

Kompleksowy program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego

OPRACOWANY PRZEZ
ZESPÓŁ EKSPERTÓW Z INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE
POD KIERUNKIEM
DR HAB. N MED. IWONY SARZYŃSKIEJ-DŁUGOSZ

Spis treści

Wprowadzenie	3
1. Rekomendacje do wprowadzenia rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN do stałych programów rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.....	6
2. Założenia i cele rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN ..	8
3. Grupa docelowa oraz kryteria kwalifikacji pacjentów z uszkodzeniem OUN do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS - do stosowania przez lekarzy orzeczników	10
4. Wymagania dotyczące statusu oraz lokalizacji ośrodka prowadzącego rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN.....	13
5. Wymagania dotyczące wyposażenia ośrodka prowadzącego rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN.....	15
6. Kwalifikacje i liczba personelu realizującego program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN	21
7. Wytyczne do realizacji programu – praktyczne aspekty realizacji programu dla ośrodków rehabilitacyjnych:	22
8. Metody obiektywnej oceny skuteczności i efektywności rehabilitacji w ramach prewencji rentowej dla osób z uszkodzeniem OUN.....	32
9. Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji	33
10. Estymacja kosztów programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej dla osób z uszkodzeniem OUN, w oparciu o ceny rynkowe	34
11. Wykaz załączników	37

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stwierdza, że na świecie na zaburzenia neurologiczne cierpią setki milionów ludzi, co pokazuje, że schorzenia neurologiczne powinny stać się głównym wyzwaniem zdrowia publicznego [*Neurological Disorders: Public Health Challenges, WHO, 2006. Dostępne: <https://www.who.int/mentalhealth/publications/neurologicaldisordersphchallenges/en/>*]. Choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) zgodnie z danymi WHO 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 niedokrwienną 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). Istotne jest także obciążenie finansowe generowane przez choroby neurologiczne obejmujące: wydatki na świadczenia opieki neurologicznej finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), które w 2018 r. przekroczyły pułap 2,5 mld zł i systematycznie rosną. Należy także doliczyć ponad 908 mln zł z tytułu opieki nad ok. 137 tys. pacjentów z po udarze mózgu. Stopień obciążenia finansów publicznych dopełniają dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) dotyczące wartości wypłat z tytułu niezdolności do pracy pacjentów dotkniętych 6. chorobami neurologicznymi – m.in. chorobą Parkinsona, udarami mózgu i stwardnieniem rozsianym. Tylko w 2018r. osiągnęły one poziom prawie 1,4 mld zł [*Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju w perspektywie do 2030 r. red. Gałzka-Sobotka M, Gierczyński J, Drapała A, Gryglewicz J. IZWOZ, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2021*]. Do chorób neurologicznych o szczególnie dużym znaczeniu epidemiologicznym, społecznym i finansowym należą m.in.: choroby naczyń mózgowych i ich następstwa (gł. 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 znamiennie 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 poznawczo-behawioralne oraz zaburzenia połykania wymagające specjalistycznej terapii. Odpowiednio dobrane i prowadzone interwencje 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 (niedowłady 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 interwencje rehabilitacyjne mają wpływ na utrzymanie i poprawę 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 czy choroby rdzenia kręgowego 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.

Wyniki analizy orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy dla celów rentowych, wydanych przez lekarzy orzeczników ZUS w 2020 r. wykazały, że choroby układu nerwowego stanowiły 7,5% przyczyn niezdolności do pracy.

Z przedstawionych danych wynika więc, 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 wcześnie rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu niepełnosprawności. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, a im lepsza jest sprawność funkcjonalna, 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 i jego bliskich.

1. Rekomendacje do wprowadzenia rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN do stałych programów rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, rehabilitacja oznacza zespół działań, których celem jest przywrócenie lub utrzymanie u osoby z niepełnosprawnością optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, intelektualnego, psychologicznego i społecznego. Właściwie realizowana rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby dotkniętej chorobą do życia społecznego, zawodowego, rodzinnego. Należy dodać, że warunkiem powodzenia interwencji rehabilitacyjnych jest aktywny udział i zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny.

Pod pojęciem rehabilitacji leczniczej rozumie się proces leczenia, który ma na celu przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych oraz psychicznych następstw choroby lub urazu. Przepisy prawa wyróżniają trzy odrębne obszary rehabilitacji, które mają odmienne cele i zmierzają do zaspokojenia innych potrzeb osób do nich uprawnionych tj.:

- rehabilitację leczniczą z ubezpieczenia zdrowotnego prowadzoną w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia,
- rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [*Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277)*]
- rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych [*Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694, ze zm.)*].

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS z zasady ukierunkowana jest na przeciwdziałanie zagrożeniu utraty całkowicie lub częściowo zdolności do pracy i realizowana jest na podstawie art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu

kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne.

W przypadku schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, mimo dużych potrzeb w tym zakresie dotychczas nie jest realizowana w Polsce specjalistyczna rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS. Stworzenie kompleksowego programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz wprowadzenie rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN do stałych programów rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS jest zasadne i powinno stanowić uzupełnienie rehabilitacji leczniczej neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu i rehabilitacji leczniczej neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego prowadzonych w ramach świadczeń NFZ.

W wyniku wielu postulatów przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego (PTSR), a także zobowiązania nałożonego na ZUS, na posiedzeniu Zespołu Parlamentarnego ds. Stwardnienia Rozsianego (SM), w dniu 4 października 2016r., do utworzenia nowego profilu rehabilitacji – dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, została podjęta decyzja o opracowaniu pilotażowego programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Do realizacji tego zadania, w marcu 2018 r. został powołany Zespół ds. opracowania nowego, pilotażowego programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Po opracowaniu przez powołany Zespół specjalistów „Programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN”, począwszy od lipca 2019r. do kwietnia 2021r. zrealizowane zostało badanie pilotażowe, którego celem była ewaluacja zaproponowanego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN oraz analiza jego efektywności kosztowej.

Przedstawione w niniejszym dokumencie założenia kompleksowego programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) uwzględniają wyniki i wnioski z przeprowadzonego pilotażu oraz pozwalają na wprowadzenie rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN do stałych programów rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.

2. Założenia i cele rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN

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 (niedowładny i porażenia),
- terapię zajęciową (zaburzenia funkcjonalne dotyczące wykonywania czynności codziennych),
- terapię neuropsychologiczną chorych z zaburzeniami funkcji poznawczo-behawioralnych (zaburzenia językowe, pamięci, uwagi, funkcji wykonawczych),
- terapię logopedyczną (zaburzenia mowy, zaburzenia połykania),
- oddziaływania o charakterze psychoedukacyjnym [*Opracowanie analityczne AOTMiT Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018. Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji neurologicznej. 17.01.2018r.*]

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).

Celem prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest poprawa stanu funkcjonalnego w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu są zagrożone długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy i jednocześnie rokują jej odzyskanie po odbyciu rehabilitacji.

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).

Spodziewane 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. Efektem może być redukcja bezrobocia, które jest czynnikiem dotykającym zarówno rodziny, firmy jak i państwo.

3. Grupa docelowa oraz kryteria kwalifikacji pacjentów z uszkodzeniem OUN do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS - do stosowania przez lekarzy orzeczników

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.

Z tej formy rehabilitacji leczniczej może skorzystać 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 z listy wg ICD-10:

- *Nowotwory niezłośliwe opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu i innych części OUN*
 - D32 – nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
 - D33 – nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części OUN
- *Choroby pozapiramidowe*
 - G20 – choroba Parkinsona
 - G22 – parkinsonizm wtórny
- *Choroby zapalne OUN*
 - G02 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych chorób zakaźnych i pasożytniczych
 - G03 – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne i nieokreślone czynniki
 - G04 – zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego
 - G05 - zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
 - G06 – ropień i ziarniniak śródczaszkowy i w kanale kręgowym
 - G09 – następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
- *Choroby demielinizacyjne*
 - G35 – stwardnienie rozsiane
 - G36 – inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu
 - G37 – inne choroby demielinizacyjne OUN
- *Inne choroby OUN*
 - G92 – encefalopatie toksyczne

- G93 – inne uszkodzenia mózgu
- G95 – inne choroby rdzenia
- *Choroby naczyniowe OUN*
- G46 – zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych
- I60 – krwotok podpajęczynówkowy
- I61 – krwotok śródczaszkowy
- I62 – inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe
- I63 – zawał mózgu
- I64 – udar mózgu nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
- I67 – inne patologie naczyniowe mózgu
- I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu
- *Urazy OUN i ich następstwa*
- S06 – uraz śródczaszkowy
- T90 – następstwa urazów głowy

W celu uzyskania jak najlepszych wyników rehabilitacji, a tym samym jak najszybszego powrotu do pracy, **kryteria kwalifikacji obejmują:**

- wiek: kobiety do 60 r.ż., mężczyźni do 65 r.ż.

- dla osób ze schorzeniami o przebiegu jednofazowym, powodującym niepostępujące uszkodzenie OUN (D32, D33, G02, G03, G04, G06, G09, G46, G92, G93, I60, I61, I62, I63, I64, I67, I69, S06, T90):

-> czas od zachorowania – do 3 lat od czasu zachorowania,

-> stopień niepełnosprawności - oceniany na podstawie zmodyfikowanej skali Rankina 1 lub 2 pkt (1 – brak znaczącej niesprawności mimo istniejących objawów, 2 - niewielki stopień niepełnosprawności, objawy nieznacznie zmieniają przedchorobowy tryb życia, pacjent nie jest w stanie wykonywać wszystkich typowych dla siebie aktywności, ale jest w stanie zająć się swoimi sprawami bez pomocy);

- dla osób z chorobami o przebiegu postępującym (G20, G22, G35, G36, G37):

-> stopień niepełnosprawności oceniany na podstawie zmodyfikowanej skali Rankina 1 lub 2 pkt (1 – brak znaczącej niesprawności mimo istniejących objawów, 2 - niewielki stopień niepełnosprawności, objawy nieznacznie zmieniają przedchorobowy tryb życia, pacjent nie jest w stanie wykonywać wszystkich typowych dla siebie aktywności, ale jest w stanie zająć się swoimi sprawami bez pomocy).

Uwaga: czas od zachorowania w tej grupie chorych nie stanowi kryterium ograniczającego możliwość korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego, gdyż w związku z dostępnością nowoczesnych

terapii, możliwe jest długoterminowe zachowanie sprawności funkcjonalnej i intelektualnej tej grupy chorych umożliwiającą realizację pracy zawodowej.

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,
- wiek: kobiety powyżej 60 r.ż., mężczyźni powyżej 65 r.ż.

4. 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, aparaturowo-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 (Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB).

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,
- bezpłatne miejsca parkingowe dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim,
- zapewnić ciepłe i zimne napoje podczas pobytu w ośrodku.

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

5. 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 służące do diagnostyki psychologicznej - niezbędne testy możliwe do zakupienia w Pracowni Testów Psychologicznych PTP, to:
 - a) WAIS-R(PL) – Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - wersja zrewidowana,
 - b) TMS-K – Test Matryc Ravena w Wersji Standard - Forma Klasyczna,
 - c) WCST – Test Sortowania Kart z Wisconsin,
 - d) CVLT – Kalifornijski Test Ucznienia się Językowego,
 - e) BVRT – Test Pamięci Wzrokowej Bentona,
 - f) CTT – Kolorowy Test Połączeń - wersja dla dorosłych,
 - g) D2-R – Zrewidowana Wersja Testu do Badania Uwagi i Koncentracji,

- h) RHLB-PL – Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu,
 - i) MMSE – Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MINIMENTAL),
 - j) BDI-II – Inwentarz Depresji Becka - Wydanie drugie,
 - k) KPD – Kwestionariusz do Pomiaru Depresji,
 - l) STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku.
- 2) Test do diagnostyki psychologicznej dostępny nieodpłatnie:
- a) ACE-III – Addenbrooke's Cognitive Examination.
- 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 przeciwwstrząsowy,
- glukometr,
- aparat do przyłóżkowego oznaczania INR,
- stetoskop lekarski,
- leki m.in. zestaw leków ratujących życie, leki hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwuczeniowe.
- stojak do kroplówek,

- podstawowe narzędzia zaopatrzenia ortopedycznego (kołnierze uniwersalne 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, przeciwuczuleniowe.
- podstawowe narzędzia zaopatrzenia ortopedycznego (kołnierze uniwersalne 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, spirometr),
 - c) stanowisko do prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - d) przestrzeń konieczna do przeprowadzenia testów chodu i równowagi czyli korytarz o długości co najmniej 15 m.

- 2) Sala / sale kinezyterapii - wyposażone w:
 - a) 10 materacy do ćwiczeń,
 - b) 6 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) 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.

- 5) 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) 2 gabinety psychologiczne – wykorzystywane do diagnostyki psychologicznej (ocena funkcjonowania poznawczego, stanu emocjonalnego, cech osobowości) i terapii psychologicznej (terapia funkcji poznawczych, psychoterapia, udzielanie wsparcia psychologicznego, psychoedukacja), wyposażone w:
 - a) stanowisko komputerowe z dostępem do Internetu (konieczne przy wykorzystywaniu w badaniu metod dostępnych w sieci, np. testów psychologicznych z platformy e-PSILON Pracowni Testów Psychologicznych PTP).
 - b) urządzenia komputerowe do diagnostyki i terapii funkcji poznawczych (uwagi, szybkości przetwarzania informacji, spostrzegania i gnoźji, pamięci, zdolności wzrokowo-przestrzennych, zdolności wykonawczych).
- 2) 1 gabinet logopedyczny - wyposażony w:
 - a) stanowisko komputerowe z programem/programami do oceny i terapii mowy,
 - b) lustro,
 - c) pomoce papierowe do indywidualnej terapii mowy (m.in. książki, zdjęcia, historyjki obrazkowe, materiały ćwiczeniowe),
 - d) przybory do pisania i rysowania (zeszyty, ołówki, długopisy, kredki).
- 3) Sala do prowadzenia psychoterapii, treningów relaksacyjnych i zajęć psychoedukacyjnych, wyposażona w 10 foteli lub materacy.

- 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.

6. 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:

- co najmniej jeden lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,

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 [*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:

- co najmniej 1 psycholog z udokumentowanym minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego,

- co najmniej 1 specjalista psycholog kliniczny po szkoleniu specjalizacyjnym w zakresie neuropsychologii klinicznej z udokumentowanym minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

5. Logopeda/neurologopeda:

- co najmniej 1 logopeda/neurologopeda - powinien posiadać dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich na kierunku logopedii / w przypadku neurologopedy – dyplom szkolenia specjalizacyjnego w zakresie neurologopedii z udokumentowanym co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

6. Terapeuta zajęciowy:

- co najmniej 1 instruktor terapii zajęciowej z dyplomem terapeuty zajęciowego.

7. Wytyczne do realizacji programu – praktyczne aspekty realizacji programu dla ośrodków rehabilitacyjnych:

Na wniosek lekarza prowadzącego – specjalisty neurologa/specjalisty rehabilitacji medycznej pacjent 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, G02, G03, G04, G06, G09, G46, G92, G93, I60, I61, I62, I63, I64, I67, I69, S06, T90) oraz z chorobami o przebiegu postępującym (G20, G22, G35, G36, 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 rehabilitacji medycznej.

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

- A) W turnusie prowadzonym w warunkach stacjonarnych:
 - 20 osób;
- B) W turnusie prowadzonym w warunkach ambulatoryjnych:
 - 10 osób;

Podstawowy czas trwania turnusu rehabilitacyjnego – 24 dni kalendarzowe [§ 7 ust. 1 i 2 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277)], czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony

decyzją lekarza w przypadku pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy ubezpieczonego albo rencisty w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji.

Podstawowym uzasadnieniem do przedłużenia rehabilitacji jest poprawa funkcjonalna stwierdzana podczas cotygodniowych badań kontrolnych.

Możliwy maksymalny czas trwania przedłużonego turnusu rehabilitacyjnego to 48 dni kalendarzowych.

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

Spersonalizowany, program rehabilitacji będzie obejmował kompleksowe oddziaływanie na różne sfery funkcjonowania pacjenta: motoryczną, psychiczną, poznawczą i społeczną.

Plan terapii uwzględniający każdy dzień pobytu pacjenta w placówce sporządza lekarz prowadzący (wraz z terapeutami odpowiedzialnymi za realizację programu) uwzględniając plany szczegółowe w zakresie poszczególnych interwencji rehabilitacyjnych. 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 1 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 wydanie dalszych zaleceń po zakończeniu rehabilitacji;

- 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),
 - lub za pomocą innych, zwalidowanych narzędzi diagnostyki układu ruchu dobranych adekwatnie do stwierdzanych deficytów motorycznych.
- f) wstępna ocena psychologiczna/neuropsychologiczna wykonywana nie później niż w trzeciej dobie po przyjeździe, obejmująca czynności psychologa/neuropsychologa polegające na:

- ocenie w kierunku występowania istotnych klinicznie dysfunkcji poznawczo-behawioralnego w oparciu o rozmowę, obserwację zachowania i wyniki indywidualnie dobranych testów psychologicznych, dostosowanych do charakteru zgłaszanych lub obserwowanych trudności;
- określeniu celu terapii;
- sformułowaniu planu terapii.

g) końcowa ocena psychologiczna/neuropsychologiczna wykonywana nie wcześniej niż trzy doby przed wyjazdem, wykonywana u pacjentów z dysfunkcjami poznawczo-behawioralnymi, w przypadku których prowadzono interwencje terapeutyczne, obejmująca czynności psychologa/neuropsychologa polegające na:

- określeniu dysfunkcji poznawczo-behawioralnego i zmian w ich zakresie w związku z prowadzoną terapią, w oparciu o rozmowę, obserwację zachowania i wyniki indywidualnie dobranych testów psychologicznych, dostosowanych do charakteru stwierdzonych w badaniu wstępnym deficytów i metod ich oceny,
- wydaniu opinii odnośnie do funkcjonowania poznawczo-behawioralnego i uzyskanych efektów terapeutycznych,
- wydaniu zaleceń na temat dalszego postępowania psychologicznego.

Ocena funkcjonowania poznawczego u każdego pacjenta powinna być wykonana dwukrotnie z zastosowaniem przynajmniej jednego formalnego testu psychologicznego, jak np. ACEIII

h) ocena logopedyczna/neurologopedyczna wykonywana nie później niż w trzeciej dobie po przyjeździe, obejmująca czynności logopedy/neurologopedy polegające na:

- ocenie typu i nasilenia zaburzeń mowy (m.in. objawy afatyczne, dyzartryczne, apraktyczne) i/lub zaburzeń połykania,
- określeniu celu terapii,
- sformułowaniu planu terapii.

i) ocena logopedyczna/neurologopedyczna wykonywana nie wcześniej niż trzy doby przed wyjazdem, wykonywana u pacjentów z zaburzeniami mowy i/lub połykania, w przypadku których prowadzono interwencje terapeutyczne, obejmująca czynności logopedy/neurologopedy polegające na:

- ocenie zaburzeń mowy i/lub połykania i zmian w ich zakresie w związku z prowadzoną terapią,
- wydaniu opinii odnośnie do charakteru zaburzeń mowy i/lub połykania i uzyskanych efektów terapeutycznych,
- wydaniu zaleceń na temat dalszego postępowania logopedycznego.

2) Część terapeutyczna

a) Fizjoterapia i terapia zajęciowa

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

- Kinezyterapię indywidualną – ćwiczenia wykonywane przez pacjenta z udziałem fizjoterapeuty, zgodnie ze zleconym programem rehabilitacji, zawierającym między innymi metody neurofizjologiczne, 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.

- Instruktaż i naukę ćwiczeń dla pacjentów do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych.

b) Terapia psychologiczna/neuropsychologiczna

- U pacjentów z nieprawidłowościami w zakresie funkcjonowania psychicznego: psychoterapia indywidualna i/lub grupowa, psychoedukacja, treningi relaksacyjne, indywidualne konsultacje i interwencje w zależności od potrzeb klinicznych, zgłaszanych przez lekarzy i pacjentów.

Metody psychoterapii będą dostosowywane do diagnozy i analizy sytuacji życiowej konkretnego pacjenta. Najczęściej będzie to terapia wspierająca z elementami terapii poznawczo-behawioralnej.

Treningi relaksacyjne, pomocne w redukcji stresu i napięcia, będą prowadzone z wykorzystaniem treningu autogennego Schultza, technik postępującej relaksacji Jacobsona, wizualizacji i relaksującej muzyki. Do prowadzenia relaksacji muzycznej konieczne będzie maksymalnie wyciszone pomieszczenie.

- U osób z zaburzeniami funkcji poznawczych: codzienne indywidualne ćwiczenia zaburzonych funkcji (językowych, uwagowych, pamięciowych, gnostycznych, wzrokowo-przestrzennych, wykonawczych).

Ćwiczenia językowe u osób z nieprawidłowościami komunikacji słownej (najczęściej z afazją) mają na celu usprawnienie zdolności rozumienia mowy oraz tworzenia wypowiedzi ustnych i pisemnych. Ze względu na powszechne występowanie w obrazie afazji trudności w aktualizacji słów, częstą składową terapii językowej będą treningi nazywania, przebiegające ze stosowaniem technik ułatwiających choremu przypominanie sobie słów. Zależnie od typu afazji, treningi nazywania będą łączone z ćwiczeniami innych, istotnie zakłócających funkcjonowanie sprawności językowych (np. ćwiczenia rozumienia i poprawności brzmieniowej wypowiedzi w afazji sensorycznej, ćwiczenia formułowania poprawnych treściowo i gramatycznie zdań w afazji ruchowej).

Ćwiczenia uwagi (leżącej u podstaw wszystkich procesów poznawczych; umożliwiającej selekcję informacji i koncentrację na określonej formie aktywności) polegają zazwyczaj na bezpośrednim usprawnianiu funkcji uwagi w trakcie wykonywania różnych, najczęściej komputerowych zadań, których wykonanie wymaga właściwego i odpowiednio szybkiego reagowania na określone bodźce z celowym ignorowaniem sygnałów nieistotnych lub zakłócających.

Ćwiczenia pamięci (umożliwiającej przyswajanie nowych informacji i umiejętności) są najczęściej nastawione na usprawnienie zdolności zapamiętywania i uczenia się informacji oraz efektywności korzystania z odbieranych informacji i polegają na bezpośrednim ćwiczeniu osłabionych funkcji pamięciowych (ćwiczenia zapamiętywania określonego materiału oraz jego odtwarzania po różnoczasowym odroczeniu oraz różnicowania z materiałem dystrykcyjnym) i/lub nauce celowej kompensacji trudności pamięciowych (nauka mnemotechnik, celowego notowania istotnych danych w notatnikach analogowych lub elektronicznych i efektywnego z nich korzystania).

Ćwiczenia zaburzonych funkcji gnostycznych (szczególnie gnozji wzrokowej) i zdolności wzrokowo-przestrzennych (w tym nieprawidłowości wzrokowego przeszukiwania przestrzeni typu zespołu zaniedbywania) nastawione są na poprawę wglądu w charakter nabytych deficytów i ich skutków funkcjonalnych (np. psychoedukacja), bezpośrednio usprawniania zdolności percepcyjnych (np. ćwiczenia rozpoznawania bodźców wzrokowych, wyszukiwania zadanych celów wzrokowych, czytania, kopiowania, rysowania) ze stosowaniem różnego rodzaju pomocy i podpowiedzi (np. np. techniki sygnałowania stronnego w zaniedbywaniu) oraz naukę metod kompensacyjnych (np. samoinstruowanie się w zakresie celowego kierowania wzroku w zaniedbywaną część przestrzeni).

Usprawnienie zdolności wykonawczych („zarządczo-kontrolnych”, pozwalających na celowe zarządzanie każdą formą dowolnej aktywności, w tym aktywności poznawczej) może mieć różny charakter, zależnie od typu i nasilenia dysfunkcji wykonawczych. Podstawową ich

formą, będącą elementem każdej formy oddziaływań terapeutycznych, jest zwiększaniem samoświadomości chorych odnośnie do nabytych dysfunkcji (np. psychoedukacja, informacje zwrotne o wykonaniu zadań i potrzebie korekty zachowania, doświadczenie trudności funkcjonalnych w bezpiecznym terapeutycznym środowisku). Bardziej specyficzne formy oddziaływań koncentrują się zwykle wokół usprawniania zdolności organizowania własnego zachowania (np. ćwiczenia planowania i kontroli przebiegu czynności, rozwiązywania nowych problemów, samokontroli reakcji emocjonalnych).

W terapii zaburzonych funkcji poznawczych, poza papierowymi materiałami do ćwiczeń, bardzo przydatne są komputerowe programy terapeutyczne. Ich użycie powinno być poprzedzone i zakończone oceną neuropsychologiczną deficytów uwagi, pamięci, funkcji wykonawczych i szybkości przetwarzania informacji z wykorzystaniem wymienionych powyżej metod oceny psychologicznej.

Codzienny trening funkcji poznawczych z użyciem zróżnicowanych materiałów i urządzeń terapeutycznych zapewni poszerzenie zakresu prowadzonej rehabilitacji neuropsychologicznej, maksymalizację jej efektów oraz uatrakcyjnienie zajęć ćwiczeniowych.

c) Terapia logopedyczna/neurologopedyczna:

- U osób z nabytymi zaburzeniami mowy (m.in. objawy afatyczne, dyzartryczne, apraktyczne) podstawowe są ćwiczenia terapeutyczne prowadzone przez logopedę/neurologopedę.

Rehabilitacja zaburzeń mowy obejmuje: działania edukacyjne (np. informowanie o właściwych nawykach w posługiwaniu się mową, charakterze deficytów i sposobach ich terapii), usprawnianie funkcji narządów aparatu mowy (np. wypracowanie i utrwalenie prawidłowego toru oddechowego, ćwiczenia oddechowo-fonacyjne, ćwiczenia artykulacyjno-prozodyczne, praca nad poprawą emisji głosu, masaże logopedyczny), usprawnianie zdolności językowych (np. ćwiczenia rozumienia mowy, pamięci słownej, tworzenia wypowiedzi, czytania, pisanie), komunikację zastępczą u osób z niefunkcjonalną mową (np. komunikacja pisemna, pozawerbalna).

W terapii logopedycznej mogą być wykorzystane zarówno materiały papierowe, jak i komputerowe programy terapeutyczne, w zależności od potrzeb stwierdzonych w postępowaniu diagnostycznym.

Rehabilitacja zaburzeń połykania obejmuje: działania adaptacyjne (modyfikacja diety, sposobu przyjmowania/dostarczania pokarmów), usprawnianie pracy i funkcji narządów związanych z połykaniem (np. poprawa napięcia mięśniowego, ćwiczenia mięśni warg/języka/podniebienia miękkiego/gardła, poprawa kontroli ułożenia tułowia i głowy, ćwiczeniach efektywnego kaszlu), interwencje sensoryczne (np. stymulacja termiczna, smakowa), działania

kompensacyjne (np. odpowiednie pozycje przy jedzeniu, manewry głowy, urządzenia wspomagające).

U osób z zaburzeniami połykania, oprócz ćwiczeń prowadzonych przez logopedę/neurologopedę, ważny jest też wybór i dostosowanie konsystencji przyjmowanych przez pacjenta pokarmów i płynów, a także edukacja dotycząca bezpiecznego spożywania posiłków.

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

- minimum 90 min kinezyterapii indywidualnej w 3 cyklach (w soboty 60 min 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 (maks. 6 osób w grupie) – w zależności od stanu funkcjonalnego,
- indywidualna rehabilitacja neuropsychologiczna i/lub logopedyczna – 45 min – realizowana według wskazań,
- grupowe zajęcia relaksacyjne / psychoedukacyjne / edukacji zdrowotnej - 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 i/lub
- psychoterapia grupowa - 90 min i/lub
- psychoedukacja grupowa – 60 min i/lub
- konsultacje oraz interwencje psychologiczne w zależności od potrzeb klinicznych związanych ze stwierdzanymi dysfunkcjami poznawczo-behawioralnymi, 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.

8. Metody obiektywnej oceny skuteczności i efektywności rehabilitacji w ramach prewencji rentowej dla osób z uszkodzeniem OUN

Skuteczność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej mierzona będzie przez:

1. wskaźnik poprawy stanu funkcjonalnego, mierzony poprzez niepobieranie świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego przez okres jednego roku.

Ocenie będzie podlegać:

a) odsetek ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji nie korzystali z żadnych świadczeń z FUS w czasie obserwacji 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji;

b) odsetek ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji korzystali w mniejszym stopniu ze świadczeń z FUS (mniej dni niż w okresie 12 miesięcy poprzedzających rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej) w czasie obserwacji 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji.

2. Ocenę odsetka osób, które odzyskały zdolność do pracy i podjęły/kontynuowały zatrudnienie w okresie 12 miesięcy od realizacji świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

9. Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji

Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji będzie zawarte w indywidualnej historii choroby pacjenta (Załącznik 3) i indywidualnej kacie zleceń lekarskich (Załącznik 4). Na zakończenie pobytu każdy chory wypełni anonimową ankietę oceniającą turnus rehabilitacyjny (Załącznik 5) oraz otrzyma kartę informacyjną o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla pacjenta z uszkodzeniem OUN (Załącznik 6).

10. Estymacja kosztów programu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej dla osób z uszkodzeniem OUN, w oparciu o ceny rynkowe

Bazując na wnioskach z przeprowadzonej analizy efektywności kosztowej *Pilotażowego Programu Rehabilitacji Leczniczej dla Osób z Uszkodzeniem OUN w 2018 r.* realizowanego w latach 2019-2021 przez dwa ośrodki:

- „Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A.” (ul. Sue Ryder 1, 05-510 Konstancin-Jeziorna)
- „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. (ul. Sienkiewicza 50, 88-100 Inowrocław)

dla grupy 410 pacjentów podczas 20 turnusów, w której to analizie jednoznacznie stwierdzono, że program pilotażowy był efektywny kosztowo, tj. rzeczywiste koszty programu nie odbiegały znacząco od kosztów szacowanych, a same procedury terapeutyczne realizowane w ramach programu zostały wykonane zgodnie z założeniami i zaleceniami Autorów programu, wydaje się całkowicie uzasadnionym przyjąć, jako wyjściowe do niniejszej estymacji, strukturę i wysokość kosztów szacowanych w projekcie programu i zaktualizować je do poziomu cen bieżących o wskaźnik inflacji.

Zestawienie kosztów za jednego pacjenta podczas 24-dniowego pobytu rehabilitacyjnego (wg. Programu 2018)

Wyszczególnienie kosztów podczas pobytu rehabilitacyjnego	Koszt na jednego pacjenta (turnus 24 dni)	Koszt na jednego pacjenta (1 dzień turnusu)	udział %
Koszt pracy z tytułu wynagrodzeń dla wszystkich specjalistów zaangażowanych w realizację rehabilitacji	3 962,00	165,08	57,91%
Koszt wyżywienia	658,56	27,44	9,63%
Testy diagnostyczne	55,10	2,30	0,81%
Koszty amortyzacji sprzętu	246,00	10,25	3,60%
Inne koszty (w tym energia, usługi sprzątnia i pralnicze, koszty pośrednie)	1 920,00	80,00	28,06%
łącznie	6 841,66	285,07	100,00%

Szacowany koszt jednego dnia pobytu jednego pacjenta w ośrodku rehabilitacyjnym, obejmujący zakwaterowanie, wyżywienie, alokowane na jednego pacjenta wynagrodzenie specjalistów zaangażowanych w realizację rehabilitacji, testy diagnostyczne, koszt wyżywienia, amortyzacji sprzętu oraz inne koszty pośrednie (np. sprzątnie, energia, pralnia) wynosił wg. Programu pilotażowego 285,07 zł.

Rzeczywisty Koszt jednego dnia pobytu, obejmujący wymienione powyżej elementy składowe, wynosił w przeliczeniu na jednego pacjenta:

- 282,90 zł w Konstancinie
- 288,99 zł w Inowrocławiu.

Zatem **średni rzeczywisty koszt jednego dnia pobytu rehabilitacyjnego jednego pacjenta w okresie realizacji Programu wynosił 285,95 zł**. Jako, że koszty rzeczywiste nie odbiegały istotnie od kosztów szacowanych, można przyjąć średni koszt rzeczywisty jako wyjściowy do obliczeń mających na celu aktualizację przedmiotowych kosztów pobytu rehabilitacyjnego w roku 2023.

Uwzględniając skumulowaną inflację od roku 2019, a więc początkowo na poziomie 2-3% w latach 2019-2020, poprzez 5-8% w roku 2021, aż do poziomów dwucyfrowych w latach 2022-2023 szacowany koszt pobytu będzie istotnie wyższy. W celu oszacowania realnego poziomu wzrostu cen przyjęto wskaźnik inflacji publikowany przez Główny Urząd Statystyczny:

2019	2020	2021	2022	2023
102,3%	103,4%	105,1%	114,4%	110,8%

Dodatkowo założono 5% margines bezpieczeństwa i/lub dalszy wzrost cen w bieżącym roku. W związku z powyższym **średni koszt jednego dnia pobytu rehabilitacyjnego jednego pacjenta (osobodzień) w ośrodku rehabilitacyjnym**, który będzie realizował *Kompleksowy program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN*, szacowany jest na poziomie ok. **417 zł** (=417,60 zł, przy uwzględnieniu inflacji wg. GUS plus 5%, tj. przy założonej skumulowanej inflacji od początku 2019 r. do czerwca 2023 r. na poziomie 46,04%).

Dodatkowymi pozycjami kosztowymi wpływającymi na finalny koszt pobytu jest są:

- opłaty uzdrowiskowe
- koszty przejazdu

Maksymalna wysokość opłaty uzdrowiskowej w roku 2023 ogłoszona przez Ministra Finansów wynosi **5,40 zł** za każdy dzień pobytu. W zależności od danego regionu, miejscowości, opłata ta może być niższa (np. w Inowrocławiu w roku 2023 wynosi 5,30 zł, w Ustce 5,00 zł, a w Rymanowie 5,00). Natomiast wartość opłat uzdrowiskowych stanowiła 1,5% wszystkich kosztów związanych realizacją programu. Przy obecnej stawce maksymalnej i oszacowanej nowej wysokości kosztu jednego dnia pobytu będzie ona stanowiła niespełna 1,3%.

Średni koszt przejazdu 1 pacjenta z miejscowości zamieszkania do danego ośrodka, obliczony na podstawie rzeczywistych danych grupy 410 osób biorących udział w programie pilotażowym wynosił 76,07 zł. Przypomnieć przy tym należy, że zwrot kosztów przejazdu odbywał się na podstawie najniższej

możliwej ceny dojazdu pacjenta przy pomocy transportu publicznego do danego ośrodka. Łączne koszty dojazdu pacjentów stanowiły zaledwie 1,1% kosztów całkowitych pilotażu, w związku z czym rekomendowano rozważenie wyższego limitu finansowania. Jednak szacowanie obecnie kosztów dojazdu byłoby jednak niezetelne, ponieważ zależy od miejsca zamieszkania osób biorących udział w programie i adresu ośrodka realizującego program. Na potrzeby oszacowania kosztów programu można by przyjąć maksymalną kwotę dofinansowania, np. 150 zł / osobę, z jednej strony odzwierciedlającą realną kwotę przejazdu, a z drugiej strony dająca obraz maksymalnego kosztu na osobę.

Podsumowując powyższe założenia, koszt jednego dnia pobytu rehabilitacyjnego wraz z opłatą uzdrowską w przeliczeniu na jednego pacjenta (osobodzień), zaktualizowany do obecnej sytuacji rynkowej szacowany jest na poziomie **423 zł**. Dodatkowo należałoby uwzględnić kwotę zwrotu kosztów przejazdu pacjenta z miejsca zamieszkania do danego ośrodka, jako jednorazowy koszt równy iloczynowi tejże kwoty (limitu kosztów) i liczby osób biorących udział w *Kompleksowym programie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego*.

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 - Ankieta oceniająca turnus rehabilitacyjny;
- Załącznik 6 - Karta informacyjna o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla pacjenta z uszkodzeniem OUN;