



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 21 września 2023 r.

Poz. 1954

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 25 sierpnia 2023 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 2022 r. poz. 2561, 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 2021 r. poz. 265) w załączniku nr 5 lp. 4 otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

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

Minister Zdrowia: *K. Sójka*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872 i 1938.

4	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł rehabilitacja	Warunki kwalifikacji do świadczenia	<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 piersi; 2) I97.8 – Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej; 3) I97.9 – Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone; 4) C50.0 – Brodawka i otoczka brodawki sutkowej; 5) C50.1 – Centralna część piersi; 6) C50.2 – Ćwiartka górna wewnętrzna piersi; 7) C50.3 – Ćwiartka dolna wewnętrzna piersi; 8) C50.4 – Ćwiartka górna zewnętrzna piersi; 9) C50.5 – Ćwiartka dolna zewnętrzna piersi; 10) C50.6 – Część pachowa piersi; 11) C50.8 – Zmiana przekraczająca granice piersi; 12) C50.9 – Pierś, nieokreślona; 13) C79.8 – Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień; 14) D05.0 – Rak zrazikowy in situ; 15) D05.1 – Rak wewnątrzprzewodowy in situ; 16) D05.7 – Inny rak piersi in situ; 17) D05.9 – Rak in situ piersi, 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>
		Wystawca skierowania	<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 7) chorób naczyń lub angiologicznej, lub 8) chirurgii naczyniowej.

		<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) ginekologii onkologicznej, lub 7) radioterapii, lub 8) onkologii klinicznej, lub 9) chemioterapii, lub 10) oddziału leczenia jednego dnia (w zakresie chemioterapii), lub 11) rehabilitacji. <p>3. Lekarz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podstawowej opieki zdrowotnej lub 2) lekarz oddziału chorób wewnętrznych – w przypadku nasilenia obrzęku lub objawów bólowych pomimo rehabilitacji.
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania	<p>Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach dziennych lub stacjonarnych, lub fizjoterapii ambulatoryjnej, w:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) profilaktyce lub leczeniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej lub 2) zaburzeniach funkcji narządu ruchu i tkanki łącznej, – przed lub po leczeniu nowotworu piersi.
	Zakres świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porada lekarska. 2. Wizyta fizjoterapeutyczna. 3. Zabiegi fizjoterapeutyczne ukierunkowane na: <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 – 15 minut, czynnych wolnych ICD-9: 93.1202 – 15 minut, samowspomaganych ICD-9: 93.1204 – 15 minut, sprawności manualnej ICD-9: 93.1903 – 15 minut lub zespołowych ICD-9: 93.1907 – 20 minut; 2) wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: metody reedukacji nerwowo-mięśniowej ICD-9: 93.3801 – 30 minut, metody neurofizjologicznej – metoda PNF ICD-9: 93.3808 – 30 minut, metody terapii manualnej – Cyriaxa ICD-9: 93.3816 – 30 minut, metody terapii manualnej Kaltenborda-Evjenta ICD-9: 93.3818 – 30 minut, metody terapii manualnej Maitlanda ICD-9: 93.3821 – 30 minut, metody terapii manualnej – inne ICD-9: 93.3827 – 30 minut, ćwiczenia specjalne ICD-9: 93.3831 – 30 minut;

			<ol style="list-style-type: none"> 3) profilaktykę przeciwobrzękową: nauka automasażu lub masaż klasyczny częściowy ICD-9: 93.3912 – 20 minut, ćwiczenia oddechowe czynne ICD-9: 93.1812 – 15 minut, czynne wolne ICD-9: 92.1202 – 15 minut, ćwiczenia udrażniające lub ćwiczenia izokinetyczne ICD-9: 93.1305 – 15 minut; 4) ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności bieżnia, cykloergometr, stepper: ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach ICD-9: 93.1401 – 20 minut, usprawnianie czynne ICD-9: 93.12 – 20 minut, ogólnousprawniające indywidualne ICD-9: 93.1909 – 30 minut; 5) profilaktykę wad postawy wynikających z leczenia chirurgicznego (odstająca łopatka, zespół sznurów AWS) oraz leczenie zespołu włóknienia po radioterapii i popromiennego uszkodzenia splotu ramiennego ICD-9: 93.3808, 93.3831, 93.1204, 93.3895, 93.3301, 93.1205, 93.1139; 6) leczenie neuropatii wynikającej z leczenia cytostatykami ICD-9: 93.1903, 93.3981. 4. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy ICD-9: 93.3912 oraz mobilizacja blizn ICD-9: 93.3827. 5. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45–50 min) ICD-9: 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50–60 min) ICD-9: 93.3987, nałożenie bandaża wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min) ICD-9: 93.3918, ICD-9: 93.3999, zabiegi fizjoterapeutyczne – inne, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15–30 min) ICD-9: 93.1304, ICD-9: 93.1139, kąpiel wirowa kończyn górnych, ICD-9: 93.3301. 6. Ćwiczenia relaksacyjne. 7. Psychoterapia – psychoedukacja i relaksacja. 8. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kinesiotapingu ICD-9: 93.3812. 9. Wystawienie wniosku na wyroby medyczne w celu refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.
		Warunki czasowe realizacji świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozpoczęcie realizacji świadczenia w określonym terminie wynika z celu rehabilitacji i stanu klinicznego świadczeniobiorcy i następuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przed rozpoczęciem leczenia lub bezpośrednio po wypisie lub w okresie 21 dni od wypisu po leczeniu chirurgicznym 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 reedukacji obrzęku limfatycznego oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, jednak nie później niż w okresie 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rehabilitację. 2. Czas realizacji świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza lub uprawnionego fizjoterapeutę udzielających świadczeń w oddziale dziennym lub stacjonarnym, lub fizjoterapii ambulatoryjnej.

		<ol style="list-style-type: none"> 3. W okresie przed rozpoczęciem leczenia chirurgicznego cykl zabiegów obejmujący do 10 dni zabiegowych (jednorazowo). 4. We wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 – 20 dni zabiegowych (jednorazowo). 5. W późnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 – 20 dni zabiegowych (jednorazowo). 6. 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 warunkami realizacji świadczenia.
	Tryb udzielania świadczenia	W warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, lub ambulatoryjnych.
	Personel	<ol style="list-style-type: none"> 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: <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. 3. Fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy lub specjalista fizjoterapii – 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 ¼ etatu.
	Miejsce realizacji świadczenia	Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub oddział dzienny rehabilitacji, lub pracownia fizjoterapii.
	Wyposażenie w sprzęt medyczny	<p>Wymagane w miejscu realizacji świadczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – lustra, materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie, wysokie kliny, wałki do masażu, bieżnia;

		<ol style="list-style-type: none"> 2) aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej z regulacją ciśnienia do min. 150 mmHg i zestawami mankietów wielokomorowych (5–13); 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 wraz z osprzętem do bandażowania wielowarstwowego; 5) komplet rękawów uciskowych zakładanych po zakończeniu terapii w celu utrzymania efektów terapii, tylko do demonstracji.
	Organizacja udzielania świadczeń	<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 i częstotliwości świadczeń rehabilitacyjnych planowanych do realizacji; 3) czasu trwania rehabilitacji; 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji. 2. Stała współpraca z Centrum Kompetencji Raka Piersi. 3. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym Centrum Kompetencji Raka Piersi. 4. W przypadku gdy pacjent zgłasza się z badaniami, nie są wykonywane powtórne badania diagnostyczne, jeżeli lekarz lub fizjoterapeuta prowadzący rehabilitację, w zakresie swoich kompetencji, nie zdecydują 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 przekazuje inne informacje mające znaczenie w procesie fizjoterapeutycznym. 6. Świadczeniodawca na podstawie powszechnie obowiązujących klasyfikacji i standardów 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 lub dąży do spełnienia wyznaczonych wartości progowych wskaźników, jeżeli zostały określone.