



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Załącznik 1 Opis świadczeń w rehabilitacji pulmonologicznej

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej

Nr: AOTMiT-WS.431.7.2019

Data ukończenia: 15 lipca 2019 r.

Spis treści

1	Słownik pojęć	3
1.1	Klasyfikacja dostępności do świadczeń lub interwencji	3
1.2	Personel realizujący świadczenia – opis kompetencji i kwalifikacji powstał w oparciu o obowiązujące przepisy i regulacje w omawianym zakresie	3
1.3	Katalog interwencji	4
1.4	Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń	5
2	Szczegółowy opis świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej	7
2.1	Świadczenia w ramach kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej	7
2.2	Świadczenie fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego	13
3	Skale medyczne w rehabilitacji pulmonologicznej	17
3.1	Skala mMRC	17
3.2	Kryteria wydolności fizycznej	17
3.3	Wynik FEV1.....	17
3.4	Wynik 6MWT	18
4	Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej	19
4.1	Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej	19
4.2	Pracownia fizjoterapii	21

1 Słownik pojęć

Zastosowane w opisie świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej (wynikające z założeń koncepcji) określenia zostały pogrupowane tematycznie w następujących kategoriach:

1.1 Klasyfikacja dostępności do świadczeń lub interwencji

- 1) **dostęp** – zapewnienie realizacji części świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2) **lokalizacja** - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 3) **miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych** - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczenia gwarantowanych;

1.2 Personel realizujący świadczenia – opis kompetencji i kwalifikacji powstał w oparciu o obowiązujące przepisy i regulacje w omawianym zakresie

- 1) **dietetyk** – osoba, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki, obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1 220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra, lub
 - b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1 784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienia człowieka i uzyskała tytuł licencjata, lub magistra, lub magistra inżyniera na tym kierunku, lub
 - d) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk, lub ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka;
- 2) **fizjoterapeuta** – osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty, dodatkowo posiadający umiejętności rozpoznawania u pacjenta zaburzeń w EKG, rytmu serca, niedokrwienia lub innych zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego, związanych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym ;
- 3) **fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną/wizytę kwalifikacyjną** – fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do kwalifikowania do terapii fizjoterapeutycznej na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych;
- 4) **lekarz specjalista** – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz, który rozpoczął specjalizację w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
- 6) **lekarz rehabilitacji:**
 - a) lekarz specjalista rehabilitacji - lekarz specjalista II stopnia w rehabilitacji medycznej, lub specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
 - b) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
 - c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub

- d) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.
- 7) **psycholog** - osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej albo dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej ze specjalizacją filozoficzno-psychologiczną uzyskany na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim do dnia 1 października 1981 r. lub dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej w zakresie psychologii uzyskany w Akademii Teologii Katolickiej do dnia 31 grudnia 1992 r. oraz pracowała w zawodzie co najmniej dwa lata;
- 8) **specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej** - psycholog, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej w sposób określony w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 599) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2002 r. Nr 173 poz. 1419, z późn. zm.) albo zgodnie z § 35 tego rozporządzenia zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej;
- 9) **specjalista fizjoterapii** – fizjoterapeuta z uzyskanym tytułem specjalisty po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (zgodnie z art. 35.1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty);

1.3 Katalog interwencji

- 1) **profil dietetyczny** – obejmuje następujące interwencje:
- konsultację dietetyczną,
 - edukację dietetyczną.
- 2) **profil fizjoterapeutyczny** - obejmuje następujące interwencje:
- fizjoterapia indywidualna - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych indywidualnie przez fizjoterapeutę na rzecz jednego świadczeniobiorcy;
 - funkcjonalny trening medyczny - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych oraz fizjoprofilaktyki, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych samodzielnie przez pacjenta, pod nadzorem fizjoterapeuty, który jest częścią trwającego procesu fizjoterapii w celu utrwalenia uzyskanych efektów leczenia lub grupowo;
 - konsultacja fizjoterapeutyczna – proces zakończony wydaniem opinii dot. stanu funkcjonalnego;
 - wizyta fizjoterapeutyczna - to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez fizjoterapeutę zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktach wykonawczych;
 - wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna – wizyta ukierunkowana na kwalifikację do fizjoterapii, diagnostykę funkcjonalną pacjenta zakończoną sformułowaniem mierzalnego celu terapeutycznego, określeniem planu fizjoterapii oraz mechanizmów weryfikacji wskazanych celów, zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktów wykonawczych.
- 3) **profil lekarski** – obejmuje następujące interwencje:
- konsultacja lekarska;
 - opieka lekarska - zabezpieczenie ogólnolekarskich potrzeb pacjenta w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym;
 - porada kwalifikacyjna – porada lekarska ukierunkowana w szczególności na ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz postępowanie diagnostyczne zakończone sformułowaniem mierzalnego celu leczenia, określeniem planu leczenia i mechanizmów weryfikacji celu leczenia. Powyższy zakres realizowany jest na podstawie wyników badań diagnostycznych i diagnostyki stanu funkcjonalnego oraz wymaganych konsultacji członków zespołu terapeutycznego;
 - porada lekarska – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez lekarza zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.).
- 4) **profil psychologiczny** – obejmuje następujące interwencje:
- konsultacja psychologiczna,
 - terapia psychologiczna - obejmuje czynności takie jak: diagnozę lub terapię lub interwencję, zgodnie z kompetencjami psychologa określonymi w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 r. Nr 73 poz. 763, z późn. zm.).

- 5) **profil pielęgniarski** – obejmuje opiekę pielęgniarską – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez pielęgniarkę lub położną zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.).

Wszystkie interwencje wymagają prowadzenia dokumentacji medycznej.

1.4 Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń

Warunki lokalowe wspólne – warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:

- a) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową,
- b) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty,
- c) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową – w warunkach stacjonarnych wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- d) budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom,
- e) pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.

Słownik:

- 1) **gabinet dietetyczny** - pomieszczenie wyposażone w:
 - a) wagę z pomiarem masy ciała >150 kg,
 - b) miernik długości (wysokości) ciała,
 - c) taśmę antropometryczną do pomiaru obwodów części ciała.
- 2) **gabinet fizjoterapeutyczny** – odrębne pomieszczenie wyposażone w:
 - a) stół z regulowaną wysokością,
 - b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń.
- 3) **gabinet lekarski** – odrębne pomieszczenie wyposażone w:
 - a) leżanka lub stół z regulowaną wysokością;
 - b) sprzęt do pomiarów antropometrycznych.
- 4) **gabinet psychologiczny** – pomieszczenie (ze światłem dziennym), o powierzchni która umożliwi w przypadku dzieci na swobodne rozmieszczenie sprzętu służącego do przeprowadzenia prób diagnostycznych, w tym oceniających m.in. sprawność psychomotoryczną, funkcje poznawcze, funkcje emocjonalno- społeczne i zabawy dziecka, wyposażony w:
 - a) stoisko komputerowe z programem komputerowym do diagnozy i terapii psychologicznej,
 - b) testy, skale i kwestionariusze niezbędne do postawienia diagnozy neuropsychologicznej/psychologicznej,
 - c) materac lub mata,
 - d) zabawki dla dzieci do procesu diagnozy lub terapii.
- 5) **gabinet diagnostyczno-zabiegowy** – gabinet zgodnie z określeniem użytym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
- 6) **oddział leczenia ostrej fazy choroby** – oddział szpitalny, w którym pacjent jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby.
- 7) **poradnia leczenia ostrej fazy choroby** – poradnia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w której pacjent jest leczony w związku z ostrą fazą choroby lub z powodu zaostrzenia lub rzutu choroby chronicznej (przewlekłe postępującej).

- 8) **sala fizjoterapii** - pomieszczenie wyposażone w:
- minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,
 - stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,
 - drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,
 - materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,
 - lustro kontrolne.
- 9) **sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM)** - pomieszczenie wyposażone w:
- urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,
 - urządzenia do ćwiczeń równoważnych,
 - drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,
 - materace lub maty.
- 10) **stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki)** – przeznaczone dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru; składa się z łóżka szpitalnego (wyodrębnionego spośród łóżek oddziału) ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia pacjenta (unoszenie nóg, głowy), wraz z niezbędnym wyposażeniem, spełniającym wymagania określone w ppkt. a – f, znajdującym się w wyodrębnionym pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, próżni i sprężonego powietrza;
W pomieszczeniu ze stanowiskiem intensywnego nadzoru, zapewniającym swobody dostęp ze wszystkich stron, z pozostawieniem miejsca na manipulację aparatami przyłóżkowymi, znajdują się:
- kardiowerter- defibrylator (co najmniej jeden),
 - elektryczne lub próżniowe urządzenie do ssania- (co najmniej dwa),
 - zestaw do intubacji (co najmniej jeden),
 - worek samorozprężalny (co najmniej jeden),
 - kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji (na każde stanowisko),
 - pompy infuzyjne (co najmniej dwie na jedno stanowisko).

Dla stanowiska intensywnego nadzoru zapewniona jest możliwość stałej obserwacji pacjenta ze stanowiska pielęgniarki.

2 Szczegółowy opis świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej

2.1 Świadczenia w ramach kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej	
Kompleksowa rehabilitacja pulmonologiczna stacjonarna	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	<p>Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta), przyjmowanych leków oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10. <p>Załączone badania:</p> <p>Do skierowania powinny być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. 2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. 3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej. <p>Pozostałe warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
	Kryteria włączenia
<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający kryteria dla świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) Potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału chorób płuc lub z oddziału rehabilitacji pulmonologicznej oraz potwierdzona świadomą zgodą pacjenta, <p>oraz</p> 	

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej		
		<p>2) Pacjenci z POCHP, śródmiąższową chorobą płuc, ciężką astmą, mukowiscydozą, nowotworem układu oddechowego w obrębie klatki piersiowej, rozstrzeniami oskrzeli oraz:</p> <p>a) wydolnością fizyczną <5 MET, <75 W</p> <p>b) spirometrią <50% FEV1</p> <p>c) dusznością ≥2 w skali mMRC,</p> <p>lub</p> <p>Pacjenci po przebytych zabiegach torakochirurgicznych z powikłaniami, przeszczepieniu płuc, respiratoroterapii, oraz</p> <p>3) Pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę chorób układu oddechowego w warunkach szpitalnych.</p> <p>2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 30 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas do przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej (możliwa również w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby)</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <p>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</p> <p>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
	II. Zakres świadczenia	
	Etapy udzielania świadczeń	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <p>a) poradę kwalifikacyjną lekarską z oceną statusu palenia tytoniu, oraz</p> <p>b) konsultację fizjoterapeutyczną,</p>

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej

		<p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ul style="list-style-type: none">c) konsultację psychologiczną, lubd) konsultację dietetyczną; <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none">a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, orazb) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, orazc) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów:<ul style="list-style-type: none">– profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów z uwzględnieniem treningu wytrzymałościowo-siłowego, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie fizjoterapii indywidualnej, przez co najmniej 5 dni w tygodniu oraz sobota w trybie przedpołudniowym oraz– inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 2 interwencje w trakcie pobytu:<ul style="list-style-type: none">• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, w tym obejmująca poradnictwo antynikotynowe, terapię indywidualną lub grupową leczenia uzależnienia od tytoniu lub• profil dietetyczny - interwencja: edukacja dietetyczna – czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none">1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii: 6-minutowy test chodu (6MWT), badanie na bieżni, cykloergometrze, spirometria, ocena w skali mMRC.2) na każde 21 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii w tym ocena statusu palenia. <p>3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka chorób płuc prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji, nauka samoopieki, poradnictwo antynikotynowe, instruktaż w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none">– samodzielnego wykonywania ćwiczeń, w tym w warunkach domowych,– techniki używania inhalatorów i nebulizatorów lekowych,– nauki wzorca oddychania,– ewakuacji wydzieliny. <p>4. Przeprowadzanie badań spirometrycznych, lub gazometrii, lub testów funkcjonalnych: 6-minutowego testu chodu (6MW), testu „wstań i idź”, testu „siedź i wstań” lub badań laboratoryjnych.</p>
--	--	--

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej	
Ramy czasowe realizacji świadczeń	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak do 21 dni rehabilitacyjnych.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
Świadczenia dodatkowe	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram 93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne</p>
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji	
Miejsce realizacji świadczeń	Oddział kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe	<p>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, <p>2. Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sala fizjoterapii, 2) gabinet psychologiczny, 3) sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr (nie mniej niż 5 na 10 świadczeniobiorców) i bieżnię nie mniej niż 2 na 10 świadczeniobiorców.

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej		
		<p>3. Dodatkowe warunki wymagane w miejscu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) defibrylator, 2) źródło tlenu (minimum koncentrator tlenu), 3) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia i cykloergometr), 4) pulsoksymetr. <p>4. Dodatkowe warunki wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stanowisko intensywnego nadzoru, 2) respirator do nieinwazyjnej wentylacji, 3) spirometr, 4) aparat do gazometrii, 5) EKG. <p>5. Dodatkowe warunki wymagane w dostępie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia) 2) ergospirometria, <p>6. Dopuszcza się organizowanie wspólnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego, 3) gabinetu fizjoterapeutycznego i gabinetu psychologicznego.
	Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dietetyk - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 2. Fizjoterapeuta - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 3. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 4. Lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 5. Lekarz specjalista rehabilitacji - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 6. Psycholog - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 7. Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktury szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji). 8. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.
	Dodatkowe warunki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczeniodawca w ramach kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej posiada oddział chorób płuc w lokalizacji.

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej			
		<p>2. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>3. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent wymagający kontynuacji rehabilitacji musi otrzymać skierowanie do innego typu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji	
	Kryteria terytorialne	brak informacji	
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia			
Wskaźniki jakości	<p>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</p> <p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej:</p> <p>a) wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji pulmonologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji pulmonologicznej,</p> <p>b) wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji pulmonologicznej powyżej 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji pulmonologicznej,</p> <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej:</p> <p>a) wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,</p> <p>b) wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie,</p> <p>c) wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.</p> <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia</p> <p>a) wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację pulmonologiczną stacjonarną,</p> <p>b) wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników spirometrii, wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację pulmonologiczną stacjonarną,</p> <p>c) wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania duszności na podstawie skali mMRC</p>		
Zakres i forma raportowania	<p>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</p> <p>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</p>		

Świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej		
	oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/ skal służących do oceny stanu pacjenta.

2.2 Świadczenie fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu oddechowego	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia	
	Wymogi formalne	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania: 1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania. 2. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie fizjoterapii wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
		Załączone badania: Do skierowania powinny być - o ile pacjent był leczony szpitalnie - dołączone: 1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania; 2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia; 3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekle postępującej.
	Pozostałe warunki: 1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranej pracowni fizjoterapii, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.	
	Kryteria włączenia	Opis włączenia 1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria dla świadczeń:

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
		<p>1) POCHP, śródmiąższowa choroba płuc, ciężka astma, mukowiscydoza, nowotwory układu oddechowego w obrębie klatki piersiowej, rozstrzenia oskrzeli, oraz</p> <p>2) choroba nowo rozpoznana lub po zaostrzeniu leczonym w oddziale ostrej fazy choroby lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów torakochirurgicznych.</p> <p>2. Przyjęcie następuje bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania.</p> <p>3. Dodatkowo wymagany dokument potwierdzający termin zaplanowanego zabiegu torakochirurgicznego.</p> <p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji.</p> <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <p>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</p> <p>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
II. Zakres świadczenia		
	Etapy udzielania świadczeń	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.</p> <p>2) etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii (z uwzględnieniem treningu wytrzymałościowo-siłowego) i obejmuje:</p> <p>a) fizjoterapię indywidualną – maksimum 2 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub</p> <p>b) funkcjonalny trening medyczny – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego.</p>

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
		<p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii:</p> <p>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia,</p> <p>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.</p> <p>3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka chorób płuc prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji, nauka samoopieki, poradnictwo antynikotynowe, instruktaż w zakresie:</p> <p>1) samodzielnego wykonywania ćwiczeń, w tym w warunkach domowych,</p> <p>2) techniki używania inhalatorów i nebulizatorów lekowych,</p> <p>3) nauki wzorca oddychania,</p> <p>4) ewakuacji wydzielin.</p> <p>4. Przeprowadzanie testów funkcjonalnych: testu 6MW lub testu „wstań i idź”, testu „siedź i wstań”</p>
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<p>1. Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowych,</p> <p>3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych.</p>
III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji		
	Miejsce realizacji świadczeń	Zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii.
	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe	<p>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>1) gabinet fizjoterapeutyczny,</p> <p>2) sala fizjoterapii.</p> <p>2. Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji:</p>

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej			
		1) sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców i bieżnię nie mniej niż 2 na 10 świadczeniobiorców. 3. Dodatkowe warunki wymagane w miejscu: 1) defibrylator, 2) pulsoksymetr (minimum 5 szt.) 3) koncentrator tlenu, 4) pikfłometr lub spirometr, 5) nebulizator.	
	Personel medyczny	1. Fizjoterapeuta - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 2. Lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc – w dostępie	
	Dodatkowe warunki	Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).	
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	Brak informacji
		Kryteria terytorialne	Brak informacji
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia			
	Wskaźniki jakości	1. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do fizjoterapii, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie. 2. Odsetek pacjentów u których wydłużona została fizjoterapia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Średnia liczba interwencji w dniu zabiegowym. 7. Średnia liczba procedur zrealizowanych w ramach interwencji.	
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.	

3 Skale medyczne w rehabilitacji pulmonologicznej

3.1 Skala mMRC

Skala nasilenia duszności MRC (Medical Research Council), mMRC (modified Medical Research Council) to skala stosowana w medycynie w celu określania stopnia nasilenia duszności. Jest wykorzystywana w ocenie zaawansowania chorób płuc, np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Szczegółowe informacje dotyczące skali przedstawiono w poniższej tabeli.

Skala duszności mMRC. Opracowane na podstawie MP 2019.

Wynik	Opis
0	duszność występuje jedynie podczas dużego wysiłku fizycznego
1	duszność występuje podczas szybkiego marszu po płaskim terenie lub wchodzenia na niewielkie wzniesienie
2	z powodu duszności chory chodzi wolniej niż rówieśnicy lub idąc we własnym tempie po płaskim terenie, musi się zatrzymywać dla nabrania tchu
3	po przejściu ~100 m lub po kilku minutach marszu po płaskim terenie chory musi się zatrzymać dla nabrania tchu
4	duszność uniemożliwia choremu opuszczanie domu lub występuje przy ubieraniu się lub rozbieraniu

Źródło: MP 2019

3.2 Kryteria wydolności fizycznej

MET – jednostka obciążenia metabolicznego określająca wielkość wysiłku na bieżni, z jęz. ang. Metabolic Equivalent). Jeden MET oznacza zużycie jednej kilokalorii energii przez jeden kilogram masy ciała w ciągu jednej godziny spokojnego siedzenia (kcal/kg/h), Poniżej 5 MET oznacza umiarkowany wysiłek, powyżej 7 – wysiłek intensywny

W (wat) – jednostka mocy określająca wielkość wysiłku na ergometrze rowerowym, poniżej 75 W oznacza znaczne ograniczenie tolerancji wysiłku

3.3 Wynik FEV1

Spirometria - natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa, oznaczana jako FEV₁ lub FEV (ang. *forced expiratory volume in 1 second*) – objętość powietrza wydychana z płuc w czasie pierwszej sekundy maksymalnie natężonego wydechu. Wyznaczana jest w trakcie badania spirometrycznego.

W wytycznych GOLD 2019 dotyczących prewencji, diagnozy i zarządzania Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP) podawana jest klasyfikacja stopni ciężkości choroby ze względu na wynik FEV₁. Używany jest w tym celu procent przewidywanego FEV₁, który zależy od wielu czynników, w tym wiek, płeć, wzrost itp. Klasyfikacja zawarta w tabeli poniżej.

Klasyfikacja pacjentów z POChP w zależności od wyniku FEV₁. Opracowano na podstawie GOLD 2019.

Stopień ciężkości POChP	Klasyfikacja choroby	Wynik FEV ₁
GOLD 1	Łagodna	≥80% przewidywanego FEV ₁
GOLD 2	Średnia	50% ≤ FEV ₁ < 80% przewidywanego
GOLD 3	Ciężka	30% ≤ FEV ₁ < 50% przewidywanego
GOLD 4	Bardzo ciężka	FEV ₁ < 30% przewidywanego FEV ₁

Źródło: GOLD 2019

3.4 Wynik 6MWT

Test 6-minutowego chodu / test korytarzowy/ test marszowy (*6 Minutes Walk Test* - 6MWT), to prosty test wysiłkowy, będący obiektywną oceną sprawności funkcjonalnej pacjenta. Stosuje się go jako wskaźnik upośledzenia stanu zdrowia, oceny aktywności fizycznej, tolerancji wysiłku oraz wydolności pacjenta zwłaszcza u chorych cierpiących na choroby serca i płuc o umiarkowanym i ciężkim przebiegu (GOLD 2019, BTS 2013). Może być wykorzystywany jako wskaźnik skuteczności rehabilitacji oddechowej – wykonanie przed i po rehabilitacji.

Wynikiem testu jest pokonany dystans wyrażony w metrach. Zmienna ta wykazuje korelację liniową z pomiarem szczytowego zużycia tlenu (VO_2 peak), natomiast wartość tętna maksymalnego osiąganego podczas testu koreluje z wartością tętna na poziomie progu beztlenowego.

Pacjent, który będzie wykonywał test, powinien być w stabilnym stanie klinicznym oraz nie powinien zaprzestawać przyjmowania zażywanych leków. Test przeprowadzany jest w płaskim korytarzu o długości 20-30 m oraz szerokości 2-3 m, co umożliwi uniknięcie częstych nawrotów zaburzających wynik. Pacjent w trakcie testu może zatrzymać się i odpocząć. Podczas przerwy czas nie jest zatrzymywany, a pacjent kontynuuje marsz z tego samego miejsca, w którym się zatrzymał.

Do wykonania testu niezbędne są: stoper, znaczniki korytarzowe, przenośne krzesło, pulsoksymetr i ciśnieniomierz, a także łatwy dostęp do zestawu pierwszej pomocy, defibrylatora i źródła tlenu.

Karta badania powinna zawierać: dane osobowe pacjenta, wiek, płeć, masę ciała, wzrost, przyjmowane leki, wszystkie parametry zmierzone przed rozpoczęciem, w trakcie oraz po zakończeniu testu oraz zgłaszane przez pacjenta dolegliwości.

Osoby zdrowe powinny osiągnąć wynik w przedziale 400-700 m. Jest to wysiłek lekki i umiarkowany, odpowiadający marszowi ze średnią prędkością 4-6 km/h (400-600 m/6min) i obciążeniu 40-85 W (3-6 MET).

Pokonanie dystansu 300-400 m z prędkością 3-3,5 km/h w trakcie 6 minut, to wolny spacer odpowiadający obciążeniu poniżej 40 W (poniżej 3 MET).

Pacjent, który nie osiągnął dystansu 300 m w trakcie 6 minut ma znacznie ograniczoną tolerancję wysiłku i należy do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych. [Kuch 2014]

4 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla rehabilitacji pulmonologicznej

4.1 Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej

Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	4310 Oddział rehabilitacji pulmonologicznej
Tryb udzielania świadczeń	Stacjonarny
Warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny, 2) sala treningu medycznego. 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego, 3) gabinetu fizjoterapeutycznego i gabinetu psychologicznego.
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarz rehabilitacji lub 2. Lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc, – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej; 3. Fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną 4. Pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) dietetyka, – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia (w zależności od potrzeb pacjenta).
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2. W godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych lub dietetycznych jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc, 3. Fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4. Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji);

		5. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarstwa.
Dodatkowe wymagane	warunki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stanowisko intensywnego nadzoru - w miejscu. 2. Warunki lokalowe wspólne. 3. Zapewnienie warunków techniczno-organizacyjnych w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z poważnymi zaburzeniami rytmu serca. 4. Zapewnienie warunków organizacyjnych w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z wkluciem centralnym. 5. Urządzenie do prowadzenia toalety drzewa oskrzelowego w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z rurką tracheotomijną (ssaki). 6. Urządzenie do prowadzenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej oraz nieinwazyjnej (respirator) w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z respiratorem. 7. Zapewnienie odpowiednich warunków w przypadku udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi.
Pozostałe wymagania		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zaleceniami i wiedzą medyczną. 2. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc lub lekarza rehabilitacji.

4.2 Pracownia fizjoterapii

Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	1310 Dział (pracownia) fizjoterapii	
Tryb udzielania świadczeń	Ambulatoryjny lub domowy	
Warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet fizjoterapeutyczny, 2) sala fizjoterapii, 3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM), 2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. 	
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fizjoterapeuta, w tym z tytułem magistra – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii. 2. Dodatkowy fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów. 3. Fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący wizytę kwalifikacyjną/ konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii. 	
Dodatkowe warunki wymagane	Warunki lokalowe wspólne	
Pozostałe wymagania	Kierownik pracowni fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.	
Kryteria usieciowienia	Kryteria populacyjne	w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii
	Kryteria terytorialne	gmina lub grupa gmin w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii