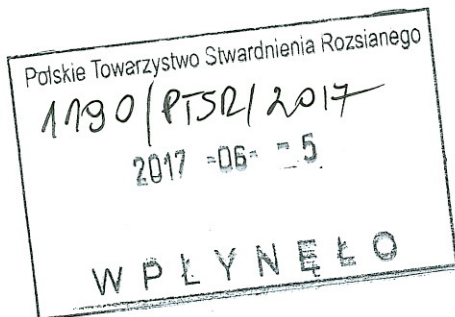


znak: DSOZ.401.872.2017

Warszawa, dnia 29.05 2017 r.

Pan**Tomasz Poleć****Przewodniczący****Polskiego Towarzystwa Stwardnienia****Rozsianego****ul. Nowolipki 2a****00-160 Warszawa**

W odpowiedzi na Pana pismo z 16 maja 2017 r. L. dz. 126/PTSR/2017, dotyczące ograniczenia dostępności do rehabilitacji ogólnoustrojowej dla pacjentów z SM w związku z wejściem w życie zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zwanego dalej „zarządzeniem nr 130/2016/DSOZ”, uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

W celu usystematyzowania wiedzy o świadczeniach rehabilitacyjnych dla pacjentów z SM finansowanych przez publicznego płatnika, chciałbym wskazać na zasady realizacji i udzielania świadczeń w obowiązującym porządku prawnym. NFZ finansuje świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522 z późn. zm.), zwanym dalej: „rozporządzeniem MZ z rehabilitacji”. W ww. rozporządzeniu nie zostały wyodrębnione świadczenia rehabilitacyjne dedykowane wyłącznie osobom z SM. W związku z powyższym pacjenci z tą chorobą korzystają z rehabilitacji na zasadach ogólnych tj.:

a) udzielanej w warunkach ambulatoryjnych:

- lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej
- fizjoterapii ambulatoryjnej

Z uwagi na największą dostępność (największa liczba świadczeniodawców) pacjenci z SM, w skali całego kraju, głównie korzystają z poradni ambulatoryjnych w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej. W warunkach ambulatoryjnych pacjent może być objęty opieką lekarza na podstawie jednego skierowania. Lekarz biorąc pod uwagę indywidualne potrzeby pacjenta

i specyfikę choroby, określa częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego i liczbę zabiegów fizjoterapeutycznych. W związku z powyższym pacjent może regularnie korzystać z tych zakresów świadczeń.

b) udzielanej w warunkach domowych – fizjoterapii domowej

Pacjenci chorzy na SM, którzy nie mają możliwości samodzielnego przemieszczania się mają prawo do korzystania z rehabilitacji domowej. Mogą oni korzystać z 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, a po przedstawieniu uzasadnienia konieczności przedłużenia rehabilitacji przez lekarza kierującego oraz uzyskaniu zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu istnieje możliwość przedłużenia rehabilitacji domowej powyżej tego limitu.

c) udzielanej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego – rehabilitacji ogólnoustrojowej

Rehabilitacja dla pacjentów oddziału dziennego trwa od 15 do 30 dni zabiegowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla jednego pacjenta. Opiera się głównie na świadczeniach udzielanych przez lekarza i fizjoterapeutę. Dopuszcza się realizację świadczeń przez terapeutę zajęciowego i psychologa, jednak nie jest warunkiem obligatoryjnym zatrudnianie tych specjalistów.

d) udzielanej w warunkach stacjonarnych:

- rehabilitacji neurologicznej – warunki realizacji są szczegółowo opisane w przepisach rozporządzenia MZ z rehabilitacji, a system rozliczeń JGP jest ściśle do nich dostosowany.

Ta forma rehabilitacji najbardziej odpowiada potrzebom pacjentów z SM. Określone w rozporządzeniu MZ z rehabilitacji warunki wręcz nakładają obowiązek realizacji świadczeń nie tylko przez lekarzy specjalistów czy fizjoterapeutów, ale także psychologa, logopedę czy terapeutę zajęciowego. Można stwierdzić, że stanowią oni swoisty zespół terapeutyczny, którego zadaniem jest planowanie i prowadzenie usprawniania ruchowego oraz terapii funkcji poznawczych, tak istotnych w rehabilitacji pacjentów z SM.

Regulacje określone w rozporządzeniu MZ z rehabilitacji mają odzwierciedlenie w sposobie sprawozdawania i rozliczania świadczeń gwarantowanych. System JGP w rehabilitacji neurologicznej został wprowadzony w 2010 r. Pobyt chorego z SM na oddziale rehabilitacji neurologicznej może zostać rozliczony w ramach tzw. rehabilitacji wczesnej (grupy RNM) rozpoczętej w ciągu maksymalnie 30 dni po leczeniu szpitalnym lub rehabilitacji przewlekłej dedykowanej dla pacjentów którzy z powodu swojej choroby odbyli już wczesną rehabilitację (nawet przed wprowadzeniem JGP) i wymagają jej kontynuacji.

Pierwsza forma rehabilitacji może trwać 16 tygodni i dłużej. Przysługuje po każdej odbytej hospitalizacji związanej z SM. Przewlekła – 1 raz w roku kalendarzowym przez 6 tygodni lub dłużej.

- rehabilitacji ogólnoustrojowej – warunki wskazane w rozporządzeniu MZ z rehabilitacji nie uszczegóławiają sposobu i zasad realizacji świadczeń, tak jak ma to miejsce w przypadku rehabilitacji neurologicznej.

Oznacza, że tą formą usprawniania mogą być objęci pacjenci z bardzo szerokim, wręcz nieograniczonym i różnorodnym spektrum schorzeń i dysfunkcji (ortopedycznych, reumatologicznych, neurologicznych, onkologicznych itp.). Biorąc powyższe pod uwagę oraz fakt ograniczonych środków finansowych będących w dyspozycji płatnika należy stwierdzić, iż dostępność do rehabilitacji ogólnoustrojowej jest bardzo utrudniona. Liczba osób oczekujących na świadczenia

w skali kraju wynosi ok. 200 tysięcy a średni czas oczekiwania ponad 500 dni (wg stanu na marzec 2017 r.).

W związku z powyższym oraz wychodząc naprzeciw potrzebom przede wszystkim grupie chorych np. po leczeniu operacyjnym, urazach wielonarządowych czy oparzeniach, którzy wymagają szybkiego rozpoczęcia rehabilitacji stacjonarnej, w zarządzeniu nr 130/2016/DSOZ, zostały wprowadzone Jednorodne Grupy Pacjentów - nowe zasady rozliczania świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej. JGP zawiera podział na grupy pacjentów, dla których wskazany został sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania i rozliczenia zakończonej rehabilitacji.

W przypadku grup ROO i ROZ pierwszym kwalifikatorem jest rozpoczęcie rehabilitacji w terminie do 6 miesięcy od zakończonej hospitalizacji w rodzaju leczenie szpitalne. Zgodnie z propozycjami przesłanymi przez środowisko lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, rehabilitacja powinna rozpocząć się po wskazanych zabiegach operacyjnych lub leczeniu zachowawczym. Powyższe ma odzwierciedlenie w kodach ICD-9 oraz ICD-10, stanowiących załącznik nr 3a i 3b do zarządzenia 130/2016/DSOZ. Kody te muszą odzwierciedlać podstawową przyczynę hospitalizacji pacjenta, której następstwem jest kontynuacja leczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Natomiast grupa ROP – nie zawiera żadnych kwalifikatorów i dedykowana jest wszystkim pacjentom bez względu na schorzenie czy dysfunkcję. Jest to grupa JGP umożliwiająca rozliczenie (odbycie) rehabilitacji tym chorym, których stan nie wymaga natychmiastowego rozpoczęcia usprawniania (w chorobach przewlekłych) lub mogą alternatywnie skorzystać z innych form rehabilitacji np. neurologicznej, kardiologicznej czy pulmonologicznej. Dla przykładu - pacjentom po zabiegach endoprotezoplastyki stacjonarnie dostępna jest wyłącznie rehabilitacja ogólnoustrojowa, w przypadku SM także rehabilitacja neurologiczna.

Tak więc w podsumowaniu należy podkreślić, iż nie jest prawdą, że pacjent z SM nie może odbyć stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej. Gwarantują to przepisy zarówno rozporządzenia MZ z rehabilitacji oraz zarządzenia nr 130/2016/DSOZ. Świadczeniodawca w ramach umowy z Funduszem rozliczy i otrzyma zwrot kosztów leczenia takiego pacjenta. Odrębną kwestią jest wielkość kwoty refundacji, która jak wskazałem powyżej, zależy od przypisania danej hospitalizacji do określonej grupy JGP. Natomiast na wybór grupy JGP ma wpływ stan chorego i spełnienie określonych kryteriów kwalifikacji.


Zastępca Dyrektora
Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia
Leszek Szalak

Do wiadomości:

1. Ministerstwo Zdrowia
2. Dr. hab. n. med. Krystyna Księżopolska-Orłowska, Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej