



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Załącznik 4 Uwagi ekspertów

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji
kardiologicznej

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2019

Data ukończenia: 3 kwietnia 2019 r.

Przesłane do Agencji uwagi eksperckie odnoszą się do propozycji zmian opisów świadczeń, w tym warunków, w których realizowane są świadczenia oraz koncepcji zmian w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.

Uwagi dotyczące opisu świadczeń są zbieżne zarówno dla Kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej stacjonarnej dla pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym, jak i dla pacjentów po zdarzeniu sercowo-naczyniowym, a także dla kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dziennej dla pacjentów po zdarzeniu sercowo-naczyniowym.

Uwagi odnoszą się między innymi do czasu przyjęcia pacjenta na oddział rehabilitacji stacjonarnej, a także personelu upoważnionego do przeprowadzania kwalifikacji do rehabilitacji, uwzględnienia w składzie personelu terapeuty zajęciowego, wskaźników jakości oraz czasu trwania rehabilitacji kardiologicznej. Część ekspertów podkreślało, że wstępną kwalifikację do rehabilitacji kardiologicznej powinien dokonywać lekarz oddziału rehabilitacji.

Uwagi do fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego dotyczą głównie skrócenia czasu przyjęcia na rehabilitację oraz uwzględnienia edukacji zdrowotnej w procesie rehabilitacji.

Uwagi do koncepcji zmian w rehabilitacji kardiologicznej dotyczą m.in.:


- 1) Kwalifikacji pacjentów do poszczególnych warunków realizacji świadczeń.
- 2) Opisu poziomów ryzyka wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego.
- 3) Profilu populacji docelowej.


Część przedstawionych w niniejszym załączniku uwag, zostało uwzględnionych w opisach świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej



Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			Uwag ekspertów
1. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa stacjonarna dla pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <p>Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria dla świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po zabiegu kardiochirurgicznym, 2) wysokie ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, – przyjęcie bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby. <p>1. W przypadku wystąpienia dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p>	<p>P. Majcher:</p> <p>konieczny także okres 14 dni od wypisu z oddziału leczenia ostrej fazy</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej (możliwa również w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby). 2. 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 EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, 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"> a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, e) wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej, f) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu, g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, h) niewyrównana niewydolność serca, i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, j) powikłania pooperacyjne, k) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe 	<p>P. Majcher:</p> <p>Lekarz jako koordynator zespołu terapeutycznego podejmuje decyzję po konsultacji z całym zespołem</p> <p><u>Usunięcie z pkt 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog • podpunktu 2 <p><u>Dopisanie podpunktu 2 (pkt. 2):</u> W oparciu o aktualną wiedzę medyczną i rekomendacji towarzystw naukowych</p> <p style="background-color: red; color: black; text-align: center; padding: 2px;">[REDACTED]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej specjalista kardiolog i/lub specjalista rehabilitacji medycznej na podstawie dokumentacji medycznej. Ostateczną decyzję o hospitalizacji podejmuje w dniu przyjęcia na Oddział 2. Kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje lekarz specjalista kardiolog i/lub specjalista rehabilitacji medycznej w oparciu o rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej Stanowisko ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i aktualnej wiedzy medycznej (komentarz: Kwalifikuje lekarz, natomiast zespół realizuje i dokumentuje przebieg rehabilitacji)

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<p>i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</p> <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>	<p>Usunięcie pkt. 2 (Rekomendacje zawarte w w/w dokumencie, zgodnie z wiedzą medyczną po zbadaniu pacjenta- wykaz kryteriów jest zawężony)</p> <p>█</p> <p>Pkt. 1: Komentarz: Do rehabilitacji ZAWSZE wstępnie kwalifikuje lekarz leczący ostrą fazę choroby wystawiając konieczne skierowanie (warunek kwalifikacji przez ośrodek rehabilitacji)</p>
Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Pacjenci objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. 	<p>█</p> <p>Komentarze:</p> <p>Pkt. 1: Brak definicji celu terapeutycznego</p> <p>Pkt. 2: Niezrozumiałe, gdyż ocenie podlega stan kliniczny pacjenta (stopień zaawansowania choroby układu krążenia, a nie stan funkcjonalny).</p> <p>Pkt. 3: Stan funkcjonalny w rehabilitacji kardiologicznej nie jest kluczowy i nie może stanowić kryterium wykluczenia</p> <p>Pkt. 4: Niezrozumiałe, prawdopodobnie błąd stylistyczny</p>
Etapy realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: 	<p>P. Majcher:</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz c) konsultację psychologiczną, d) konsultację dietetyczną, 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz 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"> – 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 – inne profile: nie mniej niż 4 interwencje w trakcie pobytu: <ul style="list-style-type: none"> • profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania nie więcej niż 60 minut (minimum dwie interwencje psychologiczne w trakcie pobytu) na pacjenta. 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii. 3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka zdarzenia sercowo-naczyniowego prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji. 4. Przeprowadzanie badań elektrokardiograficznych lub laboratoryjnych. 5. Świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) I faza obejmuje: 	<p>Zmiana w pkt 1: z konsultacji na ocenę; dopisanie podpunktu e) ocena terapeuty zajęciowego</p> <p><u>Dopisanie w podpunkcie 2 (pkt.1):</u> profil terapeuty zajęciowego – interwencja: interwencje fizjoterapeuty zajęciowego – czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów</p> <p><u>Dopisanie podpunktu 3 i 4 w pkt 2: 3) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (próba wysiłkowa lub test korytarzowy), 4) sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),</u></p> <p></p> <p>Zmiana w pkt 1: z konsultacji na ocenę; dopisanie podpunktu e) ocena terapeuty zajęciowego</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 2 (pkt. 1):</u> wykasowanie: „czas trwania średnio w trakcie pobytu 75 minut dziennie” (komentarz: W zależności od stanu klinicznego pacjenta- skąd 75 minut dziennie?)</p> <p>Pkt 2: Komentarz: Przez poszczególnych członków zespołu rehabilitacyjnego, zgodnie z Polską Szkołą Rehabilitacji</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 2 (pkt. 2):</u> na końcu terapii ocena efektów prowadzonej rehabilitacji</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie b) (pkt. 3):</u> ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (próba wysiłkowa lub test korytarzowy) (komentarz: Termin „wydolność fizyczna” odnosi się głównie do osób zdrowych))</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie c) (pkt.3):</u> na końcu terapii ocena efektów prowadzonej rehabilitacji (komentarz: na podstawie dokumentacji)</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 2) a) (pkt. 3):</u> procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” z telemonitoringu urządzeń wszczepialnych (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) –</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<p>a) ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG),</p> <p>b) ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),</p> <p>c) sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),</p> <p>d) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</p> <p>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 Wa king); w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy, szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu,</p> <p>2) II faza obejmuje:</p> <p>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-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizujący) – 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>	<p>pielęgniarka lub technik elektroradiolog <u>lub elektroradiolog</u>, pod nadzorem lekarza <u>oddziału</u>.</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 2) e) (pkt. 3):</u> wizyta końcowa po wykonanym cyklu 24 treningów obejmująca: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG echo serca, <u>jeśli stwierdza się wskazania do wykonania badania echokardiograficznego</u>), ocenę <u>tolerancji wysiłku fizycznego</u> (próba wysiłkowa i test korytarzowy),</p> <p></p> <p><u>Podpunkt 2 (pkt. 1) oraz pkt 3 i 4:</u> Konieczne odrębne wyróżnienie profilu edukacyjnego w zakresie czynników ryzyka , co najmniej 4 interwencje – realizuje zespół rehabilitacyjny koordynowany przez pielęgniarkę Pism. EUROACTION: A European Society of Cardiology demonstration project in preventive cardiology.: A cluster randomised controlled trial of a multi-disciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, asymptomatic high risk individuals and their European Heart Journal Supplements (2004) 6(Supplement J), J3–J15</p> <p>Wskazany odrębny program wsparcia w rzuceniu palenia , oparty o pomiary wydychanego CO oraz kotyniny w moczu Smoking and Cardiac Rehabilitation Participation: Associations with Referral, Attendance and Adherence Prev Med. 2015 Nov; 80: 67–74.</p> <p>Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Massimo Francesco Piepoli, Ugo Corrà, Werner Benzer, Birna Bjarnason-Wehrens, Paul Dendale, Dan Gaita, Hannah McGee, Miguel Mendes, Josef Niebauer, Ann-Dorthe Olsen Zwisler and Jean-Paul Schmid European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation 2010 17: 1 <u>Pkt 4 komentarz: Warunkiem rozpoczęcia i realizacji rehabilitacji kardiologicznej jest zawsze: nowa ocena echokardiograficzna, badanie wydolności (test wysiłkowy, lub ocena funkcjonalna, jeśli test niemożliwy) na początku i na zakończenie rehabilitacji , badania laboratoryjne w</u></p>


Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			Uwag ekspertów
			zależności od potrzeb, jednak zawsze lipidogram i glukoza we krwi a w razie wskazań (otyłość , podwyższona glukoza na czczo) OGTT, w razie potrzeby badanie holterowskie . Należy wymagać przynajmniej 3 spośród wymienionych procedur : echo, dwukrotny test wysiłkowy, holter EKG
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana pkt. 1:</u> 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 pobytu na oddziale stacjonarnym, a do 14 dni pobytu na oddziale stacjonarnym i do 24 dni zabiegowych w ramach telerehabilitacji kardiologicznej.</p> <p>Pkt. 1.: Komentarz: Obecnie jest 5 tygodni i tak powinno zostać</p> <p>Pkt. 2: zamiast badaniem zespołu terapeutycznego, badaniem lekarskim (Komentarz: Kluczowe decyzje powinna podejmować osoba najbardziej kompetentna- lekarz oddziału.)</p> <p><u>Pkt. 1 komentarz:</u> Nie więcej niż 21 dni ew. Przedłużenie! nie mniej niż 14</p>
	Świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii</p> <p>91.82 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew</p> <p>91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew i antybiogram</p> <p>93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne*¹</p>	
	<p>Wskaźniki jakości</p> <p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji kardiologicznej. <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej lub fizjoterapii ambulatoryjnej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji. <p>3. Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób po zabiegu kardiochirurgicznym w rehabilitacji kardiologicznej, – wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych. 	<p>P. Majcher:</p> <p>Po stronie NFZ</p> <p></p> <p>Rodzi się wątpliwość, czemu mają służyć wymienione wskaźniki i kto ma je wykazywać. Jeśli mieliby to robić pracownicy oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, to zgłaszam sprzeciw.</p> <p></p> <p>Pkt 3. Komenatrz: Wskaźnik osób wracających do pracy Wskaźnik rzucających palenie Wskaźnik osiągnięcia celu poziomu LDLC < 70 mg/dl</p>
	<p>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</p> <p>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</p> <p>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</p> <p>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</p>	
2. Kompleksowa rehabilitacja	<p>Kryteria włączenia</p> <p>Opis włączenia</p> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:</p>	


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

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa stacjonarna dla pacjentów po zdarzeniu sercowo-naczyniowym	<ol style="list-style-type: none"> 1) po hospitalizacji w oddziale szpitalnym leczącym ostrą fazę choroby, oraz 2) wysokie ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, <ul style="list-style-type: none"> – przyjęcie bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby. 2. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 	
	<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej: <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 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 EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, 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"> a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, e) wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej, f) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu, g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, h) niewyrównana niewydolność serca, i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, j) powikłania pooperacyjne, 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Usunięcie z pkt 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog • podpunktu 2 <p><u>Dopisanie podpunktu 2 (pkt. 3):</u> W oparciu o aktualną wiedzę medyczną i rekomendacji towarzystw naukowych</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<p>k) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</p> <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>	
	Kryteria wyłączenia	Kody wg ICD – nie dotyczy
		<p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Pacjenci objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz c) konsultację psychologiczną, d) konsultację dietetyczną, 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz 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"> – 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 – inne profile: nie mniej niż 4 interwencje w trakcie pobytu: <ul style="list-style-type: none"> • profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna - czas trwania nie więcej niż 60 minut (minimum dwie interwencje psychologiczne w trakcie pobytu) na pacjenta. 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii. 3. Edukacja pacjenta w zakresie redukcji czynników wystąpienia ryzyka zdarzenia sercowo-naczyniowego prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji. 4. Przeprowadzanie badań elektrokardiograficznych lub laboratoryjnych. 5. Świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) I faza obejmuje: 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana w pkt 1:</u> z konsultacji na ocenę; dopisanie podpunktu e) ocena terapeuty zajęciowego</p> <p><u>Dopisanie w podpunkcie 2 (pkt. 1):</u> profil terapeuty zajęciowego</p> <p><u>Dopisanie podpunktu 3 w pkt 2: 3)</u> ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (próba wysiłkowa lub test korytarzowy),</p> <p></p> <p>Pkt. 3 i 4 : komentarz: Jak w RK po kardiochirurgii</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<ul style="list-style-type: none"> a) ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG), b) ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy), c) sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący), d) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji, 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 Wa king); w przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy, f) szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu, <p>2) II faza obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza, b) sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, c) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta, d) podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta, 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), 	
Ramy czasowe realizacji świadczeń	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	P. Majcher: <u>Zmiana pkt. 1:</u> Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej		Uwag ekspertów
	<p>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>	oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 35 dni pobytu na oddziale stacjonarnym, a do 14 dni pobytu na oddziale stacjonarnym i do 24 dni zabiegowych w ramach telerehabilitacji kardiologicznej.
Świadczenia dodatkowe	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9 :</p> <p>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe</p> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew i antybiogram 93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne*2</p>	
Wskaźniki jakości	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji kardiologicznej; <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, 	<p>P. Majcher:</p> <p>Po stronie NFZ</p> <p></p> <p>Pkt. 3: komentarz: Jak w RK po kardiochirurgii</p>

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

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej			Uwagi ekspertów
		<ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej lub fizjoterapii ambulatoryjnej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, <p>3. Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób z po zdarzeniu sercowo- naczyniowym w rehabilitacji kardiologicznej, - wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych. 	
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<p>1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym.</p> <p>2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji.</p> <p>3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji.</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej			Uwagi ekspertów
Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa dzienna dla pacjentów po zdarzeniu sercowo-naczyniowym	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <p>1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) po hospitalizacji w oddziale szpitalnym leczącym ostrą fazę choroby, lub b) po zakończonej rehabilitacji w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub c) pacjent z istotną progresją choroby (10-letnie ryzyko zgonu z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego obliczone za pomocą skali SCORE wynoszące $\geq 10\%$), oraz d) pacjent z niskim lub umiarkowanym ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, <p>2. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</p> <p>3. Przyjęcie w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</p> <p>4. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas</p>	<p>Podpunkt c) (pkt. 1): komentarz: Z wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym zamiast „progresji” Progresja wymagałaby leczenia a nie rehabilitacji</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		Uwagi ekspertów
	<p>rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.</p> <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 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"> 1) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, 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"> a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, e) wady serca wymagające korekty kardiologicznej, f) kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu, g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, h) niewyrównana niewydolność serca, i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, j) powikłania pooperacyjne, k) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia lub pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, l) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, 3) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie: 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Usunięcie z pkt 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog • podpunktu 2 <p><u>Dopisanie podpunktu 2 (pkt. 3):</u> W oparciu o aktualną wiedzę medyczną i rekomendacji towarzystw naukowych</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		Uwagi ekspertów
	<p>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),</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 pacjentów z niewydolnością serca – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku;</p> <p>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.</p>	
Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. Poprawa stanu funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Pacjenci po przebytych zawałach serca objęci rehabilitacją kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawałach mięśnia sercowego. 	
Etapy udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określeniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz konsultację fizjoterapeutyczną, oraz konsultację psychologiczną, konsultację dietetyczną, 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana w pkt 1 (podpunkt 1):</u> z kwalifikacji na ocenę; dopisanie e) ocena terapeuty zajęciowego</p> <p><u>Dopisanie w pkt 1 (podpunkt 2):</u> profil terapeuty zajęciowego</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej			Uwagi ekspertów
		<p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <p>a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny (do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 75 minut dziennie, oraz – profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, – profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna (indywidualna lub grupowa- do 10 pacjentów jednocześnie) – czas trwania 30 minut w dniu zabiegowym. <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p> <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>Dopisanie w pkt. 2: ocena tolerancji wysiłku fizycznego (próba wysiłkowa lub 6-minutowy test marszowy)</p> <p>XXXXXXXXXX</p> <p>Pkt. 3 i 4: komentarz: Jak w rehabilitacji stacjonarnej</p>
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<p>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,</p> <p>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.</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		Uwagi ekspertów
	<p>Wskaźniki jakości</p> <p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <ol style="list-style-type: none"> Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej: <ul style="list-style-type: none"> wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji kardiologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji kardiologicznej; Długość trwania kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej: <ul style="list-style-type: none"> wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, wskaźnik liczby osób wykluczonych z terapii, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do fizjoterapii ambulatoryjnej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, Liczba osób prowadzonych w ramach hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ul style="list-style-type: none"> wskaźnik liczby osób prowadzonych w formie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej do ogólnej liczby osób z po zdarzeniu sercowo-naczyniowym rehabilitacji kardiologicznej, wskaźnik liczby dni zabiegowych realizowanych w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych. 	<p>P. Majcher:</p> <p>Po stronie NFZ</p> <p>██████████</p> <p>Rodzi się wątpliwość, czemu mają służyć wymienione wskaźniki i kto ma je wykazywać. Jeśli miał by to robić pracownicy oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, to zgłaszam sprzeciw</p> <p>██████████</p> <p>Pkt. 3 komentarz: Jak w rehabilitacji stacjonarnej</p>
	<p>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</p> <ol style="list-style-type: none"> Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym. 	

Świadczenia w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego


Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej			Uwagi ekspertów
1. Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający kryteria - po zakończonej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej lub dziennej (ze skierowaniem z oddziału lub ośrodka dziennego rehabilitacji po ocenie przez lekarza kardiologa) - rozpoczęcie fizjoterapii w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania, <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się w ciągu 14 dni od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana: 1:</u> Pacjenci spełniający kryteria - po zakończonej wczesnej rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej lub dziennej (ze skierowaniem od lekarza kardiologa i/lub lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej) - rozpoczęcie fizjoterapii w ciągu 14 dni od dnia wystawienia skierowania,</p> <p>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana pkt. 1:</u> Przyjęcie do pracowni fizjoterapii odbywa się bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od otrzymania skierowania na podstawie oceny pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego</p>
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczą</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. 	
	Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> fizjoterapię indywidualną – maksimum 1 raz 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub funkcjonalny trening medyczny – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego. 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 1 (pkt 1):</u> etap I – obejmuje interwencję - ocenę wstępną fizjoterapeutyczną.</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 2) (pkt. 1):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> fizjoterapię indywidualną – maksimum 1 raz 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub/i funkcjonalny trening medyczny – maksimum 30 minut w ciągu dnia zabiegowego.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		Uwagi ekspertów
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii. 	<p>██████████</p> <p>Podpunkt 2 (pkt. 1): komentarz: Edukacja zdrowotna w zakresie instruktażu /materiałów odnośnie kontynuacji regularnej dostosowanej do stanu pacjenta aktywności fizycznej oraz podstawowa edukacja w zakresie innych czynników ryzyka (minimum 2 interwencje)</p>
Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, nie mniej niż 3 razy w tygodniu, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe, 3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych. 	
Wskaźniki jakości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wskaźnik pacjentów u których wydłużona lub skrócona została fizjoterapia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 2. Wskaźnik pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 	<p>P. Majcher:</p> <p>Po stronie NFZ ██████████</p> <p>komentarz: Rodzi się wątpliwość, czemu mają służyć wymienione wskaźniki i kto ma je wykazywać. Jeśli miałoby to robić pracownicy oddziału kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, to zgłaszam sprzeciw</p> <p>██████████</p> <p>Pkt. 2 komentarz: Jak w rehabilitacji stacjonarnej</p>
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji. 	

Miejsca udzielania świadczeń

Warunki stacjonarne

1) Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej		Uwagi ekspertów (wykasowanie wyrazu: kompleksowej)
Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej	
Tryb udzielania świadczeń	Stacjonarny	
Warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny, 2) sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców. 	<div style="background-color: red; width: 50px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Podpunkt 2 (pkt. 1): komentarz: Nieuzasadnione koszty
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji - równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 2) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną; 4) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu; 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) dietetyka - w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, b) technika elektroradiologii lub pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa kardiologicznego, lub po kursie specjalistycznym „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, 6) personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych - lekarz w trakcie specjalizacji. 	P. Majcher: <u>Zmiana w 1, 2, 3 pkt.:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji - równoważnik co najmniej 1 etatu na 20 łóżek; 2) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu na 20 łóżek; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 2 etatów, w tym 1 fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący ocenę fizjoterapeutyczną; <u>Dopisanie w pkt. 5:</u> c) terapeuta zajęciowy w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, <div style="background-color: red; width: 50px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <u>Uwaga do pkt 1 i 2:</u> To powinno być powiązane z wielkością oddziału, może tak żeby w sumie był 1 etat na określoną liczbę łóżek? Jeżeli wyobrazimy sobie oddział 10-15 łóżek a na nim obligatoryjnie dwóch lekarzy to chyba trochę za dużo


Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista kardiologii; 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji). 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarstwa. 	
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aparatura medyczna wymagana w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) defibrylator, 2) aparat EKG, 3) aparat EKG metodą Holtera, 4) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr), 5) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), 6) zestaw do ergospirometrii. 2. Dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologicznego telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> 1) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację, 2) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami, 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, 4) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych, 5) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 3. Warunki lokalowe wspólne. 	<p>P. Majcher:</p> <p><u>Zmiana w podpunkcie 6 (pkt. 1):</u> zestaw do ergospirometrii - nie ma konieczności, gdyż nie ma wymogu określenia tolerancji wysiłku fizycznego tą metodą.</p> <p></p> <p><u>Podpunkt 6 (pkt. 1): komentarz:</u> opcjonalnie</p>
Pozostałe wymagania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń stanowiska intensywnego nadzoru. 2. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej – 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. 3. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub lekarza rehabilitacji. 	

Warunki ośrodka dziennego

2) Ośrodek kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej		Uwagi ekspertów
Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	2308 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	
Tryb udzielania świadczeń	Ambulatoryjny	
Warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski, 3) gabinet fizjoterapeutyczny, 4) sala fizjoterapii, 5) sala treningu medycznego, wyposażona dodatkowo w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców; 2. W miejscu lub w lokalizacji udzielania świadczeń - gabinet psychologiczny, 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. 	
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji <ul style="list-style-type: none"> - równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej; 3) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej co najmniej ¼ etatu; 4) fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej; 5) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej ½ etatu; 6) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) technika elektroradiologii lub pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa kardiologicznego, lub po kursie specjalistycznym „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, b) dietetyka - w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. 	<p>P. Majcher</p> <p><u>Zmiana w pkt. 4:</u> fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - równoważnik 1 etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej;</p>
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) zapewnienie realizacji świadczeń lekarskich w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej przez: <ol style="list-style-type: none"> a) lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, lub b) lekarza rehabilitacji. 2) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia 	

<p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aparatura medyczna wymagana w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> 1) aparat EKG metodą Holtera, 2) aparat EKG, 3) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), 4) defibrylator, 5) zestaw do ergospirometrii (opcjonalnie), 6) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr), 2. Wyposażenie wymagane w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> 1) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację, 2) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami, 3) urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiający 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, 4) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych, 5) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 3. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte. 4. Warunki lokalowe wspólne. 	
<p>Pozostałe wymagania</p>	<p>Kierownik ośrodka 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.</p>	


Warunki ambulatoryjne

5. Pracownia fizjoterapii		Uwagi ekspertów
Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)	1310 Dział (pracownia) fizjoterapii W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej	
Tryb udzielania świadczeń	Ambulatoryjny lub domowy	
Warunki lokalowe	1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet fizjoterapeutyczny, 2) sala fizjoterapii, 3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM), 2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.	 <u>Pkt. 2: komentarz:</u> aparat ekg pulsoksymetr
Personel medyczny	1) fizjoterapeuta, w tym z tytułem magistra – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii 2) dodatkowy fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów. 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący wizytę kwalifikacyjną/konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii	
Dodatkowe warunki wymagane	Warunki lokalowe wspólne	P. Majcher <u>Zmiana:</u> zamiast: Dodatkowe warunki wymagane – Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną <u>Zmiana:</u> zamiast: Warunki lokalowe wspólne – 1. Aparat AED 2. Pulsoksymetr 3. Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego 4. Waga lekarska 5. Aparat do wentylacji AMBU
Pozostałe wymagania	Kierownik pracowni fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.	

Uwagi dotyczące koncepcji zmian w rehabilitacji kardiologicznej

Ekspert	Czego dotyczy	Zapis Agencji	Uwagi
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr J. Majcher	Etapy rehabilitacji kardiologicznej		Ty ko III etap (późny) rehabilitacji kardiologicznej powinien być realizowany w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej.
	Profil pacjenta	Pacjent przewlekły (w okresie odległym od wystąpienia zdarzenia, po odbyciu wczesnej rehabilitacji).	Pacjent przewlekły (w okresie odległym od wystąpienia zdarzenia).
	Ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych	II etap wczesnej rehabilitacji (w warunkach domowych (telerehabilitacja) – ryzyko wysokie, umiarkowane lub niskie	II etap wczesnej rehabilitacji – ryzyko niskie
		Późny etap rehabilitacji (fizjoterapia ambulatoryjna) – ryzyko umiarkowane lub niskie	Późny etap rehabilitacji – fizjoterapia ambulatoryjna – ryzyko niskie
	Kwalifikacja pacjenta w warunkach stacjonarnych	Incydent sercowo-naczyniowy skutkujący: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym wady wrodzonej serca	Incydent sercowo-naczyniowy skutkujący: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym wady wrodzonej serca, leczeniem chirurgicznym i inwazyjnym tętniaka
	Kwalifikacja pacjenta do fizjoterapii ambulatoryjnej	1) pacjent po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, oraz 2) pacjent z umiarkowanym lub niskim ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych	1) pacjenci w okresie odległym od wystąpienia zdarzenia po konsultacji lekarza kardiologa lub/i lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub jako kontynuacja rehabilitacji po zakończonej rehabilitacji kardiologicznej wczesnej oraz 2) pacjent z niskim ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.
	Populacja docelowa	Populacją docelową są pacjenci wymagający: 1) wczesnej rehabilitacji (etap II): po incydencie sercowo-naczyniowym i hospitalizacji w oddziale szpitalnym, z wysokim, umiarkowanym i niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający kompleksowej rehabilitacji (świadczeń udzielanych przez lekarza, fizjoterapeutę, psychologa, dietetyka), 2) późnej rehabilitacji: po zakończeniu wczesnej rehabilitacji – etap II, z umiarkowanym i niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający fizjoterapii pod nadzorem fizjoterapeuty	Populacją docelową są pacjenci wymagający: 1) wczesnej rehabilitacji (etap II): po incydencie sercowo-naczyniowym i hospitalizacji w oddziale szpitalnym, z wysokim, umiarkowanym i niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający kompleksowej rehabilitacji (świadczeń udzielanych przez lekarza, fizjoterapeutę, psychologa, dietetyka, terapeuta zajęciowy), 2) późnej rehabilitacji: po zakończeniu wczesnej rehabilitacji – etap II oraz w okresie odległym po konsultacji lekarza kardiologa i/lub lekarza specjalisty rehabilitacji, z niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający fizjoterapii pod nadzorem fizjoterapeuty.
	Poziom opieki domowej (hybrydowej)	Pacjent z grupy niskiego lub umiarkowanego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych	Pacjent z grupy niskiego lub umiarkowanego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych (czy pozostawić w domowej opiece pacjentów z umiarkowanym ryzykiem do dyskusji).
Poziom opieki ambulatoryjny	1) pacjent po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, oraz	1) pacjent po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, także w okresie odległym od incydentu po konsultacji lekarza kardiologa lub lekarza specjalisty rehabilitacji	

Ekspert	Czego dotyczy	Zapis Agencji	Uwagi
		2) pacjent z umiarkowanym lub niskim ryzykiem wstąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.	oraz 2) pacjent z niskim ryzykiem wstąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.
	Poziom opieki ambulatoryjny	Wymaga terapii jednoprofilowej – fizjoterapeutycznej	Wymaga terapii jednoprofilowej – fizjoterapeutycznej (Trening fizyczny jako jedyna forma postępowania nie poprawia rokowania pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego)
	Etapy rehabilitacji kardiologicznej	II etap wczesnej rehabilitacji (w warunkach domowych (telerehabilitacja) – miejsce realizacji w warunkach domowych (telerehabilitacja)	II etap wczesnej rehabilitacji (w warunkach domowych (telerehabilitacja) – miejsce realizacji w warunkach domowych (telerehabilitacja) (Rehabilitacja hybrydowa (a nie wyłącznie domowa), czyli złożona z dwóch okresów: w ośrodku/oddziale dziennym lub stacjonarnym a następnie w miejscu przebywania pacjenta)
	Ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych (choroby współistniejące)	cukrzyca z powikłaniami, przewlekła choroba nerek, nowotwory narządów klatki piersiowej, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchaści	cukrzyca z powikłaniami, przewlekła choroba nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchaści
	Ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych	Późny etap rehabilitacji (fizjoterapia ambulatoryjna) – ryzyko umiarkowane lub niskie	Późny etap rehabilitacji – fizjoterapia ambulatoryjna – ryzyko niskie
	Kwalifikacja pacjenta w warunkach stacjonarnych	Incydent sercowo-naczyniowy skutkujący: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym wady wrodzonej serca	Incydent sercowo-naczyniowy skutkujący: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym i mininwazyjnym wady wrodzonej serca, tętniaka
	Kwalifikacja pacjenta do fizjoterapii ambulatoryjnej	1) pacjent po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, oraz 2) pacjent z umiarkowanym lub niskim ryzykiem wstąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.	1) pacjent ze skierowaniem od lekarza specjalisty kardiologa i/lub lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, oraz 2) pacjent z niskim ryzykiem wstąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.
	Profil populacji docelowej	Populacją docelową są pacjenci wymagający: 1) wczesnej rehabilitacji (etap II): po incydencie sercowo-naczyniowym i hospitalizacji w oddziale szpitalnym, z wysokim, umiarkowanym i niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający kompleksowej rehabilitacji (świadczeń udzielanych przez lekarza, fizjoterapeutę, psychologa, dietetyka), 2) późnej rehabilitacji: po zakończeniu wczesnej rehabilitacji – etap II, z umiarkowanym i niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający fizjoterapii pod nadzorem fizjoterapeuty	1) wczesnej rehabilitacji (etap II): po incydencie sercowo-naczyniowym i hospitalizacji w oddziale szpitalnym, z wysokim, umiarkowanym i niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający kompleksowej rehabilitacji (świadczeń udzielanych przez lekarza, fizjoterapeutę, psychologa, dietetyka), 2) późnej rehabilitacji: po zakończeniu wczesnej rehabilitacji – etap II, z niskim ryzykiem wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego oraz po konsultacji i ze skierowaniem od lekarza specjalisty kardiologa lub rehabilitacji medycznej w okresie odległym od zdarzenia sercowo-naczyniowego, wymagający fizjoterapii pod nadzorem fizjoterapeuty. Po zakończonym cyklu fizjoterapii konieczna ocena lekarza specjalisty kardiologii i lub rehabilitacji medycznej.

Ekspert	Czego dotyczy	Zapis Agencji	Uwagi
	Poziom opieki ambulatoryjny	pacjent po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, oraz pacjent z umiarkowanym lub niskim ryzykiem wstąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.	pacjent po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej wczesnej – etap II w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej, także po konsultacji i ze skierowaniem od lekarza specjalisty kardiologa i/lub lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w okresie odległym od zdarzenia sercowo-naczyniowego, oraz pacjent z niskim ryzykiem wstąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.
	Poziom opieki domowej	telemedyczny monitoring	Telemedyczny monitoring nie może być kwalifikowany jako rehabilitacja ! Z definicji reghabilitacja kardiologiczna musi zawierać elementy edukacji zdrowotnej/prewencji wtórnej. Może to być monitoring aktywności fizycznej z edukacją jako zadanie fizjoterapeuty, (w razie potrzeby z wsparciem lekarza, pielęgniarki, dietetyka czy psychologa) badanie CROS https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119625/
	Poziom opieki ambulatoryjny	wymaga terapii jednoprofilowej - fizjoterapeutycznej	Terapia jednoprofilowa nie może być kwalifikowana jako rehabilitacja ! Z definicji reghabilitacja kardiologiczna musi zawierać elementy edukacji zdrowotnej/prewencji wtórnej. Może to być fizjoterapia z edukacją jako zadanie fizjoterapeuty, (w razie potrzeby z wsparciem lekarza, pielęgniarki, dietetyka czy psychologa) badanie CROS https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119625/
	Dowody naukowe	Bowiem w świetle dostępnych dowodów i wytycznych, dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa rehabilitacji kardiologicznej vs. brak ćwiczeń lub standardowa opieka (badania: Anderson 2017,Haddad 2017, Powell 2018 , Santiago de Araujo Pio 2017, Sumner 2017, Abell 2017, Zheng 2018, Long 2018, Smart 2018, Risom 2017, Taylor 2018) dla takich punktów końcowych jak: śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, hospitalizacja z przyczyn sercowo-naczyniowych, wystąpienie zawału mięśnia sercowego nie zakończonego zgonem, jakość życia, wystąpienie zdarzeń niepożądanych itp., wskazano istotność statystyczną dotyczącą przewagi interwencji nad komparatorem.	Pod warunkiem kompleksowości postępowania w zakresie modyfikacji czynników ryzyka . W powyższych badaniach nie udowodniono skuteczności rehabilitacji opartej wyłącznie na ruchu, a jeżeli jest efekt aktywności fizycznej to jedynie przy kiludziesięciu sesjach treningowych ergo rehabilitacja 3 tygodniowa musi być skuteczna edukacyjnie na tyle żeby pacjent kontynuował aktywność fizyczną, a więc kompleksowa niezależnie od formy i miejsca wykonywania!
	Ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych	Ryzyko wysokie	Uważam za konieczne zweryfikowanie pojęcia „wysokiego ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo naczyniowych” Chodzi o wyróżnienie kategorii pacjentów którzy z różnych (nie „sercowo-naczyniowych) powodów (schorzenia dodatkowe, ograniczona sprawność fizyczna czy zaburzenia sfery psychicznej) powinni być rehabilitowani w trybie stacjonarnym , wymagając większego nadzoru, opieki, nakładu środków. Nie zawsze to oznacza większe ryzyko naczyniowe ale zawsze wspólnym mianownikiem

Ekspert	Czego dotyczy	Zapis Agencji	Uwagi
	Profil populacji docelowej	<p>1. Kryteria kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych:</p> <p>1) pacjent hospitalizowany w oddziale leczenia ostrej fazy choroby (tj. w oddziale szpitalny, w którym pacjent jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby) w związku z incydem sercowo-naczyniowym:</p> <p>...</p> <p>c) skutkującym: przeszczepem serca, serca i płuca, wszczepami, implantami układu sercowo-naczyniowego, leczeniem chirurgicznym wady wrodzonej serca, tętniaka, oraz</p> <p>2) pacjent z wysokim ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych :</p>	<p>jest brak możliwości rehabilitacji ambulatoryjnej . Bezpieczniej jest po prostu wymienić kryteria kwalifikacji do różnych form rehabilitacji niż używać nieadekwatnego pojęcia „ryzyka”</p> <p>Należy uwzględnić stan po każdym zabiegu kardiologicznym np. nie uwzględniono rehabilitacji po operacji nabytej wady serca czy CABG planowym , nie tylko jako konsekwencja ozw .</p> <p>Zastrzeżenie co do pojęcia „ryzyka” jw.</p>