Załącznik nr 2. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w obszarze: *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi* oraz warunki ich realizacji

Tabela 1 wykaz kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji – Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł rehabilitacja

4	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł rehabilitacja	Warunki kwalifikacji do świadczenia	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:
			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 – Ćwiartka górna wewnętrzna sutka;
			6) C50.3 – Ćwiartka dolna wewnętrzna sutka;
			7) C50.4 – Ćwiartka górna zewnętrzna sutka;
			8) C50.5 – Ćwiartka 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.
			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.
			1. Lekarz poradni:

		Wystawca skierowania	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
			7) chorób naczyń/angiologicznej, lub
			8) chirurgii naczyniowej.
			2. Lekarz oddziału:
			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.
			3. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku nasilenia obrzęku lub objawów bólowych pomimo rehabilitacji.
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania	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.
		Zakres świadczenia	1. We wczesnym lub późnym okresie po leczeniu chirurgicznym zabiegi ukierunkowane na:
			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.
			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.
			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 bandaży 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.
			4. Ćwiczenia relaksacyjne.
			5. Psychoterapia – psychoedukacja i relaksacja.
			6. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kinesiotapingu ICD-9: 93.3812.
			7. Wystawienie wniosku na wyroby medyczne celem refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.
		Warunki czasowe realizacji świadczenia	1. Rozpoczęcie realizacji świadczenia w określonym terminie wynika z celu rehabilitacji i stanu klinicznego świadczeniobiorcy i następuje:
			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);
			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.
			2. Czas realizacji świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza.
			3. We wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 dni zabiegowych (jednorazowo) lub cykl zabiegów obejmujący 20 dni zabiegowych (jednorazowo).
			4. W późnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 dni zabiegowych (jednorazowo) lub cykl zabiegów obejmujący 20 dni zabiegowych (jednorazowo).
			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.
		Świadczenia towarzyszące	Zgodnie z trybem realizacji świadczenia.

		Tryb udzielania świadczenia	W warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, lub ambulatoryjnych.
		Personel	1. Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu.
			2. Zapewnienie konsultacji przez:
			1) lekarza specjalistę w dziedzinie angiologii lub
			2) lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii klinicznej, lub
			3) lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej.
			3. Fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy, posiadający certyfikat z zakresu terapii przeciwobrzękowej lub będący w trakcie kursu lub szkolenia organizowanego przez uprawnione jednostki 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.
			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).
			5. Terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej ½ etatu.
		Miejsce realizacji świadczenia	Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub oddział dzienny rehabilitacji, poradnia rehabilitacji ambulatoryjnej (poradnia rehabilitacji, pracownia fizjoterapii).
		Wyposażenie w sprzęt medyczny	Wymagane w miejscu realizacji świadczenia:
			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.
		Organizacja udzielania świadczeń	1. Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji świadczeniodawcy:
			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.
			3. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym w ośrodku diagnostyki i leczenia nowotworu piersi.
			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 zdecyduje inaczej.
			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.
			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 czasowymi realizacji świadczenia.
		Warunki jakościowe realizacji świadczenia	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.

Źródło: Załącznik nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.)