



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 grudnia 2016 r.

Poz. 2162

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 16 grudnia 2016 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807, 1860, 1948 i 2138) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 4:
 - a) w pkt 3:
 - lit. e otrzymuje brzmienie:
„e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,”
 - w lit. f średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. g w brzmieniu:
„g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego,”
 - b) w pkt 4:
 - lit. d otrzymuje brzmienie:
„d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,”
 - dodaje się lit. e w brzmieniu:
„e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.”;
- 2) w § 7 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:
„3. Wykaz kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.”;
- 3) w załączniku nr 1:
 - a) w lp. 3 lit. e otrzymuje brzmienie:

e) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa	1. Wymagania dotyczące personelu: 1) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii oraz 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii lub 3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii lub rehabilitacji kardiologicznej, lub
--	---

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

	4) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub 5) 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 6) lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń – równoważnik co najmniej $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego. 2. Pozostały personel: 1) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego; 2) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego oraz 3) fizjoterapeuta lub masażysta; 4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej $\frac{1}{2}$ etatu przeliczeniowego; 5) technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym „wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego” – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego, w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej. 3. Wyposażenie: 1) gabinet kinezyterapii – wyposażenie wymagane w miejscu udzielania świadczeń gwarantowanych: a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) cykloergometr lub bieżnia ruchoma – co najmniej 5 stanowisk; 2) inne warunki wymagane w miejscu: a) aparat EKG metodą Holtera, b) zestaw do wykonywania prób wysiłkowych (cykloergometr lub bieżnia), c) defibrylator, d) kardiomonitor, e) sala wypoczynkowa; 3) dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologicznego telerehabilitacja hybrydowa: a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie i weryfikację świadczenia, a także jego pełną dokumentację oraz archiwizację, b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentem, c) 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, d) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji urządzeń wszczepialnych, e) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 4. Inne warunki: 1) skierowanie na rehabilitację kardiologiczną jest wystawiane przez lekarza: a) oddziału kardiologii, b) oddziału kardiochirurgii, c) oddziału chorób wewnętrznych,
--	---

	d) poradni kardiologicznej, e) poradni rehabilitacyjnej, f) oddziału lub poradni dziecięcej – w przypadku skierowań dla dzieci; 2) czas trwania rehabilitacji kardiologicznej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, wynosi jednak nie więcej niż 24 dni zabiegowe w okresie 90 dni kalendarzowych. 5. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologicznego telerehabilitacja hybrydowa: 1) świadczenie kardiologiczne telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje: a) I faza w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego trwająca 5 dni i obejmująca: – ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), – ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy), – sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący), – opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji, – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów; forma treningu domowego jest 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, – szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu, b) II faza, którą jest kardiologiczna telerehabilitacja w warunkach domowych obejmująca 24 sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów w zależności od stanu klinicznego, trwające nie dłużej niż 60 minut i obejmujące: – procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” nadesłanych przez ośrodek telemonitoringu domowego (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza, – sesję treningową zgodną z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, – procedurę zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog oraz fizjoterapeuta, – podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji i lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz lub fizjoterapeuta, – wizytę końcową po wykonanym cyklu 24 treningów obejmującą: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog; 2) kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii, pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta oraz psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: a) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, b) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują: – źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, – niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min.,
--	---

		– złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, – stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, – wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej, – kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu, – niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, – niewyrównana niewydolność serca, – ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, – powikłania pooperacyjne, – wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia lub pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, – inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, c) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie: – 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), – 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), – pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała, – zdolności do realizacji treningu fizycznego, – obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji, d) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych; 3) w przypadku pacjentów z niewydolnością serca – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku; 4) 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.
--	--	--

b) w lp. 4 lit. d otrzymuje brzmienie:

d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa	1. Wymagania dotyczące personelu: 1) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych – równoważnik co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego oraz 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii lub 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub 4) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub 5) 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 6) lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego.
--	---

	2. Pozostały personel: 1) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta; 2) fizjoterapeuta oraz 3) fizjoterapeuta lub masażysta; 4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ½ etatu przeliczeniowego; 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarstwa, z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej, w tym równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego: „resuscytacja krążeniowo-oddechowa” lub „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” lub będąca w trakcie ich realizacji; 6) 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 1220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra, b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, 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, e) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk, f) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka – uczestniczy w realizacji programu edukacyjnego; 7) technik elektroradiolog lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego – dodatkowo w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej. 3. Wyposażenie wymagane w lokalizacji: 1) gabinet kinezyterapii: a) stół do pionizacji, b) balkonik rehabilitacyjny, c) kule i laski rehabilitacyjne, d) sala do treningów interwałowych (cykloergometr lub bieżnia, nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców); 2) wyposażenie dodatkowe: a) defibrylator, b) aparat EKG, c) aparat EKG metodą Holtera, d) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr), e) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia); 3) dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologicznego telerehabilitacja hybrydowa: a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację, b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami,
--	---

		c) 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 przysyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego, d) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych, e) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 4. Inne warunki – skierowanie na rehabilitację kardiologiczną jest wystawiane przez lekarza: 1) oddziału kardiologii; 2) oddziału kardiochirurgii; 3) oddziału chorób wewnętrznych; 4) poradni kardiologicznej; 5) poradni rehabilitacyjnej; 6) oddziału lub poradni dziecięcej – w przypadku skierowań dla dzieci. 5. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: 1) świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje: a) I faza obejmuje: – ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG), – ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy), – sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący), – opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji, – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego 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, – szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem fantomu, b) II faza obejmuje: – procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” z telemonitoringu urządzeń wszczepialnych (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza, – sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, – procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta, – podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta, – wizyta końcowa po wykonanym cyklu 24 treningów obejmująca: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog; 2) kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: a) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej,
--	--	---

		b) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują: – źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, – niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., – złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, – stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, – wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej, – kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu, – niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, – niewyrównana niewydolność serca, – ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, – powikłania pooperacyjne, – wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradycardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, – inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych, c) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie: – 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), – 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), – pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała, – zdolności do realizacji treningu fizycznego, – obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji, d) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych; 3) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych; 4) w przypadku pacjentów z niewydolnością serca – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku.
--	--	--

4) w załączniku nr 4 lp. 11–13 otrzymują brzmienie:

11	Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi	1. Organizacja udzielania świadczeń: 1) rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub 2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów. 2. Czas trwania: 1) rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi – do 5 tygodni bez przerwy lub 2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi: a) faza I – 7–14 dni w warunkach stacjonarnych w zależności od stanu klinicznego pacjenta oraz b) faza II – odpowiednio 15–20 treningów (3–5 razy w tygodniu w zależności od czasu trwania fazy I) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
----	---	--

		3. Warunki przyjęcia: 1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 56 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby; 2) w przypadku wystąpienia, w okresie wymienionym w pkt 1, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytem w innym oddziale lub szpitalu czas przyjęcia po wypisie z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby może ulec wydłużeniu o czas pobytu w tym oddziale lub szpitalu.
12	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – kategoria I	1. Organizacja udzielania świadczeń: 1) rehabilitacja kardiologiczna – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub 2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów. 2. Czas trwania: 1) rehabilitacja kardiologiczna – do 3 tygodni bez przerwy lub 2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: a) faza I – do 5 dni w warunkach stacjonarnych oraz b) faza II – 20 treningów (3–5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. 3. Warunki przyjęcia: 1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 42 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby; 2) w przypadku wystąpienia w okresie określonym w pkt 1 dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytem w innym oddziale lub szpitalu czas przyjęcia po wypisie z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby może ulec wydłużeniu o czas pobytu w tym oddziale lub szpitalu.
13	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – kategoria II	1. Organizacja udzielania świadczeń: 1) rehabilitacja kardiologiczna – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub 2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów. 2. Czas trwania: 1) rehabilitacja kardiologiczna – do 2 tygodni bez przerwy lub 2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: a) faza I – do 3–5 dni w warunkach stacjonarnych oraz b) faza II – 15 treningów (3–5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. 3. Warunki przyjęcia: 1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 28 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby; 2) w przypadku wystąpienia w okresie wymienionym w pkt 1 dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytem w innym oddziale lub szpitalu czas przyjęcia po wypisie z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby może ulec wydłużeniu o czas pobytu, w tym oddziale lub szpitalu.

5) dodaje się załącznik nr 5 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 16 grudnia 2016 r. (poz. 2162)

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

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacja świadczenia – rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego
1	Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych	Kwalifikacji do rozpoczęcia procesu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dokonuje lekarz z ośrodka realizującego rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, na podstawie poniższych kryteriów: 1) pacjenci ze świeżo przeżytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10: a) I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej, b) I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej, c) I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji, d) I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu, e) I21.4 Ostry zawał serca podwiersiowy, f) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony, g) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej, h) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej, i) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu – z którymkolwiek z poniższych rozpoznań współistniejących według klasyfikacji ICD-10 lub stanów klinicznych: j) przebyta operacja kardiochirurgiczna zdefiniowana, jako co najmniej jedna z poniższych: – Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass, – Z95.2 Obecność protez zastawek serca, – Z95.3 Obecność ksenogenicznej zastawki serca, – Z95.4 Obecność innych protez zastawek serca, – Z95.8 Obecność innych implantów i przeszczepów sercowo-naczyniowych, – Z95.9 Obecność implantów i przeszczepów serca i naczyń krwionośnych, nieokreślonych,

			- Z94.1 Transplantacja serca, - Z94.3 Transplantacja serca i płuc, k) choroba nowotworowa zdefiniowana, jako jedna z poniższych: - D15.1 Nowotwór złośliwy serca, - C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej, - C38.1 Śródpiersie przednie, - C38.2 Śródpiersie tylne, - C38.3 Śródpiersie, część nieokreślona, l) niewydolność serca (EF $\leq 35\%$ lub EF $> 35\%$ dla pacjenta w klasie III według NYHA): - I50.0 Niewydolność serca zastoinowa, - I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa, - I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona, m) powikłany przebieg leczenia interwencyjnego lub operacyjnego zdefiniowany, jako jedno z poniższych: - I23.0 Krwiak osierdzia, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca, - I23.2 Ubytek przegrody międzykomorowej, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca, - I23.3 Pęknięcie ściany serca bez krwiaka osierdzia, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca, - I23.4 Pęknięcie strun ścięgniastych, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca, - I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca, - I23.6 Skrzeplina w przedsionku, uszku przedsionka i komorze, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca, - I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawału mięśnia sercowego, - I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca, - I24.1 Zespół Dresslera, - R57.0 Wstrząs kardiogeny,
--	--	--	--

		n) choroby współistniejące wymagające zwiększonej opieki i pełnej indywidualizacji programu rehabilitacji zdefiniowane, jako co najmniej jedna z poniższych: – J44.0 Przewlekła obturacyjna choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych, – J44.1 Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia, nieokreślona, – J44.8 Inna określona przewlekła obturacyjna choroba płuc, – J44.9 Przewlekła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona, – E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi), – E10.3 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi), – E10.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi), – E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego), – E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami), – E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami), – E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami), – E10.9 Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań), – N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek, o) niepełnosprawność ruchowa co najmniej 3. stopnia według skali opartej na skali Rankina.
Zakres świadczenia	Interwencje fizjoterapeutyczne	Co najmniej 3 procedury dziennie dla każdego pacjenta przez 6 dni w tygodniu: 1) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym; 2) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym; 3) 93.3603 Trening stacyjny; 4) 93.13 Usprawnianie czynne z oporem; 5) 93.3604 Trening marszowy; 6) 93.3605 Trening marszowy z przyborami;

			7) 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne; 8) 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe; 9) 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem; 10) 93.1901 Ćwiczenia równoważne; 11) 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne; 12) 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe.
			89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia – co najmniej 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie stacjonarnym.
			89.08 Inna konsultacja – co najmniej 2 konsultacje dietetyczno-żywnościowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym.
	Edukacja zdrowotna		Co najmniej 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji niezależna od trybu realizacji poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08: 1) 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna; 2) 94.335 Trening autogeny; 3) 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna – inne formy; 4) 94.36 Psychoterapia w formie zabaw; 5) 94.37 Psychoterapia integrująca.
	Monitorowanie postępów w rehabilitacji		Co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym: 1) 88.721 Echokardiografia; 2) 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej; 3) 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym; 4) 89.442 Sześciominutowy test marszu; 5) 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem); 6) 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter); 7) 87.495 RTG śródpiersia; 8) 89.385 Ergospirometria.

		1. Etapy udzielania świadczenia: 1) planowanie i monitorowanie procesu terapeutycznego: a) ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), b) ocena wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy); 2) w przypadku kontynuacji udzielania świadczenia w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza I hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: a) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji, b) zaprogramowanie aparatury monitorująco-sterującej, c) ocena stanu psychicznego i opracowanie zasad opieki psychologicznej, d) trening z praktycznym wykorzystaniem aparatury monitorująco-sterującej, e) udokumentowanie przygotowania pacjenta do fazy II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej, f) ostateczna kwalifikacja do II fazy hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej, g) realizacja II fazy telerehabilitacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d, h) wizyta końcowa.
	Organizacja udzielania świadczenia	Świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w warunkach domowych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego udzielane są przez jednego świadczeniodawcę.
	Czas trwania świadczenia	1. Łączna liczba osobodni może obejmować świadczenia rehabilitacji kardiologicznej realizowane w warunkach stacjonarnych, ośrodka lub oddziału dziennego lub hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. 2. Maksymalnie 35 osobodni na oddziale rehabilitacji stacjonarnej (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji lub telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.

			Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej.	
			Centrum monitoringu telerehabilitacji – w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych pacjenta.	
Wymagania formalne				
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	w miejscu udzielania świadczeń	w miejscu udzielania świadczeń	1) sala dla kinezyterapii wyposażona w: a) balkonik rehabilitacyjny, b) kule i laski rehabilitacyjne, c) maty lub materace do kinezyterapii; 2) sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO₂ oraz pCO₂ oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno i ciśnienie); 3) pozostałe wyposażenie: a) defibrylator, b) aparat EKG 12-odprowadzeniowy, c) urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej, d) zestaw do reanimacji, e) kardiomonitor.	
	w lokalizacji	w lokalizacji	1) aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego; 2) w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych pacjenta wyposażenie Centrum monitorowania telerehabilitacji obejmujące: a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację, b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentem,	

			c) urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające: – werbalny kontakt w każdym momencie procedury, – sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej, – zdalną zmianę programu treningowego, – rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy, – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony pacjenta.
		Lekarze	Warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d.
	Personel	Pozostali personel	1) personel pielęgniarski, 2) fizjoterapeuta, 3) psycholog, 4) dietetyk – warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d.
	Pozostałe wymagania		Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego.

2	Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego	Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia	Kwalifikacji do rozpoczęcia procesu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach oddziału lub ośrodka dziennego dokonuje lekarz z ośrodka realizującego rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, na podstawie poniższych kryteriów: 1) pacjenci ze świeżo przeżytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10: a) I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej, b) I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej, c) I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji, d) I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu, e) I21.4 Ostry zawał serca podwiersdżiowy, f) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony, g) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej, h) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej, i) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu – niespełniający kryteriów określonych do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub 2) pacjenci, którzy rozpoczęli rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych, ale w związku z decyzją lekarza prowadzącego wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, lub 3) pacjenci spełniający kryteria kwalifikacji uprawniające do rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej, ale u których po ocenie korzyści i ryzyka oraz preferencji pacjenta została podjęta decyzja o rozpoczęciu rehabilitacji w trybie ośrodka lub oddziału dziennego.
---	--	--	---

Co najmniej 3 procedury w każdym dniu zabiegowym dla każdego pacjenta: 1) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym; 2) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym; 3) 93.3603 Trening stacyjny; 4) 93.13 Usprawnianie czynne z oporem; 5) 93.3604 Trening marszowy; 6) 93.3605 Trening marszowy z przyborami; 7) 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne; 8) 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe; 9) 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem; 10) 93.1901 Ćwiczenia równoważne; 11) 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne; 12) 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe.	Interwencje fizjoterapeutyczne	
89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia – co najmniej 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie dziennym. 89.08 Inna konsultacja – co najmniej 2 konsultacje dietetyczno-żywnościowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym.	Edukacja zdrowotna	
Co najmniej 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji, poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08: 1) 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna; 2) 94.335 Trening autogeny; 3) 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna – inne formy; 4) 94.36 Psychoterapia w formie zabaw; 5) 94.37 Psychoterapia integrująca.		
Co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym: 1) 88.721 Echokardiografia;	Monitorowanie postępów w rehabilitacji	

		2) 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej; 3) 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym; 4) 89.442 Sześciominutowy test marszu; 5) 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem); 6) 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter); 7) 87.495 RTG śródpiersia; 8) 89.385 Ergospirometria.
		Etapy udzielania świadczenia: 1) planowanie i monitorowanie procesu terapeutycznego: a) ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), b) ocena wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy); 2) w przypadku kontynuacji udzielania świadczenia w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza I hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: a) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji, b) zaprogramowanie aparatury monitorująco-sterującej, c) ocena stanu psychicznego i opracowanie zasad opieki psychologicznej, d) trening z praktycznym wykorzystaniem aparatury monitorująco-sterującej, e) udokumentowanie przygotowania pacjenta do fazy II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej, f) ostateczna kwalifikacja do II fazy hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej, g) II faza hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 3 lit. e, h) wizyta końcowa
	Organizacja udzielania świadczenia	Świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach domowych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego udzielane są przez jednego świadczeniodawcę.

Czas trwania świadczenia	1. Łączna liczba osobodni może obejmować świadczenia rehabilitacji kardiologicznej realizowane w warunkach stacjonarnych, ośrodka lub oddziału dziennego lub hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.	
	2. Maksymalnie 25 osobodni na oddziale rehabilitacji w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.	
	3. W przypadku przeniesienia z ośrodka stacjonarnego maksymalna liczba osobodni stanowi różnicę liczby 35 oraz liczby dni zrealizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia odbywa się w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.	
Wymagania formalne	w miejscu udzielania świadczeń	Ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji leczniczej.
	w lokalizacji	Centrum monitoringu telerehabilitacji – w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych pacjenta.
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	w miejscu udzielania świadczeń	1) sala dla kinezyterapii wyposażona w matę lub materace do kinezyterapii; 2) sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 5 stanowisk w tym 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO ₂ oraz pCO ₂ oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno, ciśnienie); 3) pozostałe wyposażenie: a) defibrylator, b) aparat EKG 12-odprowadzeniowy, c) urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej, d) zestaw do reanimacji, e) kardiomonitor.

			1) aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego; 2) w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych pacjenta wyposażenie Centrum monitorowania telerehabilitacji obejmujące: a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie i weryfikację świadczenia, a także jego pełną dokumentację oraz archiwizację, b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentem, c) urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiającej: – werbalny kontakt w każdym momencie procedury, – sterowanie treningiem w zakresie umożliwiający realizację formy ciągłej lub interwałowej, – zdalną zmianę programu treningowego, – rejestrację i przesyłanie EKG oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy, – pomiar masy ciała i przesyłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony pacjenta.
		w lokalizacji	Warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 3 lit. e.
	Personel	Lekarze	1) personel pielęgniarski: magister lub licencjat pielęgniarstwa lub ukończony kurs z zakresu edukacji zdrowotnej;
		Pozostały personel	2) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej; 3) fizjoterapeuta; 4) dietetyk: licencjat lub magister dietetyki.
		Pozostałe warunki	Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego.

3	Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza II	Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia gwarantowanego	1. Osobą dopuszczającą do realizacji świadczenia jest lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii, lub lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych (z przeszkoleniem lub doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej). 2. Procedura dopuszczenia do sesji treningowej obejmuje: EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała oraz wywiad. 3. Świadczenie udzielane jest pacjentom: 1) ze świeżo przeżytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD 10: a) I21.0 Ostry zawał serca pełnościennej ściany przedniej, b) I21.1 Ostry zawał serca pełnościennej ściany dolnej, c) I21.2 Ostry zawał serca pełnościennej o innej lokalizacji, d) I21.3 Ostry zawał serca pełnościennej o nieokreślonym umiejscowieniu, e) I21.4 Ostry zawał serca podwiersiowy, f) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony, g) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej, h) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej, i) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu; 2) realizującym rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym lub ośrodka, lub oddziału dziennego w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego oraz zakwalifikowani do kontynuacji świadczenia w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej; 3) wykazującym się wiedzą teoretyczną i umiejętnościami praktycznymi w zakresie: 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 lub obrzęki), b) samooceny w trakcie treningu: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów,
---	---	--	--

		c) pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego oraz masy ciała, d) zdolności do realizacji indywidualnie zaplanowanego treningu fizycznego, e) obsługi aparatury telemedycznej; 4) stabilnym klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów z grupy wysokiego ryzyka od 2 tygodni, u których nie występują: 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, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, l) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych lub ośrodka lub oddziału dziennego. W przypadku zidentyfikowanych problemów uniemożliwiających realizację świadczenia w trybie telerehabilitacji dopuszcza się kontynuację rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym lub w ośrodku lub oddziale dziennym zgodnie z kryteriami kwalifikacji do powyższych trybów.
--	--	---

		1. Faza II, następująca po fazie I określonej w lp. 1 i 2 (rehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana kardiologiczna w trybie stacjonarnym oraz w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego). 2. Sesja treningowa (w zależności od stanu klinicznego pacjenta) trwająca od 30 do 60 minut przeprowadzona według obowiązujących standardów obejmująca wybrane interwencje, zgodnie z indywidualnym planem terapeutycznym, w tym obowiązkowo: 1) 93.3604 Trening marszowy lub 2) 93.3605 Trening marszowy z przyborami (kije do Nordic Walking), lub 3) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, lub 4) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, lub 5) inne formy treningu domowego w zależności od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez świadczeniobiorcę (cykloergometr lub bieżnia, lub stepper). 3. Podsumowanie sesji treningowej: 1) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG); 2) wniosek co do kontynuacji i ewentualnej modyfikacji kolejnego treningu.
	Zakres świadczenia	
	Czas trwania świadczenia	Liczba osobodni w trybie telerehabilitacji zależy od trybu, w jakim pacjent rozpoczął proces terapeutyczny: 1) liczba dni zabiegowych w trybie telerehabilitacji u pacjentów rozpoczynających rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego nie może przekroczyć dopełnienia całkowitej liczby osobodni świadczeń udzielonych w trybie stacjonarnym lub ośrodka lub oddziału dziennego do liczby 35; 2) liczba dni zabiegowych w trybie telerehabilitacji u pacjentów rozpoczynających leczenie w trybie oddziału lub ośrodka dziennego w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego nie może przekroczyć dopełnienia całkowitej liczby dni świadczeń udzielonych w trybie oddziału lub ośrodka dziennego do liczby 25.

Wymagania formalne	W miejscu udzielania świadczeń	Ośrodek stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji leczniczej.
	W ramach dostępu	Centrum monitoringu telerehabilitacji.
	Inne	Faza II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej jest realizowana w miejscu zamieszkania pacjenta.
	Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Świadczeniodawca nieodpłatnie zapewnia pacjentowi niezbędny sprzęt telemedyczny do realizacji fazy II świadczenia zdrowotnego oraz kije do treningu nordic walking, taśmy typu thue-band oraz osobiste zestawy do ćwiczeń oddechowych.
Personel	Lekarze	Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii, lub lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych (z przeszkoleniem lub doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej) – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego.
	Pozostały personel	1) pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa internistycznego lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym wykonania i interpretacji zapisu EKG – realizująca sesję treningową, lub 2) technik elektroradiolog z doświadczeniem w hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej – realizujący sesję treningową – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego.
	Pozostałe wymagania	Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego.