

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 2009 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 świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dostęp lub zapewnienie realizacji – zapewnienie wykonywania świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2) fizjoterapeuta:
 - a) magistra fizjoterapii, o którym mowa w pkt 8,
 - b) osobę, która rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata na tym kierunku,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

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 oraz 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 i Nr 118, poz. 989.

- c) osobę, która do dnia 31 grudnia 2007 r. ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała dyplom technika fizjoterapii;
- 3) gabinet (zakład rehabilitacji lub fizjoterapii) – pomieszczenie, w którym udzielane są świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych;
- 4) lekarz specjalista – lekarz, który posiada odpowiednią specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 5) lekarz danej specjalności – lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
- 6) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który ukończył drugi rok specjalizacji, a w przypadku lekarza realizującego świadczenia gwarantowane w oddziale stacjonarnym – każdego lekarza w trakcie specjalizacji;
- 7) lokalizacja - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo, w przypadku komórki mobilnej, adres wyczekiwania, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 8) magister fizjoterapii – osobę, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała na tym kierunku tytuł magistra,
 - b) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała na tym kierunku tytuł magistra,
 - c) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała na tym kierunku tytuł magistra oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej/ gimnastyki leczniczej,
 - d) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzy-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej;

- 9) masażysta – osobę, która uzyskała dyplom technika masażyisty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej z uprawnieniami szkoły publicznej;
- 10) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu udzielania świadczeń gwarantowanych u danego świadczeniodawcy;
- 11) porada lekarska – świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza danej specjalności lub lekarza specjalistę w danej dziedzinie medycyny;
- 12) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – osobę, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419), lub uzyskała tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia;
- 13) wizyta fizjoterapeutyczna - świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii;
- 14) zabieg fizjoterapeutyczny – rehabilitacyjne świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym.

§ 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunków ich realizacji stanowi załącznik do rozporządzenia.

§ 4. Świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, które dotyczą:
 - a) lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej,
 - b) fizjoterapii ambulatoryjnej;
- 2) domowych, które dotyczą:
 - a) porady lekarskiej rehabilitacyjnej,
 - b) fizjoterapii domowej;
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, które dotyczą:
 - a) rehabilitacji ogólnoustrojowej,

- b) rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - c) rehabilitacji słuchu i mowy,
 - d) rehabilitacji wzroku,
 - e) rehabilitacji kardiologicznej,
 - f) rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w
- 4) stacjonarnych, które dotyczą:
- a) rehabilitacji ogólnoustrojowej,
 - b) rehabilitacji neurologicznej,
 - c) rehabilitacji pulmonologicznej,
 - d) rehabilitacji kardiologicznej.

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

§ 6. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 pkt 3, są udzielane świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a który nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

§ 7. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 pkt 4, są udzielane świadczeniobiorcy, który ze względu na kontynuację leczenia wymaga stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz co najmniej całodobowego nadzoru pielęgniarskiego.

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

- 1) leki i wyroby medyczne,
- 2) przejazd środkami transportu sanitarnego, w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Przejazd, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku, gdy z oceny dokonanej przez lekarza 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 sanitarnego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

3. W przypadkach uzasadnionych klinicznie, świadczenia gwarantowane są udzielane w domu chorego.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 sierpnia 2009 r.

MINISTER ZDROWIA

redakcyjnym
Za zgodność, pod względem
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska
Alina Budziszewska-Makulska

12.08.2009

Projekt z dnia 11.08.2009 r.

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 31d pkt 1 i 2 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.)

Projekt rozporządzenia określa:

- 1) wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

Wykaz świadczeń gwarantowanych został przygotowany w oparciu o kryteria wskazane w art. 31a ustawy oraz rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych przedstawioną na podstawie rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych Nr 54/16/2009 z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych zawierające rekomendację, w której Rada Konsultacyjna „rekomenduje finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej załączonych do projektów rozporządzeń w poszczególnych zakresach wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy, pod warunkiem, że obejmują one wszystkie świadczenia obecnie finansowane w ochronie zdrowia ze środków publicznych. Świadczenia te należy uznać za gwarantowane”.

Zgodnie z wymogami konstytucyjnymi (art. 68 ust. 2) ustawa powinna określać wykaz świadczeń gwarantowanych (od strony pozytywnej) bądź świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych (od strony negatywnej). Ustawodawca zdecydował się na to pierwsze rozwiązanie. Stworzono tzw. pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, czyli wykaz świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, które są finansowane ze środków publicznych. Przy kwalifikowaniu świadczeń do wykazu kierowano się fundamentalnym nakazem, jakim jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych o udowodnionej efektywności klinicznej, które jednocześnie możliwe są do sfinansowania ze środków publicznych.

Stworzenie wyłącznie wykazu świadczeń gwarantowanych będzie oznaczało, że:

1) wyłącznie wskazane świadczenia przysługują w ramach środków publicznych i będzie to jasna i przejrzysta informacja;

2) nie należy wprowadzać dodatkowych procedur związanych z przeniesieniem świadczeń gwarantowanych do wykazu świadczeń niegwarantowanych, w przypadku gdy zostanie podjęta decyzja o zaprzestaniu ich finansowania i odwrotnie, oraz

3) nie powstaną wątpliwości w zakresie świadczeń, które byłyby poza wykazami świadczeń gwarantowanych i niegwarantowanych.

Wykaz świadczeń gwarantowanych został przygotowany w oparciu o rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych przedstawioną na podstawie rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych Nr 54/16/2009 z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych zawierające rekomendację, w której Rada Konsultacyjna „rekomenduje finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej załączonych do projektów rozporządzeń w poszczególnych zakresach wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy, pod warunkiem, że obejmują one wszystkie świadczenia obecnie finansowane w ochronie zdrowia ze środków publicznych. Świadczenia te należy uznać za gwarantowane”.

Wykazy spełniają również rolę informacyjną. Dla pacjenta będą one stanowiły źródło informacji, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane ze środków publicznych, a pośrednio również, za jakie świadczenia będzie musiał pokrywać pełne koszty. Będzie to również cenna informacja dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, którzy dzięki temu dowiedzą się z rozporządzenia, które świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej będą przedmiotem umowy z publicznym płatnikiem i jakie minimalne warunki realizacji świadczeń są stawiane przed ubiegającymi się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Przyczyni to do stabilizacji stosunków kontraktowych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, gdyż to nie publiczny płatnik, który dotychczas ustalał zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych i warunki wymagane od świadczeniodawców, tylko Minister Zdrowia, w drodze rozporządzenia, przy współudziale Agencji Oceny Technologii Medycznych, czyli profesjonalnej i niezależnej jednostki organizacyjnej zajmującej się badaniem efektywności klinicznej i kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej.

Zakres rehabilitacji leczniczej określony załączniku do projektu rozporządzenia jest tożsamy z zakresem świadczeń określonym w aktualnie obowiązujących zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia z dniem 31 sierpnia 2009 r. wynika z konieczności zapewnienie prawidłowego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej przez państwo. W związku z tym należy stwierdzić, że zachodzą przesłanki określone w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 68, poz. 449 oraz z 2009 r. Nr 31, poz. 206).

Wejście w życie rozporządzenie z dniem 31 sierpnia 2009 r. nie stanowi naruszenia zasady demokratycznego państwa prawa.

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).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych, świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego oraz świadczeniobiorców.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany, w szczególności do następujących podmiotów: Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Rady Transplantacyjnej, związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia oraz organizacjom pacjenckim.

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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, gdyż wykaz świadczeń gwarantowanych w niniejszym rozporządzeniu jest tożsamy z zakresem świadczeń, który obecnie jest finansowany ze środków publicznych. Wykaz świadczeń regulowany przepisami powszechnie obowiązującymi spełnił będzie przede wszystkim funkcję informacyjną, w związku z tym, należy przyjąć, że zaproponowane w nim rozwiązania nie będą generować dodatkowych środków finansowych pochodzących z sektora finansów publicznych.

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 funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

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

7. Wpływ na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na ochronę zdrowia ludzi. Jednoznaczne wprowadzenie wykazu świadczeń gwarantowanych zagwarantuje pewność pacjentów co do zakresu przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Powinno się również przyczynić, z uwagi na określenie wykazu świadczeń gwarantowanych i sposobu ich finansowania, do poprawy świadomości pacjentów o przysługujących im uprawnieniach do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.