

Warszawa, dnia 7 czerwca 2019 r.

Poz. 1061

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 23 maja 2019 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) 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. z 2018 r. poz. 465 i 2396) w załączniku nr 5 do rozporządzenia dodaje się lp. 4 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2019 r.

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

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730 i 752.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 23 maja 2019 r. (poz. 1061)

4	<p>Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł rehabilitacja</p>	<p>Warunki kwalifikacji do świadczenia</p>	<p>1. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikuje się świadczeniobiorcę leczonego z powodu nowotworu złośliwego piersi w dniu kwalifikacji lub świadczeniobiorcę z następującym rozpoznaniem ICD-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I97.2 – Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu sutka; 2) I89.0 – Obrzęk chłonny nieklasyfikowany gdzie indziej; 3) C50.0 – Brodawka i otoczka brodawki sutkowej; 4) C50.1 – Centralna część sutka; 5) C50.2 – Czwartka górna wewnętrzna sutka; 6) C50.3 – Czwartka dolna wewnętrzna sutka; 7) C50.4 – Czwartka górna zewnętrzna sutka; 8) C50.5 – Czwartka dolna zewnętrzna sutka; 9) C50.6 – Część pachowa sutka; 10) C50.8 – Zmiana przekraczająca granice sutka; 11) C50.9 – Sutek, nieokreślony; 12) C79.8 – Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień; 13) C80 – Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia; 14) D05.0 – Rak zrazikowy in situ; 15) D05.1 – Rak wewnątrzprzewodowy in situ; 16) D05.7 – Inny rak sutka in situ; 17) D05.9 – Rak in situ sutku, nieokreślony. <p>2. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej nie kwalifikuje się świadczeniobiorcy, u którego nie potwierdzono w procesie diagnostycznym nowotworu złośliwego lub choroby nowotworowej piersi w oparciu o opinię wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.</p>
	<p>Wystawca skierowania</p>	<p>1. Lekarz poradni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) chirurgicznej lub 2) onkologicznej (chemioterapii, radioterapii, chorób piersi, ginekologii onkologicznej), lub 3) chirurgii onkologicznej, lub 4) położniczo-ginekologicznej, lub 5) ginekologicznej, lub 6) rehabilitacyjnej, lub 	

<p>7) chorób naczyni/angiologicznej, lub</p> <p>8) chirurgii naczyniowej.</p> <p>2. Lekarz oddziału:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) angiologii lub 2) chirurgii ogólnej, lub 3) chirurgii onkologicznej, lub 4) chirurgii naczyniowej, lub 5) chirurgii plastycznej, lub 6) chorób wewnętrznych, lub 7) ginekologii onkologicznej, lub 8) radioterapii, lub 9) onkologii klinicznej, lub 10) rehabilitacji. <p>3. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku nasilenia obrzęku lub objawów bólowych pomimo rehabilitacji.</p>		
<p>Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w profilaktyce lub leczeniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej przed leczeniem nowotworu piersi lub po jego leczeniu. Skierowanie na cykl zabiegów – fizjoterapia ambulatoryjna.</p>	<p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania</p>	
<p>1. We wczesnym lub późnym okresie po leczeniu chirurgicznym zabiegi ukierunkowane na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poprawę zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności przez zastosowanie kinezyterapii miejscowej: ćwiczeń w odciążeniu ICD-9: 93.1205, czynnych wolnych ICD-9: 93.1202; samowspomaganych ICD-9: 93.1204, sprawności manualnej ICD-9: 93.1903 lub zespołowej ICD-9: 93.1907; 2) wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: ICD-9: 93.3801, ICD-9: 93.3808, ICD-9: 93.3816, ICD-9: 93.3818, ICD-9: 93.3821, ICD-9: 93.3827, ICD-9: 93.3831; 3) profilaktykę przeciwobrzękową: nauka automasażu ICD-9: 93.3912, ćwiczenia oddechowe ICD-9: 93.1812, czynne wolne: ICD-9: 92.1202, ćwiczenia udrażniające ICD-9: 93.1305; 4) ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności bieżnia, cykloergometr, stepper: ICD-9: 93.1401, ICD-9: 93.12, ICD-9: 93.1909. <p>2. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy ICD-9: 93.3912 oraz mobilizacja blizn ICD-9: 93.3827.</p>	<p>Zakres świadczenia</p>	

<p>3. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45–50 min): ICD-9: 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50–60 min) ICD-9: 93.3987, nałożenie bandazy wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min) ICD-9: 93.3918, ICD-9: 93.3999 zabiegi fizjoterapeutyczne – inne, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15 min) ICD-9: 93.1304, ICD-9: 93.1139.</p> <p>4. Ćwiczenia relaksacyjne.</p> <p>5. Psychoterapia – psychoedukacja i relaksacja.</p> <p>6. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kineziotapingu ICD-9: 93.3812.</p> <p>7. Wystawienie wniosku na wyrobę medyczne celem refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.</p>		
<p>1. Rozpoczęcie realizacji świadczenia w określonym terminie wynika z celu rehabilitacji i stanu klinicznego świadczeniobiorcy i następuje:</p> <p>1) bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 21 dni od wypisu po leczeniu w celu niedopuszczenia do rozwoju obrzęku oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, statyki ciała (klatki piersiowej i tułowia);</p> <p>2) w okresie innym niż określony w pkt 1 w celu redukcji obrzęku limfatycznego oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rehabilitację.</p> <p>2. Czas realizacji świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza.</p> <p>3. We wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 dni zabiegowych (jednorazowo) lub cykl zabiegów obejmujący 20 dni zabiegowych (jednorazowo).</p> <p>4. W późnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 dni zabiegowych (jednorazowo) lub cykl zabiegów obejmujący 20 dni zabiegowych (jednorazowo).</p> <p>5. W przypadku uzasadnionym stanem klinicznym świadczeniobiorcy i koniecznością osiągnięcia celu rehabilitacji czas realizacji świadczenia może być wydłużony przez lekarza prowadzącego leczenie, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>	<p>Warunki czasowe realizacji świadczenia</p>	
<p>Zgodnie z trybem realizacji świadczenia.</p> <p>W warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, lub ambulatoryjnych.</p>	<p>Świadczenia towarzyszące</p> <p>Tryb udzielania świadczenia</p>	

<p>1. Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu.</p> <p>2. Zapewnienie konsultacji przez:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarza specjalistę w dziedzinie angiologii lub 2) lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii klinicznej, lub 3) lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej. <p>3. Fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy, posiadający certyfikat z zakresu terapii przeciwobrzękowej lub będący w trakcie kursu lub szkolenia organizowanego przez uprawnioną jednostkę z zakresu terapii przeciwobrzękowej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu oraz fizjoterapeuta z co najmniej 3-letnim stażem pracy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu.</p> <p>4. Psycholog lub psychoonkolog – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu (realizacja świadczenia może być łączona z realizacją innych modułów świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi).</p> <p>5. Terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej ½ etatu.</p>	<p>Personel</p>
<p>Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub oddział dzienny rehabilitacji, poradnia rehabilitacji ambulatoryjnej (poradnia rehabilitacji, pracownia fizjoterapii).</p> <p>Wymagane w miejscu realizacji świadczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii; 2) aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej z regulacją ciśnienia i zestawami mankietów wielokomorowych; 3) stół lub leżanka terapeutyczna/łóżko do manualnego drenażu limfatycznego; 4) zestaw bandaży uciskowych o różnych rozmiarach i materiałów (short stretch lub long stretch) do kompresji. 	<p>Miejsce realizacji świadczenia</p> <p>Wyposażenie w sprzęt medyczny</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji świadczeniodawcy: <ol style="list-style-type: none"> 1) wskazania medycznego według klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji; 2) zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 3) czasu trwania rehabilitacji; 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji. 2. Stała współpraca z ośrodkiem diagnostyki i leczenia nowotworu piersi. 	<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>

<p>3. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym w ośrodku diagnostyki i leczenia nowotworu piersi.</p> <p>4. W przypadku gdy pacjent zgłasza się z załączonymi badaniami, nie są wykonywane powtórne badania diagnostyczne, o ile lekarz lub fizjoterapeuta, w zakresie swoich kompetencji prowadzący rehabilitację nie zdecydował inaczej.</p> <p>5. Świadczeniodawca w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla świadczeniobiorcy informuje o planowanym postępowaniu fizjoterapeutycznym, proponowanych procedurach, dostępnych opcjach fizjoterapeutycznych, ryzyku związanym z przyjętym planem postępowania, możliwych powikłaniach oraz inne informacje mające znaczenie w procesie fizjoterapeutycznym.</p> <p>6. Świadczeniodawca w oparciu o powszechnie obowiązujące klasyfikacje i standardy oceny monitoruje i ewaluuje jakość i efektywność realizowanych świadczeń oraz zgodność z warunkami realizacji świadczenia, w tym warunkami realizacji świadczenia.</p>	<p>Świadczeniodawca oblicza wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32c ustawy i spełnia wyznaczone wartości progowe wskaźników lub dąży do ich spełnienia, jeżeli zostały określone.</p>
	<p>Warunki jakościowe realizacji świadczenia</p>