WYKAZ KOMPLEKSOWYCH ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ,
KTÓRE SĄ UDZIELANE PO SPEŁNIENIU DODATKOWYCH WARUNKÓW ICH REALIZACJI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Warunki udzielania świadczeń gwarantowanych |
|   | Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych | Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia | Kwalifikacji do rozpoczęcia procesu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dokonuje lekarz z ośrodka realizującego rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, na podstawie poniższych kryteriów:świadczeniobiorcy ze świeżo przebytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10:1. I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,
2. I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej,
3. I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji,
4. I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu,
5. I21.4 Ostry zawał serca podwsierdziowy,
6. I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony,
7. I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej,
8. I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej,
9. I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu

 – z którymkolwiek z poniższych rozpoznań współistniejących według klasyfikacji ICD-10 lub stanów klinicznych:1. przebyta operacja kardiochirurgiczna zdefiniowana, jako co najmniej jedna z poniższych:
2. Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass,
3. Z95.2 Obecność protez zastawek serca,
4. Z95.3 Obecność ksenogenicznej zastawki serca,
5. Z95.4 Obecność innych protez zastawek serca,
6. Z95.8 Obecność innych implantów i przeszczepów sercowo-naczyniowych,
7. Z95.9 Obecność implantów i przeszczepów serca i naczyń krwionośnych, nieokreślonych,
8. Z94.1 Transplantacja serca,
9. Z94.3 Transplantacja serca i płuc;
10. choroba nowotworowa zdefiniowana, jako jedna z poniższych:
11. D15.1 Nowotwór niezłośliwy serca,
12. C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej,
13. C38.1 Śródpiersie przednie,
14. C38.2 Śródpiersie tylne,
15. C38.3 Śródpiersie, część nieokreślona;
16. niewydolność serca (EF ≤35% lub EF >35% dla świadczeniobiorcy w klasie III według NYHA):
17. I50.0 Niewydolność serca zastoinowa,
18. I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa,
19. I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona;
20. powikłany przebieg leczenia interwencyjnego lub operacyjnego zdefiniowany, jako jedno z poniższych:
21. I23.0 Krwiak osierdzia, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,
22. I23.2 Ubytek przegrody międzykomorowej, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,
23. I23.3 Pęknięcie ściany serca bez krwiaka osierdzia, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,
24. I23.4 Pęknięcie strun ścięgnistych, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,
25. I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,
26. I23.6 Skrzeplina w przedsionku, uszku przedsionka i komorze, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,
27. I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawału mięśnia sercowego,
28. I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca,
29. I24.1 Zespół Dresslera,
30. R57.0 Wstrząs kardiogenny;
31. choroby współistniejące wymagające zwiększonej opieki i pełnej indywidualizacji programu rehabilitacji zdefiniowane, jako co najmniej jedna z poniższych:
32. J44.0 Przewlekła obturacyjna choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych,
33. J44.1 Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia, nieokreślona,
34. J44.8 Inna określona przewlekła obturacyjna choroba płuc,
35. J44.9 Przewlekła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona,
36. E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi),
37. E10.3 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi),
38. E10.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi),
39. E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego),
40. E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami),
41. E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami),
42. E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami),
43. E10.9 Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań),
44. N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek;
45. niepełnosprawność ruchowa co najmniej 3. stopnia według skali opartej na skali Rankina.
 |
| Zakres świadczenia | Interwencje fizjoterapeutyczne | Co najmniej 3 procedury dziennie dla każdego świadczeniobiorcy przez 6 dni w tygodniu:1. 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;
2. 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;
3. 93.3603 Trening stacyjny;
4. 93.13 Usprawnianie czynne z oporem;
5. 93.3604 Trening marszowy;
6. 93.3605 Trening marszowy z przyborami;
7. 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne;
8. 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe;
9. 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem;
10. 93.1901 Ćwiczenia równoważne;
11. 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne;
12. 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe.
 |
| Edukacja zdrowotna | 89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia – co najmniej 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie stacjonarnym. |
| 89.08 Inna konsultacja – co najmniej 2 konsultacje dietetyczno-żywieniowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym. |
| Co najmniej 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji niezależna od trybu realizacji poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08:1. 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna;
2. 94.335 Trening autogenny;
3. 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna – inne formy;
4. 94.36 Psychoterapia w formie zabaw;
5. 5) 94.37 Psychoterapia integrująca.
 |
| Monitorowanie postępów w rehabilitacji | Co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym:1. 88.721 Echokardiografia;
2. 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej;
3. 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym;
4. 89.442 Sześciominutowy test marszu;
5. 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem);
6. 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter);
7. 87.495 RTG śródpiersia;
8. 89.385 Ergospirometria.
 |
| Etapy udzielania świadczenia:1. planowanie i monitorowanie procesu terapeutycznego:
2. ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca),
3. ocena wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy);
4. w przypadku kontynuacji udzielania świadczenia w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza I hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej:
5. opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,
6. zaprogramowanie aparatury monitorująco-sterującej,
7. ocena stanu psychicznego i opracowanie zasad opieki psychologicznej,
8. trening z praktycznym wykorzystaniem aparatury monitorująco-sterującej,
9. udokumentowanie przygotowania świadczeniobiorcy do fazy II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej,
10. ostateczna kwalifikacja do II fazy hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej,
11. realizacja II fazy telerehabilitacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d,
12. wizyta końcowa.
 |
| Organizacja udzielania świadczenia | Świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w warunkach domowych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego udzielane są przez jednego świadczeniodawcę. |
| Czas trwania świadczenia | 1. Łączna liczba osobodni może obejmować świadczenia rehabilitacji kardiologicznej realizowane w warunkach stacjonarnych, ośrodka lub oddziału dziennego lub hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.
2. Maksymalnie 35 osobodni na oddziale rehabilitacji stacjonarnej (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji lub telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.
 |
| Wymagania formalne | w miejscu udzielania świadczeń gwarantowanych | Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej. |
| w lokalizacji | Centrum monitoringu telerehabilitacji - w przypadku udzielania części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych świadczeniobiorcy. |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | w miejscu udzielania świadczeń | 1. sala dla kinezyterapii wyposażona w:
2. balkonik rehabilitacyjny,
3. kule i laski rehabilitacyjne,
4. maty lub materace do kinezyterapii;
5. sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO2 oraz pCO2 oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno i ciśnienie);
6. pozostałe wyposażenie:
7. defibrylator,
8. aparat EKG 12-odprowadzeniowy,
9. urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej,
10. zestaw do reanimacji,
11. kardiomonitor.
 |
| w lokalizacji | 1. aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego;
2. w przypadku udzielania części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych świadczeniobiorcy wyposażenie Centrum monitorowania telerehabilitacji obejmujące:
3. zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,
4. system łączności umożliwiający werbalny kontakt ze świadczeniobiorcą,
5. urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające:
* werbalny kontakt w każdym momencie procedury,
* sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej,
* zdalną zmianę programu treningowego,
* rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego beż możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy,
* pomiar masy ciała i przesłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony świadczeniobiorcy.
 |
| Personel | Lekarze | Warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d. |
| Pozostały personel | 1. personel pielęgniarski,
2. fizjoterapeuta,
3. psycholog,
4. dietetyk

 – warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d. |
| Pozostałe wymagania | Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego. |
| 2 | Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego | Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia | Kwalifikacji do rozpoczęcie procesu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach oddziału lub ośrodka dziennego dokonuje lekarz z ośrodka realizującego rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, na podstawie poniższych kryteriów:1. świadczeniobiorcy ze świeżo przebytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10:
2. I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,
3. I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej,
4. I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji,
5. I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu,
6. I21.4 Ostry zawał serca podwsierdziowy,
7. I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony,
8. I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej,
9. I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej,
10. I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu

 – niespełniający kryteriów określonych do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub1. świadczeniobiorcy, którzy rozpoczęli rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych, ale w związku z decyzją lekarza prowadzącego wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, lub
2. świadczeniobiorcy spełniający kryteria kwalifikacji uprawniające do rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej, ale u których po ocenie korzyści i ryzyka oraz preferencji świadczeniobiorcy została podjęta decyzja o rozpoczęciu rehabilitacji w trybie ośrodka lub oddziału dziennego.
 |
| Interwencje fizjoterapeutyczne | Co najmniej 3 procedury w każdym dniu zabiegowym dla każdego świadczeniobiorcy:1. 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;
2. 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;
3. 93.3603 Trening stacyjny;
4. 93.13 Usprawnianie czynne z oporem;
5. 93.3604 Trening marszowy;
6. 93.3605 Trening marszowy z przyborami;
7. 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne;
8. 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe;
9. 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem;
10. 93.1901 Ćwiczenia równoważne;
11. 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne;
12. 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe.
 |
| Edukacja zdrowotna | 89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia – co najmniej 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie dziennym. |
| 89.08 Inna konsultacja – co najmniej 2 konsultacje dietetyczno-żywieniowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym. |
| Co najmniej 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji, poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08:1. 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna;
2. 94.335 Trening autogenny;
3. 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna – inne formy;
4. 94.36 Psychoterapia w formie zabaw;
5. 94.37 Psychoterapia integrująca.
 |
| Monitorowanie postępów w rehabilitacji | Co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym:1. 88.721 Echokardiografia;
2. 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej;
3. 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym;
4. 89.442 Sześciominutowy test marszu;
5. 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem);
6. 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter);
7. 87.495 RTG śródpiersia;
8. 89.385 Ergospirometria.
 |
| Etapy udzielania świadczenia:1. planowanie i monitorowanie procesu terapeutycznego:
2. ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca),
3. ocena wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy);
4. w przypadku kontynuacji udzielania świadczenia w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza I hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej:
5. opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,
6. zaprogramowanie aparatury monitorująco-sterującej,
7. ocena stanu psychicznego i opracowanie zasad opieki psychologicznej,
8. trening z praktycznym wykorzystaniem aparatury monitorująco-sterującej,
9. udokumentowanie przygotowania świadczeniobiorcy do fazy II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej,
10. ostateczna kwalifikacja do II fazy hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej,
11. II faza hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 3 lit. e,
12. wizyta końcowa.
 |
| Organizacja udzielania świadczenia | Świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach domowych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego udzielane są przez jednego świadczeniodawcę. |
| Czas trwania świadczenia | 1. Łączna liczba osobodni może obejmować świadczenia rehabilitacji kardiologicznej realizowane w warunkach stacjonarnych, ośrodka lub oddziału dziennego lub hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.
2. Maksymalnie 25 osobodni na oddziale rehabilitacji w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.
3. W przypadku przeniesienia z ośrodka stacjonarnego maksymalna liczba osobodni stanowi różnicę liczby 35 oraz liczby dni zrealizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia odbywa się w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.
 |
| Wymagania formalne | w miejscu udzielania świadczeń | Ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji leczniczej. |
| w lokalizacji | Centrum monitoringu telerehabilitacji – w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych świadczeniobiorcy. |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | w miejscu udzielania świadczeń | 1. sala dla kinezyterapii wyposażona w matę lub materace do kinezyterapii;
2. sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 5 stanowisk w tym 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO2 oraz pCO2 oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno, ciśnienie);
3. pozostałe wyposażenie:
4. defibrylator,
5. aparat EKG 12-odprowadzeniowy,
6. urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej,
7. zestaw do reanimacji,
8. kardiomonitor.
 |
| w lokalizacji | 1. aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego;
2. w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych świadczeniobiorcy wyposażenie Centrum monitorowania telerehabilitacji obejmujące:
3. zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie i weryfikację świadczenia, a także jego pełną dokumentację oraz archiwizację,
4. system łączności umożliwiający werbalny kontakt ze świadczeniobiorcą,
5. urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające:
* werbalny kontakt w każdym momencie procedury,
* sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej,
* zdalną zmianę programu treningowego,
* rejestrację i przesyłanie EKG oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy,
* pomiar masy ciała i przesłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony świadczeniobiorcy.
 |
| Personel | Lekarze | Warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 3 lit. e. |
| Pozostały personel | 1. personel pielęgniarski: magister lub licencjat pielęgniarstwa lub ukończony kurs z zakresu edukacji zdrowotnej;
2. psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej;
3. fizjoterapeuta;
4. dietetyk: licencjat lub magister dietetyki.
 |
| Pozostałe warunki | Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego. |
| 3 | Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza II | Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia gwarantowanego | 1. Osobą dopuszczającą do udzielania świadczenia jest lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii, lub lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych (z przeszkoleniem lub doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej).
2. Procedura dopuszczenia do sesji treningowej obejmuje: EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała oraz wywiad.
3. Świadczenie udzielane jest świadczeniobiorcom:
4. ze świeżo przebytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD 10:
5. I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,
6. I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej,
7. I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji,
8. I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu,
9. I21.4 Ostry zawał serca podwsierdziowy,
10. I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony,
11. I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej,
12. I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej,
13. I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu;
14. realizującym rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym lub ośrodka, lub oddziału dziennego w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego oraz zakwalifikowani do kontynuacji świadczenia w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej;
15. wykazującym się wiedzą teoretyczną i umiejętnościami praktycznymi w zakresie:
16. samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (bóle w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność lub obrzęki),
17. samooceny w trakcie treningu: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów,
18. pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,
19. zdolności do realizacji indywidualnie zaplanowanego treningu fizycznego,
20. obsługi aparatury telemedycznej;
21. stabilnym klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka od 2 tygodni, u których nie występują:
22. źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
23. niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min.,
24. złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,
25. stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,
26. wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,
27. kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu,
28. niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym,
29. niewyrównana niewydolność serca,
30. ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,
31. powikłania pooperacyjne,
32. 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,
33. inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych lub ośrodka lub oddziału dziennego.

W przypadku zidentyfikowanych problemów uniemożliwiających udzielania świadczenia w trybie telerehabilitacji dopuszcza się kontynuację rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym lub w ośrodku lub oddziale dziennym zgodnie z kryteriami kwalifikacji do powyższych trybów. |
| Zakres świadczenia | 1. Faza II, następująca po fazie I określonej w lp. 1 i 2 (rehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana kardiologiczna w trybie stacjonarnym oraz w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego).
2. Sesja treningowa (w zależności od stanu klinicznego świadczeniobiorcy) trwająca od 30 do 60 minut przeprowadzona według obowiązujących standardów obejmująca wybrane interwencje, zgodnie z indywidualnym planem terapeutycznym, w tym obowiązkowo:
3. 93.3604 Trening marszowy lub
4. 93.3605 Trening marszowy z przyborami (kije do Nordic Walking), lub
5. 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, lub
6. 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, lub
7. inne formy treningu domowego w zależności od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez świadczeniobiorcę (cykloergometr lub bieżnia, lub stepper).
8. Podsumowanie sesji treningowej:
9. procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG);
10. wnioski co do kontynuacji i ewentualnej modyfikacji kolejnego treningu.
 |
| Czas trwania świadczenia | Liczba osobodni w trybie telerehabilitacji zależy od trybu, w jakim świadczeniobiorca rozpoczął proces terapeutyczny:1. liczba dni zabiegowych w trybie telerehabilitacji u świadczeniobiorców rozpoczynających rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego nie może przekroczyć dopełnienia całkowitej liczby osobodni świadczeń udzielonych w trybie stacjonarnym lub ośrodka lub oddziału dziennego do liczby 35;
2. liczba dni zabiegowych w trybie telerehabilitacji u świadczeniobiorców rozpoczynających leczenie w trybie oddziału lub ośrodka dziennego w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego nie może przekroczyć dopełnienia całkowitej liczby dni świadczeń udzielonych w trybie oddziału lub ośrodka dziennego do liczby 25.
 |
| Wymagania formalne | W miejscu udzielania świadczeń | Ośrodek stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji leczniczej. |
| W ramach dostępu | Centrum monitoringu telerehabilitacji. |
| Inne | Faza II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej jest realizowana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | Świadczeniodawca nieodpłatnie zapewnia świadczeniobiorcy niezbędny sprzęt telemedyczny do realizacji fazy II świadczenia zdrowotnego oraz kije do treningu nordic walking, taśmy typu thue-band oraz osobiste zestawy do ćwiczeń oddechowych. |
| Personel | Lekarze | Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii, lub lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych (z przeszkoleniem lub doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej) – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego. |
| Pozostały personel | 1. pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym wykonania i interpretacji zapisu EKG – realizująca sesję treningową, lub
2. technik elektroradiolog z doświadczeniem w hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej – realizujący sesję treningową

 – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego. |
| Pozostałe wymagania | Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego. |
| 4 | Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł rehabilitacja | Kryteria kwalifikacji do świadczenia | 1. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikuje się świadczeniobiorcę leczonego z powodu nowotworu złośliwego piersi w dniu kwalifikacji lub świadczeniobiorcę z następującym rozpoznaniem ICD–10:
2. I97.2 – Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu piersi;
3. I97.8 – Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej;
4. I97.9 – Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone;
5. C50.0 – Brodawka i otoczka brodawki sutkowej;
6. C50.1 – Centralna część piersi;
7. C50.2 – Ćwiartka górna wewnętrzna piersi;
8. C50.3 – Ćwiartka dolna wewnętrzna piersi;
9. C50.4 – Ćwiartka górna zewnętrzna piersi;
10. C50.5 – Ćwiartka dolna zewnętrzna piersi;
11. C50.6 – Część pachowa piersi;
12. C50.8 – Zmiana przekraczająca granice piersi;
13. C50.9 – Pierś, nieokreślona;
14. C79.8 –Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień;
15. D05.0 – Rak zrazikowy in situ;
16. D05.1 – Rak wewnątrzprzewodowy in situ;
17. D05.7 – Inny rak piersi in situ;
18. D05.9 – Rak in situ piersi, nieokreślony.
19. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej nie kwalifikuje się świadczeniobiorcy, u którego nie potwierdzono w procesie diagnostycznym nowotworu złośliwego lub choroby nowotworowej piersi w oparciu o opinię wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.
 |
| Wystawca skierowania | 1. Lekarz poradni:
2. chirurgicznej lub
3. onkologicznej (chemioterapii, radioterapii, chorób piersi, ginekologii onkologicznej), lub
4. chirurgii onkologicznej, lub
5. położniczo-ginekologicznej, lub
6. ginekologicznej, lub
7. rehabilitacyjnej, lub
8. chorób naczyń lub angiologicznej, lub
9. chirurgii naczyniowej.
10. Lekarz oddziału:
11. angiologii lub
12. chirurgii ogólnej, lub
13. chirurgii onkologicznej, lub
14. chirurgii naczyniowej, lub
15. chirurgii plastycznej, lub
16. ginekologii onkologicznej, lub
17. radioterapii, lub
18. onkologii klinicznej, lub
19. chemioterapii, lub
20. oddziału leczenia jednego dnia (w zakresie chemioterapii), lub
21. rehabilitacji.
22. Lekarz:

1) podstawowej opieki zdrowotnej lub 2) lekarz oddziału chorób wewnętrznych – w przypadku nasilenia obrzęku lub objawów bólowych pomimo rehabilitacji. |
| Wymagany rodzaj i zakres skierowania  | Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach dziennych lub stacjonarnych, lub fizjoterapii ambulatoryjnej, w:1) profilaktyce lub leczeniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej lub2) zaburzeniach funkcji narządu ruchu i tkanki łącznej,– przed lub po leczeniu nowotworu piersi. |
| Zakres świadczenia | 1. Porada lekarska.
2. Wizyta fizjoterapeutyczna.
3. Zabiegi fizjoterapeutyczne ukierunkowane na:
4. poprawę zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności przez zastosowanie kinezyterapii miejscowej: ćwiczeń w odciążeniu ICD-9: 93.1205 – 15 minut, czynnych wolnych ICD-9: 93.1202 – 15 minut, samowspomaganych ICD-9: 93.1204 – 15 minut, sprawności manualnej ICD-9: 93.1903 – 15 minut lub zespołowych ICD-9: 93.1907 – 20 minut;
5. wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: metody reedukacji nerwowo – mięśniowej ICD-9: 93.3801 – 30 minut, metody neurofizjologicznej – metoda PNF ICD-9: 93.3808 – 30 minut, metody terapii manualnej – Cyriaxa ICD-9: 93.3816 – 30 minut, metody terapii manualnej Kaltenborda-Evjenta ICD-9: 93.3818 – 30 minut, metody terapii manualnej Maitlanda ICD-9: 93.3821 – 30 minut, metody terapii manualnej – inne ICD-9: 93.3827 – 30 minut, ćwiczenia specjalne ICD-9: 93.3831 – 30 minut;
6. profilaktykę przeciwobrzękową: nauka automasażu lub masaż klasyczny częściowy ICD-9: 93.3912 – 20 minut, ćwiczenia oddechowe czynne ICD-9: 93.1812 – 15 minut, czynne wolne ICD-9: 93.1202 – 15 minut, ćwiczenia udrażniające lub ćwiczenia izokinetyczne ICD-9: 93.1305 – 15 minut;
7. ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności bieżnia, cykloergometr, stepper: ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach ICD-9: 93.1401 – 20 minut, usprawnianie czynne ICD-9: 93.12 – 20 minut, ogólnousprawniające indywidualne ICD-9: 93.1909 – 30 minut;
8. profilaktykę wad postawy wynikających z leczenia chirurgicznego (odstająca łopatka, zespół sznurów AWS) oraz leczenie zespołu włóknienia po radioterapii i popromiennego uszkodzenia splotu ramiennego ICD-9: 93.3808, 93.3831, 93.1204, 93.3985, 93.3301, 93.1205, 93.1139;
9. leczenie neuropatii wynikającej z leczenia cytostatykami ICD-9: 93.1903, 93.3981.
10. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy ICD-9: 93.3912 oraz mobilizacja blizn ICD-9: 93.3827.
11. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45–50 min.) ICD-9: 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50–60 min.) ICD-9: 93.3987, nałożenie bandaży wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min.) ICD-9: 93.3918, ICD-9: 93.3999, zabiegi fizjoterapeutyczne – inne, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15–30 min.) ICD-9: 93.1304, ICD-9: 93.1139, kąpiel wirowa kończyn górnych, ICD-9: 93.3301.
12. Ćwiczenia relaksacyjne.
13. Psychoterapia – psychoedukacja i relaksacja.
14. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kinesiotapingu ICD-9: 93.3812.
15. Wystawienie wniosku na wyroby medyczne w celu refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.
 |
| Warunki czasowe udzielania świadczenia  | 1. Rozpoczęcie udzielania świadczenia w określonym terminie wynika z celu rehabilitacji i stanu klinicznego świadczeniobiorcy i następuje:
	1. przed rozpoczęciem leczenia lub bezpośrednio po wypisie lub w okresie 21 dni od wypisu po leczeniu chirurgicznym w celu niedopuszczenia do rozwoju obrzęku oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, statyki ciała (klatki piersiowej i tułowia);
	2. w okresie innym niż określony w pkt 1 w celu reedukacji obrzęku limfatycznego oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, jednak nie później niż w okresie 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rehabilitację.
2. Czas realizacji świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza lub uprawnionego fizjoterapeutę udzielających świadczeń w oddziale dziennym lub stacjonarnym, lub fizjoterapii ambulatoryjnej.
3. W okresie przed rozpoczęciem leczenia chirurgicznego cykl zabiegów obejmujący do 10 dni zabiegowych (jednorazowo).
4. We wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 – 20 dni zabiegowych (jednorazowo).
5. W późnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 – 20 dni zabiegowych (jednorazowo).
6. W przypadku uzasadnionym stanem klinicznym świadczeniobiorcy i koniecznością osiągnięcia celu rehabilitacji, czas realizacji świadczenia może być wydłużony przez lekarza prowadzącego leczenie, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
 |
| Świadczenia towarzyszące | Zgodnie z warunkami udzielania świadczenia. |
| Tryb udzielania świadczenia  | W warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, lub ambulatoryjnych. |
| Personel | 1. Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu.
2. Zapewnienie konsultacji przez:
3. lekarza specjalistę w dziedzinie angiologii lub
4. lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii klinicznej, lub
5. lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej.
6. Fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy lub specjalista 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.
7. Psycholog lub psychoonkolog – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu (udzielanie świadczenia może być łączona z udzielaniem innych modułów świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi).
8. Terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej ¼ etatu.
 |
| Miejsce realizacji świadczenia | Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub oddział dzienny rehabilitacji, lub pracownia fizjoterapii. |
| Wyposażenie w sprzęt medyczny | Wymagane w miejscu udzielania świadczenia: 1. sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – lustra, materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie, wysokie kliny, wałki do masażu, bieżnia;
2. aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej z regulacją ciśnienia do min. 150 mmHg i zestawami mankietów wielokomorowych (5–13);
3. stół lub leżanka terapeutyczna/łóżko do manualnego drenażu limfatycznego;
4. zestaw bandaży uciskowych o różnych rozmiarach i materiałów (short stretch lub long stretch) do kompresji wraz z osprzętem do bandażowania wielowarstwowego;
5. komplet rękawów uciskowych zakładanych po zakończeniu terapii w celu utrzymania efektów terapii, tylko do demonstracji.
 |
| Organizacja udzielania świadczenia | 1. Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji świadczeniodawcy:
2. wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji;
3. zakresu, rodzaju i częstotliwości świadczeń rehabilitacyjnych planowanych do udzielania;
4. czasu trwania rehabilitacji;
5. kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji;
6. metody oceny skuteczności rehabilitacji.
7. Stała współpraca z Centrum Kompetencji Raka Piersi.
8. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym Centrum Kompetencji Raka Piersi.
9. W przypadku, gdy świadczeniobiorca zgłasza się z badaniami, nie są wykonywane powtórne badania diagnostyczne, jeżeli lekarz lub fizjoterapeuta prowadzący rehabilitację, w zakresie swoich kompetencji, nie zdecydują inaczej.
10. Świadczeniodawca w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla świadczeniobiorcy informuje o planowanym postępowaniu fizjoterapeutycznym, proponowanych procedurach, dostępnych opcjach fizjoterapeutycznych, ryzyku związanym z przyjętym planem postępowania, możliwych powikłaniach oraz przekazuje inne informacje mające znaczenie w procesie fizjoterapeutycznym.
11. Świadczeniodawca na podstawie powszechnie obowiązujących klasyfikacji i standardów oceny monitoruje i ewaluuje jakość i efektywność realizowanych świadczeń oraz zgodność z warunkami udzielania świadczenia, w tym warunkami czasowymi udzielania świadczenia.
 |
| Warunki jakościowe udzielania świadczenia | Świadczeniodawca oblicza wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32c ustawy i spełnia lub dąży do spełnienia wyznaczonych wartości progowych wskaźników, jeżeli zostały określone. |