



**Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

**Załącznik 2 Opis świadczeń w rehabilitacji  
kardiologicznej**

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji  
kardiologicznej

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2019

Data ukończenia: 3 kwietnia 2019 r.

## Spis treści

<b>1</b>	<b>Słownik pojęć.....</b>	<b>2</b>
1.1	Klasyfikacja dostępności do świadczeń lub interwencji .....	2
1.2	Personel realizujący świadczenia .....	2
1.3	Katalog interwencji .....	3
1.4	Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń .....	4
<b>2</b>	<b>Opis świadczeń.....</b>	<b>6</b>
2.1	Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej.....	6
2.2	Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej.....	22

## 1 Słownik pojęć

Zastosowane w opisie świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej (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
  - d) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata, lub magistra, lub magistra inżyniera na tym kierunku, lub
  - e) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk, lub
  - f) 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:
  - a) konsultację dietetyczną,
  - b) edukację dietetyczną.
- 2) **profil fizjoterapeutyczny** - obejmuje następujące interwencje:
  - a) fizjoterapia indywidualna - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych indywidualnie przez fizjoterapeutę na rzecz jednego świadczeniobiorcy;
  - b) 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;
  - c) konsultacja fizjoterapeutyczna – proces zakończony wydaniem opinii dot. stanu funkcjonalnego;
  - d) 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;
  - e) 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 ustawią z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktów wykonawczych.
- 3) **profil lekarski** – obejmuje następujące interwencje:
  - a) konsultacja lekarska;

- b) opieka lekarska - zabezpieczenie ogólnolekarskich potrzeb pacjenta w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym;
  - c) 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;
  - d) 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 dentyisty (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.).
- 4) **profil psychologiczny** – obejmuje następujące interwencje:
- a) konsultacja psychologiczna,
  - b) 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:
- a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,
  - b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,
  - c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,
  - d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,
  - e) lustro kontrolne.
- 9) **sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM)** - pomieszczenie wyposażone w:
- a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,
  - b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych,
  - c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,
  - d) 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 przyłożkowymi, znajdują się:
- a) kardiowerter- defibrylator (co najmniej jeden),
  - b) elektryczne lub próżniowe urządzenie do ssania- (co najmniej dwa),
  - c) zestaw do intubacji (co najmniej jeden),
  - d) worek samorozprężalny (co najmniej jeden),
  - e) kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji (na każde stanowisko),
  - f) pompy infuzyjne (co najmniej dwie na jedno stanowisko).
- Dla stanowiska intensywnego nadzoru zapewniona jest możliwość stałej obserwacji pacjenta ze stanowiska pielęgniarki.

## 2 Opis świadczeń

### 2.1 Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			
1) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa stacjonarna dla pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>		
	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Wymogi formalne</b></td> <td> <p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol> <p><b>Załączone badania</b> Do skierowania musi być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>Ostatnio wykonywane zapisy EKG.</li> <li>Informacja o parametrach urządzeń wszczepialnych.</li> </ol> <p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie</li> </ol> </td> </tr> </table>	<b>Wymogi formalne</b>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol> <p><b>Załączone badania</b> Do skierowania musi być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>Ostatnio wykonywane zapisy EKG.</li> <li>Informacja o parametrach urządzeń wszczepialnych.</li> </ol> <p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie</li> </ol>
	<b>Wymogi formalne</b>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol> <p><b>Załączone badania</b> Do skierowania musi być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>Ostatnio wykonywane zapisy EKG.</li> <li>Informacja o parametrach urządzeń wszczepialnych.</li> </ol> <p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie</li> </ol>	
	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria dla świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>po zabiegu kardiochirurgicznym związanym z: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym wady wrodzonej serca, leczeniem chirurgicznym lub inwazyjnym tętniaka,</li> <li>wysokie ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych – występowanie jednego z poniższych: <ol style="list-style-type: none"> <li>funkcja skurczowa lewej komory - istotnie upośledzona EF ≤ 35% lub cechy kardiomiopatii lub III-IV klasa wg skali NYHA, lub</li> <li>złożona arytmia komorowa - w spoczynku lub w czasie wysiłku, lub</li> <li>cechy niedokrwienia w EKG wysiłkowym- obniżenie ST &gt; 2mm, lub</li> <li>wydolność fizyczna &lt;5 MET, &lt;75 W, lub</li> <li>reakcja hemodynamiczna na wysiłek - brak przyrostu lub spadek częstości rytmu lub skurczowego ciśnienia krwi, lub</li> <li>choroby współistniejące: cukrzyca insulinozależna i z pow. kłaniami, niewydolność nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchości,</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>– przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>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 kardiologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</li> <li>W przypadku wystąpienia dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol> <p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej (możliwa również w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby).</li> <li>Kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz rehabilitacji, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują: <ul style="list-style-type: none"> <li>źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia &gt; 100/min.,</li> <li>złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> <li>• wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,</li> <li>• kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>• niedokrwienne obniżenie odcinka ST &gt; 2 mm w EKG spoczynkowym,</li> <li>• niewyrównana niewydolność serca,</li> <li>• ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>• powikłania pooperacyjne,</li> <li>• wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego &gt; 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</li> <li>• inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> <p>c) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (ból w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),</li> <li>• samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (ból w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</li> <li>• pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,</li> <li>• zdolności do realizacji treningu fizycznego,</li> <li>• obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</li> </ul> <p>d) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych,</p> <p>e) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych.</p> <p>a) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych,</p> <p>1) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:</p> <p>a) samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (ból w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),</p> <p>b) samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (ból w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</p> <p>c) pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,</p> <p>d) zdolności do realizacji treningu fizycznego,</p> <p>e) obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</p> <p>2) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych.</p> <p>3) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych.</p>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b>
		<b>Opis powodu wyłączenia:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>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”.</li> <li>3. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> <li>4. Pacjenci objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.</li> </ol>
	<b>II.</b>	<b>Zakres świadczenia</b>

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej**

	<p><b>Etapy realizacji świadczeń</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską,</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną,</li> <li>c) konsultację psychologiczną,</li> <li>d) konsultację dietetyczną,</li> </ol> </li> <li>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarstwa - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- profil fizjoterapeutyczny - nie mniej niż 2 interwencje dziennie: fizjoterapia indywidualna lub funkcjonalny trening medyczny (do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania średnio w trakcie pobytu 75 minut dziennie, oraz</li> <li>- inne profile: nie mniej niż 4 interwencje w trakcie pobytu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna – czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów,</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania nie więcej niż 60 minut (minimum dwie interwencje psychologiczne w trakcie pobytu) na pacjenta.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>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).</li> </ol> </li> <li>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii: tolerancji wysiłku, w tym testy wydolnościowe/próby wysiłkowe oraz 6-minutowy test marszowy, ocenę tolerancji wysiłkowej pacjenta wyrażoną w skali Borga/Zmodyfikowanej skali Borga oraz ocenę jakości życia określoną na podstawie kwestionariusza SF-36,</li> <li>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ol> </li> <li>3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka zdarzenia sercowo-naczyniowego prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji.</li> <li>4. Przeprowadzanie badań elektrokardiograficznych lub laboratoryjnych.</li> <li>5. Świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I faza obejmuje:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG),</li> <li>b) ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),</li> <li>c) sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrilator, stymulator resynchronizujący),</li> <li>d) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> <li>e) szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów: forma treningu domowego będzie uzależniona od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez pacjenta (w szczególności cykloergometr, bieżnia, stepper, kije do Nordic Walking); w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy,</li> <li>f) szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu,</li> </ol> </li> <li>2) II faza obejmuje:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 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-defibrilatorem, stymulatorem resynchronizujący) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza,</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol> </li></ol>
--	--	--



<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog,</li> <li>c) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta,</li> <li>d) podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta,</li> <li>e) wizyta końcowa po wykonanym cyklu 24 treningów obejmująca: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badania lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy).</li> </ul>
	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 14 dni każdorazowo po zabiegu oraz do 24 dni zabiegowych w ramach telerehabilitacji kardiologicznej.</li> <li>2) W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> </ul>
	<b>Procedury ICD-9</b>	Nie dotyczy
	<b>Świadczenia dodatkowe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 91.81 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew i antybiogram 93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne*<sup>1</sup></li> </ul>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
	<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Oddział kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej
	<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej
	<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Stacjonarny
	<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy,</li> <li>2) gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>3) gabinet lekarski,</li> <li>4) sala fizjoterapii.</li> </ul> </li> <li>2. Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet psychologiczny, sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców.</li> </ul> </li> <li>1. Dodatkowe warunki wymagane w miejscu: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) stanowisko intensywnego nadzoru,</li> <li>2) wyposażenie w aparaturę medyczną: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) def brylator,</li> <li>b) aparat EKG,</li> <li>c) aparat EKG metodą Holtera,</li> <li>d) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr),</li> <li>e) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia),</li> <li>f) zestaw do ergospirometrii.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

\* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			
		<p>2. Dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</li> <li>2) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami,</li> <li>3) 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,</li> <li>4) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,</li> <li>5) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.</li> </ol> <p>3. Warunki lokalowe wspólne.</p>	
	<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dietetyk - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>2. Fizjoterapeuta - posiadający umiejętności rozpoznawania u pacjenta zaburzeń w EKG, rytmu serca, niedokrwienia lub innych zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego, związanych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym, udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>3. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>4. Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>5. Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>6. Psycholog – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>7. Technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.</li> <li>8. 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).</li> <li>9. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.</li> </ol>	
	<b>Dodatkowe warunki</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.).</li> <li>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, lub</li> <li>2) podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie w ramach prewencji wtórnej prowadzony jest monitoring pacjenta przez 6 miesięcy od zakończenia rehabilitacji.</li> </ol> </li> <li>3. Kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej – 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.</li> <li>4. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub lekarza rehabilitacji.</li> </ol>	
	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji
		Kryteria terytorialne	Brak informacji

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej					
	<p><b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Wskaźniki jakości</b></td> <td> <p><b>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej;</li> <li>średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,</li> </ul> </li> <li>Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych do liczby dni pobytu w oddziale stacjonarnym rehabilitacji,</li> <li>wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób prowadzonych w tej formie oraz wyłącznie w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> </li> <li>Długość trwania rehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> </ul> </li> <li>Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji kardiologicznej interwencje: psychologiczne i dietetyczne.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania obciążenia wysiłkiem na podstawie skali Borga/zmodyfikowanej skali Borga, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b></td> <td> <ol style="list-style-type: none"> <li>Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>Raportowanie osiągnięcia celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów wysiłkowych oraz skali Borga oraz kwestionariusza SF-36.</li> <li>Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń</li> </ol> </td> </tr> </table>	<b>Wskaźniki jakości</b>	<p><b>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej;</li> <li>średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,</li> </ul> </li> <li>Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych do liczby dni pobytu w oddziale stacjonarnym rehabilitacji,</li> <li>wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób prowadzonych w tej formie oraz wyłącznie w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> </li> <li>Długość trwania rehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> </ul> </li> <li>Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji kardiologicznej interwencje: psychologiczne i dietetyczne.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania obciążenia wysiłkiem na podstawie skali Borga/zmodyfikowanej skali Borga, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną.</li> </ul>	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>Raportowanie osiągnięcia celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów wysiłkowych oraz skali Borga oraz kwestionariusza SF-36.</li> <li>Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń</li> </ol>
<b>Wskaźniki jakości</b>	<p><b>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej;</li> <li>średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,</li> </ul> </li> <li>Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych do liczby dni pobytu w oddziale stacjonarnym rehabilitacji,</li> <li>wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób prowadzonych w tej formie oraz wyłącznie w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> </li> <li>Długość trwania rehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> </ul> </li> <li>Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji kardiologicznej interwencje: psychologiczne i dietetyczne.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania obciążenia wysiłkiem na podstawie skali Borga/zmodyfikowanej skali Borga, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną.</li> </ul>				
<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>Raportowanie osiągnięcia celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów wysiłkowych oraz skali Borga oraz kwestionariusza SF-36.</li> <li>Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń</li> </ol>				
2) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa stacjonarna dla pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>				
	<table border="1"> <tr> <td><b>Wymogi formalne</b></td> <td> <p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <p><b>Załączone badania</b></p> <p>Do skierowania musi być dołączone:</p> </td> </tr> </table>	<b>Wymogi formalne</b>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>		<p><b>Załączone badania</b></p> <p>Do skierowania musi być dołączone:</p>
	<b>Wymogi formalne</b>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>			
	<p><b>Załączone badania</b></p> <p>Do skierowania musi być dołączone:</p>				

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>4. Ostatnio wykonywane zapisy EKG.</li> <li>5. Informacja o parametrach urządzeń wszczepialnych.</li> </ol>
		<p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie</li> </ol>
	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po ostrym zespole wieńcowym leczonym chirurgicznie (CABG), wewnątrznacyniowo (PTCA), zachowawczo,</li> <li>2) wysokie ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych – występowanie jednego z poniższych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) funkcja skurczowa lewej komory - istotnie upośledzona <math>EF \leq 35\%</math> lub cechy kardiomiopatii lub III-IV klasa wg skali NYHA, lub</li> <li>b) złożona arytmia komorowa - w spoczynku lub w czasie wysiłku, lub</li> <li>c) cechy niedokrwienia w EKG wysiłkowym- obniżenie ST <math>&gt; 2\text{mm}</math>, lub</li> <li>d) wydolność fizyczna <math>&lt; 5\text{ MET}</math>, <math>&lt; 75\text{ W}</math>, lub</li> <li>e) reakcja hemodynamiczna na wysiłek - brak przyrostu lub spadek częstości rytmu lub skurczowego ciśnienia krwi, lub</li> <li>f) choroby współistniejące: cukrzyca insulinozależna i z powikłaniami, niewydolność nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchości,</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>- przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>2. 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 kardiologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</li> <li>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> </ol> <p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) W ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> </li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz rehabilitacji, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>2) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia <math>&gt; 100/\text{min.}</math>,</li> <li>c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,</li> <li>d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> <li>e) wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,</li> <li>f) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST <math>&gt; 2\text{ mm}</math> w EKG spoczynkowym,</li> <li>h) niewyrównana niewydolność serca,</li> <li>i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>j) powikłania pooperacyjne,</li> <li>k) wyzwalone wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego <math>&gt; 20\text{ mmHg}</math>, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		<p>l) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych,</p> <p>3) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:</p> <p>a) samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (ból w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),</p> <p>b) samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (ból w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</p> <p>c) pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,</p> <p>d) zdolności do realizacji treningu fizycznego,</p> <p>e) obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</p> <p>4) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych.</p> <p>5) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych.</p>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>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”.</li> <li>Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> <li>Pacjenci objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
	<b>Etapy realizacji świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>konsultację psychologiczną,</li> <li>konsultację dietetyczną,</li> </ol> </li> <li>etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> <li>profil fizjoterapeutyczny - nie mniej niż 2 interwencje dziennie: fizjoterapia indywidualna lub funkcjonalny trening medyczny (do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania średnio w trakcie pobytu 75 minut dziennie, oraz</li> <li>inne profile: nie mniej niż 4 interwencje w trakcie pobytu: <ul style="list-style-type: none"> <li>profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna – czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub</li> <li>profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania nie więcej niż 60 minut (minimum dwie interwencje psychologiczne w trakcie pobytu) na pacjenta.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> </li> <li>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).</li> </ol> </li> <li>Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii: tolerancji wysiłku, w tym testy wydolnościowe/próby wysiłkowe oraz 6-minutowy test marszowy, ocenę tolerancji wysiłkowej pacjenta wyrażoną w skali Borga/</li> </ol> </li> </ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		<p>Zmodyfikowanej skali Borga oraz ocenę jakości życia określoną na podstawie kwestionariusza SF-36,</p> <p>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p> <p>3. Świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:</p> <p>1) I faza obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG),</li> <li>b) ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),</li> <li>c) sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-def brylator, stymulator resynchronizujący),</li> <li>d) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> <li>e) szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów: forma treningu domowego będzie uzależniona od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez pacjenta (w szczególności cykloergometr, bieżnia, stepper, kije do Nordic Walking); w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy,</li> <li>f) szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu,</li> </ul> <p>2) II faza obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 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-def brylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza,</li> <li>b) sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog,</li> <li>c) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta,</li> <li>d) podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta,</li> <li>e) 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).</li> </ul>
	<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 35 dni zabiegowych każdorazowo po incydencie ostrego zespołu wieńcowego oraz do 24 dni zabiegowych w ramach telerehabilitacji kardiologicznej.</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 kardiologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
	<b>Procedury ICD-9</b>	Nie dotyczy
	<b>Świadczenia dodatkowe</b>	<p>3. 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>4. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:  91.81 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii  91.82 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew  91.83 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew i antybiogram</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne* <sup>2</sup>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Oddział kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej	
<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Stacjonarny	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>gabinet diagnostyczno - zabiegowy,</li> <li>gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>gabinet lekarski,</li> <li>sala fizjoterapii.</li> </ol> </li> <li>Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> <li>gabinet psychologiczny,</li> <li>sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców.</li> </ol> </li> <li>Dodatkowe warunki wymagane w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> <li>stanowisko intensywnego nadzoru,</li> <li>wyposażenie w aparaturę medyczną: <ol style="list-style-type: none"> <li>def brylator,</li> <li>aparat EKG,</li> <li>aparat EKG metodą Holtera,</li> <li>zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr),</li> <li>aparat USG z Dopplerem (echokardiografia),</li> <li>zestaw do ergospirometrii.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>Dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> <li>zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</li> <li>system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami,</li> <li>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,</li> <li>w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,</li> <li>fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.</li> </ol> </li> <li>Warunki lokalowe wspólne.</li> </ol>	
<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dietetyk - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Fizjoterapeuta - posiadający umiejętności rozpoznawania u pacjenta zaburzeń w EKG, rytmu serca, niedokrwienia lub innych zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego, związanych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym, udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Psycholog – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym „Wykonanie i interpretacja zapisu</li> </ol>	

\* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			
		<p>elektrokardiograficznego” – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.</p> <p>8. 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).</p> <p>9. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarzkiej.</p>	
	<b>Dodatkowe warunki</b>	<p>1. 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>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, lub</li> <li>2) podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie w ramach prewencji wtórnej prowadzony jest monitoring pacjenta przez 6 miesięcy od zakończenia rehabilitacji.</li> </ol> <p>3. Kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej – 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.</p> <p>4. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub lekarza rehabilitacji.</p>	
	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji
		Kryteria terytorialne	Brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>			
	<b>Wskaźniki jakości</b>	<p><b>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</b></p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej;</li> <li>– średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,</li> </ul> <p>2. Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>– wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych do liczby dni pobytu w oddziale stacjonarnym rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób prowadzonych w tej formie oraz wyłącznie w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> <p>3. Długość trwania rehabilitacji kardiologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>– wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>– wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> </ul> <p>4. Liczba i rodzaj realizowanych interwencji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji kardiologicznej interwencje: psychologiczne i dietetyczne.</li> </ul> <p><b>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</b></p>	



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania obciążenia wysiłkiem na podstawie skali Borga/zmodyfikowanej skali Borga, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną.</li> </ul>
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Raportowanie osiągnięcia celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>4. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów wysiłkowych oraz skali Borga oraz kwestionariusza SF-36.</li> <li>5. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń</li> </ol>
3) <b>Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa stacjonarna dla pacjentów po zdarzeniu sercowo-naczyniowym</b>	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	<b>Wymogi formalne</b>	<p><b>Wystawca skierowania:</b> lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol> <p><b>Załączone badania</b> Do skierowania musi być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</li> <li>4. Ostatnio wykonywane zapisy EKG.</li> <li>5. Informacja o parametrach urządzeń wszczepialnych.</li> </ol> <p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym oddziale kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie</li> </ol>
	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po hospitalizacji w oddziale szpitalnym leczącym ostrą fazę choroby związanej z epizodem nasilenia objawów: niewydolności serca, nadciśnienia tętniczego i nadciśnienia płucnego, zaburzeń rytmu, chorób wsierdza i osierdza, oraz</li> <li>2) wysokie ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych – występowanie jednego z poniższych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) funkcja skurczowa lewej komory - istotnie upośledzona EF ≤ 35% lub cechy kardiomiopatii lub III-IV klasa wg skali NYHA, lub</li> <li>b) złożona arytmia komorowa - w spoczynku lub w czasie wysiłku, lub</li> <li>c) cechy niedokrwienia w EKG wysiłkowym- obniżenie ST &gt; 2mm, lub</li> <li>d) wydolność fizyczna &lt;5 MET, &lt;75 W, lub</li> <li>e) reakcja hemodynamiczna na wysiłek - brak przyrostu lub spadek częstości rytmu lub skurczowego ciśnienia krwi, lub</li> <li>f) choroby współistniejące: cukrzyca insulinozależna i z powikłaniami, niewydolność nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchości,</li> </ol> </li> </ol> <p>- przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</p> <li>2. 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 kardiologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</li> </li></ol>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		
		<p>3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p><b>Opis dodatkowy</b></p> <p>1. Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub</li> <li>2) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału.</li> </ol> <p>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz rehabilitacji, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>2) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują: <ol style="list-style-type: none"> <li>b) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>c) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia &gt; 100/min.,</li> <li>d) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,</li> <li>e) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> <li>f) wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,</li> <li>g) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>h) niedokrwienne obniżenie odcinka ST &gt; 2 mm w EKG spoczynkowym,</li> <li>i) niewyrównana niewydolność serca,</li> <li>j) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>k) powikłania pooperacyjne,</li> <li>l) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego &gt; 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</li> <li>m) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych,</li> </ol> </li> <li>3) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (ból w klatce piersiowej, zasnęnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),</li> <li>b) samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (ból w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</li> <li>c) pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,</li> <li>d) zdolności do realizacji treningu fizycznego,</li> <li>e) obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</li> </ol> </li> <li>4) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych.</li> <li>5) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych.</li> </ol>
	<b>Kryteria wyłączenia</b>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczą</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> <li>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”.</li> <li>3. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> <li>4. Pacjenci objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.</li> </ol>

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej**

II. Zakres świadczenia	
<b>Etapy realizacji świadczeń</b>	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację psychologiczną,</li> <li>d) konsultację dietetyczną,</li> </ol> </li> <li>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarstwa - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- profil fizjoterapeutyczny - nie mniej niż 2 interwencje dziennie: fizjoterapia indywidualna lub funkcjonalny trening medyczny (do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania średnio w trakcie pobytu 75 minut dziennie, oraz</li> <li>- inne profile: nie mniej niż 4 interwencje w trakcie pobytu:                       <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna – czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów,</li> <li>• profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania nie więcej niż 60 minut (minimum dwie interwencje psychologiczne w trakcie pobytu) na pacjenta.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> </li> <li>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).</li> </ol> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii: tolerancji wysiłku, w tym testy wydolnościowe/próby wysiłkowe oraz 6-minutowy test marszowy, ocenę tolerancji wysiłkowej pacjenta wyrażoną w skali Borga/ Zmodyfikowanej skali Borga oraz ocenę jakości życia określoną na podstawie kwestionariusza SF-36,</li> <li>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ol> <p>3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka zdarzenia sercowo-naczyniowego prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji.</p> <p>4. Przeprowadzanie badań elektrokardiograficznych lub laboratoryjnych.</p> <p>5. Świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I faza obejmuje:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG),</li> <li>b) ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),</li> <li>c) sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrilator, stymulator resynchronizujący),</li> <li>d) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> <li>e) szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów: forma treningu domowego będzie uzależniona od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez pacjenta (w szczególności cykloergometr, bieżnia, stepper, kije do Nordic Walking); w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy,</li> <li>f) szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu,</li> </ol> </li> <li>2) II faza obejmuje:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 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-</li> </ol> </li> </ol>

<b>Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej</b>		
		<p>def brylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza,</p> <p>b) sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog,</p> <p>c) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta,</p> <p>d) podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta,</p> <p>e) 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).</p>
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 14 dni zabiegowych każdorazowo po incydencie ostrego zespołu wieńcowego oraz do 24 dni zabiegowych w ramach telerehabilitacji kardiologicznej.</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> </ol>
<b>Procedury ICD-9</b>		Nie dotyczy
<b>Świadczenia dodatkowe</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 91.81 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew i antybiogram 93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne*<sup>3</sup></li> </ol>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>		Oddział kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej
<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>		4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>		Stacjonarny
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy,</li> <li>2) gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>3) gabinet lekarski,</li> <li>4) sala fizjoterapii.</li> </ol> </li> <li>2. Warunki lokalowe wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gabinet psychologiczny,</li> <li>2) sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców.</li> </ol> </li> <li>3. Dodatkowe warunki wymagane w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stanowisko intensywnego nadzoru,</li> <li>2) wyposażenie w aparaturę medyczną: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) def brylator,</li> <li>b) aparat EKG,</li> <li>c) aparat EKG metodą Holtera,</li> <li>d) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr),</li> <li>e) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia),</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

\* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			
		<p>f) zestaw do ergospirometrii.</p> <p>4. Dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</li> <li>2) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami,</li> <li>3) 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,</li> <li>4) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,</li> <li>5) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.</li> </ol> <p>5. Warunki lokalowe wspólne.</p>	
	<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dietetyk - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>2. Fizjoterapeuta - posiadający umiejętności rozpoznawania u pacjenta zaburzeń w EKG, rytmu serca, niedokrwienia lub innych zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego, związanych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym, udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>3. Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>4. Lekarz rehabilitacji – udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>5. Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii - udziela świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>6. Psycholog – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>7. Technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.</li> <li>8. 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).</li> <li>9. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej.</li> </ol>	
	<b>Dodatkowe warunki</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.).</li> <li>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, lub</li> <li>2) podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie w ramach prewencji wtórnej prowadzony jest monitoring pacjenta przez 6 miesięcy od zakończenia rehabilitacji.</li> </ol> </li> <li>3. Kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej – 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.</li> <li>4. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub lekarza rehabilitacji.</li> </ol>	
	<b>Kryteria usieciowienia</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			
	(kontraktowania)	Kryteria terytorialne	Brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>			
	<b>Wskaźniki jakości</b>	<b>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</b> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej;</li> <li>- średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,</li> </ul> 2. Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>- wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych do liczby dni pobytu w oddziale stacjonarnym rehabilitacji,</li> <li>- wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób prowadzonych w tej formie oraz wyłącznie w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> 3. Długość trwania rehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> </ul> 4. Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji kardiologicznej interwencje: psychologiczne i dietetyczne.</li> </ul> <b>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania obciążenia wysiłkiem na podstawie skali Borga/zmodyfikowanej skali Borga, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną,</li> <li>- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną.</li> </ul>	
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Raportowanie osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów wysiłkowych oraz skali Borga oraz kwestionariusza SF-36. 5. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń	

## 2.2 Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		
Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna	<b>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia</b>	
	Wymogi formalne	Wystawca skierowania: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		
lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa dzienna dla pacjentów po zdarzeniu sercowo- naczyniowym		<p><b>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie przez lekarza kierującego celu skierowania.</li> <li>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 rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.</li> </ol>
		<p><b>Załączone badania</b> Do skierowania muszą być dołączone:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania.</li> <li>2. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.</li> <li>3. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłe postępującej.</li> <li>4. Ostatnio wykonywane zapisy EKG.</li> <li>5. Informacja o parametrach urządzeń wszczepialnych.</li> </ol>
		<p><b>Pozostałe warunki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie powinno być zarejestrowane w wybranym ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia.</li> <li>2. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.</li> </ol>
	<b>Kryteria włączenia</b>	<p><b>Opis włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci spełniający kryterium: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po hospitalizacji w oddziale szpitalnym leczącym ostrą fazę choroby związanym z: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ostrym zespołem wieńcowym leczonym chirurgicznie (CABG), wewnątrznaczyniowo (PTCA), zachowawczo, lub</li> <li>b) epizodem nasilenia objawów: niewydolności serca, nadciśnienia tętniczego i nadciśnienia płucnego, zaburzeń rytmu, chorób wsierdza i osierdza, lub</li> <li>c) skutkującym: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym wady wrodzonej serca, leczeniem chirurgicznym lub inwazyjnym tętniaka, lub</li> </ol> </li> <li>2) po zakończonej rehabilitacji w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, lub</li> <li>3) z istotną progresją choroby (10-letnie ryzyko zgonu z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego obliczone za pomocą SCORE wynoszące <math>\geq 10\%</math>).</li> </ol> </li> <li>2. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</li> <li>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 ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</li> <li>4. Przyjęcie w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.</li> <li>5. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</li> <li>6. Kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz rehabilitacji, pielęgniarka lub technik elektromiologii, fizjoterapeuta oraz psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,</li> <li>2) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia <math>&gt; 100/\text{min.}</math>,</li> <li>c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca</li> <li>d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> <li>e) wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,</li> <li>f) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST <math>&gt; 2 \text{ mm}</math> w EKG spoczynkowym,</li> <li>h) niewyrównana niewydolność serca,</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>j) powikłania pooperacyjne,</li> <li>k) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo- komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego &gt; 20 mmHg, bradykardia lub pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</li> <li>l) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego.</li> </ul>
		<p><b>Opis dodatkowy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka.</li> <li>2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</li> <li>3. Kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta oraz psycholog, w oparciu o poniższe kryteria:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,</li> <li>2) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia &gt; 100/min.,</li> <li>c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca</li> <li>d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> <li>e) wady serca wymagające korekty kardiologicznej,</li> <li>f) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST &gt; 2 mm w EKG spoczynkowym,</li> <li>h) niewyrównana niewydolność serca,</li> <li>i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>j) powikłania pooperacyjne,</li> <li>k) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo- komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego &gt; 20 mmHg, bradykardia lub pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</li> <li>l) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,</li> </ol> </li> <li>3) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (ból w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),</li> <li>b) samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (ból w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</li> <li>c) pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała,</li> <li>d) zdolności do realizacji treningu fizycznego,</li> <li>e) obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</li> </ol> </li> <li>4) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych;</li> <li>5) w przypadku pacjentów z niewydolnością serca – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku;</li> <li>6) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej lub pojawienia się przeciwwskazań do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej po rozpoczęciu sesji treningowych, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w ośrodku lub oddziale dziennym.</li> </ol> </li> </ol>
	<p><b>Kryteria wyłączenia</b></p>	<p><b>Kody wg ICD – nie dotyczy</b></p> <p><b>Opis powodu wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.</li> </ol>



**Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej**

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Poprawa stanu funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego.</li> <li>3. 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”.</li> <li>4. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</li> <li>5. Pacjenci po przebytych zawałach serca objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawałach mięśnia sercowego.</li> </ol>
<b>II. Zakres świadczenia</b>		
<b>Etapy realizacji świadczeń</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapy udzielania świadczeń:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz</li> <li>b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz</li> <li>c) konsultację psychologiczną,</li> <li>d) konsultację dietetyczną,</li> </ol> </li> <li>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>b) opiekę pielęgniarstwa - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</li> <li>c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów):                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny (do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 75 minut dziennie, oraz</li> <li>– profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów,</li> <li>– profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna (indywidualna lub grupowa- do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania 30 minut w dniu zabiegowym.</li> </ul> </li> <li>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).</li> </ol> </li> <li>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii: tolerancji wysiłku, w tym testy wydolnościowe/próby wysiłkowe oraz 6-minutowy test marszowy, ocenę tolerancji wysiłkowej pacjenta wyrażoną w skali Borga/ Zmodyfikowanej skali Borga oraz ocenę jakości życia określoną na podstawie kwestionariusza SF-36,</li> <li>2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</li> <li>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</li> </ol> </li> <li>3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka zdarzenia sercowo-naczyniowego prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji.</li> <li>4. Przeprowadzanie badań elektrokardiograficznych lub laboratoryjnych.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Ramy czasowe realizacji świadczeń</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 28 dni zabiegowych każdorazowo po incydencie sercowo-naczyniowym, z możliwością realizacji części dni zabiegowych w ramach telerehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> </ol>
<b>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</b>		
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>		Ośrodek kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		
<b>Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej</b>	2308 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Ambulatoryjny	
<b>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Warunki lokalowe wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> <li>gabinet diagnostyczno-zabiegowy,</li> <li>gabinet fizjoterapeutyczny,</li> <li>gabinet lekarski,</li> <li>gabinet psychologiczny,</li> <li>sala fizjoterapii,</li> <li>sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców;</li> </ol> </li> <li>Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> <li>gabietu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego,</li> <li>sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.</li> </ol> </li> <li>Warunki lokalowe wspólne: <ol style="list-style-type: none"> <li>przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;</li> <li>w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;</li> <li>w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;</li> <li>w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter.</li> </ol> </li> <li>Dodatkowe wyposażenie wymagane w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> <li>aparat EKG metodą Holtera,</li> <li>aparat EKG,</li> <li>aparat USG z Dopplerem (echokardiografia),</li> <li>defibrylator,</li> <li>zestaw do ergospirometrii (opcjonalnie),</li> <li>zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr),</li> </ol> </li> <li>Dodatkowe wyposażenie wymagane w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> <li>zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</li> <li>system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami,</li> <li>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,</li> <li>w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,</li> <li>fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.</li> </ol> </li> <li>Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu jako wydzielone pomieszczenie zamknięte.</li> </ol>	
<b>Personel medyczny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dietetyk - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Fizjoterapeuta – posiadający umiejętności rozpoznawania u pacjenta zaburzeń w EKG, rytmu serca, niedokrwienia lub innych zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego, związanych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym, udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej.</li> <li>Psycholog – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia.</li> <li>Technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.</li> </ol>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej			
		6. Zapewnienie opieki lekarskiej w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej przez: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub</li> <li>2) lekarza rehabilitacji.</li> </ol>	
	<b>Dodatkowe warunki</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.)</li> <li>2. Kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej – 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.</li> </ol>	
	<b>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</b>	Kryteria populacyjne	Brak informacji
		Kryteria terytorialne	Brak informacji
<b>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</b>			
	<b>Wskaźniki jakości</b>	<b>Wskaźniki dotyczące jakości opieki</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby/z oddziału stacjonarnej rehabilitacji/pacjentów przewlekłych, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej;</li> <li>– średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby/ z oddziału stacjonarnej rehabilitacji,</li> </ul> </li> <li>2. Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej,</li> <li>– wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych do liczby dni pobytu w ośrodku dziennym rehabilitacji,</li> <li>– wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób prowadzonych w tej formie oraz wyłącznie w warunkach ośrodka dziennego,</li> </ul> </li> <li>3. Długość trwania rehabilitacji kardiologicznej:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną,</li> <li>– wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną,</li> <li>– wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną,</li> </ul> </li> <li>4. Liczba i rodzaj realizowanych interwencji:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji kardiologicznej interwencje: psychologiczne i dietetyczne.</li> </ul> </li> </ol> <b>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w teście wysiłkowym na bieżni lub cykloergometrze, lub w 6 – minutowym teście marszowym, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny odczuwania obciążenia wysiłkiem na podstawie skali Borga/zmodyfikowanej skali Borga, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną,</li> <li>– wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w zakresie oceny jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację kardiologiczną.</li> </ul>	
	<b>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</li> <li>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</li> <li>3. Raportowanie osiągnięcia celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</li> <li>4. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów wysiłkowych oraz skali Borga oraz kwestionariusza SF-36.</li> </ol>	

