

**Tabela uwag:**

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego uwaga dotyczy	Uwaga	Uzasadnienie uwagi	Propozycje rozwiązań
1.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 2 w ust. 1 po pkt 12 dodaje się pkt 14	Brak wymaganej ilości stacji roboczych dla fizjoterapeutów zatrudnionych w podmiotach leczniczych objętych niniejszą regulacją niezbędną do raportowania uwzględniając liczbę personelu oraz liczbę przyjmowanych pacjentów	Krajowa Izba Fizjoterapeutów w piśmie z dnia 24 października 2022 r. oraz 21 lutego 2023 r. kierowanym do Ministerstwa Zdrowia podnosiła konieczność wsparcia świadczeniodawców w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a w szczególności w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, w formie wyposażenia w niezbędny sprzęt komputerowy.	Wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemowego wsparcia dla świadczeniodawców celem uzupełnienia braków sprzętowych ograniczających dalsze informatyzowanie sektora medycznego na wzór programów prowadzonych w ramach świadczeniodawców w rodzaju POZ.
2.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 w ust. 25	Wprowadzenie dodatkowej aplikacji, w której dochodzi do wytworzenia dokumentacji medycznej niespełniającej warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego	Przepisy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jednoznacznie wskazują zakres objęty dokumentacją medyczną, a należą do niej wszelkie informacje związane z udzielanym świadczeniem. Proponowane rozwiązanie zobowiązuje do przeprowadzenia oceny pacjenta, a zatem wytworzenie dokumentacji medycznej, w odrębnej aplikacji co powoduje, iż forma prowadzenie indywidualnej	Umożliwienie dostawcom oprogramowania do tworzenia dokumentacji medycznej wprowadzenia wnioskowanej funkcjonalności.

			zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej	dokumentacji medycznej nie spełniałaby warunków określonych we wskazanych przepisach.	
3.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 22	Wskazanie ICF jako głównej skali wymaganej przy opisie stanu funkcjonalnego pacjenta	Powyższe wskazanie bezwarunkowe do szerokiej oceny stanu funkcjonowania pacjenta przy użyciu skali ICF jest niezgodne z treścią brzmienia rozporządzenia MINISTRA ZDROWIA z dnia 4 stycznia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej gdzie jasno wskazano, iż ocenę stanu funkcjonowania dokonuje fizjoterapeuta na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z <b>uwzględnieniem</b> klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, z pominięciem kwalifikatora „wykonanie” oraz „zdolność”. Zapis bezsprzecznie wskazuje, iż skala ICF jest stosowana w ograniczonym zakresie (d) aktywność i uczestnictwo.	Dostosowanie zapisu do treści brzmienia ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 4 stycznia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w nieprzekraczalnym zakresie zdefiniowanym w w/w akcie.

4.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 w ust. 25	W przedstawionej formie aplikacja wykracza poza zakres oceny stanu funkcjonowania do której jest uprawniony fizjoterapeuta.	Zgodnie z treścią ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej ocena ograniczona jest do zakresu (d) aktywność i uczestnictwo. Dodatkowo wskazać należy, że zakres ten jest niezgodny z programem kształcenia na studiach oraz programem specjalizacji, gdzie jest szczegółowo opisany zakres testów funkcjonalnych niezbędnych do wnioskowania klinicznego.	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentów.
5.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 25	Brak możliwości czasowy dla przeprowadzenia oceny pacjenta przy użyciu aplikacji FSR bez ograniczenia dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych.	Nieuzasadnione rozbudowanie aplikacji FSR wykraczającej poza zakres uprawnień fizjoterapeuty przewidziany przepisami prawa powoduje, iż w przedstawionej formie czas wymagany do wprowadzenia danych w aplikacji FSR spowoduje paraliż podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Należy	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do

				wskazać, iż zgodnie z danymi NFZ na fizjoterapię w trybie „stabilny” oczekuje 774 621 osób. Odsunięcie fizjoterapeutów od udzielania świadczeń spowoduje wydłużenie kolejki oraz zapaść systemu w zakresie świadczeń fizjoterapeutycznych.	standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentów.
6.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 w ust. 25	Wygenerowane dokumenty w aplikacji FSR zapisują się na dysku lokalnym danej stacji roboczej. Nazwa pliku nie umożliwia identyfikacji pacjenta którego dotyczy.	Przy dokonywaniu oceny początkowej i końcowej na dwóch różnych stanowiskach roboczych jest niemożliwe ze względu na konieczność fizycznego dostępu do pliku początkowej oceny. Dokument, który stanowi istotną część dokumentacji medycznej, nie może być w tej formie przechowywany. Niezgodność z przepisami o prowadzeniu dokumentacji medycznej.	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentów.
7.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	w § 2 w ust. 1 pkt 13	Brak możliwości organizacyjnych do wprowadzenia tak bardzo rozbudowanej klasyfikacji ICF. Konieczność usunięcia obowiązku ICF ! Skutek regulacji odwrotny niż w uzasadnieniu do projektu - spowoduje wydłużenie kolejek. Zakres wymaganych zmian poza możliwościami fizycznymi i	Brak podobnych obowiązkowych rozwiązań w innych krajach UE i na całym świecie. Konieczność wypełniania dodatkowych sprawozdań /kwestionariuszy spowoduje wydłużenie kolejek do realizacji procedur medycznych/fizjoterapeutycznych. (konieczność organizacji dodatkowego czasu	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do

			<p>psychicznymi pracownikó<i>w</i> i pacjentó<i>w</i>, szczególnie w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, domowej i oddziató<i>w</i> dziennych.</p>	<p>pracownikó<i>w</i> medycznych na dokumentacj<i>e</i>).  Wydłu<i>ż</i>enie kolejek poprzez coraz bardziej rozbudowany system ocen/sprawozdań itp. nie zrealizuje gó<i>w</i>wnego celu projektu: poprawy dostępu do świadczeń.  Aby zapewnić lepszą dostępnoś<i>ć</i> procedury nale<i>ż</i>y upraszcza<i>ć</i> w taki sposó<i>b</i> aby czas pracy pracownika medycznego w gó<i>w</i>wniej mierze poświęcony był na realizacj<i>e</i> świadczeń medycznych nie zaś wypełnianie dodatkowych licznych kwestionariuszy.</p> <p>W dokonanym przeglą<i>d</i>zie piśmiennictwa uzyskano wiele artykułó<i>w</i> dotyczacych stosowania ICF. Raporty z wielu krajó<i>w</i> zwracaj<i>ą</i> uwagę na brak możliwoś<i>ci</i> zintegrowania systemu ICF z istniej<i>ą</i>cymi systemami informatycznymi, brak zasobó<i>w</i> niezbę<i>d</i>nych do prawidłowego wdro<i>ż</i>enia, złożonoś<i>ć</i> czy zbyt du<i>ż</i>e obciążenie prac<i>ą</i> (1-4).  1) Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E 2008 An Italian experience in the ICF</p>	<p>standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentó<i>w</i>.</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. Disability and Rehabilitation 30: 1146–1152.</p> <p>2) Pless M, Granlund M 2012 Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the ICF Children and Youth Version (ICF-CY) within the context of augmentative and alternative communication. Augmentative and Alternative Communication 28: 11–20.</p> <p>3) Schuntermann MF 2005 The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: Experiences and problems. International Journal of Rehabilitation Research 28: 93–102.</p> <p>4) Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L 2012 To adopt is to adapt: The process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. Disability and Rehabilitation 34: 1686–1694.</p> <p>5) Zhang HX, Enderby P, Sang L</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>2011 Application of the International Classification of Functioning Disability and Health in China. Chinese Medical Journal (Engl.) 124: 3588–3591.</p> <p>6) Álvarez AS 2012 The application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in psychiatry: Possible reasons for the lack of implementation. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 91: S69–S73.</p> <p>W raporcie WHO, opublikowanym w 2022 roku, podsumowującym 20 lat ICF stwierdzono, że klasyfikację stosowano głównie w praktyce klinicznej, polityce społecznej, a także w obszarach edukacji.</p> <p>W badaniach wzięło udział jedynie 27 krajów, co stanowi około 15% krajów na całym świecie. Ponadto, okazało się, że stosowanie ICF nie jest obowiązkowe (7).</p> <p>Leonardi, Matilde et al. "20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World." International</p>	
--	--	--	--	--	--

				journal of environmental research and public health vol. 19,18 1132	
8.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23	Niespotykany zakres danych wymaganych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych pośród wszystkich zawodów medycznych.	Brak uzasadnienia dla obszernego zakresu gromadzenia danych które nie są wymagane oraz nie wpływają na programowanie indywidualnego procesu fizjoterapeutycznego dla pacjenta. Brak uzasadnienia zbierania danych w proponowanym zakresie bez związku z problemem zdrowotnym, z którym w ramach interwencji fizjoterapeutycznej zgłasza się pacjent. Obligatoryjność przeprowadzania testu „6 minutowego” jest kuriozalna w przypadku większości rozpoznań głównych, które usprawniane są w profilu ogólnoustrojowym. Płatnik nie przewidział, iż większość podmiotów leczniczych nie posiada wymaganych do przeprowadzenia testu warunków lokalowych. Brak możliwości realizacji świadczenia w przypadku odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania przez pacjenta.	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentów.
9.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23	Karta badania zawiera pytania leżące w kompetencji pracowników socjalnych, psychologów, pedagogów i nie	Radzenie sobie ze stresem bądź projekty architektoniczne nie są zakresem interwencji fizjoterapeutycznej.	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz



			mają one odzwierciedlenia w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty.		Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentów.
10.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23	Brak uwzględnienia wieku pacjenta.	Brak uwzględnienia charakterystyki problemów zdrowotnych dla poszczególnych grup wiekowych powoduje, iż zaproponowana karta badania w żadnym zakresie nie pozwoli na ocenę niemowląt.	Usunięcie w obecnej formie. Przeprowadzenie konsultacji z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie fizjoterapii celem zdefiniowania optymalnych i uzasadnionych klinicznie testów oraz skal medycznych służących do standaryzacji oceny stanu funkcjonowania pacjentów.
11.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B130 Funkcje energii i napędu	Ogólne funkcje psychiczne wykonuje fizjoterapeuta bez przygotowania do tej oceny	Ocenę powinien przeprowadzać psycholog lub psychiatra	Usunąć przepis
12.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B134 Funkcje snu	j.w.	j.w.	j.w.
13.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B152 Funkcje emocjonalne	j.w.	j.w.	j.w.

14.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B280 Czucie bólu	Przeprowadzenie badania bólu nierzetelną skalą mającą jedynie pięć kryteriów opisu. Spływanie oceny występuje szczególnie przy oznaczeniu trzecim, gdzie nasilenie jest na poziomie 5-9 NRS	Obecnie stosuje się skalę VAS lub NRS jako dziesięciostopniowy rzetelny system służący do oceny dolegliwości bólowych.	Usunąć przepis
15.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B455 Funkcje związane z tolerancją wysiłku	Badanie drogi pokonanej przez pacjenta i opisanie wyniku jako procent odchylenia od normy bez faktycznych mierzalnych parametrów wydolnościowych	Obecnie badania te przeprowadzają przede wszystkim pulmonolodzy lub kardiolodzy mierzalnymi testami wysiłkowymi. Pojawić się może dwoistość wyników badań, które będą wprowadzać w błąd pacjentów	Usunąć przepis
16.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B620 Funkcje oddawania moczu	Na podstawie subiektywnej oceny pacjenta opisuje się problem z oddawaniem moczu	Do tego służy badanie urodynamiczne i wykonuje je lekarz specjalista	Usunąć przepis
17.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B710 Funkcje ruchomości stawów	Badanie polega na oznaczeniu przedziałów związanych z ograniczeniem zakresu ruchów w stawach. Uniemożliwia to dokładny pomiar zmian zakresu ruchów w postępowaniu fizjoterapeutycznym.	Obecnie istniejący system pomiarów SFTR jest najbardziej dokładnym sposobem opisu zakresów ruchu. Umożliwia on dokładny pomiar zmian zakresu ruchów w postępowaniu fizjoterapeutycznym. Dodatkowo obecnie ruchomość kręgosłupa bada się określając zmiany w centymetrach	Usunąć przepis
18.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; B730 Funkcje związane z siłą mięśni	Badanie siły dokonuje się w powiązaniu z pełnym zakresem ruchu w stawie i bierze pod uwagę tylko duże zespoły mięśniowe. Jest to niezgodne z prawidłowym określeniem siły,	Obecnie stosuje się pomiary siły mięśni w skali Lowetta i daje to możliwość rzetelnego badania, podczas którego określa się izolowaną pracę poszczególnych mięśni. Natomiast do zbadania	Usunąć przepis

			która może być duża pomimo ograniczonego zakresu ruchu. Nie ma badania spastyczności.	spastyczności stasuje się skalę Ashwortha.	
19.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	Ma być sprawdzana aktywność pacjenta w kierunku czasu potrzebnego na wykonanie określonych zadań realizowanych w ciągu dnia	To terapeuci zajęciowi zajmują się m.in. zagospodarowywaniem czasu pacjenta w ciągu dnia i określaniem z pacjentem jego potrzeb i możliwości wykonywanych czynności.	Usunąć przepis
20.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D 240 Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami	Oznaczenie przy pomocy ankiety i kwalifikatora ICF poziomu radzenia sobie pacjenta z poziomem strasu w różnych sytuacjach.	To zadanie dla psychologa, który oprócz wykonania swoistych i specjalistycznych testów będzie mógł pacjentowi dać zalecenia co do leczenia i walki ze stresem.	Usunąć przepis
21.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D410 Zmienianie podstawowej pozycji ciała	Testowanie możliwości zmiany pozycji przez pacjenta i ocena wykonania zadania w zależności od czasu ukończenia próby. Nie jest określony czas potrzebny na wykonanie zadania a jedynie opis typu „potrzebuje trochę więcej czasu”	Obecnie pacjent testowany jest w kierunku wykonania bądź nie wykonania zadania. To czy wykona daną próbę szybciej czy wolniej nie jest wyznacznikiem osiągnięcia danej umiejętności. O szybkości reakcji świadczy sprawność pacjenta.	Usunąć przepis
22.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D415 Utrzymanie pozycji ciała	Sprawdzenie czy pacjent jest w stanie utrzymać zadaną pozycję ciała w jednostce czasu. Im dłużej potrwa próba tym wynik jest lepszy. Nie ma informacji z jakiego powodu pacjent nie jest w stanie utrzymać pozycji dłużej. Czynniki te mogą być wielorakie i stanowią o braku rzetelności w badaniu.	Paradoksalnie najlepszy wynik może osiągnąć pacjent o najmniejszych możliwościach, gdyż osoba o największej niepełnosprawności będzie leżeć najdłużej bez możliwości(konieczności) zmiany pozycji	Usunąć przepis

23.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D450 Chodzenie	Badane jest chodzenie pacjenta na znacznych dystansach poniżej jednego kilometra. Ważny jest nieokreślony czas wykonania próby i nie jest sprawdzana jakość chodu.	Obecnie stosuje się wyznaczniki chodu, określające dokładnie miejsce występowania zaburzenia chodu. Daje to możliwość sprawnego i rzetelnego badania i zastosowanie właściwego postępowania leczniczego.	Usunąć przepis
24.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D450 Poruszanie się w różnych miejscach	Kolejne badanie ogólne stwarzające pozory określenia zdolności poruszania się obejmujące również czołganie się. Kluczowy element badania to czas wykonania danej aktywności i określenia w ocenie końcowej typu „potrzebuje trochę więcej czasu”	Badania aktywności pacjenta powinno informować o czynności która została zaburzona lub nie występuje z powodu choroby dostępnymi testami w sposób jednoznaczny.	Usunąć przepis
25.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D465 Poruszanie się przy pomocy sprzętu	Badanie polega na określeniu czy pacjent używa dwóch sprzętów, wózka i balkonika. Znow określa się czas wykonania zadania - „potrzebuje trochę więcej czasu”.	Jest dużo pomocy ortopedycznych i sprzętu służącego jako kluc w poruszaniu się pacjenta. W badaniu powinno się zbadać i opisać rzetelnie czego aktualnie pacjent używa i jak to stosuje.	Usunąć przepis
26.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D510 Mycie się	Pacjent opisuje własne możliwości wykonania toalety (umycie włosów, stóp itp.)	Tym badaniem powinni zająć się np. pracownicy socjalni.	Usunąć przepis
27.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D520 Pielęgnowanie poszczególnych części ciała	Pacjent opisuje własne możliwości np. mycia zębów, golenie, czy używa kosmetyków	Tym badaniem powinni zająć się np. pracownicy socjalni.	Usunąć przepis

28.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D530 Korzystanie z toalety	Pacjent opisuje własne możliwości np. defekacji czy oddawania moczu	Tym badaniem powinni zająć się np. pracownicy socjalni.	Usunąć przepis
29.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D540 Ubieranie się	Pacjent opisuje własne możliwości np. dokonania wyboru ubrania adekwatnie do warunków pogodowych.	Zadanie dla terapeuty zajęciowego.	Usunąć przepis
30.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D550	Określa się czy pacjent potrafi zjeść zupełę, czy potrafi użyć widelec itp. Nie uwzględnia się jakich ewentualnie modyfikacji w uchwycie łyżki potrzebuje niepełnosprawny pacjent.	Zadanie dla terapeuty zajęciowego.	Usunąć przepis
31.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D570 Troska o własne zdrowie	W badaniu ujęte są pytania na temat np. zapewnienia właściwych warunków bytowych, używanie prezerwatyw itp.	Zadanie dla psychologa lub innych specjalistów. To nie jest w zakresie nawet wywiadu fizjoterapeutycznego.	Usunąć przepis
32.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23; D710 Podstawowe kontakty międzyludzkie	Bada się nawiązywanie kontaktów międzyludzkich adekwatnie do sytuacji.	Zadanie dla psychologa lub innych specjalistów.	Usunąć przepis
33.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23	Czas na wypełnienie danych w aplikacji FSR wykracza czasem trwania poza godzinę zegarową	W związku ze znacznym zaangażowaniem fizjoterapeuty w proces uzupełniania danych w aplikacji FSR powoduje, iż wycena produktu wizyta fizjoterapeutyczna nie pokryje wynagrodzenia fizjoterapeuty określonego w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego	Zmiana wyceny produktu rozliczeniowego „wizyta fizjoterapeutyczna” odpowiadająca adekwatnemu zaangażowaniu fizjoterapeuty w proces dokonywanej oceny pacjenta.

				niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.	
34.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 12 ust. 23	Niegodność z art. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty	Narzucona aplikacja nie pozwala na żadną modyfikację i z góry nasuwa sztywne ramy prowadzenia wywiadu bez uzasadnienia wynikającego z klinicznego rozpoznania.	Umożliwienie modyfikacji treści ankiet adekwatnie do problemu zdrowotnego z jakim zgłasza się pacjent.