Komunikat w sprawie realizacji świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej od dnia stycznia 2019 roku.

Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie realizacji świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej od dnia 01.01.2019 r.

W związku z wejściem w życie od dnia I stycznia 2019 r. zmian w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej[1], które wprowadzają nowe rozwiązania dedykowane dla świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej oraz w związku z licznymi pytaniami kierowanymi do Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu ujednolicenia informacji przekazywanych świadczeniodawcom wyjaśniamy:

1. W celu poprawnego realizowania świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia domowa należy przyjąć następujące zasady:
   1) Skierowanie na cykl zabiegów może być wystawione przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i musi zawierać:
      a) pieczęć nagłówkową z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
      b) imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
      c) rozpoznanie w języku polskim,
      d) kod jednostki chorobowej według Klasyfikacji 1CD-10,
      e) choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne,
      f) pieczęć i podpis lekarza wystawiającego to skierowanie oraz datę jego wystawienia.

Nie ma już obligatoryjnego zapisu, który nakazuje aby w skierowaniu znalazły się zlecone zabiegi wraz z liczbą poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegowym. Jednakże ich zlecenie nie stanowi błędu w treści skierowania i nie stanowi o nieprawidłowości wystawionego skierowania.

2) W przypadku skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego jednocześnie specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu zlecone na skierowaniu zabiegi, co do których fizjoterapeuta ma uzasadnioną wątpliwość, fizjoterapeuta może dokonać modyfikacji tych zabiegów po konsultacji z lekarzem kierującym i odpowiednio odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.
3) W przypadku pozostałych skierowań wystawionych przez innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego będących jednocześnie specjalistami w innych dziadzinach medycznych również tych realizujących świadczenia w ramach poradni lekarskiej rehabilitacyjnej, zlecone zabiegi stanowią jedynie sugestię lekarza, co do planu terapii ale nie są wiążące dla fizjoterapeuty.

2. Przy realizacji i rozliczaniu wizyty fizjoterapeutycznej należy przyjąć następujące zasady:
   1) Wizyta fizjoterapeutyczna, w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego obejmuje co najmniej jedną z poniższych czynności:
      a) zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego;
      b) ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;
      c) badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego;
      d) końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;

e) udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Nie ma już wykonalności wszystkich powyższych czynności w trakcie trwania wizyty fizjoterapeutycznej. Fizjoterapeuta decyduje, którą z czynności będzie wykonywał na rzecz świadczeniobiorcy.

2) Ważne! Świadczeniodawca realizujący skierowanie na cykl zabiegów, powinien przekazać bezpośrednio lub za pośrednictwem świadczeniobiorcy informację o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów, którą dołącza się do dokumentacji medycznej.
3) Realizacja wizyty fizjoterapeutycznej leży w gestii fizjoterapeuty, zgodnie z projektem zarządzenia Prezesa NFZ zaleca się przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, która zawierałaby ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii. Jest to istotne i wiąże się z ust. 4 zmienionego rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej, gdyż zgodnie z jego treścią świadczeniodawca realizujący skierowanie na cykl zabiegów, po ukończonym cyklu zbiegów, przekazuje lekarzowi wystawiającemu to skierowanie informację o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów. Bez wstępnej weryfikacji skierowania przez fizjoterapeutę trudno będzie stwierdzić, czy świadczeniobiorca osiągnął zamierzony efekt prowadzonej rehabilitacji.

4) Cykl zabiegów określony w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej jako cykl realizowany do 10 dni zabiegowych nie wskazuje, że mają to być dni po sobie następujące, o częstotliwości i ilości zabiegów decyduje fizjoterapeuta.

5) Wizyta fizjoterapeutyczna jest odrębnym produktem rozliczeniowym, nie wchodzi w cykl zabiegów i może być sprawozdana niezależnie od realizacji zabiegów w terminie jej wykonania.

3. Kolejki oczekujących w przypadku świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej są prowadzone do komórki organizacyjnej a nie na konkretny zabieg fizjoterapeutyczny. W związku z powyższym świadczeniobiorca zapisuje się w kolejkę oczekujących na dotychczas obowiązujących zasadach na pierwszy wolny termin, na wizytę fizjoterapeutyczną i w wyznaczonym dniu realizacji świadczenia odbywa się wizyta fizjoterapeutyczna.

Zlecony cykl zabiegów stanowi kontynuację leczenia i nie powinien być umieszczany w kolejkę oczekujących. Zgodnie z projektem zarządzenia Prezesa NFZ realizacja cyklu zabiegów powinna się rozpocząć w ciągu 14 dni od wizyty fizjoterapeutycznej.

4. **Ważne!** Skierowania na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych wystawione przed 1 stycznia 2019 r., które nadal oczekują na realizację zachowują ważność. Natomiast zlecone w tych skierowaniach zabiegi fizjoterapeutyczne nie są wiążące do realizacji dla fizjoterapeuty z wyjątkiem zabiegów zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego jednocześnie specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu.

[1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 465) zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 2396).