



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 15 lipca 2020 r.

Poz. 1246

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 13 lipca 2020 r.

w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

§ 2. Celem programu pilotażowego jest przetestowanie programu rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, ukierunkowanego na remisję tej choroby, poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego, a także ocena jego efektywności organizacyjnej i klinicznej.

§ 3. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji zakończony podpisaniem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego;
- 2) etap realizacji programu pilotażowego, który trwa 24 miesiące od dnia podpisania umowy, o której mowa w pkt 1;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

§ 4. Program pilotażowy jest realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głucholazach im. św. Jana Pawła II, zwany dalej „ośrodkiem”.

§ 5. Programem pilotażowym obejmuje się świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 6. 1. Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, realizowane według modeli fizjoterapii oddechowej po przeprowadzeniu kwalifikacji do nich.

2. Kwalifikacji świadczeniobiorcy do jednego z modeli fizjoterapii oddechowej ośrodek dokonuje po przeprowadzeniu:

- 1) testu wysiłkowego na ergometrze rowerowym lub
- 2) testu wysiłkowego na bieżni ruchomej, lub
- 3) testu 6-minutowego marszu

– wykonywanych do osiągnięcia limitu tętna (tętna submaksymalnego).

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 695 i 945.

3. Procedura kwalifikacyjna uwzględnia również duszność ocenianą według zmodyfikowanej skali Borga.

4. Badania są wykonywane przed przystąpieniem i po zakończeniu procesu rehabilitacji leczniczej w celu oceny efektów postępowania usprawniającego.

5. Na podstawie wyników testów, o których mowa w ust. 2, uzyskanych przez świadczeniobiorcę i kryteriów kwalifikacji ośrodek kieruje świadczeniobiorcę do jednego z modeli fizjoterapii oddechowej, przy czym rodzaj i natężenie treningu są ustalane dla każdego świadczeniobiorcy indywidualnie.

6. Modele fizjoterapii oddechowej oraz kryteria kwalifikacji do nich określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Czas trwania rehabilitacji leczniczej wynosi maksymalnie 21 dni.

2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji leczniczej, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedłużony na wniosek lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 8. Warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, odpowiadają wymaganiom określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 9. Ośrodek realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowanych w warunkach stacjonarnych.

§ 10. Dla celów rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach programu pilotażowego stosuje się cenę za osobodzień w wysokości 200 zł.

§ 11. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego:

- 1) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego w stosunku do liczby świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19;
- 2) mediana czasu, który upłynął od dnia zakończenia hospitalizacji po przebytej chorobie COVID-19 do dnia objęcia programem pilotażowym;
- 3) liczba świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym, u których ponownie rozpoczęto hospitalizację z powodu powikłań po przebytej chorobie COVID-19;
- 4) różnica w poziomie tolerancji wysiłkowej, duszności, czynności wentylacyjnej podczas przeprowadzania kwalifikacji do programu pilotażowego oraz w dniu zakończenia programu pilotażowego;
- 5) odsetek świadczeniobiorców z indywidualnym programem leczenia;
- 6) liczba świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym w okresie pierwszego i drugiego roku realizacji programu pilotażowego, ustalona na podstawie numerów PESEL;
- 7) liczba sprawozdawanych osobodni w okresie pierwszego i drugiego roku realizacji programu pilotażowego;
- 8) średnia liczba zrealizowanych osobodni przypadająca na jednego świadczeniobiorcę w okresie pierwszego i drugiego roku realizacji programu pilotażowego;
- 9) liczba skierowań wydanych na zakończenie programu pilotażowego w celu dalszej rehabilitacji leczniczej świadczeniobiorcy;
- 10) jakość opieki specjalistycznej w oparciu o badanie ankietowe satysfakcji świadczeniobiorcy.

§ 12. Sposób pomiaru przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, wskaźników realizacji programu pilotażowego, o których mowa w § 11, uwzględnia przekazywane przez świadczeniodawców informacje, których zakres określają przepisy wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

§ 13. 1. Fundusz sporządza sprawozdanie z realizacji programu pilotażowego, obejmujące ocenę wskaźników, o których mowa w § 11, wraz z opracowaniem statystycznym danych.

2. Fundusz przekazuje sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia programu pilotażowego.

§ 14. Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 13 lipca 2020 r. (poz. 1246)

Załącznik nr 1**MODELE FIZJOTERAPII ODDECHOWEJ ORAZ KRYTERIA KWALIFIKACJI DO NICH**

Modele fizjoterapii oddechowej	Zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w każdym z modeli fizjoterapii oddechowej	Obciążenie
Model A, B, C	Trening wydolnościowy (na ergometrze rowerowym lub bieżni ruchomej lub trening marszowy), ćwiczenia oddechowe (ćwiczenia rozluźniające, ćwiczenia wydłużonego wydechu, ćwiczenia oddychania przeponowego, ćwiczenia zwiększające ruch oddechowy dolnożebrowy), trening stacyjny, ćwiczenia ogólnousprawniające, techniki usuwania wydzieliny z drzewa oskrzelowego (pozycje drenażowe, efektywny kaszel, czynna vibracja oskrzeli, oklepywanie klatki piersiowej), inhalacje, relaksacja.	Model A – 80% submaksymalnego tętna Model B – 70% submaksymalnego tętna Model C – 60% submaksymalnego tętna
Model D, E	Ćwiczenia oddechowe (ćwiczenia rozluźniające, ćwiczenia wydłużonego wydechu, ćwiczenia oddychania przeponowego, ćwiczenia zwiększające ruch oddechowy dolnożebrowy), trening stacyjny, ćwiczenia ogólnousprawniające, techniki usuwania wydzieliny z drzewa oskrzelowego (pozycje drenażowe, efektywny kaszel, czynna vibracja oskrzeli, oklepywanie klatki piersiowej), inhalacje, relaksacja.	Model D – wzrost tętna do 30% w stosunku do tętna spoczynkowego Model E – ćwiczenia w pozycji siedzącej na krześle, wzrost tętna do 20% w stosunku do tętna spoczynkowego

I. TRENING WYDOLNOŚCIOWY**1. Trening wydolnościowy na ergometrze rowerowym**

Prowadzony w formie przerywanej lub ciągłej.

a. Trening przerywany

Czas trwania wysiłku i przerw jest dokładnie regulowany (4 minuty/2 minuty). Prowadzony około 30 minut do uzyskania tętna treningowego.

b. Trening ciągły z narastaniem obciążenia

Trening ze stopniowo wzrastającym obciążeniem prowadzony przez około 30 minut do uzyskania tętna treningowego, ze wzrastającym obciążeniem co 4 minuty.

c. Trening ciągły o dwóch poziomach intensywności

Chorych obciąża się 30-minutowym wysiłkiem, o dwóch poziomach intensywności: krótkim 2-minutowym okresem bardzo intensywnego wysiłku zbliżonego do tętna treningowego (ustalanego dla każdego chorego indywidualnie), z dłuższym 4-minutowym obciążeniem na poziomie 50% tętna treningowego.

d. Trening ciągle ze stabilizacją tętna

Trening, w którym obciążenie regulowane jest na podstawie tętna treningowego. Trening rozpoczyna się od obciążenia 30 W (wat), wzrastającego co minutę o 10 W (wat).

2. Systemy do treningów monitorowanych

Programy treningowe pozwalają na prowadzenie treningów sterowanych obciążeniem lub częstością rytmu serca.

3. Trening na bieżni ruchomej

Treningi ciągle o różnych poziomach intensywności.

4. Trening marszowy

Marsz w różnym tempie – wolny spacer, szybki marsz, krótki bieg i marsz.

II. ĆWICZENIA ODDECHOWE

Ćwiczenia oddechowe obejmują ćwiczenia rozluźniające, wydłużonego wydechu, oddychania przeponowego, zwiększające ruch oddechowy dolnożebrowy.

1. Ćwiczenia rozluźniające

Rozluźnienie mięśni oraz zmniejszenie napięcia mięśni klatki piersiowej. Zmniejszenie wzmożonego napięcia mięśni międzyżebrowych zewnętrznych uzyskuje się, utrzymując przez kilka minut klatkę piersiową w ustawieniu wydechowym.

2. Ćwiczenia wydłużonego wydechu

Wykonywanie krótkiego wdechu z niewielkim udziałem pomocniczym mięśni wdechowych oraz spokojnego, długiego wydechu przez zwężone jak do gwizdania usta z równoczesnym wciąganiem brzucha i unikaniem parcia. Ćwiczenia wydechu przy użyciu nieelastycznej opaski obejmującej dolne partie klatki piersiowej.

3. Ćwiczenia oddychania przeponowego

Ćwiczenia oddychania przeponowego wykonuje się w leżeniu na wznak z poduszczką pod głową, z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach biodrowych i kolanowych oraz stopami opartymi o podłoże. Opór dla ruchów przepony w czasie wdechu uzyskuje się również, kładąc na nadbrzuszu chorego woreczek z piaskiem.

4. Ćwiczenia zwiększające ruch oddechowy dolnożebrowy

Zwiększenie ruchu oddechowego dolnych odcinków klatki piersiowej i ruchów przepony uzyskuje się, stabilizując obręcz kończyn górnych, co powoduje ograniczenie ruchów górnych odcinków klatki piersiowej w czasie wdechu.

III. TRENING STACYJNY

Trening prowadzony w formie stacyjnej pozwalający w pojedynczej jednostce treningowej na przeprowadzenie ćwiczeń angażujących główne grupy mięśniowe organizmu. Modyfikując intensywność obciążenia, jego czas trwania, jak i czas trwania przerwy, można nadać treningowi cechy treningu interwałowego.

IV. ĆWICZENIA OGÓLNOUSPRAWNIAJĄCE

Ćwiczenia dynamiczne, wytrzymałościowe, wpływające korzystnie na sprawność i kondycję chorych, a przez przyspieszenie rytmu oddechowego poprawiające czynność wentylacyjną płuc.

V. TECHNIKI USUWANIA WYDZIELINY Z DRZEWA OSKRZÉLOWEGO**1. Pozycje drenażowe**

Przyjmowanie zmieniających się pozycji, utrzymywanych przez krótki czas (15–20 sekund) ułatwia chorym odkrztuszanie wydzieliny.

2. Efektywny kaszel

W pozycji drenażowej, w której chory wykrztusza najłatwiej, powtarza się ćwiczenia efektywnego kaszlu 10 razy oraz oklepuje klatkę piersiową.

3. Czynna vibracja oskrzeli

Czynna vibracja oskrzeli powodujących drgania słupa powietrza w drogach oddechowych, co sprzyja usunięciu zalegającej w drzewie oddechowym wydzieliny.

4. Oklepywanie klatki piersiowej

Oklepywanie klatki piersiowej sprzyjające usunięciu zalegającej wydzieliny. Liczba powtórzeń oraz serii zależy od stanu chorego.

VI. INHALACJE

Inhalacje z roztworu soli fizjologicznej wspomagają mechanizmy samooczyszczania dróg oddechowych oraz upłynniają zalegającą wydzielinę, sprzyjając szybszemu jej usunięciu.

VII. RELAKSACJA

Metody relaksowo-koncentrujące – relaksacja neuromięśniowa fizycznie aktywna, fizycznie bierna i typ mieszany, medytacja, praca z oddechem, biologiczne sprzężenie zwrotne.

VIII. OPCJONALNIE WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE**IX. OPCJONALNIE ZABIEGI Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII**

**KRYTERIA KWALIFIKACJI
ŚWIADCZENIOBIORCY DO JEDNEGO Z MODELI FIZJOTERAPII
ODDECHOWEJ**

Test wysiłkowy/ duszność*	<3 MET/ <320 metrów	3-4.9 MET/ 320–434 metrów	5-6.9 MET/ 435–520 metrów	≥7 MET/ >520 metrów
8–7	model D	model D	model C	model B
6–4	model D	model D lub C	model C lub B	model B lub A
3–2	model D	model C	model B	model A
0–1	model D	model C	model B	model A
Przeciwwskazania do testu / duszność >8	model E			

* Stopień duszności i zmęczenia określa się według zmodyfikowanej skali Borga.

Warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną	
Rehabilitacja lecznicza świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19	1. Wymagania dotyczące personelu medycznego: 1) lekarz specjalista chorób płuc lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych (w tym co najmniej 2 lekarzy specjalistów chorób płuc) udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w wymiarze co najmniej 3 etatów; 2) fizjoterapeuta (w tym co najmniej 2 specjalistów fizjoterapii) udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w wymiarze co najmniej 8 etatów; 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego; 4) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567). 2. Wyposażenie: 1) oddział stacjonarny rehabilitacji pulmonologicznej nie mniejszy niż 50 łóżek (pokoje pacjentów nie większe niż 2-osobowe); 2) gabinet kinezyterapii będący odrębnym pomieszczeniem – wyposażenie wymagane w lokalizacji: a) system do treningów monitorowanych, b) stół drenażowy, c) spirometr, d) bieżnia, e) stepper; 3) sala kinezyterapii wyposażona w: a) stół rehabilitacyjny, b) drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, c) maty lub materace do kinezyterapii; 4) gabinet fizykoterapii – wyposażenie wymagane w lokalizacji: a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, b) zestaw do magnetoterapii, c) zestaw do terapii falą ultradźwiękową, d) zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach), posiadających ściany o wysokości co najmniej 2,0 m, umożliwiających stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej; 5) pracownia badań czynnościowych w lokalizacji; 6) gabinet terapii indywidualnej w lokalizacji; 7) sala do treningów interwałowych (cykloergometr, nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców); 8) inhalatorium, w którym będą wykonywane inhalacje z wykorzystaniem leków rozszerzających oskrzela, rozrzedzających wydzielinę i wykrztuśnych. 3. Wymagany zakres wykonywanych zabiegów: 1) fizykoterapeutycznych: a) elektroterapia, b) światłolecznictwo, c) leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym, ciepłolecznictwo, d) ultradźwięki, e) laseroterapia; 2) kinezyterapia oraz drenaż ułożeniowy.