

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2018 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo
rehabilitację uzdrowiskową**

Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. poz. 835) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) w przypadku dorosłych:

- a) okres, jaki upłynął od dnia zakończenia przez pacjenta ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej – nie wcześniej niż przed upływem 12 miesięcy od tej daty,
- b) zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, nie częściej niż raz na 18 miesięcy.”,

b) uchyla się ust. 4,

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Skierowanie, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia przez lekarza, pod rygorem utraty ważności skierowania, przesyła się do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE” albo „SKIEROWANIE NA

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 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ”. Skierowanie może być przesłane przez świadczeniobiorcę wskazanego w skierowaniu.”;

2) w § 7 uchyla się ust. 2;

3) uchyla się § 9;

4) załącznik do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność. Do tych skierowań stosuje się § 2 ust. 6 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu dotychczasowym.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Konrad Miłoszewski

Dyrektor

Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

/dokument podpisany elektronicznie/

UZASADNIENIE

Niniejszy projekt dokonuje zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową – dalej: „rozporządzenie ws. kierowania”, w zakresie trybu obsługi skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową – dalej: „skierowania”, począwszy od wystawiania skierowań przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, przez ich zatwierdzanie przez lekarzy specjalistów Narodowego Funduszu Zdrowia i w końcu – ich weryfikację na podstawie aktualnie obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Niniejszy projekt dokonuje zmiany zarówno treści normatywnej ww. rozporządzenia, jak i treści załącznika, zawierającego wzór skierowania.

W treści normatywnej proponuje się następujące zmiany:

- 1) nowelizacja wprowadza 12-miesięczny okres, który upłynąć musi od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń. Przepis ten wprowadzany jest w § 2 rozporządzenia ws. kierowania, regulującym obowiązki lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przy wystawianiu skierowania. Zgodnie z proponowanym brzmieniem, lekarz wystawiający skierowanie zobowiązany będzie, w przypadku dokonywania oceny zasadności kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową do sanatorium osoby dorosłej (przepis ten nie będzie miał zastosowania do dzieci oraz do osób dorosłych, kierowanych do szpitali i ambulatoriów uzdrowiskowych), do wzięcia pod uwagę dnia zakończenia przez pacjenta ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Możliwość wystawienia kolejnego skierowania zaistnieje jedynie w przypadku, w którym od dnia zakończenia terapii upłynie co najmniej 12 miesięcy. Wprowadzenie powyższego rozwiązania podyktowane jest stale wzrastającą liczbą świadczeniobiorców, którzy często natychmiast po zakończeniu pobytu w uzdrowisku, ponownie składają kolejne skierowania, wydłużając tym samym czas oczekiwania na potwierdzenie skierowania. Z danych przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że co roku do oddziałów wojewódzkich Funduszu wpływa ok. 500.000 skierowań, z czego ok. 1/3 stanowią skierowania, które wpłynęły w okresie krótszym niż 12 miesięcy od dnia ostatniego zakońzonego leczenia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, wystawiający nowe skierowanie zaraz po zakończeniu przez pacjenta poprzedniego leczenia albo rehabilitacji, nie jest w stanie właściwie ocenić

wpływu właśnie zakończonej terapii na stan zdrowia pacjenta z uwagi na zbyt krótki czas, jaki upłynął od jej przebycia. Konieczność zapewnienia możliwości dokonania przez lekarza prawidłowej oceny wpływu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej na organizm pacjenta jest istotna w szczególności w świetle potwierdzonej doświadczalnie i medycznie reguły ograniczenia korzystania z leczenia bodźcowego w uzdrowiskach, określonej w „*Kompendium Balneologii – Rekomendacje Krajowego Konsultanta*”, autorstwa Pani prof. dr hab. med. Ireny Ponikowskiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Dodać należy, że wprowadzenie proponowanej regulacji niewątpliwie przyczyni się do bardziej równomiernego i przejrzystszeo zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową;

- 2) usunięcie w § 2 ust. 4 związane jest z wprowadzeniem jednoczesnych zmian w załączniku do rozporządzenia, określającym wzór skierowania. Usunięta z treści rozporządzenia ws. skierowania norma przyznawała lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego, wystawiającemu skierowanie, kompetencję do określenia miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, co z kolei nie było okolicznością wiążącą dla lekarza specjalisty Narodowego Funduszu Zdrowia, dokonującego potwierdzenia skierowania. Należy stwierdzić, że komentowany przepis jest normą zbędną w kontekście całego trybu realizacji skierowań i jego usunięcie nie będzie miało negatywnego wpływu na system obsługi skierowań. Przede wszystkim należy zauważyć, że zaproponowane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego miejsce i rodzaj leczenia, nie są wiążące dla lekarza NFZ. Tym samym, umieszczona przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na skierowaniu propozycja np. miejsca skierowania pacjenta w istocie pozostaje bez znaczenia, gdyż dopiero lekarz specjalista, zatrudniony w oddziale wojewódzkim NFZ, dokonujący oceny zasadności skierowania, posiada wiedzę, które z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzą świadczenia w zakresie profilu determinowanego jednostką chorobową, stanowiącą podstawę skierowania, wraz z oceną schorzeń współistniejących oraz innych danych medycznych, wynikających z treści skierowania lub dołączonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz dostępnością miejsc w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. W związku z faktem, iż lekarz ubezpieczenia zdrowotnego proponujący w skierowaniu pobyt w danym uzdrowisku często nie posiada pełnej wiedzy co do ilości, profilowości i dostępności miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na terenie kraju, ewentualne późniejsze rozbieżności

między zaproponowanym miejscem leczenia albo rehabilitacji a miejscem przyznanym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, często rodzą niezadowolenie pacjentów, przekonanych o pobycie w uzdrowisku określonym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Mając na uwadze, że sytuacje takie często powodują rezygnację świadczeniobiorcy z przyznanego świadczenia lub też ponawianie skierowań celem uzyskania pożądanego miejsca realizacji świadczeń, wprowadzenie proponowanej zmiany należy uznać za zasadne. Niezależnie od zmiany w postaci usunięcia omawianego ust. 4 z treści normatywnej rozporządzenia, zmianie w przedstawionym zakresie ulega również załącznik do rozporządzenia – z aktualnie obowiązującego wzoru skierowania usuwa się pozycję „IV. Wskazanie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowskiego/rehabilitacji uzdrowskowej”, przenosząc pozycje, w których następuje oznaczenie rodzaju uzdrowska i rodzaju świadczenia do nowej pozycji IV, w której lekarz specjalista Narodowego Funduszu Zdrowia dokonywał będzie oceny zasadności skierowania;

- 3) w § 2 w ust. 6 wprowadza się obowiązek przekazania skierowania do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia, pod rygorem utraty ważności skierowania. Powyższe rozwiązanie ma na celu z jednej strony ujednoczenie trybu obsługi skierowań m.in. względem skierowań na rehabilitację leczniczą, które także zachowują ważność przez okres 30 dni od dnia wystawienia. W ocenie Ministra Zdrowia, brak terminu ważności skierowania, powodujący jego funkcjonowanie przez nieokreśloną długość czasu, jest sytuacją wysoce niepożądaną. W szczególności należy zauważyć, że skierowanie takie może być przekazane do oceny oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia w dowolnym momencie od dnia jego wystawienia, często rodząc sytuację, w której lekarz specjalista NFZ dokonuje oceny skierowania, nieodzwierciedlającego faktycznego stanu zdrowia pacjenta kierowanego do uzdrowska. Sytuacja taka często następuje w przypadku zwłoki świadczeniobiorcy w przekazaniu skierowania do oddziału, w czasie której dochodzi do niejednokrotnie poważnych zmian w stanie zdrowia pacjenta. W konsekwencji, lekarz NFZ oceniając skierowanie działa na podstawie niepełnych informacji na temat stanu zdrowia świadczeniobiorcy, co w przypadku potwierdzenia skierowania i wyjazdu pacjenta do uzdrowska, może skutkować odmową leczenia albo rehabilitacji na miejscu planowanej realizacji świadczeń.
- 4) modyfikacja treści rozporządzenia w postaci usunięcia w § 7 ust. 2 oraz § 9 ma na celu zniesienie obowiązku weryfikacji skierowań po upływie 18 miesięcy od dnia ich

wystawienia. Wprowadzenie powyższych zmian postulowane jest m.in. przez środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i uzasadnione jest faktem przekroczenia w większości oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia 18 miesięcy czasu oczekiwania na leczenie sanatoryjne osób dorosłych, co rodzi konieczność dokonania weryfikacji znacznej większości skierowań oczekujących na potwierdzenie, często związanej z wizytą pacjenta u lekarza oraz skierowaniem na ponowne badania diagnostyczne. Mając na uwadze, że w przypadku skierowań, wystawionych przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czas oczekiwania często przekracza termin weryfikacji skierowania, w konsekwencji dochodzi do wydłużenia kolejki osób oczekujących do poradni. Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że przeprowadzenie czasochłonnego i kosztownego procesu weryfikacji skierowań po 18 miesiącach od dnia ich wystawienia, nie daje gwarancji aktualności informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy kierowanego do uzdrowiska. W praktyce, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego zwykle odsyłają zweryfikowane skierowania, nie uwzględniając aktualnego stanu zdrowia pacjenta, a w szczególności powstałych od czasu wystawienia skierowania przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, co w konsekwencji może prowadzić do skierowania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej pacjenta, posiadającego przeciwwskazania, uniemożliwiające realizację świadczeń. Pacjent taki, w przypadku stawienia się w uzdrowisku, po przeprowadzeniu badania wstępnego zostanie poinformowany o braku możliwości skorzystania ze świadczeń, co z jednej strony spotka się z niezadowolaniem świadczeniobiorcy, który ponosi koszty dojazdu do uzdrowiska i rezerwuje własny czas na pobyt, a z drugiej czyni proces leczenia nieskutecznym i rodzi koszty po stronie świadczeniodawców, rezerwujących pacjentowi miejsce na czas terapii. Należy również dodać, że proponowane zmiany zapewnią jednolitość w kontekście całości systemu realizacji świadczeń – w innych zakresach świadczeń gwarantowanych, skierowanie jest ważne tak długo, jak długo istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Ważność skierowania determinowana jest w takim przypadku czasem jego realizacji, np. w postaci określenia terminu przyjęcia pacjenta do szpitala lub na rehabilitację stacjonarną, skierowania takie nie są przy tym dodatkowo weryfikowane w trakcie czasu oczekiwania na realizację świadczenia.

Niezależnie od powyższego, jak informuje Narodowy Fundusz Zdrowia, liczba weryfikowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe w 2015 r. przekroczyła 268.000,

a w 2016 r. – 291.000, natomiast w 2017 r. – 350.000. Wiąże się to z ponoszeniem przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowych kosztów, związanych z wysyłką skierowań. Na korespondencję ze świadczeniodawcami w zakresie weryfikacji skierowań, oddziały wojewódzkie Funduszu wydały w roku 2015 szacunkowo ok. 1.397.000 zł, w roku 2016 – ok. 1.513.000 zł, natomiast w roku 2017 koszty wysyłki skierowań do weryfikacji wyniosły ok. 2.000.000 zł. Proponowana zmiana nie wpłynie więc negatywnie na system realizacji świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego, jednocześnie zapewniając znaczne oszczędności środków publicznych;

- 5) dokonano zmiany treści załącznika do rozporządzenia ws. kierowania, określającego wzór skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. Niezależnie od zmian, opisanych w pkt 2 uzasadnienia, dotyczących sposobu określania miejsca realizacji świadczenia i jego rodzaju, dokonano zmian w postaci zwiększenia miejsca na opis wyników wywiadu lekarskiego (dodano dodatkowy wiersz), usunięto obowiązek umieszczania na druku pieczętek świadczeniodawcy i lekarzy oraz osób upoważnionych na poszczególnych polach druku, ograniczając wypełnienie formularza w tym zakresie do oznaczenia podmiotu i podpisów, a także, w pkt „*III. Aktualne wyniki badań*”, wskazano, że badanie RTG klatki piersiowej pacjenta wykonywane powinno być jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych do jego wykonania.

Zmiany treści wzoru, polegające na zniesieniu obowiązku umieszczania w odpowiednich polach druku pieczętek świadczeniodawcy oraz osób uczestniczących w obsłudze skierowania, spowodowane jest realizacją przyjętej przez Radę Ministrów, na wniosek Ministra Przedsiębiorczości i Technologii, „*Informacji dotyczącej deregulacji obowiązku stosowania pieczęci/pieczętek przez obywateli i przedsiębiorców*”. Mając na uwadze, że w związku z realizacją ww. informacji, Minister Zdrowia zobowiązany został do podjęcia działań w zakresie deregulacji stosowania pieczęci i pieczętek m.in. w treści rozporządzenia ws. kierowania, wprowadzaną zmianę należy uznać za zasadną.

W kwestii wprowadzenia obowiązku realizacji badania RTG klatki piersiowej jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych, należy zaznaczyć, że rozwiązanie takie stanowi realizację postulatu Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, którzy wystąpili z wnioskiem o zaprzestanie kierowania pacjentów na badania radiologiczne klatki piersiowej w związku z wystawianiem skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację

uzdrowiskową, wskazując na szkodliwość napromieniowania przy wykonywaniu tego badania oraz znikomą przydatność diagnostyczną. Wnioskodawcy, w oparciu o przepisy ustawy - Prawo atomowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 792) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 884), wskazali na szkodliwe działanie promieniowania jonizującego, a tym samym na zasadność kierowania na badanie radiologiczne tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach, jak np. uraz klatki piersiowej, zapalenie płuc, wysiękowe zapalenie opłucnej itp. Wymaga podkreślenia, że zgodnie z treścią art. 33a ust. 2 ustawy - Prawo atomowe, stosowanie promieniowania jonizującego w celach medycznych wymaga uzasadnienia, opartego na przewadze oczekiwanych korzyści zdrowotnych dla pacjenta lub społeczeństwa, nad uszczerbkiem zdrowotnym, który ekspozycja ta może spowodować. Zasadność stanowiska Wnioskodawców potwierdził także Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Mając na uwadze, że kierowanie pacjentów na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową nie zawsze stanowi uzasadnienie dla ekspozycji pacjenta, w ocenie Ministra Zdrowia, zasadnym jest wskazanie w treści wzoru, że badanie należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia istnienia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania – stosowną informację zawarto w przypisie do pozycji dotyczącej badania RTG klatki piersiowej.

W § 2 projektu zawarto przepis przejściowy zapewniający ważność skierowań wystawionych na podstawie przepisów dotychczasowych.

W ocenie projektodawcy, przedmiot projektowanej regulacji nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów dotyczących notyfikacji norm i aktów prawnych.

Zgodnie z § 27 ust. 4 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204), projekt nie podlega opinii właściwych instytucji i organów Unii Europejskiej, w tym Europejskiego Banku Centralnego.

Przedmiotowy projekt nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.