

Załącznik do uchwały nr 56 III Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 24 lipca 2026 r.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego uwaga dotyczy	Uwaga / opinia	Uzasadnienie uwagi	Propozycje rozwiązań
1	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 2 pkt 8	W definicji ośrodka leczenia ostrej fazy choroby należy uwzględnić izby przyjęć i SOR	Pacjenci urazowi często hospitalizowani są na oddziałach ratunkowych i już na tym etapie mogą potrzebować świadczeń fizjoterapeutycznych.	W pkt 8 dodać na końcu wyrazy oraz „izba przyjęć i szpitalny oddział ratunkowy”.
2	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 2	Proponuje się wprowadzenie do systemu świadczeń gwarantowanych rozwiązania: „Wczesna Koordynowana Ścieżka Fizjoterapii po Hospitalizacji” -obejmującego pacjentów, u których w następstwie choroby, urazu, zabiegu operacyjnego lub procesu leczenia wymagającego hospitalizacji doszło do pogorszenia funkcjonowania i istnieje konieczność zapewnienia ciągłości procesu fizjoterapii.	Obecny system ochrony zdrowia koncentruje się na skutecznym leczeniu ostrej fazy choroby, urazu lub wykonaniu procedury zabiegowej, jednak moment zakończenia hospitalizacji pozostaje krytycznym punktem ryzyka przerwania ciągłości procesu terapeutycznego. Brak szybkiego wdrożenia właściwie dobranej fizjoterapii po hospitalizacji może prowadzić do: • pogłębiania deficytów funkcjonalnych, • utrwalenia niepełnosprawności, • zwiększenia ryzyka powikłań, • wzrostu liczby ponownych hospitalizacji, • zwiększonego wykorzystania farmakoterapii oraz procedur medycznych, • wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową, • wydłużenia absencji chorobowej oraz ograniczenia powrotu do aktywności zawodowej.	Po pkt 13 dodać pkt 13a w brzmieniu: „13a) wczesna koordynowana ścieżka fizjoterapii po hospitalizacji – proces zapewniający ciągłość postępowania fizjoterapeutycznego świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia w ośrodku leczenia ostrej fazy choroby, obejmujący ocenę funkcjonalną świadczeniobiorcy, określenie celu terapeutycznego, ustalenie indywidualnego planu kontynuacji postępowania fizjoterapeutycznego oraz kwalifikację do właściwego profilu interwencji, z uwzględnieniem potrzeby wczesnego rozpoczęcia fizjoterapii w celu ograniczenia ryzyka utraty funkcji lub utrwalenia niepełnosprawności;”.

				Wprowadzenie Wczesnej Koordynowanej Ścieżki Fizjoterapii po Hospitalizacji pozwoli przesunąć ciężar systemu z leczenia następstw utraty sprawności na jej aktywne zapobieganie. Celem proponowanej zmiany jest zapewnienie, aby efekt leczenia uzyskany w warunkach szpitalnych został utrzymany poprzez szybkie rozpoczęcie procesu odzyskiwania funkcji. Rozwiązanie wpisuje się w nowoczesne podejście do rehabilitacji oparte na ocenie funkcjonowania pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, gdzie podstawą decyzji terapeutycznych jest poziom aktywności i uczestnictwa pacjenta, a nie wyłącznie rozpoznanie choroby. Oczekiwane efekty systemowe: • poprawa wyników funkcjonalnych pacjentów, • zwiększenie odsetka osób powracających do pracy i aktywności społecznej, • ograniczenie liczby rehospitalizacji, • zmniejszenie liczby powikłań wynikających z unieruchomienia, • zmniejszenie kosztów rent, świadczeń chorobowych i opiekuńczych, • efektywniejsze wykorzystanie istniejących zasobów rehabilitacji leczniczej poprzez kierowanie pacjentów do właściwego poziomu opieki. Oddzielna ścieżka finansowania	
3	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 4 ust. 1 pkt. 1 lit. a	W warunkach ambulatoryjnych zbędna jest porada lekarska	Świadczeniodawcy posiadający taki zakres nie są w stanie zrealizować kontraktów, NFZ stosuje alokację z innych zakresów Skierowanie na rehabilitację może wystawić każdy lekarz	W § 4 w ust. 1 w pkt. 1 skreślić lit. a .

				ubezpieczenia zdrowotnego, powielanie wizyty lekarskiej i fizjoterapeutycznej, powielanie wizyt wydłuża czas dostępu do fizjoterapeuty. Tak też zostały zlikwidowane poradnie wad postawy.	
4	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 4 ust. 1 pkt. 2 lit. a	W warunkach domowych zbędna jest porada lekarska	Kwalifikacji na rehabilitację domową może dokonać każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Powielanie czynności z fizjoterapeutą	W § 4 w ust. 1 w pkt. 2 skreślić lit. a.
5	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 4 ust. 2	Należy wprowadzić możliwość realizacji wizyt fizjoterapeutycznych w trybie zdalnym także dla fizjoterapeutów.	Wprowadzenie możliwości realizacji wizyt fizjoterapeutycznych w trybie zdalnym jest uzasadnione zarówno klinicznie, jak i organizacyjnie; telewizyty umożliwiają kontynuację procesu rehabilitacji jak i wstępną ocenę potrzeby wizyty stacjonarnej bez konieczności osobistego stawienia pacjenta, co zwiększa dostępność świadczeń dla osób o ograniczonej mobilności lub mieszkających w odległych lokalizacjach. Tryb zdalny powinien być stosowany wyłącznie wtedy, gdy nie zagraża to pogorszeniu stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a decyzja o jego zastosowaniu powinna być uzasadniona klinicznie, i poprzedzona uzyskaniem zgody pacjenta; na życzenie pacjenta świadczenie może być udzielone zdalnie, o ile spełnione są kryteria bezpieczeństwa i techniczne warunki realizacji. Konieczne jest zapewnienie procedury przekierowania na badanie bezpośrednie w razie wystąpienia „czerwonych flag” lub wątpliwości co do bezpieczeństwa wykonywanych procedur, a także prowadzenie pełnej dokumentacji przebiegu wizyty zdalnej i zastosowanych skal oceny funkcjonalnej. Stosowanie telewizyt przyczynia się do zachowania ciągłości terapii, optymalizacji wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej	Ust. 2 nadać brzmienie: „2. W zakresie świadczeń gwarantowanych określonych w ust. 1 pkt 1 lit. a i b tiret pierwsze dopuszcza się realizację porad lekarskich i porad fizjoterapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.”.

				oraz redukcji niepotrzebnych wizyt stacjonarnych, przy jednoczesnym zachowaniu standardów bezpieczeństwa i jakości opieki.	
6	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 5 ust. 3	Wprowadzono obligatoryjne korzystanie z ICF (klasyfikacji niepełnosprawności, a nie oceny funkcjonalnej), przy czym w "2. Personel udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. a, przeprowadza ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal oraz klasyfikacji medycznych, w tym Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), zwanej dalej „klasyfikacją ICF”, w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia.”, co oznacza możliwość wykorzystania, nie zaś konieczność	Niespójność zapisów.	ust. 3 nadać brzmienie: „ 3. Kwalifikacji świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. b tiret drugie, oraz określenia celu terapeutycznego 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 2026 r. poz. 584), zwany dalej „fizjoterapeutą uprawnionym do realizacji porady fizjoterapeutycznej”, na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych.
7	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 5 ust. 3	Należy uelastyczyć reguły dotyczące terminu kwalifikacji pacjenta do zabiegów fizjoterapeutycznych.	Wprowadzenie możliwości przeprowadzenia kwalifikacji w terminie 14 dni, jeżeli pozwalają na to warunki udzielania świadczeń w podmiocie z dopuszczeniem wydłużenia terminu przy uzasadnionych medycznie wskazaniach ma na celu pogodzenie wymogu organizacyjnego z realiami praktyki klinicznej. Zapis zachowuje zasadę terminową, która ułatwia planowanie i organizację świadczeń, jednocześnie dając świadczeniodawcom i pacjentom elastyczność niezbędną w sytuacjach medycznie uzasadnionych. Warunek wydłużenia terminu ogranicza ryzyko nadużyć, ponieważ przesunięcie kwalifikacji jest dopuszczalne wyłącznie przy istnieniu przesłanek medycznych. Obowiązek ponownej kwalifikacji w razie istotnej zmiany stanu klinicznego lub funkcjonalnego zabezpiecza interes	ust. 3 nadać brzmienie: „3. Kwalifikacji świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 lit. a i lit. b tiret pierwsze, oraz określenia celu terapeutycznego 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 2026 r. poz. 584), zwany dalej „fizjoterapeutą uprawnionym do realizacji porady fizjoterapeutycznej”, na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, w

				pacjenta i zapewnia ciągłość oraz bezpieczeństwo terapii. Tak sformułowany przepis jest przejrzysty, wykonalny w praktyce i zgodny z zasadami techniki legislacyjnej, umożliwiając jednocześnie sprawne wdrożenie w systemie świadczeń.	zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”, w terminie do 14 dni przed rozpoczęciem cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych, w miarę możliwości organizacyjnych świadczeniodawcy. Termin kwalifikacji może zostać wydłużony, jeżeli istnieją uzasadnione medycznie wskazania uniemożliwiające dokonanie kwalifikacji w terminie określonym powyżej. W przypadku stwierdzenia istotnej zmiany stanu klinicznego lub funkcjonalnego świadczeniobiorcy kwalifikację przeprowadza się ponownie.
8	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 5 ust. 4	Należy rozszerzyć zakres fizjoterapeutów uprawnionych do oceny efektów zabiegów fizjoterapeutycznych.	Proponowana regulacja ma <i>de facto</i> charakter przepisu przejściowego i służy ochronie praw nabytych techników fizjoterapii z co najmniej 20-letnim doświadczeniem zawodowym. Rozwiązanie to pozwoli wykorzystać ich wieloletnią praktykę, zapewniając jednocześnie ciągłość i dostępność świadczeń dla pacjentów.	Ust. 4 nadać brzmienie: „Ocenę efektów zabiegów fizjoterapeutycznych przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej lub fizjoterapeuta posiadający tytuł zawodowy licencjata z co najmniej 10-letni udokumentowany staż wykonywania zawodu lub technik fizjoterapii z 20 letnim stażem na podstawie opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, w zakresie jednego lub więcej kodów głównego ograniczenia z prefiksem „d”.”
9	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 6. ust. 2 pkt 1–	Należy usunąć ograniczenia czasowe przewidziane w pkt 1-3, 5,7 i 8	Projekt określa zasady kwalifikacji do świadczenia nie wymagane jest dodatkowe ograniczenie czasowe do świadczeń jeśli pacjent spełnia warunki kwalifikacji	W pkt 1-3, 5,7 i 8 skreślić frazy dotyczące okresów liczonych od powstania przyczyny rehabilitacji.

		3, 5. 7 i 8			
10	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 2	Należy rozszerzyć katalog schorzeń uprawniających do zabiegu fizjoterapeutycznego w warunkach domowych o złamanie kręgosłupa i stan po operacji kręgosłupa oraz o zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.	W praktyce spotykamy liczną grupę pacjentów z poważnymi schorzeniami kręgosłupa, którzy mają ograniczoną możliwość przemieszczania się. Włączenie tych jednostek chorobowych do katalogu wskazań umożliwi objęcie ich niezbędną fizjoterapią domową.	W ust. 2 dodać pkt 10 i 11 w brzmieniu: „10) zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa; 11) „złamaniem kręgosłupa oraz stanem po operacji kręgosłupa”.
11	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 6 ust. 5	Zrezygnować z lekarza jako udzielającego w tym przypadku porady lekarskiej	Przepis dotyczy fizjoterapii domowej, w zakresie której lekarz w konsultacji, nie ma potrzeby realizacji porady lekarskiej, przy czym fizjoterapeuta z tytułem magistra powinien posiadać co najmniej 3 (5) - letnie doświadczenie fizjoterapeutyczne, aby być gotowym do realizacji porad.	Ust. 5 nadać brzmienie: „5. Ocenę efektów postępowania terapeutycznego, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. c, przeprowadza fizjoterapeuta uprawniony do realizacji porady fizjoterapeutycznej lub fizjoterapeuta posiadający tytuł zawodowy licencjata z co najmniej 10-letni udokumentowany staż wykonywania zawodu. lub technik fizjoterapii posiadający minimum 20 lat doświadczenia zawodowego po upływie 30 dni zabiegowych oraz w ostatnim dniu zabiegowym na podstawie opisu stanu funkcjonowania świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem skal medycznych o których mowa w ust. 6, których wartości kwalifikujące do świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.”.
12	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	§ 8 ust. 2	Zasadne jest doprecyzowanie przepisu poprzez wskazanie, że:	Projektowany przepis nie definiuje pojęć „kwalifikacji” oraz „indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego”, ani nie określa	

			• lekarz dokonuje kwalifikacji świadczeniobiorcy do świadczenia gwarantowanego, obejmującej ocenę wskazań medycznych, rozpoznania, przeciwwskazań oraz zasadności objęcia pacjenta fizjoterapią; • fizjoterapeuta ustala indywidualny plan postępowania fizjoterapeutycznego, obejmujący w szczególności dobór metod fizjoterapii, rodzaj i zakres zabiegów, częstotliwość oraz sposób realizacji procesu terapeutycznego, na podstawie przeprowadzonej oceny funkcjonalnej pacjenta.	zakresu czynności przypisanych lekarzowi i fizjoterapeucie. W konsekwencji nie jest jasne, czy planowanie rodzaju, zakresu i liczby zabiegów fizjoterapeutycznych stanowi element kwalifikacji dokonywanej przez lekarza, czy też należy do kompetencji fizjoterapeuty ustalającego indywidualny plan postępowania. Brak jednoznacznego rozgraniczenia kompetencji może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych oraz niejasności w zakresie odpowiedzialności zawodowej obu grup zawodowych. Dla zapewnienia spójności przepisów oraz zgodności z kompetencjami wynikającymi z wykonywania zawodu fizjoterapeuty zasadne jest doprecyzowanie, że lekarz kwalifikuje pacjenta do świadczenia na podstawie wskazań i przeciwwskazań medycznych, natomiast fizjoterapeuta odpowiada za ustalenie indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego, obejmującego dobór metod oraz konkretnych zabiegów fizjoterapeutycznych oraz ich ilość.	
13	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b ust. 1 pkt 1	Należy doprecyzować jak następuje weryfikacja limitu 60 dni zabiegowych w roku kalendarzowym określonego w tym przepisie	Nie jest jasne, kto i na podstawie jakich danych ma potwierdzać liczbę dni rehabilitacji już zrealizowanych przez świadczeniobiorcę u innych świadczeniodawców. W przypadku braku centralnego systemu informatycznego udostępnionego przez NFZ, umożliwiającego bieżącą weryfikację wykorzystania limitu, świadczeniodawcy nie będą mieli praktycznej możliwości ustalenia, czy limit został przekroczony. Może to prowadzić do realizacji świadczeń, za które NFZ odmówi finansowania z uwagi na przekroczenie rocznego limitu, pomimo braku możliwości wcześniejszej weryfikacji przez świadczeniodawcę. W związku z tym konieczne jest wskazanie mechanizmu weryfikacji limitu lub zapewnienie przez NFZ	pkt 1 nadać brzmienie: „Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie i wynosi nie więcej niż 60 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Weryfikacja wykorzystania limitu następuje na podstawie danych zgromadzonych w systemie teleinformatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia, udostępnionym świadczeniodawcom przed udzieleniem świadczenia.”

				odpowiednich narzędzi informatycznych dostępnych przed udzieleniem świadczenia.	
14	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr. 1 lp. 1 lit. b ust. 1 pkt 2	Należy dopuścić możliwość kontynuowania leczenia w przypadku nieosiągnięcia założonego celu terapeutycznego oraz konieczności kontynuacji rehabilitacji w ramach tej samej jednostki chorobowej na podstawie zlecenia fizjoterapeuty, bez konieczności uzyskiwania dodatkowego skierowania od lekarza na kontynuację leczenia.	Brak konieczności odbycia kolejnej wizyty u lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w celu uzyskania skierowania na kontynuację rehabilitacji przyczynia się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia, zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych celów terapeutycznych poprzez zachowanie ciągłości leczenia oraz ogranicza koszty związane z realizacją wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	w pkt 2 po średniku dodać wyrazy: „w przypadku nieosiągnięcia założonego celu terapeutycznego oraz konieczności kontynuacji rehabilitacji w ramach tej samej jednostki chorobowej, określonej zgodnie z klasyfikacją ICD-10, świadczenie może być kontynuowane na podstawie zlecenia wystawionego przez fizjoterapeutę uprawnionego do przeprowadzenia wizyty fizjoterapeutycznej;”
15	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b ust. 2 pkt 2	Należy uwzględnić potrzebę kontynuowania leczenia w przypadku braku istotnej zmiany obrazu klinicznego i braku rokowania co do realizacji stawianych celów terapeutycznych w odniesieniu do chorób przewlekłych.	Nie uwzględniono chorób przewlekłe postępujących, w których dochodzi do pogorszenia lub jest istotnie zagrożone progresją stanu funkcjonalnego ze względu na charakter samego schorzenia.	po wyrazach „Informacja do lekarza kierującego dodać przecinek i wyrazy: „z wyłączeniem chorób przewlekłych i stale postępujących lub zagrożonych progresją – Skoliozy”
16	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b ust. 1 pkt 4 lit a	Należy usunąć ograniczenia czasowe przewidziane w tym przepisie ograniczenia czasowe	Świadczenia skierowane dla dzieci spełniają te same warunki co do liczby procedur dla wszystkich świadczeniobiorców bez względu na wiek.	Usunąć ograniczenia czasowe
17	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b ust. 1	Należy ułatwić dostęp do świadczeń pacjentom wymagającym pilnej interwencji.	Proponowane 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 zmniejszy obciążenie finansowe dla budżetu państwa z tytułu niezdolności do pracy. W stosunku do proponowanego brzmienia w sposób	po pkt 4 dodać pkt 4a w brzmieniu: „4a) czas rozpoczęcia fizjoterapii w przypadku pacjentów po wypisie z oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgii, neurologii, onkologii, chirurgii, szpitalnych oddziałów ratunkowych, chirurgii onkologicznej, szpitalnych izb

				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.	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,”
18	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b ust. 1 pkt 7	Niewłaściwie określono wymóg dostępności gabinetu, zakładu rehabilitacji lub fizjoterapii,	Fizjoterapia jest planowana w cyklach terapeutycznych, co wymaga stałych, przewidywalnych godzin dostępności. Obecny zapis sugeruje nieregularne godziny pracy, które nie odzwierciedlają realnego funkcjonowania placówek i mogą wprowadzać pacjentów w błąd. Jednocześnie ośrodki, które zapewniają dłuższy czas dostępności, powinny być premiowane w sposób przejrzysty, a nie poprzez niejasne zapisy dotyczące dwóch dni w tygodniu w określonych godzinach.	Proponowana zmian pkt 7 poprzez: – określenie jednolitego minimalnego zakresu godzin dostępności w każdym dniu tygodnia, – wprowadzenie oddzielnego mechanizmu premiowania ośrodków zapewniających rozszerzone godziny pracy (np. 8–18 lub 7–19), – usunięcie niejasnego zapisu „co najmniej dwa dni w tygodniu od 11 do 16”.

19	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b tiret drugie ust. 3 pkt 2 lit. a	Przepis nie odzwierciedla istoty zabiegu fizjoterapeutycznego	Użyte w projekcie sformułowanie w praktyce sprowadza fizjoterapeutę do wykonawcy prostych procedur. Tymczasem współczesna fizjoterapia opiera się przede wszystkim na analizie ruchu, rozwiązywaniu problemów funkcjonalnych i indywidualnym doborze terapii, a nie na rodzaju wykonywanych ćwiczeń.	lit a nadać brzmienie: „a) indywidualna terapia fizjoterapeutyczna – świadczenie realizowane przez fizjoterapeutę polegające na indywidualnym planowaniu i prowadzeniu procesu usprawniania, z wykorzystaniem metod opartych na aktualnej wiedzy medycznej, dostosowanych do stanu funkcjonalnego, celów terapeutycznych i możliwości pacjenta. W szczególności terapia może obejmować: – ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, czynne, – czynne z oporem, – ćwiczenia funkcjonalne, – reedukację nerwowo-mięśniową, – terapię manualną, – trening równowagi i koordynacji, – naukę czynności dnia codziennego i lokomocji, – edukację pacjenta, – inne metody fizjoterapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą medyczną.”
20	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b tiret drugie	W wymogach zawartych w tym przepisie zdublowano sprzęt niezbędny do prowadzenia właściwego leczenia.	Brak uzasadnienia co do powielania w zakresie posiadanego sprzętu rotora KD. Funkcja sprzętu jest jednakowa powoduje tylko powyższy zapis dodatkowe koszy.	” Skreślić wyrazy „oraz rower stacjonarny

		ust. 2 pkt 1 lit b			
21	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 1 lit. b tiret drugie ust. 2 pkt 1 i 2	Proponowane wy. Wyposażenie wymagane do zabiegów kinezyterapeutycznych jest nieadekwatne do współczesnych wymogów.	Proponowane zmiany mają na celu dostosowanie wymagań dotyczących wyposażenia do współczesnych standardów fizjoterapii. Kluczowe znaczenie powinno mieć zapewnienie możliwości realizacji procesu terapeutycznego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a nie obowiązek posiadania konkretnych urządzeń o zbliżonych funkcjach. Takie rozwiązanie zwiększy elastyczność organizacyjną świadczeniodawców, ograniczy nieuzasadnione koszty oraz ułatwi wdrażanie nowych technologii bez obniżania jakości udzielanych świadczeń.	Nadać brzmienie pkt 1 i 2: 1) „do zabiegów kinezyterapeutycznych – w miejscu udzielania świadczeń: a) sala kinezyterapii wyposażona w: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych lub rower stacjonarny lub rower powietrzny angażujący jednocześnie ręce i nogi lub orbitrek c) urządzenie do ćwiczeń w odciążeniu lub system spełniający jego rolę d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki) lub zestaw terapeutyczny do ćwiczeń ręki i palców e) przybory służące do ćwiczeń zwiększających

					siłę mięśniową, przybory do ćwiczeń równowagi i propriocepcji. 2) do zabiegów fizykoterapeutycznych – w miejscu udzielania świadczeń: a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości, b) lampa do naświetlań światłem podczerwonym. c) zestaw do magnetoterapii, d) zestaw do terapii falą ultradźwięków (nie dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczenia wyłącznie na rzecz dzieci), e) zestaw do biostymulacji laserowej z aplikatorem (np.: punktowym);”
--	--	--	--	--	---

22	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 2 ust. 2 pkt 1 lit. a	Wymaganie dotyczące personelu w zakresie lekarza specjalisty rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, który realizuje poradę lekarską jest zbędne.	Zgodnie z obowiązującymi warunkami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej skierowanie na rehabilitację realizowaną w warunkach domowych, tj. w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego posiadający odpowiednie uprawnienia. Przed rozpoczęciem cyklu zabiegów przeprowadzana jest porada fizjoterapeutyczna, podczas której dokonywana jest ocena stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy oraz opracowywany jest indywidualny plan postępowania fizjoterapeutycznego, obejmujący cały proces usprawniania. Poradę fizjoterapeutyczną może realizować wyłącznie fizjoterapeuta uprawniony do jej wykonywania, tj. specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii uprawniony do realizacji wizyty. Świadczeniodawca jest zobowiązany do zapewnienia dostępności fizjoterapeuty uprawnionego do realizacji porad fizjoterapeutycznych w wymiarze co najmniej równoważnym 1/4 etatu. W obowiązującym modelu organizacji fizjoterapii domowej udział lekarza ogranicza się do etapu kwalifikacji pacjenta i wystawienia skierowania. Planowanie oraz realizacja procesu fizjoterapeutycznego, a także bieżąca ocena postępów terapii należą do kompetencji fizjoterapeuty. W związku z tym przepisy regulujące udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej nie powinny przewidywać obowiązkowego udziału lekarza w dalszych etapach prowadzenia procesu usprawniania.	Skreślić lit. a.
----	------------------------------	--	--	---	------------------

23	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 2 ust. 4 pkt 2	Należy uwzględnić potrzebę kontynuowania leczenia w przypadku braku istotnej zmiany obrazu klinicznego i braku rokowania co do realizacji stawianych celów terapeutycznych w odniesieniu do chorób przewlekłych.	Nie uwzględniono chorób przewlekłe postępujących, w których dochodzi do pogorszenia lub jest istotnie zagrożone progresją stanu funkcjonalnego ze względu na charakter samego schorzenia	po wyrazach „Informacja do lekarza kierującego dodać przecinek i wyrazy „ z wyłączeniem chorób przewlekłych i stale postępujących, w których utrzymanie aktualnego możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania jest celem terapeutycznym’.
24	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 2 kolumna druga „realizowane w warunkach domowych – w miejscu pobytu świadczeniobiorcy”	Zbędny jest wymóg zapewnienia porady lekarskiej dla świadczeń realizowanych w warunkach domowych	Dodatkowy koszt i powielanie czynności z lekarzem kierującym, który dokonał kwalifikacji	Wykreślić wyrazy „- porada lekarska’.
25	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 2 ust. 2 pkt 1	Zbędny jest wymóg zapewnienia lekarza specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, który realizuje poradę lekarską – profil lekarski. Wystarczy specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii z <u>3-letnim stażem</u> pracy – profil fizjoterapeutyczny	Obniżenie kosztów świadczeń	pkt 1 nadać brzmienie” „1) co najmniej równoważnik 1/4 etatu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii z <u>3-letnim stażem</u> pracy – profil fizjoterapeutyczny;”
26	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 ust. 2 pkt 1-3	Należy obniżyć wymogi dotyczące personelu	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii posiada zaawansowane kwalifikacje zawodowe, wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne niezbędne do samodzielnego planowania, prowadzenia i	pkt 1–3 zastąpić pkt 1 w brzmieniu: „1) równoważnik 1/4 etatu, w tym

				monitorowania procesu fizjoterapii. Program szkolenia specjalizacyjnego obejmuje pogłębioną wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej, kwalifikowania pacjentów do fizjoterapii, planowania postępowania fizjoterapeutycznego, oceny efektów leczenia oraz modyfikacji terapii w zależności od stanu klinicznego pacjenta. W obowiązującym modelu udzielania świadczeń lekarz dokonuje kwalifikacji medycznej i wystawia skierowanie na rehabilitację, natomiast za planowanie, realizację oraz ocenę procesu usprawniania odpowiada fizjoterapeuta. W związku z tym zapewnienie w podmiocie leczniczym specjalisty w dziedzinie fizjoterapii stanowi wystarczające zabezpieczenie merytoryczne i organizacyjne do nadzorowania procesu fizjoterapii, bez konieczności obligatoryjnego zatrudniania lekarza wyłącznie w celu spełnienia wymagań kadrowych. Proponowana zmiana umożliwi bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych, ograniczy trudności związane z dostępnością lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej oraz pozwoli na utrzymanie wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń dzięki wykorzystaniu kompetencji specjalistów w dziedzinie fizjoterapii.	-lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub - lekarz specjalista w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub -lekarz specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej, lub -lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, lub -lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie, o której mowa w tiret pierwszy-czwarty, lub -lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w tiret pierwszy-czwarty, , uzyskaną na podstawie przepisów obowiązujących przed dniem wejścia w życie obecnego systemu specjalizacji lub - specjalista fizjoterapii lub fizjoterapeuta w trakcie specjalizacji po ukończeniu I roku, uzyskaną na podstawie przepisów
--	--	--	--	--	--

					obowiązujących przed dniem wejścia w życie obecnego systemu specjalizacji;”.
27	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 w lit b w ust. 1 pkt 2	Brak wyodrębnionego czasu na procedurę analogiczną do Wizyty fizjoterapeutycznej	Brak wyodrębnionego czasu na procedurę analogiczną do Wizyty fizjoterapeutycznej, bądź porady fizjoterapeutycznej może uniemożliwić zrealizowanie tak rozbudowanej oceny.	Zmodyfikować na: 2) ocenę efektów terapii przeprowadza członek zespołu realizujący terapię na poziomie struktury, lub aktywności lub uczestnictwa
28	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 w lit a ust. 1 pkt 1	Należy zmienić przedział czasowy dla rwanía rehabilitacji	W przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie i wynosi nie więcej niż 60 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Zdaniem KRF nie można dyskryminować pacjentów ze względu na miejsce udzielania świadczeń: fizjoterapia ambulatoryjna 60, oddział dzienny tylko 30.	pkt 1 nadać brzmienie „1) czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego dla jednego świadczeniobiorcy wynosi od 15 do 60 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;”.
29	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 w lit a	Konieczne jest uwzględnienia możliwości realizacji zabiegów krioterapii miejscowej w ramach świadczeń realizowanych w ramach ośrodka i oddziału dziennego – jeśli dane świadczenie jest realizowane – analogicznie jak widnieje zapis w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej	Zdaniem KRF nie można dyskryminować pacjentów ze względu na miejsce udzielania świadczeń: fizjoterapia ambulatoryjna ma zapis o zabiegach krioterapii ogólnoustrojowej, a w przypadku oddziału czy ośrodka dziennego – brak takiego zapisu , co może sugerować, że pacjenci oddziału dziennego nie będą mogli realizować tego świadczenia.	Dodać do wymogów wymogów zabieg krioterapii miejscowej także w przypadku oddziału dziennego - jeśli dane świadczenie jest udzielane – w lokalizacji.
30	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 lit a	Należy dodać wymóg o przysługiwaniu pacjentowi co najmniej 3 procedur w jednym dniu zabiegowym	Z praktycznego punktu widzenia, zapis niekorzystny zarówno dla pacjenta, jak i dla podmiotów realizujących świadczenie.	pkt 3 nadać brzmienie: „3) w dniu zabiegowym jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie

		ust. 1 pkt 3			mniej niż 3 procedury oraz nie więcej niż 90 minut interwencji terapeutycznej;’.
31	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 lit b ust. 5 pkt 1	Należy rozszerzyć zakres lekarzy uprawnionych do skierowania na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego o genetyka, kardiologa k) kardiochirurga, neurochirurga i pediatrę.	Rozszerzenie katalogu lekarzy jest konieczne ze względu na to, że w praktyce ci lekarze mają właściwą wiedzę i kompetencję do podejmowania decyzji w sprawie rehabilitacji.	pkt 1 nadać brzmienie: „1) lekarza oddziału lub poradni specjalistycznej o profilu: a) neonatologicznym, b) rehabilitacyjnym, c) ortopedyczno-traumatologicznym, d) neurologicznym, e) reumatologicznym, f) chirurgii dziecięcej, g) endokrynologii dziecięcej, h) diabetologii dziecięcej i) genetyk j) kardiolog k) kardiochirurg l) neurochirurg Pediatria lub”.
32	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 lit a ust. 3 pkt 1 i 2	Należy dostosować wyposażenie gabinetu kinezyterapii do współczesnych wymogów	Proponowane zmiany mają na celu dostosowanie wymagań dotyczących wyposażenia do współczesnych standardów fizjoterapii. Kluczowe znaczenie powinno mieć zapewnienie możliwości realizacji procesu terapeutycznego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a nie obowiązek posiadania konkretnych urządzeń o zbliżonych funkcjach. Takie rozwiązanie zwiększy elastyczność organizacyjną świadczeniodawców, ograniczy nieuzasadnione koszty oraz ułatwi wdrażanie nowych technologii bez obniżania jakości udzielanych świadczeń.	pkt 1 i 2 nadać brzmienie – „1) gabinet kinezyterapii – w lokalizacji: a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,

--	--	--

	b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych lub rower stacjonarny lub rower powietrzny angażujący jednocześnie ręce i nogi lub orbitrek lub bieżnia, c) urządzenie do ćwiczeń w odciążeniu lub system spełniający jego rolę, d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki) lub zestaw terapeutyczny do ćwiczeń ręki i palców e) urządzenia lub przybory do treningu oporowego, przybory służące do ćwiczeń zwiększających siłę mięśniową, przybory do ćwiczeń równowagi i propriocepcji 2)gabinet fizykoterapii – w lokalizacji: a) zestaw do elektroterapii z osprzętem,
--	---

					b) lampa do naświetlań światłem podczerwonym, c) zestaw do magnetoterapii, d) zestaw do terapii falą ultradźwiękową (z wyłączeniem w przypadku ośrodka dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), e) zestaw do biostymulacji laserowej z aplikatorem (np.: punktowym).;
33	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 4 lit a ust. 2 pkt 1 i 2	Należy zmienić wymagania dla personelu w przeliczeniu na łóżko	Dane z NFZ wykazały, że istnieje ryzyko braku dostatecznej liczby personelu oraz możliwego wzrostu kosztów udzielania świadczeń, poprzez podwyższenie warunków minimalnych w zakresie obligatoryjnego wymagania lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji oraz specjalistów w dziedzinie fizjoterapii. Konsekwencją braku dostatecznej liczby personelu jest również ograniczenie dostępności poprzez spadek liczby podmiotów, czyli miejsc realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Z analizy w	pkt 1 i 2 nadać brzmienie: 1) lekarz – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko :a) lekarz specjalista neurologii, lub b) lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub

				zakresie ryzyka braku dostatecznej liczby personelu (lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji oraz specjalistów w dziedzinie fizjoterapii) wynika, że w 7 na 16 województw obecnie nie ma dostatecznej liczby wszystkich ogółem aktywnych zawodowo specjalistów fizjoterapii, przy czym należy pamiętać, że nie wszyscy chcą udzielać świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej. Ponadto, istotne jest również, że struktura demograficzna lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji, obecnie jest mało korzystna, gdyż 38% spośród tych lekarzy specjalistów jest w wieku powyżej 60 lat. DL nie rekomenduje wprowadzenia tego rozwiązania.	c) lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), oraz d) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub e) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub F) specjalista w dziedzinie fizjoterapii oraz ½ etatu specjalista fizjoterapii w przypadku niespełnienia w podpunkcie F 2) zapewnienie konsultacji lekarza – w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale: a) specjaliści neurologii lub specjaliści chorób wewnętrznych, lub specjaliści pediatrii, lub specjaliści neurologii dziecięcej,
--	--	--	--	---	--

					b) specjaliści ortopedii i traumatologii narządu ruchu, c) urologii,
34	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 4 lit b ust. 2 pkt 1 i 2	j. w.	J.w.	pkt 1 i 2 nadać brzmienie: 1) lekarz – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko :a) lekarz specjalista neurologii, lub b) lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub c) lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), oraz d) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub e) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub

					F) specjalista w dziedzinie fizjoterapii oraz ½ etatu specjalista fizjoterapii w przypadku niespełnienia w podpunkcie F 2) zapewnienie konsultacji lekarza – w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale: a) specjalisty neurologii lub specjalisty chorób wewnętrznych, lub specjalisty pediatrii, lub specjalisty neurologii dziecięcej, b) specjalisty ortopedii i traumatologii narządu ruchu, c) urologii,
35	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 4 lit c ust. 2 pkt 1 i 2	j. w.	W ramach wymaganego jednego etatu lekarskiego co najmniej połowę ma zabezpieczać lekarz rehabilitacji medycznej lub odpowiadający mu specjalista według dawnych nazw specjalizacji. Dopiero pozostała część może być zabezpieczona między innymi przez pulmonologa. Oznacza to w praktyce, że ośrodek dysponujący bardzo dobrym zespołem pulmonologów i fizjoterapeutów pulmonologicznych nie będzie mógł prowadzić świadczenia bez lekarza rehabilitacji. Taki lekarz rehabilitacji staje się kadrowo ważniejszy niż lekarz chorób płuc, a dostępność świadczenia jest uzależniona od niedostępnej kadry, która nie musi posiadać doświadczenia w chorobach układu oddechowego. Lekarz rehabilitacji medycznej może uczestniczyć w zespole fakultatywnie, jeżeli wynika to z profilu pacjentów lub organizacji danego ośrodka i jeżeli	pkt 1 i 2 nadać brzmienie: 1) lekarz – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko :a) lekarz specjalista neurologii, lub b) lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub c) lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), oraz d) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej,

				posiada udokumentowane doświadczenie w rehabilitacji pulmonologicznej, ale nie powinien stanowić obligatoryjnego warunku realizacji świadczenia. Obowiązkowy udział lekarza rehabilitacji medycznej tworzy dodatkową barierę kadrową i może ograniczyć dostępność rehabilitacji pulmonologicznej.	lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub e) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub F) specjalista w dziedzinie fizjoterapii oraz ½ etatu specjalista fizjoterapii w przypadku niespełnienia w podpunkcie F 2) zapewnienie konsultacji lekarza – w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale: a) specjalisty neurologii lub specjalisty chorób wewnętrznych, lub specjalisty pediatrii, lub specjalisty neurologii dziecięcej, b) specjalisty ortopedii i traumatologii narządu ruchu, c) urologii,
36	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 4 lit	j. w.	j. w.	Pkt1 i 2 nadać brzmienie:

		d ust. 2 pkt 1 i 2		1) lekarz – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko a) lekarz specjalista neurologii, lub b) lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub c) lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), oraz d) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub e) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub F) specjalista w dziedzinie fizjoterapii oraz ½ etatu specjalista fizjoterapii w przypadku niespełnienia w podpunkcie F
--	--	-----------------------	--	---

					2) zapewnienie konsultacji lekarza – w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale: a) specjalisty neurologii lub specjalisty chorób wewnętrznych, lub specjalisty pediatrii, lub specjalisty neurologii dziecięcej, b) specjalisty ortopedii i traumatologii narządu ruchu, c) urologii,
37	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 3 lit a ust. 3 pkt 6 pkt 1 i 2.	Należy uprościć proces decyzyjny w związku z kwalifikacją do rehabilitacji na oddziale dziennym.	Skoro ze względów medycznych pacjent został skierowany do oddziału dziennego nie jest uzasadnione wydłużenie procesu decyzyjnego o kolejną kwalifikację wewnątrz oddziałową. Wciąż pozostaje kolejny etap określenia stanu funkcjonalnego oraz dobór indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego jako kolejny krok.	pkt 1 i 2 nadać brzmienie „1) lekarza oddziału: a) urazowo-ortopedycznego, b) chirurgicznego, c) neurochirurgicznego, d) neurologicznego, e) reumatologicznego, f) chorób wewnętrznych, g) onkologicznego, h) urologicznego, i) pediatrii, j) endokrynologii dziecięcej, k) diabetologii dziecięcej, l)rehabilitacji: ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej, ogólnoustrojowej dziecięcej, neurologicznej dziecięcej, m)ginekologicznego lub 2) lekarza poradni: a) rehabilitacyjnej, b) urazowo-ortopedycznej, c) neurologicznej, d) reumatologicznej,

					e) poradni wad postawy, f) endokrynologii dziecięcej, g) diabetologii dziecięcej, h) neurochirurgicznej, i) chirurgii naczyniowej, lub”
38	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp 3 lit. b pkt 2	1)lekarz rehabilitacji wszystkie warianty oraz lekarz specjalista pediatrii ½ etatu.2)specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta w trakcie specjalizacji po ukończeniu 1 roku specjalizacji-co najmniej równoważnik 1/4 etatu	Lekarz w Ośrodku dziennym dla dzieci może ocenić efekty wypracowane przez zespół terapeutyczny ,który to ocenia . Utrzymanie wypracowanych efektów terapeutycznych jest równie ważne jak ich osiągnięcie dla terapeutę. Dzieci z orzeczeniami korzystają z różnych poradni związanych z ich chorobami współistniejącymi i to one mają decydującą rolę w leczeniu .	Konsultacja lekarz rehabilitacji wszystkie warianty bez lekarza pediatrii ok LUB specjalista fizjoterapii . Wymiar czasowy ¼ lub ½ etatu.
39	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 2	Usunąć E55 Niedobór witaminy D	Sam niedobór witaminy D nie stanowi wskazania do rehabilitacji stacjonarnej.	usunąć
40	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 2	Usunąć I10–I15 Nadciśnienie tętnicze –	Zdecydowana większość pacjentów nie wymaga rehabilitacji stacjonarnej. Rehabilitacja jest potrzebna dopiero przy powikłaniach (np. po udarze, zawale, niewydolności serca).	usunąć
41	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 2	Usunąć: Epizod depresyjny Zaburzenia depresyjne nawracające, Uporczywe zaburzenia nastroju	Samo rozpoznanie depresji nie oznacza potrzeby rehabilitacji leczniczej. Potrzebne są zaburzenia funkcjonowania ruchowego lub ograniczenia aktywności.	usunąć
42	Krajowa Rada Fizjoterapeutów Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 2	Usunąć: Atopowe zapalenie skóry, Pokrzywka, Torbiele skóry, Ostuda, Ziarniniak obrączkowaty.	Zdecydowana większość tych schorzeń nie wymaga rehabilitacji stacjonarnej.	usunąć
43	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 10 ust. 1 pkt) i2)	Profile interwencji . 3)c. od rozpoczęcia 8 r.ż do ukończenia 18 r.ż- realizowana jest w wymiarze nie mniejszym niż 60 min i nie większym niż 180 min usprawniania, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o	Osoba, która przed 18 r.ż korzystała z rehabilitacji w ośrodku dziecięcym, powinna mieć możliwość kontynuowania terapii w tym samym miejscu do 25 r.ż,jeśli zespół terapeutyczny potwierdzi, że jest to medycznie i funkcjonalnie uzasadnione. O głębokim	1. Prawo do kontynuacji rehabilitacji

			potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) realizowana jest do ukończenia 25.r.ż . 7) osoba która: uzyskała tytuł mag. na kierunku pedagogiki specjalnej ½ etatu. 5. Skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego jest wystawiane przez; 1) a. lekarz oddziału lub poradni specjalistycznej o profilu: a)neonatologicznym b)rehabilitacyjnym ,c)ortopedyczno-traumatologiczny, d)neurologicznym,e) reumatologicznym,f)chirurgii dziecięcej,g)endokrynologii dziecięcej, h) diabetologii dziecięcej lub 2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	stopniu upośledzenia(niepełnosprawność sprzężona) decyduje poradnia psychologiczno - pedagogiczna dla potrzeb kształcenia . Nie ocenia ruchowej niepełnosprawności a intelektualna nie powinna być decydująca .Głębokie upośledzenie kwalifikuje się do np OREW,Hospicja dla dzieci, rehabilitacja domowa, domowe leczenie wentylacji mechanicznej(respiratorem) świadczenia refundowane przez NFZ. Pedagog spec. powiela pracę Logopedy ,psychologa ,terapeuty IS	Osobie z niepełnosprawnością, która przed ukończeniem 18. roku życia korzystała z rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków publicznych, zapewnia się prawo do kontynuacji rehabilitacji po osiągnięciu pełnoletności. Kontynuacja rehabilitacji powinna być możliwa w dotychczasowym ośrodku lub u dotychczasowego świadczeniodawcy, jeżeli przemawia za tym stan zdrowia, potrzeby funkcjonalne pacjenta lub ryzyko regresu. 2. Wydłużenie możliwości korzystania z ośrodków dziecięcych Osoba z niepełnosprawnością, wymagająca stałej lub wielospecjalistycznej rehabilitacji, może korzystać z dotychczasowego systemu rehabilitacji dzieci i młodzieży po ukończeniu 18. roku życia, nie dłużej niż do ukończenia 24. albo 25. roku życia. Uprawnienie to przysługuje w szczególności osobom ze znaczną, sprzężoną lub trwałą niepełnosprawnością oraz osobom z chorobami rzadkimi, genetycznymi lub neurologicznymi. 3. Zakaz automatycznego przerwania rehabilitacji
--	--	--	---	---	---

				Ukończenie 18. roku życia nie może stanowić samodzielnej podstawy do zakończenia rehabilitacji, zmiany ośrodka lub ograniczenia zakresu świadczeń rehabilitacyjnych. Decyzja o zmianie formy rehabilitacji powinna być poprzedzona oceną medyczną i funkcjonalną pacjenta. 4. Obowiązek oceny ryzyka regresu Przed zakończeniem rehabilitacji w dotychczasowym ośrodku albo przed przeniesieniem pacjenta do systemu rehabilitacji osób dorosłych przeprowadza się ocenę ryzyka regresu funkcjonalnego. W przypadku stwierdzenia ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, utraty funkcji lub zaprzepaszczenia efektów dotychczasowej terapii pacjentowi zapewnia się dalszą rehabilitację w sposób ciągły. 5. Okres przejściowy Dla osoby z niepełnosprawnością przechodzącej z systemu rehabilitacji dziecięcej do systemu rehabilitacji dorosłych zapewnia się okres przejściowy. Okres ten obejmuje przekazanie dokumentacji, plan dalszej terapii oraz możliwość współpracy
--	--	--	--	--

					dotychczasowego i nowego zespołu terapeutycznego. 6. Rehabilitacja podtrzymująca Osobom z trwałą niepełnosprawnością zapewnia się dostęp do rehabilitacji podtrzymującej, której celem jest utrzymanie osiągniętych funkcji, zapobieganie regresowi oraz ograniczanie powikłań zdrowotnych. Rehabilitacja podtrzymująca powinna być finansowana jako świadczenie ciągłe, a nie wyłącznie w formie krótkotrwałych cykli terapeutycznych. 7. Ciągłość zespołu terapeutycznego Przy kwalifikowaniu pacjenta do dalszej rehabilitacji uwzględnia się znaczenie ciągłości opieki terapeutycznej. Znajomość pacjenta przez dotychczasowy zespół, w szczególności jego sposobu komunikacji, reakcji na terapię, ograniczeń i potrzeb funkcjonalnych, stanowi przesłankę do kontynuacji rehabilitacji w tym samym ośrodku. 8. Udział rodziny i opiekunów
--	--	--	--	--	--

					Rodzic, opiekun prawny lub opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością uczestniczy w planowaniu kontynuacji rehabilitacji po ukończeniu przez pacjenta 18. roku życia. Udział opiekuna jest szczególnie istotny, gdy pacjent nie jest osobą samodzielną funkcjonalnie lub wymaga stałego wsparcia w komunikacji, opiece i podejmowaniu decyzji.
44	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 1 lp. 10 ust. 1 pkt) i2)	Profile interwencji . 3)c. od rozpoczęcia 8 r.ż do ukończenia 18 r.ż- realizowana jest w wymiarze nie mniejszym niż 60 min i nie większym niż 180 min usprawniania, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) realizowana jest do ukończenia 25.r.ż . 7) osoba która: uzyskała tytuł mag. na kierunku pedagogiki specjalnej ½ etatu. 5. Skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego jest wystawiane przez; 1) a. lekarz oddziału lub poradni specjalistycznej o profilu: a)neonatologicznym b)rehabilitacyjnym ,c)ortopedyczno-traumatologiczny, d)neurologicznym,e) reumatologicznym,f)chirurgii dziecięcej,g)endokrynologii dziecięcej, h) diabetologii dziecięcej lub 2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	Osoba, która przed 18 r.ż korzystała z rehabilitacji w ośrodku dziecięcym, powinna mieć możliwość kontynuowania terapii w tym samym miejscu do 25 r.ż,jeśli zespół terapeutyczny potwierdzi, że jest to medycznie i funkcjonalnie uzasadnione. O głębokim stopniu upośledzenia(niepełnosprawność sprzężona) decyduje poradnia psychologiczno - pedagogiczna dla potrzeb kształcenia . Nie ocenia ruchowej niepełnosprawności a intelektualna nie powinna być decydująca .Głębokie upośledzenie kwalifikuje się do np OREW,Hospicja dla dzieci, rehabilitacja domowa, domowe leczenie wentylacji mechanicznej(respiratorem) świadczenia refundowane przez NFZ. Pedagog spec. powiela pracę Logopedy ,psychologa ,terapeuty IS	1. Prawo do kontynuacji rehabilitacji Osobie z niepełnosprawnością, która przed ukończeniem 18. roku życia korzystała z rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków publicznych, zapewnia się prawo do kontynuacji rehabilitacji po osiągnięciu pełnoletności. Kontynuacja rehabilitacji powinna być możliwa w dotychczasowym ośrodku lub u dotychczasowego świadczeniodawcy, jeżeli przemawia za tym stan zdrowia, potrzeby funkcjonalne pacjenta lub ryzyko regresu. 2. Wydłużenie możliwości korzystania z ośrodków dziecięcych Osoba z niepełnosprawnością, wymagająca stałej lub

					wielospecjalistycznej rehabilitacji, może korzystać z dotychczasowego systemu rehabilitacji dzieci i młodzieży po ukończeniu 18. roku życia, nie dłużej niż do ukończenia 24. albo 25. roku życia. Uprawnienie to przysługuje w szczególności osobom ze znaczną, sprzężoną lub trwałą niepełnosprawnością oraz osobom z chorobami rzadkimi, genetycznymi lub neurologicznymi. 3. Zakaz automatycznego przerwania rehabilitacji Ukończenie 18. roku życia nie może stanowić samodzielnej podstawy do zakończenia rehabilitacji, zmiany ośrodka lub ograniczenia zakresu świadczeń rehabilitacyjnych. Decyzja o zmianie formy rehabilitacji powinna być poprzedzona oceną medyczną i funkcjonalną pacjenta. 4. Obowiązek oceny ryzyka regresu Przed zakończeniem rehabilitacji w dotychczasowym ośrodku albo przed przeniesieniem pacjenta do systemu rehabilitacji osób dorosłych przeprowadza się ocenę ryzyka regresu funkcjonalnego. W przypadku stwierdzenia ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, utraty funkcji lub zaprzepaszczenia
--	--	--	--	--	---

					efektów dotychczasowej terapii pacjentowi zapewnia się dalszą rehabilitację w sposób ciągły. 5. Okres przejściowy Dla osoby z niepełnosprawnością przechodzącej z systemu rehabilitacji dziecięcej do systemu rehabilitacji dorosłych zapewnia się okres przejściowy. Okres ten obejmuje przekazanie dokumentacji, plan dalszej terapii oraz możliwość współpracy dotychczasowego i nowego zespołu terapeutycznego. 6. Rehabilitacja podtrzymująca Osobom z trwałą niepełnosprawnością zapewnia się dostęp do rehabilitacji podtrzymującej, której celem jest utrzymanie osiągniętych funkcji, zapobieganie regresowi oraz ograniczanie powikłań zdrowotnych. Rehabilitacja podtrzymująca powinna być finansowana jako świadczenie ciągłe, a nie wyłącznie w formie krótkotrwałych cykli terapeutycznych. 7. Ciągłość zespołu terapeutycznego Przy kwalifikowaniu pacjenta do dalszej rehabilitacji uwzględnia się
--	--	--	--	--	---

					znaczenie ciągłości opieki terapeutycznej. Znajomość pacjenta przez dotychczasowy zespół, w szczególności jego sposobu komunikacji, reakcji na terapię, ograniczeń i potrzeb funkcjonalnych, stanowi przesłankę do kontynuacji rehabilitacji w tym samym ośrodku. 8. Udział rodziny i opiekunów Rodzic, opiekun prawny lub opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością uczestniczy w planowaniu kontynuacji rehabilitacji po ukończeniu przez pacjenta 18. roku życia. Udział opiekuna jest szczególnie istotny, gdy pacjent nie jest osobą samodzielną funkcjonalnie lub wymaga stałego wsparcia w komunikacji, opiece i podejmowaniu decyzji.
45	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	zał. nr 6	W załączniku zastosowano skalę MRC z wartościami granicznymi 3–7, 3–8 oraz 5–8, jednak nie określono sposobu wyznaczania wyniku.	Należy doprecyzować sposób stosowania skali MRC poprzez wskazanie ocenianych grup mięśniowych oraz sposobu wyliczania wyniku kwalifikującego do świadczenia. Obecny zapis nie pozwala na jednoznaczne i jednolite stosowanie kryteriów kwalifikacji przez świadczeniodawców.	doprecyzować