



Minister
Zdrowia

DLG.050.7.2024.AJ

Warszawa, 01 kwietnia 2024

Pan

Szymon Hołownia

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelacje nr: K10INT1472 Posłanki na Sejm RP, Pani Agnieszki Buczyńskiej w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, poniżej przekazuję stosowne wyjaśnienia.

Pytanie 1. Na jakiej merytorycznej podstawie zostało wprowadzone ograniczenie uprawnień do refundowanej, podstawowej rehabilitacji fizjoterapeutycznej osób starszych w warunkach domowych do 80 dni?

Odpowiedź

W pierwszej kolejności należy wskazać, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265, z późn. zm.) w żadnym zakresie świadczeń nie odnoszą się do warunków udzielania świadczeń gwarantowanych stricte osobom starszym. Czas trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych dla jednego świadczeniobiorcy, który został określony w lp. 2 lit. b załącznika nr 1 do rozporządzenia koszykowego, wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym oraz nie więcej niż 5 zabiegów dziennie, a w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas ten może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem, jeśli istnieją przesłanki medyczne czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony.

Ponadto, należy wskazać, że procentowy udział pacjentów powyżej 65 roku życia w przypadku fizjoterapii w warunkach domowych w 2023 roku stanowił ponad 1/3 ogółu pacjentów (tabela 1).

Tabela 1

| ROK | Liczba pacjentów zbiorczo | Liczba pacjentów powyżej 65 r.ż. | udział % pacjentów powyżej 65 r.ż. w liczbie pacjentów ogółem |
|------|---------------------------|----------------------------------|---|
| 2023 | 3 141 132 | 1 216 069 | 38,71% |

Pytanie 2. Na jakiej podstawie merytorycznej wprowadzono “pakietowanie” okresów rehabilitacji w kilkunastodniowe cykle?

Pytanie 3. Jakie są powody oczekiwania w kolejkach na kolejne cykle rehabilitacji objętej refundacją i brak stosowania regularnych odstępów między nimi i jakie działania zamierza podjąć Ministerstwo Zdrowia by osoby uprawnione mogły wykorzystywać pełen limit zabiegów im przysługujący lub taką liczbę zabiegów w ramach tego limitu, aby uzyskiwać optymalne efekty rehabilitacji?

Odpowiedź

Odpowiadając na pytanie 2 i 3, należy podkreślić, że cykl zabiegów dla każdego pacjenta jest tak zaplanowany, aby przyniósł zamierzony efekt terapeutyczny i po zakończeniu takiego cyklu uznaje się, że pacjent uzyskał niezbędne świadczenie. W przypadku gdy uzyska kolejne skierowanie na takie samo świadczenie, świadczeniodawca powinien ustalić na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, czy skierowanie ma na celu dalszą kontynuację wcześniej prowadzonego leczenia czy rozpoczęcie nowego. W szczególności istotna jest informacja sporządzana przez świadczeniodawcę dla lekarza kierującego, zawierająca m.in. ocenę efektów cyklu zabiegów, udzielonych na podstawie poprzedniego skierowania (zgodnie z wymaganiami § 5 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.), która powinna wskazywać, czy konieczna jest dalsza kontynuacja podjętego leczenia. W zależności od ustaleń pacjent albo kontynuuje leczenie – i w takim przypadku nie jest wpisywany na listę oczekujących, albo rozpoczyna nowe leczenie co oznacza konieczność wpisu na tę listę.

Listy oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji są konieczne, gdyż występuje ograniczona dostępność do tych świadczeń, co przede wszystkim wynika ze stale wzrastającego zapotrzebowanie na te świadczenia. Jest to efektem zarówno zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa jak i występujących chorób cywilizacyjnych. Powoduje to, że przy ograniczonych zasobach, oraz środkach finansowych, mimo zwiększania liczby wykonywanych świadczeń, osoby wymagające rehabilitacji nie mogą uzyskać świadczenia w dniu zgłoszenia i wpisywane są na listy oczekujących. Na czas oczekiwania ma także wpływ fakt, że świadczenia na rzecz jednego pacjenta co do zasady obejmują cykle zabiegów różnego rodzaju, a nie wyczerpują się w jednorazowym świadczeniu. Ponadto w tym obszarze identyfikowane jest negatywne zjawisko nadmiarowości wystawianych skierowań, które nie zawsze odpowiadają rzeczywistym

potrzebom rehabilitacyjnym świadczeniobiorców. W związku z tym problemem prowadzone są prace mające na celu wypracowanie przejrzystych kryteriów pozwalających na ocenę rzeczywistych potrzeb danego pacjenta.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/