

UCHWAŁA NR 835/II KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 29 października 2024 r.

w sprawie opinii do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Na podstawie art. 77 pkt 3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 i 1234) uchwała się, co następuje:

§ 1. Krajowa Rada Fizjoterapeutów przejmuje opinię do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

dr Tomasz Dybek

*Załącznik do uchwały nr 835/II KRF Krajowej Rady
Fizjoterapeutów z dnia 29 października 2024 r.*

**OPINIA DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE
ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI
LECZNICZEJ**

Po analizie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 22 września 2024 r. (numer MZ 1575) Krajowa Rada Fizjoterapeutów przedstawia poniższe uwagi.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego uwaga dotyczy	Uzasadnienie uwagi	Propozycja rozwiązania
1	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 4 ust. 1 pkt 2 lit. a	W ramach świadczeń gwarantowanych niezbędne jest rozszerzenie zapisu o fizjoterapeutów uprawnionych do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej możliwości realizacji świadczeń celem zapewnienia dostępności do przedmiotowych świadczeń. Pacjent skierowany na fizjoterapię domową został zakwalifikowany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do tego rodzaju świadczenia. W związku z czym świadczeniobiorca wymaga jedynie zaplanowania postępowania fizjoterapeutycznego do czego uprawniony jest fizjoterapeuta realizujący wizytę fizjoterapeutyczną. Powyższa zmiana pozwoli zawierać umowy z NFZ przez indywidualne praktyki fizjoterapeutyczne.	Nadanie przepisowi następującego brzmienia: „a) poradę lekarską lub wizytę fizjoterapeutyczną specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, lub wizytę fizjoterapeutyczną”
2	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 4 ust. 2 rozporządzenia	Usunięcie zapisu o możliwości realizacji świadczeń jedynie w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Umożliwienie realizacji świadczeń w formie zdalnej jest szczególnie użyteczna w przypadku kontroli indywidualnego programu fizjoterapii oraz jest powszechną formą realizacji świadczeń w innych rodzajach świadczeń gwarantowanych.	Nadanie § 4 ust. 2 poniższego brzmienia: „2. W zakresie świadczeń określonych w § 4 pkt 1–3 dopuszcza się realizację porad lekarskich, porad lub wizyt fizjoterapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.”
3	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 4 ust. 3	Wprowadzenie możliwości korzystania z zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej do 40 dni zabiegowych stanowi niezasadne ograniczenie dostępności do świadczeń. Dodatkowo brak jest narzędzi dla świadczeniodawców do weryfikacji zrealizowanych dni zabiegowych przez pacjenta.	Usunąć zapis (ust. 3)
4	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 5 ust. 2	„Opis stanu funkcjonowania” leży w kompetencji fizjoterapeuty. Z uwagi, iż przepisy wskazują na konieczność uwzględniania w opisie stanu funkcjonowania klasyfikacji ICF (zob. § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) uzasadnionym jest wskazanie w tym	Nadanie ust. 2 poniższego brzmienia: „Personel udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. a, przeprowadza ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych oraz klasyfikacji medycznych.”

			<p>miejsu kwestii dotyczących ujęcia w ocenie stanu funkcjonowania elementu związanego z ICF.</p> <p>W zakresie samego ICF – raportowanie wyniku wprost z § 2 pkt 3 lit. e tiret piąte 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.</p> <p>Stąd proponujemy usunąć z zakresu porady lekarskiej rehabilitacyjnej ten zakres.</p>	
5	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 5 ust. 3	<p>Sformułowanie na podstawie „opisu” jest niejasne i nie odnosi się w sposób bezpośredni do treści ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z przepisami jedną z podstawowych czynności zawodowych fizjoterapeuty jest przeprowadzanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta stanowiącej podstawę do uzupełnienia w dokumentacji medycznej „opisu stanu funkcjonowania” opracowanego z uwzględnieniem ICF. W międzynarodowych klasyfikacjach WHO stany chorobowe (choroby, zaburzenia, urazy itp.) są sklasyfikowane głównie w klasyfikacji ICD-10, natomiast ICF służy do klasyfikacji funkcjonowania i niepełnosprawności w powiązaniu ze stanem zdrowia. Klasyfikacja ta służy m.in. do oceny zdolność osoby do samodzielnego wykonywania określonych czynności, związanych z obszarami codziennego funkcjonowania oraz rodzaj wymaganego wsparcia, z uwzględnieniem czasu niezbędnego do jej wykonania oraz konieczności wsparcia przez inną osobę lub technologię wspomagającą, mającą na celu zapewnienie zwiększenia lub utrzymania niezależności osoby niepełnosprawnej.</p> <p>Klasyfikacja jest obecnie wykorzystywana przez fizjoterapeutów m.in. w ramach oceny potrzeby wsparcia osób z niepełnosprawnością, o której mowa w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych</p>	<p>Nadanie poniższego brzmienia:</p> <p>„3. Kwalifikacji oraz określenia celu rehabilitacji leczniczej świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. b, dokonuje fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 i 1234), zwany dalej „fizjoterapeutą uprawnionym do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej”, na podstawie oceny stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, co najmniej w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, z pominięciem kwalifikatora „wykonanie” oraz „zdolność”; w terminie do 14 dni poprzedzających termin rozpoczęcia cyklu terapeutycznego.”</p>

6	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 5 ust. 4	Sformułowanie na podstawie „opisu” jest niejasne i nie odnosi się w sposób bezpośredni do treści ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.	Nadanie poniższego brzmienia: „4. Ocenę efektów zabiegów fizjoterapeutycznych przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie oceny stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy , z uwzględnieniem klasyfikacji ICF w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, z pominięciem kwalifikatora „wykonanie” oraz „zdolność”. W przypadku braku stwierdzenia ograniczenia na poziomie aktywności i uczestniczenia wskazuje się kod „0” (zero) – „brak ograniczenia aktywności i uczestnictwa”.
7	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Dodanie w § 5 ust. 5	Z uwagi, iż projekt zakłada – jako kryterium wyłączenia z fizjoterapii – osiągnięcie celu terapeutycznego, proponujemy wprost wskazać, że cel terapeutyczny musi być określony w ramach wizyty fizjoterapeutycznej.	W § 5 dodać ust. 5 w brzmieniu: „5. Zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, m.in. przez ustalenie celu terapeutycznego realizowane jest w trakcie wizyty fizjoterapeutycznej”
8	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2 pkt 1	Pacjenci często podczas pierwszego roku po incydencie chorobowym mają zapewnioną rehabilitację na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i po zakończonym intensywnym okresie usprawniania pomimo posiadania deficytów motorycznych nie mają możliwości kontynuacji terapii. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Nadanie poniższego brzmienia: „1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające w skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej;”
9	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2 pkt 2	Zawężenie grupy pacjentów do oceny Barthel do 60 spowoduje znaczące ograniczenie w dostępności do świadczeń świadczeniobiorcą którzy wymagają interwencji fizjoterapeutycznej celem zahamowania postępu ograniczeń funkcjonalnych. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Nadanie poniższego brzmienia: „2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej;”
10	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2 pkt 3	Pacjenci często podczas pierwszego roku po incydencie chorobowym mają zapewnioną rehabilitację na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i po zakończonym intensywnym okresie usprawniania pomimo posiadania deficytów motorycznych nie mają	Nadanie poniższego brzmienia: „3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające w skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej;”

			możliwości kontynuacji terapii. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	
11	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2 pkt 4	Zawężenie grupy pacjentów do oceny Barthel do 60 spowoduje znaczące ograniczenie w dostępności do świadczeń świadczeniobiorcą którzy wymagają interwencji fizjoterapeutycznej celem zahamowania postępu ograniczeń funkcjonalnych. Nieuzasadnione jest określanie czasu usprawniania od zaostrzenia choroby lub zakończenia leczenia szpitalnego w przypadku chorób przewlekłych. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Nadanie poniższego brzmienia: „4) chorobami przewlekłe postępującymi, w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej;”
12	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2 pkt 5	Zawężenie grupy pacjentów do oceny Barthel do 60 spowoduje znaczące ograniczenie w dostępności do świadczeń świadczeniobiorcą. Okres 6 miesięcy wydaje się zbyt krótki w przypadku pacjentów u których w wyniku zabiegu operacyjnego wystąpiły powikłania. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Nadanie poniższego brzmienia: „5) po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej – w okresie do 12 miesięcy od dnia wykonania operacji;”
13	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2 pkt 6 i 7	Wydłużenie czasu pozwoli na powrót pełnej funkcji oraz ujęcie masywnych urazów kończyn górnych pozwoli na zapewnienie dostępu do fizjoterapii dla pacjentów. W przypadku amputacji kończyn pacjent będzie miał zapewnioną naukę korzystania z protez bez zagrożenia przerwania reedukacji funkcji. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Nadać brzmienie: „6) złamaniami lub obrażeniami, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej – w okresie do 12 miesięcy od dnia złamania lub obrażenia; 7) amputacjami kończyn dolnych, które spowodowały ograniczenie samodzielności świadczeniobiorcy odpowiadające według skali Barthel wynikowi 80 punktów lub mniej – w okresie do 12 miesięcy od dnia amputacji;”
14	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 4	Dookreślenie zakresu dokonywanej oceny przez lekarza.	Nadać brzmienie: „1) lekarz – na podstawie oceny stanu klinicznego, z uwzględnieniem skal medycznych, lub

				2) fizjoterapeuta uprawniony do wizyty fizjoterapeutycznej – na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF co najmniej w zakresie dziedziny d4 – „Poruszanie się”, oraz kryteriów kwalifikacyjnych, o których mowa w ust. 1 i 2, w terminie do 14 dni poprzedzających termin rozpoczęcia terapii.”
15	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 5 pkt 2	Zapis o konieczności przeprowadzania cyklicznej oceny winien być standaryzowany co da szansę świadczeniodawcom uniknięcia ewentualnych błędów w realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców z różnymi rozpoznaniem głównym.	Nadać brzmienie: „2) w pozostałych przypadkach, co najmniej po każdym 40 dniach zabiegowych oraz w ostatnim dniu zabiegowym,”
16	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 7 ust. 1	Z uwagi, iż w § 6 ust. 2 określono szczegółowo wskazania do realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w warunkach domowych niezasadnym jest dodatkowo określanie wykazu jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10 uprawniających do udzielania świadczeń w warunkach domowych. Również za bezzasadne i niezgodne z aktualną wiedzą medyczną należy uznać wprowadzanie ograniczeń co do jednostek chorobowych uprawniających do korzystania ze świadczeń gwarantowanych udzielnych w warunkach stacjonarnych.	W § 7 wykreślić ustęp 1.
17	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 8 ust. 2 i § 9 ust. 2	Wyjaśnienia wymaga używane pojęcie „opisu stanu funkcjonowania” w zakresie kwalifikacji świadczeniodawców do świadczeń realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Zgodnie z przepisami wskazanymi w uwadze nr 3 „opis stanu funkcjonowania” jest zakresem dokumentacji prowadzonej przez fizjoterapeutę. Stąd rekomendujemy wprowadzenie zapisu, który wskaże, że w ramach tych świadczeń udzielana jest wizyta fizjoterapeutyczna, która obejmuje opis stanu funkcjonowania, kwalifikację do określonych form fizjoterapii zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego oraz ustalenie celu terapeutycznego. Jest to ujednoczenie już funkcjonujących zasad w zakresie wykonywania zawodu przez fizjoterapeutów.	Propozycja zmiany ust. 2 i dodania ust. 3: § 8. 2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3, przeprowadza się na podstawie oceny stanu klinicznego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skali medycznych. 3. Opis stanu funkcjonowania, kwalifikacja do określonych form fizjoterapii (np. fizykoterapia, kinezyterapia lub masaż), zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego oraz ustalenie celu terapeutycznego przeprowadzają fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra w ramach wizyty fizjoterapeutycznej. § 9. 2. Kwalifikację świadczeniobiorcy do świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, przeprowadza się na podstawie oceny stanu klinicznego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skali medycznych.

				3. Opis stanu funkcjonowania, kwalifikacja do określonych form fizjoterapii (np. fizykoterapia, kinezyterapia lub masaż), zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego oraz ustalenie celu terapeutycznego przeprowadzają fizjoterapeuta, posiadający tytuł magistra w ramach wizyty fizjoterapeutycznej.
18	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	§ 11 ust. 2	Z uwagi na wykreślenie zakresu skierowania, co uznać należy za zasadne w kontekście regulacji tego w innych aktach prawnych, wnosimy o wprowadzenie przepisu przejściowego, który wyraźnie wskaże brak obligatoryjności realizacji zleceń wystawionych przez lekarzy rehabilitacji leczniczej	Nadać brzmienie: „Skierowania na fizjoterapię wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i niezrealizowane do tego dnia zachowują ważność i mogą być realizowane. Skierowania, o których mowa nie są wiążące dla fizjoterapeuty w zakresie zleconych zabiegów oraz liczby poszczególnych zabiegów.”
19	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. a w zakresie 1. Personel	Celem zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń proponuje nadać brzmienie analogicznie do propozycji w przypadku osób odbywających szkolenie specjalizacyjne z medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej	Nadać brzmienie: „5) lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w pkt 1, lub”
20	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 1; 1)	Ograniczenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. Brak narzędzi dla świadczeniodawców do weryfikacji zrealizowanych dni zabiegowych przez pacjenta. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłączenia co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Usunąć zapis.
21	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 3	Brak uzasadnienia dla ograniczeń czasowych dla maksymalnego możliwego do zrealizowania na rzecz pacjenta świadczenia z uwagi na tworzenie kolejnego ograniczania dostępu do świadczeń fizjoterapeutycznych po określaniu kryterium włączenia i wyłączenia. Proponuje się zastąpić górną granicę ilością dotychczasowych możliwych do zrealizowania zabiegów.	Usunąć zapis.
22	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. b w zakresie	Ułatwienie dostępu do świadczeń dla pacjentów wymagających pilnej interwencji fizjoterapeutycznej. Powyższe rozwiązanie skróci czas podjęcia	Dodać pkt 4a w brzmieniu: „4a) czas rozpoczęcia fizjoterapii w przypadku pacjentów po wypisie z oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej,

		Organizacja udzielania świadczeń	<p>usprawniania pacjentom, którzy obecnie oczekują w kolejce oczekujących w trybie pilnym. Wczesna interwencja fizjoterapeutyczna zapewni szybszy powrót świadczeniobiorcom do aktywności zawodowej oraz zmniejszą obciążenie finansowe dla budżetu państwa z tytułu niezdolności do pracy. W stosunku do proponowanego brzmienia w sposób jednoznaczny pozwoli na zapewnienie dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych określonej grupie pacjentów poprzez określenie czasu przyjęcia świadczeniobiorcy. Propozycja rozwiązania zaczerpnięta z grup JGP funkcjonujących w ramach np.: rehabilitacji neurologicznej. Na bazie zaproponowanej zmiany należałoby wyodrębnić produkt rozliczeniowy w ramach umów z NFZ.</p>	<p>neurochirurgii, neurologii, onkologii, chirurgii, szpitalnych oddziałów ratunkowych, chirurgii onkologicznej, szpitalnych izb przyjęć (w przypadku nieposiadania SOR w swojej strukturze) lub po wystawieniu skierowania z poradni w której kontynuowano leczenie urazowe pacjenta: chirurgicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, chirurgii onkologicznej, onkologicznej, neurochirurgicznej nie może przekroczyć 30 dni liczonych od dnia wystawienia skierowania. Opieka fizjoterapeutyczna powinna być realizowana maksymalnie przez trzy cykle zabiegowe po 10 dni zabiegowych na podstawie jednego skierowania. Pierwszy cykl 10-dniowy winny odbywać się obligatoryjnie dla każdego skierowania, a przedłużenie o następne cykle mogło się odbywać na podstawie realizacji wizyty fizjoterapeutycznej przez uprawnionego fizjoterapeutę prowadzącego terapię, która uzasadnia dalszą kontynuację procesu usprawniania.”</p>
23	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 6 lit. b	<p>Z uwagi na fakt, iż usprawnianie jest prowadzone przez fizjoterapeutę posiadającego umiejętności w planowaniu i prowadzeniu terapii nieprorozwojowej brak uzasadnienia aby cykliczna ocena odbywała się przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Ocena efektów fizjoterapii przeprowadzana jest na wizycie fizjoterapeutycznej końcowej, czyli wykonuje ją wyłącznie fizjoterapeuta.</p>	<p>Nadać brzmienie: „b) ocenę efektów usprawniania, o którym mowa w pkt a, u dzieci do ukończenia 36 miesiąca życia przeprowadza lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub fizjoterapeuta: specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii, posiadający udokumentowane doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik 1 etatu.”</p>
24	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 7	<p>W przedmiotowym akcie określono kryterium włączenia i wyłączenia oraz konieczność określania celu terapeutycznego co powoduje, iż brak uzasadnienia do tak niewielkiego zakresu czasu możliwego do wnioskowania. Wprowadzenie zapisu wprowadzi ograniczenia dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych dla pacjentów z chorobami przewlekłymi (np.: stwardnienie rozsiane), które pozwalają funkcjonować społecznie i zawodowo świadczeniobiorcom.</p>	<p>Nadać brzmienie: „7) w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu terapeutycznego czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej, o którym mowa w pkt 1, może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty uprawnionego do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej na podstawie oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak nie więcej niż o 80 dodatkowych dni zabiegowych w roku kalendarzowym;”</p>
25	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 1 lit. b w części „- wizyta	<p>W przypadku wszystkich innych zabiegów fizjoterapeutycznych nie ma konieczności do ich realizacji lekarza. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty</p>	<p>Nadać brzmienie:</p>

		fizjoterapeutyczna” w zakresie Personel pkt 3	oraz rozporządzenia przewidują zapis o samodzielności zawodowej fizjoterapeuty. Zabieg komory kriogenicznej jest jednym z zabiegów fizjoterapeutycznych.	„3) personel realizujący zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej: fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej.”
26	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 2 w zakresie Organizacja udzielania świadczeń w pkt 5 dodać lit. c	<p>Ułatwienie dostępu do świadczeń dla pacjentów wymagających pilnej interwencji fizjoterapeutycznej. Powyższe rozwiązanie skróci czas podjęcia usprawniania pacjentom, którzy obecnie oczekują w kolejce oczekujących w trybie pilnym. Wczesna interwencja fizjoterapeutyczna zapewni szybszy powrót świadczeniobiorcom do aktywności zawodowej oraz zmniejszą obciążenie finansowe dla budżetu państwa z tytułu niezdolności do pracy. W stosunku do proponowanego brzmienia w sposób jednoznaczny pozwoli na zapewnienie dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych określonej grupie pacjentów poprzez określenie czasu przyjęcia świadczeniobiorcy. Propozycja rozwiązania zaczerpnięta z grup JGP funkcjonujących w ramach np.: rehabilitacji neurologicznej. Na bazie zaproponowanej zmiany należałoby wyodrębnić produkt rozliczeniowy w ramach umów z NFZ.</p>	<p>Dodać brzmienie: „c) czas rozpoczęcia fizjoterapii w przypadku pacjentów po wypisie z oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgii, neurologii, onkologii, chirurgii, szpitalnych oddziałów ratunkowych, chirurgii onkologicznej, szpitalnych izb przyjęć (w przypadku nieposiadania SOR w swojej strukturze) lub po wystawieniu skierowania z poradni w której kontynuowano leczenie urazowe pacjenta: chirurgicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, chirurgii onkologicznej, onkologicznej, neurochirurgicznej nie może przekroczyć 30 dni liczonych od dnia wystawienia skierowania. Opieka fizjoterapeutyczna powinna być realizowana maksymalnie przez trzy cykle zabiegowe po 10 dni zabiegowych na podstawie jednego skierowania. Pierwszy cykl 10-dniowy winny odbywać się obligatoryjnie dla każdego skierowania, a przedłużenie o następne cykle mogło się odbywać na podstawie realizacji wizyty fizjoterapeutycznej przez uprawnionego fizjoterapeutę prowadzącego terapię, która uzasadnia dalszą kontynuację procesu usprawniania;”</p>
27	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 2 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 6	Współdziałal w trakcie udzielania świadczeń domowych fizjoterapeuty uprawnionego do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej powoduje sytuację w której dwóch fizjoterapeutów udziela to samo świadczenie za które świadczeniodawca uzyskuje wynagrodzenie równe pracy jednego pracownika. Koszt dojazdu zwiększa się dwukrotnie jak również koszty realizacji przedmiotowych świadczeń. Taki zapis powoduje konieczność ponownej wyceny świadczeń domowych przez AOTMiT.	Usunąć zapis.
28	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 2 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 7	Ograniczenie dostępności do świadczeń fizjoterapii domowej dla pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje	Usunąć zapis.

			się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	
29	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 2 lit. b w zakresie Personel, pkt 2 i 3	W ramach świadczeń gwarantowanych niezbędne jest rozszerzenie zapisu o fizjoterapeutów uprawnionych do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej celem zapewnienia dostępności do przedmiotowych świadczeń. Pacjent skierowany na fizjoterapię domową posiada już kwalifikację na fizjoterapię przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z czym świadczeniobiorca wymaga jedynie zaplanowania postępowania fizjoterapeutycznego do czego uprawniony jest fizjoterapeuta realizujący wizytę fizjoterapeutyczną. Konsekwencja zmiany zaproponowanej w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a	Dodać brzmienie: „2) wizyta fizjoterapeutyczna specjalisty fizjoterapii – równoważnik 1/4 etatu: specjalista w dziedzinie fizjoterapii, lub 3) wizyta fizjoterapeutyczna – równoważnik 1/4 etatu: fizjoterapeuta uprawniony do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej;”
30	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. a w zakresie Personel pkt 1	Zmiana ma na celu wzmocnienie kadry medycznej realizującej świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku oddziale dziennym i zabezpieczy dostępność do przedmiotowych świadczeń w długofalowej perspektywie czasu z uwagi na dane CMKP o liczbie osób odbywających specjalizację lekarską w zakresie rehabilitacja medyczna. Poprawa dostępności do świadczeń. Zamiana będzie wpływała mobilizująco na fizjoterapeutów w zakresie rozwoju zawodowego co w konsekwencji przełoży się na podwyższenie jakości oferowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej. Dodatkowo należy wskazać, że z taką zmianą zgodzili się zarówno konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii, jak i konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej (informacje przesłane do MZ pismem z dnia 4 maja 2023 r., znak: DPP.79.2023.4)	Nadać brzmienie: „1. Personel: 1) lekarz – równoważnik ½ etatu: a) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub b) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub c) lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, lub lekarz specjalista neurologii, lub d) lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie, o której mowa w lit. a - c, lub e) lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. b lub c, lub f) lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w lit. a, lub 2) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik ½ etatu oraz”

31	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. a w zakresie Personel pkt 5	Zmiana wzmocni kadre medyczną realizującą świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku oddziale dziennym i zabezpieczy dostępność do przedmiotowych świadczeń w długofalowej perspektywie czasu z uwagi na dane CMKP o ilości osób odbywających specjalizację lekarską w zakresie rehabilitacji medycznej. Poprawa dostępności do świadczeń. Zamiana będzie wpływała mobilizująco na fizjoterapeutów w zakresie rozwoju zawodowego co w konsekwencji przełoży się na podwyższenie jakości oferowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej. Zakres udzielanych świadczeń jest objęty aktualnym programem specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii.	Nadać brzmienie: „5) w przypadku rehabilitacji świadczeniobiorców z obrzękiem limfatycznym świadczenie realizuje: a) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub b) specjalista w dziedzinie fizjoterapii c) fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu oraz fizjoterapeuta z co najmniej 3-letnim stażem pracy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu, d) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej.”
32	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń; pkt 5	Brak merytorycznego uzasadnienia dla dodatkowego syntetycznego opracowania planu fizjoterapii, który każdorazowo jest przygotowywany i dopasowywany indywidualnie do potrzeb pacjenta. Brak uzasadnienia do przygotowania szczegółowego rachunku kosztów osobodnia, który nie ma wpływu na poziom wyceny świadczenia. Projektowany akt określa kryterium włączenia i mierniki oceny efektów terapeutycznych.	Usunąć zapis.
33	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. b w zakresie Personel pkt 1	Zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii osoba posiadająca tytułu specjalisty fizjoterapii odbywa 48 h kursów z zakresu pediatrii oraz 80 h stażów kierunkowych z zakresu usprawniania dzieci z chorobami wieku Rozwojowego, a zatem jest w pełni przygotowana do kwalifikacji i planowania fizjoterapii dzieci.	W pkt 1 dodać lit. h w brzmieniu: „h) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik ½ etatu oraz”
34	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. b w zakresie Personel pkt 3	Brak uzasadnienia dla wymogu posiadania certyfikatów potwierdzających ukończenie dwóch metod usprawniania. Brak danych ile ośrodków rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego posiada kadre spełniającą proponowane warunki. Tak sformułowany zapis może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń. Ponadto obecnie nie ma przepisów regulujących kwestię kształcenia podyplomowego fizjoterapeutów, w tym w	Nadać brzmienie: „3) fizjoterapeuta specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii lub fizjoterapeuta posiadający udokumentowane doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik 1 etatu oraz”

			zakresie akredytacji i certyfikacji szkoleń. KIF jest obecnie na etapie opracowywania uchwały, która ureguluje kwestię szkoleń dla fizjoterapeutów. Uchwała ta będzie przedmiotem konsultacji również z Ministerstwem Zdrowia.	
35	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. b w zakresie Organizacja udzielania świadczeń pkt 2	Propozycja spójna z zapisem proponowanym dla usprawniania dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ramach fizjoterapia ambulatoryjna.	Nadać brzmienie: „2) ocenę efektów terapii przeprowadza zespół prowadzący terapię – co 30 dni zabiegowych;”
36	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. e w zakresie Personel pkt 1	Zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii osoba posiadająca tytułu specjalisty fizjoterapii odbywa 120 h z zakresu modułu specjalistycznego w obszarze kardiologii i pulmonologii co pozwala na wzmocnienie kadry medycznej zgodnie z rekomendacją nr 24/2019 z dnia 19 kwietnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.	W pkt 1 dodać lit. g w brzmieniu: „g) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik ½ etatu”
37	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. e w zakresie Personel pkt 2 i 4	Proponuje się wskazanie dodatkowo możliwości zatrudnienia specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, w zakresie pkt 4 proponujemy rozszerzenie osób, które mogą wykonywać EKG	Proponujemy poniższe brzmienie pkt 2 i 4: „2) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii – proporcjonalnie do wielkości kontraktu;” „4) pielęgniarka specjalista po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii lub pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie specjalistycznym wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego lub technik elektroradiolog – równoważnik etatu co najmniej 1 etatu w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej;” Usunąć zapis: 5) zabiegi masażu realizuje fizjoterapeuta lub masażysta (jeżeli świadczenie jest realizowane);
38	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. e w zakresie Personel pkt 5	Z uwagi, iż w rehabilitacji kardiologicznej nie wykonuje się procedur masażu proponujemy usunąć ten zapis	W ust. 1 usunąć punkt 5.
39	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. e w zakresie Organizacja		W ust. 3 pkt 1 nadać brzmienie: „1) czas trwania rehabilitacji kardiologicznej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza

		udzielania świadczeń ust. 3		ośrodka dziennego, wynosi jednak nie więcej niż 29 dni zabiegowe w okresie 90 dni kalendarzowych;”
40	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 3 lit. e w zakresie 4. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa	<p>- w procedurze dopuszczenia do treningu, został uwzględniony specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta ponieważ jest to procedura treningowa, którą fizjoterapeuci realizują pracy z pacjentami i są do niej uprawnieni na mocy ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty</p> <p>- Podsumowanie i zakończenie sesji treningowej związane z planowanie kolejnego treningu (nie wymaga wywiadu), również realizuje fizjoterapeuta (wynika z prawa wykonywania zawodu) w konsultacji z lekarzem.</p> <p>Aktualny zapis - 5 treningów w I fazie i 24 treningi w II fazie są niezgodne z całością stanowiącą 24 treningi. 29 treningów to maksymalna liczba treningów. I i II faza powinny być realizowane według indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta.</p> <p>Kwalifikacji do rehabilitacji hybrydowej dokonuje lekarz po ewentualnym zaciągnięciu opinii zespołu tj., fizjoterapeuty i psychologa. Każdorazowe zwoływanie całego zespołu do podjęcia decyzji o włączeniu pacjenta do treningu telerehabilitacji hybrydowej jest nieuzasadnioną merytorycznie dezorganizacją pracy zespołu.</p>	<p>Proponuje się w ust. 4 w pkt 1 lit. b nadać brzmienie: „b) II faza, którą jest kardiologiczna telerehabilitacja w warunkach domowych, obejmująca do 24 sesji treningowych zaplanowanych indywidualnie dla każdego świadczeniobiorcę według obowiązujących standardów w zależności od stanu klinicznego, trwające nie dłużej niż 60 minut i obejmujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> – procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” nadesłanych przez ośrodek telemonitoringu domowego (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) realizuje specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta pod nadzorem lekarza – sesję treningową zgodną z zaplanowaną w fazie I, którą nadzoruje i monitoruje – specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta pod nadzorem lekarza – procedurę zakończenia każdej sesji treningowej (ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) realizuje specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta pod nadzorem lekarza <p>- wizytę końcową po realizacji I i II fazy obejmująca: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog;”</p> <p>Proponuje się w ust. 4 pkt 2 nadać poniższe brzmienie: „2) kwalifikacji do świadczenia kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista kardiologii, specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta oraz psycholog, w oparciu o poniższe kryteria: (...)”</p>

41	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. a w zakresie Personel pkt 1	Zmiana wzmocni kadre medyczną realizującą świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku oddziale dziennym i zabezpieczy dostępność do przedmiotowych świadczeń w długofalowej perspektywie czasu z uwagi na dane CMKP o liczbie osób odbywających specjalizację lekarską w zakresie rehabilitacja medyczna. Poprawa dostępności do świadczeń. Zamiana będzie wpływała mobilizująco na fizjoterapeutów w zakresie rozwoju zawodowego co w konsekwencji przełoży się na podwyższenie jakości oferowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej. Propozycja zgodna z rekomendacją nr 58/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej.	W pkt 1 dodać lit. j w brzmieniu: „j) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu przeliczeniowego na łóżko”
42		Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. a w zakresie Personel pkt 2	Propozycja wynika z określonych zasad realizacji świadczeń określonych w załączniku nr 4 do projektu.	Nadać brzmienie: „2) fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/5 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii”

43	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. a w zakresie Organizacja udzielania świadczeń	Nadanie proponowanego brzmienia zapisu pozwoli pacjentom wymagającym dodatkowych interwencji medycznych w trakcie usprawniania wydłużyć czas usprawniania równy okresowi pobytu na innych oddziałach.	W ust. 3 dodać pkt 3 w brzmieniu: „3) w przypadku wystąpienia, w okresie wymienionym w lit. a, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobylem w innym oddziale lub szpitalu czas realizacji świadczenia może ulec wydłużeniu o czas pobytu w tym oddziale lub szpitalu”
44	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. b w zakresie Personel	Zmiana wzmocni kadrę medyczną realizującą świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku oddziale dziennym i zabezpieczy dostępność do przedmiotowych świadczeń w długofalowej perspektywie czasu z uwagi na dane CMKP o liczbie osób odbywających specjalizację lekarską w zakresie rehabilitacja medyczna. Poprawa dostępności do świadczeń. Zamiana będzie wpływała mobilizująco na fizjoterapeutów w zakresie rozwoju zawodowego co w konsekwencji przełoży się na podwyższenie jakości oferowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej. Propozycja zgodna z rekomendacją nr 31/2019 z dnia 7 maja 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji neurologicznej.	Dodać pkt 2a: „lub 2a) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu przeliczeniowego na łóżko oraz”

45	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. b w zakresie Personel pkt 3	Propozycja wynika z określonych zasad realizacji świadczeń określonych w załączniku nr 4 do projektu.	Nadać brzmienie: „3) fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/3 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii – proporcjonalnie w liczbie 1/6 etatu przeliczeniowego na łóżko, oraz”
46	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. c w zakresie Personel pkt 1	Zmiana wzmocni kadrę medyczną realizującą świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku oddziale dziennym i zabezpieczy dostępność do przedmiotowych świadczeń w długofalowej perspektywie czasu z uwagi na dane CMKP o liczbie osób odbywających specjalizację lekarską w zakresie rehabilitacja medyczna. Poprawa dostępności do świadczeń. Zamiana będzie wpływała mobilizująco na fizjoterapeutów w zakresie rozwoju zawodowego co w konsekwencji przełoży się na podwyższenie jakości oferowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej. Propozycja zgodna z rekomendacją nr 57/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej	Dodać lit. h w brzmieniu: „lub h) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu przeliczeniowego na łóżko oraz”

47	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. c w zakresie Personel pkt 2	Wzmocnienie kadry fizjoterapeutycznej pozwoli na optymalne wykorzystanie potencjału rehabilitacyjnego pacjentów poddawanych usprawnianiu w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej.	Pkt 2 nadać brzmienie: „2) fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/8 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii 1/10;”
48	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. d w zakresie Personel pkt 1	Zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii osoba posiadająca tytułu specjalisty fizjoterapii odbywa 120 h z zakresu modułu specjalistycznego w obszarze kardiologii i pulmonologii co pozwala na wzmocnienie kadry medycznej zgodnie z rekomendacją nr 24/2019 z dnia 19 kwietnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.	W pkt 1 po zdaniu wspólnym dodać lit. i w brzmieniu: „i) specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik ½ etatu”

45	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. d w zakresie Personel pkt 2	Wzmocnienie kadry fizjoterapeutycznej pozwoli na optymalne wykorzystanie potencjału rehabilitacyjnego pacjentów poddawanych usprawnianiu w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej.	Pkt 2 nadać brzmienie: „2) fizjoterapeuta – proporcjonalnie w liczbie 1/8 etatu przeliczeniowego na łóżko, w tym magister fizjoterapii 1/10;”
46	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. d w zakresie 2. Wyposażenie – w lokalizacji	Proponujemy dokonać korekty wymogów w zakresie usunięcia stołu do pionizacji (pacjenci w stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej są zawsze spionizowani. W innej sytuacji przebywają na OIOM lub oddziale interwencyjnym). W zakresie dodatkowego wyposażenia należy wskazać, że pacjent otrzymuje do realizacji procedury telerehabilitacji hybrydowej minimum 3 urządzenia peryferyjne zatem zapis ust. 2 pkt 1 lit. c wymaga aktualizacji i dostosowania do stanu faktycznego.	W ust. 2 w pkt 1 skreślić lit. a oraz pkt 3 lit. c nadać poniższe brzmienie: „c) urządzenia peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające werbalny kontakt w każdym momencie procedury oraz sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej, zdalną zmianę programu treningu, rejestrację i przesyłanie EKG i wartości ciśnienia tętniczego,”

47	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 1 Lp. 4 lit. d w zakresie 3. Organizacja udzielania świadczeń	<p>Uzasadnienie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w procedurze dopuszczenia do treningu nie uwzględniono fizjoterapeuty - w procedurze dopuszczenia do treningu, został uwzględniony specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta, ponieważ jest to procedura treningowa, którą fizjoterapeuci realizują pracy z pacjentami. Trening jest domeną fizjoterapeuty, wynikająca z ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty - podsumowanie i zakończenie sesji treningowej związane z planowanie kolejnego treningu (nie wymaga wywiadu), również realizuje fizjoterapeuta (wynika z prawa wykonywania zawodu) w konsultacji z lekarzem. <p>Kwalifikacji do rehabilitacji hybrydowej dokonuje lekarz po ewentualnym zaciągnięciu opinii zespołu tj., fizjoterapeuty i psychologa. Każdorazowe zwoływanie całego zespołu do podjęcia decyzji o włączeniu pacjenta do treningu telerehabilitacji hybrydowej jest nieuzasadnioną merytorycznie dezorganizacją pracy zespołu.</p> <p>Zapis nie uwzględnia I fazy realizowanej w warunkach stacjonarnych. Wg załącznik nr 4 Lp. 11, 12, 13 maksymalny czas pobytu na oddziale stacjonarnym jest 14 dni.</p>	<p>W zakresie ust. 3 pkt 2 proponujemy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ lit. a zdanie wstępne nadać brzmienie: „a) I faza wynosi maksymalnie 14 dni i obejmuje:” ➤ lit. b nadać poniższe brzmienie: „b) II faza obejmuje : – procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” z telemonitoringu urządzeń wszczepialnych (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta uprawniony do wizyty fizjoterapeutycznej, pod nadzorem lekarza, – sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta, – procedura zakończenia każdej sesji treningowej (ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta lub pielęgniarka lub technik elektroradiolog, – podsumowanie sesji treningowej: wnioski co do kontynuacji lub modyfikacji kolejnego treningu – lekarz oraz specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta, – wizyta końcowa po realizacji I i II fazy obejmująca: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta oraz psycholog; <p>W zakresie ust. 3 pkt 3 zdanie wstępne proponujemy nadać poniższe brzmienie: „3) kwalifikacji do świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa dokonuje zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi: lekarz specjalista kardiologii, specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta- w oparciu o poniższe kryteria:”</p>
----	------------------------------	--	--	---

48	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 2	Ograniczenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. Brak narzędzi dla świadczeniodawców do weryfikacji zrealizowanych dni zabiegowych przez pacjenta. Należy zauważyć, iż w przedmiotowym akcie zostały określone kryterium włączenia i wyłącznie co wydaje się wystarczającym narzędziem do weryfikacji potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów.	Usunąć załącznik nr 2 w całości.
49	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 4 Lp. 18	Propozycja spójna z zapisem w zakresie rehabilitacji neurologicznej.	W ust. 1 pkt 2 lit. a badać brzmienie: „a) do 6 tygodni raz w roku kalendarzowym,”

50	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 5 w zakresie lp. 1 – Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>Wymóg określony w części „w miejscu udzielania świadczenia” w pkt 2 jest bezzasadny z uwagi na brak fizycznych możliwości pomiaru pCO₂. W rehabilitacji, zwłaszcza kardiologicznej i telerehabilitacji hybrydowej, mamy do czynienia z chorymi przytomnymi i w pełni komunikatywnymi. Ponadto oznaczenie pO₂ oraz pCO₂ wymaga pobrania krwi tętnicznej.</p> <p>W zakresie urządzeń wymaganych w lokalizacji należy wskazać, że pacjent otrzymuje do realizacji procedury telerehabilitacji hybrydowej minimum 3 urządzenia peryferyjne.</p>	<p>W części „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” w zakresie wymogów „w miejscu udzielania świadczeń” pkt 2 nadać brzmienie:</p> <p>„2) sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji SpO₂ oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno i ciśnienie);”</p> <p>W części „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” w zakresie wymogów „w lokalizacji” pkt 2 lit. c nadać brzmienie:</p> <p>„c) urządzenia peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy, wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające - rejestrację i przesyłanie EKG oraz wartości ciśnienia tętniczego bez możliwości wpływu na wynik ze strony świadczeniobiorcy.”</p>
51	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 5 w zakresie lp. 1 – Personel – Pozostały personel	<p>W praktyce klinicznej realizacja rehabilitacji kardiologicznej oraz telerehabilitacji hybrydowej należy do fizjoterapeuty w porozumieniu z lekarzem.</p>	<p>Warunkom realizacji nadać poniższe brzmienie:</p> <p>„1) fizjoterapeuta, 2) personel pielęgniarski, 3) psycholog, 4) dietetyk – warunki realizacji zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 4 lit. d.”</p>

52	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	<p>Załącznik nr 5 Lp. 2 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – Czas trwania świadczenia</p>	<p>W ramach KOS rehabilitacja jest realizowana we wczesnym okresie po incydencie ostrym (rozpoczynana jest w ok. 2-3 tygodniu po OZW (Oстрым Zespole Wieńcowym)) i jest to jedyna rehabilitacyjna w trakcie rocznej obserwacji pacjenta po OZW.</p> <p>W pierwszym, bardzo wczesnym okresie od OZW, pacjent nie zawsze jest stabilny hemodynamicznie oraz często z istotnymi problemami natury psychologicznej, utrudniającymi właściwy przebieg rehabilitacji kardiologicznej i telerehabilitacji hybrydowej. Stres spowodowany zawałem serca, jak również nie zawsze pełna rewaskularyzacja (poszerzenie naczyń wieńcowych), ogranicza możliwości osiągnięcia właściwych efektów zastosowanej aktywności fizycznej.</p> <p>W związku z powyższym może warto rozważyć kolejny, drugi termin, rehabilitacji kardiologicznej realizowanej już tylko w warunkach oddziału dziennego lub telerehabilitacji hybrydowej, który pozwoliłby pacjentowi w istotny sposób poprawić tolerancję wysiłku, a tym samym poprawić jakość życia zmniejszając jednocześnie ryzyko nawrotu choroby. Proponujemy, aby tak możliwość było po ok. 6 m-c, wówczas kiedy pacjent jest już gotowy do podjęcia aktywności za równo zawodowej jak i społecznej.</p>	<p>Dodać dodatkowy pkt 4: „4. Włączenie kolejnego, drugiego, cyklu rehabilitacji kardiologicznej po ostrym zawałe wieńcowym w okresie nie wcześniej niż 6-11 miesięcy od zawału, w warunkach oddziału dziennego lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej.”</p>
----	------------------------------	--	---	--

53	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 5 Lp. 2 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Wymóg jest bezzasadny z uwagi na brak fizycznych możliwości pomiaru pCO ₂ . W rehabilitacji, zwłaszcza kardiologicznej i telerehabilitacji hybrydowej mamy do czynienia z chorymi przytomnymi i w pełni komunikatywnymi. Ponadto oznaczenie pO ₂ oraz pCO ₂ wymaga pobrania krwi tętniczej, a do tej procedury fizjoterapeuci nie mamy kompetencji.	W części „w miejscu udzielania świadczeń” pkt 2 nadać brzmienie: „2) sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 5 stanowisk w tym 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji SpO ₂ oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno, ciśnienie);”
54	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 5 Lp. 2 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – Personel – Pozostały personel	W zakresie ustalania programu treningowego lekarz współpracuje z fizjoterapeutą posiadającym zarówno umiejętności, jak i kompetencje do programowania aktywności fizycznej, podstawowego elementu rehabilitacji kardiologicznej. Również przepisy o zawodzie fizjoterapeuty wskazują, że do zakresu zadań zawodowych fizjoterapeuty należy prowadzenie edukacji zdrowotnej. Zatem bezzasadnym jest nakładanie obowiązku zatrudnienia pielęgniarki z ukończonym kursem z zakresu edukacji zdrowotnej.	W zakresie warunków realizacji proponujemy poniższy zapis: „1) specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta; 2) personel pielęgniarski: magister lub licencjat pielęgniarstwa;”

55	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 5 Lp. 3 Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego – faza II – Zakres świadczeń	Pacjenci po odpowiednim instruktarzu wykonanym przez fizjoterapeutę potrafią wykonywać podstawowe ćwiczenia ogólnousprawniające, stosują się do podstawowych przeciwwskazań do wykonywania niektórych ćwiczeń, wcześniej omówionych.	W części „Zakres świadczenia” w ust. 2 dodać pkt 4a i 4b oraz pkt 5 i następnę brzmienie: „4a) 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, lub 4b) 93.1902 Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące, lub 5) inne formy treningu domowego w zależności od możliwości ewentualnego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego posiadanego przez świadczeniobiorcę (cykloergometr lub bieżnia, lub stepper, taśmy z możliwością stosowania oporu.”
56	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 5 Lp. 3 Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego – faza II – Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Osobiste zestawy do ćwiczeń oddechowych są ekonomicznie nieuzasadnione oraz ze względu na personalne przeznaczenie niemożliwe do realizacji.	Części warunki realizacji nadać poniższe brzmienie: „Świadczeniodawca nieodpłatnie zapewnia świadczeniobiorcy niezbędny sprzęt telemedyczny do realizacji fazy II świadczenia zdrowotnego oraz może zapewnić kije do treningu nordic walking, taśmy typu thue-band.”

57	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	<p>Załącznik nr 5 Lp. 3 Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego – faza II – Personel – Pozostały personel</p>	<p>W ocenie KRF pielęgniarka nie posiada umiejętności planowania i monitorowania treningu rehabilitacyjnego. To jest kompetencja fizjoterapeuty wynikająca z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty; 2) Rekomendacji w zakresie Realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (2017); 3) Standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. <p>Ewentualne kompetencje pielęgniarek wynikają z kursów specjalizacyjnych, które w ramach rehabilitacji kardiologicznej prowadzą specjaliści fizjoterapii z udokumentowanym dorobkiem naukowym w ww. zakresie naukowym oraz stażem klinicznym. Tymczasem osoby, które uczą pielęgniarki, wg obecnego zapisu, nie mają praw do realizacji sesji treningowej.</p> <p>Za niezrozumiałe (i wręcz zaskakujące) należy uznać przyznanie technikowi elektroradiologii uprawnień do realizacji sesji treningowej i zupełne pominięcie fizjoterapeutów posiadających kwalifikacji w tym zakresie.</p>	<p>Części warunki realizacji nadać poniższe brzmienie: „1) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta, lub 2) pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa po kursie kwalifikacyjnym z kardiologii, lub po kursie specjalistycznym wykonania i interpretacji zapisu EKG internistycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego.”</p>
----	------------------------------	---	---	---

58	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 6. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Zgodnie z wartościami określonymi skalą należy objąć świadczeniem pacjentów również z porażeniem wiotkim, które zostało wskazane jako kryterium włącznie do przedmiotowego świadczenia.	Nadać brzmienie: „Skala MRC 0-3”
59	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 6. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Proponuje się zmianę wartości skali celem poprawy dostępności do świadczeń dla pacjentów w stanach ciężkich.	Nadać brzmienie: „Skala IADL 8-16”

60	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 6. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Proponuje się zmianę wartości skali celem poprawy dostępności do świadczeń dla pacjentów w stanach średnio ciężkich.	Nadać brzmienie: „Skala Rankina 3-5”
61	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Załącznik nr 6. Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	Proponuje się zmianę wartości skali celem poprawy dostępności do świadczeń dla pacjentów.	Nadać brzmienie: „Skala Rankina 3-5” „Glasgow GCS 9-15” „Skala MRC 0-3” „Skala IADL 8-16”