

Projekt rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Rozdzielnik

Przekazany do uzgodnień zewnętrznych

w dniu 30 sierpnia 2010 roku

Termin zgłaszania uwag upływa
w dniu 6 września 2010 roku

Uwagi prosimy przysyłać na adres
m.fijolek@mz.gov.pl

Projekt, 30.08.2010 r.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 2010 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W rozporządzeniu 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) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) po § 6 dodaje się § 6a w brzmieniu:
„§ 6a.
1. Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących świadczenia gwarantowane są określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.
2. Wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków, jest określony w [załączniku nr 4](#) do rozporządzenia.”;
- 2) w § 8 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„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.”;
- 3) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w [załączniku nr 1](#) do niniejszego rozporządzenia;
- 4) dodaje się załączniki nr 3 i 4 w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 i [3 do niniejszego rozporządzenia](#).

§ 2.

Rozporządzenie stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2011 r.

§ 3.

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

MINISTER ZDROWIA

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, 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 www.inforlex.pl

UZASADNIENIE

Przedmiotowe rozporządzenie zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145 ze zm.), realizujące delegację ustawową zawartą 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.).

Na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono zmiany dotyczące rehabilitacji neurologicznej i rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Wskazana propozycja wynika z planu wprowadzenia Jednorodnych Grup Pacjentów w wymienionych zakresach świadczeń oraz związanego z tym uszczegółowienia opisu wymienionych powyżej świadczeń gwarantowanych poprzez procedury medyczne oraz jednostki chorobowe, a także poprzez doprecyzowanie wymagań i warunków realizacji świadczeń oraz wyodrębnienie świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji.

Realizując powyższe rozwiązanie wprowadzono do projektowanego rozporządzenia załącznik 3 określający wykaz procedur medycznych wg klasyfikacji ICD-9 oraz wykaz jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10 jako element opisujący świadczenia gwarantowane, a także załącznik nr 4 określający wykaz świadczeń gwarantowanych, które będą udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków.

Dokonano zmiany zapisu dotyczącego kwalifikacji świadczeniobiorcy do rehabilitacji neurologicznej polegającej na jej przeprowadzeniu na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego pacjenta z uwzględnieniem istniejących skal medycznych, które zostały określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia i warunków realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Uzasadnieniem dla tego jest fakt, że skala Rankina nie będzie stanowić podstawy do kwalifikacji pacjenta do rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, ponieważ nie dotyczy ona dzieci oraz istnieje inny podział jednorodnych grup pacjentów w przypadku wskazanej rehabilitacji.

Wprowadzono zmiany do załącznika Nr 1 w Lp. 1 w lit. b w drugim tirecie w kolumnie 2, po wyrazach: „masaż podwodny hydropowietrzny” poprzez dodanie wyrazów „ - nie obejmuje urządzeń jaccuzi”, a po wyrazach „masaż mechaniczny” dodano wyrazy: „ - nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.” - w celu uszczegółowienia przepisów w zakresie opieki nad świadczeniobiorcami.

W Lp. 1 w lit. b w kolumnie 3 w ust. 2 w pkt 2 w lit. a po wyrazach: „zestaw do elektroterapii z osprzętem” dodano wyrazy: „(aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości)”. Propozycja uwzględniona z uwagi na fakt, iż w chwili obecnej brak wskazanego rodzaju prądu generowanego przez urządzenia do elektroterapii stwarza sytuację, kiedy jeden zakład posiada aparat do elektroterapii, którym można wykonać jeden rodzaj zabiegu (świadczeniobiorca ma mniejsze możliwości kompleksowej obsługi), natomiast drugi zakład posiada sprzęt udzielający świadczeń kompleksowo, a na skierowaniu mogą być wskazane np. dwa różne zabiegi elektrolecznictwa).

W Lp. 1 w lit b, w kolumnie 3 w ust. 4 dodano pkt 3 w brzmieniu: „sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie – z uwagi na pracę z pacjentami w różnym stanie medycznym (np. wszczepiony rozrusznik serca), sala kinezyterapii powinna być oddzielona od pomieszczeń, w którym umieszczone są aparaty generujące zabiegi fizykalne np. pole magnetyczne.

W tym miejscu dodano także pkt 4 w brzmieniu: „gabinet masażu powinien stanowić odrębne pomieszczenie (jeżeli świadczenie jest realizowane)”, ponieważ pacjenci w gabinecie masażu z uwagi na konieczność rozbierania się do zabiegu powinni mieć zapewnione odpowiednie warunki poszanowania intymności.

W Lp. 1 w lit. b w kolumnie 3 w ust. 5 po wyrazach „Wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej w lokalizacji” dodano wyrazy: „(jeżeli świadczenie jest realizowane)”, jako doprecyzowanie przepisu, gdyż nie każdy zakład, gabinet realizuje tego typu świadczenie.

W Lp. 3: w lit. a w kolumnie 3 w lit. b, w lit e oraz w lit f dodano pozycję ust. 2 w brzmieniu: „Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.” Możliwość zatrudnienia osoby z uprawnieniami technika masażu umożliwi udzielanie kompleksowych świadczeń oraz w celu ujednoczenia ze świadczeniami udzielanymi w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

W Lp. 3 w lit. a w kolumnie 3 w pozycji „Wyposażenie świadczeniodawcy” po wyrazach „Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w lokalizacji” dodano wyrazy „jako wydzielone pomieszczenie zamknięte”, ponieważ brak określonych standardów powoduje, że pomieszczeniem do odpoczynku jest często np. korytarz.

w Lp. 3 w lit d w kolumnie 3 w ust. 1 dodano pkt 6 w brzmieniu: „personel uprawniony do realizacji świadczeń – osoba prowadząca fizjoterapię”, co stworzy możliwość zatrudnienia fizjoterapeuty w celu realizacji świadczeń z zakresu usprawniania ruchowego.

W świadczeniu gwarantowanym – rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana w warunkach stacjonarnych - wprowadzono zmianę w zakresie wymagań dotyczących personelu, która przedstawia się następująco: równoważnik 1 etatu dla oddziału do 25 łóżek wymagany, w tym lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, a w przypadku oddziału powyżej 25 łóżek równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na każde następne 6 łóżek.

Uzasadnieniem wskazanej powyżej propozycji jest fakt, iż obecne uregulowania prawne określające wymagania dotyczące pracy lekarza w świadczeniach realizowanych w warunkach stacjonarnych różnią się od wymagań dotychczas obowiązujących, jak również są nieczytelne. Zgodnie z rozporządzeniem w rehabilitacji stacjonarnej wymaga się 2 etatów przeliczeniowych lekarza dla oddziału 25 łóżkowego i mniejszego, gdzie do tej pory obowiązywał 1 etat przeliczeniowy lekarza.

W Lp. 4 w lit. a w kolumnie 3 dodano ust. 2 w brzmieniu: „Personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych: 1) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii; 2) lekarz w trakcie specjalizacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.”.

W Lp. 4, lit. a w kolumnie 3 dodanoust. 3 w brzmieniu: „Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca
www.inforflex.pl

fizjoterapię lub masażysta.” Możliwość zatrudnienia osoby z uprawnieniami technika masażu umożliwi udzielanie kompleksowych świadczeń oraz w celu ujednoczenia ze świadczeniami udzielanymi w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

W Lp. 4, lit a w kolumnie 3 dodano ust. 5 w brzmieniu: „Organizacja udzielania świadczeń:

- 1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym;
- 2) zapewnienie pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych – na wezwanie pielęgniarki.”.

Uzasadnieniem wprowadzonej zmiany jest doprecyzowanie przepisu w celu poprawy opieki nad świadczeniobiorcami. Wymaganie takie obowiązywało w 2009 roku, zgodnie z przepisami zarządzenia nr 85/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza W projektowanym rozporządzeniu wprowadzono zmiany do załącznika nr 1 w zakresie warunków realizacji rehabilitacji neurologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Obowiązujące regulacje dotyczące wymagań zatrudnienia lekarzy dla zakresu rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych są niezrozumiałe i niejednoznaczne do interpretacji. Zaproponowana zmiana ułatwi ich interpretację oraz rozszerzy personel uprawniony do realizacji świadczeń gwarantowanych o lekarza ze specjalizacją I stopnia z rehabilitacji medycznej oraz lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej, co jest zgodne z definicją lekarza w trakcie specjalizacji zawartą w § 2 ust. 4 rozporządzenia, które określa, że lekarz w trakcie specjalizacji to: lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji,

a w przypadku lekarza realizującego świadczenia gwarantowane w oddziale stacjonarnym – lekarz, który rozpoczął specjalizację.

Ponadto wprowadzenie możliwości realizacji świadczeń gwarantowanych przez ww. lekarzy jest zgodne z propozycjami zgłaszanymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

W lp. 4 lit. b kol. 3 ust. 1 pkt 9 tiret pierwsze zmieniono zapis dotyczący wymiaru zatrudnienia fizjoterapeuty na następujący: „ - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 6 łóżek. Ilość fizjoterapeutów realizujących świadczenia rehabilitacji neurologicznej w wymiarze 1 etatu na 10 łóżek jest zbyt mała, biorąc pod uwagę ciężkość stanu klinicznego pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. Poza tym w aspekcie oczekiwanej skuteczności terapii, hospitalizacja na oddziałach szpitalnych powinna być wypełniona intensywną rehabilitacją, a do tego niezbędna jest odpowiednia ilość personelu. Właściwym jest również wprowadzenie wymogu zatrudnienia fizjoterapeuty z tytułem magistra jako osoby nadzorującej pracę fizjoterapeutów z niższym wykształceniem. Zatrudnienie magistra jest zgodne z zapisami rozporządzenia zawartymi w Lp. 1 lit. b pkt 3 dotyczącymi zasad udzielania świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej: świadczenia udzielane w fizjoterapii ambulatoryjnej muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii.

W Lp. 4 lit. b kol. 3 ust. 1 pkt 6 tiret pierwsze zmieniono zapis dotyczący wymiaru zatrudnienia psychologa na następujący: „ - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale)”. Choroby neurologiczne często wiążą się z bardzo dużymi deficytami i zaburzeniami powodującymi duży stopień niepełnosprawności fizycznej i psychicznej. W związku z tym pacjenci wymagają wsparcia emocjonalnego oraz terapii innych zaburzeń behawioralno-poznawczych prowadzonych przez psychologów i neuropsychologów. W związku z powyższym właściwym jest określenie minimalnego wymiaru zatrudnienia wymienionych specjalistów.

W Lp. 4 lit. b kol. 3 ust. 1 dodano pkt 12 w brzmieniu: „terapeuta zajęciowy - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale)”. Terapia zajęciowa jest nieodłącznym elementem kompleksowej rehabilitacji. Jest jedną z form leczenia usprawniającego przyspieszającego powrót utraconych funkcji i sprawności, a w przypadku zmian nieodwracalnych pomaga w wyrobieniu funkcji zastępczych. W związku z powyższym ujęcie terapeuty zajęciowego w warunkach dotyczących realizacji świadczenia gwarantowanego: rehabilitacja neurologiczna jest niezbędne.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia Lp. 4 kol. 3 ust. 1 uchylono pkt 8. Nie wszystkie oddziały prowadzące rehabilitację neurologiczną zajmują się prowadzeniem terapii logopedycznej. Również nie wszyscy pacjenci z chorobami neurologicznymi posiadają motoryczne zaburzenia mowy i połykania. W związku z powyższym proponuje się, żeby logopeda znalazł się w wymaganiach zawartych w zaproponowanym załączniku nr 4 do zarządzenia zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków.

W Lp. 4 lit. b kol. 3 ust. 3 dodano do wyposażenia wymaganego w miejscu - aparat EKG. Uzasadnieniem wskazanej propozycji jest fakt, iż badanie EKG powinno być możliwe do wykonania u pacjenta w oddziale rehabilitacji neurologicznej. Poza tym EKG i defibrylator powinny znajdować się w miejscu udzielania świadczenia, a nie w lokalizacji. W oddziale powinna być zapewniona możliwość szybkiej interwencji w momencie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta.

W Lp. 4 lit. b kol. 3 dodano ust. 5 mający na celu zapewnienie całodobowego dostępu do realizacji badań takich jak diagnostyka obrazowa i laboratoryjna. Oddział prowadzący stacjonarną rehabilitację neurologiczną powinien zapewnić możliwość przeprowadzenia u pacjenta badań obrazowych i laboratoryjnych jako elementu dodatkowej diagnostyki lub weryfikacji diagnostycznej.

W Lp. 4 lit. b kol. 3 ust. 4 wprowadzono zmianę zapis dotyczący wystawiania skierowania na rehabilitację neurologiczną, a mianowicie rozszerzono możliwość wystawiania skierowania na rehabilitację neurologiczną o lekarzy oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, neurotraumatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, szpitalny oddział ratunkowy, kardiologii, pulmonologii, chorób zakaźnych. Natomiast w przypadku dotyczącym skierowań na rehabilitację dzieci do ukończenia 18 r. ż. dodano lekarzy: oddziału neonatologii oraz poradni neonatologicznej. Rozszerzenie możliwości wystawiania skierowań na rehabilitację neurologiczną w warunkach stacjonarnych o lekarzy powyższych oddziałów i poradni umożliwi bezpośrednie kierowanie na rehabilitację pacjentów wymagających takiej rehabilitacji.

W Lp. 4 lit. b w kolumnie 3 usunięto ust. 4 dotyczący czasu trwania rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych. Uzasadnieniem dla wymienionej decyzji jest fakt, iż czas trwania rehabilitacji powinien być różny dla pacjentów ze względu na ciężkość stanu klinicznego oraz rodzaj leczonego schorzenia. W związku z powyższym

www.inforflex.pl

proponuje się, żeby czas trwania rehabilitacji znalazł się w wymaganiach zawartych w zaproponowanym załączniku nr 4 do zarządzenia, zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków.

Projektowana regulacja wprowadza również zmiany w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Zmiany te obejmują obszar wymagań dotyczących personelu, a mianowicie wprowadzają zapis: równoważnik 1 etatu dla oddziału do 25 łóżek wymagany, w tym lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, a w przypadku oddziału powyżej 25 łóżek równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na każde następne 6 łóżek.

Uzasadnieniem wskazanej powyżej propozycji jest fakt, iż wymagania dotyczące pracy lekarza w świadczeniach realizowanych w warunkach stacjonarnych różnią się od wymagań dotychczas obowiązujących, jak również są nieczytelne. Zgodnie z rozporządzeniem w rehabilitacji stacjonarnej wymaga się 2 etatów przeliczeniowych lekarza dla oddziału 25 łóżkowego i mniejszego, gdzie do tej pory obowiązywał 1 etat przeliczeniowy lekarza.

W Lp. 4 lit c w kolumnie 3 dodano ust. 2 w brzmieniu: „Personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych:

- 1) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii;
- 2) lekarz w trakcie specjalizacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.”.

Analogicznie rozwiązanie jak w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej projektu rozporządzenia.

W Lp. 4 lit. c w kolumnie 3 dodano, tak jak w przypadku przepisów

w zakresie pozostałych rodzajów rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, pozycję w brzmieniu: „Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.”.

W Lp. 4 lit c w kolumnie 3 dodano ust. 4 w brzmieniu:

„Organizacja udzielania świadczeń:

- 1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego świadczeniobiorcy w okresie sprawozdawczym;
- 2) zapewnienie pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych – na wezwanie pielęgniarki;
- 3) stanowisko intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji.”.

Zaproponowane rozwiązanie ma na celu doprecyzowanie przepisów pod kątem poprawy opieki nad świadczeniobiorcami.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia wprowadzono również, jak w przypadku rehabilitacji neurologicznej, zmiany w zakresie warunków realizacji rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych, w szczególności dotyczące wymogów personelu.

Istniejące zapisy dotyczące wymagań zatrudnienia lekarzy dla zakresu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych są niezrozumiałe i niejednoznaczne do interpretacji. Zaproponowana zmiana ułatwi ich interpretację oraz rozszerzy personel uprawniony do realizacji świadczeń gwarantowanych o lekarzy: specjalistę chorób wewnętrznych, lekarza ze specjalizacją I stopnia z rehabilitacji medycznej oraz lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej.

Możliwość udzielania świadczeń przez wymienionych lekarzy jest zgodna

z propozycjami zgłaszanymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz z definicją lekarza w trakcie specjalizacji zawartą w § 2 ust. 4 rozporządzenia.

W lp. 4 lit. d kol. 3 usunięto ust. 4 dotyczący czasu trwania rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych opierając się na tym, że czas trwania rehabilitacji powinien być różny dla pacjentów ze względu na ciężkość stanu klinicznego oraz rodzaj leczonego schorzenia. W związku z powyższym proponuje się, żeby czas trwania rehabilitacji znalazł się w wymaganiach zawartych w zaproponowanym załączniku nr 4 do rozporządzenia, zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków.

Ponadto, w omawianym załączniku doprecyzowano przepisy ujęte w Wykazie świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych, odnoszące się do wymagań dotyczących personelu - przy zdaniu „zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej” dookreślono, że przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89, z późn.zm.).

Projektowane rozporządzenie uwzględni 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.

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia i będzie stosowane do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Powyższe stanowi ważny interes państwa w rozumieniu art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 17, poz. 95). Ze wskazanych względów, wejściu rozporządzenia w życie z dniem ogłoszenia, nie stoją na przeszkodzie również 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 lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

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 rehabilitacji leczniczej oraz świadczeniobiorców.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

Równoległe z uzgodnieniami międzyresortowymi, projekt został przesłany do zaopiniowania organizacjom zrzeszającym świadczeniobiorców i świadczeniodawców, w tym:

- 1) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 2) NSZZ Solidarność;
- 3) Forum Związków Zawodowych;
- 4) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 6) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 7) Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 8) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych;
- 9) Business Centre Club;
- 10) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 11) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 12) Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 13) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 14) Izbie Lecznictwa Polskiego;
- 15) Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego – Organizacji Pracodawców w Łańcucie;
- 16) Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie;
- 17) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 18) Gdańskiemu Związkowi Pracodawców Członkowi Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 19) Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 20) 20) Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 21) Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców;
- 22) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 23) Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 24) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 25) Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu;
- 26) Związkowi Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
- 27) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 28) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 29) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 30) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej;
- 31) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej.

Wynik konsultacji zostanie omówiony w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

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, będą natomiast miały wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Odnosnie szacunkowego wpływu projektowanej regulacji na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia się on następująco:

Oszacowanie dodatkowych wydatków związanych z wprowadzeniem Jednorodnych Grup Pacjentów jako sposobu rozliczania świadczeń w zakresie stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej nie jest możliwe na tym etapie prac legislacyjnych, jest trudne do oszacowania z uwagi na zróżnicowaną wagę punktową grupy, oraz iż nie jest znana liczba osób, które zostaną zakwalifikowane do poszczególnych kategorii grup. Nie mniej jednak zakłada się planowany wzrost ok. 14 mln w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz 53 mln w rehabilitacji neurologicznej.

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

www.inforflex.pl

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na zdrowie ludzi, w szczególności na poprawę jakości życia osób korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej.

© 2007 Ministerstwo Zdrowia
© 2002-2007 Platforma Activeweb Medical Solutions.