

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA**<sup>1)</sup>

z dnia ... 2024 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 2024 r. poz. 146, 858 i 1222) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz oraz warunki udzielania 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) cel terapeutyczny – rezultat, który zamierza się osiągnąć, na poziomie możliwym w aktualnej sytuacji, ustalany indywidualnie dla świadczeniobiorcy przez personel uprawniony do udzielania poszczególnych świadczeń gwarantowanych; cel terapeutyczny może być modyfikowany na każdym etapie usprawniania;
- 2) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 3) gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii – pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych;
- 4) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który rozpoczął specjalizację, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287), oraz uzyskał

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;

- 6) 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;
- 7) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 8) ośrodek leczenia ostrej fazy choroby – oddział szpitalny, w którym świadczeniobiorca jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby;
- 9) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia;
- 10) udokumentowane doświadczenie – staż pracy w zawodzie potwierdzony dokumentem stwierdzającym nawiązanie stosunku pracy, umową cywilnoprawną, umową o wolontariat, lub świadectwem pracy, lub oświadczeniem zawierającym wskazanie zakresu i numeru umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, z którego wynika okres zatrudnienia i udzielania świadczeń gwarantowanych, lub zaświadczeniem potwierdzającym wykonywaną działalność gospodarczą;
- 11) zabieg fizjoterapeutyczny – świadczenie gwarantowane udzielane w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym.

§ 3. 1. Wykaz oraz warunki udzielania 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.

3. Świadczeniodawca bierze pod uwagę 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 gwarantowanych, o których mowa w § 4, w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania opisane numerami ORPHA.

5. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii dopuszcza się zawieszenie terminów, o których mowa w § 6 ust. 2 pkt 1–7, oraz terminów przyjęcia na świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych, obejmujące rehabilitację leczniczą, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. a, b i d, określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Świadczenia gwarantowane są udzielane w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, które obejmują:
  - a) lekarską ambulatoryjną opiekę, realizowaną przez poradę lekarską,
  - b) wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) domowych, które obejmują:
  - a) poradę lekarską lub wizytę fizjoterapeutyczną specjalisty w dziedzinie fizjoterapii,
  - b) wizytę fizjoterapeutyczną,
  - c) zabieg fizjoterapeutyczny;
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:
  - a) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup świadczeniobiorców,
  - b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
  - c) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
  - d) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
  - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
  - f) pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii,
  - g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego;
- 4) stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:
  - a) ogólnoustrojową,
  - b) neurologiczną,
  - c) pulmonologiczną,
  - d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
  - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

2. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w zakresie świadczeń gwarantowanych określonych w § 4 ust. 1 pkt 1–3 dopuszcza się realizację porad lekarskich lub wizyt fizjoterapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych

lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

3. Zabieg krioterapii ogólnoustrojowej może obejmować świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych, ośrodka lub oddziału dziennego, lub w warunkach stacjonarnych, przy czym łączna liczba zabiegów dla jednego świadczeniobiorcy nie może przekroczyć 40 zabiegów w roku kalendarzowym.

§ 5. 1. Świadczeniodawca realizujący skierowanie na cykl zabiegów, po ukończonym cyklu zabiegów, przekazuje, bezpośrednio lekarzowi wystawiającemu to skierowanie, informację o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów w postaci papierowej albo elektronicznej oraz dołącza ją do dokumentacji medycznej.

2. Personel udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. a, przeprowadza ocenę stanu klinicznego i opis stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem dostępnych skal oraz klasyfikacji medycznych, w tym Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), zwanej dalej „klasyfikacją ICF”, w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia.

3. Kwalifikacji oraz określenia celu rehabilitacji leczniczej świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. b, dokonuje fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 i 1234), zwany dalej „fizjoterapeutą uprawnionym do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej”, na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, co najmniej w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, w terminie do 14 dni poprzedzających termin rozpoczęcia cyklu terapeutycznego.

4. Ocenę efektów zabiegów fizjoterapeutycznych przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, z pominięciem kwalifikatora „wykonanie” oraz „zdolność”. W przypadku braku stwierdzenia ograniczenia na poziomie aktywności i uczestniczenia wskazuje się kod „0” (zero) – „brak ograniczenia aktywności i uczestnictwa”.

§ 6. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu rehabilitacji leczniczej, który ze względu na brak

możliwości samodzielnego poruszania się nie może dotrzeć do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lub 3.

2. Zabieg fizjoterapeutyczny, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. c, jest udzielany świadczeniobiorcy z zaburzeniami funkcji motorycznych, w przypadku stwierdzenia ograniczenia na poziomie aktywności i uczestniczenia określonego według klasyfikacji ICF kodem d450 na poziomie 3 lub 4, spowodowanymi:

- 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach), które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
- 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej – w okresie do 24 miesięcy od dnia powstania ciężkiego uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego;
- 3) uszkodzeniami rdzenia kręgowego, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej – w okresie do 24 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
- 4) chorobami przewlekle 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 wynikowi 60 punktów lub mniej – w przypadku zaostrzenia lub po leczeniu szpitalnym – w okresie do 6 miesięcy od dnia zaostrzenia choroby lub zakończenia leczenia szpitalnego;
- 5) po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
- 6) złamaniami lub obrażeniami, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania lub obrażenia;
- 7) amputacjami kończyn dolnych, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 60 punktów lub mniej – w okresie do 12 miesięcy od dnia amputacji;

8) stanem wegetatywnym lub apalicznym.

3. Jeżeli w ocenie efektów zabiegów fizjoterapeutycznych, o której mowa w ust. 5, dokonywanej przez lekarza lub fizjoterapeutę uprawnionego do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej, udzielanych w danym podmiocie leczniczym, świadczeniobiorca otrzymał więcej punktów niż określono dla poszczególnych zaburzeń funkcji motorycznych w ust. 2, świadczenia gwarantowane mogą być udzielane do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego.

4. Kwalifikacji do zabiegu fizjoterapeutycznego oraz określenia celu rehabilitacji świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. c, dokonuje:

- 1) lekarz – na podstawie oceny stanu klinicznego, z uwzględnieniem dostępnych skal medycznych oraz opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia oraz kryteriów kwalifikacyjnych, o których mowa w ust. 1 i 2, w okresie nie dłuższym niż 14 dni przed rozpoczęciem terapii, lub
- 2) fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej – na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem dostępnych skal medycznych oraz z uwzględnieniem klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, oraz kryteriów kwalifikacyjnych, o których mowa w ust. 1 i 2, w okresie nie dłuższym niż 14 dni przed rozpoczęciem terapii.

5. Ocenę efektów świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, przeprowadza lekarz lub fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej:

- 1) w przypadku świadczeniobiorcy po ogniskowym uszkodzeniu mózgu (stan po zatorze mózgowym, udarze krwotocznym mózgu, urazie) lub amputacjach kończyn dolnych, co najmniej po każdym 40 dniach zabiegowych oraz w ostatnim dniu zabiegowym,
- 2) w pozostałych przypadkach, co najmniej po każdym 20 dniach zabiegowych oraz w ostatnim dniu zabiegowym

– na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skali Barthel oraz klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, z pominięciem kwalifikatora „wykonanie” oraz „zdolność”, przy czym w przypadku braku stwierdzenia ograniczenia na poziomie aktywności i uczestniczenia wskazuje się kod „0” (zero) – „brak ograniczenia aktywności i uczestnictwa”.

§ 7. 1. Wykaz jednostek chorobowych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, zwaną dalej „klasyfikacją ICD-10”,

kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Wykaz profili interwencji opisujących świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji leczniczej określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

3. Organizację udzielania świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa – określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

4. Wykaz kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

**§ 8.** 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3, są udzielane świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację leczniczą w warunkach ambulatoryjnych, a który nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa § 4 ust. 1 pkt 3 lit. a, b, e, f, przeprowadza lekarz na podstawie oceny stanu klinicznego i opis stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem dostępnych skal oraz klasyfikacji medycznych, w tym klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia.

3. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych, o których mowa § 4 ust. 1 pkt 3 lit. c, d, przeprowadza zespół wskazany w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 3 lit. c i d w kolumnie trzeciej w ust. 1 „Personel”.

**§ 9.** 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 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 świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 4, przeprowadza lekarz na podstawie oceny stanu klinicznego z uwzględnieniem:

- 1) skal medycznych, o których mowa w ust. 3 lub 4, których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 2) opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy według klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”;

3) wykazu jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych, zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, przed rozpoczęciem tej rehabilitacji oraz po jej zakończeniu przeprowadza ocenę stanu klinicznego i opis stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia, w odniesieniu do:

- 1) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 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,
  - d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 2) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. b, w przypadku zaburzeń funkcji mózgu, z uwzględnieniem:
  - a) skali opartej na skali Rankina,
  - b) skali Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale), stosowanej u świadczeniobiorców w śpiączce,
  - c) skali Barthel,
  - 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 ust. 1 pkt 4 lit. b, w przypadku 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,
  - c) skali MRC,
  - d) standardowej neurologicznej klasyfikacji uszkodzeń rdzenia kręgowego (ASIA),
  - e) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;



- 4) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. b, w przypadku przewlekłych zaburzeń funkcji układu nerwowego, z uwzględnieniem:
  - a) skali MRC,
  - b) skali opartej na skali Rankina,
  - c) skali dla typowych czynności dnia codziennego – IADL (Instrumental Activities of Daily Living) według Lawtona,
  - d) klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”;
- 5) rehabilitacji, o której mowa w § 4 ust. 1 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 ust. 1 pkt 4 lit. d, w celu oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych przez wskazanie wyników następujących badań oraz oceny stanów klinicznych, jeżeli 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.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 pkt 4, przed rozpoczęciem rehabilitacji leczniczej oraz po jej zakończeniu, przeprowadza ocenę stanu klinicznego lub opis stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy do ukończenia 18. roku życia, z uwzględnieniem:

- 1) pediatrycznej skali Glasgow CCS (Children Coma Scale) stosowanej dla dzieci, które nie ukończyły 3 lat, albo skali Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale) stosowanej dla dzieci w wieku 4–18 lat – w przypadku świadczeniobiorców z obniżonym poziomem przytomności;

- 2) skali sprawności ruchowej w oparciu o standardową neurologiczną klasyfikację uszkodzeń rdzenia kręgowego (ASIA), ocenę głębokości niepełnosprawności według GMFCS (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy) – 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.

§ 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. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 lit. b i c, są obowiązani do dnia 31 grudnia 2025 r. dostosować stanowisko intensywnego nadzoru medycznego do wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 4 lit. b ust. 2 pkt 2 i lp. 4 lit. c ust. 2 pkt 10.

2. Skierowanie na rehabilitację leczniczą wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i zarejestrowane u wybranego świadczeniodawcy zachowuje ważność, pod warunkiem ich weryfikacji przez świadczeniodawcę, u którego zostało zarejestrowane, pod względem obowiązujących kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń gwarantowanych.

3. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych rozpoczęte i niezakończone na podstawie skierowań wystawionych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia są udzielane na dotychczasowych warunkach.

4. Dla świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach domowych rozpoczętych i niezakończonych, na podstawie skierowań wystawionych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, lekarz lub fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej, przeprowadza ocenę, o której mowa w § 6 ust. 5. Jeżeli w ocenie efektów, o której mowa w zdaniu pierwszym, świadczeniobiorca otrzymał więcej punktów niż określono w § 6 ust. 2 pkt 1–7, dla poszczególnych zaburzeń funkcji motorycznych oraz w przypadku stwierdzenia utrzymywania się stanu, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 8, świadczenia gwarantowane mogą być udzielane do dnia 31 stycznia 2025 r.

**§ 12.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 oraz z 2023 r. poz. 1954).

**§ 13.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

**MINISTER ZDROWIA**

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,  
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Władysław Puzoń

Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia  
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej 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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 oraz z 2023 r. poz. 1954), zwane dalej „dotychczasowym rozporządzeniem”.

Projekt rozporządzenia w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia wprowadza zmiany w części normatywnej oraz w załącznikach.

W części normatywnej w § 2 projektu rozporządzenia, wprowadzono następujące definicje: celu terapeutycznego, specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, udokumentowanego doświadczenia. Usunięto natomiast definicję „porady lekarskiej rehabilitacyjnej”, która w § 4 ust.1 pkt 1 lit. a została zastąpiona definicją „poradą lekarską”. Powyższa zmiana ma na celu usystematyzowanie i uporządkowanie definicji związanych z udzielaniem świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Ponadto, w lp. 4 lit. b ust. 2 pkt 2 i lp. 4 lit. c ust. 2 pkt 10 – załącznika nr 1 do projektowanego rozporządzenia, zdefiniowano wymagania dla stanowiska intensywnego nadzoru medycznego. Przedmiotowa zmiana wprowadza porządek interpretacyjny w tym zakresie, w związku z wątpliwościami, dotyczącymi wymagań dla stanowiska intensywnego nadzoru medycznego, zgłaszanymi przez świadczeniodawców.

Przepisy, dotyczące dopuszczenia zawieszenia terminów w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w § 3 ust. 5 projektowanego rozporządzenia, uzupełniono ze względu na rozszerzenie i dookreślenie terminów w § 6 ust. 2 projektowanego rozporządzenia.

W § 4 ust. 1 pkt. 2 lit. a projektowanego rozporządzenia, w przypadku świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach domowych, dla porady lekarskiej wprowadzona została alternatywa w postaci wizytę fizjoterapeutyczną specjalisty w dziedzinie fizjoterapii. Zmiana przepisów względem dotychczasowego rozporządzenia wynika przede wszystkim z potrzeby rozwiązania problemów w dostępie do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej,

które były zgłaszane przez interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Propozycja zmiany wychodzi także naprzeciw licznym postulatom 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.

W § 4 dodano ust. 3 projektowanego rozporządzenia, który doprecyzowuje czas trwania świadczenia 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 kalendarzowym.

Przepisy § 5–8 projektowanego rozporządzenia otrzymały nowe brzmienie.

Zmieniono treść całego § 5, w ten sposób, że ust. 4 z dotychczasowego rozporządzenia przeniesiono do ust. 1, a ust. 1–3 dotychczasowego rozporządzenia, opisujący procedury i czynności wchodzące w skład porady lekarskiej rehabilitacyjnej oraz wizyty fizjoterapeutycznej, zastąpiono nowym brzmieniem w ust. 2–4. W proponowanych przepisach założono, że cel jakim jest określenia kryteriów różnicujące dalsze postępowanie względem świadczeniobiorcy, zostanie osiągnięty przez wdrożenie oceny stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorców przed, w trakcie i po zakończeniu rehabilitacji leczniczej, przy pomocy zestawu standardowych, obiektywnych i porównywalnych skal medycznych oraz narzędzi pomiarowych. Ważną zmianą, jaką wprowadza projektowane rozporządzenie względem dotychczasowego rozporządzenia, jest obowiązek stosowania stanu funkcjonowania świadczeniobiorców zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia, zwanej dalej „klasyfikacją ICF, która powinna objąć co najmniej dziedzinę d4 – „Poruszanie się”. W celu ujednoliconego podejścia do opisu tej dziedziny jest zasadne 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.

Projektowana zmiana treści przepisów podyktowana jest tym, że głównym problemem w dostępie do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej są długi czas oczekiwania oraz duża

liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia, w szczególności świadczeniobiorców „pilnych”, a 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. Dlatego też w celu wyeliminowania wskazanych problemów w projekcie rozporządzenia zostały określone kryteria różnicujące dalsze postępowanie względem świadczeniobiorcy.

Z przepisów § 6 projektowanego rozporządzenia jako jedno ze wskazań do udzielania świadczeń gwarantowanych w warunkach domowych, usunięto choroby zwyrodnieniowe stawów biodrowych i kolanowych, które znajdowały się w § 6 ust. 2 pkt 5 dotychczasowego rozporządzenia. Taka zmiana jest podyktowana dostosowaniem wskazań dla rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych do aktualnie wykonywanych świadczeń świadczeniobiorcom z chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, które spowodowały ograniczenie samodzielności. Konsultant krajowa w dziedzinie rehabilitacji medycznej, dr hab. n. med. Małgorzata Łukowicz wskazała, że: „Z powodu nielimitowanych świadczeń w zakresie endoprotezoplastyka stawów biodrowych oraz kolanowych zmienił się profil świadczeniobiorcy z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych lub kolanowych. W obecnej chwili świadczeniobiorca, który ma problem z poruszaniem się jest kwalifikowany do leczenia operacyjnego, nie ma obecnie długich kolejek do endoprotezoplastyki. Nie ma więc potrzeby rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych w tej grupie świadczeniobiorców.” Zgodnie z powyższym stanowiskiem, usunięto przedmiotowe wskazanie jako kwalifikujące do rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych.

Ponadto, w § 6 projektowanego rozporządzenia włączono do projektu rozporządzenia wybrane skale oraz klasyfikacje medyczne, sankcjonując przyjęte i funkcjonujące w obszarze rehabilitacji leczniczej rutynowe postępowanie kliniczne, polegające na ocenie stanu klinicznego i funkcjonowania świadczeniobiorcy rehabilitowanego. W dotychczasowym rozporządzeniu jest wyodrębniona jedna skala medyczna dla fizjoterapii domowej – oparta na skali Rankina. W projektowanych przepisach nie uwzględniono załącznika ze skalą Rankina i wskazano, że kwalifikacji do zabiegu fizjoterapeutycznego w warunkach domowych oraz określenia celu rehabilitacji leczniczej świadczeniobiorcy dokonuje:

- 1) lekarz – na podstawie oceny stanu klinicznego, z uwzględnieniem dostępnych skal medycznych oraz opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem

klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia oraz kryteriów kwalifikacyjnych, lub

- 2) fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej – na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem dostępnych skal medycznych oraz z uwzględnieniem klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, oraz kryteriów kwalifikacyjnych. Natomiast ocenę efektów świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach domowych, w projektowanym rozporządzeniu, przeprowadza, we wskazanych terminach, lekarz lub uprawniony fizjoterapeuta na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skali Barthel oraz klasyfikacji ICF.

Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, stanowiący załącznik, o którym mowa w § 7 ust. 1 dotychczasowego rozporządzenia, zastąpiono nowym załącznikiem nr 2 do projektowanego rozporządzenia, zawierającym wykaz jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10, kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych. Stworzenie tego rodzaju zamkniętego katalogu rozpoznań chorobowych, pozwoli na zakwalifikowanie do rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach stacjonarnych i domowych świadczeniobiorców wymagających tego rodzaju terapii.

Ponadto, wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, stanowiącym załącznik, o którym mowa w § 7 ust. 2 do dotychczasowego rozporządzenia, zastąpiono nowym załącznikiem nr 4 do projektowanego rozporządzenia, określającym organizację udzielania świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych dla: rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej. Zmiany te są konsekwencją usystematyzowania i uporządkowania organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych w przedmiotowych rodzajach rehabilitacji leczniczej.

Dodatkowo, § 7 ust. 3 projektowanego rozporządzenia wprowadza nowy wykaz profili interwencji opisujących świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji leczniczej, które zostały ujęte w załączniku nr 3 do projektowanego rozporządzenia. Zdefiniowanie profili interwencji, opisujących świadczenia gwarantowane, możliwych do realizacji

w poszczególnych warunkach udzielania świadczeń, zostało wprowadzone do projektowanych przepisów na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr:

- 1) 24/2019 z 19 kwietnia 2019 r. w sprawie zmiany technologii medycznych w sprawie rehabilitacji kardiologicznej;
- 2) 31/2019 z 7 maja 2019 r. w sprawie zmiany technologii medycznych w sprawie rehabilitacji neurologicznej;
- 3) 57/2019 z 30 grudnia 2019 r. w sprawie zmiany technologii medycznych w sprawie rehabilitacji pulmonologicznej;
- 4) 58/2029 z 30 grudnia 2019 r. w sprawie zmiany technologii medycznych w sprawie rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Również w przypadku wykazu kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, stanowiącym załącznik, o którym mowa w § 7 ust. 3 dotychczasowego rozporządzenia, dokonano zmian w załączniku nr 5 do projektu rozporządzenia w lp. 4 w części „Zakres świadczenia” w ust. 3:

- 1) w pkt 3 oznaczenie „92.1202” zastępuje się oznaczeniem „93.1202”,
- 2) w pkt 5 oznaczenie „93.3895” zastępuje się oznaczeniem „93.39.85”.

Powyższe zmiany są spowodowane koniecznością dokonania korekty istniejącej omyłki pisarskiej.

W projektowanym rozporządzeniu w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia § 8 został uzupełniony o ust. 2 i 3. W dodanych przepisach określono zasady kwalifikowania świadczeniobiorców do świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz wskazano jaki personel jest uprawniony do dokonywania tej kwalifikacji.

W dalszej kolejności w § 9 projektowanego rozporządzenia dokonano rozszerzenia przepisów dotychczasowego rozporządzenia, dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach stacjonarnych, w taki sposób, że ust. 2 rozszerzono o 3 punkty, w których wskazano kolejno: załącznik nr 6 – określający skale medyczne, klasyfikację ICF oraz załącznik nr 2 – określający wykaz jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 kwalifikujących do przedmiotowych świadczeń. Ponadto, w dalszej części § 9 projektowanego rozporządzenia dodano:



- 1) ust. 3, który precyzyjnie wskazuje jakie skale i klasyfikacje medyczne należy uwzględnić w poszczególnych rodzajach rehabilitacji leczniczej, dokonując oceny stanu klinicznego i opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy dorosłego,
- 2) ust. 4, który precyzyjnie wskazuje jakie skale i klasyfikacje medyczne należy uwzględnić dokonując oceny stanu klinicznego i opisu stanu funkcjonowania w przypadku dzieci.

Celem zastąpienia istniejących przepisów było zapewnienie obiektywności i porównywalności wyników oceny świadczeniobiorców. Dla jego realizacji założono, że system musi opierać się na stałych dla wszystkich świadczeniodawców skalach oraz klasyfikacjach medycznych powszechnie używanych w ochronie zdrowia oraz rekomendowanych w rehabilitacji leczniczej i fizjoterapii. Konsekwencją tej hipotezy jest stworzenie, dla rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, wspomnianego powyżej załącznika nr 6 do projektowanego rozporządzenia, który określa wartości skal medycznych.

Z punktu widzenia terapeutycznego zaproponowane w projektowanym rozporządzeniu skale i klasyfikacje medyczne:

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

Poza zmianami w część normatywnej, projekt zawiera szereg zmiany względem dotychczasowego rozporządzenia w załączniku nr 1, określającym wykaz oraz warunki udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Zasadniczą zmianą warunków udzielania świadczeń jest, wprowadzoną w celu poprawy dostępności do świadczeń, jest doprecyzowanie czasu trwania fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych i domowych, który będzie ustalany indywidualnie dla każdego świadczeniobiorcy, jednak nie będzie mógł przekroczyć:

- 1) w przypadku świadczeń w warunkach ambulatoryjnych – 40 dni zabiegowych, z możliwością przedłużenia o kolejne 30 dni w roku kalendarzowym;

- 2) w przypadku świadczeń w warunkach domowych – 80 dni zabiegowych, z możliwością przedłużenia o kolejne 80 dni 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 świadczeniobiorców z wymienionym schorzeniami, którzy zakończyli leczenie ostrej fazy choroby określono osobno czasy trwania, jak również terminy, w których powinno zostać rozpoczęte usprawnianie. Takie postępowanie stanowi wprowadzenie w organizacji systemu rehabilitacji leczniczej mechanizmów efektywnościowych na rzecz świadczeniobiorców, 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, w załączniku nr 1 do projektowanego rozporządzenia w odniesieniu do poszczególnych świadczeń, usunięto przepis 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).

W załączniku nr 1 do projektowanego rozporządzenia dodano również kryteria wyłączenia dla poszczególnych rodzajów świadczeń gwarantowanych, co stanowi konsekwencję wprowadzenia obowiązku dokonywania oceny stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy 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 leczniczej do potrzeb rehabilitacyjnych świadczeniobiorców. Pozwoli to na zidentyfikowanie sytuacji, w których świadczeniobiorcy powinni zostać zakwalifikowani do innego typu świadczeń, co w konsekwencji przyniesie więcej korzyści zdrowotnych dla świadczeniobiorców. Natomiast w przypadku zidentyfikowania świadczeniobiorców, którzy osiągnęli cel terapeutyczny we wcześniejszym niż pierwotnie zakładanym okresie – takie postępowanie przyczyni się do skrócenia list oczekujących na udzielnie świadczenia i wydajniejsze spożytkowanie

środków Narodowego Funduszu Zdrowia bez negatywnych konsekwencji dla świadczeniodawców.

Również załącznik nr 4 do dotychczasowego rozporządzenia, określający wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, w projekcie został zastąpiony nowym brzmieniem załącznika nr 4 do projektowanego rozporządzenia, który określa organizację udzielania świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa. Zasadniczą zmianą jest określenie organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych dodatkowo również dla:

- 1) rehabilitacji ogólnoustrojowej pourazowa ciężka,
- 2) rehabilitacji ogólnoustrojowej po leczeniu operacyjnym,
- 3) rehabilitacji ogólnoustrojowej narządu ruchu po leczeniu zachowawczym,
- 4) rehabilitacji ogólnoustrojowej w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych,
- 5) rehabilitacji ogólnoustrojowej zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego,
- 6) rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej.

Powyższa zmiana jest wynikiem dostrzeżenia konieczności szczegółowego określenia organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych, czasu i trwania, a także warunków przyjęcia w powyższych zakresach.

Istotną zmianą jest również poszerzenie, względem dotychczasowego rozporządzenia, warunków 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.

Zmiana rozporządzenia wynika również z konieczności dostosowania przepisów do obowiązującego stanu prawnego. I tak, 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 Ministra Zdrowia 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 związku z regulacją zawartą w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798), określającą zasady przekazywania lekarzowi wystawiającemu skierowanie dokumentacji przez podmiot, który ją wytworzył podmiotowi kierującemu, usunięto obowiązek przekazywania informacji o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów za pośrednictwem świadczeniobiorcy.

Ponadto, z uwagi na rozbieżności w użytej nomenklaturze dla poszczególnych świadczeń wprowadzono ujednoczenie nazw, aby wyeliminować problemy interpretacyjne, zastępując wyraz „pacjent”, wyrazem „świadczeniobiorca” oraz wyraz „realizacja” w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych wyrazem „udzielanie”.

Dodatkowo, 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 projektowanego rozporządzenia,

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2025 r., przy czym przewiduje się, że dostosowanie stanowiska intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji do wymagań określonych w lp. 4 lit. b ust. 2 pkt 2 i lp. 4 lit. c ust. 2 pkt 10 – załącznika nr 1 do projektowanego rozporządzenia, nastąpi do dnia 31 grudnia 2025 r. Termin ten pozwoli na spełnienie nowych wymagań z jednoczesnym zapewnieniem możliwości udzielania świadczeń gwarantowanych.

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.

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 i 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).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

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