EFSA w ramach wiązki miar *Dietary Reference Values* (DRV) proponuje poszerzoną skalę miar:

1. Populacyjne referencyjne spożycie
2. Średnie zapotrzebowanie
3. Dolny próg spożycia
4. Dostateczne spożycie
5. Referencyjne spożycie dla makroelementów
6. Górny tolerowany poziom spożycia.

Populacyjne referencyjne spożycie (*Population Reference Intake*) warunkowane jest zwyczajowymi oszacowaniami spożycia na podstawie empirycznych wskaźników spożycia. Materiału empirycznego dostarcza statystyka publiczna GUS.

W przypadku oszacowywania kosztu wyżywienia uczestników programu rehabilitacyjnego w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN, należy zaznaczyć, że Polskie Towarzystwo Neurologiczne przygotowało opracowanie pt. *Leczenie żywieniowe w neurologii – stanowisko interdyscyplinarnej grupy ekspertów. Część I. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego*, Kłęk S., Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A., Członkowska A., Gajewska D., Karbowniczek A., Kimber-Dziwisz L., Ryglewicz D., Sarzyńska-Długosz I., Sienkiewicz-Jarosz H., Sobów T., Sławek J., „Polski Przegląd Neurologiczny” 2017, nr 3, tom 13, str. 106-119. Dokument przedstawia standard oceny stanu odżywienia pacjenta z chorobą neurologiczną i wdrażania adekwatnej terapii żywieniowej jako składowej procesu rehabilitacji. Kosztocłonność żywienia w przypadku pacjentów OUN jest konsekwencją częstej po udarze mózgu dysfagii, zwiększonego metabolizmu, zapotrzebowania organizmu na białko, składniki odżywcze i energię. W dokumencie zdefiniowano tzw. produkty ONS (*Oral Nutritional Supplements*), indywidualizujące zaspokojenie potrzeb żywieniowych rehabilitowanych. Biorąc pod uwagę wybrane produkty o wielkościach energetycznych i odżywczych w dedykowanych kategoriach DRI oraz DRV oraz dane cenowe raportu GUS pt. *Ceny towarów i usług konsumpcyjnych w maju 2018 r.* szacowany koszt wyżywienia dla jednej osoby, przy uwzględnieniu 3 posiłków pełnokalorycznych na dobę wynosi 27,44 zł. Dodajmy, iż w stosunku do czerwca 2018 ceny towarów konsumpcyjnych wzrosły o 0,2%. W porównaniu z analogicznym miesiącem ub. roku ceny towarów i usług konsumpcyjnych wzrosły o 1,7% (w tym towarów – o

1,8%). Stosowanie produktów ONS może doprowadzić do wzrostu kosztów wyżywienia do 36,12 zł *per capita*.

### 8.3. Prognozowane koszty pobytu rehabilitacyjnego (*per capita/osobodzień*)

Opracowany program rehabilitacji zakłada kompleksowe podejście do każdego pacjenta, z oddziaływaniem na różne strefy funkcjonowania: poznawczą, psychiczną, motoryczną, społeczną. Skutkuje to koniecznością zatrudnienia interdyscyplinarnego zespołu, składającego się z osoby nadzorującej przebieg hospitalizacji, lekarzy (lekarz prowadzący, lekarz konsultant), pielęgniarki, fizjoterapeutów (n=4 etaty), specjalistów psychologów klinicznych (n=2 etaty), logopedę/neurologopedę, terapeutę zajęciowego. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w Art. 7. [Ustalanie wynagrodzenia zasadniczego] definiuje do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto. Wyliczone na podstawie ustawy stawki dla zawodów elementarnych stanowią referencję przy analizie ogólnodostępnych danych rynkowych, które znacząco przekraczają kwoty ustawowe. Koszt procedury terapeutyczno-rehabilitacyjnej na jednego pacjenta został skalkulowany na potrzeby pilotażu który zakłada, iż liczba pacjentów w jednym turnusie rehabilitacyjnym wyniesie tylko 15, 20 lub 25 osób - zatem koszty całego oddziału znacząco wzrastają. W sytuacji systemowego wdrożenia programu rehabilitacji zakładamy, iż koszt ten ulegnie zmniejszeniu.

Kategorie	Stawka - osoboturnus	Stawka - osobodzień
Lekarz specjalista rehabilitacji	250	10,42
Lekarz specjalista neurolog	250	10,42
Pielęgniarka	622	25,9
Fizjoterapeuci x 5	1550	64,6
Specjalista psycholog kliniczny x 2	530	22,1
Logopeda/neurologopeda	450	18,7
Terapeuta zajęciowy	310	12,9
Ogółem	3962	162,95

Oszacowania testów psychologicznych dokonano na podstawie *Cennika testów psychologicznych ważnego od 06 czerwca 2018 do 30 czerwca 2018* Pracowni Testów Psychologicznych PTP.



<b>Test diagnostyczny</b>	<b>Cena za arkusze, testy itd.</b>	<b>Cena jednostkowa</b>
WAIS-R(PL) - Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - wersja zrewidowana	50,63/25	2,0252
WCST - Test Sortowania Kart z Wisconsin	27,58/25	1,1032
CVLT - Kalifornijski Test Ucznienia się Językowego	75,08/25	3,0032
CTT - Kolorowy Test Połączeń - wersja dla dorosłych	147,11/25	5,8844
Test Pamięci Wzrokowej Bentona	90,79/25	3,6316
KPD - Kwestionariusz do Pomiaru Depresji	64,60/25	2,584
MMPI - 2	1000/25	40
MMSE	nieodpłatny	nieodpłatny
ACE-R	nieodpłatny	nieodpłatny
Ogółem	1455,79	55,1032

Dodatkowe koszty stałe generuje potrzeba amortyzacji wykorzystywanego sprzętu komputerowego oraz oprogramowania i sprzętu rehabilitacyjnego.

<b>Kategoria</b>	<b>osobokoszt</b>
Amortyzacja sprzętu medycznego	200
Amortyzacja specjalistycznego systemu komputerowego do ćwiczeń jednoczesnego stymulowania i łączenia ćwiczeń funkcji poznawczych i ruchowych poprzez zastosowanie nowatorskich interfejsów i kontrolerów	10
Amortyzacja specjalistycznego urządzenia komputerowego i oprogramowania do usprawniania funkcji poznawczych	10
Amortyzacja specjalistycznego urządzenia komputerowego i oprogramowania do treningu w wirtualnej rzeczywistości	20
Amortyzacja sprzętu rehabilitacyjnego	6
Ogółem	246

Pozostałe koszty (w tym energia, usługi sprzątnięcia i pralnicze, koszty pośrednie) za jednego pacjenta podczas 24-dniowego pobytu rehabilitacyjnego wynoszą ok. 1920 zł. Zestawienie kosztów za jednego pacjenta podczas pobytu rehabilitacyjnego przedstawiono w poniższej tabeli.

<b>Wyszczególnienie kosztów podczas pobytu rehabilitacyjnego</b>	<b>Koszt w PLN w przeliczeniu na jednego pacjenta</b>
Koszt pracy z tytułu wynagrodzeń dla wszystkich specjalistów zaangażowanych w realizację rehabilitacji	3962
Koszt żywienia	658,56
Testy diagnostyczne	55,10
Koszty amortyzacji sprzętu	246
Inne koszty (w tym energia, usługi sprzątnięcia i pralnicze, koszty pośrednie)	1920

Łączny koszt procedury terapeutyczno-rehabilitacyjnej obliczonej dla jednego pacjenta obejmującej okres pobytu wynosi 6841,66 zł w turnusie n=20 osób. Dzienny koszt wdrożenia rehabilitacji szacuje się na 285,07 zł dziennie na osobę. W przypadku turnusu n=15 osób zakłada się 10% wzrost kosztów wdrożenia - 313,58 zł dziennie na osobę. W przypadku turnusu n=25 osób zakłada się 10% spadek kosztów wdrożenia - 256,56 zł dziennie na osobę.

## **9. Społeczne i ekonomiczne efekty programu rehabilitacji OUN oraz analiza efektywności kosztowej**

Działania efektywne ekonomicznie (w ujęciu bezwzględnym) to takie, dla którego wartość skwantyfikowanych i wycenionych korzyści dla objętej nimi populacji przekracza wartość nakładów na realizację i późniejsze utrzymanie w fazie operacyjnej (w całym przewidywanym okresie realizowanych działań). W ujęciu względnym działanie efektywne ekonomicznie to takie, które zaspokaja określoną potrzebę w wystarczającym stopniu, czyli najniższym kosztem spośród wszystkich możliwych wariantów działań. Takie aspekty są charakterystyczne przede dla działań sektora publicznego [*Analiza kosztów i korzyści projektów inwestycyjnych: Przewodnik*, s. 4]. Dla potrzeb analizy wykorzystamy tzw. analizę efektywności kosztowej (CEA – *Cost Effectiveness Anaysis*) – która jest uproszczoną analizą ekonomiczną umożliwiającą ocenę względnej (relatywnej) efektywności ekonomicznej. W CEA nie trzeba wyceniać efektów (rezultatów) w wartościach pieniężnych (wystarczająca jest jedynie kwantyfikacja w postaci wskaźników). W każdym przypadku chory kierowany na pobyt rehabilitacyjny w ramach prewencji rentowej ZUS w opinii lekarza prowadzącego musi rokować powrót do zdrowia umożliwiający im kontynuację dotychczasowej pracy zawodowej lub przekwalifikowanie do innej formy zatrudnienia. Poniżej ujęto w tabeli orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2015-2017 r. ustalające stopień niezdolności do pracy lub celowość przekwalifikowania zawodowego według jednostek chorobowych zgodnie z podstawą kwalifikacji do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN wg ICD-10.

Kategoria	Częściowa niezdolność do pracy Orzeczenia ustalające celowość przekwalifikowania zawodowego=0	Częściowa niezdolność do pracy	Orzeczenia ustalające celowość przekwalifikowania zawodowego	Częściowa niezdolność do pracy	Orzeczenia ustalające celowość przekwalifikowania zawodowego
	2015	2016		2017	
D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych	28	32	0	34	0
D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN	80	81	0	83	0
G20 – choroba Parkinsona	121	144	0	141	0
G22 – parkinsonizm wtórny	2	5	0	2	0
G35 – stwardnienie rozsiane	276	296	0	259	0
G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN	17	18	0	12	0
G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych	5	10	0	5	0
G92 – encefalopatie toksyczne	8	13	0	4	0
G93 – inne uszkodzenia mózgu	45	39	0	34	0
I60 – krwotok	34	24	0	17	1

podpajęczynówkowy					
I61 - krwotok śródczaszkowy	27	29	0	22	0
I63 – zawał mózgu	156	147	0	135	0
I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu	786	798	0	709	0
T90 – następstwa urazów głowy	115	113	2	99	0
Razem	1700	1749	2	1556	1

Średnia liczebność orzeczeń pierwszorazowych lekarzy orzeczników ZUS z lat 2015-2017 r. ustalająca stopień niezdolności do pracy lub celowość przekwalifikowania zawodowego według jednostek chorobowych zgodnie z podstawą kwalifikacji do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN wg ICD-10 wynosi 1669. Przeciętna kwota wypłaty rent z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2016 (dostępne dane ZUS) wyniosła 628,57 zł. Szacowane wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy wynoszą 1049083,33 tys. zł.

Poniżej ujęto w tabeli orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2015-2017 r. ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego jednostek chorobowych zgodnie z podstawą kwalifikacji do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN wg ICD-10.

Kategoria	2015	2016	2017
D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych,	81	93	98
D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN	198	210	201
G20 – choroba Parkinsona	39	49	39
G22 – parkinsonizm wtórny	12	11	14
G35 – stwardnienie rozsiane	310	276	237
G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN	32	31	50
G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych	12	12	6
G92 – encefalopatie toksyczne	3	2	4
G93 – inne uszkodzenia mózgu	55	79	90
I60 – krwotok podpajęczynówkowy	90	111	118
I61 - krwotok śródczaszkowy	76	91	69
I63 – zawał mózgu	288	341	417
I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu	1296	1411	1431
T90 – następstwa urazów głowy	336	491	314
Razem	2828	3208	3088

Średnia liczebność uprawnionych do świadczenia rehabilitacyjnego z lat 2015-2017 r. wynosi 3041. Przeciętna kwota wydatków na świadczenie rehabilitacyjne w przeliczeniu na jedną osobę ubezpieczoną zdrowotnie w 2016 (dostępne dane ZUS) wyniosła 68,88 zł. Szacowane wydatki na świadczenie rehabilitacyjne wynoszą 209 464 tys. zł.

Poniżej ujęto w tabeli liczebność absencji chorobowych w latach 2015-2017 r. zgodnie z podstawą kwalifikacji do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN wg ICD-10.

Kategoria	2015	2016	2017
D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych,	42900	51691	52187
D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN	83892	86255	86715
G20 – choroba Parkinsona	49791	51673	53388
G22 – parkinsonizm wtórny	8857	6205	8756
G35 – stwardnienie rozsiane	258103	249674	243405
G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN	32975	35549	41298
G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych	15463	13223	14308
G92 – encefalopatie toksyczne	4107	3145	3109
G93 – inne uszkodzenia mózgu	62539	65428	65713
I60 – krwotok podpajęczynówkowy	56523	54753	63700
I61 - krwotok śródczaszkowy	54146	51410	51611
I63 – zawał mózgu	313618	340271	368794
I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu	441799	460998	471995
T90 – następstwa urazów głowy	137154	130227	127189
Razem	1561867	1600502	1652168

Przeciętna kwota wypłaty z tytułu absencji chorobowej na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym wyniosła 682,00 zł. Średnia liczba absencji chorobowych z lat 2015-2017 r. wynosi 4 814 537 godzin. Według danych ZUS w 2016 roku w Polsce udar mózgu, stwardnienie rozsiane oraz choroba Parkinsona były przyczyną 1056,2 tys. dni absencji chorobowej o łącznym koszcie 71 298,9 tys. zł.

Średnią liczebność orzeczeń pierwszorazowych (OP) lekarzy orzeczników ZUS z lat 2015-2017 r. ustalająca stopień niezdolności do pracy lub celowość przekwalifikowania zawodowego według jednostek chorobowych zgodnie z podstawą kwalifikacji do programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN wg ICD-10 możemy interpretować jako populację docelową. Wskazane powyżej wielkości populacji docelowej nie stanowią jeszcze grupy osób u których dzięki zastosowanej innowacji uda się zniwelować bariery ruchowe i poznawcze. Zrównanie jednej i drugiej grupy oznaczałoby, że skuteczność przewidzianych w projekcie działań

terapeutycznych wynosiłaby 100%. Jest to założenie nierealne do spełnienia, ponieważ nie istnieją terapie w pełni skuteczne dla każdego jednostkowego przypadku. Ponadto należy też uwzględnić wpływ czynników zewnętrznych kształtujących skuteczność a które dodatkowo nie są objęte oddziaływaniem programu (a zatem nie są przez niego niwelowane). Na potrzeby analizy przyjęto następujące progi:

- 2019 - 10% spodziewanych efektów w skali kraju.
- 2020 - 20% spodziewanych efektów
- 2021 - 30% spodziewanych efektów
- 2022 – 50% spodziewanych efektów

Poniższa tabela prezentuje wyniki standaryzacji populacji docelowej wskaźnikami sukcesu terapeutycznego wraz z efektywnością kosztową z racji redukcji wypłaty rent z tytułu niezdolności do pracy.

Kategoria	2019	2020	2021	2022
Liczba OP	167	334	501	834
Redukcja w zł	104971,2	209942,4	314913,6	524227,4

Analiza korzyści makroekonomicznych wynikających z faktu, że u określonej kategorii osób uda się znieść ograniczenia ruchowe i poznawcze opiera się kluczowym założeniu, że osoby te będą w stanie same zarabiać na swoje utrzymanie. W szczególności oznacza to, że z pracy zarobkowej będą w stanie zapewnić sobie potrzebne dobra i usługi oraz będą odprowadzać należne podatki i daniny na rzecz Skarbu Państwa. To są bowiem te korzyści, które da się wyrazić w zyskach ekonomicznych.

Wskazane wartości informują, że dzięki powszechnemu wdrożeniu rozwiązań opracowanych w ramach programu, **w początkowych latach od 167 do 834 osób będzie mogło podjąć lub utrzymać pracę zarobkową**. Rozpiętość przedziałów warunkowana jest skutecznością terapii ruchowej i poznawczej w jednostkowych przypadkach.

Wyliczone wielkości populacji są podstawą do określenia makroekonomicznych korzyści z wdrożenia programu. Na potrzeby analiz przyjęto, że będą one rozpatrywane w grupach:

1. Wpływy z podatku dochodowego.
2. Wpływy z tytułu składek: emerytalnych, rentowych, zdrowotnych i chorobowych.

Pierwsza grupa korzyści jakie mogą się pojawi dzięki powszechnemu wdrożeniu opracowywanych rozwiązań to zyski wynikające z faktu, że osoby pracujące będą odprowadzać ze swoich zarobków należne podatki i daniny. Ponieważ nie istnieją dane mówiące o tym jakie są struktury dochodów w poszczególnych kategoriach wiekowych, to dla samej analizy konieczne jest przyjęcie pewnych



założeń. Kwantyfikacja korzyści makroekonomicznych została przeprowadzona w dwóch wariantach. Dla obu grup sukcesu terapeutycznego wyliczono zyski z podatków i danin przy założeniu, że członkowie tych grup zarabiają albo płacę minimalną albo średnią krajową (w sektorze przedsiębiorstw).

W przypadku płacy minimalnej za podstawę wyliczeń przyjęto obecnie obowiązującą tj. 2 100 zł, zaś kwoty podatków i danin wyznaczono przy założeniu, że pracownik ma podstawowe koszty uzyskania przychodu oraz ulgę podatkową. Analogicznie w przypadku średniej pensji krajowej, która w pod koniec 2017 roku wynosiła 4 516,69 zł. Kwoty jakie odprowadza jedna osoba przedstawiono w tabeli poniżej.

Wynagrodzenie minimalne 2 100 (podstawowe koszty uzyskania przychodu, ulga podatkowa)	
Ubezpieczenie Emerytalne	204,96 zł
Ubezpieczenie Rentowe	31,50 zł
Ubezpieczenie Chorobowe	51,45 zł
Ubezpieczenie Zdrowotne	163,09 zł
Podatek	119,00 zł
Wynagrodzenie netto	1 530,00 zł
Wynagrodzenie przeciętne 4 516,69 zł (IV kw. 2017; podstawowe koszty uzyskania przychodu, ulga podatkowa)	
Ubezpieczenie Emerytalne	440,83 zł
Ubezpieczenie Rentowe	67,75 zł
Ubezpieczenie Chorobowe	110,66 zł
Ubezpieczenie Zdrowotne	350,77 zł
Podatek	333,00 zł
Wynagrodzenie netto	3 213,68 zł

Źródło: opracowania własne

Znając wielkości grup sukcesu terapeutycznego oraz dokonując prognoz można oszacować jakie mogą być wpływy do budżetu z tytułu wykonywanej pracy zarobkowej. Zaprezentowano je poniżej.

Rok	Płaca minimalna				
	składka emerytalna	składka rentowa	składka chorobowa	składka na ubezpieczenie zdrowotne	zaliczka do urzędu skarbowego
2019	34228,32	5260,5	8592,15	27236,03	19873
2020	68456,64	10521	17184,3	54472,06	39746
2021	102684,96	15781,5	25776,45	81708,09	59619
2022	170936,64	26271	42909,3	136017,06	99246
Rok	Płaca średnia				
	składka emerytalna	składka rentowa	składka chorobowa	składka na ubezpieczenie zdrowotne	zaliczka do urzędu skarbowego
2019	73618,61	11314,25	18480,22	58578,59	55611
2020	147237,22	22628,5	36960,44	117157,18	111222
2021	220855,83	33942,75	55440,66	175735,77	166833
2022	367652,22	56503,5	92290,44	292542,18	277722

Źródło: opracowania własne

## 10. Ewaluacja ex post programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN (koncepcja oceny programu)

W programach pilotażowych jak *Program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN* będących klasyczną ewaluacją ex-ante nie ma możliwości stosowania podejścia eksperymentalnego lub kontrfaktycznego. W takich przypadkach, Komisja Europejska, a także Europejskie Towarzystwo Ewaluacyjne i podobne stowarzyszenia na świecie postulują wykorzystanie w projektach ewaluacyjnych podejścia nazwanego „ewaluacją opartą na teorii”. Jego centralnym punktem jest założenie, że zaprojektowane w programie działania można potraktować jako model. Przyjmujemy, że pewien pakiet działań (program rehabilitacji), na który alokowano środki (nakłady) pozwoli na osiągnięcie efektów rzeczowych (zmiana stanu pacjenta), które z kolei przełożą się na określoną zmianę społeczną i ekonomiczną (rynek pracy). Uporządkowane według związków przyczynowo – skutkowych powyższe elementy tworzą model logiczny – czyli prezentację efektywności działań rehabilitacyjnych. Tego typu teoria/model, łączące kolejne elementy (działania, nakłady, efekty i zmianę) zależnościami przyczynowo-skutkowymi i ich wyjaśnieniem, może zostać poddana falsyfikacji przy pomocy różnorodnych narzędzi badawczych wykorzystujących dostępny materiał sprawozdawczy. Podejście to nazywamy ewaluacją wspieraną teorią (EWT, ang. *theory-based evaluation*). W procesie rekonstrukcji teorii zmiany istotne jest odtworzenie krok po kroku łańcucha relacji przyczynowo-skutkowych pomiędzy nakładami, działaniami, efektami i zmianą wraz z towarzyszącymi im założeniami, co pozwala na ich uporządkowanie i weryfikację [zob. Weiss C. H. (1995). *Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families*. In J. Connell, A. Kubisch, L. B. Schorr, & C. H. Weiss (Eds.), *New approaches to evaluating community 30 initiatives: Volume 1, concepts, methods, and contexts* (pp. 65-92). New York, NY: Aspen Institute]. Podejście proponowane przez m. in. Carol Weiss polega na podążaniu od końca, tj. wyjściu od wizji długofalowej zmiany. Następnie, identyfikuje się rezultaty do osiągnięcia w okresie realizacji programu, rezultaty pośrednie (krótkookresowe), działania i zasoby (nakłady i potencjał organizacyjny np. jednostek sanatoryjnych). W ewaluacji programu rehabilitacyjnego konieczna będzie ewaluacja podsumowująca i kształtująca. W odróżnieniu od ewaluacji wpływu ten rodzaj podejścia koncentruje się przede wszystkim na ocenie sposobu wdrażania programu. Analiza przyczyn składowych oraz wiązki przyczyn nie jest podejściem nowym w ewaluacji innowacyjnych programów zdrowotnych. Zostało ono jednak w ostatnim czasie szczegółowo opracowane w publikacji przygotowanej dla Department for International Development (DFID) Zjednoczonego Królestwa przez zespół ekspertów [zob. Elliot Stern, Nicoletta Stame, John

Mayne, Kim Forss, Rick Davies, Barbara Befani, *Broadening the range of designs and methods for impact evaluations*, DFID Working Paper 38, 2012].

Ewaluacja kształtującą skupia się na poszukiwaniu odpowiedzi na pytania: jak program był wdrażany, w jakim stopniu odpowiada to zidentyfikowanym założeniom, w jaki sposób można wytłumaczyć osiągnięte dotychczas efekty. Ewaluacja tego typu może dać wstępne odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu przyczyniła się do osiągnięcia zmiany społecznej i ekonomicznej. W większym stopniu skupia się jednak na możliwych sposobach poprawy sposobu realizacji programu rehabilitacji. Podejście to ma szczególne zastosowanie do badań programów o charakterze innowacyjnym czy też pilotażowym, kiedy potrzebna jest informacja zwrotna na temat dotychczasowych efektów i ewentualnych problemów – pozwala to na uruchomienie mechanizmów uczenia się i doskonalenia rozwiązań. Szczególny nacisk zostanie zatem położony w trakcie ewaluacji na cztery źródła danych:

- 1) Analizę wymogów dotyczących statusu oraz lokalizacji ośrodka – załącznik 1a i 1b;
- 2) Analizę wymagań szczegółowych dotyczących wyposażenia ośrodka na potrzeby programu rehabilitacji – załącznik 2a i 2b;
- 3) Analizę przebiegu rehabilitacji w oparciu o dokumentację, w tym:
  - Historię choroby pacjenta – załącznik 3;
  - Indywidualną kartę zleceń lekarskich – załącznik 4;
  - Kwestionariusz subiektywnie oceniający samopoczucie - załącznik 5;
  - Formularz oceny funkcjonalnej dla potrzeb lekarza orzecznika ZUS - załącznik 6;
  - Ankietę oceniającą turnus rehabilitacyjny - załącznik 7;
  - Kartę informacyjną o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla pacjenta z uszkodzeniem OUN – załącznik 8.
- 4) Analizę efektywności kosztowej bazującą na sprawozdaniach rachunkowo-kosztowych.

#### UWAGA:

Proponowany program powinien zostać bardzo dokładnie oceniony w badaniu o charakterze pilotażu – zwłaszcza istotna będzie analiza efektywności kosztowej. Do oceny programu w badaniu pilotażowym sugerowane jest zaangażowanie 3-4 ośrodków prowadzących program rehabilitacyjny w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN w trybie stacjonarnym oraz 2 ośrodki w trybie ambulatoryjnym.

Pilotaż powinien trwać 18 miesięcy z etapową ewaluacją wyników działania programu po 6-ciu i 12-tu miesiącach. W ramach pilotażu liczba osób poddawanych rehabilitacji w ramach turnusu rehabilitacyjnego może być mniejsza tzn. w turnusie prowadzonym w warunkach stacjonarnych (16 osób) zaś w warunkach ambulatoryjnych (8 osób).

## 11. Wykaz załączników

- Załącznik 1a - Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN;
- Załącznik 1b - Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN;
- Załącznik 2a - Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN;
- Załącznik 2b - Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN;
- Załącznik 3 - Historia choroby pacjenta;
- Załącznik 4 - Indywidualna karta zleceń lekarskich;
- Załącznik 5 - Kwestionariusz subiektywnie oceniający samopoczucie;
- Załącznik 6 - Ankieta oceniająca turnus rehabilitacyjny;
- Załącznik 7 - Karta informacyjna o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla pacjenta z uszkodzeniem OUN;

## Załącznik 1a

### Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

<b>WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>	
Lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego	podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne o profilu neurologicznym i/lub rehabilitacyjnym dysponujący terenami rekreacyjnymi w bliskim sąsiedztwie budynku, w którym znajduje się oddział rehabilitacji leczniczej i przebywają osoby skierowane przez ZUS
	zapewnienie możliwości dojazdu do oddziału rehabilitacji leczniczej ogólnodostępnymi środkami komunikacji
Baza hotelowa	zapewnienie pobytu dla 20 osób kierowanych przez ZUS jednocześnie zgodnie z obowiązującymi przepisami sanitarnymi w zakresie lecznictwa zamkniętego w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie rehabilitacyjnym lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku do umowy
	dysponowanie w obiekcie rehabilitacyjnym windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, pomieszczenia hotelowe oraz stołówka – nie dotyczy ośrodków rehabilitacyjnych, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze
	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostępu do obiektu rehabilitacyjnego i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane, bez konieczności opuszczania obiektu rehabilitacyjnego oraz dzięki odpowiedniej szerokości drzwi wejściowych i drzwi wewnętrznych - minimum 90 cm, b) co najmniej 20% pokoi z pełnym węzłem sanitarnym, przeznaczonych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, c) w każdym pokoju pełnego węzła sanitarnego spełniającego warunki dostępności dla osoby z niepełnosprawnością z deficytem ruchowym, d) co najmniej 10% pokoi hotelowych 1-osobowych, i pozostałych nie większych niż 2-osobowych, e) większości łóżek (min. 70%) w pokojach bazy hotelowej o regulowanej elektrycznie wysokości, dostępnych z trzech stron,
	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce
	zapewnienie: a) ręczników kąpielowych oraz ich wymiany, co najmniej raz na tydzień, b) wymiany bielizny pościelowej, co najmniej raz w trakcie turnusu, c) prześcieradeł do zabiegów fizykalnych
	dysponowanie w udostępnionym obiekcie stołówką
Standardy żywienia	zapewnienie całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu (od śniadania) do ostatniego dnia pobytu (do kolacji), przy czym zapewnione posiłki muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi
	zapewnienie pacjentom możliwości przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów – czajnik w każdym pokoju
	zapewnienie na terenie ośrodka całodobowego, nieograniczonego dostępu do zbiorników wody pitnej.

## Załącznik 1a

### Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

Kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna	a) zapewnienie codziennego dostępu do lekarza prowadzącego leczenie (nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy), b) zapewnienie całodobowej, stacjonarnej opieki pielęgniarskiej w każdym obiekcie, w którym przebywają osoby skierowane przez ZUS
	zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi przez ZUS
	zatrudnienie dietetyka
	zatrudnienie zespołu terapeutycznego gwarantującego realizację indywidualnego programu rehabilitacji (fizjoterapeutów, psychologów/neuropsychologów, logopedy/neurologopedy, terapeuty zajęciowego)
Wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
	rozpoczęcie zleconego programu rehabilitacji nie później niż w trzecim dniu pobytu (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy)
	dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: a) wstępnego badania lekarskiego wykonanego w pierwszej dobie po przyjeździe, b) wyznaczenia celu rehabilitacji (krótko- i długoterminowego), c) zleconego programu rehabilitacji opracowanego w pierwszej dobie po przyjeździe, d) kontrolnego badania lekarskiego wykonanego co najmniej dwa razy w ciągu tygodnia pobytu, e) wstępnej konsultacji neurologicznej wykonanej nie później niż drugiego dnia pobytu (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy), f) diagnozy psychologicznej dokonanej przez psychologa/neuropsychologa w pierwszym i ostatnim tygodniu pobytu, g) diagnozy logopedycznej dokonanej przez logopedę/neurologopedę w pierwszym i ostatnim tygodniu pobytu, h) oceny stanu funkcjonalnego dokonanej przez fizjoterapeutę w pierwszym i ostatnim tygodniu pobytu, i) wyników innych konsultacji i badań dodatkowych, j) końcowej konsultacji neurologicznej wykonanej w ostatnich dwóch dobach pobytu w oddziale (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy), k) badania końcowego i epikryzy wykonanych w ostatnich dwóch dobach pobytu w oddziale (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy)
	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach fizjoterapeutycznych, oddziaływaniach psychologicznych, terapii zajęciowej i logopedycznej, edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
	zapewnienie możliwości wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych wynikających ze wskazań medycznych
	zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem tematów: a) Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym udaru mózgu b) Objawy, przebieg i następstwa chorób ośrodkowego układu nerwowego: stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu c) Zasady diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób ośrodkowego układu

## Załącznik 1a

### Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

	<p>nerwowego: stwardnienia rozсіяnego, choroby Parkinsona, udaru mózgu</p> <p>d) Zasady profilaktyki i nauka realizacji zachowań prozdrowotnych osób z uszkodzeniem OUN (bezpieczna aktywność fizyczna osób z uszkodzeniem OUN, znaczenie aktywności intelektualnej i psychospołecznej osób z uszkodzeniem OUN, nałogi w patogenezie chorób układu nerwowego i zasady walki z nałogami, znaczenie przestrzegania wdrożonych zasad profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego)</p> <p>e) Zasady ergonomii w wykonywaniu czynności codziennych ze szczególnym uwzględnieniem obecności przetrwałych deficytów neurologicznych</p> <p>f) Nadwaga i otyłość w patogenezie chorób OUN</p> <p>g) Niedożywienia w procesie zdrowienia i rehabilitacji w chorobach OUN</p> <p>h) Zasady prawidłowego komponowania jadłospisu</p> <p>i) Edukacja w zakresie prawa pracy mająca na celu zwiększenie poziomu świadomości prawnej, kompetencji, kwalifikacji i wiedzy, w związku z możliwością podjęcia pracy zawodowej.</p>
	<p>realizowanie indywidualnego programu rehabilitacyjno-terapeutycznego leczniczej ukierunkowanego na leczenie następstw choroby stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez /6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w trzech cyklach zabiegowych, a w soboty w dwóch cyklach zabiegowych</p>
	<p>program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8:30</p>



**Załącznik 1b****Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN**

<b>WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>	
Lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego	podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne o profilu neurologicznym i/lub rehabilitacyjnym a terenie miejscowości określonej przez ZUS
Standardy obiektu	zapewnienie osobom skierowanym przez ZUS realizacji usług rehabilitacyjnych w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie lub jego części
	dysponowanie w obiekcie rehabilitacyjnym windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, – nie dotyczy ośrodków rehabilitacyjnych, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze
	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostępu do obiektu rehabilitacyjnego i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane, bez konieczności opuszczania obiektu rehabilitacyjnego, b) dostępu do co najmniej jednej toalety przystosowanej dla osób z niepełnosprawnościami, poruszających się na wózkach inwalidzkich,
	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach, dysponowanie w udostępnionym obiekcie salą rekreacyjno-wypoczynkową
Standardy żywienia	zapewnienie ciepłych i zimnych napojów podczas pobytu w ośrodku
Kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna	zapewnienie dostępu do lekarza prowadzącego leczenie co najmniej 5 dni w tygodniu
	zapewnienie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas pobytu pacjentów w ośrodku
	zatrudnienie zespołu terapeutycznego gwarantującego realizację indywidualnego programu rehabilitacji (fizjoterapeutów, psychologów/neuropsychologów, logopedów/neurologopedów, terapeutów zajęciowego)
Wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
	rozpoczęcie zleconego programu rehabilitacji nie później niż w drugim dniu pobytu (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy)
	dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: a) wstępnego badania lekarskiego wykonanego w pierwszej dobie po przyjeździe, b) wyznaczenia celu rehabilitacji (krótko- i długoterminowego), c) zleconego programu rehabilitacji opracowanego w pierwszej dobie po przyjeździe, d) kontrolnego badania lekarskiego wykonanego co najmniej dwa razy w tygodniu podczas pobytu, e) wstępnej konsultacji neurologicznej wykonanej nie później niż drugiego dnia pobytu (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy), f) diagnozy psychologicznej dokonanej przez psychologa/neuropsychologa w pierwszym i ostatnim tygodniu pobytu,

## Załącznik 1b

### Status oraz lokalizacja ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

	<p>g) diagnozy logopedycznej dokonanej przez logopedę/neurologopedę w pierwszym i ostatnim tygodniu pobytu,</p> <p>h) oceny stanu funkcjonalnego dokonanej przez fizjoterapeutę w pierwszym i ostatnim tygodniu pobytu,</p> <p>i) wyników innych konsultacji i badań dodatkowych,</p> <p>j) końcowej konsultacji neurologicznej wykonanej w ostatnich dwóch dobach pobytu w oddziale (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy),</p> <p>k) badania końcowego i epikryzy wykonanych w ostatnich dwóch dobach pobytu w oddziale (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy)</p>
	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach fizjoterapeutycznych, oddziaływaniach psychologicznych, terapii zajęciowej, logopedycznej i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
	zapewnienie możliwości wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych wynikających ze wskazań medycznych
	zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem tematów: a) Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym udaru mózgu b) Objawy, przebieg i następstwa chorób ośrodkowego układu nerwowego: stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu c) Zasady diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób ośrodkowego układu nerwowego: stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu d) Zasady profilaktyki i nauka realizacji zachowań prozdrowotnych osób z uszkodzeniem OUN (bezpieczna aktywność fizyczna osób z uszkodzeniem OUN, znaczenie aktywności intelektualnej i psychospołecznej osób z uszkodzeniem OUN, nałogi w patogenezie chorób układu nerwowego i zasady walki z nałogami, znaczenie przestrzegania wdrożonych zasad profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego) e) Zasady ergonomii w wykonywaniu czynności codziennych ze szczególnym uwzględnieniem obecności przetrwałych deficytów neurologicznych f) Nadwaga i otyłość w patogenezie chorób OUN g) Niedożywienia w procesie zdrowienia i rehabilitacji w chorobach OUN h) Zasady prawidłowego komponowania jadłospisu i) Edukacja w zakresie prawa pracy mająca na celu zwiększenie poziomu świadomości prawnej, kompetencji, kwalifikacji i wiedzy, w związku z możliwością podjęcia pracy zawodowej.
	realizowanie indywidualnego programu rehabilitacyjno-terapeutycznego leczniczej ukierunkowanego na leczenie następstw choroby stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez /6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w trzech cyklach zabiegowych, a w soboty w dwóch cyklach zabiegowych
	program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8:30

## Załącznik 2a

### Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

<b>WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>	
Baza hotelowa	kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym co najmniej 2 łóżka w pokojach jednoosobowych zgodnie z załącznikiem do umowy
	udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym co najmniej 2 łóżka w pokojach jednoosobowych zgodnie z załącznikiem do umowy
	zapewnienie odpowiedniej szerokości drzwi wejściowych i drzwi wewnętrznych - minimum 90 cm
	a) powierzchnia udostępnionych pokoi (z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów mierzona zgodnie z prawem budowlanym) powinna wynosić, co najmniej: - 8 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych, - 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych, b) pokój powinien być wyposażony w: - łóżko/a jednoosobowe o wymiarach 90x200 cm (większości łóżek - min. 14 (70%) o regulowanej elektrycznie wysokości, dostępnych z trzech stron), - jeden stół na pokój, - jedno krzesło na osobę, c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową
Kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna	zatrudnienie lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej oraz lekarza specjalisty neurologa prowadzących leczenie i dokumentację nie więcej niż 20 pacjentów
	zatrudnienie fizjoterapeutów – równoważnik 5 etatów - co najmniej 1 fizjoterapeuta z tytułem magistra na 4 chorych, z minimum 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji osób dorosłych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (konieczne udokumentowanie - świadectwo pracy lub inne)
	zatrudnienie logopedy z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z chorym dorosłym z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego
	zatrudnienie psychologa ze specjalnością kliniczną i/lub neuropsychologa lub w trakcie specjalizacji po 2 latach kształcenia z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego – równoważnik 2 etatów
	zatrudnienie co najmniej 1 instruktora terapii zajęciowej z dyplomem terapeuty zajęciowego
Wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną	Gabinet lekarski
	Dyżurka pielęgniarek
	Gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: - 1 aparat EKG, - ciśnieniomierz, - kardiomonitor, - defibrylator zewnętrzny, - zestaw do intubacji, worek Ambu, rurki ustno-gardłowe, - glukometr, - aparat do przyłóżkowego oznaczania INR, - stetoskop lekarski, - leki m.in. zestaw leków ratujących życie, leki hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwuczeniowe.

## Załącznik 2a

### Wypożyczenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

	<ul style="list-style-type: none"><li>- stojak do kroplówek,</li><li>- podstawowe narzędzia zaopatrzenia ortopedycznego (kołnierz uniwersalny dla dorosłych, szyny uniwersalne do unieruchomienia, kule łokciowe, laski, kijki do nordic walking),</li><li>- podstawowe materiały opatrunkowe pozwalające na zabezpieczenie urazów.</li></ul>
	<p>Gabinet fizjoterapeutyczny (jeden na 10 pacjentów poddawanych rehabilitacji - do badania pacjentów, do prowadzenia dokumentacji) - wyposażony w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stół do badania fizjoterapeutycznego z elektryczną regulacją wysokości,</li><li>- podstawowe przybory pomiarowe umożliwiające przeprowadzenie testów i pomiarów (centymetr krawiecki, goniometr, inklinometr, pion, stoper, zestaw testowy do Testu 9 kołków - 9 Hole Peg Test),</li><li>- stanowisko do prowadzenia dokumentacji medycznej.</li></ul>
	<p>Sala / sale kinezyterapii - wyposażone w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 10 materaców do ćwiczeń,</li><li>- 10 drabinek do ćwiczeń,</li><li>- 5 stołów do kinezyterapii indywidualnej (stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości),</li><li>- minimum 1 leżanka o wymiarach (szer./dł.) 120 cm x 200 cm,</li><li>- sprzęt do kinezyterapii indywidualnej (dmuchane piłki rehabilitacyjne w co najmniej 4 rozmiarach, piłka do koszykówki, piłka do siatkówki, piłka nożna, piłka tenisowa)</li><li>- urządzenia do ćwiczeń oporowych kończyn górnych i dolnych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.</li><li>- systemy do ćwiczeń w odciążeniu,</li><li>- urządzenia do ćwiczeń równoważnych,</li><li>- urządzenie do ćwiczeń równoważnych z biologicznym sprzężeniem zwrotnym,</li><li>- poręcze oraz poręcze ze schodami,</li><li>- lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej</li><li>- urządzenia do interaktywnych ćwiczeń z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej w pozycji stojąc i siedząc (minimum 2 stanowiska),</li><li>- urządzenia do ćwiczeń kończyny górnej z wykorzystaniem biologicznego sprzężenia zwrotnego (minimum 1 stanowisko),</li><li>- bieżnia elektryczna ruchoma,</li><li>- cykloergometry.</li></ul>
	<p>Sala terapii zajęciowej wyposażona w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- sprzęt i przybory służące poprawie czynności chwytnej ręki i koordynacji czuciowo-ruchowej,</li><li>- stoliki do ćwiczeń manualnych.</li></ul>
	<p>Gabinet psychologiczno-psychoterapeutyczny wyposażony w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stanowisko komputerowe z dostępem do internetu</li></ul>
	<p>Gabinet neuropsychologiczny - wyposażony w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stanowisko komputerowe z dostępem do internetu,</li><li>- urządzenia do diagnostyki i ćwiczeń procesów poznawczych</li><li>- wystandaryzowane testy konieczne do diagnostyki psychologicznej: WAIS-R(PL) - Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - wersja zrewidowana, WCST</li><li>- Test Sortowania Kart z Wisconsin, CVLT - Kalifornijski Test Ucznia się Językowego, CTT - Kolorowy Test Połączeń - wersja dla dorosłych, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, KPD - Kwestionariusz do Pomiaru Depresji, MMPI – 2,</li></ul>

## Załącznik 2a

### Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

	MMSE, ACE-R.
	Gabinet logopedyczny - wyposażony w: - stanowisko komputerowe z programem/programami do oceny i rehabilitacji funkcji językowych, - lustro, - różnego rodzaju pomoce do terapii indywidualnej takie jak: książki, obrazki, układanki, historyjki obrazkowe, - przybory do pisania i rysowania (zeszyty, kredki, ołówki, długopisy).
	Sala do treningów relaksacyjnych/psychoterapii lub psychoedukacji grupowej wyposażona w 10 stanowisk - może być organizowana łącznie z salą fizjoterapii
	Gabinet masażu leczniczego wyposażony w stół do masażu.
	Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami: - krioterapii miejscowej, - miejscowych zabiegów ciepłolecznicznych, - zabiegów polem magnetycznym niskiej częstotliwości, - elektroterapii, - laseroterapii, - światłolecznictwa, - zabiegów ultradźwiękami, - masaży wirowych kończyn górnych i dolnych.
Wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań przez 6 dni w tygodniu: - minimum 90 min kinezyterapii indywidualnej w 3 cyklach, - minimum 60 minut kinezyterapii grupowej (maks. 6 osób w grupie) lub kinezyterapii odbywającej się pod nadzorem (Funkcjonalny Trening Medyczny) 6 dni w tygodniu, - minimum 30 minut ćwiczeń ruchowych z wykorzystaniem urządzeń i aparatury wspomagającej wymienionej w wyposażeniu 6 dni w tygodniu,
	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie terapii psychologicznej, neuropsychologicznej, logopedycznej: - indywidualna rehabilitacja neuropsychologiczna i/lub logopedyczna - 45 min 5 dni w tygodniu, - grupowe zajęcia relaksacyjne - 30 min. 5 dni w tygodniu - minimum 45 minut terapii zajęciowej indywidualnej lub pod nadzorem uwzględniającej aktualne potrzeby, sygnalizowane przez pacjenta w zakresie czynności codziennych 5 dni w tygodniu,
	realizowane 1 lub 2 x w tygodniu – w zależności od stwierdzanych potrzeb: - psychoterapia indywidualna – 45 min, - psychoterapia grupowa - 90 min, - psychoedukacja grupowa – 60 min, - edukacja zdrowotna grupowa uwzględniająca zasady profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz podstawową wiedzę o przyczynach chorób OUN, roli kompleksowej rehabilitacji w chorobach OUN – 60 min, - edukacja w zakresie prawa pracy – 45 min.

## Załącznik 2b

### Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

<b>WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>	
Kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna	zatrudnienie lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej oraz lekarza specjalisty neurologa
	zatrudnienie fizjoterapeutów – równoważnik 2,5 etatów - co najmniej 1 fizjoterapeuta z tytułem magistra na 4 chorych, z minimum 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji osób dorosłych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (konieczne udokumentowanie - świadectwo pracy lub inne)
	zatrudnienie logopedy z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z chorym dorosłym z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego
	zatrudnienie psychologa ze specjalnością kliniczną i/ lub neuropsychologa lub w trakcie specjalizacji po 2 latach kształcenia z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego
	zatrudnienie co najmniej 1 instruktora terapii zajęciowej z dyplomem terapeuty zajęciowego
Wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną	Gabinet lekarski
	Dyżurka pielęgniarek
	Gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 aparat EKG,</li> <li>- ciśnieniomierz,</li> <li>- defibrylator zewnętrzny,</li> <li>- zestaw do intubacji, worek Ambu, rurki ustno-gardłowe,</li> <li>- glukometr,</li> <li>- stetoskop lekarski,</li> <li>- leki m.in. zestaw leków ratujących życie, leki hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwuczuleniowe.</li> <li>- podstawowe narzędzia zaopatrzenia ortopedycznego (kołnierz uniwersalny dla dorosłych, szyny uniwersalne do unieruchomienia, kule łokciowe, laski, kijki do nordic walking),</li> <li>- podstawowe materiały opatrunkowe pozwalające na zabezpieczenie urazów.</li> </ul>
	Gabinet fizjoterapeutyczny (jeden na 10 pacjentów poddawanych rehabilitacji - do badania pacjentów, do prowadzenia dokumentacji) - wyposażony w: <ul style="list-style-type: none"> <li>- stół do badania fizjoterapeutycznego z elektryczną regulacją wysokości,</li> <li>- podstawowe przybory pomiarowe umożliwiające przeprowadzenie testów i pomiarów (centymetr krawiecki, goniometr, inklinometr, pion, stoper, zestaw testowy do Testu 9 kołków - 9 Hole Peg Test),</li> <li>- stanowisko do prowadzenia dokumentacji medycznej.</li> </ul>
Sala / sale kinezyterapii - wyposażone w: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 materaców do ćwiczeń,</li> <li>- 10 drabinek do ćwiczeń,</li> <li>- 5 stołów do kinezyterapii indywidualnej (stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości),</li> <li>- minimum 1 leżanka o wymiarach (szer./dł.) 120 cm x 200 cm,</li> <li>- sprzęt do kinezyterapii indywidualnej (dmuchane piłki rehabilitacyjne w co najmniej 4 rozmiarach, piłka do koszykówki, piłka do siatkówki, piłka nożna, piłka tenisowa)</li> <li>- urządzenia do ćwiczeń oporowych kończyn górnych i dolnych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.</li> </ul>	

## Załącznik 2b

### Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

	<ul style="list-style-type: none"><li>- systemy do ćwiczeń w odciążeniu,</li><li>- urządzenia do ćwiczeń równoważnych,</li><li>- urządzenie do ćwiczeń równoważnych z biologicznym sprzężeniem zwrotnym,</li><li>- poręcze oraz poręcze ze schodami,</li><li>- lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej</li><li>- urządzenia do interaktywnych ćwiczeń z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej w pozycji stojąc i siedząc (minimum 2 stanowiska),</li><li>- urządzenia do ćwiczeń kończyny górnej z wykorzystaniem biologicznego sprzężenia zwrotnego (minimum 1 stanowisko),</li><li>- bieżnia elektryczna ruchoma,</li><li>- cykloergometry.</li></ul>
	Sala terapii zajęciowej wyposażona w: <ul style="list-style-type: none"><li>- sprzęt i przybory służące poprawie czynności chwytnej ręki i koordynacji czuciowo-ruchowej,</li><li>- stoliki do ćwiczeń manualnych.</li></ul>
	Gabinet psychologiczno-psychoterapeutyczny wyposażony w: <ul style="list-style-type: none"><li>- stanowisko komputerowe z dostępem do internetu</li></ul>
	Gabinet neuropsychologiczny - wyposażony w: <ul style="list-style-type: none"><li>- stanowisko komputerowe z dostępem do internetu,</li><li>- urządzenia do diagnostyki i ćwiczeń procesów poznawczych</li><li>- wystandaryzowane testy konieczne do diagnostyki psychologicznej: WAIS-R(PL) - Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - wersja zrewidowana, WCST</li><li>- Test Sortowania Kart z Wisconsin, CVLT - Kalifornijski Test Uczenia się Językowego, CTT - Kolorowy Test Połączeń - wersja dla dorosłych, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, KPD - Kwestionariusz do Pomiaru Depresji, MMPI – 2, MMSE, ACE-R.</li></ul>
	Gabinet logopedyczny - wyposażony w: <ul style="list-style-type: none"><li>- stanowisko komputerowe z programem/programami do oceny i rehabilitacji funkcji językowych,</li><li>- lustro,</li><li>- różnego rodzaju pomoce do terapii indywidualnej takie jak: książki, obrazki, układanki, historyjki obrazkowe,</li><li>- przybory do pisanania i rysowania (zeszyty, kredki, ołówki, długopisy).</li></ul>
	Sala do treningów relaksacyjnych/psychoterapii lub psychoedukacji grupowej wyposażona w 10 stanowisk - może być organizowana łącznie z salą fizjoterapii
	Gabinet masażu leczniczego wyposażony w stół do masażu.
	Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami: <ul style="list-style-type: none"><li>- krioterapii miejscowej,</li><li>- miejscowych zabiegów ciepłoleczniczych,</li><li>- zabiegów polem magnetycznym niskiej częstotliwości,</li><li>- elektroterapii,</li><li>- laseroterapii,</li><li>- światłolecznictwa,</li><li>- zabiegów ultradźwiękami,</li><li>- masaży wirowych kończyn górnych i dolnych.</li></ul>
Wymagania	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o

## Załącznik 2b

### Wyposażenie ośrodka organizującego pobyt rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym w ramach prewencji rentowej ZUS dla chorych z uszkodzeniem OUN

ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	<p>ile nie ma przeciwwskazań przez 6 dni w tygodniu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- minimum 90 min kinezyterapii indywidualnej w 3 cyklach,</li><li>- minimum 60 minut kinezyterapii grupowej (maks. 6 osób w grupie) lub kinezyterapii odbywającej się pod nadzorem (Funkcjonalny Trening Medyczny) 6 dni w tygodniu,</li><li>- minimum 30 minut ćwiczeń ruchowych z wykorzystaniem urządzeń i aparatury wspomagającej wymienionej w wyposażeniu 6 dni w tygodniu,</li></ul> <p>realizowanie w ustalonym indywidualnie programie terapii psychologicznej, neuropsychologicznej, logopedycznej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- indywidualna rehabilitacja neuropsychologiczna i/lub logopedyczna - 45 min 5 dni w tygodniu,</li><li>- grupowe zajęcia relaksacyjne - 30 min. 5 dni w tygodniu</li><li>- minimum 45 minut terapii zajęciowej indywidualnej lub pod nadzorem uwzględniającej aktualne potrzeby, sygnalizowane przez pacjenta w zakresie czynności codziennych 5 dni w tygodniu,</li></ul> <p>realizowane 1 lub 2 x w tygodniu – w zależności od stwierdzanych potrzeb:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- psychoterapia indywidualna – 45 min,</li><li>- psychoterapia grupowa - 90 min,</li><li>- psychoedukacja grupowa – 60 min,</li><li>- edukacja zdrowotna grupowa uwzględniająca zasady profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz podstawową wiedzę o przyczynach chorób OUN, roli kompleksowej rehabilitacji w chorobach OUN – 60 min,</li><li>- edukacja w zakresie prawa pracy – 45 min.</li></ul>
---	--



do umowy nr .....

Nr ks. gł. ....

## HISTORIA CHOROBY PACJENTA

**Nazwisko i imię** ..... **PESEL** .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia (*właściwe podkreślić*)

data przyjęcia ..... data wypisu ..... liczba dni pobytu .....

nieobecności od ..... do ..... liczba dni nieobecności.....

liczba dni zabiegowych .....

**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat.....

choroby współistniejące ..... nr stat.....

..... nr stat.....

Wykształcenie .....

Zawód wykonywany ..... Zawód wyuczony .....

**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:**

Data badania:.....

Pomiar RR: .....

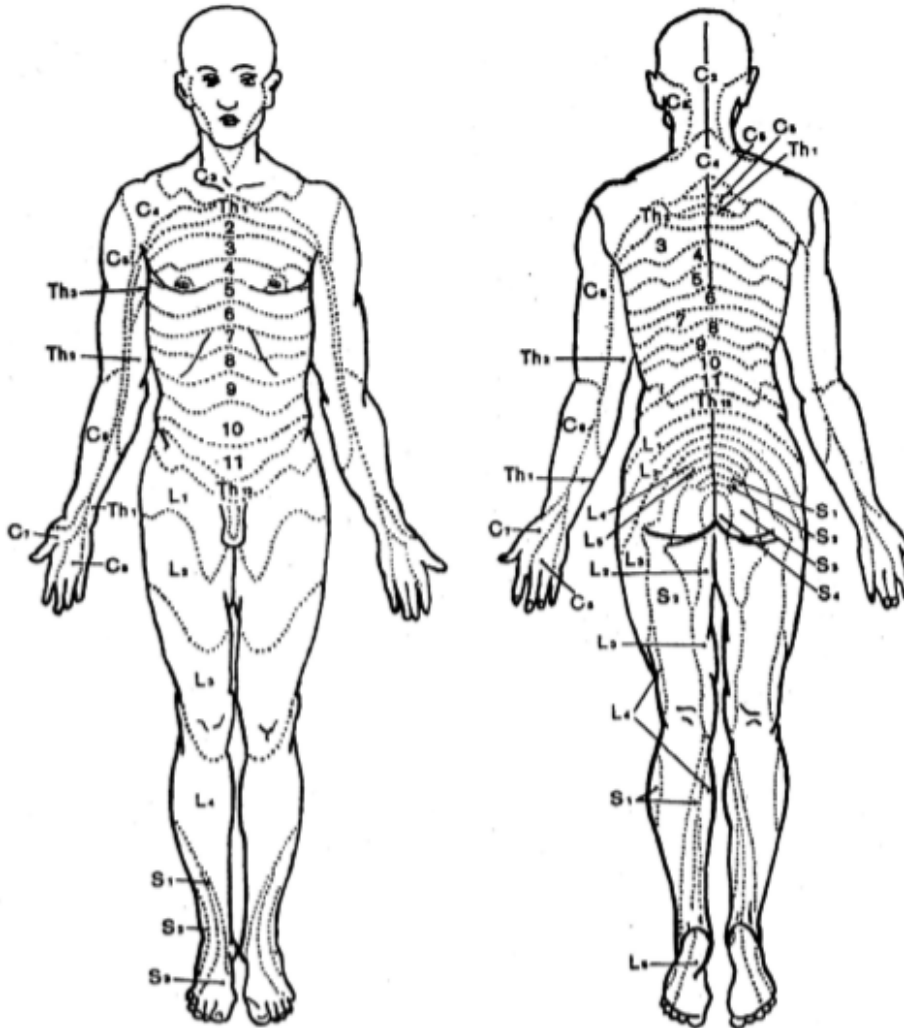
Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost .....



### Załącznik 3

c) wstępne badanie neurologiczne:

#### STAN NEUROLOGICZNY



Stan świadomości .....

Czaszka:

wygląd i budowa .....

obmacywaniem .....

opukiwaniem .....

przystuch .....

Objawy oponowe:

sztwność karku .....

objaw Kerniga .....

### Załącznik 3

Nerwy czaszkowe:

- I: węch .....
- II: ostrość wzroku .....
- pole widzenia (orientacyjne) .....
- dno oczu .....
- III, IV, V: gałki oczne osadzone .....
- Ustawienie .....
- szpary powiekowe .....
- ruchy gałek .....
- oczopląs .....
- źrenice: kształt .....
- wielkość .....
- oddziaływanie .....
- V: czucie na twarzy .....
- odruchy rogówkowe .....
- odruchy spojówkowe .....
- żwacze napina .....
- odruch żuchwowy .....
- VII: marszczy czoło .....
- zaciska oczy .....
- fałdy nosowo-wargowe .....
- szczyrzy zęby .....
- VIII: ostrość słuchu .....
- próba Rinneho .....
- próba Webera .....
- IX, X: podniebienie miękkie .....
- Języczek .....
- odruchy podniebienne .....
- odruchy gardłowe .....
- połykanie .....
- fonacja .....
- XI: skręt głowy .....
- unoszenie barków .....

### Załącznik 3

XII: język .....  
ruchy na boki .....  
zaniki .....  
drżenia .....

Smak: .....

Tułów: odruchy brzuszne .....  
Czucie .....

Kręgosłup: ustawienie .....  
ruchomość .....  
bolesność .....  
objaw szczytowy .....

Kończyny górne:

Wygląd .....  
ruchy mimowolne .....  
ułożenie .....  
napięcie .....  
ruchy bierne .....  
ruchy czynne .....  
siła mięśniowa .....  
odruchy:      ze ścięgna m. trójgłowego      prawy      lewy  
                  ze ścięgna m. dwugłowego      prawy      lewy  
                  z kości łokciowej                      prawy      lewy  
                  z kości promieniowej                  prawy      lewy  
odruchy patologiczne .....  
czucie powierzchniowe .....  
czucie głębokie .....  
ruchy naprzemienne .....

Kończyny dolne:

Wygląd .....  
ruchy mimowolne .....  
ułożenie .....  
napięcie .....  
ruchy bierne .....  
ruchy czynne .....  
siła mięśniowa .....

### Załącznik 3

odruchy:	kolanowe	prawy	lewy
	skokowe	prawy	lewy
	podeszwowe	prawy	lewy

odruchy patologiczne:

objaw Babińskiego	prawy	lewy
objaw Rossolimo	prawy	lewy
objaw Lasegue'a	prawy	lewy

czucie powierzchniowe .....

czucie głębokie .....

zborność .....

Chód: .....

d) wstępna konsultacja i ocena fizjoterapeutyczna:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

e) wstępna konsultacja neuropsychologiczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Załącznik 3

f) wstępna konsultacja logopedyczna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

g) cel rehabilitacji krótko- i długoterminowy

.....  
.....  
.....  
.....

h) zlecony program rehabilitacji

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### Ocena stanu funkcjonalnego:

Test „Wstań i Idź” (3 m):      początkowa ..... końcowa .....  
Skala Berga:                      początkowa ..... końcowa .....  
Test 9 kołków (9 Hole Peg Test):początkowa ..... końcowa .....  
ACE-R:                              początkowa ..... końcowa .....





### Załącznik 3

#### Ocena kliniczna przy wypisie:

a) badanie przedmiotowe (*badanie przeprowadzane przez lekarza specjalistę z zakresu rehabilitacji*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) badanie neurologiczne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) konsultacja i ocena fizjoterapeutyczna:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) konsultacja neuropsychologiczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Załącznik 3

e) konsultacja logopedyczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Podsumowanie efektów rehabilitacji leczniczej** *(opinia końcowa z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zalecenia**

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce i data

.....

Podpis lekarza prowadzącego

.....

Podpis ordynatora /kierownika placówki

**Załącznik 4**

do umowy nr .....

Nr ks. gł. ....

**INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH**

(jest dokumentem podlegającym obowiązkowemu zwrotowi po zakończeniu serii zabiegów)

**Nazwisko i imię** ..... **PESEL** .....

**Rozpoznanie:**

.....  
.....

Data rozpoczęcia rehabilitacji.....

Data zakończenia rehabilitacji.....

Lekarz prowadzący .....

Fizjoterapeuta.....

Psycholog .....

Terapeuta zajęciowy .....

Logopeda .....





Załącznik 4

**KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH - FARMAKOTERAPIA**

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Data							
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego			Podpis pielęgniarki przyjmującej zlecenia							

Nr ks. gł. ....

**KWESTIONARIUSZ SUBIEKTYWNE OKREŚLAJĄCY SAMOPOCZUCIE**

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Data badania.....

**1. Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia?**

bardzo zły	zły	przeciętny	dobry	bardzo dobry
------------	-----	------------	-------	--------------

**2. Jaka jest Pan/i sprawność ruchowa?**

słaba	przeciętna	dobra	bardzo dobra
-------	------------	-------	--------------

**3. Czy dotychczasowe leczenie wpływa na poprawę Pana/i stanu zdrowia?**

raczej nie	w niewielkim stopniu	raczej tak	zdecydowanie tak
------------	----------------------	------------	------------------

**4. W jakim stopniu jest Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu pracy zawodowej?**

w bardzo dużym stopniu	znacznie	średnio	w niewielkim stopniu
------------------------	----------	---------	----------------------

**5. Czy czuje się Pan/i zdolny/a do powrotu do pracy zawodowej?**

wcale	muszę zmienić na lepszą pracę	wracam do poprzedniej pracy
-------	-------------------------------	-----------------------------

**6. Czy zamierza Pan/i wrócić do pracy do poprzedniego miejsca zatrudnienia?**

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

**7. Jak często odczuwa Pan/i dolegliwości bólowe?**

rzadko	sporadycznie	często	zawsze
--------	--------------	--------	--------

**8. W jakim stopniu ból fizyczny utrudnia wykonywanie codziennych obowiązków?**

uniemożliwia	w bardzo dużym stopniu	średnio	w niewielkim stopniu	wcale
--------------	------------------------	---------	----------------------	-------

## Załącznik 5

9. Jak ocenia Pan/i sprawność pamięci?

słaba	przeciętna	dobra	bardzo dobra
-------	------------	-------	--------------

10. Czy ma Pan/i trudności z uczeniem się nowych czynności?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

11. Czy ma Pan/i trudności z podejmowaniem decyzji?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

12. Jak często jest Pan/i aktywna fizycznie (np. taniec, bieganie, gimnastyka itp.)?

nigdy	sporadycznie	często	regularnie
-------	--------------	--------	------------

13. Jak często czuje się Pan/i zmęczenie?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

14. Czy miewa Pan/i problemy ze snem (trudności z zasypianiem, wybudzenia, koszmary senne itp.)?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

15. Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i radość, zadowolenie, satysfakcję?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

16. Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i smutek, przygnębienie, lęk, miała obniżony nastrój?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

17. Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i takie objawy jak: przyspieszone tętno, nadmierne pocenie się, zawroty głowy, biegunki?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

18. Jak często martwi się Pan/i stanem swojego zdrowia?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------



**Załącznik 5**

**19. Jak często czyta Pan/i codzienną prasę lub książki?**

<b>nigdy</b>	<b>czasami</b>	<b>często</b>	<b>codziennie</b>
--------------	----------------	---------------	-------------------

**20. Czy stan Pan/i zdrowia utrudnia realizowanie hobby/ poświęcanie się swoim zainteresowaniom?**

<b>uniemożliwia</b>	<b>w bardzo dużym stopniu</b>	<b>średnio</b>	<b>w niewielkim stopniu</b>	<b>wcale</b>
---------------------	-------------------------------	----------------	-----------------------------	--------------

**Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza**

## ANKIETA PO ZAKOŃCZENIU TURNUSU REHABILITACYJNEGO

1. Czy udział w turnusie rehabilitacyjnym przyczynił się do poprawy Pana/i stanu zdrowia?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

2. Czy czuje się Pan/i zdolny/a do powrotu do pracy?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

3. Czy zastosowane w czasie turnusu leczenie przyczyniło się do poprawy sprawności ruchowej?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

4. Czy zastosowane w czasie turnusu leczenie przyczyniło się do zmniejszenia dolegliwości bólowych?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

5. Czy czas poświęcony na zabiegi fizjoterapii był wystarczający?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

6. Czy udział w zajęciach prowadzonych przez psychologa przyczynił się do poprawy Pana/i nastroju?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

7. Czy zastosowany w czasie turnusu trening psychologiczny/logopedyczny przyczynił się do odczuwanej przez Pana/Panią poprawy sprawności zaburzonych funkcji?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

8. Czy przeprowadzone treningi psychologiczne/logopedyczne były dla Pana/i interesujące?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

9. Czy czas poświęcony na treningi psychologiczne/logopedyczne był wystarczający?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

Załącznik 6

10. Czy uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych przyczyniło się do zwiększenia Pana/i wiedzy na temat czynników ryzyka i zasad profilaktyki chorób cywilizacyjnych?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

11. Czy uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych przyczyniło się do zwiększenia Pana/i wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

12. Czy uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym poprawiło Pana/Pani motywację do powrotu do pracy?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

Czy ma Pan/Pani jakieś uwagi dotyczące odbytego turnusu rehabilitacyjnego, którymi chciałby Pan/ chciałaby Panie się z nami podzielić?

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza

## Załącznik 7

Pieczęć ośrodka rehabilitacyjnego

do umowy nr .....

Nr ks. gł. ....

### INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia (*właściwe podkreślić*)

data przyjęcia ..... data wypisu ..... liczba dni pobytu .....

#### Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:

..... nr stat. ....

#### Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:

choroba podstawowa ..... nr stat. ....

choroby współistniejące ..... nr stat. ....

..... nr stat. ....

Wykształcenie .....

Zawód wykonywany ..... Zawód wyuczony .....

## Załącznik 7

### Ocena kliniczna zmiany stanu zdrowia pacjenta w czasie rehabilitacji leczniczej (przyjęcie – wypis:)

a) badanie przedmiotowe ogólne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) badanie neurologiczne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) ocena fizjoterapeutyczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) ocena neuropsychologiczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Załącznik 7

e) ocena logopedyczna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Liczba dni zabiegowych:** .....

1) Rehabilitacja lecznicza *(rodzaj zabiegów, liczba, czas trwania jednego zabiegu)*

a) Kinezyterapia

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

b) Fizykoterapia

.....  
.....  
.....  
.....

c) Terapia zajęciowa

.....

d) Terapia psychologiczna

.....

e) Terapia logopedyczna

.....

f) Trening relaksacyjny

.....

g) Inne (rodzaj i liczba)

.....  
.....  
.....

## Załącznik 7

.....

### 2) Farmakoterapia

.....  
.....  
.....  
.....

### 3) Edukacja zdrowotna (*temat, data*)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Ocena stanu funkcjonalnego:

Test „Wstań i Idź” (3 m):      początkowa ..... końcowa .....  
Skala Berga:                      początkowa ..... końcowa .....  
Test 9 kołków (9 Hole Peg Test): początkowa ..... końcowa .....  
ACE-R:                              początkowa ..... końcowa .....

### Podsumowanie efektów rehabilitacji leczniczej (*opinia końcowa z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy*)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Załącznik 7

**Opinia o stanie funkcjonalnym na dzień wypisu:** *(należy zaznaczyć odpowiedni numer)*

- 1 - Poprawa stanu funkcjonalnego
- 2 - Bez zmiany stanu funkcjonalnego
- 3 - Pogorszenie stanu funkcjonalnego

## Zalecenia dla osoby skierowanej przez ZUS

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce i data

.....

Podpis lekarza prowadzącego

.....

Podpis ordynatora /kierownika placówki