



Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

ul. Bracka 54

95-200 Pabianice

Pabianice, 16 stycznia 2024 r.

Sz. P. Filip Nowak

Prezes NFZ

ul. Rakowiecka 26/30

02-528 Warszawa

Znak sprawy: NFZ-DSOZ-SRL.400.1.2023
2023.404860.MASO

Szanowny Panie Prezesie

w imieniu Polskiego Stowarzyszenia Specjalistów Fizjoterapii wnoszę o odrzucenie w całości proponowanej zmiany i merytorycznego dialogu, do którego nawiążę po przedstawieniu uwag.

Uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ
z dnia 29 grudnia 2023 r.

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.

Uwaga ogólna:

pierwszą wątpliwość budzi fakt, iż przedłożony projekt zarządzenia przekazany do konsultacji społecznych jest z 29.12.2023 r. a zapisana data podpisania projektu zarządzenia jest oznaczona jako 27.12.2023 r.

1. Wprowadzenie do zarządzenia zapisów: 1) w § 2 w ust. 1 po pkt 12 dodaje się pkt 13 w brzmieniu: „13) ICF– Międzynarodowa Klasyfikacja Niepełnosprawności i Zdrowia”; 2) w § 2 w ust. 1 po pkt 12 dodaje się pkt 14 w brzmieniu: „14) aplikacja FSR– narzędzie informatyczne wspierające proces przeprowadzania oceny stanu funkcjonalnego”; oraz § 12 po ust. 21 dodaje się ust. 25” spowoduje maszyną biurokracją w dokumentacji medycznej, co przesunie pacjenta na ostatnie miejsce w ogniwie zaopiekowania pacjenta. Osoba przeprowadzająca wizytę (fizjoterapeuta, lekarz) nie znajdzie czasu na faktyczną diagnostykę funkcjonalną, ponieważ będzie zmuszony wypełniać całą aplikację.

Czas jaki będzie niezbędny do realizacji wizyty/badania z pewnością przekroczy godzinę zegarową (lub więcej). Niestety, nie idzie za tym zmiana wyceny świadczenia w zakresie porady lekarskiej czy też wizyty fizjoterapeutycznej.

2. Zapis: „3) w § 12 po ust. 21 dodaje się ust. 22 w brzmieniu: „22. We wszystkich zakresach świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, świadczenia są realizowane z uwzględnieniem oceny wynikającej z opisu stanu funkcjonalnego w oparciu o ICF”;” spowoduje paraliż w rehabilitacji/fizjoterapii, ponieważ wydłużony czas wizyt zmniejszy liczbę pacjentów skierowanych bezpośrednio na zabiegi. Tym samym kolejki na fizjoterapię wydłużą się jeszcze bardziej, a opłacalność realizacji świadczeń dla podmiotów radykalnie spadnie. Efektem pośrednim może być istotne zmniejszenie się liczby podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne w ramach NFZ.



Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

ul. Bracka 54

95-200 Pabianice

1. Kolejne zapisy: „5) w § 12 po ust. 21 dodaje się ust. 24 w brzmieniu: „24. Ocenę stanu funkcjonalnego, o której mowa w ust. 22 przeprowadza się na początku i na końcu cyklu terapeutycznego, przez personel medyczny, który sprawuje opiekę nad pacjentem zgodnie z poniższym: 1) w przypadku zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej ocena dokonywana jest na wizycie fizjoterapeutycznej początkowej i końcowej”; 2) w przypadku zakresów realizowanych w ośrodkach/oddziałach dziennych ocena dokonywana jest przez ... przed rozpoczęciem cyklu zabiegów oraz na koniec cyklu/pobytu pacjenta w ośrodku”; 3) w przypadku zakresów realizowanych w warunkach stacjonarnych ocena dokonywana jest na początku pobytu wraz z kwalifikacją pacjenta, wynikającą z przepisów odrębnych oraz na koniec pobytu pacjenta w oddziale” są nieprecyzyjne i mogą spowodować niezrozumienie oraz próby cedowania czynności oceny wg ICF przez lekarzy rehabilitacji medycznej na fizjoterapeutów, pielęgniarki. Sama aplikacja jest niezwykle rozbudowana, obejmuje w zasadzie każdy możliwy do określenia obszar funkcjonowania pacjenta. Ponadto rodzi wiele pytań i budzi mnóstwo wątpliwości takich jak:

- a. w jaki sposób aplikacja zapewnia bezpieczeństwo danych pacjenta?
- b. w jaki sposób aplikacja pozwala na weryfikację fizjoterapeuty przeprowadzającego badanie podczas wizyty początkowej i końcowej, skoro uniemożliwia tworzenia zweryfikowanych kont użytkownika?
- c. w jaki sposób NFZ zapewni stabilność działania aplikacji i jej wdrożenie (kompatybilność) do systemów informatycznych świadczeniodawców, którzy są zobowiązani innymi przepisami prawa do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej?
- d. dlaczego konieczne będzie wypełnianie wszystkich pól bez względu na rodzaj problemu funkcjonalnego i czy będzie możliwość wygenerowania pliku PDF, który następnie posłuży jako plik do wczytania by przejść do następnego kroku?
- e. skoro na stronie www widnieje opis, że jest to aplikacja testowa, dlaczego ma być obowiązkowa dla każdego świadczeniodawcy?
- f. czy nie ma zagrożenia braku zgodności z zapisami ustawy o RODO?

3. Zaproponowany w projekcie zarządzenia załącznik nr 1 nie koresponduje z załącznikiem nr 1 określonym w zarządzeniu 2020_195_DSOZ, którego nowelizacja dotyczy. We wskazanym zarządzeniu, w rozdziale 3, § 20. Ust. 15. występuje załącznik nr 1 będący wnioskiem o wydłużenie leczenia. W projekcie zarządzenia załącznik nr 1 określa profil kategoryjny ogólnoustrojowy stacjonarny. Ta sama numeracja różnych załączników wprowadza w błąd.

4. Analogiczna sytuacja dotyczy załączników nr 2 do projektu zarządzenia, który ma określać profil kategoryjny neurologiczny, przy czym w obowiązującym zarządzeniu załącznik nr 2 stanowi on wzór umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych; nr 3, który w projekcie określa profil kategoryjny kardiologiczny stacjonarny i pulmonologiczny stacjonarny, natomiast w obowiązującym zarządzeniu dotyczy oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy i jednocześnie – kolejne nałożenie różnych treści w tożsamym numerycznie załączniku.

5. Kolejna niespójność dotyczy załącznika nr 5, który w projekcie zarządzenia określa Podręcznik dla użytkowników aplikacji w wersji dla niezalogowanych: Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych zawierający opis dostępnych funkcjonalności, natomiast w obowiązującym zarządzeniu załącznik nr 5 obejmuje charakterystykę grup.



Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

ul. Bracka 54

95-200 Pabianice

Wskazane powyżej kwestie stanowią uwagi natury formalnej.

Uwagi natury merytorycznej:

1. Treści zawarte w proponowanych załącznikach zasadniczo nie różnią się bez względu na grupę chorych i specyfikę objawów, niepełnosprawności oraz możliwych zaburzeń struktur oraz funkcji.
2. Ilość pytań/ocen/testów w różnych okolicach ciała niezbędnych do wypełnienia poszczególnych opisów, stworzenia kodów w pełnym, wymaganym zakresie nie zostały dopasowane do jednostek chorobowych, a pacjent będzie tak zmęczony długotrwałym procesem diagnostycznym, że może okazać się, iż wynik (zestaw kodów) nie będzie adekwatny do stanu faktycznego pacjenta. Przy ocenie niektórych parametrów proponowane skale bardzo szerokie, co nie pozwala na właściwe zastosowanie kwalifikatora. Granice pomiędzy 50% do 95% oznaczająca znaczny problem wydaje się być zbyt dużym przedziałem, który może nigdy nie ulec poprawie. Poza tym przy ruchomości stawów nie uwzględniono oceny funkcjonalnej oraz wieku pacjenta.

0: brak problemu 1: nieznaczny / łagodny problem 2: umiarkowany problem 3: znaczny problem 4: skrajnie duży problem

Uzyskany wynik równy lub wyższy niż norma lub odchylenie w dół od normy <= 4% 5-24 % odchylenia od normy 25-49% odchylenia od normy 50-95% odchylenia od normy 96-100% odchylenia od normy

-B455 Funkcje związane z tolerancją wysiłku

-B710 Funkcje ruchomości stawów

3. Odpowiedzi na pytania zawarte w klasyfikacji niepełnosprawności są bardzo ogólne, co nie pozwala na obiektywną ocenę a raczej wprowadza subiektywną ocenę poszczególnych problemów pacjenta przez prowadzącego badanie. Taka ocena może być bardzo różna w zależności od sposobu interpretacji odpowiedzi udzielanej przez pacjenta. Brak 0-1 odpowiedzi prowadzi do możliwości dodatkowej interpretacji.

-B130 Funkcje energii i napędu

-B134 Funkcje snu

-B152 Funkcje emocjonalne

-B620 Funkcje oddawania moczu

-D230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć

-D240 Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi

-D410 Zmienianie podstawowej pozycji ciała (co oznacza trochę więcej czasu-ile?)

-D415 Utrzymywanie pozycji ciała (po pewnym czasie następuje konieczność zmiany pozycji- ile?)

-D420 Przemieszczanie się (co oznacza trochę więcej czasu-ile?)

-D450 Chodzenie (co oznacza trochę więcej czasu-ile?)

-D465 Poruszanie się przy pomocy sprzętu

-D510 Mycie się

-D520 Pielęgnowanie poszczególnych części ciała

-D530 Korzystanie z toalety

-D540 Ubieranie się

-D550 Jedzenie



Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

ul. Bracka 54

95-200 Pabianice

4. W przypadku funkcji związanych z tolerancją wysiłku B455- nie wszędzie określono test. Profil kategorialny ogólnoustrojowy stacjonarny zakłada test 6-minutowy, a w przypadku ogólnoustrojowego ambulatoryjnego nie wskazano testu.
5. Należy również podkreślić, iż ośrodki/osoby biorące udział w programie pilotażowym zgłaszali podobne uwagi a wycena takich badań w programie pilotażowym była (badanie wstępne i końcowe) na 1500 – 1800 PLN.
6. W profilu kardiologiczno-pulmonologicznym w ocenie ruchomości brak pomiaru ruchomości klatki piersiowej, natomiast obowiązują pomiary zakresów ruchów w stawach obwodowych. W jakim celu?
7. W profilu ogólnoustrojowym ambulatoryjnym w zasadzie wszystkie badania będą przeprowadzone przez fizjoterapeutę i/lub lekarza. Ocena funkcji psychologicznych, pielęgnacyjnych nie należy do kompetencji fizjoterapeuty, co oznacza, że fizjoterapeuta nie jest odpowiednią osobą wykonującą ocenę w tej części formularza.

Pytania do Pana Prezesa:

1. Czy za radykalnym zwiększeniem się liczby procedur, zgodnie z oceną wg zasad ICF, koniecznych do wykonania podczas wizyty kwalifikującej/oceniającej stan pacjenta i wizyty końcowej pacjenta zostanie na nowo dokonana wycena świadczeń, adekwatnie do wyceny dokonanej dla programu pilotażowego?
2. Kto, wg autora projektu ma za zadanie przeprowadzić ocenę wg zasad ICF w § 12 ust. 24. 2) i 3)? Nie zostało to określone (o czym wspomniano wcześniej).
3. Czy celem nadrzędnym autora projektu zarządzenia jest paraliż fizjoterapii/rehabilitacji?
4. Czy ktoś przeprowadził przykładowe badanie i sprawdził jak długo trwa ocena zgodna z ICF, która została zaproponowana w projekcie Zarządzenia Prezesa NFZ? Wykonanie tak długotrwałego badania jednorazowo może być dla większości pacjentów powyżej 65 roku życia zbyt obciążające mentalnie i prowadzić do błędnych odpowiedzi i braku rzeczywistego obrazu pacjenta (jw.).
5. Co w sytuacji następującej: w zarządzeniu występuje konieczność wykonania pomiarów w okolicach ciała, w których pacjent nie odczuwa dolegliwości bólowych i zadawanie pytań niezwiązanych bezpośrednio z rozpoznaniem, kodem ICD 10 tj. z ich stanem zdrowia może budzić kontrowersje i powodować brak odpowiedzi na niektóre pytania. W proponowanym Zarządzeniu widnieje zapis, iż w przypadku braku odpowiedzi na poszczególne pytania nie ma możliwości zamknięcia badania tj. ukończenia badania. Co wiąże się jednoznacznie z brakiem wykonania badania wstępnego. Czemu ma służyć takie rozwiązanie?
6. Kto będzie wykonywał ocenę zgodną z ICF w przypadku, kiedy na fizjoterapię ambulatoryjną kieruje lekarz rehabilitacji medycznej i wskazuje w skierowaniu rodzaj terapii do zastosowania. Wydaje się logiczne, że ocenę tę powinien wykonać lekarz rehabilitacji medycznej, czyli osoba zlecająca zabiegi fizjoterapeutyczne. Problem nastąpi w momencie konieczności wykonania badania końcowego przez fizjoterapeutę tj. brak dostępu do wyników badania wstępnego podczas wykonania tzw. ewaluacji.
7. Co w sytuacji, gdy aplikacja przestanie działać i np. zawiesi się, czy będzie możliwe wykonanie badania wstępnego lub końcowego bez oceny zgodnej z ICF?
8. Dlaczego pomimo przyjęcia ICF przez WHO nie została ona wprowadzona jako rozwiązanie systemowe w żadnym państwie na świecie? Zgodnie z wypowiedzią Pana Thomasa Ewerta osoby rekomendującej ICF w Polsce, członka zespołu projektowego Katholische Universität Eichst-Ingolstadt tylko niewielki odsetek profesjonalistów zdrowia w Niemczech zna ICF. Bądźmy pionierami światowymi, ale tam, gdzie jest to sensowne i promujemy działania, które przelożą się na poprawę zaopiekowania pacjenta.



Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

ul. Bracka 54

95-200 Pabianice

9. Reasumując, należałoby istotnie zweryfikować proponowane rozwiązanie, dzieląc klasyfikację według grup jednostek chorobowych i pozostawić ICF co najwyżej na poziomie zapisanym w Rozporządzeniu MZ z dnia 04.01.2024 r.

Jako Prezes Polskiego Stowarzyszenia Specjalistów Fizjoterapii a poprzednio przez 20 lat sprawowania zaszczytnej funkcji Prezesa Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii wielokrotnie występowałam od 2002 roku z inicjatywą wprowadzenia oceny efektów po fizjoterapii, przedstawiałem konkretne propozycje rozwiązań m.in. standardów fizjoterapii, niestety nie spotykały się one z konkretnym zainteresowaniem. Współczesna medycyna posiada wiele obiektywnych stosowanych i sprawdzonych na całym świecie narzędzi do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta. Z wielką radością przyjęliśmy informacje o zajęciu się w/w tematem. Jednakże taka forma zaproponowana w zarządzeniu prezesa NFZ wymaga naszym zdaniem dalszej dogłębnej analizy. Ocena stanu funkcjonalnego pacjenta opierająca się na bardzo subiektywnej ocenie fizjoterapeuty czy lekarza nie jest chyba najlepszym sposobem tejże oceny. Z podobną sytuacją mamy do czynienia np. (w skokach narciarskich gdzie skoczek jest poddawany ocenie przez 5 sędziów, czy też przez 10 sędziów oceniających poziom artystyczny w jeździe figurowej na lodzie).

W prowadzonych rozmowach z przedstawicielami środowisk związanych z rehabilitacją, wszyscy zgodnie podnoszą pilną konieczność wspólnej dyskusji nad przyszłością polskiej rehabilitacji zarówno w zakresie organizacyjnym, jak i ekonomicznym. Podobne spotkania organizowane były przez Polskie Towarzystwo Rehabilitacji m.in. w Kamieniu Pomorskim i przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii podczas konferencji w Pabianicach, w których uczestniczył m.in. ówczesni Wiceministrowie Zdrowia.

Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii pozostaje do dyspozycji, będąc gotowe do merytorycznej współpracy w zakresie rozwoju polskiej rehabilitacji dla dobra pacjentów.

Z wyrazami szacunku,

Prezes Polskiego Stowarzyszenia
Specjalistów Fizjoterapii

dr n. med. Marek Kiljański