

Projekt z dnia 10.11.2016 r.

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....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 i 1807), 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):

1) w § 4:

a) w pkt 3:

- lit. e otrzymuje brzmienie:

„e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,”

- dodaje się lit. g w brzmieniu:

„g) kardiologiczną 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 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.”

<sup>1)</sup> 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).

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETAŃ SZANU

*Krzysztof Łanda*

3) w załączniku nr 1:

a) w lp. 3 lit. e otrzymuje brzmienie:

|   |   |
|---|---|
| e ) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wymagania dotyczące personelu:<ol style="list-style-type: none"><li>1) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego oraz</li><li>2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii lub</li><li>3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2- letnim doświadczeniem w kardiologii, lub</li><li>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</li><li>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</li><li>6) lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń.</li></ol></li><li>2. Pozostały personel:<ol style="list-style-type: none"><li>1) specjalista fizjoterapii lub magister fizjoterapii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego oraz</li><li>2) fizjoterapeuta oraz</li><li>3) fizjoterapeuta lub masażysta, oraz</li></ol></li></ol> |
|   | <ol style="list-style-type: none"><li>4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ½ etatu przeliczeniowego,</li><li>5) technik EKG lub pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa kardiologicznego 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.</li></ol>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>3. Wyposażenie:</p> <p>1) gabinet kinezyterapii – wyposażenie wymagane w miejscu udzielania świadczeń gwarantowanych:</p> <p>a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,</p> <p>b) cykloergometr lub bieżnia ruchoma – co najmniej 5 stanowisk;</p> <p>2) inne warunki wymagane w miejscu udzielania świadczeń gwarantowanych:</p> <p>a) aparat EKG metodą Holtera,</p> <p>b) zestaw do wykonywania prób wysiłkowych (cykloergometr lub bieżnia),</p> <p>c) defibrylator,</p> <p>d) kardiomonitor,</p> <p>e) sala wypoczynkowa;</p> <p>3) dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <p>a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</p> <p>b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentem,</p> <p>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 oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy,</p> <p>d) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym, - dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,</p> <p>e) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.</p> |
|  |  | <p>4. Inne warunki:</p> <p>1) skierowanie na rehabilitację kardiologiczną jest wystawiane przez lekarza:</p> <p>a) oddziału kardiologii,</p> <p>b) oddziału kardiochirurgii,</p> <p>c) oddziału chorób wewnętrznych,</p> <p>d) poradni kardiologicznej,</p> <p>e) poradni rehabilitacyjnej,</p> <p>f) oddziału lub poradni dziecięcej - w przypadku skierowań dla dzieci;</p> <p>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;</p> <p>3) świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest dwuetapową formą realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:</p>   |
|  |  | <p>a) I okres w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego trwający 5 dni obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca),</li> <li>- ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy, a w przypadku pacjentów z niewydolnością serca - test ergospiro),</li> <li>- sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),</li> <li>- opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> </ul>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> </ul> <p>b) II okres, którym 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 więcej niż 60 minut, obejmujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 EKG, pod nadzorem lekarza,</li> <li>- sesję treningową zgodną z zaplanowaną w okresie I – pielęgniarka lub technik EKG,</li> <li>- procedurę zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG, ) – pielęgniarka lub technik EKG oraz fizjoterapeuta,</li> <li>- podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji i lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz lub fizjoterapeuta,</li> </ul> |
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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, a w przypadku pacjentów z niewydolnością serca wysiłkowy test ergospiro), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog;</li> </ul> <p>4) kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny (w skład zespołu wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta oraz psycholog) w oparciu o poniższe kryteria:</p> <p>a) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II okresu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, z uwzględnieniem obowiązujących zasad kwalifikacji do rehabilitacji w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,</p> <p>b) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>- niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia &gt; 100/min.,</li> <li>- złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,</li> <li>- stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> </ul>  |
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,</li> <li>- kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>- niedokrwienne obniżenie odcinka ST &gt; 2mm w EKG spoczynkowym,</li> <li>- niewyrównana niewydolność serca,</li> <li>- ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>- powikłania pooperacyjne,</li> <li>- wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego</li> </ul>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>&gt; 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego,</li> </ul> <p>c) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację: bóle w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki,</li> <li>- samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów (bóle w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</li> <li>- pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego, masy ciała,</li> <li>- zdolności do realizacji treningu fizycznego,</li> <li>- obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</li> </ul> <p>d) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych;</p> <p>5) w przypadku pacjentów z niewydolnością serca, pomiar masy ciała i przesłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony pacjenta,</p> <p>6) w przypadku niespełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w ośrodku lub oddziale dziennym.</p> |
|  |  |   |

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

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa</p> | <p>1. Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego oraz</li> <li>2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii lub</li> <li>3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub</li> <li>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</li> </ol>  |
|  |   | <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>6) lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń.</li> </ol> <p>2. Pozostały personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii;</li> <li>2) fizjoterapeuta oraz</li> <li>3) fizjoterapeuta lub masażysta;</li> <li>4) pielęgniarka - równoważnik co najmniej 0,6 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko – w tym równoważnik 1 etatu dla pielęgniarki po ukończeniu kursu specjalistycznego:</li> </ol> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>„resuscytacja krążeniowo-oddechowa” lub „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” lub będącej w trakcie ich realizacji;</p> <p>5) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi);</p> <p>6) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej;</p> <p>7) osoba, która:</p> <p>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,</p> <p>b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> |
|  |  | <p>e) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikację zawodowe w zawodzie dietetyk,</p> <p>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;</p> <p>8) technik EKG lub pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego 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.</p> <p>3. Wyposażenie wymagane w lokalizacji:</p> <p>1) gabinet kinezyterapii:</p> <p>a) stół do pionizacji,</p> <p>b) balkonik rehabilitacyjny,</p>  |
|  |  | <p>c) kule i laski rehabilitacyjne,</p> <p>d) sala do treningów interwałowych (cykloergometr lub bieżnia, nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców);</p> <p>2) pozostałe wyposażenie:</p> <p>a) defibrylator,</p> <p>b) aparat EKG,</p> <p>c) aparat EKG metodą Holtera,</p> <p>d) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr),</p> <p>e) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia).</p> <p>3) dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <p>a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie,</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</p> <p>b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami,</p> <p>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 oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy,</p> <p>d) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,</p> <p>e) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo – oddechowej.</p> <p>4. Inne warunki:</p> <p>1) skierowanie na rehabilitację kardiologiczną jest wystawiane przez lekarza:</p> <p>a) oddziału kardiologicznego lub kardiochirurgicznego, lub chorób wewnętrznych, lub pediatrycznego, lub</p> <p>b) poradni kardiologicznej lub poradni rehabilitacyjnej;</p> <p>2) świadczenie kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest realizowana dwuetapowo i obejmuje:</p> |
|  |  | <p>a) I okres, o którym mowa w lp. 3 lit e, obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG),</li> <li>- ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy, a w przypadku pacjentów z niewydolnością serca test ergospiro),</li> <li>- sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),</li> <li>- opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> <li>- szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów: forma treningu domowego będzie uzależniona od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez pacjenta (w szczególności cykloergometr, bieżnia, stepper, kije do Nordic Walking). W przypadku braku tego sprzętu proponowaną formą treningu jest trening marszowy,</li> </ul>   |
|  |  | <p>b) II okres, o którym mowa w lp. 3 lit e, obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 EKG, pod nadzorem lekarza,</li> <li>- sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w okresie I – pielęgniarka lub technik EKG,</li> <li>- procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego</li> </ul>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>tętna, EKG, ) – pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz fizjoterapeuta,</li> <li>- 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, a w przypadku pacjentów z niewydolnością serca wysiłkowy test ergospiro), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog;</li> </ul> <p>3) kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny (w skład zespołu wchodzi: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog) w oparciu o poniższe kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II okresu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, z uwzględnieniem obowiązujących zasad kwalifikacji do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych,</li> <li>b) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:</li> </ul> |
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,</li> <li>- nie poddająca się leczeniu zatokowa tachykardia &gt; 100/min.,</li> <li>- złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,</li> <li>- stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku,</li> <li>- wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej,</li> <li>- kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu,</li> <li>- niedokrwienne obniżenie odcinka ST &gt;2mm w EKG spoczynkowym,</li> <li>- niewyrównana niewydolność serca,</li> <li>- ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,</li> <li>- powikłania pooperacyjne,</li> <li>- wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego &gt; 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I,</li> <li>- inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji</li> </ul>   |
|  |  | <p>pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c) pacjenci, którzy wykazali się wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie:</li> <li>- samooceny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację (ból w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki),</li> <li>- samooceny w trakcie rehabilitacji: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów</li> </ul>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>(ból w klatce piersiowej, osłabienie, kołatanie serca, duszność),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego, masy ciała,</li> <li>- zdolności do realizacji treningu fizycznego,</li> <li>- obsługi aparatury umożliwiającej realizację telerehabilitacji,</li> </ul> <p>d) pisemna zgoda pacjenta na realizację przedmiotowego świadczenia w warunkach domowych;</p> <p>4) w przypadku nie spełniania przez świadczeniobiorcę warunków kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, świadczeniobiorca kontynuuje rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych.</p> <p>5) w przypadku pacjentów z niewydolnością serca, pomiar masy ciała i przesłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony pacjenta.</p> |
|--|--|--|

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

|    |   |   |
|----|---|---|
| 11 | Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi | <p>1. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>1) rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi - usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub</p> <p>2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi - szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów.</p> <p>2. Czas trwania:</p> <p>1) rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi - do 5 tygodni bez przerwy lub</p> <p>2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi:</p> <p>a) okres I - 7-14 dni w warunkach stacjonarnych w zależności od stanu klinicznego pacjenta oraz</p> <p>b) okres II - odpowiednio 15-20 treningów (3-5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.</p> <p>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.</p> <p>3. Warunki przyjęcia:</p> <p>1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 56 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby;</p> <p>2) w przypadku wystąpienia, w okresie wymienionym w pkt 1, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobyt 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.</p> |
|----|---|---|

|    |  |   |
|----|--|---|
| 12 | Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – kategoria I  | <p>1. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rehabilitacja kardiologiczna – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub</li> <li>2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów.</li> </ol>  |
|    |  | <p>2. Czas trwania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rehabilitacja kardiologiczna – do 3 tygodni bez przerwy lub</li> <li>2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) okres I - do 5 dni w warunkach stacjonarnych oraz</li> <li>b) okres II - 20 treningów (3-5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.</li> </ol> </li> </ol>  |
|    |  | <p>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.</p> <p>3. Warunki przyjęcia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 42 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby;</li> <li>2) w przypadku wystąpienia, w okresie wymienionym w pkt 1 dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytym 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.</li> </ol>   |
| 13 | Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – kategoria II | <p>1. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rehabilitacja kardiologiczna - usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub</li> <li>2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów.</li> </ol>  |
|    |  | <p>2. Czas trwania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rehabilitacja kardiologiczna – do 2 tygodni bez przerwy lub</li> <li>2) kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) okres I - do 3-5 dni w warunkach stacjonarnych oraz</li> <li>b) okres II - 20 treningów (3-5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.</li> </ol> </li> </ol> <p>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.</p> <p>3. Warunki przyjęcia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 28 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby;</li> </ol> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | 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 1 stycznia 2017 r.

MINISTER ZDROWIA

---

Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym  
Dyrektor  
Departamentu Prawnego  
Anna Miszczyńska  
radca prawny

13W

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Przedmiotowy projekt wprowadza rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego oraz kardiologiczną telerehabilitację hybrydową.

Rekomendacją nr 46/2016 z dnia 29 lipca 2016 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego”, jako świadczenia gwarantowanego oraz Rekomendacją nr 80/2012 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 15 października 2012 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „hybrydowa rehabilitacja kardiologiczna” Prezes Agencji zarekomendował implementację powyższych świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Projekt rozporządzenia wprowadza nowy załącznik do rozporządzenia: „wykaz kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji”. Powyższy załącznik wprowadza nowe świadczenie gwarantowane: rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Projekt rozporządzenia wprowadza świadczenie gwarantowane: kardiologiczną telerehabilitację hybrydową i określa warunki realizacji świadczenia dla oddziałów lub ośrodków dziennych oraz w warunkach stacjonarnych.

Opieka kompleksowa nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego składa się z zabiegów kardiologii interwencyjnej, kompleksowej rehabilitacji, elektroterapii, specjalistycznej opieki kardiologicznej. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna obejmuje interwencje edukacyjne, w tym dotyczące codziennych aktywności, porad dietetycznych, ćwiczenia fizyczne, interwencje psychologiczne oraz przestrzeganie farmakoterapii.

Wprowadzenie kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale stanowi realizację rekomendacji nr 46/2016 z dnia 29 lipca 2016 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego” jako świadczenia gwarantowanego. Implementacja powyższego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych jest zasadna zarówno z klinicznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Jeżeli po wykonaniu kosztownych zabiegów kardiologii interwencyjnej pacjent nie ma zapewnionych już mniej kosztownych świadczeń rehabilitacji kardiologicznej oraz konsultacji kardiologicznych jako kontynuacji leczenia, to wyniki zdrowotne w obserwacji długoterminowej (co najmniej 1 roku) nie są optymalne. Świadczy o tym wskaźnik śmiertelności 1-roczonej w tej grupie pacjentów, który w Polsce obecnie wynosi około 10%. W związku z powyższym, wprowadzenie opieki kompleksowej może przyczynić się do poprawy efektywności leczenia oraz potencjalnie zmniejszyć koszty odległe wynikające z np. z uniknięcia ponownych hospitalizacji. Dzięki kompleksowej i skoordynowanej opiece pacjent będzie miał zapewniony zabieg, rehabilitację, a w razie potrzeby kolejną wizytę

kontrolną. Takie nowoczesne podejście do pacjenta jest nie tylko wygodniejsze dla niego samego, ale przyniesie o wiele lepsze efekty zdrowotne. Kryteriami doboru problemów zdrowotnych, dla których w pierwszej kolejności zostały przygotowane świadczenia opieki kompleksowej są przede wszystkim wskaźniki epidemiologiczne (w przypadku pacjentów po zawale istotnie wyższa niż w UE śmiertelność 1-rocza), dostępność do świadczeń, wielkość populacji docelowej oraz możliwość ograniczenia kosztów bezpośrednich i pośrednich. Założeniem pakietu kompleksowego jest zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń, które są niezbędne z punktu widzenia potrzeb klinicznych, a do których obecnie dostęp nie jest zapewniony na właściwym poziomie, tj. czas oczekiwania na realizację świadczeń jest zbyt długi lub niewielki odsetek pacjentów ma udzielane świadczenia. Pozostałe świadczenia, w przypadku których nie stwierdzono problemów z dostępnością, będą finansowane na dotychczasowych zasadach. Opieka kompleksowa nad pacjentem po zawale serca składa się z 4 modułów, tj.:

- zabiegów kardiologii interwencyjnej,
- kompleksowej rehabilitacji i edukacji,
- elektroterapii,
- specjalistycznej opieki kardiologicznej (obejmuje konsultacje z lekarzem kardiologiem).

Należy wskazać, iż świadczenie opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego będzie realizowane w przypadku, gdy świadczeniodawca zapewni współpracę z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej. W związku z powyższym konieczne jest również dokonanie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522). Zmiany te powinny wejść w życie w tym samym terminie, aby zapewnić pełną realizację kompleksowej opieki obejmującej trzy zakresy świadczeń gwarantowanych. Planowany termin wejścia w życie rozporządzeń to 1 stycznia 2017 r.

Z uwagi na treść upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy brak jest możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do wydania rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu, tj. określenie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki kompleksowej nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego.

---

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

---

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

| Lp. | Nazwa świadczenia gwarantowanego  | Warunki realizacji świadczenia  | Warunki realizacji świadczenia - rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego   |
|-----|---|---|--|
| 1   | Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych | Kryteria kwalifikacji (kliniczne lub organizacyjne) do udzielenia świadczenia | <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci ze świeżo przeżytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego wg klasyfikacji ICD-10: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,</li> <li>b) I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej,</li> <li>c) I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji,</li> <li>d) I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu,</li> <li>e) I21.4 Ostry zawał serca podwierzdiowy,</li> <li>f) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony,</li> <li>g) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej,</li> <li>h) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej,</li> <li>i) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu;</li> </ol> </li> <li>2) pacjenci z którymkolwiek z poniższych rozpoznań współistniejących wg klasyfikacji ICD-10 lub stanów klinicznych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) przebyta operacja kardiologiczna zdefiniowana, jako co najmniej jedna z poniższych: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-więńcowych omijających typu bypass,</li> <li>- Z95.2 Obecność protez zastawek serca,</li> <li>- Z95.3 Obecność ksenogenicznej zastawki serca,</li> <li>- Z95.4 Obecność innych protez zastawek serca,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Z95.8 Obecność innych implantów i przeszczepów sercowo-naczyniowych,</li> <li>- Z95.9 Obecność implantów i przeszczepów serca i naczyń krwionośnych, nieokreślonych,</li> <li>- Z94.1 Transplantacja serca,</li> <li>- Z94.3 Transplantacja serca i płuc;</li> </ul> <p>b) choroba nowotworowa zdefiniowana, jako jedna z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D15.1 Nowotwór niezłośliwy serca,</li> <li>- C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i oplotowej,</li> <li>- C38.1 Śródpiersie przednie,</li> <li>- C38.2 Śródpiersie tylne,</li> <li>- C38.3 Śródpiersie, część nieokreślona;</li> </ul> <p>c) niewydolność serca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I50.0 Niewydolność serca zastoinowa,</li> <li>- I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa,</li> <li>- I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona</li> </ul> <p>- EF <math>\leq</math>35% lub EF &gt;35% dla pacjenta w klasie III wg NYHA;</p> <p>d) powikłany przebieg leczenia interwencyjnego lub operacyjnego zdefiniowany, jako jedno z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I23.0 Krwiak osierdzia, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,</li> <li>- I23.2 Ubytek przegrody międzykomorowej, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,</li> <li>- I23.3 Pęknięcie ściany serca bez krwiaka osierdzia, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,</li> <li>- I23.4 Pęknięcie strun ścięgniastych, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,</li> <li>- I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca,</li> </ul> |
|--|--|--|---|

|  |                    |                                |  |  |
|--|--------------------|--------------------------------|--|--|
|  |                    |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- I23.6 Skrzeplina w przedsiönku, uszku przedsiönka i komorze, jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawatu serca,</li> <li>- I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawatu mięśnia sercowego,</li> <li>- I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawatu serca,</li> <li>- I24.1 Zespół Dresslera,</li> <li>- R57.0 Wstrząs kardiogeny;</li> </ul> <p>e) choroby współistniejące wymagające zwiększonej opieki i pełnej indywidualizacji programu rehabilitacji zdefiniowane, jako co najmniej jedna z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- J44.0 Przewłękła obturacyjna choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych,</li> <li>- J44.1 Przewłękła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia, nieokreślona,</li> <li>- J44.8 Inna określona przewłękła obturacyjna choroba płuc,</li> <li>- J44.9 Przewłękła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona,</li> <li>- E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi),</li> <li>- E10.3 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi),</li> <li>- E10.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi),</li> <li>- E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego),</li> <li>- E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami),</li> <li>- E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami),</li> <li>- E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami),</li> <li>- E10.9 Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań),</li> <li>- N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek;</li> </ul> <p>f) niepełnosprawność ruchowa co najmniej 3. stopnia według skali opartej na skali Rankina.</p> |  |
|  | Zakres świadczenia | Interwencje fizjoterapeutyczne | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym,</li> <li>2) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym,</li> </ol>  |  |

|  |  |  |                            |   |
|--|--|--|----------------------------|---|
|  |  |  |                            | <p>3) 93.3603 Trening stacyjny,<br/> 4) 93.113 Usprawnianie czynne z oporem,<br/> 5) 93.3604 Trening marszowy,<br/> 6) 93.3605 Trening marszowy z przyborami,<br/> 7) 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne,<br/> 8) 93.112 Czynne ćwiczenia oddechowe,<br/> 9) 93.113 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem,<br/> 10) 93.1901 Ćwiczenia równoważne,<br/> 11) 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne,<br/> 12) 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe.<br/> – co najmniej 3 procedury dziennie dla każdego pacjenta przez 6 dni w tygodniu.</p> |
|  |  |  | Edukacja zdrowotna         | <p>89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia - co najmniej 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie stacjonarym.</p> <p>89.08 Inna konsultacja - co najmniej 2 konsultacje dietetyczno-żywnościowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarym.</p>   |
|  |  |  | Interwencje psychologiczne | <p>94.08 Ocena stanu psychicznego.</p> <p>1) 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna,<br/> 2) 94.335 Trening autogenny,<br/> 3) 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy,<br/> 4) 94.36 Psychoterapia w formie zabaw,<br/> 5) 94.37 Psychoterapia integrująca<br/> – co najmniej 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji niezależna od trybu realizacji - poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08.</p>  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>Monitorowanie postępów w rehabilitacji</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 88/721 Echokardiografia,</li> <li>2) 89/41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej,</li> <li>3) 89/43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym,</li> <li>4) 89/442 Sześciominutowy test marszu,</li> <li>5) 89/522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem),</li> <li>6) 89/541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter),</li> <li>7) 87/495 RTG śródpiersia,</li> <li>8) 89/385 Ergospirometria</li> <li>– co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym</li> </ol> |
|  |  | <p>1. Etapy udzielania świadczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) planowanie i monitorowanie procesu terapeutycznego: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca),</li> <li>b) ocena wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy, a w przypadku pacjentów z niewydolnością serca test ergospiro).</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku kontynuacji udzielania świadczenia w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego - faza I hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> <li>b) zaprogramowanie aparatury monitorująco-sterującej,</li> <li>c) ocena stanu psychicznego i opracowanie zasad opieki psychologicznej,</li> <li>d) trening z praktycznym wykorzystaniem aparatury monitorująco-sterującej,</li> <li>e) udokumentowanie przygotowania pacjenta do fazy II,</li> <li>f) ostateczna kwalifikacja do II fazy telerehabilitacji,</li> <li>g) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) w ramach II fazy hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego,</li> </ol> </li> </ol> |   |

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
|                          | h) podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji i ewentualnej modyfikacji kolejnego treningu w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego.  |  |
| Organizacja 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 | <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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 nie przekraczającym 90 dni kalendarzowych.</li> </ol> |  |
| Wymagania formalne       | <p>Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej.</p> <p>w miejscu udzielania świadczeń gwarantowanych</p> <p>w lokalizacji</p>  |  |
|                          | 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  | <p>1) sala dla kinezyterapii wyposażona w:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>balkonik rehabilitacyjny,</li> <li>kule i laski rehabilitacyjne,</li> <li>mata lub materace do kinezyterapii;</li> </ol> <p>2) sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnia, nie mniej niż 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO<sub>2</sub> oraz pCO<sub>2</sub> oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG/tętno/cisnienie);</p> <p>3) pozostałe wyposażenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>defibrylator,</li> <li>aparat EKG 12-odprowadzeniowy,</li> <li>urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej,</li> <li>zestaw do reanimacji,</li> <li>kardiomonitor.</li> </ol> |
|  | w lokalizacji                             | <p>1) aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego;</p> <p>2) w przypadku realizacji części świadczeń w trybie teler rehabilitacji w warunkach domowych pacjenta wyposażenie Centrum monitorowania teler rehabilitacji obejmujące:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,</li> <li>system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentem,</li> <li>urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiający: <ul style="list-style-type: none"> <li>- werbalny kontakt w każdym momencie procedury,</li> <li>- sterowanie treningiem w zakresie umożliwiający realizację formy ciągłej lub interwałowej,</li> <li>- zdalną zmianę programu treningowego,</li> <li>- rejestrację i przesyłanie EKG oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości</li> </ul> </li> </ol> |  |

|  |          |                     |   |   |
|--|----------|---------------------|---|---|
|  |          |                     |   | wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorecy,<br>- pomiar masy ciała i przestanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony pacjenta.      |
|  |          |                     | Lekarze   | Warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 3 lit. e   |
|  | Personel | Pozostały personel  | 1) personel pielęgniarski;<br>2) fizjoterapeuta;<br>3) psycholog;<br>4) dietetyk<br>- warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 3 lit. e |   |
|  |          | Pozostałe wymagania |   | Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego. |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 2 | <p><b>Rehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego</b></p> | <p>Kryteria kwalifikacji (kliniczne lub organizacyjne) do udzielenia świadczenia</p> | <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci ze świeżo przebyłym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego wg klasyfikacji ICD-10: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,</li> <li>b) I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej,</li> <li>c) I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji,</li> <li>d) I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu,</li> <li>e) I21.4 Ostry zawał serca podwstęrdziowy,</li> <li>f) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony,</li> <li>g) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej,</li> <li>h) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej,</li> <li>i) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu;</li> </ol> </li> <li>2) pacjenci nie spełniający kryteriów określonych do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych;</li> <li>3) pacjenci, którzy rozpoczęli rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych, ale w związku z decyzją lekarza prowadzącego wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach ośrodka/oddziału dziennego;</li> <li>4) pacjenci nie 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.</li> </ol> |
|---|--|--|---|

|  |  |  |                                       |   |
|--|--|--|---------------------------------------|---|
|  |  |  | <p>Interwencje fizjoterapeutyczne</p> | <p>1) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym,<br/> 2) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym,<br/> 3) 93.3603 Trening stacyjny,<br/> 4) 93.13 Usprawnianie czynne z oporem,<br/> 5) 93.3604 Trening marszowy,<br/> 6) 93.3605 Trening marszowy z przyborami,<br/> 7) 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne,<br/> 8) 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe,<br/> 9) 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem,<br/> 10) 93.1901 Ćwiczenia równoważne<br/> 11) 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne,<br/> 12) 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe<br/> – Minimum 3 procedury w każdym dniu zabiegowym dla każdego pacjenta</p> |
|  |  |  | <p>Edukacja zdrowotna</p>             | <p>89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia - minimum 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie dziennym<br/> 89.08 Inna konsultacja - minimum 2 konsultacje dietetyczno-żywnościowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym<br/> 94.08 Ocena stanu psychicznego - obowiązkowo</p>   |
|  |  |  | <p>Interwencje psychologiczne</p>     | <p>1) 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna,<br/> 2) 94.335 Trening autogeny,<br/> 3) 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy,<br/> 4) 94.36 Psychoterapia w formie zabaw,<br/> 5) 94.37 Psychoterapia integrująca,<br/> 6) 93.84 Terapia muzyczna<br/> – minimum 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji -</p>   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  |   | <p>poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08.</p>   |
|  |  | <p>Monitorowanie postępów w rehabilitacji</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 88.721 Echokardiografia,</li> <li>2) 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej,</li> <li>3) 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym,</li> <li>4) 89.442 Sześciominutowy test marszu,</li> <li>5) 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem),</li> <li>6) 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter),</li> <li>7) 87.495 RTG śródpiersia,</li> <li>8) 89.385 – Ergospirometria</li> </ol> <p>– minimum 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym.</p> |
|  |  | <p>1. Etapy udzielania świadczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) planowanie i monitorowanie procesu terapeutycznego: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca),</li> <li>b) ocena wydolności fizycznej (próba wysiłkowa lub test korytarzowy, a w przypadku pacjentów z niewydolnością serca test ergospiro);</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku kontynuacji udzielania świadczenia w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego - faza I hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,</li> <li>b) zaprogramowanie aparatury monitorująco-sterującej,</li> <li>c) ocena stanu psychicznego i opracowanie zasad opieki psychologicznej,</li> <li>d) trening z praktycznym wykorzystaniem aparatury monitorująco-sterującej,</li> <li>e) udokumentowanie przygotowania pacjenta do fazy II,</li> <li>f) ostateczna kwalifikacja do II fazy telerehabilitacji,</li> <li>g) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena</li> </ol> </li> </ol> |  |

|  |                          |  |  |
|--|--------------------------|--|--|
|  |                          |  | osiągniętego tętna, EKG) w ramach II fazy hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego,<br>h) podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji i ewentualnej modyfikacji kolejnego treningu w trybie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego.  |
|  | Organizacja 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 |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. W przypadku przeniesienia z ośrodka stacjonarnego maksymalna liczba osobodni stanowi różnicę liczby 35 oraz liczby dni zrealizowanych w warunkach ośrodka/oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia odbywa się w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.</li> </ol> |
|  | Wymagania formalne       | <p>w miejscu udzielania świadczeń</p> <p>w lokalizacji</p> | <p>Ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji leczniczej.</p> <p>Centrum monitoringu telerehabilitacji – w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych pacjenta.</p>  |

|  |  |  |                                       |   |
|--|--|--|---------------------------------------|---|
|  |  | <p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p> | <p>w miejscu udzielania świadczeń</p> | <p>1) sala dla kinezyterapii wyposażona w matę lub materace do kinezyterapii;<br/> 2) sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnia, nie mniej niż 5 stanowisk w tym 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO<sub>2</sub> oraz pCO<sub>2</sub> oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (KG/tętno/ciśnienie);<br/> 3) pozostałe wyposażenie:<br/> a) defibrylator,<br/> b) aparat EKG 12-odprowadzeniowy,<br/> c) urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej,<br/> d) zestaw do reanimacji,<br/> e) kardiomonitor.</p>  |
|  |  | <p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p> | <p>w lokalizacji</p>                  | <p>1) aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego;<br/> 2) w przypadku realizacji części świadczeń w trybie telerehabilitacji w warunkach domowych pacjenta wyposażenie Centrum monitorowania telerehabilitacji obejmujące:<br/> a) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację,<br/> b) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentem,<br/> c) urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiającej:<br/> – werbalny kontakt w każdym momencie procedury,<br/> – sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej,<br/> – zdalną zmianę programu treningowego,<br/> – rejestrację i przesyłanie EKG oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy,<br/> – pomiar masy ciała i przesłanie wyniku bez możliwości wpływu na rezultat ze strony pacjenta.</p> |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 3 | <p><b>Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego</b></p> | <p>Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia gwarantowanego</p> | <p>1. Osoba dopuszczająca do realizacji świadczenia jest lekarz kardiolog lub kardiolog w trakcie specjalizacji lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub specjalista chorób wewnętrznych (z przeszkoleniem lub doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej).</p> <p>2. Procedura dopuszczenia do sesji treningowej obejmuje: EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, wywiad.</p> <p>3. Świadczenie udzielane jest pacjentom:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ze świeżo przeżytym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego wg kwalifikacji ICD 10: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,</li> <li>b) I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej,</li> <li>c) I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji,</li> <li>d) I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu,</li> <li>e) I21.4 Ostry zawał serca podwiersiowy,</li> <li>f) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony,</li> <li>g) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej,</li> <li>h) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej,</li> <li>i) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu;</li> </ol> </li> <li>2) realizującym rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym lub ośrodka/oddziału dziennego w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego oraz zakwalifikowani do kontynuacji świadczenia w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.</li> <li>3) wykazującym się wiedzą teoretyczną i umiejętnościami praktycznymi w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) samooceeny dolegliwości i objawów, które należy zgłosić osobie monitorującej telerehabilitację: bóle w klatce piersiowej, zasłabnięcia, kołatanie serca, przyrost masy ciała w krótkim czasie, duszność, obrzęki,</li> <li>b) samooceeny w trakcie treningu: ocena zmęczenia według skali Borga, ocena objawów niepokojących nakazujących modyfikację lub przerwanie treningów,</li> </ol> </li> </ol> |
|---|---|---|--|

- c) pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego, masy ciała,
  - d) zdolność do realizacji indywidualnie zaplanowanego treningu fizycznego,
  - e) obsługi aparatury/telemedycznej;
- 4) stabilnym klinicznie min. od 1 tygodnia, a w przypadku pacjentów z grupy wysokiego ryzyka od 2 tygodni, u których nie występuje:
- a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
  - b) nie poddająca 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 zę zwężeniem drogi odpływu,
  - g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2mm 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 dziennym.

W przypadku zidentyfikowanych problemów uniemożliwiających realizację świadczenia w trybie telerehabilitacji, dopuszcza się kontynuację rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym lub w ośrodku/oddziale dziennym zgodnie z kryteriami kwalifikacji do powyższych trybów.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
|                                 | <p>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).</p> <p>2. Sesje treningowe trwające min. 60 min. przeprowadzona według obowiązujących standardów obejmująca wybrane interwencje, zgodnie z indywidualnym planem terapeutycznym, w tym obowiązkowo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 93.3605 trening marszowy z przyborami (kije do Nordic Walking);</li> <li>2) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;</li> <li>3) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;</li> <li>4) inne formy treningu domowego w zależności od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez świadczeniobiorcę (cykloergometr, bieżnia, stepper).</li> </ol> <p>3. Podsumowanie sesji treningowej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG);</li> <li>2) wnioski co do kontynuacji i ewentualnej modyfikacji kolejnego treningu.</li> </ol> |
| <p>Zakres świadczenia</p>       | <p>Liczba osobodni w trybie telerehabilitacji zależy od trybu, w jakim pacjent rozpoczął proces terapeutyczny:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 i ośrodka/oddziału dziennego do liczby 35;</li> <li>2) liczba dni zabiegowych w trybie telerehabilitacji u pacjentów rozpoczynających 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.</li> </ol>  |
| <p>Czas trwania świadczenia</p> | <p>Osrodek stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub ośrodek/oddział dzienny rehabilitacji leczniczej.</p>   |
| <p>Wymagani</p>                 | <p>w miejscu</p>  |

|            |   |   |  |
|------------|---|---|--|
| a formalne | udzielania świadczeń                      |   |  |
|            | w lokalizacji                             | Centrum monitoringu telerehabilitacji.  |  |
|            | inne                                      | Faza II hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej jest realizowana w miejscu zamieszkania pacjenta.  |  |
|            | Wyposażenie 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, osobiste zestawy do ćwiczeń oddechowych.  |  |
| Personel   | Lekarze                                   | Lekarz kardiolog w trakcie specjalizacji lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub specjalista chorób wewnętrznych z przeszkoleniem lub doświadczeniem w zakresie rehabilitacji kardiologicznej oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej.   |  |
|            | Pozostały personel                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pielęgniarka ze specjalizacją z kardiologii lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii lub po kursie specjalistycznym wykonania i interpretacji zapisu EKG – realizująca sesję treningową.</li> <li>2. Technik EKG z doświadczeniem w hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej – realizujący sesję treningową.</li> </ol> |  |
|            | Pozostałe wymagania                       | Zapewnienie współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ramach leczenia szpitalnego.   |  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Nazwa projektu</b><br/>Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b><br/>Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b><br/>Pan Krzysztof Łanda - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b><br/>Pani Kamila Malinowska – Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, (22) 6349553, k.malinowska@mz.gov.pl</p> | <p><b>Data sporządzenia</b><br/>10.11.2016 r.</p> <p><b>Źródło:</b><br/>Art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b><br/>MZ 493</p> |
|---|--|

## 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Obecnie opieka nad pacjentem po zawale serca w Polsce nie przebiega prawidłowo. Według Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych w ciągu pół roku od zakończenia hospitalizacji związanej z wystąpieniem epizodu sercowo-naczyniowego umiera 5,5% pacjentów. W horyzoncie rocznym odsetek ten wzrasta do 9,4%. Należy zauważyć, że ryzyko wystąpienia zgonu po zawale jest wprost proporcjonalne do czasu, który upłynął od epizodu sercowo-naczyniowego. W ciągu roku od zawału około 38% wszystkich obserwowanych zgonów ma podłoże sercowo-naczyniowe.

Za jedną z głównych przyczyn wysokiej śmiertelności upatruje się brak właściwej opieki szpitalnej, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi klinicznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących wtórnej prewencji zawałów serca, które wskazują na kluczowe elementy dalszego postępowania medycznego, obejmującego wizyty u specjalisty, rehabilitację oraz edukację prozdrowotną, dokończenie wszelkich interwencji związanych z ponowną hospitalizacją.

Obecnie pacjenci po przebytych zawale mięśnia sercowego mają bardzo ograniczony dostęp do opieki specjalisty oraz jakiegokolwiek rehabilitacji, co skutkuje złymi wynikami leczenia w dłuższym horyzoncie i zaprzepaszczeniem sukcesu pierwszej interwencji. Przeprowadzono analizę na śląskiej populacji chorych po zawale mięśnia sercowego, a wyniki analizy aproksymowano na populację ogólną Polski, w ten sposób definiując kluczowe składowe opieki kompleksowej.

Wykazano, że po wypisie chorego po zawale pierwszym jego kontaktem z ochroną zdrowia jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast zalecane kontrole u kardiologa w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej następują najwcześniej po 3 miesiącach od zakończenia hospitalizacji. Brak właściwego nadzoru nad pacjentem oraz niewłaściwa kontrola farmakoterapii może istotnie zwiększać ryzyko niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych. Dalsza analiza wykazała również, iż u części pacjentów istnieje konieczność dokończenia procesu rewaskularyzacji.

Odsetek zabiegów angioplastyki w ramach II etapu w krajach zachodnich wynosi od 15% do 25%. Tym niemniej, biorąc pod uwagę trendy demograficzne, w tym szczególnie starzenie się polskiego społeczeństwa, należy założyć, że w perspektywie 10 lat zwiększy się liczba zabiegów angioplastyki wieńcowej przebiegających dwuetapowo.

Dane epidemiologiczne oraz wyniki analizy wskazują, że przy wypisie u około 15% chorych z przebytych zawalem występuje obniżona wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF)  $\leq 35\%$ . W przypadku, gdy w badaniu kontrolnym wartość EF po 6-9 tygodniach nie wzrośnie, istnieją przesłanki do rozważenia wszczepiania kardiowertera defibrylatora (ICD) albo kardiowertera defibrylatora z funkcją desynchronizacji (CRT-D). Niemniej jednak u części pacjentów wartość EF poprawia się po wypisie ze szpitala, dlatego zalecana jest ponowna ocena EF w ciągu 3 miesięcy od wypisu za pomocą echokardiografii.

Odsetek pacjentów biorących udział w rehabilitacji kardiologicznej w Polsce wynosi około 23%, przy czym odsetek ten jest bardzo zróżnicowany między województwami. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na wysoki odsetek pacjentów poddających się rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym i niewielki odsetek – w ambulatoryjnym/dziennym. W krajach Europy Zachodniej, w Stanach Zjednoczonych oraz Australii odsetek pacjentów po zawale serca biorących udział w rehabilitacji kardiologicznej waha się pomiędzy 30 a 50%.

Reasumując, leczenie pacjentów z zawalem serca nie powinno kończyć się wraz zakończeniem hospitalizacji z powodu zawału. W tym celu należy wdrożyć postępowanie mające na celu podtrzymanie efektu terapeutycznego leczenia inwazyjnego oraz uchronić pacjentów przed wystąpieniem niekorzystnych zdarzeń w tym zgonu. Zmiana stylu życia, regularne stosowanie leków, kontrola czynników ryzyka, rehabilitacja kardiologiczna, pełna rewaskularyzacja mięśnia

sercowego, w niektórych przypadkach implantacja rozrusznika serca, kardiowertera/defibrylatora lub układu resynchronizującego serca są niezbędne, by zapobiec kolejnym incydom sercowo-naczyniowym i zmniejszyć ryzyko zgonu w tej grupie chorych. Po wystąpieniu incydentu sercowo-naczyniowego długotrwałe przyjmowanie przepisanych leków ma podobne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka ponownego incydentu niedokrwiennego jak kontynuowanie wysiłków w celu poprawy stylu życia.

## 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, we współpracy z ekspertami kardiologami i rehabilitantami, przygotowała założenia programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca, wykorzystując narzędzia EBM i HTA oraz doświadczenia międzynarodowe.

Program ma na celu poprawę jakości udzielanej opieki, zapewnienie jej ciągłości i kompleksowości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie. W założeniach kompleksowa opieka obejmuje: leczenie ostrej fazy zawału (zabieg inwazyjny lub leczenie zachowawcze), dalszą rewaskularyzację, elektroterapię oraz opiekę specjalisty i odpowiednią rehabilitację. Kolejne etapy leczenia następują w optymalnym dla pacjenta czasie i są zapewniane przez świadczeniodawcę. W uzasadnionych klinicznie przypadkach stosowane będzie leczenie kardiochirurgiczne.

Oczekuje się, że program kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale poprawi populacyjne długookresowe wyniki przeżycia, zwiększy też satysfakcję pacjentów i ich poczucie bezpieczeństwa. Ponadto w konsekwencji lepszej jakościowo opieki należy spodziewać się mniejszej częstości kosztownych powikłań, a także niższych kosztów społecznych wynikających z unikniętych zgonów, absencji chorobowych i rent inwalidzkich.

## 3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W wielu krajach EU leczenie pacjentów po ostrym zespole wieńcowym (OZW), (w tym po zawale mięśnia sercowego) obejmuje wiele elementów poza leczeniem szpitalnym. Przykładowo Brytyjska Agencja Oceny Technologii medycznych, NICE, opracowała wytyczne oraz „ścieżki” postępowania z pacjentami po ostrych zespołach wieńcowych. Kluczowe założenia dotyczące wtórnej profilaktyki obejmują:

- 1) przedstawienie pacjentowi diagnozy, omówienie dalszych etapów leczenia oraz udzielenie porady dotyczącej wtórnej profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych na etapie szpitalnym;
- 2) farmakoterapię, wraz z monitorowaniem ciśnienia tętniczego oraz funkcji nerek, ocenę ryzyka występowania krwawień oraz ocenę funkcjonowania lewej komory serca;
- 3) porady dotyczące aktywności fizycznej i zmiany nawyków żywieniowych oraz rzucenia palenia.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna powinna być kierowana do wszystkich pacjentów po zawale serca niezależnie od wieku. Program powinien składać się z wielu interwencji, z których pacjenci powinni korzystać zgodnie z potrzebami zdrowotnymi. Dostępne formy rehabilitacji to rehabilitacja stacjonarna, środowiskowa i domowa. Przy wyborze formy rehabilitacji należy mieć na uwadze preferencje pacjentów oraz możliwość pogodzenia rehabilitacji z godzinami pracy, oraz możliwościami dojazdu pacjenta do ośrodka realizującego. Rehabilitacja kardiologiczna powinna rozpocząć się nie później niż w ciągu 10 dni od wypisu ze szpitala.

## 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

| Grupa  | Wielkość   | Źródło danych   | Oddziaływanie   |
|--|--|---|---|
| Świadczeniodawcy realizujących świadczenia lub ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej | Wszyscy posiadający zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia | Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym 579 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia | Udzielanie świadczeń kompleksowych będzie wyżej finansowane, co w przyszłości może pozwolić na rozbudowę infrastruktury oraz na podnoszenie jakości udzielanych świadczeń.<br><br>Dodatkowo może się zwiększać liczba świadczeniodawców, co pozwoli na lepsze zabezpieczenie świadczeń. |

|                   |  |   |                                  |
|-------------------|--|---|----------------------------------|
| Świadczeniobiorcy | Ok. 20 000 pacjentów w 1 roku finansowania do ok. 33 000 w 10 roku finansowania będzie korzystało ze świadczenia „rehabilitacja kardiologiczna”. | Narodowy Fundusz Zdrowia, Rekomendacja nr 80/2012 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 15 października 2012 r. | Zwiększenie dostępu do świadczeń |
|                   | Ok. 73 000 pacjentów z rozpoznaniem zawału serca hospitalizowanych na oddziałach kardiologii i kardiochirurgii,                                  | Narodowy Fundusz Zdrowia, Rekomendacja nr 46/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 29 lipca 2016 r.        |                                  |

##### 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu rozporządzenia.

Konsultacje publiczne będą trwały 21 dni.

Skrócenie terminu konsultacji publicznych podyktowane jest faktem, iż konieczna jest jak najszybsza implementacja przedmiotowego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych. Jest ona zasadna zarówno z klinicznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Jeżeli po wykonaniu kosztownych zabiegów kardiologii interwencyjnej pacjent nie ma zapewnionych już mniej kosztownych świadczeń rehabilitacji kardiologicznej oraz konsultacji kardiologicznych, jako kontynuacji leczenia, to wyniki zdrowotne w obserwacji długoterminowej (co najmniej 1 roku) nie są optymalne. Świadczy o tym wskaźnik śmiertelności 1-roczonej w tej grupie pacjentów, który w Polsce obecnie wynosi około 10%. Obecnie dostęp

do świadczeń nie jest zapewniony na właściwym poziomie, tj. czas oczekiwania na realizację świadczeń jest zbyt długi lub niewielki odsetek pacjentów ma udzielane świadczenia. Planuje się termin wejścia w życie rozporządzenia na dzień 1 stycznia 2017 r., analogiczny jak rozporządzeń dotyczących kompleksowej opieki w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zatem ważny interes publiczny (zapewnienie pacjentom szybkiego dostępu do kompleksowej opieki) przemawia za skróceniem konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych i opiniowania projekt został przesłany do zaopiniowania przez: Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Związek Rzemiosła Polskiego, Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Rzecznika Praw Pacjenta oraz będzie konsultowany z:

- a) konsultantami krajowymi w wybranych dziedzinach medycyny,
- b) samorządami zawodowymi (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych),
- c) związkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentującymi zawody medyczne (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NZZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce),
- d) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj.: Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Primum Non Nocere, Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej),
- e) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej),
- f) instytucjami badawczymi (tj.: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w

Warszawie, Instytut Żywności i Żywnienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny),

g) organizacjami pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Pracodawcy RP, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdański Związek Pracodawców, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Polska Unia Szpitali Klinicznych),

h) Radę Działalności Pożytku Publicznego i Radę Dialogu Społecznego.

Projekt został przesłany do zaopiniowania Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego zgodnie z ustawą z dnia 6 maja 2005 r. o Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz o przedstawicielach Rzeczypospolitej Polskiej w Komitecie Regionów Unii Europejskiej (Dz. U. poz. 759).

Ponadto projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) oraz Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 52 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979 oraz z 2015 r. poz. 1063).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione – po ich zakończeniu w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

#### 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

| (ceny stałe z ..... r.)          | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
|----------------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|----------------|--|
|                                  | 0   | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9     | 10    | Łącznie (0-10) |  |
| <b>Dochody ogółem</b>            |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| budżet państwa                   |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| JST                              |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| <b>Wydatki ogółem</b>            | 0   | 5,4  | 6,9  | 8,4  | 8,6  | 8,8  | 9,7  | 9,8  | 9,9  | 10,0  | 11,0  | 88,5           |  |
| budżet państwa                   |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| JST                              |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| Narodowy Fundusz Zdrowia         | 0   | 5,4  | 6,9  | 8,4  | 8,6  | 8,8  | 9,7  | 9,8  | 9,9  | 10,0  | 11,0  | 88,5           |  |
| <b>Saldo ogółem</b>              |   | -5,4 | -6,9 | -8,4 | -8,6 | -8,8 | -9,7 | -9,8 | -9,9 | -10,0 | -11,0 | -88,5          |  |
| budżet państwa                   |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| JST                              |   |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |                |  |
| Narodowy Fundusz Zdrowia         |   | -5,4 | -6,9 | -8,4 | -8,6 | -8,8 | -9,7 | -9,8 | -9,9 | -10,0 | -11,0 | -88,5          |  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Źródła finansowania | <p>Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.</p> <p>Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia. Biorąc pod uwagę, iż pacjenci w zakresie rehabilitacji kardiologicznej mogą zostać objęci hybrydową telerehabilitacją kardiologiczną, koszty z perspektywy płatnika publicznego za rehabilitację hybrydową oszacowano na poziomie 65,8 mln zł, stąd należy spodziewać się obniżenia kosztów za świadczenia realizowane w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.</p> |
|---------------------|---|

|  |  |
|--|--|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | <p>Zmiany zaproponowane w przedmiotowym projekcie będą w całości sfinansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach środków przeznaczonych na finansowanie rehabilitacji leczniczej.</p> <p>Projektowana regulacja będzie miała wpływ na budżet płatnika publicznego, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia. Realizacja świadczeń rehabilitacji kardiologicznej będzie wymagała dodatkowych 88,5 mln zł w perspektywie 10 lat realizacji programu. Koszty będą stopniowo narastały w kolejnych latach, od 5,4 mln zł w 1 roku realizacji do 11,0 mln w 10 roku realizacji programu. Prognozowany wzrost kosztów związany jest ze zwiększaniem się odsetka pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej. Dodatkowo przyjęto założenie, że zmniejszać się będzie odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie na korzyść rehabilitacji w ośrodkach dziennych oraz telerehabilitacji.</p> <p>Przyjęto założenie, że taryfy dla świadczeń rehabilitacji kardiologicznej, realizowanych w ramach opieki kompleksowej, zostaną powiększone o 10% w przypadku, gdy rehabilitacja rozpocznie się przed upływem 14 dni od wypisu ze szpitala po hospitalizacji związanej z zawałem serca. Odsetek pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej w scenariuszu prognozowanym przyjęto na poziomie 30% w 1 roku finansowania i założono jego stopniowy wzrost do 50% w 10 roku finansowania programu. W scenariuszu istniejącym przyjęto odpowiednio odsetek pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej na 23% w 1 roku finansowania oraz 32% w 10 roku.</p> <p>Koszt inkrementalny należy odnosić do budżetu przeznaczanego na realizację rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów po zawale. Budżet ten oszacowano przy wykorzystaniu danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rejestru AMI-PL dla roku 2013, następnie wyniki ekstrapolowano na kolejne lata analizy.</p> |
|--|--|

**7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**

|  |  | Skutki |   |   |   |   |    |                |
|--|--|--------|---|---|---|---|----|----------------|
| Czas w latach od wejścia w życie zmian                   |  | 0      | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | Łącznie (0-10) |
| W ujęciu pieniężnym<br>(w mln zł, ceny stałe z ..... r.) | duże przedsiębiorstwa                            | 0      | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0              |
|  | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | 0      | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0              |
|  | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe      | 0      | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0              |
|  | (dodaj/usuń)                                     |        |   |   |   |   |    |                |
| W ujęciu niepieniężnym                                   | duże przedsiębiorstwa                            |        |   |   |   |   |    |                |
|  | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw |        |   |   |   |   |    |                |
|  | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe      |        |   |   |   |   |    |                |
|  | (dodaj/usuń)                                     |        |   |   |   |   |    |                |
| Niemierzalne   | (dodaj/usuń)                                     |        |   |   |   |   |    |                |
|  | (dodaj/usuń)                                     |        |   |   |   |   |    |                |

|  |  |
|--|--|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw. |
|--|--|

### 8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

X nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak  
 nie  
X nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów  
 zmniejszenie liczby procedur  
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy  
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów  
 zwiększenie liczby procedur  
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

tak  
 nie  
X nie dotyczy

Komentarz:

Brak.

### 9. Wpływ na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia mogą spowodować wzrost zatrudnienia w sektorze.

### 10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne  
 sytuacja i rozwój regionalny  
 inne:

demografia  
 mienie państwowe

informatyzacja  
X zdrowie

Omówienie wpływu

Implementacja świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych jest zasadna zarówno z klinicznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Jeżeli po wykonaniu kosztownych zabiegów kardiologii interwencyjnej pacjent nie ma zapewnionych już mniej kosztownych świadczeń rehabilitacji kardiologicznej oraz konsultacji kardiologicznych jako kontynuacji leczenia, to wyniki zdrowotne w obserwacji długoterminowej (co najmniej 1 roku) nie są zadowalające. Świadczy o tym wskaźnik śmiertelności 1-roczonej w tej grupie pacjentów, który w Polsce obecnie wynosi około 10%.

W związku z powyższym, wprowadzenie opieki kompleksowej może przyczynić się do poprawy efektywności leczenia oraz potencjalnie zmniejszyć koszty odległe wynikające z np. z uniknięcia ponownych hospitalizacji. Dzięki kompleksowej i skoordynowanej opiece pacjent będzie miał zapewniony zabieg, rehabilitację, a w razie potrzeby kolejną wizytę kontrolną. Takie nowoczesne podejście do pacjenta jest nie tylko wygodniejsze dla niego samego, ale przyniesie o wiele lepsze efekty zdrowotne.

### 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Zakłada się, że projektowane rozporządzenie wejdzie w życie 1 stycznia 2017 r.

**12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?**

Dokonanie ewaluacji programu możliwe będzie najszybciej za 2, 3 lata, kiedy to będzie wiadomo, jakie korzyści przynosi świadczenie kompleksowe, co za tym idzie o ile zmaleje śmiertelność wśród pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Miernikiem zastosowanym do oceny efektu świadczenia będzie wskaźnik śmiertelności.

**13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)**

- 1) rekomendacja nr 80/2012 Prezesa AOTM z dnia 15 października 2012 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „hybrydowa rehabilitacja kardiologiczna”, jako świadczenia gwarantowanego, realizowanego w ramach rehabilitacji leczniczej, odrębnie kontraktowanego;
- 2) rekomendacja nr 46/2016 Prezesa AOTM z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „kompleksowa opieka nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego”, jako świadczenia gwarantowanego.