Załącznik do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia … (poz. …)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Warunki realizacji świadczenia – 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 rozpoznaniem: 2. I97.2 – Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu sutka; 3. I89.0 – Obrzęk chłonny nieklasyfikowany gdzie indziej; 4. C50.0 – Brodawka i otoczka brodawki sutkowej; 5. C50.1 – Centralna część sutka; 6. C50.2 – Ćwiartka górna wewnętrzna sutka; 7. C50.3 – Ćwiartka dolna wewnętrzna sutka; 8. C50.4 – Ćwiartka górna zewnętrzna sutka; 9. C50.5 – Ćwiartka dolna zewnętrzna sutka; 10. C50.6 – Część pachowa sutka; 11. C50.8 – Zmiana przekraczająca granice sutka; 12. C50.9 – Sutek, nie określony; 13. C79.8 –Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień; 14. C80 – Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia. 15. Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej nie kwalifikuje się świadczeniobiorcy, u którego nie potwierdzono w procesie diagnostycznym nowotworu lub choroby nowotworowej piersi w oparciu o opinię wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. |
| Wystawca skierowania | 1. Lekarz poradni: 2. chirurgicznej lub 3. poradni onkologicznej (chemioterapii, radioterapii, chorób piersi, ginekologii onkologicznej), lub 4. poradni chirurgii onkologicznej, lub 5. poradni położniczo-ginekologicznej, lub 6. ginekologicznej, lub 7. rehabilitacyjnej, lub 8. Lekarz oddziału: 9. chirurgii ogólnej lub 10. chirurgii onkologicznej, lub 11. ginekologii onkologicznej, lub 12. radioterapii, lub 13. onkologii klinicznej, lub 14. rehabilitacji. 15. 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 lub po leczeniu chirurgicznym nowotworu piersi. |
| Zakres świadczenia | 1. We wczesnym lub późnym okresie po leczeniu chirurgicznym zabiegi ukierunkowane na: 2. poprawę zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności przez zastosowanie kinezyterapii miejscowej: ćwiczeń w odciążeniu 93.1205, czynnych wolnych 93.1202; samowspomaganych 93.1204, sprawności manualnej 93.1903 lub zespołowej 93.1907; 3. wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: 93.3801, 93.3808, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831; 4. profilaktykę przeciwobrzękowa: nauka automasażu 93.3912, ćwiczenia oddechowe 93.1812, czynne wolne: 92.1202; 5. ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności bieżnia, cykloergometr, stepper: 93.1401, 93.12, 93.1909. 6. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy 93.3912 oraz mobilizacja blizn 93.3827. 7. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45-50 min): 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50-60 min) 93.3987, nałożenie bandaży wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min) 93.3918, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15 min) 93.1304, 93.1139. 8. Ćwiczenia relaksacyjne. 9. Psychoterapia – psychoedukacja i relaksacja. 10. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): masaż wirowy kończyny 93.3301, masaż wibracyjny/głęboka oscylacja 93.3985, elektrostymulacja mięśni gładkich układu chłonnego 93.3926, 93.3812: stosowanie taśm kinesiotapingu. 11. Po zakończeniu cyklu zabiegów 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: 2. bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 21 dni od wypisu po leczeniu chirurgicznym w celu niedopuszczenia do rozwoju obrzęku oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej; 3. w okresie innym niż określony w pkt 1 w celu likwidacji lub zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz odzyskania sprawności i uwolnienia restrykcji blizn, jednak nie później niż w ciągu 14 dni od wystąpienia dolegliwości bólowych; 4. w okresie innym niż określony w pkt 1 w celu redukcji obrzęku limfatycznego oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rehabilitację. 5. Czas realizacji świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza. 6. We wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 dni zabiegowych (jednorazowo) lub cykl zabiegów obejmujący 20 dni zabiegowych (jednorazowo). 7. W późnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 dni zabiegowych (jednorazowo) lub cykl zabiegów obejmujący 20 dni zabiegowych (jednorazowo). 8. 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: 2. specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu, oraz 3. specjalista w dziedzinie angiologii lub lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej. 4. Fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy, posiadający certyfikat z zakresu Kompleksowej Terapii Przeciwobrzękowej Polskiego Towarzystwa Limfologicznego lub Krajowej Izby Fizjoterapeutów – 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. 5. Psycholog lub psychoonkolog – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu (realizacja świadczenia może być łączona z realizacją innych modułów świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi). |
| Miejsce realizacji świadczenia | Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub oddział dzienny rehabilitacji. |
| Wyposażenie w sprzęt medyczny | 1. Wymagane w miejscu realizacji świadczenia: 2. sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – lustra, materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie, wysokie kliny, wałki do masażu, bieżnia, cykloergometr; 3. aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej z regulacją ciśnienia do min. 150 mmHg i zestawami mankietów wielokomorowych (5- 13); 4. aparat do elektrostymulacji układu chłonnego; 5. stół lub leżanka terapeutyczna/łóżko do manualnego drenażu limfatycznego; 6. zestaw bandaży uciskowych o różnych rozmiarach i materiałów (short stretch lub long stretch) do kompresji wraz z osprzętem do bandażowania wielowarstwowego; 7. komplet rękawów uciskowych zakładanych po zakończeniu terapii w celu utrzymania efektów terapii, tylko do demonstracji; 8. wanny do masażu wirowego częściowego do kończyn górnych; 9. urządzenie do masażu wibracyjnego. |
| Organizacja udzielania świadczeń | 1. Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji: 2. wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji; 3. zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 4. czasu trwania rehabilitacji; 5. kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 6. metody oceny skuteczności rehabilitacji; 7. szczegółowego rachunku kosztów osobodnia. 8. Stała współpraca z ośrodkiem diagnostyki i leczenia nowotworu piersi. 9. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym w ośrodku diagnostyki i leczenia nowotworu piersi. 10. W przypadku, gdy pacjent zgłasza się z załączonymi badaniami, nie są wykonywane powtórne badania diagnostyczne, o ile lekarz lub fizjoterapeuta prowadzący rehabilitację nie zdecyduje inaczej. 11. 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. 12. Świadczeniodawca 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 lub dąży do spełnienia wyznaczonych wartości progowych wskaźników, jeżeli zostały określone. |