

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia *6 listopada* 2013 r.

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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2) gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii – pomieszczenie, w którym są udzielane świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych;
- 3) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50 poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390 i Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879 i 983.

- 4) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który rozpoczął specjalizację w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.³⁾) oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
- 5) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 6) miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;
- 7) ośrodek leczenia ostrej fazy choroby – oddział szpitalny, w którym pacjent jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby;
- 8) porada lekarska rehabilitacyjna – świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej;
- 9) zabieg fizjoterapeutyczny – świadczenie gwarantowane udzielane w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym.

§ 3. 1. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

§ 4. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, które obejmują:

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 1245.

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) domowych, które obejmują:
- a) poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię domową realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:
- a) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów,
 - b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - c) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
 - d) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
 - e) kardiologiczną,
 - f) pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii;
- 4) stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:
- a) ogólnoustrojową,
 - b) neurologiczną,
 - c) pulmonologiczną,
 - d) kardiologiczną.

§ 5. 1. Porada lekarska rehabilitacyjna, o której mowa w § 4 pkt 1 lit. a i pkt 2 lit. a, udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie;
- 2) skierowanie na konsultację i badania dodatkowe;
- 3) określenie zakresu ruchu w stawach;
- 4) testy czynnościowe;
- 5) ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania;
- 6) ocenę czucia powierzchownego i głębokiego;
- 7) ocenę odruchów ścięgno-okostnowych;
- 8) pomiar długości kończyn i obwodów;

- 9) ocenę chodu i lokomocji;
- 10) ocenę samoobsługi i samodzielności;
- 11) ocenę deformacji i zniekształceń;
- 12) ocenę deformacji, cech dysmorfii ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych;
- 13) ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem; ocenę spastyczności;
- 14) badania przesiewowe w kierunku depresji;
- 15) badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji;
- 16) interpretację badań diagnostycznych i obrazowych;
- 17) ocenę bezpieczeństwa i ryzyka upadku;
- 18) planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji;
- 19) punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe;
- 20) zlecenie na wyroby medyczne zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.⁴⁾);
- 21) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego);
- 22) skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe;
- 23) końcową ocenę procesu usprawniania.

2. Porada lekarska rehabilitacyjna, o której mowa w § 4 pkt 1 lit. a i pkt 2 lit. a, udzielana noworodkom i niemowlętom obejmuje czynności wymienione w ust. 1 oraz:

- 1) ocenę rozwoju psychoruchowego;
- 2) ocenę rozwoju neurofizjologicznego;
- 3) pomiary antropometryczne.

3. Wizyta fizjoterapeutyczna, o której mowa w § 4 pkt 1 lit. b tiret pierwsze i pkt 2 lit. b tiret pierwsze, obejmuje:

- 1) zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem;

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766.

- 2) ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;
- 3) badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii;
- 4) końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;
- 5) udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

§ 6. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 pkt 2, są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 1, a wymagają rehabilitacji leczniczej.

2. Zabieg fizjoterapeutyczny, o którym mowa w § 4 pkt 2 lit. b tiret drugie, jest udzielany świadczeniobiorcom z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi:

- 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
- 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali oceny stopnia niepełnosprawności, zwanej dalej „skalą opartą na skali Rankina”; warunku otrzymania 5. stopnia skali opartej na skali Rankina nie stosuje się do dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
- 4) chorobami przewlekłe postępującymi, w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów;
- 5) chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
- 6) złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania, obrażenia lub amputacji;
- 7) osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

3. Skalę opartą na skali Rankina określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w

warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 8. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 pkt 3, są udzielane świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

§ 9. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 pkt 4, są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do rehabilitacji neurologicznej, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. b, przeprowadza się na podstawie oceny stanu klinicznego pacjenta, z uwzględnieniem istniejących skal medycznych.

§ 10. 1. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

- 1) badania diagnostyczne;
- 2) leki i wyroby medyczne.

2. Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy jest finansowany w 40 % ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,

- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruc,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

– gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 11. 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ⁵⁾.

MINISTER ZDROWIA



Bartosz Arłukowicz

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Beata Rorant

2013 -10- 29

DYREKTOR
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Piotr Warczyński

2013 -10- 30

SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009 r., Nr 140 poz. 1145 i Nr 211, poz. 1644 oraz z 2010 r. Nr 115, poz. 774 i Nr 192, poz. 1286), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 85 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766).

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Matalska

30.X.2013

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Władysław Puzon
radca prawny

UZASADNIENIE

Przedmiotowe rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w którym minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazów oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zaistniała konieczność wydania nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zgodnie bowiem z art. 85 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, dotychczasowe akty wykonawcze wydane na podstawie ww. art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowują swoją moc nie dłużej niż 24 miesiące od wejścia w życie, tj. do dnia 1 stycznia 2014 r.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zostały wprowadzone zmiany w części normatywnej oraz w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia. Proponowane zmiany spowodują zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez umożliwienie świadczeniodawcom – w granicach utrzymania poziomu jakości świadczeń i zachowania bezpieczeństwa dla świadczeniobiorców – realizację świadczeń bez zbędnych kosztów.

Na konieczność wprowadzenia proponowanych rozwiązań zwracali uwagę świadczeniodawcy, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

W treści normatywnej rozporządzenia dokonano zmiany definicji „lekarza w trakcie specjalizacji”, która umożliwi realizację świadczeń udzielanych przez lekarzy w trakcie specjalizacji, przy czym dotychczasowe ograniczenia występujące w definicji dotyczące udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych zostały przeniesione do załącznika nr 1. Ponadto doprecyzowano, że lekarz w trakcie specjalizacji może udzielać świadczeń po uzyskaniu przez kierownika specjalizacji potwierdzenia wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

Ponadto rozszerzono definicję pojęcia „lokalizacja”, w sposób uwzględniający w jego zakresie również budynki lub zespół budynków oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość. Dodano również definicję „miejsca udzielania świadczeń” jako pomieszczenia lub zespołu pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych oraz definicję „ośrodka leczenia ostrej fazy choroby” wyjaśniającą, że jest to oddział szpitalny, w którym pacjent leczony jest z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji lub powikłań będących następstwem tej choroby.

Kolejna zmiana dotyczy uszczegółowienia nazw świadczeń zdrowotnych: „rehabilitacja słuchu i mowy” – na „rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy” oraz „rehabilitacja wzroku” – na „rehabilitację osób z dysfunkcją narządu wzroku”. Została wprowadzona z uwagi na niepoprawność merytoryczną dotychczasowych przepisów, które powinny być używane tylko w języku potocznym.

Dokonano usystematyzowania opisu „porady lekarskiej rehabilitacyjnej” oraz „wizyty fizjoterapeutycznej” i uzupełnienia czynności wchodzących w zakres porady, przy czym określono, że wymienione elementy nie są obligatoryjne.

W załączniku nr 1 odnośnie udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych wprowadzono numerację porządkową zabiegów fizjoterapeutycznych. Dookreślono możliwości udzielania świadczeń przez lekarzy w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej przez dodanie wyrazów „który ukończył minimum drugi rok specjalizacji”.

Doprecyzowano zasady udzielania świadczeń poprzez wprowadzenie przepisu, że lekarz wystawiający zlecenie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dokonano uaktualnienia nazewnictwa zabiegów i urządzeń do ich wykonywania: „wszczepiony rozrusznik” zastąpiono wyrazami: „wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego”, „materace gimnastyczne” zastąpiono wyrazami: „lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii”, skrót „IR”, „UV” występujące w dotychczasowym przepisie, rozwinięto do „lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym”, „zestaw do ultradźwięków” zastąpiono wyrazami: „zestaw do terapii falą ultradźwiękową”. Analogiczne zmiany wprowadzono również w przypadku udzielania świadczeń realizowanych

w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego: rehabilitacji ogólnoustrojowej, rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterranoterapii oraz realizowanych w warunkach stacjonarnych.

W lp. 3 załącznika nr 1 uszczegółowiono nazwę świadczenia zdrowotnego: „rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów w szczególności po mastektomii, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki” na: „rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu”. Zmiana nazwy nie zmienia zakresu udzielanego świadczenia. Ma na celu jedynie zaznaczenie, że rehabilitacja obrzęku limfatycznego udzielana jest także osobom z chorobą nowotworową leczonym nie tylko po zastosowaniu metody chirurgicznej (mastektomia).

Z uwagi na specyfikę rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym uszczegółowiono wymagania dotyczące personelu w przypadku realizacji świadczeń dla tej grupy chorych. Mając na uwadze nieco odmienne potrzeby w procesie rehabilitacji obrzęku limfatycznego oraz konieczność wykonywania specyficznych zabiegów fizykoterapeutycznych, określono dodatkowe wyposażenie gabinetu, gdzie odbywa się taka rehabilitacja.

Uzupełniono katalog kwalifikacji osoby prowadzącej fizjoterapię o osoby, które rozpoczęły kształcenie po dniu 30 września 2012 r. w zakresie fizjoterapii i uzyskały tytuł magistra. Rozszerzenie katalogu uwzględnia transformację systemu kształcenia. Analogicznie uzupełniono kwalifikacje logopedy i pedagoga.

Dokonano zmiany możliwości wystawiania skierowania na rehabilitację ogólnoustrojową poprzez dodanie lekarzy poradni, a nie tylko lekarzy określonych oddziałów, wymienionych szczegółowo w obowiązującym rozporządzeniu. Uprawnione do wystawiania skierowań zostały również oddziały lub poradnie kardiologiczne, geriatryczne, pediatrii, wad postawy, endokrynologii dziecięcej i diabetologii dziecięcej. Takie rozwiązanie przyczyni się do wzrostu dostępności do omawianego świadczenia.

Wprowadzono uszczegółowienie czasu trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Dookreślono także przepis dotyczący czasu trwania rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

Wprowadzono możliwość udzielania świadczeń przez surdopedagogów w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy (załącznik nr 1, lp. 3) mając na względzie absolwentów nowych kierunków z zakresu pedagogiki.

W zakresie realizacji rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku wprowadzono zmianę w zakresie wymagań dotyczących personelu udzielającego świadczeń, w szczególności dokonano podziału na personel udzielający świadczeń dzieciom i osobom dorosłym oraz uwzględniono możliwość konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie otolaryngologii lub otorynolaryngologii, którzy posiadają 3-letni staż pracy z dziećmi. Uwzględniono lekarzy oddziałów lub poradni rehabilitacji medycznej, audiologicznej i foniatrycznej w zakresie wystawienia skierowania na rehabilitację w tym zakresie.

W zakresie realizacji świadczenia zdrowotnego pn. „rehabilitacja ogólnoustrojowa” w warunkach stacjonarnych, z uwagi na fakt, że lekarz prowadzący powinien decydować o czasie hospitalizacji w zależności od aktualnych potrzeb pacjenta, usunięto dolny limit czasu pobytu pacjentów na oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej, czyli 3 tygodnie. Umożliwiono wystawianie skierowania na rehabilitację także przez lekarzy oddziałów kardiologicznych, pediatrycznych i geriatrycznych. Odnośnie zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej określono, że powinna być zorganizowana na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej.

Analogicznie wprowadzono zmiany w zakresie warunków udzielania świadczeń w pozostałych rodzajach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.

W zakresie realizacji świadczenia zdrowotnego pn. „rehabilitacja neurologiczna” umożliwiono wystawianie skierowania także z oddziału chorób wewnętrznych, po przeprowadzonej konsultacji neurologicznej. Brak zapisu o oddziałach wewnętrznych dotychczas uniemożliwiał bezpośrednie kierowanie na rehabilitację neurologiczną pacjentów np. po przebytych udarach mózgu.

W załączniku nr 3 dokonano uaktualnienia nazw procedur medycznych zgodnie z Klasyfikacją ICD-9 wersją 5.19. Zastąpiono procedurę rtg serca - procedurą rtg klatki piersiowej z uwagi na brak procedury rtg serca w nowej wersji Klasyfikacji ICD-9.

Projektowane rozporządzenie uwzględnia kryteria wskazane w art. 31a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W odniesieniu do wpływu świadczenia na poprawę zdrowia obywateli (art. 31a

ust. 1 pkt 1 ustawy) zaznaczyć należy, że świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej mają za zadanie ograniczenie skutków następstw choroby poprzez możliwość zapewnienia opieki rehabilitacyjno-terapeutycznej potrzebującym pacjentom w takim zakresie, jakiego wymaga stan ich zdrowia. Z uwagi na fakt, iż przerwanie rehabilitacji lub jej ograniczenie z powodu braku środków finansowych zmniejsza szansę na poprawę stanu zdrowia, a ponadto generuje przyszłe, wysokie koszty wspierania dorosłych już osób niepełnosprawnych, szczególnie istotne staje się wprowadzenie rozwiązań w omawianym zakresie.

Zmiany zaproponowane w projektowanym rozporządzeniu dotyczą warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 23 lipca 2010 r. o zmianie ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 165, poz. 1116) do zmiany warunków realizacji świadczeń nie jest wymagana rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Regulacja oddziałuje na świadczeniobiorców, ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz na świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

2. Konsultacje społeczne

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Unię Metropolii Polskich, Unię Uzdrowisk Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Polski Czerwony Krzyż, oraz był konsultowany m. in. z:

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- 2) uczelniami medycznymi (tj. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie);
- 3) instytutami badawczymi (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut "Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab.

med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie);

4) samorządami zawodowymi (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych);

5) stowarzyszeniami zawodowymi (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Biuro KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Stomatologów Ubezpieczeń Zdrowotnych, Kas Chorych i Wolnopracujących, Związek Lekarzy Dentystów – Pracodawców Ochrony Zdrowia);

6) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj.: Polska Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu Stowarzyszenie, Primum Non Nocere, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska);

7) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskie Towarzystwo Ortoptyki i Protetyki Narządu Ruchu, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie

Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, Polska Rada Resuscytacji);

- 8) organizacjami pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Izba Lecznictwa Polskiego, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdański Związek Pracodawców, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Mazowiecki Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związek Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, „Porozumienie Zielonogórskie” Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Gdański Związek Pracodawców, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Business Center Club, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET, Związek Rzemiosła Polskiego).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337),

projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia w trybie przepisów o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa. W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z Regulaminem Pracy Rady Ministrów.

W konsultacjach społecznych zgłoszono następujące uwagi:

1) uwagi ogólne:

- a) wprowadzenie świadczenia zdrowotnego pn. „Hybrydowa rehabilitacja kardiologiczna”, które uzyskało pozytywną rekomendację AOTM, jako świadczenie gwarantowane, realizowane w ramach rehabilitacji leczniczej, odrębnie kontraktowane (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne) – nie uwzględniono, brak analizy kosztów po stronie pacjenta;
- b) usunięcie możliwości udzielania porady rehabilitacyjnej przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach niż rehabilitacja (Polskie Towarzystwo Rehabilitacji) – nie uwzględniono, propozycja może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń;
- c) doprecyzowanie warunków skierowania na rehabilitację (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej) – nie uwzględniono, zasady skierowania na rehabilitację są wystarczająco precyzyjne;
- d) propozycja opracowania ramowych zasad kierowania na rehabilitację (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej) – nie uwzględniono, zasady skierowania na rehabilitację są wystarczająco precyzyjne;

2) uwagi do części normatywnej:

- a) dodać definicje dotyczące „fizjoterapeuta specjalista”, „porada fizjoterapeutyczna” (Lubelski Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii) – nie uwzględniono, propozycja spowoduje zmiany systemowe, niezgodne z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- b) dopuszczenie do udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziałach rehabilitacyjnych, na których pracuje co najmniej jeden lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji –

lekarza w trakcie specjalizacji od momentu jej rozpoczęcia (Ogólnopolski Związek Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej) – nie uwzględniono, pozostawiono obecnie obowiązujące rozwiązania;

- c) umożliwienie fizjoterapeutom przeprowadzania i dokumentowania badania wstępnego oraz planowania i wdrażania postępowania fizjoterapeutycznego na podstawie rozpoznania dokonanego przez lekarzy różnych specjalności (Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska, protest) – nie uwzględniono, niezgodne z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- d) wprowadzenie systemu ICF jako podstawowy do zlecenia i rozliczania efektywności leczenia, zgodnie ze światowymi trendami oraz zasadami obowiązującymi w większości krajów Europy (Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska) – nie uwzględniono, propozycja spowoduje wprowadzenie jednego systemu, przy czym nie są znane informacje na temat obowiązujących różnych systemów;
- e) w § 4 zmienić definicję wizyty fizjoterapeutycznej na poradę fizjoterapeutyczną (Lubelski Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, niezgodne z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- f) w § 5 rozszerzyć pojęcie wizyty fizjoterapeutycznej o elementy dotyczące m. in. oceny stanu funkcjonalnego i diagnozy (Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Lubelski Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii) – nie uwzględniono, niezgodne z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- g) w § 6 rozszerzyć okres przysługiwania świadczeń do 18 miesięcy dla świadczeń realizowanych w warunkach domowych (Lubelski Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, rozszerzenie populacji i zakresu gwarancji świadczeń powoduje konieczność uzyskania rekomendacji Prezesa AOTM;
- h) w § 6 ograniczyć możliwość rehabilitacji osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym tylko do ośrodków stacjonarnych, a w warunkach środowiskowych opiekę powinna przejąć tzw. opieka długoterminowa (Lubelski Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii) – nie uwzględniono, zmiana

zakresu gwarancji świadczeń powoduje konieczność uzyskania rekomendacji Prezesa AOTM;

i) w § 6 znieść określanie czasu trwania rehabilitacji w warunkach domowych i pozostawienie czasu trwania rehabilitacji do decyzji lekarza (Pracodawcy RP) – nie uwzględniono, zmiana może spowodować spadek jakości świadczeń;

j) doprecyzowanie skal medycznych stanowiących kryterium kwalifikacji na rehabilitację pulmonologiczną (Ogólnopolski Związek Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej) – nie uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;

3) uwagi do załączników:

a) załącznik nr 1:

– doprecyzowanie, kto i na jakich zasadach powinien przeprowadzać ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem cyklu terapeutycznego (Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Pracodawcy RP) – nie uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;

– wprowadzenie możliwości kriostymulacji dwutlenkiem węgla i elektrycznie schłodzonym powietrzem w świadczeniu realizowanym w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego i w warunkach stacjonarnych (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW) – nie uwzględniono, nowe świadczenie wymaga rekomendacji Prezesa AOTM;

– niezgodność zapisu w wymiarze czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub magistra fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik ½ etatu przeliczeniowego) (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW, Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich) – uwzględniono, korekta redakcyjna;

– podwyższenie wymagań dotyczących osoby realizującej świadczenia z zakresu fizjoterapii, aby świadczeń udzielał fizjoterapeuta lub specjalista fizjoterapii (Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, propozycja podwyższenia wymagań może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń;

– usunąć jednostki czasowe i parametry zabiegów (Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Pracodawcy RP) – częściowo uwzględniono, usunięto wymóg określania parametrów zabiegu,

natomiast w trosce o jakość świadczeń pozostawiono minimalny czas trwania zabiegów;

- usunięcie opisu uniemożliwiającego realizacji zabiegów fizykalnych w sali do kinezyterapii (Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – uwzględniono, zapis wykreślono;
- doprecyzowanie kompetencji lekarzy w zakresie warunków wystawiania skierowania na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych w przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady (Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich) – nie uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- w opisie skierowań na cykl zabiegów należy zwrot „pieczęć nagłówkowa” zamienić na „pieczęć lub nadruk” (Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia) – nie uwzględniono, poza zakresem regulacji;
- uwzględnienie możliwości wystawiania skierowań na rehabilitację w oddziale/ośrodku dziennym także przez lekarzy poradni rehabilitacyjnej (Pracodawcy RP) – uwzględniono, uzupełnienie zapisu;
- wprowadzenie nowego świadczenia dla chorych po leczeniu nowotworów głowy i szyi (Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi) – nie uwzględniono, nowe świadczenie wymaga rekomendacji Prezesa AOTM;
- uzależnienie ilości zestawów do fizykoterapii od liczby obsługiwanych pacjentów (Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska) – nie uwzględniono, propozycja może spowodować obniżenie jakości świadczeń;
- propozycja powrotu do obowiązującego czasu pracy poradni lub zakładu rehabilitacji i fizjoterapii (Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW, Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Związek Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Szpitali Powiatowych, Pracodawcy RP) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- podwyższenie wymagań dotyczących kwalifikacji magistra fizjoterapii w zakresie rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym, o wymagane rozpoczęcie specjalizacji (Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono,

propozycja podwyższenia wymagań może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń;

- obniżyć wymagania dotyczące liczby lekarzy specjalistów udzielających świadczeń na oddziałach rehabilitacji kardiologicznej (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne) – nie uwzględniono, propozycja może spowodować obniżenie jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów;
- rozszerzenie wymogu dotyczącego personelu w zakresie etatu lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, zapis „lub lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii po drugim roku specjalizacji (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne) – nie uwzględniono, nie jest zasadne uwzględnianie lekarza w trakcie specjalizacji na oddziałach rehabilitacji, gdyż realizowane są świadczenia rehabilitacyjne;
- propozycja odejścia od wymogu posiadania przez fizjoterapeutów zaświadczenia o ukończeniu kursu drenażu limfatycznego i kinesiotapingu (Polskie Towarzystwo Limfologiczne Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- uzupełnienie rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym o terapię bandażowania obręzków (Polskie Towarzystwo Limfologiczne) – nie uwzględniono, rozporządzenie określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń, natomiast nie określa standardu postępowania;
- obniżenie wymagań dotyczących personelu udzielającego świadczeń z zakresu rehabilitacji z obrzękiem limfatycznym (Polskie Towarzystwo Limfologiczne, Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Pracodawcy RP) – uwzględniono, odejście od określania liczby etatów;
- obniżenie wymagań dotyczących zatrudnienia psychologa lub psychologa klinicznego oraz terapeuty zajęciowego w ramach świadczeń realizowanych w warunkach oddziału lub ośrodka dziennego (Polskie Towarzystwo Limfologiczne Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich Związek Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Szpitali Powiatowych Pracodawcy RP) – uwzględniono, pozostawienie możliwości zamiast obowiązku udziału ww. osób w realizacji świadczeń;

- doprecyzowanie, że wymagany sprzęt do rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym jest wymagany, jeżeli dane świadczenie jest udzielane (Pracodawcy RP) – uwzględniono, doprecyzowano przepis;
- zmiana czasu trwania rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym poprzez odejście od wskazywania liczby cykli terapii, a wskazanie sumy całkowitej dni przysługujących świadczeniobiorcy (Polskie Towarzystwo Limfologiczne) – uwzględniono, określono czas trwania rehabilitacji do 40 dni w roku kalendarzowym;
- odejście od propozycji podwyższenia wymagań odnośnie obowiązku zatrudnienia 2 lekarzy w zakresie rehabilitacji osób z zaburzeniami wieku rozwojowego (Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;

b) załącznik nr 3:

- wprowadzenie wykazu jednostek chorobowych i procedur medycznych dla świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie „rehabilitacja w oddziale/ośrodku dziennym” oraz realizowanych w zakresie „rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych” (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW) – nie uwzględniono, propozycja może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń;
- dodanie do wykazu procedur ICD – 9 (załącznik 3) procedur z zakresu żywienia pozajelitowego (Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu) – nie uwzględniono, brak wykazu jednostek chorobowych dla rehabilitacji ogólnoustrojowej;

c) załącznik nr 4:

- przywrócenie lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych w zakresie realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych z rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej (Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur Federacja Porozumienie Zielonogórskie) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- przeanalizować konieczność zatrudniania dwóch lekarzy na każde 25 łóżek w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;

- doprecyzowanie pojęcia „rodzaj kinezyterapii” w świadczeniu realizowanym w warunkach ośrodka/oddziału dziennego i w warunkach stacjonarnych (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW, Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich) – nie uwzględniono, usunięcie przepisu;
- umożliwić realizację świadczeń przez specjalistę neurologa w zakresie „rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych” (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW) – nie uwzględniono, świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji;
- doprecyzować podział na 4 zakresy świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji pneumonologicznej (Polskie Towarzystwo Chorób Płuc) – nie uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- liczba cykloergometrów na 25. łóżkowy oddział powinna wynosić nie więcej niż trzy (Polskie Towarzystwo Chorób Płuc) – nie uwzględniono, propozycja może spowodować obniżenie jakości świadczeń;
- odejście od konieczności zatrudnienia terapeuty zajęciowego w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 30 łóżek w oddziale oraz zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych) (Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Związek Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Szpitali Powiatowych) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- odejście od zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia realizowane w zakresie „rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych” (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW) – uwzględniono, odejście od proponowanych zmian;
- należałoby uwzględnić poradnie (szczególnie neurochirurgiczne i chirurgiczne) w wykazie poradni kierujących na oddziały rehabilitacji stacjonarnej (Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW) – uwzględniono, przez wprowadzenie poradni neurochirurgicznej i chirurgicznej.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, ani na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie zawiera rozwiązania, które mogą przyczynić się do podwyższenia jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zwiększenia ich bezpieczeństwa, wpływając pozytywnie na zdrowie ludzi.

8. Ocena zgodności regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.