

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 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) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2 po pkt 8 dodaje się pkt 8a i 8b w brzmieniu:
 - „8a) stanowisko intensywnego nadzoru medycznego – wyodrębnione na oddziale stanowisko, na którym zapewnia się:
 - a) co najmniej jedno łóżko szpitalne ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia pacjenta (unoszenie nóg, głowy), znajdujące się w pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, zapewniające swobodny dostęp ze wszystkich stron,
 - b) co najmniej jeden defibrylator,
 - c) kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji – na każde łóżko,
 - d) całodobową opiekę pielęgniarską z możliwością stałej obserwacji każdego pacjenta ze stanowiska pielęgniarki,
 - e) opiekę lekarską – na wezwanie pielęgniarki;

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 i 1733.

- 8b) udokumentowane doświadczenie – doświadczenie w zakresie potwierdzone dokumentem w formie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub umowy o wolontariat, lub świadectwa pracy, lub oświadczenia zawierającego wskazanie zakresu i numeru umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia i z którego wynika okres zatrudnienia lub świadczenia;”;
- 2) w § 4 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:
- „1) ambulatoryjnych, które obejmują:
- a) poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) domowych, które obejmują:
- a) poradę lekarską rehabilitacyjną, lub
- b) wizytę fizjoterapeutyczną oraz
- c) zabieg fizjoterapeutyczny;”;
- 3) po § 4a dodaje się § 4b w brzmieniu:
- „§ 4b. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4, są zabezpieczone odpowiednio na obszarach:
- 1) co najmniej grupy gmin – dla świadczeń, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2;
- 2) co najmniej powiatu – dla świadczeń, o których mowa w § 4 pkt 3;
- 3) co najmniej grupy powiatów – dla świadczeń, o których mowa w § 4 pkt 4.”;
- 4) w § 5:
- a) w ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
- „Wizyta fizjoterapeutyczna, o której mowa w § 4 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego, obejmuje co najmniej jedną z poniższych czynności:”;
- b) dodaje się ust. 5–7 w brzmieniu:
- „5. Personel udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 1 lit. a, przeprowadza ocenę stanu klinicznego i opis stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych oraz klasyfikacji medycznych.
6. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 1 lit. b, przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie oceny stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania,

Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia, dalej zwanej „klasyfikacją ICF”, co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”, w terminie do 14 dni poprzedzających termin rozpoczęcia cyklu terapeutycznego.

7. Ocenę efektów fizjoterapii przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się” w ostatnim dniu zabiegowym.”;

5) § 6 otrzymuje brzmienie:

„§ 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 lub pkt 3, a wymagają rehabilitacji leczniczej.

2. Zabieg fizjoterapeutyczny, o którym mowa w § 4 pkt 2 lit. c, 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, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 85 punktów lub mniej;
- 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) uszkodzeniami rdzenia kręgowego, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel, 85 punktów lub mniej – 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, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel, 85 punktów lub mniej;

- 5) chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel, 85 punktów lub mniej;
- 6) po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel, 85 punktów lub mniej – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
- 7) złamaniami lub obrażeniami lub amputacjami kończyn dolnych, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel, 85 punktów lub mniej – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania lub obrażenia lub amputacji;
- 8) osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

3. Jeżeli w ocenie dokonywanej na koniec każdego miesiąca, przy pomocy skali Barthel lub Rankina, przez lekarza lub fizjoterapeutę danego podmiotu leczniczego świadczeniobiorca otrzymał więcej niż 85 punktów w skali Barthel lub mniejszy stopień niż 5 w skali Rankina, świadczenia mogą być realizowane do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego.

4. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 2, przeprowadza lekarz lub fizjoterapeuta uprawniony do wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal lub klasyfikacji ICF, co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się” oraz kryteriów kwalifikacyjnych, o których mowa w ust. 1 i 2, w terminie do 14 dni poprzedzających termin rozpoczęcia terapii.

5. Ocenę efektów fizjoterapii przeprowadza lekarz lub fizjoterapeuta uprawniony do wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”, co najmniej po każdym 20 dniach zabiegowych oraz w ostatnim dniu zabiegowym.”;

- 6) § 8 otrzymuje brzmienie:

„§ 8. 1. 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.

2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń, o których mowa w § 4 pkt 3, przeprowadza się na podstawie oceny stanu klinicznego i opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych.”;

7) w § 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń, o których mowa w § 4 pkt 4, przeprowadza się na podstawie oceny stanu klinicznego i opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych.”;

8) po § 9 dodaje się § 9a w brzmieniu:

„§ 9a. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, o których mowa w § 4 pkt 4, przed rozpoczęciem tej rehabilitacji oraz po jej zakończeniu, przeprowadza ocenę stanu klinicznego i opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia w odniesieniu do:

1) rehabilitacji, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. a, z uwzględnieniem:

- a) skali opisu stanu funkcjonowania i siły mięśniowej opartej na skali MRC (Medical Research Council Scale), zwanej dalej „skalą MRC”,
- b) skali opartej na skali Rankina,
- c) skali dla typowych czynności dnia codziennego – IADL (Instrumental Activities of Daily Living) według Lawtona „skalą IADL”,
- d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;

2) rehabilitacji, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. b, w przypadku ostrych zaburzeń funkcji mózgu z uwzględnieniem:

- a) skali opartej na skali Rankina,
- b) skali Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale), zwanej dalej „skalą GCS”, stosowanej u świadczeniobiorców w śpiączce,
- c) skali Barthel ADL (Activities of Daily Living), zwanej dalej „skalą Barthel ADL,”
- d) skali MRC,
- e) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”,
- f) zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motorycznych zaburzeń czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu;

3) rehabilitacji, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. b, w przypadku ostrych zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych, zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych, z uwzględnieniem:

- a) skali opartej na skali Rankina,
 - b) skali Barthel ADL,
 - c) skali MRC,
 - d) standardowej neurologicznej klasyfikacji uszkodzeń rdzenia kręgowego (ASIA), zwanej dalej „klasyfikacją „ASIA””,
 - e) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 4) rehabilitacji, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. b, w przypadku przewlekłych zaburzeń funkcji układu nerwowego, z:
- a) skali MRC,
 - b) skali opartej na skali Rankina,
 - c) skali IADL,
 - d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 5) rehabilitacji, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. c, z uwzględnieniem:
- a) skali nasilenia duszności mMRC (modified Medical Research Council),
 - b) oceny wydolności fizycznej (wyrażonej w MET lub W),
 - c) spirometrii (FEV1),
 - d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 6) rehabilitacji, o której mowa w § 4 pkt 4 lit. d, w celu oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych przez wskazanie wyników następujących badań oraz oceny stanów klinicznych, o ile ich wykonanie jest zasadne u danego świadczeniobiorcy:
- a) funkcji skurczowej lewej komory – EF (upośledzenie w %) lub kardiomiopatia lub skala New York Heart Association – NYHA (stopień),
 - b) złożonej arytmii komorowej – w spoczynku lub w czasie wysiłku,
 - c) cech niedokrwienia w EKG wysiłkowym (obniżenie odcinka ST w mm),
 - d) wydolności fizycznej (wartość w MET, W),
 - e) reakcji hemodynamicznej na wysiłek (brak przyrostu lub spadek częstości rytmu serca, lub skurczowego ciśnienia krwi),
 - f) chorób współistniejących: cukrzyca insulinozależna i z powikłaniami, niewydolność nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchości.
2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, o których mowa w § 4 pkt 4 lit. a–d, przed rozpoczęciem tej rehabilitacji

oraz po jej zakończeniu, przeprowadza ocenę stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorcy do ukończenia 18 roku życia, z uwzględnieniem:

- 1) pediatrycznej skali Glasgow CCS stosowanej dla dzieci, które nie ukończyły 3 lat, zwanej dalej „pediatryczną skalą Glasgow CCS”, albo skali GCS stosowanej dla dzieci w wieku 4–18 lat – w przypadku świadczeniobiorców z obniżonym poziomem przytomności;
 - 2) skali sprawności ruchowej w oparciu o klasyfikację „ASIA”, ocenę głębokości niepełnosprawności według GMFCS (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy), zwaną dalej „oceną GMFCS” – w przypadku świadczeniobiorców z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego;
 - 3) zaburzeń znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne, stopnia i powierzchni (%) oparzeń – w przypadku świadczeniobiorców z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu.”;
- 9) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 10) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części 1 Wykaz procedur medycznych według klasyfikacji ICD-9 po pozycji 88.973 dodaje się pozycję 89.0021 w brzmieniu:
- | | |
|---------|--------------------------------|
| 89.0021 | Konsultacja fizjoterapeutyczna |
|---------|--------------------------------|
- 11) po załączniku nr 3 do rozporządzenia dodaje się załącznik nr 3a do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 12) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

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

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie zostało przygotowane na podstawie upoważnienia zawartego w 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.) i wprowadza zmiany 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).

Przedmiotowe zmiany obejmują:

- 1) dodanie nowych definicji;
- 2) sprecyzowanie personelu medycznego uprawnionego do udzielania świadczeń;
- 3) doprecyzowanie kryteriów kwalifikacji do świadczeń;
- 4) rozszerzenie wykazu skal i klasyfikacji medycznych służących do oceny stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorców;
- 5) wprowadzenie mechanizmów efektywnościowych w organizacji systemu rehabilitacji głównie na rzecz pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach;
- 6) doprecyzowanie oraz ujednoczenie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych;
- 7) doprecyzowanie obszarów zabezpieczenia świadczeń realizowanych w poszczególnych warunkach;
- 8) zniesienie wymaganych odrębnych elementów dla skierowań do świadczeń fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia ambulatoryjna;
- 9) aktualizację wykazu podmiotów uprawnionych do wystawienia skierowań w poszczególnych zakresach świadczeń;
- 10) ujednoczenie nomenklatury we wszystkich świadczeniach w celu wyeliminowania problemów interpretacyjnych;
- 11) dostosowanie przepisów do zmian wprowadzonych w innych regulacjach.

Zmiana zapisów rozporządzenia wynika przede wszystkim z potrzeby rozwiązania problemów w dostępie do świadczeń zakresu rehabilitacji leczniczej, które były zgłaszane przez interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

Głównymi problemami w dostępie do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej jest długi czas oczekiwania oraz duża liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia, w szczególności pacjentów „pilnych”. Sytuacja ta jest związana z nadmiarowością wystawianych skierowań, które nie zawsze korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi świadczeniobiorców, co z kolei wynika z braku jasnych kryteriów

różnicujących te potrzeby. W celu wyeliminowania wskazanych problemów w projekcie rozporządzenia określone zostały kryteria różnicujące dalsze postępowanie względem świadczeniobiorcy.

Cel ten zostanie osiągnięty przede wszystkim przez wdrożenie oceny stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorców przed i po zakończeniu rehabilitacji, przy pomocy zestawu standardowych, obiektywnych i porównywalnych skal medycznych oraz narzędzi pomiarowych. Włączenie do projektu rozporządzenia wybranych skal oraz klasyfikacji, sankcjonuje przyjęte i funkcjonujące w obszarze rehabilitacji leczniczej rutynowe postępowanie kliniczne polegające na ocenie stanu klinicznego i funkcjonowania pacjenta rehabilitacyjnego przed rozpoczęciem rehabilitacji w oraz po jej zakończeniu. Dla zapewnienia obiektywności i porównywalności wyników oceny świadczeniobiorców, system musi opierać się na stałych dla wszystkich świadczeniodawców skalach oraz klasyfikacjach medycznych powszechnie używanych w ochronie zdrowia oraz rekomendowanych w rehabilitacji i fizjoterapii.

Skale obecnie stosowane w rehabilitacji leczniczej zostały wskazane na różnych poziomach. W obowiązującym rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej wyodrębniona jest jedna skala dla fizjoterapii domowej – skala oparta na skali Rankina. W ramach rozliczeń Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga od świadczeniodawców realizujących umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie np. rehabilitacji neurologicznej określenia wartości skal m.in. Barthel ADL czy standardowej neurologicznej klasyfikacji uszkodzeń rdzenia kręgowego (ASIA). Proponowane w projekcie zmiany, przeniosą na poziom rozporządzenia wszystkie skale i klasyfikacje stosowane obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rozliczeń świadczeń w rehabilitacji leczniczej.

Z punktu widzenia terapeutycznego zaproponowane skale i klasyfikacje:

- 1) stanowią pomocne narzędzie w podjęciu decyzji przez lekarza / fizjoterapeutę / inny personel, odnośnie do zasadności kwalifikacji do danej formy i poziomu rehabilitacji;
- 2) umożliwią ocenę ogólnej sprawności świadczeniobiorcy oraz jego zapotrzebowania na opiekę;
- 3) umożliwią ukierunkowanie dalszych etapów diagnostyki, leczenia czy terapii;
- 4) będą stanowiły podstawę budowy systemu jakości i skuteczności w rehabilitacji.

Ważną zmianą, jaką wprowadza rozporządzenie jest obowiązek stosowania stanu funkcjonowania pacjentów zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania,

Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia, dalej zwanej „klasyfikacją ICF, która powinna objąć co najmniej dziedzinę d4 – „Poruszanie się”. W celu ujednoliconego podejścia do opisu tej dziedziny zasadne jest wykorzystywanie wytycznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów, dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej zarówno w odniesieniu do dorosłych jak i dzieci. Rekomenduje się, jednakże szersze stosowanie klasyfikacji ICF także w innych jej dziedzinach, w szczególności tam, gdzie służyłaby ona do pomiaru efektów prowadzonej rehabilitacji. Dziedzinami tymi są na przykład: d1 – „Uczenie się i zdobywanie wiedzy”, d3 – „Porozumiewanie się” oraz d5 – „Dbanie o siebie”.

Z punktu widzenia zmian systemowych w rehabilitacji leczniczej obowiązek oceny stanu świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu, pozwoli określić profil pacjentów korzystających z rehabilitacji. Jednocześnie wiedza dotycząca wartości skal czy klasyfikacji na początku i na końcu terapii pozwoli ocenić skuteczność terapii i efekty zdrowotne przeprowadzonej rehabilitacji. W konsekwencji umożliwi to w dalszej perspektywie, doszczegółowienie warunków realizacji świadczeń, określenie kryteriów kwalifikacji do świadczeń i ich dostosowanie do rzeczywistych potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów. Dodatkowo obowiązek oceny stanu świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu umożliwi obiektywne porównanie poszczególnych świadczeniodawców w zakresie jakości udzielanych świadczeń (przez ocenę skuteczności terapii i efektów zdrowotnych) oraz referencyjności świadczeniodawców (przez określenie profilu pacjentów – stan kliniczny pacjenta – przyjmowanych w danym podmiocie leczniczym).

Oprócz rozszerzenia wykazu skal i klasyfikacji medycznych, projekt rozporządzenia określa również kryteria wyłączenia pacjentów z rehabilitacji. Określenie kryteriów wyłączenia stanowi konsekwencję wprowadzenia obowiązku dokonywania oceny stanu funkcjonowania pacjenta z wykorzystaniem skal oraz klasyfikacji medycznych. Ponadto nakłada na świadczeniodawców obowiązek określania celów terapeutycznych. Wyznaczenie celów terapeutycznych oraz systematyczne monitorowanie stanu zdrowia i funkcjonowania świadczeniobiorców stanowi podstawę dostosowania rehabilitacji do potrzeb rehabilitacyjnych świadczeniobiorców. Pozwoli na zidentyfikowanie sytuacji, w których świadczeniobiorcy powinni zostać zakwalifikowani do innego typu świadczeń, co przyniesie zarówno więcej korzyści zdrowotnych dla samych świadczeniobiorców, jak i w perspektywie społecznej.

Pozwoli również na identyfikację świadczeniobiorców, którzy osiągnęli cel terapeutyczny we wcześniejszym niż pierwotnie zakładanym okresie – takie postępowanie przyczyni się do skrócenia kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia i wydajniejsze spożytkowanie środków Narodowego Funduszu Zdrowia bez negatywnych konsekwencji dla świadczeniodawców związanych z refundacją.

W celu poprawy dostępności do świadczeń doprecyzowano również czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej, który będzie ustalany indywidualnie dla każdego świadczeniobiorcy, jednak nie będzie mógł przekroczyć 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Do liczby dni zabiegowych nie będzie się jednak wliczać usprawnianie świadczeniobiorców po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby w przypadku schorzeń neurologicznych, ortopedycznych, kardiologicznych, pulmonologicznych, internistycznych, pediatrycznych, onkologicznych. Dla grup pacjentów z wymienionym schorzeniami, którzy zakończyli leczenie ostrej fazy choroby określono osobno czasy trwania fizjoterapii, jak również terminy, w których powinno zostać rozpoczęte usprawnianie. Takie postępowanie stanowi wprowadzenie w organizacji systemu rehabilitacji mechanizmów efektywnościowych na rzecz pacjentów, którzy ze względu na swój stan zdrowia (kliniczny i funkcjonowania) powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne, gwarantując skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych bądź wyłącznie procedur rehabilitacyjnych.

Ponadto, dla zwiększenia dostępności do świadczeń, w projektowanym rozporządzeniu dodaje się również obowiązek zabezpieczania poszczególnych świadczeń na obszarach gmin i powiatów.

Taką samą formę grupowania pacjentów zaproponowano również w odniesieniu do fizjoterapii domowej. Wydzielenie grup pacjentów jest krokiem w stronę zróżnicowania opieki fizjoterapeutycznej dla pacjentów z przewlekłymi problemami zdrowotnymi oraz dla pacjentów po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, dla których rozpoczęcie rehabilitacji w krótkim okresie jest szczególnie istotne dla szybkiego powrotu do zdrowia, co sprzyja również ograniczaniu negatywnych skutków ekonomicznych i społecznych.

Czas trwania świadczenia doprecyzowano również dla zabiegów w kriokomorze. Ponieważ zabiegi w kriokomorze mogą być wykonywane w ramach świadczeń udzielanych w różnych warunkach (ambulatoryjnych, dziennych, stacjonarnych) określono łączną liczbę zabiegów, która nie może przekroczyć 40 w ciągu roku.

Zniesiono również limit 5 zabiegów dziennie w odniesieniu do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przypadku udzielania ich dzieciom z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego do ukończenia 18. roku życia.

W odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji poszerzono warunki przyjęcia dla rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I oraz kategoria II, przez umożliwienie przyjęcia świadczeniobiorcy bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału lub zakładu realizującego program leczenia dzieci ze śpiączką lub leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.

Propozycja wprowadzanych zmian wychodzi także naprzeciw licznym postulatam świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, którzy wskazywali na potrzebę przemodelowania w zakresie minimalnego standardu określonego dla świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, uwzględniając fakt, że osoby wykonujące zawody medyczne dzięki posiadanym kwalifikacjom zawodowym dają rękojmię prawidłowego przebiegu świadczeń. Projektowane zmiany pozwolą świadczeniodawcom na racjonalne zarządzanie zasobami ludzkimi oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i personelowi udzielającemu świadczeń w tym zakresie.

Projektowane rozporządzenie sankcjonuje stosowaną w praktyce możliwość udzielania świadczeń w warunkach domowych przez świadczeniodawców w ramach umów dotyczących świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej. Ponadto zrównuje wymagania dotyczące wyposażenia jakie jest niezbędne do udzielania świadczeń w warunkach domowych przez świadczeniodawców, którzy będą zawierać umowy w ramach dwóch różnych zakresów udzielania świadczeń (fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia domowa).

Nowelizacja rozporządzenia wynika również z konieczności dostosowania przepisów do obowiązującego stanu prawnego.

Z uwagi na rozszerzenie wykazu skierowań wystawianych w postaci elektronicznej o skierowania na rehabilitację leczniczą u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzone rozporządzeniem z dnia 19 listopada 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji

Medycznej (Dz. U. poz. 2132), brak jest uzasadnienia do utrzymania dotychczasowej obligatoryjności stosowania odrębnych regulacji w zakresie elementów skierowania.

W odniesieniu do poszczególnych świadczeń usunięto również zapis o wymaganych warunkach lokalowych, które są określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)

Z uwagi na rozbieżności w użytej nomenklaturze dla poszczególnych świadczeń wprowadzono ujednolicenie nazw, aby wyeliminować problemy interpretacyjne.

Do personelu, który może udzielać świadczeń z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku dopisano również osoby, które ukończyły studia z zakresu pedagogiki specjalnej w specjalności tyflopädagogika lub edukacja i osób z niepełnosprawnością wzrokową.

Ponadto projekt rozporządzenia wprowadza również szereg zmian, które mają charakter porządkowy, takich jak zmiana struktury opisu poszczególnych świadczeń gwarantowanych w załącznikach nr 1 i 4 do nowelizowanego rozporządzenia, przeniesienie wykazu zabiegów fizjoterapeutycznych możliwych do wykonywania w warunkach ambulatoryjnych lub w warunkach domowych z załącznika nr 1 do nowelizowanego rozporządzenia do załącznika nr 3a do nowelizowanego rozporządzenia, dodanie w załączniku nr 3a do nowelizowanego rozporządzenia wykazu procedur możliwych do realizacji w warunkach dziennych.

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.

Projekt nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana zmiana pozytywnie wpłynie na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, gdyż wprowadza obowiązek zabezpieczania na obszarach gmin i powiatów w odpowiednie świadczenia w zakresie rehabilitacji, odpowiednio w świadczenia. Zmiana ta spowoduje możliwość zwiększenia działań mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw w realizacji świadczeń.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych 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. z 2002 r. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Brak jest możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.