

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia2018 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 2017 r. poz. 1938, 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 2018 r. poz. 465) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) fizjoterapeuta – fizjoterapeutę, o którym mowa w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505 i 1000);”;

b) po pkt 7 dodaje się pkt 7a-7c w brzmieniu:

„7a) pielęgniarka specjalista – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w danej dziedzinie pielęgniarstwa i uzyskała tytuł specjalisty w tej dziedzinie;

7b) pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym – pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w danej dziedzinie pielęgniarstwa;

7c) pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego – pielęgniarkę, która ukończyła kurs specjalistyczny w określonym zakresie;”;

2) w § 3 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

„3. Świadczeniodawca stosuje zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy.

4. Do określania świadczeń, o których mowa w § 4, w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania, które opisuje się numerem ORPHA.”;

3) w § 5 w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą;”;

4) w załączniku nr 1 do rozporządzenia:

a) w lp. 1, w lit. b „zabieg fizjoterapeutyczny”, w kolumnie 3 w ust. 7:

- wyrazy „Skierowanie na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych” zastępuje się wyrazami „Skierowanie na cykl zabiegów”,

- uchyla się pkt 7,

b) w lp. 2, w lit. b „zabieg fizjoterapeutyczny”, w kolumnie 3 w ust. 3 w pkt 3 uchyla się lit. g.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 2, w zakresie dodawanego § 3 ust. 4, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

KONRAD MIŁOSZEWSKI

DYREKTOR

DEPARTAMENTU PRAWNEGO MINISTERSTWA ZDROWIA

/DOKUMENT PODPISANY ELEKTRONICZNIE/

Uzasadnienie

Przedmiotowy projekt rozporządzenia wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wykonującego upoważnienie ustawowe zawarte w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

W projekcie wprowadza się zmianę polegającą na odniesieniu się do definicji fizjoterapeuty określonej w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505, z późn. zm.), która wskazuje kwalifikacje personelu uprawnionego do realizacji świadczeń zdrowotnych fizjoterapeutycznych oraz na modyfikacji elementów wchodzących w skład wizyty fizjoterapeutycznej – umożliwiające zaplanowanie procesu fizjoterapii przez osoby uprawnione do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 759), która weszła w życie z dniem 1 lipca 2017 r., minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo ogłaszania, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia, będące, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Mając na względzie przedmiotowe uprawnienie oraz konieczność implementowania zaleceń postępowania w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach, wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w projekcie rozporządzenia dodano § 3 ust. 3 odnoszący się do stosowania przedmiotowych zaleceń.

W projekcie dookreślono także, iż świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcy z chorobą rzadką sprawozdaje numer ORPHA.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia dokonuje się modyfikacji elementów skierowania na cykl zabiegów w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia domowa. Zmiana polega na wykreśleniu obowiązku wskazania „zleconych zabiegów

fizjoterapeutycznych wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu”.

Projektowane zmiany wynikają z braku uzasadnienia do formułowania w treści skierowania zleconych zabiegów przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, np.: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, skoro zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 1-3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: diagnostyce funkcjonalnej pacjenta oraz kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii oraz kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu kinezyterapii. Niecelowe zatem staje się związanie fizjoterapeuty treścią skierowania w zakresie rodzajów zabiegów, skoro wyboru i ich kwalifikacji ma dokonać on sam. W dzisiejszym stanie prawnym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który nie bierze udziału w wykonywaniu zabiegów musi dokonywać wyboru zabiegów wpisując je w treści skierowania, co powoduje, że nierzadko nie odpowiadają one w pełni rzeczywistym potrzebom zdrowotnym pacjenta. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wystawiając skierowanie często podają jedynie dane pacjenta. Skutkuje to koniecznością odmowy wykonania zabiegu fizjoterapeutycznego ze względu na braki formalne w skierowaniu.

Uwzględnienie powyższej zmiany skutkować będzie urzeczywistnieniem kompetencji fizjoterapeutów wynikających z ustawy, a ponadto spowoduje, że pacjenci będą uzyskiwać wyłącznie te zabiegi, które są konieczne i znajdują uzasadnienie kliniczne w zdiagnozowanej dysfunkcji narządu ruchu. Niewątpliwie najwłaściwszej kwalifikacji przez wybór zabiegu może dokonać ten uczestnik procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który planuje te zabiegi, a następnie realizuje je i modyfikuje w trakcie procesu tj. fizjoterapeuta. Biorąc pod uwagę posiadaną wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne zarówno specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub osoba wykonująca zawód fizjoterapeuty i posiadającej tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty lub fizjoterapeuty posiadającego dyplom, świadectwo lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty, dają rękojmię prawidłowego przebiegu wizyt fizjoterapeutycznych. Uregulowanie definicji fizjoterapeuty wynika z konieczności zachowania nazewnictwa zgodnego z przepisami ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

Rozporządzenie wpłynie w ujęciu niepieniężnym na sektor mikro, małych i średnich przedsiębiorstw. Przedmiotowy projekt będzie mieć wpływ na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorstw przez zwiększenie możliwości realizacji świadczeń gwarantowanych

zgodnych z potrzebami zdrowotnymi świadczeniobiorców w czasie, kiedy ich realizacja jest niezbędna dla poprawy zdrowia świadczeniobiorcy. Projektowana zmiana wpływa również na poprawę konkurencyjności podmiotów realizujących świadczenia gwarantowane względem podmiotów świadczących świadczenia opieki zdrowotnej w sektorze poza finansowaniem świadczeń ze środków publicznych.

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 2, w zakresie projektowanego § 3 ust. 4, który wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. Określenie w tym przypadku dłuższego terminu wejścia w życie jest podyktowane koniecznością dostosowania się świadczeniodawców do sprawozdawczości (ORPHA rejestr dla chorób rzadkich).

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych, w związku z czym nie podlega notyfikacji w trybie przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.