

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

Warszawa, dnia 20 grudnia 2021 r.

DPR.186.2021.3

**Szanowny Pan
Filip Nowak
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie,

W nawiązaniu do pisma z dnia 10 grudnia 2021 r. (znak sprawy: DSOZ-SRL.400.5.2021; 2021.387755.MASO) informującego o udostępnieniu do konsultacji **projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotnej w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką**, mając na względzie oświadczenie Krajowej Rady Fizjoterapeutów zawarte w uchwale nr 657 /I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 15 grudnia 2021 r. (w załączeniu) przekazuję poniżej stanowisko samorządu zawodowego fizjoterapeutów w sprawie.

Przekazany do konsultacji projekt zakłada wprowadzenie nowych rozwiązań w zakresie finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, w tym również zmianę wycen tych świadczeń. W uzasadnieniu wskazano, że dokonano wzrostu wartości punktowej dla wizyty fizjoterapeutycznej oraz wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Nie wskazano natomiast jakie zmiany zostały dokonane w odniesieniu do pozostałych świadczeń (zabiegów fizjoterapeutycznych) realizowanych w obu zakresach w odniesieniu do obecnej wyceny.

1. Wycena świadczeń załącznik 1m

Każde podwyższenie wycen w niedoszacowanej rehabilitacji leczniczej przyjmowane jest z aprobatą. Jednakże na wprowadzone zmiany należy spojrzeć w kontekście obecnej sytuacji w ochronie zdrowia oraz sytuacji ekonomicznej. Niestety, z uwagi na brak raportu taryfikacji trudno potwierdzić, że zaproponowane zmiany wyceny mają podstawy merytoryczne. Zawarte w uzasadnieniu wyjaśnienie, iż „Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej

oraz (cel 5) Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej” jest enigmatyczne i w żaden sposób nie uwzględnia faktycznych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Wysoka inflacja i wzrost kosztów działalności (m.in. ceny prądu, najmu, wywozu odpadów), wzrost najniższego wynagrodzenia wynikający z przepisów o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych spowodował już teraz znaczny wzrost kosztów udzielania świadczeń. **Symboliczny wzrost wyceny świadczeń ambulatoryjnych np. o 9 zł, w żaden sposób nie równoważy i nie pokrywa obecnych kosztów działalności, które z dużym prawdopodobieństwem i zgodnie z zapowiedziami nadal będą rosły.**

Poniżej przykładowa kalkulacja świadczeń realizowanych w warunkach domowych w oparciu o umowę z NFZ przygotowana przez podmiot leczniczy:

Przychód z realizacji świadczeń na rzecz 1 pacjenta:

fizjoterapia realizowana w warunkach domowych pierwsze 30 minut	55 pkt
fizjoterapia realizowana w warunkach domowych kolejne 30 min	29,52 pkt
Razem	84,52
przelicznik – cena pkt	1,00 zł
suma przychodu za pacjenta (1h)	84,52 zł.

Koszty realizacji świadczeń:

a) koszty ogólne

samochód - leasing 1230 zł	12,30 zł
koszty paliwa (zgodnie z ustawą 0,83 zł / km)	12,43 zł
aparat przenośny (elektroterapia laseroterapia ultradźwięki - 14.000 zł) - wycenienie dotyczy użytkowania przez okres 5 lat	2,80 zł
środki ochrony osobistej (maseczki, rękawiczki, fartuch) 0,60zł + 0,35zł + 8 zł	8,95 zł
wyposażenie m.in. stół do terapii, oliwka, elektrody, podkłady pod elektrody, żel do ultradźwięków, środki do dezynfekcji powierzchni, dezynfekcji rąk itd.	4,25
koszt utrzymania lokalu	12 zł
koszty utrzymania oprogramowania	6,7 zł
polisa OC podmiotu leczniczego	8 zł
koszty biurowe (papier/toner/sprzęt komputerowy)	1,5 zł
usługa pralnicza - strój medyczny	0,8 zł
zakup ubioru medycznego	16 zł
SUMA	85,75

b) koszty utrzymania fizjoterapeuty – umowa o pracę

Wynagrodzenie zasadnicze brutto	4 185,65 zł
---------------------------------	-------------

Wynagrodzenie netto	3 286,74 zł
Całkowity koszt pracodawcy	5 023,21 zł
Koszt utrzymania pracownika w przeliczeniu na 1 pacjenta	50,23 zł

c) koszty utrzymania rejestratorki medycznej – umowa o pracę

Wynagrodzenie zasadnicze brutto	3772,25 zł
Wynagrodzenie netto	2 756, 12 zł
Całkowity koszt pracodawcy	4 527,08 zł
Koszt utrzymania pracownika w przeliczeniu na 1 pacjenta - przy uwzględnieniu zatrudnionych 5 fizjoterapeutów, realizujących świadczenia łącznie u 25 pacjentów	1,13 zł

Podsumowanie

Suma przychodu	84,52
Suma kosztów*	137,11 zł
różnica	-52,59 zł

* Kalkulacja nie uwzględnia wynagrodzenia kierownika (zarządu) podmiotu leczniczego oraz utrzymania serwera, użycia narzędzi medycznych i środków ochrony osobistej. Nie uwzględnia również kosztów zatrudnienia lekarzy specjalistów wymaganych do realizacji przedmiotowych świadczeń oraz specjalistów w dziedzinie fizjoterapii jak i rehabilitacji medycznej zadeklarowanych w ramach warunków dodatkowo ocenianych. Nie odliczono również składek ZUS oraz podatku dochodowego. Kalkulacja nie uwzględnia także niekorzystnych dla większości podmiotów leczniczych zmian podatkowych, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

STRATA NA WYKONANEJ PRACY U JEDNEGO PACJENTA WYNOŚI: 52,59 ZŁ

Należy w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹, kwoty przyznane nielicznym fizjoterapeutom, tj. wobec których został spełniony warunek zatrudnienia na etat na dzień 31 maja br., a których najniższe wynagrodzenie nie osiągnęło minimum² zgodnie ze wskaźnikami wynagrodzeń, zostaną skorygowane niezależnie, w jakim zakresie świadczeń dokonywana jest zmiana. Powyższe uregulowanie przy wprowadzeniu wyceny nieuwzględniającej rzeczywistych kosztów świadczeń powiększonych o koszty inflacji skutkować będzie iluzorycznym

¹ § 16 ust. 4f. W przypadku zwiększenia po dniu 1 lipca 2021 r. kwoty zobowiązania Funduszu, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, wynikającego ze wzrostu: 1) wartości taryfy świadczeń, 2) wyceny świadczeń dokonanej przez Prezesa Funduszu w trybie § 15 ust. 3 i 4, 3) ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, 4) ryczałtu, 5) ryczałtu systemu zabezpieczenia związanego ze zwiększeniem ceny jednostki sprawozdawczej lub wartości taryfy świadczeń – wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, ulega zmniejszeniu o wartość, o którą wzrosło zobowiązanie z tytułu tego wzrostu, proporcjonalnie do udziału wartości danego współczynnika w sumie wartości współczynników, o których mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, do danej umowy.”;

² ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U 2021 poz. 1801)

wzrostem wyceny świadczeń, która z kolei skutkować będzie obniżeniem kwoty przekazywanej świadczeniodawcom przez NFZ na wzrost wynagrodzeń.

Po dokonaniu analizy ww. zestawienia opracowanego przez podmiot leczniczy na podstawie faktycznie ponoszonych kosztów pojawia się bowiem wątpliwość, czy z uwagi na fakt, że taryfa nie została opublikowana w formie obwieszczenia w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, spełniony został warunek obowiązku wzięcia pod uwagę kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń, wzajemnych relacji kosztowych udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia gotowości ich udzielania, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej jaki spoczywa na Prezesie NFZ³. Proponowane rozwiązania nie uwzględniają również zróżnicowania wielkości obszarów, które świadczeniodawcy mają obowiązek zabezpieczyć w przypadku świadczeń domowych, co bezpośrednio przekłada się na koszty dojazdów do pacjentów. Brak jest bowiem jednolitych zasad ustalania obszarów kontraktowania.

Należy w tym miejscu podkreślić, że wycena świadczeń to również pochodna ceny jednostkowej za punkt, która dziś jest bardzo zróżnicowana w Polsce od 0,75 zł do ponad niewiele ponad 1 zł, co wynika z braku jednolitych zasad ustalania również w obszarze ustalania cen oczekiwanych w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich NFZ.

Zupełnie niezrozumiała jest sytuacja zróżnicowania wyceny za to samo świadczenie realizowane w warunkach domowych z wykonywanym w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej. W przypadku świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej zazwyczaj notowana jest wyższa cena za punkt, podczas gdy świadczenia fizjoterapii domowej wymagają pracy z „trudniejszym” pacjentem, najczęściej leżącym, z wielochorobowością, a tym samym większego zaangażowania ze strony fizjoterapeuty.

W kontekście rozwiązań dotyczących rozliczania kilku świadczeniobiorców w ramach fizjoterapii domowej w jednym miejscu należy wskazać, że zarządzenie nie uwzględnia faktu realizacji tych świadczeń przez różnych fizjoterapeutów.

Nieakceptowalne jest również proponowane w opiniowanym zarządzeniu obniżenie wyceny świadczeń fizykoterapii.

Nazwa zabiegu fizykoterapeutycznego	Ambulatorium do 31 grudnia 2021	Wycena pkt na podstawie projektu	Różnica
kąpiel czterokomorowa	11	10,24	-0,76
kąpiel elektryczna – wodna całkowita	15	10,24	-4,76
elektrostymulacja	7	5,27	-1,73
tonoliza	6	5,27	-0,73
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6	5,27	-0,73

³ § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U 2020 po. 320 z późn.zm)

diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6	5,27	-0,73
inne kąpiele - wirowa w tanku	16	10,24	-5,76
natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	11	10,24	-0,76
okłady z borowiny - ogólne	8	5,27	-2,73
okłady z borowiny - miejscowe	6	5,27	-0,73
kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO ₂	13	10,24	-2,76
fango	7	5,27	-1,73

Samorząd zawodowy fizjoterapeutów stanowczo sprzeciwia się jakiegokolwiek obniżce wycen świadczeń fizjoterapeutycznych, co podkreślał także w opinii do zarządzenia Nr 62/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2021 r.

Zmiany w zakresie świadczeń fizykalnych zaproponowane zarówno w projektowanym zarządzeniu, jak i w ww. zarządzeniu, które mają miałyby mieć zastosowanie do świadczeń udzielanych po 1 stycznia 2022 r. w żadnym wypadku nie mogą się ostać.

2. Wycena załącznik 1n

Brak jest zrozumienia do różnicowania pomiędzy wizytą fizjoterapeutyczną w warunkach ambulatoryjnych (25 pkt), a wizytą fizjoterapeutyczną z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych (18, 61 pkt), w przypadku których również nie wskazano sposobu wyliczenia. Co istotne, powyższego mechanizmu różnicowania nie zastosowano w odniesieniu do porady lekarskiej pozostawiając wycenę świadczenia realizowanego w warunkach ambulatoryjnych i z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych na tym samym poziomie.

3. Organizacja udzielania świadczeń – grupowanie

Opisana w przekazanym projekcie, załącznik nr 1m, reorganizacja finansowania świadczeń to kolejna kwestia, która budzi wiele wątpliwości interpretacyjnych w obszarze zasad rozliczania świadczeń, możliwego łączenia i zastosowania krotności poszczególnych produktów. Przyjęte rozwiązania są dalekie od przesyłanych przez samorząd zawodowy propozycji i omawianych założeń zmian organizacyjnych, które zaproponowano podczas rozmów prowadzonych z AOTMiT.

Przyjęte w obecnym kształcie grupowanie może spowodować ograniczenie możliwości skorzystania z zabiegów zdefiniowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, a co w konsekwencji prowadzi do naruszenia konstytucyjnych praw do dostępu do opieki medycznej. Ponadto, należy podkreślić, że zgodnie z ww. rozporządzeniem na rzecz pacjenta możliwe jest wykonanie do 5 zabiegów dziennie, zabiegów, których dobór leży w kompetencji fizjoterapeuty ustalającego plan terapii w celu osiągnięcia założonego celu leczniczego. Jakiegokolwiek ograniczanie w tym zakresie narusza samodzielność

zawodową fizjoterapeuty, wynikającą z przepisów ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

Należy zwrócić uwagę, że niespójność proponowanych rozwiązań z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r., które uprawnia do realizacji świadczeń masażu nie tylko fizjoterapeutę, ale również technika masażystę. Abstrahując od kwestii systemowych, zatrudnianie techników masażystów w podmiotach leczniczych jest faktem, a osoby te są wykazywane w ramach zasobów niezbędnych do realizacji umowy z NFZ. Po zmianach zaproponowanych w zarządzeniu nie będzie możliwości rozliczenia pracy technika masażysty. Projekt zatem zmienia w tym zakresie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, co należy uznać za niedopuszczalne.

Proponowana reorganizacja finansowania świadczeń będzie miała również wpływ na realizację skierowań na rehabilitację. Zgodnie bowiem z ww. rozporządzeniem lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będący lekarzem specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, wystawia skierowanie, które może zawierać zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegów. Mogą zatem pojawić się problemy z rozliczeniem zabiegów wskazanych na skierowaniu.

4. Brak przepisów przejściowych

Projektowane zarządzenie, mimo wprowadzenia istotnych zmian organizacyjnych i finansowych, pomija kwestie wpływu tych zmian na sprawy w toku oraz nie uwzględnia przepisów dostosowujących. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na brak dostosowania systemów informatycznych. W tym kontekście zarządzenie nie przewiduje odpowiedniego okresu przejściowego umożliwiającego dostosowanie tych systemów także po stronie dostawców oprogramowania dla świadczeniodawców. Przez 9 miesięcy, tj. w okresie, gdy zapowiadano zmianę wyceny, nie wskazano, w jakim kierunku ta zmiana zmierza, jakich zmian systemowych będzie wymagała. Również dziś nie wiadomo, w jakim kształcie ostatecznie zostanie wprowadzona, co uniemożliwia podjęcie prac nad dostosowaniem systemów. Wymaga w tym miejscu podkreślenia, że wprowadzenie proponowanych rozwiązań i dostosowanie systemów niesie skutki finansowe po stronie podmiotów prowadzących działalność w tym zakresie.

Brak jest również regulacji w zakresie sposobu postępowania ze skierowaniami wystawionymi przed dniem wejścia w życie nowych przepisów, które były podstawą wpisania pacjenta na listę oczekujących, skierowań, których realizacja ma rozpocząć się w pierwszych dniach stycznia, dla których zaplanowano już terapię, a której rozliczenie nie jest możliwe wg nowych zasad.

Niekorzystna zmiana wycen wpłynie również na umowy z osobami realizującymi świadczenia fizjoterapeutyczne. Świadczeniodawcy są związani terminami wypowiedzenia w zakresie warunków obowiązujących umów. Projekt zarządzenia nie uwzględnia tych terminów. Dodatkowo należy zaznaczyć, że wprowadzone zmiany wpłyną na potencjał kadrowy wykazywany do umowy z NFZ. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na zaobserwowany w ostatnich latach dynamiczny odpływ

fizjoterapeutów z systemu publicznego, zwłaszcza w przypadku świadczeń fizjoterapii domowej. Wejście w życie proponowanych zmian ten proces jeszcze bardziej przyspieszy, co dramatycznie wpłynie na dostęp pacjentów do rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych.

Podsumowanie

Nie kwestionujemy, że reorganizacja w zakresie warunków udzielania świadczeń, jak również podejścia do finansowania świadczeń rehabilitacyjnych jest potrzebna. Uważamy nawet, że jest konieczna. Jednak chaotycznie i fragmentarycznie wprowadzone zmiany nie dają pozytywnych efektów. Na działanie systemu jako całości wpływ ma każdy jego element. Dokładnie tak samo działa finansowanie systemu: podniesienie nakładów w jednym miejscu i dobranie efektywnej organizacji pracy generuje znacznie większe oszczędności w innych miejscach. Niestety, wciąż mamy do czynienia z patrzaniem odcinkowym zamiast globalnym. Już na etapie prac prowadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji nad koncepcją zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce, które przypomnijmy rozpoczęto w 2016 r., została dostrzeżona potrzeba zmiany podejścia do rozliczania przedmiotowych świadczeń, która opisana została jednostką czasu, a nie rozliczaniem za poszczególne procedury ICD-9. To jeden z kluczowych elementów zmiany. **Rozliczanie w oparciu o czas pozwala w pełni realizować samodzielność zawodową.** Medyczny ekspert, jakim jest fizjoterapeuta, może nieskrępowany procedurami, całkowicie swobodnie wybrać najkorzystniejsze metody pracy z punktu widzenia potrzeb pacjenta. Zmniejszenie liczby procedur jest malutkim, acz całkowicie niewystarczającym krokiem w dobrą stronę.

Od tamtego czasu, pomimo wielokrotnych apeli o podjęcie działań w tym zakresie, żadne kroki nie zostały podjęte. Chodzi o działania mające na celu bardziej efektywne zarządzanie już istniejącymi funduszami systemu, który jest oparty na analizie potrzeb pacjenta, skuteczności i realnej wycenie świadczeń oraz nieobniżaniu wyceny świadczeń, których obecna wartość jest już i tak daleko niedoszacowana.

Dla przykładu od września 2019 r., najpierw w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych realizowanych w warunkach stacjonarnych, a od 2020 r. świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej wprowadzono obowiązek prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu (AP-KOLCE). Było to narzędzie umożliwiające weryfikację przestrzegania przepisów art. 20 ust. 10 ustawy⁴, zgodnie z którymi, w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Chyba nie jest tajemnicą, że pomimo upływu czasu dane te nie zostały do dnia dzisiejszego zweryfikowane i w dalszym ciągu wielu pacjentów oczekuje na realizację tego samego świadczenia w różnych kolejkach, a nawet u tego samego świadczeniodawcy

⁴ z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U 2021 poz. 1285 z późn.zm)

przed zakończeniem realizacji jednego skierowania. Skutek to długie kolejki osób oczekujących na świadczenia i brak możliwości uzyskania wczesnej fizjoterapii przez pacjentów po ostrych incydentach. **Rozwiązaniem problemu kolejek, w niektórych przypadkach już wieloletnich, do fizjoterapii, powinno być dopuszczenie do kontraktowania praktyk fizjoterapeutycznych i zmiany warunków kontraktowania (m.in. wymogi sprzętowe).** To stosunkowa prosta zmiana, która zdecydowanie przyczyni się do wzrostu dostępności oraz podniesienia jakości.

Dlatego jednym z zaproponowanych rozwiązań, którego nie odnaleźliśmy w projekcie było wyodrębnienie na poziomie płatnika wczesnej fizjoterapii, jak to uczyniono w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej dla pacjentów po leczeniu operacyjnym lub leczeniu zachowawczym. Pozytywny skutek powyższego działania został osiągnięty, bo pacjenci poprzez doprecyzowanie czasu, w którym muszą zostać zakwalifikowani do wczesnej rehabilitacji uzyskali taką szansę. Co ważne, przyjęte rozwiązanie nie wymagało wprowadzenia zmian w tzw. „koszyku świadczeń gwarantowanych”. Ponadto brak jest zróżnicowania wyceny świadczeń w odniesieniu do poszczególnych grup pacjentów (np. grupy ortopedycznej, neurologicznej, pediatrycznej, przewlekłej) w poszczególnych warunkach realizacji z wykorzystaniem narzędzi, które od dłuższego czasu wykorzystywane są w innych rodzajach świadczeń.

Pragnę w tym miejscu kolejny raz podkreślić, że idealną dla procesu rekonwalescencji pacjenta jest sytuacja, kiedy nie oczekuje na świadczenie kilka miesięcy lub lat, co jest szczególnie ważne w przypadku leczenia urazów czy deficytów o podłożu neurologicznym. Ta sytuacja jest też idealna dla budżetu publicznego płatnika z uwagi na minimalizowanie kosztów ponoszonych na leczenie powikłań, następstw wtórnych chorób. Pacjenci, którzy nie otrzymają pomocy w trybie ambulatoryjnym, czy w ramach fizjoterapii domowej, będą w efekcie trafiać do szpitali, a koszt ich leczenia będzie znacznie wyższy.

Nieakceptowalne jest obniżanie wycen świadczeń fizjoterapeutycznych, jak również nieakceptowalne jest pozostawienie obecnych wycen zarówno w fizjoterapii ambulatoryjnej jak i domowej, ale i w pozostałych zakresach świadczeń rehabilitacyjnych, które od lat i tak są poniżej kosztów realizacji, szczególnie w obliczu wysokiej inflacji i wzrostu kosztów działalności (m.in. ceny prądu, najmu, wywozu odpadów), wzrostu najniższego wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz w związku z koniecznością zachowania reżimu sanitarnego i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom w obliczu pandemii (środki dezynfekujące, maseczki, odzież ochronna).

Niestety, takie wybiórcze przyjęcie rozwiązań doprowadzić może do ograniczenia działalności leczniczej w zakresie fizjoterapii, a w konsekwencji do znacznego ograniczenia pacjentom dostępu do leczenia fizjoterapeutycznego, jak również niewykorzystania możliwości i potencjału już istniejących wysokospecjalistycznych i przygotowanych do tego zadania dziś zbudowanych zespołów terapeutycznych. Podkreślimy, że proponowane zmiany uderzają w pacjentów i to w tych najstarszych: leżących, z orzeczoną niepełnosprawnością, starszych, przewlekle chorych. To właśnie

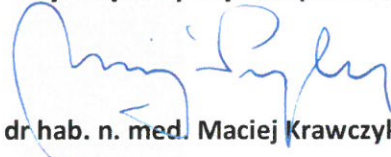
do nich skierowane są świadczenia w trybie domowym. Nie zapominajmy, że koszty leczenia powikłań kosztują miliony.

Proponowane przez nas działania i rozwiązania, przekazywane zarówno do Pana jak i Ministerstwa Zdrowia czy AOTMiT, mogą zabezpieczyć nie tylko zdrowie, ale również ochronić miejsca pracy oraz podnieść jakość usług w odniesieniu do faktycznych potrzeb pacjentów rozumianą jako parametr obejmujący strukturę, proces i wynik. Apelujemy o skorygowanie błędów, które pojawiły się w przedmiotowym projekcie zarządzenia i stanowią o jego niedopracowaniu.

W przypadku wejścia w życie zarządzenia w proponowanym brzmieniu de facto dojdzie do wyprowadzenia fizjoterapii z systemu świadczeń refundowanych. Skutki społeczne, ekonomiczne, zdrowotne będą katastrofalne dla całego systemu ochrony zdrowia. Nie jest także wyjściem z sytuacji utrzymanie stanu z dzisiaj, kiedy funkcjonują wyceny nieprzystające do realnie ponoszonych kosztów realizacji świadczeń.

Z wyrazami szacunku,

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów


dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

Do wiadomości:

1. Sz. P. Mateusz Morawiecki – Prezes Rady Ministrów
2. Sz. P. dr Adam Niedzielski – Minister Zdrowia