Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ….. 2024 r. (poz. …)

Załącznik nr 1

WYKAZ ORAZ WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Warunki udzielania świadczeń gwarantowanych |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | udzielane w warunkach ambulatoryjnych: | Warunki lokalowe wspólne: w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodołazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. |
|  | a) lekarska ambulatoryjna opieka - porada lekarska | 1. Personel: lekarz – równoważnik 1/4 etatu:1. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
2. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii**,** lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
3. lekarz specjalista w chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, lub
4. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie, o której mowa w pkt 1 - 3, lub
5. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w pkt 1, lub
6. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w pkt 2.

2. Organizacja udzielania świadczeń: poradnia jest czynna co najmniej 2 dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00. |
|  | b) fizjoterapia ambulatoryjna | Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej:
2. dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
3. do liczby dni zabiegowych, o których mowa w pkt 1, nie wlicza się usprawniania rozpoczętego nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia leczenia ostrej fazy choroby w oddziale szpitalnym albo poradni specjalistycznej;
4. na podstawie jednego skierowania wynosi do 20 dni zabiegowych w cyklu terapeutycznym. W dniu zabiegowym jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie mniej niż 30 minut i nie więcej niż 90 minut usprawniania;
5. w przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w pkt 2, czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej dla jednego świadczeniobiorcy wynosi dodatkowo:
6. 30 dni zabiegowych w ramach usprawniania po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby leczonej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych w przypadku schorzeń neurologicznych,
7. 20 dni zabiegowych w ramach usprawniania po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby leczonej w warunkach:
* stacjonarnych – w przypadku schorzeń: ortopedycznych lub kardiologicznych, lub pulmonologicznych, lub internistycznych, lub pediatrycznych, lub onkologicznych lub
* ambulatoryjnych – w przypadku schorzeń: ortopedycznych lub kardiologicznych, lub pulmonologicznych, lub onkologicznych;
1. w przypadku świadczeń, których podstawą udzielania jest dysfunkcja powstała w następstwie schorzeń, o których mowa w pkt 4, stanowiących podstawę skierowania na świadczenia fizjoterapeutyczne, realizacja odbywa się przy współudziale fizjoterapeuty uprawnionego do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej;
2. w przypadku dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego do ukończenia 18. roku życia (w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii):
3. usprawnianie może odbywać się na podstawie jednego w roku kalendarzowym skierowania z poradni specjalistycznej, na podstawie którego czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej dla jednego świadczeniobiorcy nie może przekroczyć 120 dni zabiegowych. W dniu zabiegowym jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie mniej niż 30 minut i nie więcej niż 90 minut usprawniania,
4. ocenę efektów usprawniania, o którym mowa w pkt a, u dzieci do ukończenia 36 miesiąca życia przeprowadza lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - co 30 dni zabiegowych;
5. w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej, o którym mowa w pkt 1, może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty uprawnionego do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak nie więcej niż o 30 dodatkowych dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
6. kryteria wyłączenia:
7. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
8. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
9. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia;
10. świadczeniobiorca jest obowiązany zarejestrować skierowanie w wybranym gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia;
11. gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.
 |
|  | – wizyta fizjoterapeutyczna | Personel: 1. specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub
2. fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej

– równoważnik 1/4 etatu. |
|  | – zabieg fizjoterapeutyczny | 1. Personel:1. zabieg fizjoterapeutyczny wykonuje fizjoterapeuta – równoważnik 1/2 etatu;
2. personel realizujący zabiegi masażu:
3. fizjoterapeuta lub
4. osoba, która:
* rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2019 r. technikum lub szkołę policealną publiczną lub niepubliczną i uzyskała dyplom zawodowy w zawodzie technik masażysta lub
* rozpoczęła przed dniem 1 września 2019 r. technikum lub szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik masażysta lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik masażysta

– zwana dalej „masażystą”;1. personel realizujący zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej: lekarz oraz magister fizjoterapii.

2. Wyposażenie:1. do zabiegów kinezyterapeutycznych – w miejscu udzielania świadczeń:
2. sala kinezyterapii wyposażona w: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,
3. rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,
4. Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę,
5. stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki);
6. do zabiegów fizykoterapeutycznych – w miejscu udzielania świadczeń:
7. zestaw do elektroterapii z osprzętem, aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości,
8. lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym,
9. zestaw do magnetoterapii,
10. zestaw do terapii falą ultradźwięków (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),
11. zestaw do biostymulacji laserowej;
12. do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej, jeżeli dane świadczenie jest udzielane – w lokalizacji:
13. wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od –120○C do – 150○C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu,
14. gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy,
15. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, w miejscu udzielania świadczenia,

cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska.3. Zakres wykonywanych zabiegów:1. fizykoterapeutycznych:
2. elektroterapia,
3. światłolecznictwo,
4. leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym,
5. ultradźwięki (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),
6. laseroterapia;
7. kinezyterapeutycznych:
8. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja – prowadzone indywidualnie przez fizjoterapeutę,
9. ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne,
10. nauka czynności lokomocyjnych,
11. zabiegi z użyciem wyciągów.
 |
| 2 | realizowane w warunkach domowych – w miejscu pobytu świadczeniobiorcy | 1. Organizacja udzielania świadczeń:1. świadczeniobiorca jest obowiązany zarejestrować skierowanie w wybranym gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia;
2. czas trwania dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
3. w dniu zabiegowym jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie mniej niż 30 minut i nie więcej niż 90 minut usprawniania;
4. do liczby dni zabiegowych, o których mowa w pkt 2, nie wlicza się usprawniania rozpoczętego nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia leczenia ostrej fazy choroby w oddziale szpitalnym albo poradni specjalistycznej;
5. w przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w pkt 4, czas trwania fizjoterapii domowej dla jednego świadczeniobiorcy wynosi dodatkowo:
6. 30 dni zabiegowych w ramach usprawniania po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby leczonej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych w przypadku schorzeń neurologicznych,
7. 20 dni zabiegowych w ramach usprawniania po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby leczonej w warunkach:
* stacjonarnych – w przypadku schorzeń: ortopedycznych lub kardiologicznych, lub pulmonologicznych, lub internistycznych, lub pediatrycznych, lub onkologicznych lub
* ambulatoryjnych – w przypadku schorzeń: ortopedycznych lub kardiologicznych, lub pulmonologicznych, lub onkologicznych;
1. w przypadku świadczeń, których podstawą udzielania jest dysfunkcja powstała w następstwie schorzeń, o których mowa w pkt 5, stanowiących podstawę skierowania na świadczenia fizjoterapeutyczne, realizacja odbywa się przy współudziale fizjoterapeuty uprawnionego do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej;
2. w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania fizjoterapii, o którym mowa w pkt 2, może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego, lub specjalisty w dziedzinie fizjoterapii na podstawie oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych, o których mowa w § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak nie więcej niż o 80 dodatkowych dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
3. kryteria wyłączenia:
4. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
5. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
6. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia;
7. dostęp do świadczeń co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.

2. Wyposażenie:1. przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem oraz przenośny zestaw do biostymulacji laserowej lub
2. przenośny zestaw z możliwością wykonania zabiegów elektroterapii i biostymulacji laserowej;
3. pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem lub innym urządzeniem spełniającym jego funkcje – stanowiące odrębne pomieszczenie;
4. pomieszczenie magazynowe na leki i sprzęt medyczny – stanowiące odrębne pomieszczenie.

3. Personel: 1) porada lekarska – równoważnik 1/4 etatu:1. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
2. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
3. lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, lub
4. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie, o której mowa w lit. a - c, lub
5. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. b lub c, lub
6. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszym rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. a, lub
7. wizyta fizjoterapeutyczna specjalisty fizjoterapii – równoważnik 1/4 etatu: specjalista w dziedzinie fizjoterapii;
8. wizyta fizjoterapeutyczna – równoważnik 1/4 etatu: fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej;
9. zabieg fizjoterapeutyczny:
10. fizjoterapeuta - równoważnik 1/2 etatu,
11. zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane).
 |
| 3 | realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego: | Warunki lokalowe wspólne: w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodołazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. |
|  | a) rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik ½ etatu:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
4. lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, lub lekarz specjalista neurologii, lub
5. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie, o której mowa w lit. a - c, lub
6. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. b lub c, lub
7. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. a,
8. specjalista w dziedzinie fizjoterapii – dostępność konsultacji oraz
9. fizjoterapeuta, w tym co najmniej równoważnik 1 etatu magistra fizjoterapii;
10. dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale:
11. osoby, która:
* rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia w zakresie terapii zajęciowej i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera lub
* rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia na kierunku (specjalności) terapia zajęciowa i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
* rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2019 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną i uzyskała dyplom zawodowy w zawodzie terapeuta zajęciowy, lub
* rozpoczęła przed dniem 1 września 2019 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuta zajęciowy lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuta zajęciowy, lub
* ukończyła przed dniem wejścia w życie ustawy szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej

– zwanej dalej „terapeutą zajęciowym”,1. psychologa lub psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej,
2. personelu realizującego zabiegi masażu: fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane),
3. osoba, która:
* rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia w zakresie dietetyki i uzyskała tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera lub
* rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia na kierunku (specjalności) dietetyka i uzyskała tytułu zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
* rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka w specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
* rozpoczęła przed dniem 1 września 2013 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyk lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk albo ukończyła technikum lub szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik technologii żywienia w specjalności dietetyka

– zwanej dalej „dietetykiem”;1. w przypadku rehabilitacji świadczeniobiorców z obrzękiem limfatycznym świadczenie realizuje:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej,
3. fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu oraz fizjoterapeuta z co najmniej 3-letnim stażem pracy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu,
4. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej.

2. Wyposażenie:1. sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku między zabiegami w lokalizacji – jako wydzielone pomieszczenie zamknięte;
2. gabinet kinezyterapii –w lokalizacji:
3. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,
4. rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,
5. Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę,
6. urządzenia do ćwiczeń manualnych (ręki);
7. gabinet fizykoterapii –w lokalizacji:
8. zestaw do elektroterapii z osprzętem,
9. lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym,
10. zestaw do magnetoterapii,
11. zestaw do terapii falą ultradźwiękową (z wyłączeniem w przypadku ośrodka dla dzieci do ukończenia 18. roku życia),
12. zestaw do biostymulacji laserowej;
13. do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej, jeżeli dane świadczenie jest realizowane – w lokalizacji:
14. wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od –120○C do –150○C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu,
15. gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy,
16. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia,
17. cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska;
18. w przypadku realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji świadczeniobiorców z obrzękiem limfatycznym – w miejscu udzielania świadczeń:
19. wyposażenie sali do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – lustra, materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie, wysokie kliny, wałki do masażu, bieżnia,
20. aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej z regulacją ciśnienia do min. 150 mmHg i zestawami mankietów wielokomorowych (5–13),
21. stół lub leżanka terapeutyczna lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego,
22. zestaw bandaży uciskowych o różnych rozmiarach i materiałach (short stretch lub long stretch) do kompresji wraz z osprzętem do bandażowania wielowarstwowego,
23. komplet rękawów uciskowych zakładanych po zakończeniu terapii w celu utrzymania efektów terapii, tylko do demonstracji.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania rehabilitacji świadczeniobiorców z obrzękiem limfatycznym wynosi do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
2. czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 15 do 30 dni zabiegowych u każdego świadczeniobiorcy. W dniu zabiegowym jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie mniej niż 90 minut usprawniania. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację lub specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
3. ośrodek lub oddział dzienny jest czynny nie mniej niż 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 8 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 10.00 do 18.00;
4. kryteria wyłączenia:
5. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
6. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej Świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
7. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia;
8. rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji:
9. wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji,
10. zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych,
11. czasu trwania rehabilitacji,
12. kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji,
13. metody oceny skuteczności rehabilitacji,
14. szczegółowego rachunku kosztów osobodnia.
 |
|  | b) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik ½ etatu:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
4. lekarz specjalista neurologii dziecięcej, lub
5. lekarz specjalista pediatrii, lub
6. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie, o której mowa w lit. a - c, lub
7. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. b lub c, lub
8. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. a, oraz
9. fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra – równoważnik 1 etatu, oraz
10. fizjoterapeuta specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii, posiadający certyfikat w co najmniej dwóch spośród certyfikowanych metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej, tj.: NDT-Bobath, Vojty, PNF, Peto, Prechtla, DNS, Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa, SI – równoważnik 1 etatu, oraz
11. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – wymagane odpowiednie kursy i szkolenia w zakresie pracy z dzieckiem o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym (w tym niepełnosprawnym) i jego rodziną – równoważnik 1/2 etatu, oraz
12. osoba, która:
13. ukończyła studia na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
14. ukończyła studia i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
15. ukończyła studia i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii,
16. rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra

– zwana dalej „logopedą” – równoważnik 1/4 etatu, lub1. logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia w zakresie neurologopedii – równoważnik 1/4 etatu, oraz
2. osoba, która uzyskała tytuł magistra na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł magistra lub
3. osoba, która uzyskała tytuł licencjata na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed dniem1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł licencjata, z udokumentowanym doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny, lub
4. terapeuta zajęciowy posiadający co najmniej roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi, lub
5. terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub terapeuta integracji sensorycznej lub inny terapeuta, z udokumentowanym doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny, który ukończył studia pedagogiczne lub podyplomowe pedagogiczne

– równoważnik 1/2 etatu;1. wymagany dostęp do lekarza specjalisty pediatrii lub lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w dziedzinie pediatrii.

2. Personel realizujący zabiegi masażu: fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane).3. Wyposażenie – w lokalizacji:1. gabinet psychologiczny:
2. testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów),
3. testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej;
4. gabinet logopedyczny:
5. lustro kontrolne,
6. sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku,
7. testy praksji i gnozji oralnej oraz inne testy językowe,
8. gry dydaktyczne,
9. próby grafomotoryczne;
10. gabinet kinezyterapii:
11. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,
12. lustro kontrolne,
13. sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej, w szczególności: wałki, piłki, kliny, piłkowałki, deski balansowe.

4. Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym; w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację lub specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
2. ocenę efektów terapii przeprowadza zespół prowadzący terapię - co 40 dni zabiegowych;
3. kryteria wyłączenia:
4. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
5. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
6. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia;
7. rehabilitacja przeznaczona dla dzieci w wieku:
8. do 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego,
9. od 8. do 18. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia.
 |
|  | c) rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy | 1. Personel:1. logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub studia podyplomowe w zakresie surdologopedii lub
2. logopeda dyplomowany w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – logopeda dyplomowany z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu

– równoważnik 1 etatu, oraz1. psycholog w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – psycholog posiadający dwuletni staż z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu – równoważnik 1 etatu, oraz
2. osoba, która ukończyła studia z zakresu pedagogiki specjalnej w specjalności surdopedagogika, lub pedagog posiadający ukończone studia podyplomowe z zakresu surdopedagogiki – w przypadku udzielania świadczenia dzieciom z uszkodzeniem narządu słuchu lub pedagog z pięcioletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzonym słuchem – równoważnik 1 etatu, oraz
3. wymagany dostęp do lekarza:
4. specjalisty: laryngologii lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, lub foniatrii, lub audiologii, lub audiologii i foniatrii – w przypadku udzielania świadczeń dorosłym,
5. specjalisty: laryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub specjalisty, posiadającego trzyletni staż pracy z dziećmi: otolaryngologii, lub audiologii i foniatrii, lub otorynolaryngologii – w przypadku udzielania świadczenia dzieciom z uszkodzeniem narządu słuchu;
6. dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale fizjoterapeuty.

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. gabinet psychologiczny:
2. testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów),
3. testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej;
4. gabinet logopedyczny:
5. lustro logopedyczne,
6. sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku,
7. testy praksji i gnozji oralnej oraz inne testy językowe,
8. gry dydaktyczne,
9. próby grafomotoryczne,
10. zestaw multimedialny do ćwiczeń logopedycznych;
11. gabinet integracji sensorycznej:
12. sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej, w szczególności: wałki, piłki, kliny, deski balansowe,
13. zestaw instrumentów muzycznych do ćwiczeń słuchowych: bębenek, talerze, trójkąt, pudełko akustyczne, klawesyn, grzechotka, ksylofon, tarka, terkotka.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym; w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
2. kryteria wyłączenia:
3. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
4. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
5. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |
|  | d) rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku | 1. Personel:1. osoba, która ukończyła studia z zakresu pedagogiki specjalnej w specjalności tyflopedagogika lub edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością wzrokową, lub pedagog z ukończonymi studiami podyplomowymi w zakresie tyflopedagogiki lub rehabilitacji (rewalidacji) osób niewidomych i słabowidzących lub
2. pedagog z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z dysfunkcją wzroku w przypadku udzielania świadczeń dzieciom, lub
3. pedagog z trzyletnim stażem pracy z osobami dorosłymi z dysfunkcją wzroku

– równoważnik 1 etatu, oraz1. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z dysfunkcją wzroku w przypadku udzielania świadczeń dzieciom – równoważnik 1 etatu, oraz
2. terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej, lub inny terapeuta z udokumentowanym doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny z ukończonymi studiami pedagogicznymi lub podyplomowymi pedagogicznymi – równoważnik 1 etatu;
3. wymagany dostęp do lekarzy: lekarza specjalisty okulistyki lub neurologii;
4. dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale fizjoterapeuty.

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. gabinet psychologiczny:
2. testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów),
3. testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej;
4. gabinet rehabilitacji wzroku:
5. testy i pomoce do przeprowadzenia oceny funkcjonalnej widzenia,
6. komputer z oprogramowaniem dla osób słabowidzących, pomoce optyczne i nieoptyczne,
7. urządzenia elektroniczne do usprawniania widzenia,
8. pomoce do prowadzenia zajęć z orientacji przestrzennej (np. białe laski, okulary filtrujące światło, nasadki na okulary, małe latarki),
9. pomoce do prowadzenia zajęć z czynności życia codziennego (np. czujniki poziomu cieczy, mówiące wagi, dotykowe zegarki).

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania rehabilitacji wzroku wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym – przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
2. kryteria wyłączenia:
3. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
4. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
5. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |
|  | e) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik ¼ etatu:
2. lekarz specjalista kardiologii lub
3. lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub
4. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
5. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
6. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
7. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń

– w tym lekarz, o którym mowa w lit. a;1. fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 2 etatów;
2. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej 1/2 etatu;
3. technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii lub po kursie specjalistycznym wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej;
4. zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane);
5. dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale dietetyka.

2. Wyposażenie:1. gabinet kinezyterapii – w miejscu udzielania świadczeń:
2. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,
3. cykloergometr lub bieżnia ruchoma – co najmniej 5 stanowisk;
4. inne wymagane – w miejscu udzielania świadczeń:
5. aparat EKG metodą Holtera,
6. zestaw do wykonywania prób wysiłkowych (cykloergometr lub bieżnia),
7. defibrylator,
8. kardiomonitor,
9. sala wypoczynkowa;
10. dodatkowe wyposażenie w przypadku udzielania świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:
11. zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie i weryfikację świadczenia, a także jego pełną dokumentację oraz archiwizację,
12. system łączności umożliwiający werbalny kontakt ze świadczeniobiorcą,
13. urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające werbalny kontakt w każdym momencie procedury oraz sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej, zdalną zmianę programu treningu, rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego,
14. w przypadku świadczeniodawców wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji urządzeń wszczepialnych,
15. fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania rehabilitacji kardiologicznej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, wynosi jednak nie więcej niż 24 dni zabiegowe w okresie 90 dni kalendarzowych;
2. kryteria wyłączenia:
3. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
4. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniodawcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
5. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.

4. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:1. świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:
2. I faza w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego trwająca 5 dni i obejmująca:
* ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca),
* ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),
* sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),
* opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,
* szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego świadczeniobiorcy według obowiązujących standardów; forma treningu domowego jest uzależniona od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez świadczeniobiorcę (w szczególności cykloergometr, bieżnia, stepper, kije do Nordic Walking) – w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy,
* szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu,
1. II faza, którą jest kardiologiczna telerehabilitacja w warunkach domowych, obejmująca 24 sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego świadczeniobiorcę według obowiązujących standardów w zależności od stanu klinicznego, trwające nie dłużej niż 60 minut i obejmujące:
* procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” nadesłanych przez ośrodek telemonitoringu domowego (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza,
* sesję treningową zgodną z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog,
* procedurę zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog oraz fizjoterapeuta,
* podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz lub fizjoterapeuta,
* wizytę końcową po wykonanym cyklu 24 treningów obejmującą: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog;
1. kwalifikacji do świadczenia kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzą: lekarz specjalista kardiologii, pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta oraz psycholog, w oparciu o poniższe kryteria:
2. pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,
3. pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku świadczeniobiorców wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:
* źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
* niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min.,
* złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,
* stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,
* wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,
* kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu,
* niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym,
* niewyrównana niewydolność serca,
* ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,
* powikłania pooperacyjne,
* wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia lub pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,
* inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,
1. pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:
* samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (bóle w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),
* samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (bóle w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),
* pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,
* zdolności do realizacji treningu fizycznego,
* obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,
1. pisemna zgoda świadczeniobiorcy na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych;
2. w przypadku świadczeniodawców z niewydolnością serca – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku;
3. w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do świadczenia kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej lub pojawienia się przeciwwskazań do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej po rozpoczęciu sesji treningowych, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w ośrodku lub oddziale dziennym.
 |
|  | f) rehabilitacja pulmonologiczna, z wykorzystaniem metod subterraneoterapii | 1. Personel:1. lekarz równoważnik 1/4 etatu:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
4. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
5. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. b, lub
6. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył minimum pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. aj, lub
7. lekarz specjalista chorób płuc, lub
8. lekarz specjalista alergologii, lub lekarz specjalista posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie alergologii, lub
9. lekarz specjalista pediatrii, lub lekarz specjalista posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie pediatrii w przypadku udzielania świadczeń dzieciom, oraz
10. fizjoterapeuta, w tym specjalista fizjoterapii, lub magister fizjoterapii – równoważnik 1 etatu;
11. zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane).

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. gabinet kinezyterapii:
2. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,
3. stół drenażowy,
4. cykloergometr,
5. bieżnia,
6. stepper;
7. gabinet fizykoterapii:
8. zestaw do elektroterapii z osprzętem,
9. zestaw do magnetoterapii,
10. zestaw do terapii falą ultradźwiękową;
11. warunki dotyczące pomieszczeń: nie mniej niż dwa pomieszczenia, w których jest prowadzona rehabilitacja, muszą posiadać naturalny mikroklimat dla metod subterraneoterapii.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii dla jednego świadczeniobiorcy jest:
2. ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, wynosi jednak nie mniej niż 90 minut usprawniania w dniu zabiegowym;
3. nie może być krótszy niż 14 dni zabiegowych i dłuższy niż 24 dni zabiegowe;
4. kryteria wyłączenia:
5. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
6. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
7. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |
| 4 | realizowane w warunkach stacjonarnych: | Warunki lokalowe wspólne: spełnienie warunków wymaganych dla zakładu rehabilitacyjnego albo umieszczenie części zabiegowej rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii falą ultradźwiękową w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), wymienionych w lp. 1 lit. b tiret drugie kolumna 3 ust. 2 pkt 1 i 2. |
|  | a) rehabilitacja ogólnoustrojowa | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
4. lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub
5. lekarz specjalista reumatologii, lub
6. lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub
7. lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub
8. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
9. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
10. lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej

– proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym lekarz, o którym mowa w lit. a lub b, lub g, lub h, oraz1. fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/10 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii

oraz1. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej;
2. zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane)
3. dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale logopedy lub psychologa, lub terapeuty zajęciowego, lub dietetyka.

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. stół do pionizacji;
2. balkonik rehabilitacyjny;
3. kule i laski rehabilitacyjne;
4. przenośny zestaw do elektroterapii;

5) do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej, jeżeli dane świadczenie jest realizowane:1. wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od –120°C do –150°C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu,
2. gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy,
3. wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia,
4. cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji:
2. przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki, lub
3. przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej;
4. zapewnienie pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych – na wezwanie pielęgniarki;

4. kryteria wyłączenia z przyjęcia lub kontynuacji rehabilitacji: 1. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
2. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
3. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |
|  | b) rehabilitacja neurologiczna | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
4. lekarz specjalista neurologii, lub
5. lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub
6. lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub
7. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
8. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
9. lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej

– proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu na łóżko, w tym lekarz o którym mowa w lit. a - c, oraz1. zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty neurologii lub specjalisty urologii, lub specjalisty chorób wewnętrznych, lub specjalisty pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub specjalisty neurologii dziecięcej i specjalisty ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej dziecięcej), w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale, oraz
2. fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/5 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii

– proporcjonalnie w liczbie 1/12 etatu przeliczeniowego na łóżko, oraz1. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami będącymi w lokalizacji), oraz
2. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej, oraz
3. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko, oraz
4. terapeuta zajęciowy – proporcjonalnie w liczbie 1/15 etatu przeliczeniowego na łóżko, oraz
5. logopeda lub neurologopeda – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko, oraz
6. zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty urologii;
7. zabiegi masażu realizuje: fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane).

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. gabinet kinezyterapii:
2. stół do pionizacji,
3. balkonik rehabilitacyjny,
4. kule i laski rehabilitacyjne,
5. przenośny zestaw do elektroterapii,
6. defibrylator,
7. EKG;
8. stanowisko intensywnego nadzoru medycznego – wyodrębnione na oddziale stanowisko, na którym zapewnia się:
	1. co najmniej jedno łóżko szpitalne ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia świadczeniobiorcy (unoszenie nóg, głowy), znajdujące się w pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, zapewniające swobodny dostęp ze wszystkich stron,
	2. co najmniej jeden defibrylator,
	3. kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji – na każde łóżko,
	4. całodobową opiekę pielęgniarską z możliwością stałej obserwacji każdego świadczeniobiorcy ze stanowiska pielęgniarki,
	5. opiekę lekarską – na wezwanie pielęgniarki;
9. stanowisko z możliwością:

a) monitorowania EKG, tętna, pomiaru saturacji, ciśnienia tętniczego, dostępem do tlenoterapii,b) odsysania dróg oddechowych.3. Organizacja udzielania świadczeń:1. warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji stacjonarnej – w przypadku rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych, zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji przewlekłej – pod warunkiem, że chorzy są już po przebytej rehabilitacji, w tym w wyżej wymienionych grupach, i wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych:
2. przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki lub
3. przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej, lub
4. w przypadku świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu leczenia dzieci ze śpiączką lub leczenia dorosłych chorych ze śpiączką, przyjęcie ze skierowaniem z zakładu lub oddziału realizującego ten program, pod warunkiem wybudzenia;
5. zapewnienie całodobowego dostępu do badań:
6. diagnostyki obrazowej,
7. diagnostyki laboratoryjnej.

4. Kryteria wyłączenia z przyjęcia lub kontynuacji rehabilitacji: 1. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
2. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
3. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |
|  | c) rehabilitacja pulmonologiczna | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
4. lekarz specjalista chorób płuc, lub
5. lekarz specjalista alergologii, lub
6. lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub
7. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub

rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub1. lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej

– proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym lekarz, o którym mowa w lit. a lub b, oraz1. fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/10 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii;
2. zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane);
3. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej,
4. dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale psychologa.

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. wydzielone inhalatorium dla grup ryzyka zakażenia szczepami opornymi;
2. nebulizator;
3. inhalator ultradźwiękowy z osprzętem (zestawy indywidualne: rury i ustniki);
4. stół drenażowy;
5. spirometr;
6. zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr);
7. zestaw do prób spiroergometrycznych;
8. kardiomonitor;
9. pulsoksymetr;
10. stanowisko intensywnego nadzoru medycznego – wyodrębnione na oddziale stanowisko, na którym zapewnia się:
11. co najmniej jedno łóżko szpitalne ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia świadczeniobiorcy (unoszenie nóg, głowy), znajdujące się w pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, zapewniające swobodny dostęp ze wszystkich stron,
12. co najmniej jeden defibrylator,
13. kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji – na każde łóżko,
14. całodobową opiekę pielęgniarską z możliwością stałej obserwacji każdego świadczeniobiorcy ze stanowiska pielęgniarki,
15. opiekę lekarską – na wezwanie pielęgniarki.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 90 minut na dobę w trybie przed- i popołudniowych, od poniedziałku do piątku oraz 30 minut w trybie przedpołudniowym w soboty;
2. zapewnienie pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych – na wezwanie pielęgniarki;
3. warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji:
4. przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki lub
5. przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej;
6. czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej dla jednego świadczeniobiorcy:
7. wynosi do 3 tygodni,
8. w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
9. w przypadku wystąpienia, w okresie wymienionym w lit. a, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytem w innym oddziale lub szpitalu czas realizacji świadczenia może ulec wydłużeniu o czas pobytu w tym oddziale lub szpitalu.

4. Kryteria wyłączenia z przyjęcia lub kontynuacji rehabilitacji: 1. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
2. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
3. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |
|  | d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa | 1. Personel:1. lekarz – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego:
2. lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub
3. lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
4. lekarz specjalista kardiologii, lub
5. lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub
6. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub
7. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
8. lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
9. lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której może udzielać świadczeń

– proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym lekarz, o którym mowa w lit. c lub d;1. fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/10 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii;
2. zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane);

oraz1. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ½ etatu przeliczeniowego;
2. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej, z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej, w tym równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego: resuscytacja krążeniowo-oddechowa lub wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego lub będąca w trakcie ich realizacji;
3. dietetyk;
4. technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego – dodatkowo w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.

2. Wyposażenie – w lokalizacji:1. gabinet kinezyterapii:
2. stół do pionizacji,
3. balkonik rehabilitacyjny,
4. kule i laski rehabilitacyjne,
5. sala do treningów interwałowych (cykloergometr lub bieżnia, nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców);
6. dodatkowe:
7. defibrylator,
8. aparat EKG,
9. aparat EKG metodą Holtera,
10. zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr),
11. aparat USG z Dopplerem (echokardiografia);
12. dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:
13. zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,
14. system łączności umożliwiający werbalny kontakt z świadczeniobiorcami,
15. urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające werbalny kontakt w każdym momencie procedury oraz sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizacje formy ciągłej lub interwałowej, zdalną zmianę programu treningu, rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego,
16. w przypadku świadczeniobiorców wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,
17. fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

3. Organizacja udzielania świadczeń:1. warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji:
2. przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki lub
3. przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej;
4. w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – dwuetapowa forma realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:
5. I faza obejmuje:
* ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG),
* ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),
* sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),
* opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,
* szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego świadczeniobiorcy według obowiązujących standardów: forma treningu domowego będzie uzależniona od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez świadczeniobiorcę (w szczególności cykloergometr, bieżnia, stepper, kije do Nordic Walking); w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy,
* szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu,
1. II faza obejmuje:
* procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” z telemonitoringu urządzeń wszczepialnych (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza,
* sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog,
* procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta,
* podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta,
* wizyta końcowa po wykonanym cyklu 24 treningów obejmująca: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog;
1. kwalifikacji do świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa dokonuje zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzą: lekarz specjalista kardiologii, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria:
2. pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej,
3. pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku świadczeniobiorców wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:
* źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
* niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min.,
* złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,
* stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,
* wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,
* kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu,
* niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym,
* niewyrównana niewydolność serca,
* ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,
* powikłania pooperacyjne,
* wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,
* inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych,
1. pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:
* samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (bóle w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),
* samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (bóle w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),
* pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,
* zdolności do realizacji treningu fizycznego,
* obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,
1. pisemna zgoda świadczeniobiorcy na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych;
2. w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych;
3. w przypadku świadczeniobiorców z niewydolnością serca – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku
4. kryteria wyłączenia z przyjęcia lub kontynuacji rehabilitacji:
5. osiągnięcie celu terapeutycznego lub
6. w przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej świadczeniobiorcy stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym jest informowany lekarz kierujący wraz z uzasadnieniem, na podstawie dokumentu Informacja do lekarza kierującego, lub
7. stan kliniczny lub funkcjonalny kwalifikujący do innego świadczenia.
 |