

**Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów
dr hab. n. med. Maciej Krawczyk**

Warszawa, dnia 18 maja 2020 r.

DPR.69.2020.DB.1

**Pan
Adam Niedzielski
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie,

w nawiązaniu do pisma z dnia 12 maja 2020 r. (znak: DSOZ-SRL.400.2.2020 2020.53530.BOST) przekazującego do konsultacji *projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką* Krajowa Rada Fizjoterapeutów wnosi o przyjęcie niniejszego stanowiska w sprawie.

Wnosimy o analizę poniższych propozycji i ujęcie ich w ostatecznej wersji zarządzenia. Większość z przedstawianych zmian była już wielokrotnie do Państwa zgłaszana i kolejne miesiące wskazują, że są one niezbędne do funkcjonalnego podejścia do rehabilitacji leczniczej.

1. Proponujemy następujące brzmienie § 12 ust. 9 i 10 zarządzenia:

„9. Produkt rozliczeniowy – wizyta fizjoterapeutyczna – jest realizowana na początku i na końcu danego cyklu zabiegów.

10. Rozpoczęcie cyklu zabiegów, o którym mowa w ust. 9, następuje w ciągu 14 dni od dnia wizyty fizjoterapeutycznej w przypadku jej realizacji przed cyklem zabiegów.”

Niezrozumiałym wydaje się pozostawienie dowolności prowadzenia wizyty fizjoterapeutycznej do decyzji fizjoterapeuty. Poprawne udzielenie świadczenia to również realizacja świadczenia adekwatnego do aktualnych potrzeb każdego pacjenta.

Krajowa Rada Fizjoterapeutów zaleca przeprowadzenie minimum dwóch wizyt fizjoterapeutycznych, tj. wizyty fizjoterapeutycznej rozpoczynającej cykl zabiegów oraz kończącej ten cykl w ramach danego skierowania i stanowi integralną część danego cyklu zabiegowego. Należy w tym miejscu podkreślić, że w tym zakresie została wydana *uchwała nr 374/I KRF z dnia 9 kwietnia 2019 r. przyjmująca*

stanowisko Krajowej Rady Fizjoterapeutów w sprawie przeprowadzania wizyty fizjoterapeutycznej w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. KRF dostrzega problem czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia fizjoterapeutyczne co może powodować, że zlecone zabiegi w długim odstępie czasu pomiędzy badaniem a realizacją świadczeń fizjoterapeutycznych „może prowadzić do udzielenia świadczeń nieadekwatnych do stanu pacjenta i nieprowadzących do osiągnięcia pozytywnego efektu zdrowotnego”. A zatem, zasadna jest powyższa propozycja łącznie ze wskazaniem terminu przeprowadzenia pierwszej wizyty, tj. w terminie do 14 dni.

2. Proponujemy uchylene § 12 ust. 14 oraz § 13 ust. 1 zarządzenia.

Nie do przyjęcia, zdaniem samorządu zawodowego fizjoterapeutów, jest pozostawienie regulacji nakładającej obowiązek potwierdzania każdego dnia realizacji świadczeń podpisem świadczeniobiorcy lub jego opiekuna. Jest to rozwiązanie stanowiące „zaszłość historyczną”, kiedy zawód fizjoterapeuty nie był zawodem zaufania publicznego. Nie bez znaczenia jest też fakt wdrażania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, do czego zobowiązuje również fizjoterapeutów *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Po upływie okresu przejściowego będzie obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Dodać też należy, że ww. rozporządzenie nie przewiduje dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej przez pacjenta lub jego opiekuna, a zatem zaproponowane w zarządzeniu rozwiązanie jest sprzeczne z przepisami powszechnie obowiązującego prawa. Trudno też uznać, że zarządzenie jako akt prawny o charakterze wewnętrznym dotyczący warunków wymaganych od świadczeniodawców, a więc mający zastosowanie do stron umowy, jest właściwym aktem prawnym do nałożenia na pacjenta obowiązku potwierdzania udzielenia świadczenia. Wymaga również wskazania, że przewiduje się uruchomienie dodatkowych funkcjonalności informatycznych (Internetowe konto pacjenta), dzięki którym zarówno pacjent lub jego opiekun mogą dokonać weryfikacji rozliczonych świadczeń ze stanem faktycznym.

3. Koniecznym jest wprowadzenie współczynników korygujących, o których mowa w § 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) w załączniku nr 1m do zarządzenia – Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych – proponujemy wprowadzenie wskaźnika korygującego dla produktów rozliczeniowych:
 - a) indywidualna praca z pacjentem- **współczynnik korygujący o wartość 2,0;**
 - b) indywidualna praca z pacjentem w warunkach domowych – **współczynnik korygujący o wartość 1,5.**
- 2) w załączniku nr 1n do zarządzenia – Katalog zakresów świadczeń – proponujemy wprowadzenie wskaźnika korygującego dla produktów rozliczeniowych:
 - a) wizyta fizjoterapeutyczna – **współczynnik korygujący o wartość 3,0;**

- b) wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych – **współczynnik korygujący o wartość 3,0**;
 - c) osobodzień w ośrodku/ oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w wieku do ukończenia 7 roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego – **współczynnik korygujący o wartość 2,0** w przypadku rozliczenia w ramach danego osobodnia procedur realizowanych przez co najmniej dwóch członków zespołu terapeutycznego w tym fizjoterapeutę;
 - d) osobodzień w ośrodku/ oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w wieku od rozpoczęcia 8 roku życia do ukończenia 18 roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego – **współczynnik korygujący o wartość 2,0** w przypadku rozliczenia w ramach danego osobodnia procedur realizowanych przez co najmniej dwóch członków zespołu terapeutycznego w tym fizjoterapeutę.
- 3) w załącznik nr 1r zarządzenia – katalog Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, wnosimy o dokonanie zmiany wag punktowych o **współczynnik korygujący o wartość 3,0**.
- 4) wdrożenie dodatkowych rozwiązań polegających na zastosowaniu **dodatkowych współczynników korygujących w okresie ogłoszonego stanu epidemii i obowiązku wzmożonego reżimu sanitarnego o wartość 1,5 umożliwiających:**
- a) zakup i stosowanie zaostrożonych rygorów sanitarnych dostosowanych do zaleceń Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹,
 - b) zakup i utrzymanie urządzeń pozwalających na zachowanie praw pacjenta – poufność przy udzielaniu świadczeń udzielanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

4. Odnosząc się natomiast do samego projektu zarządzenia wątpliwości budzą poniższe kwestie:

- 1) Za niezrozumiałe należy uznać wskazanie, że przekazane zmiany mają „charakter porządkowy oraz dostosowują do obowiązujących przepisów prawa”. Jak zostało to przedstawione w niniejszym piśmie w żadnym z punktów proponowane zmiany nie mają charakteru porządkowego (do takich zalicza się bowiem zmiany redakcyjne, czy techniczne), ani nie wprowadzają rozwiązań zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.
- 2) Wyodrębnienie w katalogu zabiegów stanowiącym załącznik nr 3 do przedmiotowego projektu zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i jednocześnie wprowadzenie znaczącego obniżenia wyceny tych świadczeń należy uznać za niezasadne i niezgodne z przepisami.

¹ Potrzebę wdrożenia takich rozwiązań dostrzeżono w przypadku leczenia stomatologicznego w projekcie zarządzenia opublikowanym na stronie internetowej Centrali NFZ w dniu 7 kwietnia br.

- 3) Wprowadzenie, w przypadku realizacji osobodnia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, rozliczenia z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartość 0,67, o którym mowa w § 1 pkt 3 projektu.

Wprowadzone rozwiązania dobitnie wskazują na niezrozumienie funkcjonowania fizjoterapii. Należy bowiem przypomnieć, że wszelkie formy udzielania świadczeń na odległość są wyłącznie sposobem współpracy (komunikacji) z pacjentem, a nie nowym rodzajem świadczenia zdrowotnego, co wynika wprost z przepisów rangi ustawowej (zob. art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

Telerehabilitacja jest równoprawnym świadczeniem zdrowotnym, które musi być udzielane na analogicznych zasadach jak osobista interwencja w gabinecie, czy w domu pacjenta. Jediną różnicą jest pośrednictwo urzędnika. Kluczowe kwestie pozostają bez zmian, a w niektórych przypadkach wymuszają na fizjoterapeucie zwiększoną czujność i zaangażowanie. Konieczne jest działanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Nie ma żadnych uproszczeń, co do poinformowania pacjenta o jego prawach czy w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej. Czasem taka wizyta na odległość trwa nawet dłużej. Zatem z merytorycznego punktu widzenia nie ma żadnych podstaw do uznania, że taka forma współpracy z pacjentem jest mniej kosztotwórcza.

Co ważne, wycena świadczeń w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna realizowanych jako teleporada nie uległa zmniejszeniu.

Stąd wyjaśnienia wymaga wprowadzenie przedmiotowego zapisu w kontekście Uzasadnienia, zgodnie z którym „zastosowano wskaźnik korygujący ze względu na generowanie niższych kosztów niezbędnych do ich realizacji”. **Wnosimy o przedstawienie pisemnego wyjaśnienia, na podstawie jakich danych NFZ doszedł do takich wniosków i które elementy świadczenia generują te niższe koszty.**

- 4) Wprowadzenie ograniczenia świadczeń realizowanych w ramach zakresu fizjoterapia domowa do możliwości realizacji tylko porady lekarskiej bądź wizyty fizjoterapeutycznej bez możliwości realizacji zaplanowanej terapii. Taka interpretacja nie daje się pogodzić z treścią § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, który odsyła do wszystkich świadczeń określonych w § 4 pkt 1-3, w tym do zabiegu fizjoterapeutycznego. **Zatem wprowadzone zmiany, wbrew Uzasadnieniu, nie dostosowują regulacji do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r.**

Należy wskazać, że ograniczenie możliwości telerehabilitacji do porady lekarskiej i wizyty fizjoterapeutycznej nie daje efektu leczniczego, nie zapewnia kontynuacji opieki fizjoterapeutycznej pacjentom wymagającym stałej rehabilitacji zakwalifikowanych do fizjoterapii domowej. Wizyta fizjoterapeutyczna w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego obejmuje co najmniej jedną z czynności: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii lub udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania

fizjoterapeutycznego. Ma ona zatem wyłącznie efekt diagnostyczny, natomiast nie obejmuje postępowania fizjoterapeutycznego mającego na celu uchronienie pacjenta przed poważnymi skutkami braku rehabilitacji, w przeciwieństwie do świadczeń kinezyterapii, których udzielenie w formie konkretnych wskazówek dotyczących czynności ruchowych w naturalnym środowisku pacjenta, w tym korygowanie ewentualnych błędów jest jak najbardziej możliwe i skuteczne za pomocą systemów teleinformatycznych.

Również w tym obszarze wnosimy o przedstawienie na piśmie wyjaśnień wskazujących podstawy do nadinterpretowania przepisów obowiązującego prawa i wprowadzanie niepopartych merytorycznie ograniczeń w zakresie świadczeń, które fizjoterapeuci mogą udzielać za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

- 5) Brak uzasadnienia możliwości realizacji tylko 3 zabiegów kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności – nie mniej niż 30 min., ćwiczenia czynne z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności – minimum 15 minut, ćwiczenia izometryczne z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności - minimum 15 minut) realizowanych za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Zgodnie z przesłanym stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z dnia 28 kwietnia br. jako wizytę terapeutyczną należy rozumieć:

- wizytę fizjoterapeutyczną określoną w § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.), realizowaną przez personel wskazany do jej realizacji w tym rozporządzeniu lub
- zabiegi kinezyterapeutyczne czynne z zapewnieniem nadzoru video realizowane przez fizjoterapeutów zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952), lub
- wizytę realizowaną przez pozostały personel określony w § 4 pkt 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

A zatem, brak jest uzasadnienia do wprowadzenia ograniczenia do 3 zabiegów mając na uwadze fakt, że w katalogu zabiegów są również inne zabiegi kinezyterapeutyczne, które mogą być wykonywane czynnie z zapewnieniem nadzoru video np. ćwiczenia wspomagane – minimum 15 minut, pionizacja, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – minimum 15 minut, nauka czynności lokomocji – minimum 15 minut.

- 6) Uwagę przykuwa również redakcja § 4 projektu. Zgodnie z propozycją Zarządzenie wchodzi w życie następnego dnia po dniu podpisania i stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 czerwca 2020 r. a przepisy rozporządzenia wprowadzającego możliwość realizacji świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności weszło w życie 11 kwietnia br.

Wnosimy zatem o pisemne wyjaśnienia, w jaki sposób ma następować rozliczanie świadczeń wykonanych między 11 kwietnia a 31 maja br.

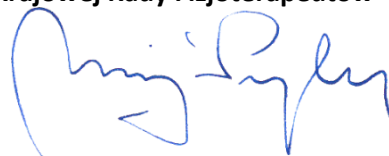
Reasumując kolejny raz apelujemy o wprowadzenie bardziej efektywnego sposobu zarządzania już istniejącymi funduszami systemu, który jest oparty na analizie potrzeb pacjenta, skuteczności i realnej wycenie świadczeń i nie obniżanie wyceny świadczeń, których obecna wartość jest już i tak daleko niedoszacowana. W opinii Krajowej Rady Fizjoterapeutów zaproponowane dotychczasowe rozwiązania dotyczące przyjętych wag punktowych produktów rozliczeniowych w rodzaju rehabilitacja lecznicza – tak, jak informowaliśmy wielokrotnie we wcześniejszych korespondencjach – są niewystarczające i nie pozwalają pokryć ponoszonych przez świadczeniodawców rosnących kosztów, będących pochodną:

- wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wynagrodzeń personelu medycznego,
- kosztów środków ochrony osobistej, których obowiązek noszenia wynika z wprowadzonego stanu epidemii i konieczności wprowadzenia reżimu sanitarnego,
- kosztów urządzeń niezbędnych do realizacji świadczeń za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Mając powyższe na uwadze, Krajowa Rada Fizjoterapeutów ponownie apeluje o wycenę adekwatną do faktycznie ponoszonych kosztów, tj. obejmującą koszty bezpośrednie, pośrednie i proceduralne (amortyzacja, media, wyroby medyczne i produkty lecznicze, wynagrodzenia, podatki, opłaty, obsługa techniczna, administracyjna, koszt diagnostyki, środki ochrony i urządzeń umożliwiających łącze video z pacjentem). Wprowadzenie powyżej proponowanych zmian w załączniku 1n, 1m, 1r do zarządzenia nr 183/2019 oraz weryfikacja treści zarządzenia jest w naszej ocenie konieczne i w pełni uzasadnione.

Z wyrazami szacunku,

**Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów**



dr hab. n. med. Maciej Krawczyk