

Świadczenia gwarantowane obejmujące stacjonarną rehabilitację leczniczą (WT.521.4.2023) – uwagi do raportu

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Jerzy Karwowski	Tabela 22 Projekty tarif Str. 50 kod produktu 5.11.02.9100059 i 5.11.02.9100078	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym jest procedurą niezwykle istotną z punktu widzenia kompleksowości leczenia i pełnego powrotu do sprawności pacjenta. Jest to procedura kosztochłonna, wymagająca wielospecjalistycznej opieki nad przypadkami trudnymi, często po niezwykle skomplikowanych zabiegach. Aby była skuteczna musi być rozpoczęta jak najszybciej a więc jej dostępność musi być szeroka. Zaproponowana zwyczajka wyceny świadczeń o 5 % pokryje de facto różnicę kosztów wynikających z prognozy inflacji, nie zdoła jednak zrekomensować rosnących cen energii, materiałów i produktów leczniczych, kosztów wynagrodzeń (10 % wg GUS). Z wieloletniej praktyki medycznej wynika, iż rehabilitacja pacjenta pooperacyjnego bez i ze stwierdzonymi chorobami współistniejącymi jest tak samo kosztochłonna. Wobec powyższego zasadnym jest zwyczajka wyceny obu tych zakresów do wartości 7 %.
		Tabela 22 Projekty tarif Str. 50 kod produktu 5.11.02.9100063	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu jest od lat niedofinansowana, pomimo odzwierciedlonego w statystykach zapotrzebowania na takowe świadczenia. Dotyczy przede wszystkim pacjentów, którzy z przyczyn medycznych (zaostrezenie stanu przewlekłego, ciężkie zaburzenia wywołane chorobą przewlekłą) nie mogą korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej lub domowej - i jedyną opcją powrotu do sprawności stanowi dla nich rehabilitacja stacjonarna. Często są również przypadki gdy pacjent pooperacyjny, nie może w ustawowym terminie (z przyczyn zdrowotnych lub organizacyjnych) rozpocząć leczenia stacjonarnego z kodem 5.11.02.9100059 i ostatecznie jest rozliczany jako pacjent przewlekły. Ze względu na stan zdrowia ww. wymagają podobnego zaangażowania sił i środków podczas rehabilitacji jak pacjenci pourazowi i bezpośrednio pooperacyjni. Tym samym trudne do przyjęcia jest utrzymywanie stanu nierentowności tego zakresu. Wobec powyższego postulujemy o zwyczajkę wyceny tego zakresu do wartości 9 %.
2.	Jacek Piotr Durmała	4.1. tabela 23	Cała rehabilitacja ogólnoustrojowa (poza jednym produktem powiązanym z rehabilitacją neurologiczną) jest wyceniona (wzrost procentowy) poniżej średniej w obszarze oraz wg moich wyliczeń poniżej poziomu inflacji. Mieści się w zakresie 4,4% -7,7%. Wymaga wyrównania co najmniej do średniej obszarowej oraz zastosowania dodatkowego finansowania leczenia bezpośrednio nie powiązanego z rehabilitacją, w tym specjalistycznego leczenia ran i odleżyn, leczenia zakażeń wewnętrzzszpitalnych, diagnostyki obrazowej, konsultacji specjalistycznych, zbiegów endoskopowych (gastro- kolo-i bronchoskopia), leczenia preparatami krwiopochodnymi oraz monitorowania stężenia leków we krwi. Dodatkowo powinna być wyceniona rehabilitacja realizowana w warunkach izolacji stanowiskowej u osób będących potencjalnym źródłem zakażenia.
3.	Dominika Szalewska	Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, WT.521.4.2023, str. 6 i 7	Do produktów do sumowania, niezwiązanych bezpośrednio z rehabilitacją leczniczą, należy dodać następujące produkty: - monitorowanie stężenia leków we krwi (takrolimus, digoksyna, itp.) - leczenie ran przewlekłych, - leczenie zakażeń wewnętrzzszpitalnych - dopłata do antybiotykoterapii - diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, MRI, CT, USG - gastroscopia, kolonoskopia, bronchoskopia - konsultacje neurologiczne, ortopedyczne, internistyczne, psychiatryczne, neurochirurgiczne, reumatologiczne, kardiologiczne, chirurgiczne - leczenie ran przewlekłych, odleżyn - wykonywanie procedur małoinwazyjnych: termolezja, kriolezja, leczenie spastyczności, iniekcje dostawowe, okołostawowe - leczenie preparatami krwiopochodnymi - monitorowanie stężenia leków we krwi - diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, MRI, CT, USG - gastroscopia, kolonoskopia, bronchoskopia - konsultacje neurologiczne, ortopedyczne, internistyczne, psychiatryczne, neurochirurgiczne, reumatologiczne, kardiologiczne, chirurgiczne - leczenie ran przewlekłych, odleżyn - wykonywanie procedur małoinwazyjnych: termolezja, kriolezja, leczenie spastyczności, iniekcje dostawowe, okołostawowe - leczenie preparatami krwiopochodnymi - monitorowanie stężenia leków we krwi.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
4.	Marek Józwiak		Zgodnie z zapisem punktu 3.2.1 (str. 43) zastosowane stawki bazowe taryfikacji zostały zmodyfikowane zgodnie z istniejącą sytuacją inflacyjną. Zapis ten nie jest jednak czytelny i dla mnie zrozumiały. Należy podkreślić że dotychczas obowiązujące stawki taryf za usługi w zakresie rehabilitacji leczniczej zostały ustalone w 2023r. Od tego czasu poziom inflacji rocznej zgodnie z danymi GUS wynosił: w 2023 r. - 11,4%; w 2024 r. - 3,6%; a prognozy na 2025 r. wynoszą od 3,6% do 4,9 %. W związku z powyższym realny stopień wzrostu kosztów leczenia w minionym okresie wynosi od 20% do 21%, które to wartości są wyższe niż przyjęte podczas obliczania stawki bazowej. Wartość 19 % dotyczy tylko wynagrodzeń a przecież pozostałe koszty uległy również zwiększeniu. Na wzrost ten wpływ mają wzrosty cen środków leczniczych, wzrosty cen energii będące pochodną inflacji oraz wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia, będący konsekwencją ustalonych trendów wynagrodzeniowych ustalonych w poprzednich latach. W związku z powyższym, zgodnie z p. 4.2 propozycji taryfikacji świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej ma ona na celu dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców co ma pozwolić na zapewnienie wyższego standardu udzielania świadczeń poprzez urealnienie wysokości ich refundacji przez płatnika, a także usprawni dostęp do nich w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z tym zapisem wzrost taryf w analizowanym obszarze powinien umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia. Bardziej adekwatna refundacja ze strony płatnika ma pozwolić na pokrycie strat sygnalizowanych w analizowanym obszarze świadczeń. Zgodnie z powyższym zapis ten znajduje zastosowanie do części z wymienionych usług medycznych zapewniając im utrzymanie istniejących warunków realizacji świadczeń. Niestety w zakresie produktów rehabilitacji ogólnoustrojowej ten warunek nie zostanie spełniony. Wskazany zakres zwiększenia wysokości świadczenia wskazuje na znaczne ograniczenie wysokości refundacji poniesionych kosztów - planowany wzrost taryfy o zaledwie 5,1%. Oznacza to znaczny spadek wartości przewidywanej refundacji świadczenia w tym zakresie, który jest niezgodny z treścią p.4.2 przedstawionego w dokumencie komentarza. W pozostałych grupach, reprezentujących mniej licznie realizowane procedury wskaźnik wzrostu jest wyższy: rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, pediatryczna wskazany wzrost świadczeń w większości adekwatnie substytuuje zaistniałe wskaźniki inflacji. W wypadku rehabilitacji pulmonologicznej - przewidywany wzrost wartości świadczenia - ok 60% wynika z rażąco niskiej wartości wyjściowej. Pomimo wskazanego wzrostu, wartość tego świadczenia nadal znajduje się poniżej jego wyceny kosztowej. Różnice jednak nie będą aż tak rażące. Przyczyną wskazanej powyżej nieprawidłowości obliczenia wskaźnika wzrostu wartości świadczenia wynikają z przyjętego założenia wyceny wartości świadczenia podstawowego jako „1” - bez podania jego wartości wyjściowej. Nie można się z tym zgodzić przyjmując jako podstawę wartość ustalona w 2023r. Jedyną możliwą opcją jest przyjęcie tej wartości jako powiększonej o współczynnik inflacji z lat 2023 + 2024 oraz wskazany współczynnik wzrostu tzn. 5,1%. Są to jedyne możliwe warunki obliczenia wartości podstawowej świadczenia rehabilitacyjnego. Wnioskuje więc o zwiększenie stawki bazowej dla rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej.
			Przedmiotem dalszych prac, zapewne na drodze poszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych muszą stać „dosumowywujące”. Powinny one obejmować: - Leczenie ran przewlekłych i odleżyn, szczególnie z zastosowaniem vacuum - Leczenie zakażeń przewlekłych, zakażeń wewnątrzszpitalnych, przedłużona antybiotykoterapia - Leczenie krwιά i preparatami krwiopochodnymi - Leczenie chorych z znacznym stopniem niepełnosprawności, chorych leżących niezdolnych do samodzielnego chodzenia (ocena w skali Rankina 5) - Procedury diagnostyczne w zakresie diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej - - rezonansu magnetycznego, - tomografii komputerowej i - ultrasonografii oraz - ponadnormalnego postępowania diagnostycznego np. posiewów z ran oraz określanie poziomu leków w zakresie kardiologii, neurologii lub reumatologii - leczenie toksyną botulinową na oddziałach rehabilitacji neurologicznej dla dorosłych oraz dla dzieci zgodnie powinny być rozliczane zgodnie z zasadami obowiązującymi dla chorych w śpiączce - program ICD R 40.2 obejmując chorych kwalifikowanych do leczenia spastyczności programów leczenia spastyczności B37 i B50
			Wątpliwości budzi konieczność posiadania stanowiska intensywnego nadzoru w oddziale rehabilitacji neurologicznej - musi być dostępne w lokalizacji szpitala - nawet oddziały operacyjne nie mają takich wymogów.
			Wątpliwym jest również odrębne finansowanie zabiegów w kriokomorach - dane naukowe są niezwykle skromne w tym zakresie. Wartościowym byłoby dofinansowanie na niższym poziomie zabiegów krioterapii miejscowej i ogólnej jako bardzo skuteczny, ale dość kosztowny zabieg fizykoterapeutyczny.
			Prawdopodobnie na drodze pomyłki edycyjnej w oddziałach rehabilitacji neurologicznej nie figuruje logopeda - zarówno w oddziałach rehabilitacji dla dorosłych, jak i dla dzieci logopeda jest konieczny. Figurowało to w zapisach wcześniej przesłanych.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
5.	Krzysztof Wasiak	2.4 Analiza popytu i podaży. 2.4.1. Statystyka dotycząca realizacji świadczeń. Tab.4. Tabela 4 Liczba oraz wartość świadczeń towarzyszących w 2023 r.	Proponuje finansowania przez NFZ dodatkowych procedur diagnostycznych w rehabilitacji stacjonarnej. Rehabilitacja ogólnoustrojowa: 1. USG narządu ruchu 2. Tomografia komputerowa 3. Posiew z antybiogramem (z wyłączeniem epidemiologicznych badań przesiewowych) Rehabilitacja neurologiczna: 1. USG 2. Tomografia komputerowa 3. Rezonans magnetyczny 4. Posiew z antybiogramem (z wyłączeniem epidemiologicznych badań przesiewowych) 5. Badanie urodynamiczne 6. Badanie neurofizjologiczne (EMG i ENG) Uzasadnienie merytoryczne: W/w badania pozwolą na doprecyzowanie rozpoznania i monitorowanie stanu zdrowia pacjenta co przełoży się na skuteczniejsze postępowanie terapeutyczne – rehabilitacyjne. Często pozwoli to na skrócenie czasu prowadzenia postępowania usprawniającego. Najważniejsze jest jednak podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjenta. Konieczność wykonania badania urodynamicznego wynika z „Wytycznych kompleksowej opieki neurourologicznej nad pacjentami z neurogenną dysfunkcją dolnych dróg moczowych w przebiegu urazów rdzenia kręgowego” – dokument zatwierdzony przez MZ i obowiązujący. Niewykonanie koniecznych badań EMG lub/i ENG spowoduje kolejne, nie zawsze konieczne, wizyty pacjentów w poradni neurologicznej gdzie pacjent i tak otrzyma stosowne skierowanie. Brak finansowania koniecznych badań spowoduje dodatkowe koszty dla NFZ ale powiększone jeszcze o koszty wizyt w AOS.
		2. Taryfowane świadczenia 2.7. Cenniki Komercyjne Tabela 10 Statystyki opisowe dot. cen komercyjnych osobodnia z zakresu stacjonarnej rehabilitacji leczniczej.+ załącznik 10.	Przedstawione ceny osobodni rehabilitacji stacjonarnej (ich rozrzut) w ośrodkach komercyjnych są niemiernodajne, gdyż nie pokazują zakresu opieki medycznej nad pacjentem. Mamy jedynie komunikat "brak danych" lub "osobodnie + zabiegi". Szpitale prowadzące rehabilitację stacjonarną (opieka całodobowa) w ramach NFZ powinny zapewniać pacjentowi leki oraz praktycznie wszystkie wyroby medyczne. Podwyższa to znacząco koszt hospitalizacji. Cenniki takie, bez określenia zakresu opieki i leczenia są dla potrzeb taryfikacji niemiernodajne.
		3. Projekt taryfy	W taryfikatorze brak jest wyceny wizyty kwalifikującej do przyjęcia pacjenta do oddziału rehabilitacji stacjonarnej. Kwalifikację taką wykonuje lekarz. W obecnie procedowanym nowym rozporządzeniu MZ - rehabilitacja lecznicza jest przewidziana taka czynność lekarska. Ponieważ wykonywana jest przed przyjęciem do szpitala jako "wizyta kwalifikacyjna" powinna zostać adekwatnie wyceniona. Kwalifikacja taka ma się opierać o badanie pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem skal funkcjonalnych dedykowanych konkretnym typom rehabilitacji (JGP). Kosztów takiej wizyty nie można włączyć do kosztów hospitalizacji gdyż nie wszyscy pacjenci zostaną zakwalifikowani do tej formy rehabilitacji. W takiej sytuacji pacjent powinien zostać poinformowany do jakiej formy rehabilitacji kwalifikuje go jego stan zdrowia i stan funkcjonalny. Taka wizyta wymaga poświęcenia pacjentowi czasu oraz wysiłku kwalifikacji ze strony lekarza.
6.	Karol Wojciechowski	Kadry medyczne Wykres 23; 24	Brak wyszczególnienia w analizie liczby fizjoterapeutów posiadających specjalizację w dziedzinie fizjoterapii co jest kluczowe z punktu widzenia zapewnienia dostępności.
		Tabela 10 Statystyki opisowe dotyczące cen komercyjnych osobodnia z zakresu stacjonarnej rehabilitacji leczniczej	Brak wyszczególnienia czy usługi komercyjne spełniają warunki wymagane określone dla realizacji świadczeń rehabilitacji stacjonarnej określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 poz. 265 z późn. zm.). Powyższe powoduje, iż zaimplementowane dane mogą nie odzwierciedlać realnych kosztów realizacji świadczeń w których uczestniczy personel medyczny obligatoryjny dla świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
		3.2.3. Koszt osobodnia	Brak uzasadnienia dla pominięcia kosztów personelu pielęgniarskiego. Znaczące zaangażowanie personelu pielęgniarskiego w ramach rehabilitacji neurologicznej oraz ogólnoustrojowej znacząco podnosi koszty realizacji świadczeń. Dodatkowo należy zauważyć, iż personel pielęgniarski jest również objęty regulacją waloryzacji płac na podstawie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Tabela 22 Projekt taryfy	Dla produktów w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej propozycja wzrostu nie odzwierciedla rzeczywistych kosztów osobodnia oraz zaangażowania personelu medycznego. Dla przykładu kod produktu 5.11.02.9100058 Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu propozycja podniesienia wyceny o 6 % nie pokrywa dynamiki wzrostu płac , inflacji, wzrostu kosztów energii, eksploatacji sprzętu.
7.	Adam Zalewski	Tabela 1 (str.7)	Niejasność i niekompletność danych w Tabeli 1 Raportu (str. 7) oraz brak kompleksowego ujęcia rehabilitacji ambulatoryjnej: o Zwracamy uwagę, że Tabela 1 („Liczba świadczeniodawców zobowiązanych do przekazania danych...”) budzi wątpliwości co do jej jasności i kompletności. Prezentowane dane wydają się fragmentaryczne. o Kluczowym mankamentem jest brak kompleksowego odniesienia do danych dotyczących rehabilitacji ambulatoryjnej, która obejmuje znacząco większą populację pacjentów. Uniemożliwia to pełną ocenę potrzeb i zasobów w systemie rehabilitacji. o Opieranie tak istotnego Raportu na danych, które mogą być niepełne lub pomijać kluczowe obszary świadczeń, jest obarczone ryzykiem podejmowania nieoptymalnych decyzji.
		Sekcja 3.1 Raportu (str.7)	Wątpliwości co do reprezentatywności danych użytych do kalkulacji średnich kosztów osobodnia (Sekcja 3.1 Raportu, str. 7): o Raport wskazuje, że świadczenia realizowało 429 świadczeniodawców, natomiast do wyliczenia średnich kosztów osobodnia wykorzystano dane od zaledwie 96 świadczeniodawców (22,4% populacji). o Budzi to zasadnicze wątpliwości co do reprezentatywności tej próby. Istnieje ryzyko, że charakterystyka kosztowa tych 96 podmiotów może nie być miarodajna dla pozostałych, co może skutkować ustaleniem taryf niedoszacowanych dla znaczącej części świadczeniodawców. o Wnioskujemy o przedstawienie przez AOTMiT szczegółowego uzasadnienia dotyczącego metodologii doboru próby oraz analizy jej reprezentatywności
		Sekcja 3.2.1 Raportu, str 18	Niejasność metodologii standaryzacji danych kosztowych i jej wpływ na zaniżanie wycen (Sekcja 3.2.1 Raportu, str. 18): o Raport AOTMiT opisuje stosowanie mediany i wykluczanie wartości skrajnych (outliers) w procesie standaryzacji kosztów. Kryteria definiowania wartości skrajnych oraz szczegółowy wpływ tych metod na wyniki kosztowe nie zostały wyjaśnione w sposób wystarczająco przejrzysty. o Istnieje obawa, że przyjęta metodologia może prowadzić do nadmiernego „wygładzania” danych, nie uwzględniając uzasadnionej zmienności kosztów wynikającej ze stopnia skomplikowania przypadków czy wyższego standardu opieki. Może to systematycznie zaniżać kalkulowany średni koszt świadczenia, szczególnie dla opieki wysokospecjalistycznej. o Domagamy się szczegółowego przedstawienia kryteriów oraz analizy wrażliwości pokazującej wpływ zastosowanych metod na ostateczną kalkulację kosztów.
		Tabela 15 (str. 42)	Błędy i niespójności w danych liczbowych w Tabeli 15 Raportu (str. 42): o Zgłaszamy istotne błędy arytmetyczne i/lub niespójności danych w Tabeli 15 („Liczba i odsetek hospitalizacji trwających nie dłużej niż 1, 2, 3, 4, 5, 6 tygodni oraz powyżej 6 tygodni...”). o Przykładowo, dla wiersza „Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu” (suma pacjentów 293), odjęcie od sumy pacjentów leczonych ≤3 tygodnie (na podstawie danych z kolumn tej tabeli) daje wynik 211 pacjentów z pobytem >3 tygodnie, podczas gdy inne dane sugerują 213. Podobne problemy z sumowaniem występują przy weryfikacji poprzez dodawanie pobyków 4, 5, 6-tygodniowych i dłuższych. o Analogiczne błędy występują w innych wierszach Tabeli 15, co podważa rzetelność danych. Wnioskujemy o natychmiastowe sprawdzenie, korektę danych oraz wyjaśnienie przyczyn błędów.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			II. Uwagi dotyczące ogólnego poziomu wycen, ich powiązania z jakością, inflacją oraz kosztami diagnostyki, farmakoterapii i amortyzacji 1. Konieczność urealnienia wszystkich wycen świadczeń poprzez zastosowanie wielopoziomowej korekty: - o Postulat bazowy: Podniesienie minimalnej wyceny osobodnia dla wszystkich świadczeń stacjonarnych o 144 zł. Uzasadniamy to faktem, iż przedstawiane przez AOTMiT minimalne wyceny (np. 256 zł dla rehabilitacji przewlekłej ROZ) są nierealne. Rzeczywiste koszty samego utrzymania pacjenta w warunkach szpitalnych (tzw. „doba hotelowa” w niedofinansowanym systemie) to około 400 zł i taką kwotę należy przyjąć jako absolutne minimum, do którego należy dążyć dla najprostszych świadczeń. Różnica 144 zł (400 zł - 256 zł) powinna być dodana do obecnych propozycji AOTMiT jako pierwszy krok urealnienia, szczególnie dla najniższej wycenianych świadczeń, przy założeniu podobnego poziomu niedoszacowania we wszystkich przypadkach jako punkt wyjścia do dalszych korekt. - o Korekta inflacyjna: Następnie, wszystkie taryfy (po ewentualnym zastosowaniu korekty bazowej) powinny zostać pomnożone przez współczynnik 1,212, odpowiadający skumulowanej inflacji (CPI) za lata 2023-2025 (11,4% w 2023 r., ok. 3,7% w 2024 r., prognoza NBP na 2025 r. – 4,9%). - o Korekta z tytułu niedoszacowania kosztów diagnostyki i farmakoterapii: Po uwzględnieniu inflacji, taryfy powinny zostać dodatkowo pomnożone przez współczynnik 1,15 (wzrost o 15%), aby pokryć systematycznie niedoszacowywane w obecnych wycenach koszty niezbędnej diagnostyki oraz często długotrwałej i kosztownej farmakoterapii. Należy podkreślić, że konieczność prowadzenia lub weryfikacji diagnostyki na oddziałach rehabilitacyjnych jest niezwykle istotna, zwłaszcza w świetle polskich badań naukowych (np. Tederko P. et al., Eur J Phys Rehabil Med. 2018;54(4):568-75), które wykazały, iż nieprawidłowości w rozpoznaniu kierującym lub w zakresie chorób współistniejących dotyczyły aż 34,3% pacjentów kierowanych na rehabilitację. Brak adekwatnego finansowania diagnostyki w ramach taryfy rehabilitacyjnej uniemożliwia właściwą korektę procesu leczenia i naraża system na nieefektywność. Koszty farmakoterapii są również znaczące, szczególnie u pacjentów przewlekłe chorych, seniorów oraz przy długich, wielotygodniowych hospitalizacjach rehabilitacyjnych. - o Korekta z tytułu niedoszacowania kosztów amortyzacji: Finalnie, taryfy (po poprzednich korektach) powinny zostać pomnożone przez współczynnik 1,03 (wzrost o 3%), aby częściowo skompensować niedoszacowanie kosztów amortyzacji. Obserwowane w Raporcie AOTMiT udziały amortyzacji (ok. 7%) są niewystarczające do zapewnienia możliwości odtworzenia majątku. Dążymy do tego, aby komponent amortyzacyjny w strukturze kosztów realnie odzwierciedlał potrzeby i zbliżał się do 10%, a proponowany mnożnik jest krokiem w tym kierunku. - o Postulat systemowy: Niezależnie od powyższych korekt, wnioskujemy o wprowadzenie stałego, corocznego mechanizmu automatycznej waloryzacji wycen świadczeń zdrowotnych o oficjalny wskaźnik inflacji.
		Sekcja 8 Raportu (str. 61-64)	2. Rażąco niski poziom proponowanych wycen AOTMiT w porównaniu międzynarodowym i do rynku prywatnego (Sekcja 8 Raportu, str. 61-64): - o Raport AOTMiT sam wskazuje, że proponowane polskie stawki są wielokrotnie niższe niż w Niemczech czy Anglii (nawet po uwzględnieniu PPP i CPL – np. średnia ważona 55 EUR w Polsce vs 228 EUR w Niemczech i 432 EUR w Anglii wg PPP). Podobnie, ceny na rynku prywatnym w Polsce są znacząco wyższe. Raport nie wyjaśnia jednak, dlaczego taryfy publiczne powinny być tak niskie, ani jak system publiczny ma osiągać porównywalne efekty leczenia. Dane porównawcze wydają się nie mieć realnego przełożenia na proponowane wyceny. - o Zgłaszamy uwagę metodologiczną, iż porównania z rynkiem prywatnym mogą być niemiarodajne, jeśli usługi „rehabilitacyjne” stanowią jedynie fizjoterapię. - o Postulujemy, aby AOTMiT transparentnie odniosła się do wyników analiz porównawczych i aby stanowiły one jeden z kluczowych czynników przy ustalaniu taryf.
		Sekcja 7 Raportu (str.60)	3. Niewystarczające powiązanie kwestii jakości świadczeń i wyników leczenia z proponowaną taryfikacją (Sekcja 7 Raportu, str. 60): - o Sekcja dotycząca jakości jest ogólnikowa, brakuje metodologii jej oceny i powiązania z taryfami. Zbyt niskie taryfy negatywnie wpływają na możliwość zapewnienia optymalnej intensywności terapii, nowoczesnych metod czy wyposażenia. W Raporcie brakuje analizy, jak proponowane taryfy wpłyną na poprawę jakości. - o Postulujemy, aby AOTMiT w procesie taryfikacji w znacznie szerszym zakresie uwzględniała aspekty jakościowe, w tym mierzalne wskaźniki efektywności klinicznej, a taryfy motywowały do podnoszenia jakości.
		Sekcja 4.3, (str.11)	III. Uwagi dotyczące konkretnych propozycji taryfowych i warunków realizacji świadczeń – szczegółowe uzasadnienie W tej części pragniemy szczegółowo uzasadnić nasze propozycje zmian w zakresie wycen poszczególnych świadczeń oraz warunków ich realizacji, odnosząc się do konkretnych zapisów Raportu AOTMiT oraz realiów klinicznych. 1. Współczynniki korygujące (Sekcja 4.3 Raportu AOTMiT, str. 11): Konieczność rozszerzenia i urealnienia jako narzędzia zarządzania jakością i dostępnością. - o Pozytywnie oceniamy samą koncepcję stosowania współczynników korygujących. Jednakże, analiza obecnego, bardzo ograniczonego katalogu wskazuje, że ich potencjał nie jest w pełni wykorzystywany. - o Postulujemy znaczące zwiększenie liczby i wartości istniejących współczynników oraz wprowadzenie nowych, które obejmowałyby szerszą grupę pacjentów i promowały pożądane działania. ■ Współczynnik za terminowe rozpoczęcie rehabilitacji (np. 1,2): Proponujemy wprowadzenie współczynnika premiującego rozpoczęcie rehabilitacji w oknie czasowym +/- 14 dni od daty wskazanej w skierowaniu. Taki współczynnik promowałby terminowość świadczeń, kluczową dla efektywności leczenia, oraz zachęcałby lekarzy kierujących do precyzyjnego planowania i świadczeniodawców do lepszego zarządzania kolejkami. ■ Współczynnik dla pacjentów aktywnych zawodowo oraz osób uczących się (np. 1,2): Rehabilitacja tej grupy jest inwestycją o wysokiej stopie zwrotu. Szybki powrót do pracy/nauki minimalizuje koszty zasiłków, rent i przerw w edukacji. Liczba tych pacjentów w rehabilitacji stacjonarnej prawdopodobnie nie jest na tyle duża, by ich priorytetyzacja nadmiernie obciążała system. ■ Dodatkowy współczynnik premiiowy za efektywny powrót do pracy/nauki (np. 1,2): Stanowiłoby to bodziec do prowadzenia rehabilitacji zorientowanej na konkretne, mierzalne cele funkcjonalne i społeczne, zgodne z ideą opieki opartej na wartości. - o Aby współczynniki były realnym narzędziem motywacyjnym, ich wartości muszą być na tyle wysokie, by rzeczywiście rekompensowały dodatkowe wysiłki lub koszty.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Rysunek 28, (str.50)	Optymalizacja kwalifikacji do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i kluczowa rola lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej (w kontekście Rysunku 28 Raportu AOTMiT, str. 50): Zapewnienie efektywności kosztowej i jakości leczenia. - o Analiza Rysunku 28 Raportu (niemal połowa pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi) potwierdza częste nieoptymalne wykorzystanie kosztownej rehabilitacji stacjonarnej. Wielu z tych pacjentów odniosłoby większe korzyści z leczenia ambulatoryjnego lub dziennego (tańszego, bardziej aktywizującego). - o Postulujemy wprowadzenie obligatoryjnej, odpowiednio wycenionej i sfinansowanej specjalistycznej wizyty kwalifikacyjnej, przeprowadzanej przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej bezpośrednio (np. w ciągu 1-2 tygodni) przed planowanym przyjęciem na oddział rehabilitacji stacjonarnej. Lekarz PRM posiada unikatowe kompetencje do kompleksowej oceny funkcjonalnej, diagnostyki, planowania procesu rehabilitacji oraz wyboru optymalnej formy leczenia. Taka kwalifikacja pozwoliłaby na zarezerwowanie najdroższej formy opieki dla pacjentów bezwzględnie jej wymagających. Musi to być odrębnie zdefiniowane i wycenione świadczenie.
			Niewystarczająca wycena dla pacjentów w ciężkim stanie po urazach w ramach dedykowanej grupy JGP rehabilitacji ogólnoustrojowej: Konieczność zapewnienia adekwatnych środków dla najbardziej potrzebujących. - o Dla tej specyficznej grupy JGP (obecna wycena 264 pkt, propozycja AOTMiT 280 pkt), proponowany wzrost jest rażąco nieadekwatny. Pacjenci ci wymagają najbardziej intensywnego, wielodyscyplinarnego i często długotrwałego leczenia. - o Postulujemy ustalenie wartości osobodnia dla tej grupy JGP na poziomie około 400 punktów (przed zastosowaniem ogólnych korekt systemowych z Sekcji II.1). Taka wartość pozwoliłaby na realizację kompleksowego programu terapeutycznego. Inwestycja w skuteczną rehabilitację tych pacjentów minimalizuje ryzyko trwałej niepełnosprawności. Biorąc pod uwagę relatywnie niewielką liczebność tej grupy JGP, adekwatne jej sfinansowanie nie spowoduje nadmiernego obciążenia budżetu. - o Niezbędne jest również wprowadzenie obligatoryjnego wymogu zapewnienia dostępu do świadczeń terapeuty zajęciowego dla pacjentów z tej grupy.
			Wycena rehabilitacji ogólnoustrojowej po leczeniu operacyjnym (np. kategorie ROO1/ROO2; proponowana wycena 229 pkt dla ROO1) oraz konieczność optymalizacji kwalifikacji: Racjonalizacja opieki nad masową grupą pacjentów. - o Jest to liczna grupa (ponad 1 mln osobodni w 2023 r.). Wielu pacjentów, zwłaszcza po planowych, niepowikłanych zabiegach, nie wymaga hospitalizacji rehabilitacyjnej. - o Postulujemy wprowadzenie dwutorowego rozwiązania: ■ Obligatoryjna i sfinansowana kwalifikacja przez lekarza PRM, aby wyselekcjonować pacjentów rzeczywiście wymagających opieki stacjonarnej. ■ Dla tych pacjentów, wycena osobodnia powinna wynosić co najmniej 330 punktów (przed zastosowaniem ogólnych korekt systemowych z Sekcji II.1). - o Podniesienie wyceny bez skutecznej kwalifikacji grozi negatywną selekcją. Kluczowe jest stworzenie mechanizmów finansowych zachęcających lekarzy kwalifikujących do kierowania pacjentów do najbardziej odpowiedniej formy opieki.
			Krytyczna ocena wyceny i modelu świadczeń dla rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej (kategoria ROZ; proponowana wycena 105 pkt): Poszukiwanie racjonalnych i godnych rozwiązań dla pacjentów o szczególnych potrzebach. - o Proponowana taryfa (ok. 256 zł) jest rażąco niska, niepozwalająca na zapewnienie opieki nawet na minimalnym poziomie. Grupa ta jest bardzo liczna (ponad 1,2 mln osobodni w 2023 r.). - o Postulujemy, jako absolutną konieczność, wprowadzenie obligatoryjnej, odrębnie wycenionej konsultacji kwalifikacyjnej przez lekarza PRM przed każdym przyjęciem na oddział rehabilitacji przewlekłej, zwłaszcza przy długim czasie oczekiwania (ok. 500 dni). - o Należy przeanalizować profil pacjentów (często osoby starsze, z ogólną niesprawnością, nierokujące poprawy) i zasadność hospitalizacji. Należy rozwijać i finansować alternatywne formy opieki (np. rehabilitacja domowa, dzienna z transportem). - o Podnoszenie wyceny bez gruntownej reformy kwalifikacji będzie marnotrawstwem środków. Rozwiązanie problemu wymaga szerokiej współpracy międzyinstytucjonalnej.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Załącznik nr 1 do Raportu AOTMiT	IV. Fundamentalne postulaty dotyczące roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej i wymogów personalnych (Załącznik nr 1 do Raportu AOTMiT) W nawiązaniu do szczegółowych uwag dotyczących personelu lekarskiego na poszczególnych typach oddziałów rehabilitacyjnych (ogólnoustrojowej, neurologicznej, kardiologicznej), pragniemy przedstawić następujące, nadrzędne postulaty systemowe, kluczowe dla zapewnienia jakości, bezpieczeństwa i efektywności rehabilitacji w Polsce, a także dla właściwego umiejscowienia specjalizacji z rehabilitacji medycznej w systemie ochrony zdrowia. 1. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej jako obligatoryjny i wiodący specjalista na każdym oddziale rehabilitacji: Gwarancja jakości i merytorycznego nadzoru. - o Niezależnie od profilu oddziału, lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej (lub specjalizacji równoważnych) musi być obligatoryjnie wskazany jako podstawowy i niezastępowalny specjalista odpowiedzialny za całokształt procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz kierowanie interdyscyplinarnym zespołem rehabilitacyjnym. - o Obecne zapisy w Załączniku nr 1, które dla niektórych typów rehabilitacji dopuszczają zastępowanie lekarza PRM przez lekarzy innych specjalności, są nie do zaakceptowania i muszą zostać fundamentalnie zmienione. Należy kategorycznie wyeliminować spójniki „lub” tam, gdzie prowadzą one do fakultatywności specjalisty PRM. - o Podkreślamy dysproporcje w programach specjalizacyjnych (np. lekarze ortopedzi/reumatolodzy – ok. 2 tyg. stażu z rehabilitacji; lekarze PRM – np. 6 tyg. stażu z ortopedii; interniści często bez przygotowania rehabilitacyjnego). Twierdzenie, że krótkie kursy mogą zniwelować te różnice, jest nieuprawnione. Nieposiadanie lekarza specjalisty rehabilitacji na oddziale rehabilitacyjnym jest tak samo absurdalne jak brak ortopedy na oddziale ortopedycznym czy brak reumatologa na oddziale reumatologicznym. - o Rola lekarza PRM jest kluczowa dla efektywności kosztowej – polega na precyzyjnym diagnozowaniu, ustalaniu celów, planowaniu zindywidualizowanego programu i monitorowaniu efektów, a nie na mechanicznym zlecaniu wielu zabiegów. 2. Określenie roli lekarzy innych specjalności na oddziałach rehabilitacyjnych: Współpraca w ramach zespołu kierowanego przez specjalistę PRM. - o Lekarze innych specjalności odgrywają ważną rolę konsultacyjną i wspomagającą (leczenie chorób współistniejących, monitorowanie stanu). - o Ich praca na oddziale rehabilitacyjnym powinna odbywać się w ścisłej współpracy i pod merytorycznym kierownictwem lekarza PRM w zakresie planowania i nadzoru nad indywidualnym programem rehabilitacji. Nie mogą oni zastępować lekarza PRM w jego unikatowych kompetencjach.
		„Uwagi do świadczenia” (str.8)	Interpretacja zapisów Sekcji 2.5 Raportu AOTMiT („Uwagi do świadczenia”, str. 8) oraz postulatów KIF dotyczących samodzielności fizjoterapeutów: Obrona zespołowego modelu opieki z lekarzem PRM jako liderem. - o Zapisy Sekcji 2.5 o „równorzędnym traktowaniu” personelu nie mogą podważać merytorycznej, prawnej i klinicznej roli lekarza PRM jako lidera zespołu. - o Stanowczo sprzeciwiamy się postulatowi KIF zmierzającym do np. zniesienia porady lekarskiej w fizjoterapii domowej czy umożliwienia świadczeń przez specjalistę fizjoterapii jako alternatywy dla lekarza. Niosą one ryzyko obniżenia jakości, bezpieczeństwa i mogą prowadzić do eskalacji kosztów. - o Podkreślamy fundamentalne znaczenie zespołowego charakteru rehabilitacji, w którym lekarz PRM pełni rolę lidera, odpowiedzialnego za diagnozę, plan leczenia oraz zlecenie i nadzorowanie zadań innych członków zespołu.
			Konieczność urealnienia norm zatrudnienia personelu lekarskiego i zróżnicowania ich dla poszczególnych typów rehabilitacji, z zapewnieniem realnej obecności lekarza specjalisty PRM: - o Obecny wymóg „1 lekarz na 25 łóżek” (Załącznik nr 1, str. 2 dla rehabilitacji ogólnoustrojowej) jest normą rażąco zbyt niską, niepozwalającą na zapewnienie bezpiecznej, ciągłej i efektywnej opieki, zwłaszcza w kontekście rosnącej złożoności stanów pacjentów przyjmowanych na oddziały. Kluczowym problemem jest fakt, iż takie minimalne normy, choć teoretycznie stanowią jedynie dolną granicę, w praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych (szczególnie publicznych) są często traktowane jako standard docelowy lub wręcz maksimum. Przekraczanie tych minimów i zatrudnianie większej liczby personelu, nawet jeśli jest to uzasadnione potrzebami pacjentów i dążeniem do wyższej jakości opieki, może być przez organy kontrolujące interpretowane jako niegospodarne zarządzanie środkami publicznymi. Taka sytuacja prowadzi do chronicznego przeciążenia personelu lekarskiego, pracy na granicy wydolności systemu, a w przypadku nieuniknionych absencji (chorobowych, urlopowych) – do faktycznej niewydolności oddziału, co bezpośrednio zagraża ciągłości i jakości opieki. - o Postulujemy, aby Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w swoich rekomendacjach dotyczących warunków realizacji świadczeń nie tylko określała absolutne minima, ale również jasno formułowała rekomendacje dotyczące optymalnych lub sugerowanych standardów zatrudnienia, wyższych niż te minimalne. Taka rekomendacja ze strony AOTMiT stanowiłaby dla dyrektorów placówek istotne wsparcie i uzasadnienie dla dążenia do zapewnienia lepszej obsady kadrowej, bez obawy o późniejsze zarzuty o niegospodarność. - o Postulujemy, aby we wszystkich formach i na wszystkich typach oddziałów rehabilitacji stacjonarnej wprowadzono jako fundamentalną zasadę wymóg zapewnienia minimalnej realnej obecności lekarza na oddziale, z uwzględnieniem konieczności pokrycia nieuniknionych absencji (chorobowych, urlopowych). - o Proponujemy następujące, zróżnicowane normy minimalne dotyczące realnej obecności lekarza na oddziale: ■ Dla rehabilitacji neurologicznej: Absolutne minimum realnej obecności 1 lekarz na 20 pacjentów hospitalizowanych. Sugerowany standard: 1 lekarz na 10 łóżek. ■ Dla pozostałych oddziałów rehabilitacji (np. ogólnoustrojowej, kardiologicznej, pulmonologicznej): Absolutne minimum realnej obecności 1 lekarz na 22 pacjentów hospitalizowanych. Sugerowany standard: 1 lekarz na 15 łóżek. - o Dodatkowy wymóg dotyczący nasycenia etatowego dla wszystkich typów rehabilitacji: Niezależnie od norm realnej obecności, postulujemy zapewnienie minimum 1 pełnego etatu lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej na każde 50 łóżek/pacjentów rehabilitacyjnych. (Co jest realne do spełnienia w skali kraju – ok. 340 etatów). - o Sankcje za niespełnienie wymogów: Podkreślamy, że w żadnym typie oddziału rehabilitacji nie można dopuścić do braku wymogu zatrudnienia lekarza PRM. Za brak faktycznie zatrudnionego lekarza PRM (poniżej ustalonych minimów) powinny być przewidziane dotkliwe sankcje finansowe. Zniechęci to podmioty do prowadzenia oddziałów rehabilitacji bez lekarza rehabilitacji, ale też umożliwi tym oddziałom funkcjonowanie w trudnych sytuacjach, np. kiedy zatrudniony lekarz rehabilitacji umrze, a szpital nie będzie miał dla niego zastępstwa. - o Uzasadnienie: Zaproponowane zmiany, w tym jasne określenie przez AOTMiT standardów sugerowanych (wyższych niż absolutne minimum), stworzyłyby podstawę do bardziej adekwatnego planowania obsady lekarskiej, co bezpośrednio przełożyłoby się na poprawę jakości, bezpieczeństwa leczenia oraz efektywności procesu rehabilitacji. Zapewnienie realnej obecności lekarza specjalisty jest kluczowe dla właściwej, zindywidualizowanej opieki nad pacjentem.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag																								
			Przeciwdziałanie marginalizacji specjalistów rehabilitacji medycznej i zgodność z trendami międzynarodowymi: - o Obecne, zbyt liberalne wymogi personalne i tendencje do delegowania kompetencji lekarskich prowadzą do systemowej marginalizacji specjalistów PRM w Polsce. - o Jest to kierunek sprzeczny z uznanymi standardami międzynarodowymi (np. UEMS PRM Section), które podkreślają centralną rolę lekarza PRM. - o Wzmocnienie pozycji lekarza PRM jest warunkiem koniecznym dla podniesienia jakości i efektywności świadczeń rehabilitacyjnych																								
			V. Konieczność strategicznego zwiększenia finansowania rehabilitacji w Polsce: Inwestycja w zdrowie, sprawność i efektywność systemu Na zakończenie pragniemy z całą mocą podkreślić fundamentalną potrzebę nie tylko korekty poszczególnych taryf, ale strategicznego i znaczącego zwiększenia publicznych nakładów na świadczenia rehabilitacyjne w Polsce. Obecny poziom finansowania tej kluczowej dziedziny medycyny jest nieadekwatny do rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa, możliwości oferowanych przez współczesną medycynę rehabilitacyjną oraz standardów obowiązujących w rozwiniętych krajach europejskich. 1. Rażąco niskie finansowanie rehabilitacji w Polsce w kontekście europejskim: - o Jak wskazano w punkcie II.2 niniejszego pisma oraz w samym Raporcie AOTMiT (Sekcja 8.2), proponowane polskie stawki za osobodzień rehabilitacji stacjonarnej są wielokrotnie niższe (np. ok. 8-krotnie w porównaniu do Anglii wg danych PPP) niż w krajach Europy Zachodniej. Państwa obserwacje wskazujące na nawet 8-krotnie wyższe wydatki na świadczenia rehabilitacyjne w Wielkiej Brytanii w porównaniu do Polski trafnie obrazują skalę problemu. - o Takie systemowe niedofinansowanie prowadzi do ograniczenia dostępności nowoczesnych terapii, niedostatecznego wyposażenia placówek i przeciążenia personelu. 2. Rehabilitacja jako kluczowa inwestycja w kapitał ludzki i efektywność systemu ochrony zdrowia: - o Należy odejść od postrzegania wydatków na rehabilitację wyłącznie jako kosztu. Skuteczna, kompleksowa i wcześniej wdrożona rehabilitacja jest jedną z najbardziej efektywnych kosztowo interwencji, inwestycją przynoszącą wymierne, długoterminowe korzyści. - o Redukcja kosztów pośrednich: Odpowiednia rehabilitacja zmniejsza koszty zwolnień lekarskich, rent, wydatki na opiekę długoterminową i świadczenia związane z niepełnosprawnością. Szybszy powrót do aktywności zawodowej to korzyść dla gospodarki. - o Redukcja kosztów bezpośrednich w systemie ochrony zdrowia: Zmniejsza ryzyko powikłań, skraca czas hospitalizacji na innych oddziałach, zmniejsza liczbę rehospitalizacji. - o Koszty zaniechania lub niedostatecznej rehabilitacji są w perspektywie długoterminowej znacznie wyższe niż koszty prawidłowo przeprowadzonej interwencji. 3. Postulaty strategiczne dotyczące finansowania rehabilitacji: - o Wnioskujemy o opracowanie i pilne wdrożenie przez Ministerstwo Zdrowia, we współpracy z AOTMiT, NFZ oraz środowiskami eksperckimi, długoterminowej strategii rozwoju i adekwatnego finansowania rehabilitacji medycznej w Polsce, dążącej do stopniowego zbliżania się do standardów europejskich. - o Konieczne jest systematyczne podnoszenie wycen świadczeń rehabilitacyjnych do poziomu nie tylko pokrywającego koszty (zgodnie z naszymi postulatami z Sekcji II.1), ale także uwzględniającego konieczność inwestycji w rozwój, nowoczesne technologie i kapitał ludzki. - o Należy rozważyć wprowadzenie mechanizmów finansowych promujących kompleksową, skoordynowaną i wieloetapową opiekę rehabilitacyjną. Inwestycja w rehabilitację jest inwestycją w zdrowie i sprawność Polaków, w ich zdolność do pracy i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Jest to kluczowy element budowania nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia.																								
			VI. Odniesienie do wymogu przedstawienia kalkulacji kosztów W odpowiedzi na prośbę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o przedstawienie informacji na temat rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń wraz z kalkulacją, w przypadkach gdzie kwestionujemy wysokość proponowanej taryfy, oświadczamy, co następuje: Stowarzyszenie Lekarzy Rehabilitacji pragnie podkreślić, że nasze propozycje dotyczące adekwatnych poziomów wycen oraz proponowane mnożniki korygujące (podniesienie minimalnej wyceny osobodnia o 144 zł, a następnie zastosowanie mnożników: 1,212 dla inflacji, 1,15 dla niedoszacowania kosztów diagnostyki/farmakoterapii oraz 1,03 dla niedoszacowania amortyzacji) opierają się na: • Dogłębnej wiedzy eksperckiej naszych członków na temat zakresu i intensywności interwencji medycznych, zaangażowania personelu, niezbędnego sprzętu, typowej farmakoterapii oraz diagnostyki. • Analizie realiów funkcjonowania oddziałów rehabilitacyjnych, rosnących kosztów pracy, materiałów i utrzymania. • Obserwacji rażącej dysproporcji w stosunku do wycen międzynarodowych i krajowego rynku prywatnego. • Przekonaniu, że proponowane przez AOTMiT wartości bazowe są znacząco niedoszacowane, a wskazane mnożniki mają na celu przybliżenie ich do realnych potrzeb. Jak wspomniano, Stowarzyszenie Lekarzy Rehabilitacji przygotowuje i przedstawi w najbliższym możliwym terminie ramowe propozycje wycen dla wszystkich świadczeń objętych Raportem, wraz z bazowymi kalkulacjami, mimo ograniczonego dostępu do tak obszernych danych i zasobów, jakimi dysponuje AOTMiT. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kod produktu</th><th>Nazwa produktu</th><th>Wynik analizy kosztów AOTMiT [zł]</th><th>Wynik analizy SLR [zł]</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.11.02. 9100024</td><td>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I</td><td>840</td><td>1413</td></tr> <tr> <td>5.11.02.9100025</td><td>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria I</td><td>755</td><td>1291</td></tr> <tr> <td>5.11.02.9100026</td><td>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria II</td><td>553</td><td>1001</td></tr> <tr> <td>5.11.02.9100027</td><td>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria II</td><td>498</td><td>922</td></tr> <tr> <td>5.11.02.9100028</td><td>Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I</td><td>735</td><td>1262</td></tr> </tbody> </table>	Kod produktu	Nazwa produktu	Wynik analizy kosztów AOTMiT [zł]	Wynik analizy SLR [zł]	5.11.02. 9100024	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I	840	1413	5.11.02.9100025	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria I	755	1291	5.11.02.9100026	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria II	553	1001	5.11.02.9100027	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria II	498	922	5.11.02.9100028	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I	735	1262
Kod produktu	Nazwa produktu	Wynik analizy kosztów AOTMiT [zł]	Wynik analizy SLR [zł]																								
5.11.02. 9100024	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I	840	1413																								
5.11.02.9100025	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria I	755	1291																								
5.11.02.9100026	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria II	553	1001																								
5.11.02.9100027	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria II	498	922																								
5.11.02.9100028	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I	735	1262																								

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag					
			5.11.02.9100029	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - kategoria I	679	1182		
			5.11.02.9100030	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria II	500	925		
			5.11.02.9100031	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - kategoria II	444	844		
			5.11.02.9100032	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu - kategoria I	651	1141		
			5.11.02.9100033	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu - kategoria II	421	811		
			5.11.02.9100034	Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w szpitalu	314	658		
			5.11.02.9100035	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria I	1161	1873		
			5.11.02.9100036	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria II	953	1575		
			5.11.02.9100037	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria III	717	1236		
			5.11.02.9100038	Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi w szpitalu	525	960		
			5.11.02.9100039	Rehabilitacja kardiologiczna w szpitalu - kategoria I	386	761		
			5.11.02.9100040	Rehabilitacja kardiologiczna w szpitalu - kategoria II	297	633		
			5.11.02.9000062	osobodzień w kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych	232	540		
			5.11.02.9100073	Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych	647	1136		
			5.11.02.9100058	Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu	683	1378		
			5.11.02.9100059	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	565	1018		
			5.11.02.9100060	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym bez chorób współistniejących w szpitalu	462	870		
			5.11.02.9100078	Rehabilitacja ogólnoustrojowa po leczeniu operacyjnym	559	1009		
			5.11.02.9100061	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	397	777		
			5.11.02.9100062	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w szpitalu	308	649		
			5.11.02.9100063	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu	256	574		
			5.11.02.9100074	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w szpitalu	351	711		
			5.11.02.9100076	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w szpitalu	491	912		
			5.11.02.9200001	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych	562	1014		
			5.11.02.9000052	osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej w szpitalu	427	820		
			5.11.02.9000060	osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej w zakładzie rehabilitacji leczniczej	296	632		
			5.11.02.9100041	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	760	1298		
			5.11.02.9100042	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	675	1176		
			5.11.02.9100043	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	472	884		
			5.11.02.9100044	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	418	807		
			5.11.02.9100045	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	651	1141		

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag							
			5.11.02.9100046	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	581	1041				
			5.11.02.9100047	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	441	840				
			5.11.02.9100048	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	385	759				
			5.11.02.9100049	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	554	1002				
			5.11.02.9100050	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	337	691				
			5.11.02.9100051	Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej	233	541				
			5.11.02.9100052	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	1092	1774				
			5.11.02.9100053	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	884	1476				
			5.11.02.9100054	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria III	649	1138				
			5.11.02.9100055	Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej	435	831				
			5.11.02.9100056	Rehabilitacja kardiologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	294	629				
			5.11.02.9100057	Rehabilitacja kardiologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	204	500				
			5.11.02.9100064	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej	322	669				
			5.11.02.9100065	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w zakładzie rehabilitacji leczniczej	233	541				
			5.11.02.9100066	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej	188	477				
			5.11.02.9100075	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w zakładzie rehabilitacji leczniczej	276	603				
			5.11.02.9100077	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w zakładzie rehabilitacji leczniczej	416	804				
			Przygotowanie szczegółowych, sformalizowanych kalkulacji kosztów dla każdego świadczenia, opartych na danych księgowych, w niezwykle krótkim terminie konsultacji publicznych (7 dni) przekracza możliwości organizacji pozarządowej. Niemniej jednak, Stowarzyszenie Lekarzy Rehabilitacji deklaruje pełną gotowość do współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu bardziej szczegółowego modelowania kosztów dla kluczowych świadczeń rehabilitacyjnych. Jesteśmy gotowi dostarczyć merytoryczny wkład dotyczący standardów postępowania, norm czasowych, niezbędnego personelu oraz innych czynników kosztotwórczych. Jesteśmy również otwarci na przedstawienie bardziej szczegółowych uzasadnień dla proponowanych przez nas korekt i mnożników w ramach dalszych spotkań roboczych. Uważamy, że dialog oparty na wiedzy eksperckiej i wspólnym dążeniu do rzetelnej wyceny jest kluczowy dla dobra pacjentów i stabilności systemu.							
			VII. Podsumowanie i wnioski końcowe Przedstawione powyżej uwagi i postulaty mają na celu fundamentalną poprawę systemu taryfikacji i organizacji świadczeń rehabilitacyjnych w Polsce. Uważamy, że proponowane przez AOTMiT rozwiązania w wielu miejscach nie odpowiadają na rzeczywiste potrzeby pacjentów i świadczeniodawców, a także nie wykorzystują w pełni potencjału, jaki niesie ze sobą nowoczesna rehabilitacja medyczna. Kluczowe jest dla nas: ● Urealnienie wycen świadczeń do poziomu pokrywającego rzeczywiste koszty i uwzględniającego inflację, poprzez zastosowanie proponowanych korekt i mnożników. ● Wzmocnienie roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej jako lidera zespołu terapeutycznego i kluczowego decydenta w procesie kwalifikacji i prowadzenia rehabilitacji. ● Dostosowanie wymogów personalnych do realnych potrzeb, zapewniających bezpieczeństwo i wysoką jakość opieki. ● Położenie nacisku na efektywność kosztową całego systemu poprzez właściwą kwalifikację pacjentów do odpowiednich form opieki. ● Zwiększenie ogólnych nakładów na rehabilitację w Polsce. Jesteśmy przekonani, że jedynie partnerski dialog i uwzględnienie głosu środowiska specjalistów rehabilitacji medycznej może doprowadzić do wypracowania rozwiązań, które będą służyć zarówno pacjentom, jak i całemu systemowi ochrony zdrowia. Wyrażamy gotowość do dalszej współpracy i szczegółowego omówienia przedstawionych postulatów.							
			8.	Wojciech Rusek	str. 42	Nie zgadzam się z wprowadzaniem współczynnika obniżającego płatność za świadczenia wraz z wydłużającym się pobytem. W toku prowadzenia postępowania usprawniającego, obniżenie wyceny wprowadzałoby potrzebę obcinania zabiegów rehabilitacyjnych. Zatem zamiast utrzymać progres na odpowiednim poziomie, spowalniamy go. Jakich usług pacjent nie miałby otrzymywać?				
Tabela nr 22, str. 49	Wycena w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej powinna być taka sama jak w szpitalu, gdyż oba te podmioty muszą spełniać jednakowe warunki, aby realizować dane świadczenia. Koszty działalności są więc takie same bez względu na rodzaj działalności leczniczej.									

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Dodatkowo, chcę zwrócić uwagę, iż na oddziałach intensywnej opieki medycznej konieczne jest wykonywanie działań fizjoterapeutycznych polegających na utrzymaniu prawidłowych zakresów ruchu w stawach kończyn górnych i kończyn dolnych oraz terapii oddechowej w zakresie minimum dwa razy 45 minut ćwiczeń indywidualnych dziennie na pacjenta. Coraz częściej spotyka się sytuacje, w których pacjenci wypisywani z oddziału intensywnej terapii mają znacznie ograniczone zakresy ruchu, a nawet skostnienia okolo stawowe. W późniejszych etapach rehabilitacji praktycznie uniemożliwia to powrót pacjenta do sprawności. To samo dotyczy braku odpowiednich ćwiczeń oddechowych. Pacjenci mają znaczne zalegania wydzielin w drzewie oskrzelowym co skutkuje częstymi infekcjami i znacznymi zakłóceniami w powrocie funkcji oddechowych i fonetycznych. Widzę więc ogromną potrzebę określenia minimalnych norm zatrudnienia na stanowisku fizjoterapeuty na oddziałach intensywnej opieki medycznej.
9.	Tomasz Blicharski	Raport główny, s. 46 oraz Załącznik 10 – cennik komercyjny	Zaniżenie taryf względem kosztów rzeczywistych: Rehabilitacja neurologiczna: 233 zł wg AOTMiT vs. 557 zł komercyjnie (+139%)
		Załącz. 1 i 2 – wymagania kadrowe i zakresy świadczeń	Brak osobnych taryf dla świadczeń wysokointensywnych (np. neurologia dziecięca, opieka po udarze).
		Załącz. 5 – katalog grup JGP	Nieadekwatność kosztów kadry- NMS01 wymaga zespołu min. 5 specjalistów; przy taryfie 233 zł/osobodzień nie jest możliwe pokrycie kosztów wynagrodzeń.
		Załącz. 3 – świadczenia kompleksowe	Brak taryfy dla telerehabilitacji i modeli hybrydowych w opiece kompleksowej po zawale (ICD-10 I21) nie przewidziano osobnej wyceny telerehabilitacji.
		Raport, s. 52	Wzrost o 14,4% (413 mln zł rocznie) nadal nie pokrywa różnicy między taryfą AOTMiT a rzeczywistym kosztem świadczeń.
10.	Krzysztof Grzesik	Tabela 22, kod produktu 5.11.02.9000052 nazwa produktu Osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej w szpitalu	Uprzejmie informuję, iż w ramach podmiotów realizujących usługi rehabilitacji pulmonologicznej - lista w załączeniu przesyłamy następujące uwagi: 1. Wyrażamy aprobatę do wprowadzenia JGP w ramach rehabilitacji pulmonologicznej i oczekujemy na jak najszybsze wprowadzenie propozycji w życie. 2. Przyjmujemy jako dobry znak wzrost wyceny, przy czym wzrost ten nie obejmuje obecnie pełnej wartości ponoszonych kosztów 3. Oczekujemy i deklarujemy wsparcie w sygnalizowanych przez AOTMiT (str. 45) konieczności dalszych prac, w tym: a) zmian w systemie czasu rehabilitacji oraz sposobach ich przedłużenia b) zauważenie konieczności rozliczeń dotyczącej wentylacji c) ustalenie zasad i finansowania rehabilitacji pulmonologicznej jednodniowej
		Tabela 22 kod produktu od 5.11.02.9100059 do 5.11.02.9100076 (za wyjątkiem 5.11.02.9100058)	Wzrost nie obejmuje pełnej wartości ponoszonych kosztów. Kalkulacja dla kosztów rehabilitacji pulmonologicznej oraz ogólnoustrojowej w załączonym arkuszu excel.
11.	Sabina Lach-Inszczak		Do Oddziałów Rehabilitacji Pulmonologicznej, Neurologicznej, Ogólnoustrojowej przyjmowani są często pacjenci wymagający kompleksowej opieki, niezdolny do samodzielnej egzystencji. Są hospitalizowani na wielu oddziałach, więc powikłania medyczne są czymś oczywistym, dlatego wydaje się koniecznym możliwość uwzględnienia i wyceny świadczeń do sumowania tak jak to jest. w przypadku innych: Oddziałów tj :: - leczenia zakażeń wewnątrzszpitalnych - dopłata do antybiotykoterapii - diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, MRI, CT, USG - gastroscopia, kolonoskopia, bronchoskopia - konsultacje neurologiczne, ortopedyczne. internistyczne, psychiatryczne, neurochirurgiczne, reumatologiczne; kardiologiczne, chirurgiczne, laryngologiczne i inne wg potrzeby - leczenie ran przewlekłych, odleżyn
			Pacjenci posiadający znaczny stopień niepełnosprawności, mający status pacjentów „priorytetowych” przy przyjęciu do Oddziału są to najczęściej pacjenci kwalifikujący się do grup przewlekłych najniższej wycenionych, natomiast są kosztochłonni. Obarczeni są licznymi chorobami współistniejącymi - proponuję zastosować współczynnik w przypadku pacjentów z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności np. 1,3 Dodatkowo powinna być wyceniona rehabilitacja realizowana w warunkach izolacji stanowiskowej u osób będących potencjalnym źródłem zakażenia. Wyodrębnienie grupy pacjentów, przenoszonych z OIT bezpośrednio na rehabilitację i ich odpowiednia.
			Wpisanie w procedurach zastosowanie wysokospecjalistycznych sprzętów np. Simeox, Koflator itp. (sprzęty z elementami jednorazowego użytku albo użytku tylko dla jednego pacjenta). Używanie tych nowoczesnych urządzeń znacznie zwiększa skuteczność drenażu i oczyszczania dróg oddechowych, ale jest bardzo kosztochłonne.
		Załącz. nr 1 pkt. c	Wydłużenie czasu hospitalizacji na oddziale rehabilitacji pulmonologicznej z 3 do 6 tygodni. Okres hospitalizacji 3 tygodniowy jest dla większości chorych za krótki.
		Załącz. nr 1 pkt b i c	W rehabilitacji pulmonologicznej brak terapeuty zajęciowego. Jest on niezbędny do nauki czynności samoobsługowych. W rehabilitacji neurologicznej brak logopedy, który niezbędny jest w terapii afazji, dysfagii, dyszartrii itd.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
12.	Krystyna Walendowicz	Tabela nr 22, Strony 47-48	Kod produktu: 5.11.02.9000052 osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej w szpitalu wyceny są do zaakceptowania przy obliczeniu średniego kosztu osobodnia. Średni koszt 1 osobodnia w Rehabilitacji Pulmonologicznej w szpitalu wynosi około 420 zł. Kody produktu 5.11.002.9100024 do 5.11.02.9100032 tj. osobodzień w rehabilitacji neurologicznej są nie do zaakceptowania, gdy z ich wycena nie pokrywa kosztów wynikających z wymagań NFZ co do kadry medycznej i ilości/czasu realizowanych procedur medycznych. Średni koszt osobodnia na Rehabilitacji Neurologicznej w szpitalu wynosi bowiem powyżej 800 zł.
		Tabela nr 22, Strona 48	Kody produktu: 5.11.02.9100061 do 5.11.02.9100061 tj. Rehabilitacja po leczeniu zachowawczym w niewielkiej skali wymaga korekty. Średni koszt 1 osobodnia w tych dwóch taryfach wynosi bowiem 400zł. Kod produktu: 5.11.02.9100063 Rehabilitacja Ogólnoustrojowa przewlekła podobnie jak w przypadku Rehabilitacji Neurologicznej przewlekłej jest niedoszacowany. Wylimuje to przyjęcia pacjentów niepełnosprawnych do rehabilitacji stacjonarnej. Średni koszt obecnie to lekko poniżej 400zł.
		Tabela nr 22 , Strony 47-48	Świadczenie 5.11.02.9100034 Rehabilitacja Neurologiczna przewlekła - taryfa tragicznie niska i wylimuje przyjęcia pacjentów w tym niepełnosprawnych. Wymagania identyczne jak dla pozostałej części produktów realizowanych w ramach Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i przy koszcie osobodnia średnio 800 zł proponowane taryfy na poziomie 314 zł to czysta kpina.
		Załącznik nr 10	W załączniku numer 10 w pozycji Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem wzięto pod uwagę koszty osobodnia oddziału bez zabiegów.
		Tabela nr 18, Strona 47	Nie można do kosztów bazowych brać niedoszacowanych wartości ze świadczeń przewlekłych w wszystkich zakresach. Błąd w założeniach.
13.	Elżbieta Miller	załącznik nr.5 katalog JGP	zwiększenie punktacji rehabilitacji neurologicznej 5.11.02.9100024 oraz 5.11.02.9100025; 5.11.02.9100026; 5.11.02.9100027 pacjent wymaga wyższego finansowania osobodnia i dodatkowo wyceny procedur diagnostyczno-leczniczych do sumowania. Potrzebna jest również możliwość leczenia spastyczności toksyną botulinową jako usługą do sumowania w ramach rehabilitacji stacjonarnej.
		Załącznik nr 4 (WT.521.4.2023)	05.4306.300.02 rehabilitacja neurologiczna rubryka 3 oraz 05.4300.300.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa rubryka 1 Oprócz żywienia procedury konieczne do sumowania to: -diagnostyka (laboratoryjna, obrazowa) i leczenie internistyczne (zapalenia płuc, ZUM, zatorowość płucna, zakrzepowe zapalenia żył - to najpopularniejsze przypadki diagnozowane i leczone w Oddziale Rehabilitacji i Reh neuro); preparaty krwio pochodne - gastroskopia, bronchoskopia - wykonanie programu lekowego B57 leczenia spastyczności - wczesne leczenie skuteczne spastyczności olbrzymi wpływ na odzyskiwanie funkcji w procesie rehabilitacji. Inna wycena pacjentów przenoszonych bezpośrednio z Oddziałów Udarowych i OIT, Neurochirurgii Konieczność stworzenia i wyceny nowego produktu pt. konsultacja kwalifikacyjna do rehabilitacji stacjonarnej, co pozwoli lekarzom rehabilitacji na badanie celem przyjęcia do Oddziału Rehabilitacji ogólnoustrojowej/Reh Neurologicznej
		Załącznik nr 2 (WT.521.4.2023)	Rubryka 1 rehabilitacja neurologiczna, brak logopedii w zespole terapeutycznym, 1 lekarz na 25 łóżek to za mało
		Załącznik nr 1 (WT.521.4.2023)	rehabilitacja ogólnoustrojowa lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji jest konieczny do realizacji rehabilitacji stacjonarnej, proponuje zmianę wyrazu "lub" na "oraz"
14.	Rafał Sapała		Stawka osobodnia nie uległa istotnej zmianie. Zaproponowana wycena nie odpowiada realnym kosztom funkcjonowania oddziałów rehabilitacji. Będzie wiązać się to z dalszą redukcją ilości łóżek rehabilitacyjnych oraz zamykaniem oddziałów rehabilitacji. Najbardziej ucierpią oddziały przyjmujące najcięższych pacjentów. Sam średni koszt doby hotelowej w szpitalach to ok 450-500 zł. Należy do tego uwzględnić personel, leki, badania.
			Do Oddziałów Rehabilitacji przyjmowani są często pacjenci "leżący" którzy w tym Oddziale przebywają długoterminowo, więc powikłania medyczne są czymś oczywistym, dlatego wydaje się koniecznym możliwość uwzględnienia i wyceny świadczeń do sumowania tak jak to jest w przypadku innych Oddziałów w tym Ortopedycznych czy Neurologicznych : - leczenia zakażeń wewnątrzszpitalnych - dopłata do antybiotykoterapii - diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, MRI, CT, USG - gastroskopia, kolonoskopia, bronchoskopia - konsultacje neurologiczne, ortopedyczne, internistyczne, psychiatryczne, neurochirurgiczne, reumatologiczne, kardiologiczne, chirurgiczne - leczenie ran przewlekłych, odleżyn - wykonywanie procedur małoinwazyjnych: termolezja, kriolezja, leczenie spastyczności, iniekcje dostawowe, okołostawowe - leczenie preparatami krwio pochodnymi - monitorowanie stężenia leków we krwi
			Pacjenci posiadający znaczny stopień niepełnosprawności, mający status pacjentów „priorytetowych” przy przyjęciu do Oddziału są to najczęściej pacjenci kwalifikujący się do grup przewlekłych najniżej wycenionych, natomiast są kosztochłonni mają choroby współistniejące - proponujemy zastosować współczynnik w przypadku pacjentów z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności np. 1,3
			Dodatkowo powinna być wyceniona rehabilitacja realizowana w warunkach izolacji stanowiskowej u osób będących potencjalnym źródłem zakażenia. Wnoskujemy o wyodrębnienie grupy pacjentów, przenoszonych z OIT bezpośrednio na rehabilitację i ich odpowiednia wycenę - to pacjent wysokiego ryzyka powikłań a więc kosztochłonny

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			W rehabilitacji neurologicznej w grupie zaburzeń funkcji mózgu jest zapisany warunek posiadania stanowiska intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji, co wiąże się z dodatkowymi kosztami (4 dodatkowe etaty pielęgniarskie za samą gotowość) wystarczyłoby stanowisko intensywnej terapii w lokalizacji, nie wiąże się z dodatkowymi kosztami. W rehabilitacji neurologicznej nie został uwzględniony etat Logopedy - zaburzenia mowy i połykania są kluczowymi problemami.
15.	Paweł Zdzisław Adamkiewicz	tabela nr 22 strona 49-51/63	Uwagi do raportu taryfikacji świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych Pragniemy wyrazić uznanie dla przygotowanego raportu, który wymagał wiele pracy. Cieszy nas również pochylenie się nad wyceną świadczeń w zakresie rehabilitacji. Musimy jednak zwrócić uwagę na nieadekwatną i niezrozumiałą różnicę w wycenie niektórych świadczeń. Nasz niepokój budzi przede wszystkim wycena świadczeń w tych zakresach rehabilitacji stacjonarnej, do których trafiają pacjenci bezpośrednio po hospitalizacji na innych oddziałach w tym oddziale Intensywnej Terapii. Pacjenci Ci bardzo często wymagają kontynuacji leczenia farmakologicznego oraz interdyscyplinarnego podejścia kilku specjalistów i wielu dodatkowych procedur. Kluczowe problemy: 1. Charakter pacjenta rehabilitacyjnego pooperacyjnego i neurologicznego: - o Pacjenci ci wymagają dalszej farmakoterapii, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, leczenia ran, opinii innych specjalistów. - o Konieczna jest całodobowa opieka lekarska, pielęgniarska, kilka godzin pracy fizjoterapeutów, neurologopedów, neuropsychologów, terapeutów zajęciowych - o Pacjenci wymagają opieki w zakresie odpowiedniego żywienia (żywienie przemysłowe lub miksy kuchenne starannie dobrane przez dietetyka) - o Pacjentom należy też zapewnić odpowiednie warunki pobytu, a w przypadku pacjentów z otępieniem odpowiednie łóżka, materace i podnośniki. 2. Niska wycena: - o Zwracamy uwagę na niski wzrost wyceny, bo zaledwie o 4% w np. w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej. Wycena ta nie pokrywa nawet wskaźnika inflacyjnego, który w roku 2023 wynosił 11,4% a w 2024 3,6% - o Uważamy, że niskie zróżnicowanie w zakresie pacjentów ostrych i przewlekłych sprawi, że ci pierwsi nadal nie będą szybko poddani rehabilitacji, co jest niezmiernie ważne, aby nie zaprzepaścić efektów zabiegów operacyjnych - o Zwracamy też uwagę na różnicę w wycenie rehabilitacji neurologicznej dzieci kat. I i w stosunku do rehabilitacji neurologicznej pacjentów dorosłych kat. I. - o Podane w raporcie dane jednoznacznie pokazują, że obecna wycena świadczeń rehabilitacyjnych zawsze była na niskim poziomie, a zaproponowany w raporcie wzrost nie zmienia tej sytuacji. Podsumowanie: Apelujemy o ponowne przeanalizowanie taryfikacji świadczeń w zakresie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. Prosimy o przeanalizowanie jeszcze raz potrzeb pacjentów pooperacyjnych i neurologicznych. Ponożone co raz większe koszty bez realnej wyceny, będzie prowadzić do zmniejszania się dostępności rehabilitacji ze środków publicznych na rzecz rehabilitacji komercyjnej. Niska wycena w zakresie rehabilitacji może też wpłynąć na jakość rehabilitacji, a tym samym powodować duży problem ekonomiczny dla Polski.
16.	Jacek Koszela	tabela nr 22 strona 49-51/63	Pragniemy zwrócić uwagę na nieadekwatną i niezrozumiałą wycenę świadczeń w zakresie rehabilitacji pooperacyjnej oraz wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Dotyczy to szczególnie pacjentów przekazywanych bezpośrednio z oddziałów szpitalnych – często w stanie wymagającym kontynuacji intensywnego leczenia i kompleksowej opieki. Kluczowe problemy: 1. Charakter pacjenta rehabilitacyjnego pooperacyjnego i neurologicznego: • Pacjenci ci wymagają nierzadko dalszej farmakoterapii, częstych konsultacji specjalistycznych, jak również wdrożenia wielogodzinnej terapii z udziałem fizjoterapeuty, logopedy, psychologa, terapeuty zajęciowego i innych członków zespołu terapeutycznego. • Ich stan zdrowia wymaga również całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, regularnego monitoringu stanu zdrowia, badań diagnostycznych, leczenia ran, specjalistycznego żywienia, a także zapewnienia odpowiednich warunków pobytu. 2. Nierealistyczna wycena: • Zaproponowany wzrost wyceny o zaledwie 4% nie pokrywa nawet wskaźnika inflacyjnego, a co dopiero realnych kosztów prowadzenia rehabilitacji o wskazanym profilu. • Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że taki wzrost nie pokrywa również kosztów wzrostu wynagrodzeń, które podmioty realizujące świadczenia będą zobowiązane wypłacać od lipca br. na mocy obowiązujących przepisów.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			• Co więcej, istnieje bardzo duże zróżnicowanie wartości punktu rozliczeniowego w poszczególnych województwach, co prowadzi do ogromnych nierówności w finansowaniu tych samych świadczeń – i powoduje, że dla części podmiotów nawet minimalna rekompensata kosztowa jest niedostępna. 3. Brak elastyczności i mechanizmów różnicowania świadczeń: • Obecny ryczałtowy model nie uwzględnia różnorodności potrzeb pacjentów – niezależnie od stopnia skomplikowania i rzeczywistego zaangażowania personelu, wycena jest jednolita i niedostosowana do rzeczywistości klinicznej. • Proponujemy rozważenie wprowadzenia produktów do sumowania i rozliczania świadczeń na podstawie rzeczywiście wykonanych procedur i zaangażowania zespołu terapeutycznego, co umożliwi bardziej sprawiedliwy i transparentny system finansowania. 4. Fikcyjność taryfikacji: • Istnieje uzasadniona obawa, że aktualna wycena ma charakter pozorny i administracyjny, a nie realny – nieuwzględniający rzeczywistych kosztów prowadzenia świadczeń rehabilitacyjnych na wymaganym poziomie. • Należy podkreślić, że rehabilitacja nigdy nie była dotąd rzetelnie wyceniona, a obecna propozycja pogłębia ten problem, zamiast go rozwiązywać. Podsumowanie: Apelujemy o ponowne przeanalizowanie taryfikacji świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych, ze szczególnym uwzględnieniem: • specyfiki pacjentów pooperacyjnych i neurologicznych, • rzeczywistych kosztów pracy zespołów terapeutycznych, • różnic terytorialnych w wycenie punktu, • obowiązkowego wzrostu kosztów wynagrodzeń od lipca br. W przeciwnym razie system nadal będzie funkcjonował w modelu świadczeń zaniżonych, nieadekwatnych do rzeczywistego zapotrzebowania i możliwości kadrowych, co prowadzi do marginalizacji roli rehabilitacji w systemie ochrony zdrowia.
17.	Maciej Tomoń	Cel i zakres niniejszych uwag:	Niniejszy dokument stanowi szczegółową, krytyczną analizę Raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) numer WT.521.4.2023, dotyczącego procesu ustalania taryfy świadczeń gwarantowanych obejmujących stacjonarną rehabilitację leczniczą. Celem analizy jest nie tylko identyfikacja błędów i niedociągnięć merytorycznych zawartych w Raporcie, ale przede wszystkim wskazanie na fundamentalną niezgodność proponowanych w nim rozwiązań z aktualną wiedzą medyczną, rzeczywistymi potrzebami pacjentów oraz standardami nowoczesnej, kompleksowej i zindywidualizowanej rehabilitacji. Przedstawione uwagi mają na celu sformułowanie konkretnych postulatów i rekomendacji, których wdrożenie jest niezbędne dla systemowej poprawy jakości i dostępności świadczeń rehabilitacyjnych w Polsce. Analiza ta opiera się na dogłębnym przeglądzie treści Raportu AOTMiT, jego załączników oraz na wiedzy eksperckiej dotyczącej organizacji i finansowania rehabilitacji.
		Ogólna ocena Raportu AOTMiT jako dokumentu utrwalającego nieefektywny i nieadekwatny do współczesnych potrzeb model rehabilitacji w Polsce	Raport AOTMiT, pomimo pewnych pozytywnych aspektów, takich jak propozycje wzrostu niektórych taryf dla świadczeń stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, w swojej istocie niestety utrwała model rehabilitacji oparty na przestarzałych założeniach. Charakteryzuje się on dominacją fizjoterapii i jednoczesną marginalizacją roli innych, kluczowych dla procesu zdrowienia specjalistów, takich jak psycholodzy, logopedzi czy terapeuci zajęciowi. Takie podejście jest sprzeczne z powszechnie akceptowaną na świecie definicją rehabilitacji jako procesu kompleksowego, interdyscyplinarnego, koordynowanego, ciągłego i powszechnie dostępnego. Co więcej, podejście AOTMiT do taryfikacji, gdzie wycena świadczenia jest postrzegana jako narzędzie do wpływania na jego podaż w celu "zaspokojenia popytu" i "likwidacji lub zmniejszenia kolejek", jest fundamentalnie sprzeczne z zasadą zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń opartych przede wszystkim na kryteriach medycznych i rzeczywistych kosztach ich udzielenia. Taryfa powinna odzwierciedlać realne nakłady poniesione na wysokiej jakości świadczenie, a nie być instrumentem administracyjnego ograniczania dostępności. Pragniemy także zwrócić uwagę iż 7 dniowy termin na analizę tak obszernego dokumentu, uniemożliwia pełną jego analizę i zgłoszenie szczegółowych uwag, dotyczących przyjętej metodologii taryfikacji, wyliczeń oraz przyjętych założeń. Poniższa analiza dotyczy przede wszystkim kwestii fundamentalnych

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		I. Błędy Metodologiczne i Koncepcyjne Raportu AOTMiT 1. (Dotyczy Rozdziału 1: Problem decyzyjny oraz Rozdziału 2.1: Charakterystyka świadczenia) – Uwaga: Rehabilitacja została ujęta w sposób uproszczony i schematyczny, co może utrwalać przestarzały, hierarchiczny model organizacyjny, w którym dominującą rolę przypisuje się fizjoterapii, z pominięciem równorzędnej roli innych elementów procesu rehabilitacyjnego.	Definicja rehabilitacji przytoczona w Raporcie AOTMiT, powołująca się na Światową Organizację Zdrowia (WHO), która określa rehabilitację jako "dziedzinę interdyscyplinarną, obejmującą w swoim zakresie zarówno dążenie osób poszkodowanych do przywrócenia pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, poprawy jakości życia oraz zdolności funkcjonowania w społeczeństwie", jest teoretycznie poprawna i wskazuje na jej wieloaspektowy charakter. Niestety, dalsza analiza Raportu, a w szczególności proponowane rozwiązania dotyczące wymogów kadrowych oraz sposobu kalkulacji kosztów, prowadzi do wniosku, że rehabilitacja jest w nim de facto sprowadzana głównie do działań fizjoterapeutycznych. Brakuje rzeczywistego uwzględnienia interdyscyplinarnego charakteru nowoczesnej rehabilitacji, która powinna być procesem kompleksowym, angażującym zespół specjalistów. Potwierdzeniem tej tezy jest analiza wymogów kadrowych określonych w Załączniku nr 1 i Załączniku nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które stanowią podstawę analizy kosztów w Raporcie AOTMiT.1 Wymogi te, szczególnie w odniesieniu do rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej i kardiologicznej, precyzyjnie określają minimalne normy zatrudnienia dla lekarzy i fizjoterapeutów, podczas gdy rola psychologów, logopedów czy terapeutów zajęciowych jest często marginalizowana lub określana w sposób nieadekwatny do realnych potrzeb pacjentów. Przykładowo, dla rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I, wymagany jest fizjoterapeuta w wymiarze równoważnika 1 etatu przeliczeniowego na 5 łóżek, podczas gdy terapeuta zajęciowy to równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 łóżek, a psycholog lub logopeda/neurologopeda – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek. Takie dysproporcje w normach zatrudnienia nie są przypadkowe. Utrwalają one model, w którym "rehabilitacja" staje się niemal synonimem "fizjoterapii", a interwencje pozostałych specjalistów, kluczowe dla powrotu pacjenta do zdrowia i optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie, są traktowane jako dodatkowe i mniej istotne. Konsekwencją niskich norm etatowych dla specjalistów spoza fizjoterapii jest ich mniejsza dostępność na oddziałach rehabilitacyjnych. To z kolei prowadzi do ograniczenia zakresu realnie świadczonej rehabilitacji głównie do procedur fizjoterapeutycznych, co jest charakterystyczne dla przestarzałego, wąskiego modelu opieki. Ostatecznie, taki stan rzeczy przekłada się na gorsze wyniki leczenia pacjentów, którzy wymagają kompleksowego, wieloaspektowego wsparcia. Co więcej, taka struktura personelu implikuje, że proces taryfikacji, opierając się na tych właśnie wymogach (jak wspomniano w Raporcie AOTMiT: "Eksperci dokonali korekty w zakresie związanym z zaangażowaniem poszczególnych kategorii personelu medycznego ważone zgodnie z wymiarem etatu określonym w rozporządzeniu koszykowym"), będzie systemowo niedoszacowywać koszty pełnej, interdyscyplinarnej rehabilitacji. Dzieje się tak, ponieważ sam "koszyk świadczeń" i wynikające z niego normy są już na wstępnym etapie zubożone i nie odzwierciedlają potrzeb nowoczesnej medycyny rehabilitacyjnej. Wadliwe, zaniżone normy kadrowe w rozporządzeniu, na których AOTMiT opiera swoją analizę kosztów, prowadzą nieuchronnie do niedoszacowania rzeczywistych kosztów kompleksowej rehabilitacji. W rezultacie proponowane taryfy są zbyt niskie, co uniemożliwia świadczeniodawcom zatrudnienie odpowiedniej liczby specjalistów i tym samym perpetuuje problem niedostatecznej jakości i zakresu rehabilitacji. Bardzo wąskie podejście do procesu rehabilitacji powoduje iż wycena tych świadczeń w Polsce drastycznie odbiega od wyceny tych świadczeń w Wielkiej Brytanii czy Niemczech. Sam Raport AOTMiT odnotowuje uwagi Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) dotyczące potrzeby "Określenia wymaganych interwencji wykorzystujących kompetencje zespołu terapeutycznego (lekarz, fizjoterapeutyczny, logopedyczny, psychologiczny, dietetyczny, pielęgniarski, terapii zajęciowej)". Świadczy to o tym, że problem ten jest wyraźnie sygnalizowany przez środowisko zawodowe, jednak nie znajduje on adekwatnego odzwierciedlenia w proponowanych przez Agencję rozwiązaniach taryfikacyjnych. Zupełnie niezrozumiałe jest, że pomimo licznych uwag ekspertów o zbyt wąskim podejściu do procesu rehabilitacji i zaangażowaniu zbyt małej liczby specjalistów (czego dowodem są wyceny świadczeń rehabilitacyjnych w Niemczech i Wielkiej Brytanii), AOTMiT nadal utrwała patologiczne niedofinansowanie oraz oparty na nieaktualnej wiedzy medycznej system wyceny świadczeń. Trudno zaakceptować taryfikację opartą na historycznie niepełnych danych, które powstały w wyniku dostosowania świadczeniodawców do zaniżonych w przeszłości stawek. System wyceny powinien bazować na aktualnej wiedzy medycznej – tylko wtedy możliwe jest ciągłe podnoszenie jakości usług. Opracowanie AOTMiT trudno nazwać prawdziwą taryfikacją, gdyż w praktyce jest to jedynie waloryzacja wartości świadczeń, oparta nie na danych historycznych czy prognozach inflacyjnych, lecz wyłącznie na informacjach od świadczeniodawców. Przyjęta metodologia tworzy błędne koło: świadczeniodawcy obniżają jakość, aby dostosować koszty do obowiązujących taryf, a te dane służą AOTMiT do ustalania kolejnych stawek. Najlepiej widać to na przykładzie wyceny rehabilitacji ogólnoustrojowej – wzrost wyceny jest tam zdecydowanie niższy od poziomu inflacji.
		I. Błędy Metodologiczne i Koncepcyjne Raportu AOTMiT 2. (Dotyczy Rozdziału 2.4: Analiza popytu i podaży oraz Rozdziału 4.1: Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego) – Uwaga: Błędne i szkodliwe założenie, że finansowanie jest właściwym narzędziem do kształtowania podaży świadczeń rehabilitacyjnych, co prowadzi do ograniczania dostępu pacjentów do leczenia.	Raport AOTMiT w rozdziale dotyczącym analizy popytu i podaży stwierdza, że "Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, aby zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń". Takie postawienie sprawy jest fundamentalnie błędne w kontekście systemu opieki zdrowotnej, którego nadrzędnym celem powinno być zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń medycznych determinowanego ich rzeczywistymi potrzebami klinicznymi, a nie manipulacją cenową mającą na celu "zarządzanie" kolejkami poprzez zniechęcanie świadczeniodawców do realizacji określonych procedur. Wnioski końcowe Raportu AOTMiT zdają się potwierdzać tę problematyczną logikę, choć częściowo jej zaprzeczają. Z jednej strony stwierdza się, że "Wynikowy wzrost taryf w analizowanym obszarze powinien umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców [...] Bardziej adekwatna refundacja ze strony płatnika pozwoli na pokrycie strat sygnalizowanych w analizowanym obszarze świadczeń. Dodatkowo, dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do faktycznych kosztów [...] powinno przyczynić się do zapewnienia wyższego standardu udzielania świadczeń, a także pozytywnie wpłynąć na dostęp do nich". Z drugiej jednak strony, wcześniejsze sugestie o kształtowaniu podaży poprzez ceny pozostają w mocy. Jeśli taryfy mają jedynie pokrywać "rzeczywiste koszty", to nie mogą jednocześnie służyć jako narzędzie do ograniczania podaży tam, gdzie płatnik uważa ją za zbyt dużą. Podejście, w którym AOTMiT rozważa obniżenie finansowania najbardziej "popularnych" świadczeń w celu zniechęcenia świadczeniodawców do ich wykonywania, jest absurdalne i szkodliwe dla pacjentów. Stosowanie taryf jako narzędzia do zarządzania podażą w istocie przerzuca odpowiedzialność za systemowe niedobory finansowe i organizacyjne na świadczeniodawców oraz, co najważniejsze, na pacjentów. Zamiast systemowo rozwiązywać problem niedostatecznego finansowania rehabilitacji lub złej organizacji dostępu do świadczeń (np. poprzez nieprecyzyjne kryteria kwalifikacji), podejmuje się próbę "zduszenia" popytu poprzez manipulację opłacalnością poszczególnych świadczeń. W sytuacji, gdy płatnik publiczny dysponuje ograniczonymi środkami, zamiast dążyć do zwiększenia budżetu na rehabilitację lub zoptymalizowania kryteriów kwalifikacji pacjentów, sięga po narzędzie manipulacji taryfami. Skutkiem tego niektóre, często bardzo potrzebne świadczenia, stają się dla szpitali mniej opłacalne. W konsekwencji świadczeniodawcy, działając w realiach rynkowych, mogą być zmuszeni do ograniczania wykonywania tych procedur. W statystykach "podażowych" kolejki mogą pozornie się nie wydłużać, jednak realny dostęp pacjentów do niezbędnej rehabilitacji ulega pogorszeniu. Odpowiedzialność za odmowę udzielenia świadczenia lub długi czas oczekiwania spada wówczas na klinicystów i dyrektorów placówek medycznych, a nie na decydentów kształtujących politykę zdrowotną. Taki stan rzeczy nieuchronnie prowadzi do konfliktów na linii pacjent – placówka/personel medyczny. Pacjenci, często posiadający skierowania na rehabilitację (które, jak wskazuje praktyka, są stosunkowo łatwo dostępne), nie rozumieją, dlaczego nie mogą otrzymać należnego im świadczenia lub muszą na nie czekać nieakceptowalnie długo. Frustracja pacjentów i ich rodzin nieradko prowadzi do sytuacji konfliktowych, a nawet agresji wobec personelu medycznego, który staje się "twarzą" systemowych ograniczeń.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		II. Utrwalanie Systemowych Problemów Polskiej Rehabilitacji 3. (Dotyczy całości Raportu AOTMiT, ze szczególnym uwzględnieniem zakresu analizowanych świadczeń, Załączniki 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 –) – Uwaga: Raport nie adresuje w sposób systemowy problemu rehabilitacji pacjentów w najcięższych stanach klinicznych oraz braku kompleksowej ścieżki rehabilitacji umożliwiającej protezowanie po amputacjach	Analiza zakresu świadczeń poddanych taryfikacji w Raporcie AOTMiT wskazuje na niepokojącą koncentrację na standardowych, często wąsko zdefiniowanych kategoriach rehabilitacji. Dokument ten pomija lub w niedostatecznym stopniu uwzględnia specyficzne i niezwykle istotne potrzeby pacjentów znajdujących się w najcięższych stanach klinicznych. Dotyczy to w szczególności osób po ciężkich urazach komunikacyjnych, urazach wielonarządowych, pacjentów wymagających długoterminowej, wysoce specjalistycznej i intensywnej opieki neurologicznej, a także pacjentów po amputacjach kończyn. Dla tej ostatniej grupy kluczowa jest nie tylko rehabilitacja przygotowująca do zaprotezowania, ale również nauka codziennego funkcjonowania z protezą, co wymaga zaangażowania wielodyscyplinarnego zespołu i odpowiedniego czasu. Takie podejście utrwała hierarchiczny model opieki, w którym pewne, szczególnie wymagające grupy pacjentów, są systemowo marginalizowane. W Raporcie AOTMiT brakuje propozycji stworzenia lub adekwatnego wycenienia dedykowanych, wysokospecjalistycznych programów rehabilitacji, które odpowiadałyby na złożone potrzeby tych pacjentów. Programy te musiałyby uwzględniać konieczność zaangażowania szerokiego spektrum specjalistów (lekarzy rehabilitacji, fizjoterapeutów, psychologów, neuropsychologów, logopedów, terapeutów zajęciowych, protetyków, doradców zawodowych), dostęp do nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego oraz, co niezwykle ważne, odpowiednio dłuższy, zindywidualizowany czas hospitalizacji i terapii. Pominiecie tych grup pacjentów w procesie taryfikacji lub ich niedostateczne uwzględnienie w istniejących produktach rozliczeniowych oznacza, że świadczeniodawcy nie posiadają ani finansowych możliwości, ani systemowych zachęt do rozwijania i oferowania kompleksowych programów rehabilitacyjnych dla najciężiej chorych. Skutkuje to często odmawianiem przyjęć tym pacjentom, przekierowywaniem ich do innych, nie zawsze odpowiednio przygotowanych placówek, lub realizacją świadczenia w sposób niepełny, niedostosowany do ich realnych i często bardzo złożonych potrzeb. Brak adekwatnych taryf dla pacjentów najciężej poszkodowanych prowadzi do sytuacji, w której opieka nad nimi staje się dla szpitali nieopłacalna, co skutkuje ograniczeniem dostępności lub obniżeniem jakości świadczonej rehabilitacji. W efekcie pacjenci ci są "spychani" między placówkami lub pozostawiani bez adekwatnej, kompleksowej pomocy, co ma dramatyczne konsekwencje dla ich zdrowia, jakości życia i szans na powrót do samodzielności. Szczególnie dotkliwy jest systemowy brak możliwości zapewnienia kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej efektywne protezowanie po amputacjach. Taka sytuacja uniemożliwia wielu pacjentom powrót do aktywności zawodowej, samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie i prowadzi do długoterminowego uzależnienia od pomocy innych oraz systemu zabezpieczenia społecznego. Generuje to olbrzymie koszty społeczne, związane z wypłatą rent, zasiłków oraz koniecznością zapewnienia opieki. Raport AOTMiT, koncentrując się na istniejących, często nieadekwatnych strukturach, nie podejmuje tego fundamentalnego problemu w sposób, który rokowałby jego rozwiązanie. Brak systemowej rehabilitacji protetycznej oznacza, że pacjenci po amputacjach często nie otrzymują odpowiedniego przygotowania do zaopatrzenia w protezę, same protezy nie są optymalnie dobrane i sfinansowane, a nauka chodu i funkcjonowania z protezą jest niewystarczająca. To z kolei znacząco zmniejsza ich szanse na powrót do pracy i samodzielności, jednocześnie zwiększając obciążenie dla systemu zabezpieczenia społecznego i dla ich rodzin.
		II. Utrwalanie Systemowych Problemów Polskiej Rehabilitacji 4. (Dotyczy Rozdziału 2.4.1: Statystyki dotyczące realizacji świadczeń – Wykresy 32-35, oraz Rozdziału 5: Najważniejsze informacje i wnioski) – Uwaga: Utrwalanie problemu długich kolejek poprzez brak propozycji adekwatnych rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych dotyczących kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji pacjentów	Raport AOTMiT w sposób prawidłowy identyfikuje i przedstawia problem długich kolejek oczekujących na stacjonarną rehabilitację leczniczą w Polsce. Dane zawarte w dokumencie, w szczególności Wykresy 32-35, ilustrują skalę tego zjawiska – przykładowo, średni czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w przypadkach pilnych wynosił 74 dni, a w przypadkach stabilnych aż 498 dni w 2024 roku. Podobne, choć zróżnicowane, problemy z dostępnością dotyczą także rehabilitacji neurologicznej i pulmonologicznej. Niestety, pomimo trafnej diagnozy problemu, Raport AOTMiT nie proponuje skutecznych, systemowych rozwiązań, koncentrując swoje rekomendacje głównie na aspekcie taryfikacji świadczeń. Kluczowym problemem, który w znacznym stopniu przyczynia się do powstawania i utrzymywania się długich kolejek, a który nie został w Raporcie AOTMiT odpowiednio zaadresowany, jest brak jasnych, precyzyjnych i powszechnie stosowanych kryteriów kwalifikacji pacjentów do poszczególnych rodzajów rehabilitacji stacjonarnej. Równie istotny jest brak efektywnych mechanizmów dyskwalifikacji pacjentów z dalszego leczenia stacjonarnego w sytuacji, gdy ich stan kliniczny na to pozwala, dalsza hospitalizacja nie przynosi już oczekiwanych korzyści terapeutycznych, pacjent nie rokuje poprawy w warunkach stacjonarnych, bądź nie współpracuje w procesie rehabilitacji. Obecny system, jak słusznie zauważono, umożliwia stosunkowo łatwe uzyskanie skierowania na niemal wszystkie formy rehabilitacji, co przy braku rygorystycznych kryteriów przyjęcia i wypisu prowadzi do nieoptymalnego wykorzystania ograniczonych zasobów. Brak precyzyjnych kryteriów klinicznych oraz formalnych możliwości dyskwalifikacji pacjenta z dalszej hospitalizacji na oddziale stacjonarnym prowadzi do zjawiska "blokowania" łóżek rehabilitacyjnych. Często zajmują je pacjenci, którzy mogliby z powodzeniem kontynuować proces leczenia w innych, mniej intensywnych i kosztownych warunkach, takich jak rehabilitacja ambulatoryjna, dzienna czy domowa. Zdarza się również, że hospitalizowani są pacjenci, dla których, z medycznego punktu widzenia, dalsza rehabilitacja stacjonarna nie rokuje istotnej poprawy funkcjonalnej. Takie sytuacje bezpośrednio przyczyniają się do wydłużania kolejek dla pacjentów, którzy pilnie potrzebują intensywnej rehabilitacji stacjonarnej i dla których taka forma leczenia jest klinicznie uzasadniona i może przynieść znaczące korzyści. Proponowane przez AOTMiT kształtowanie popytu poprzez mechanizmy finansowe jest w istocie próbą obejścia tego fundamentalnego problemu organizacyjnego, zamiast jego systemowego rozwiązania. Zastrzeżenie i doprecyzowanie kryteriów klinicznych kwalifikacji do poszczególnych rodzajów rehabilitacji stacjonarnej, a także wprowadzenie jasnych i transparentnych procedur dyskwalifikacji pacjenta z dalszej hospitalizacji, gdy istnieją ku temu medyczne przesłanki, byłoby rozwiązaniem znacznie bardziej transparentnym, sprawiedliwym i opartym na rzeczywistych potrzebach medycznych pacjentów, a nie na arbitralnych decyzjach ekonomicznych. Zamiast wprowadzać jasne kryteria kliniczne, AOTMiT sugeruje możliwość manipulacji cenami, co jest rozwiązaniem mniej przejrzystym i może prowadzić do arbitralnych decyzji o przyjęciu lub odmowie przyjęcia pacjenta, opartych na aktualnej opłacalności świadczenia, a nie na jego obiektywnym stanie zdrowia i rokowaniach.

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		III. Analiza Wycen Świadczeń i Propozycje Zmian 5. (Dotyczy Rozdziału 3.1.1: Dane finansowo-księgowe; Rozdziału 3.2.3: Koszt osobodnia; Rozdziału 3.2.4: Wynik analizy kosztów – Tabela 20; Rozdziału 3.3: Projekt taryfy – Tabela 22; oraz Załącznika 10: Cenniki komercyjne) – Uwaga: Proponowane w Raporcie AOTMiT taryfy, mimo deklarowanego wzrostu, są prawdopodobnie nadal zaniżone i nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów świadczeń ani ich jakości, co wynika m.in. z ograniczeń metodologicznych analizy kosztów przeprowadzonej przez AOTMiT.	Postulat środowiska dotyczący konieczności podniesienia wycen świadczeń rehabilitacyjnych znajduje uzasadnienie w analizie metodologii przyjętej przez AOTMiT oraz w porównaniu z cenami rynkowymi. Istnieje ryzyko, że proponowane taryfy, mimo iż w niektórych przypadkach wykazują wzrost w stosunku do obecnych, nadal nie odzwierciedlają w pełni rzeczywistych kosztów udzielania tych świadczeń na odpowiednim poziomie jakości, zwłaszcza w kontekście potrzeby zapewnienia kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki. Pierwszym istotnym ograniczeniem metodologicznym jest wielkość i reprezentatywność próby danych finansowo-księgowych, na których oparto analizę kosztów. Raport AOTMiT informuje, że "Do wyliczenia średnich kosztów osobodnia wykorzystano dane finansowo-księgowe będące w posiadaniu Agencji w łącznej liczbie 167 OPK od 96 świadczeniodawców" oraz że "Dane pozyskane z lat 2021-2023 r. pochodzą od 22% świadczeniodawców realizujących świadczenia w 2023 roku. Świadczeniodawcy, od których pozyskano dane finansowo-księgowe, zrealizowali w 2023 r. w sumie 26% wycenianych świadczeń". Tak ograniczona próba, obejmująca jedynie nieco ponad jedną piątą świadczeniodawców i realizująca około jednej czwartej świadczeń, może nie być w pełni reprezentatywna dla całego sektora i prowadzić do uśrednień kosztów, które nie odzwierciedlają specyfiki różnych typów placówek (np. wysokospecjalistycznych szpitali rehabilitacyjnych vs. mniejszych oddziałów). Kolejnym aspektem jest wykorzystanie danych historycznych. Chociaż podstawę obliczeń stanowiły dane z 2023 roku, w przypadku braku reprezentatywności próby sięgano po dane z lat 2021-2022. Mimo zastosowania "mnożnika zmian wielkości kosztów" w celu aktualizacji tych danych, istnieje ryzyko, że nie w pełni odzwierciedlają one gwałtowny wzrost kosztów operacyjnych, jaki miał miejsce w ostatnich latach, związany z wysoką inflacją, rosnącymi cenami energii, materiałów medycznych oraz presją płacową w sektorze ochrony zdrowia. Istotnym ograniczeniem jest również agregacja danych do poziomu Ośrodka Powstawania Kosztów (OPK). Raport stwierdza: "Ze względu na fakt, iż dane będące w posiadaniu Agencji agregowane są do poziomu ośrodka powstawania kosztów (OPK), poddano korekcie eksperckiej obecnie obowiązujące relacje pomiędzy poszczególnymi produktami rozliczeniowymi". Taka agregacja może maskować rzeczywiste różnicowanie kosztów poszczególnych procedur terapeutycznych, intensywności opieki oraz zróżnicowanych potrzeb pacjentów w ramach jednego, szeroko definiowanego OPK. Korekta ekspercka, choć jest cennym uzupełnieniem, z natury rzeczy wprowadza element subiektywizmu i może nie w pełni kompensować braki wynikające z pierwotnej agregacji danych. Porównanie proponowanych przez AOTMiT taryf z cenami komercyjnymi usług rehabilitacyjnych, przedstawionymi w Załączniku 10 do Raportu, również dostarcza argumentów za ich potencjalnym niedoszacowaniem. Przykładowo, dla świadczenia "Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria I" (kod produktu 5.11.02.9100025), AOTMiT w projekcie taryfy proponuje wycenę 320 zł za osobodzień. Tymczasem, jak wynika z Załącznika 10, Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach oferuje "Rehabilitację neurologiczną (7 dni)" za 572 zł dziennie, a Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii wycenia "Rehabilitację neurologiczną zaburzeń funkcji mózgu (kat. I)" na 580 zł za osobodzień. Podobne dysproporcje można zaobserwować dla innych świadczeń. Na przykład, "Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu" (kod 5.11.02.9100058) jest proponowana przez AOTMiT za 683 zł, podczas gdy Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii oferuje to świadczenie za 590 zł, a Szpital św. Rafała w Krakowie program po urazach głowy/kregostupa za 715 zł dziennie. Należy jednak zaznaczyć, że zakres świadczeń w ofertach komercyjnych nie zawsze jest precyzyjnie zdefiniowany, co utrudnia bezpośrednie porównania, niemniej jednak obserwowane różnice są znaczące i sugerują, że wyceny NFZ mogą nie pokrywać pełnych kosztów świadczeń realizowanych na wysokim poziomie. Niedoszacowane taryfy w systemie publicznym zmuszają szpitale do poszukiwania oszczędności, co niestety często odbywa się kosztem jakości świadczonej opieki. Może to oznaczać ograniczanie liczby personelu (do ustawowego minimum, które, jak wykazano wcześniej, jest często niewystarczające dla zapewnienia kompleksowej opieki), stosowanie tańszych, ale nie zawsze optymalnych materiałów i sprzętu, czy też ograniczanie dostępu pacjentów do bardziej specjalistycznych, ale i droższych form terapii. Tworzy to błędne koło: niskie taryfy prowadzą do presji na cięcie kosztów, co skutkuje obniżeniem jakości rehabilitacji i potencjalnie gorszymi wynikami leczenia. To z kolei może być wykorzystywane przez płatnika jako argument, że "skoro szpitale leczą za taką stawkę, to widocznie tyle to kosztuje", co dodatkowo utrudnia walkę o adekwatne finansowanie. Co więcej, taryfikacja świadczeń rehabilitacyjnych powinna uwzględniać nie tylko "średni koszt" historyczny, ale także wprowadzać mechanizmy premiujące jakość i efektywność leczenia, co jest postulatem środowiska. Raport AOTMiT koncentruje się na analizie kosztów poniesionych w przeszłości, nie proponując modelu finansowania, który aktywnie promowałby rozwój, innowacje i podnoszenie standardów w rehabilitacji. Oparcie taryf wyłącznie na historycznych, często zaniżonych kosztach, wynikających z wieloletniego niedofinansowania i nieadekwatnych norm, nie stwarza bodźców do inwestowania w nowoczesny sprzęt, systematyczne szkolenia personelu czy wdrażanie innowacyjnych, opartych na dowodach naukowych metod terapii. Skutkuje to stagnacją i utrwalaniem przestarzałych standardów opieki. Poniższa tabela przedstawia porównanie wybranych proponowanych taryf AOTMiT z cenami komercyjnymi, ilustrując potencjalne niedoszacowanie (nie przekazano tabeli w uwagach przesłanych do AOTMiT). Zebrane dane przez AOTMiT dane wyraźnie ilustrują, że w wielu przypadkach ceny komercyjne oraz dane ośrodków zagranicznych znacznie przewyższają proponowane taryfy NFZ, co wzmacnia argumentację o konieczności ich rewizji w kierunku urealnienia i zapewnienia środków na świadczenie rehabilitacji na odpowiednio wysokim poziomie, który umożliwi zagwarantowanie .

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag										
		III. Analiza Wycen Świadczeń i Propozycje Zmian 6. (Dotyczy Załączników 1 i 2 do Raportu AOTMiT – , oraz Załączników 3, 8, 9 –) – Uwaga: Sztwyne wymogi ilościowe dotyczące czasu trwania, intensywności rehabilitacji oraz zaangażowania specjalistów, zawarte w warunkach realizacji świadczeń, są sprzeczne z zasadą indywidualizacji procesu terapeutycznego i nie odpowiadają realnym potrzebom pacjentów.	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia i przywoływane jako podstawa analiz w Raporcie AOTMiT, narzucają często sztywne ramy ilościowe dotyczące czasu trwania rehabilitacji, liczby zabiegów czy minimalnego zaangażowania poszczególnych specjalistów. Przykładowo, dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych określono wymóg "średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy". Podobnie, w przypadku rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I, Załącznik nr 2 precyzuje czas usprawniania na "nie mniej niż 150 min na dobę (...) od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty", a terapię (neuro)logopedyczną na "nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu". Takie sztywne, ilościowe podejście, choć z pozoru ma na celu standaryzację i zapewnienie pewnego minimum interwencji, w praktyce stoi w sprzeczności z fundamentalną zasadą indywidualizacji procesu terapeutycznego. Rehabilitacja, aby była skuteczna, musi być precyzyjnie dostosowana do dynamicznie zmieniającego się stanu klinicznego pacjenta, jego specyficznych deficytów funkcjonalnych, możliwości, motywacji oraz indywidualnie określonych celów terapeutycznych. Narzucanie odgórnych, uśrednionych norm ilościowych uniemożliwia elastyczne planowanie i modyfikowanie terapii w odpowiedzi na te indywidualne potrzeby. Konsekwencją takiego systemu jest ryzyko, że pacjent otrzymuje "pakiet" zabiegów wynikający bardziej z formalnych wymogów płatnika niż z rzetelnej, pogłębionej diagnozy funkcjonalnej i oceny jego rzeczywistych potrzeb. Może to prowadzić do nieefektywnego wykorzystania zasobów – niektórzy pacjenci mogą potrzebować znacznie więcej czasu z logopedą, a mniej z terapeutą zajęciowym (lub odwrotnie), jednak system wymusza uśrednione podejście, które nie zawsze jest optymalne. Sztwyne normy mogą prowadzić do sytuacji, w której plany terapeutyczne są standaryzowane w celu spełnienia wymogów formalnych, co ogranicza możliwość dostosowania terapii do unikalnych potrzeb każdego pacjenta. Taka praktyka nie tylko obniża potencjalną efektywność rehabilitacji, ale może również prowadzić do marnotrawstwa cennych zasobów, takich jak czas wysoko wykwalifikowanych specjalistów czy dostęp do specjalistycznego sprzętu. Co więcej, taryfa oparta na takich sztywnych wymogach ilościowych nie promuje ani jakości, ani indywidualizacji procesu leczenia. Jeśli płatnik refunduje świadczenie na podstawie spełnienia minimalnych kryteriów ilościowych (np. liczba zabiegów, minimalny czas trwania), świadczeniodawcy mogą nie mieć wystarczającej motywacji finansowej do oferowania bardziej intensywnych, zindywidualizowanych i potencjalnie bardziej kosztownych programów terapeutycznych, nawet jeśli byłyby one klinicznie uzasadnione i mogłyby przynieść pacjentowi znacznie większe korzyści. Brak premiowania za indywidualizację i intensyfikację terapii, tam gdzie jest to wskazane, prowadzi do tendencji realizacji "standardowego pakietu" świadczeń, co może skutkować suboptymalnymi wynikami leczenia dla pacjentów o zróżnicowanych i często bardzo złożonych potrzebach rehabilitacyjnych. Poniższa tabela ilustruje dysproporcje w wymaganiach etatowych dla różnych specjalistów, co dodatkowo utrudnia budowanie prawdziwie interdyscyplinarnych zespołów. Tabela 2: Porównanie minimalnych norm zaangażowania personelu specjalistycznego (psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy) wg Załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia (przywoływanego w Raporcie AOTMiT) w rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I <table><tr><th>Specjalista</th><th>Wymiar etatu przeliczeniowego na liczbę łóżek</th></tr><tr><td>Fizjoterapeuta (w tym mgr fizjoterapii)</td><td>1 etat / 5 łóżek (w tym mgr fizjoterapii 1 etat / 12 łóżek)</td></tr><tr><td>Terapeuta zajęciowy</td><td>1 etat / 15 łóżek</td></tr><tr><td>Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej</td><td>1 etat / 20 łóżek</td></tr><tr><td>Logopeda lub neurologopeda</td><td>1 etat / 20 łóżek</td></tr></table> Dane te wyraźnie pokazują, że normy zatrudnienia dla psychologów, logopedów i terapeutów zajęciowych są znacznie niższe niż dla fizjoterapeutów. Taka struktura kadrowa, narzucona przez wymogi formalne i stanowiąca podstawę do kalkulacji taryf, systemowo ogranicza możliwość prowadzenia rehabilitacji w sposób rzeczywiście kompleksowy i interdyscyplinarny, spychając kluczowe interwencje tych specjalistów na margines.	Specjalista	Wymiar etatu przeliczeniowego na liczbę łóżek	Fizjoterapeuta (w tym mgr fizjoterapii)	1 etat / 5 łóżek (w tym mgr fizjoterapii 1 etat / 12 łóżek)	Terapeuta zajęciowy	1 etat / 15 łóżek	Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej	1 etat / 20 łóżek	Logopeda lub neurologopeda	1 etat / 20 łóżek
Specjalista	Wymiar etatu przeliczeniowego na liczbę łóżek												
Fizjoterapeuta (w tym mgr fizjoterapii)	1 etat / 5 łóżek (w tym mgr fizjoterapii 1 etat / 12 łóżek)												
Terapeuta zajęciowy	1 etat / 15 łóżek												
Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej	1 etat / 20 łóżek												
Logopeda lub neurologopeda	1 etat / 20 łóżek												
		III. Analiza Wycen Świadczeń i Propozycje Zmian 7. (Dotyczy Rozdziału 2.5: Uwagi do świadczeni), oraz Rozdziału 3.2.2: Propozycja zmian w charakterystyce) – Uwaga: Raport AOTMiT w niewystarczającym stopniu uwzględnia uwagi zgłaszane przez środowisko	Raport AOTMiT w Tabeli 6 przedstawia syntezę uwag zgłoszonych przez konsultantów krajowych w dziedzinie fizjoterapii i rehabilitacji medycznej oraz przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Wiele z tych postulatów dotyczy fundamentalnych kwestii systemowych, takich jak potrzeba jednoczesnej i kompleksowej aktualizacji taryf we wszystkich zakresach rehabilitacji, konieczność uwzględnienia w wycenach kosztów personelu pozamedycznego i infrastruktury, a przede wszystkim potrzeba "Określenia wymaganych interwencji wykorzystujących kompetencje zespołu terapeutycznego (lekarski, fizjoterapeutyczny, logopedyczny, psychologiczny, dietetyczny, pielęgnarski, terapii zajęciowej)" oraz "Opracowania standardów oceny fizjoterapeutycznej [...] umożliwiających zdefiniowanie zasad kwalifikacji pacjentów". Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej również wnosil o to, aby "Taryfikacja świadczeń winna uwzględniać kompleksowo koszt wytworzenia danego świadczenia". Niestety, propozycje zmian w charakterystyce świadczeń przedstawione w Raporcie AOTMiT wydają się koncentrować na stosunkowo drobnych korektach list procedur ICD-9, takich jak usunięcie procedury 93.1122 (Ćwiczenia bierne redresyjne) czy dodanie kilku innych procedur z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej. Choć zmiany te mogą być merytorycznie słuszne i porządkujące, nie stanowią one adekwatnej odpowiedzi na głębokie, systemowe postulaty zgłaszane przez środowisko ekspertów. Stwierdzenie Agencji, że "Zmiany zaproponowane przez ekspertów pozostają bez wpływu na pracę taryfikacyjne i są przede wszystkim działaniem porządkującym i urealnijającym obecny stan" , może być interpretowane jako unikanie podjęcia próby wprowadzenia bardziej fundamentalnych zmian w modelu i finansowaniu rehabilitacji. Obserwuje się zatem wyraźną rozbieżność między diagnozą problemów stawianą przez środowisko medyczne, które wskazuje na konieczność systemowej przebudowy modelu rehabilitacji i jej finansowania, a zakresem działań podejmowanych przez AOTMiT w ramach analizowanego Raportu. Agencja skupia się na dostosowaniu taryf w ramach istniejących, często krytykowanych struktur i										

Lp	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		ekspertów, w tym KIF, dotyczące potrzeby kompleksowej zmiany modelu rehabilitacji, a proponowane zmiany w charakterystyce świadczeń są kosmetyczne i nie rozwiązują fundamentalnych problemów.	definicji świadczeń, co powoduje, że kluczowe problemy systemowe, takie jak niedostateczne uwzględnienie roli całego zespołu terapeutycznego czy brak elastyczności w dostosowywaniu terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta, pozostają nierozwiązane. Pomijanie lub marginalizowanie głosu ekspertów praktyków w kwestiach o charakterze strategicznym i modelowym, przy jednoczesnym konsultowaniu z nimi jedynie szczegółowych aspektów technicznych (np. list procedur ICD-9), jest przejawem utrzymywania odgórnego, hierarchicznego podejścia do kształtowania polityki zdrowotnej. Taki sposób procedowania, gdzie uwagi dotyczące fundamentalnych zmian systemowych nie są w pełni implementowane w raportach taryfikacyjnych, a decyzje o kluczowym kształcie systemu opieki zdrowotnej zapadają w innym miejscu lub są odkładane na nieokreśloną przyszłość, prowadzi do frustracji środowiska medycznego i poczucia braku realnego wpływu na kształtowanie opieki nad pacjentem.
		IV. Wnioski i Rekomendacje Końcowe	Podsumowanie kluczowych uwag wobec Raportu AOTMiT: Przedstawiona analiza Raportu AOTMiT WT.521.4.2023 prowadzi do sformułowania następujących, kluczowych uwag: 1. Utrwalanie przestarzałego modelu rehabilitacji: Raport, poprzez swoją metodologię i proponowane rozwiązania, przyczynia się do utrwalenia modelu rehabilitacji nadmiernie skoncentrowanego na fizjoterapii, z pominięciem lub niedostatecznym uwzględnieniem roli innych kluczowych specjalistów zespołu terapeutycznego, co jest sprzeczne z zasadami nowoczesnej, kompleksowej opieki. 2. Błędne założenia dotyczące roli finansowania: Traktowanie taryfikacji jako narzędzia do zarządzania podażą świadczeń jest podejściem nieprawidłowym, które może prowadzić do ograniczania dostępu pacjentów do niezbędnego leczenia w oparciu o kryteria ekonomiczne, a nie medyczne. 3. Niewystarczające adresowanie problemów systemowych: Raport nie proponuje skutecznych rozwiązań dla fundamentalnych problemów polskiej rehabilitacji, takich jak nieadekwatna opieka nad pacjentami w najcięższych stanach klinicznych, brak systemowego wsparcia dla rehabilitacji przygotowującej do protezowania, czy też długie kolejki wynikające m.in. z braku precyzyjnych kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji pacjentów. 4. Prawdopodobnie nadal zaniżone wyceny świadczeń: Mimo deklarowanych wzrostów, proponowane taryfy, ze względu na ograniczenia metodologiczne analizy kosztów (m.in. ograniczona próba danych, agregacja do poziomu OPK, oparcie na historycznych, często zaniżonych kosztach), prawdopodobnie nadal nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów świadczeń realizowanych na odpowiednim poziomie jakości, zwłaszcza w kontekście konieczności zapewnienia opieki interdyscyplinarnej. 5. Utrzymywanie sztywnych wymogów ilościowych: Narzucanie sztywnych norm dotyczących czasu trwania, intensywności rehabilitacji i zaangażowania specjalistów jest sprzeczne z zasadą indywidualizacji procesu terapeutycznego i nie odpowiada zróżnicowanym potrzebom pacjentów. 6. Niewystarczające uwzględnienie głosu środowiska ekspertów: Raport w ograniczonym stopniu implementuje fundamentalne postulaty zgłaszane przez środowisko medyczne i ekspertów dotyczące konieczności systemowej zmiany modelu rehabilitacji. Wskazanie na konieczność systemowej reformy rehabilitacji w Polsce: Rozwiązanie zidentyfikowanych problemów wymaga nie tylko korekty taryf, ale przede wszystkim gruntownej, systemowej reformy rehabilitacji w Polsce. Reforma ta powinna opierać się na następujących filarach: Kompleksowość i interdyscyplinarność: Zapewnienie realnego udziału wszystkich niezbędnych specjalistów (lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, logopedów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek, dietetyków, protetyków, doradców zawodowych) w procesie rehabilitacji, poprzez ustanowienie adekwatnych norm zatrudnienia i mechanizmów współpracy. Indywidualizacja: Odejście od sztywnych wymogów ilościowych na rzecz elastycznego planowania terapii, dostosowanej do indywidualnych potrzeb, celów i rokowań pacjenta, opartej na rzetelnej diagnozie funkcjonalnej. Jakość i efektywność: Wprowadzenie mechanizmów monitorowania i premiowania jakości oraz efektywności świadczeń rehabilitacyjnych, a nie tylko ich ilości. Adekwatne finansowanie: Oparcie taryfikacji na rzeczywistych, prawidłowo skalkulowanych kosztach świadczeń, uwzględniających koszty pracy wysoko wykwalifikowanego personelu, nowoczesnego sprzętu, materiałów oraz koszty pośrednie, a także promujących wdrażanie innowacyjnych i skutecznych metod terapii. Standardy organizacyjne i medyczne: Opracowanie i wdrożenie nowoczesnych standardów postępowania dla poszczególnych rodzajów rehabilitacji, w tym jasnych i opartych na dowodach naukowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do leczenia stacjonarnego oraz kryteriów jego zakończenia lub zmiany formy na mniej intensywną. Dedykowane programy: Stworzenie i odpowiednie sfinansowanie kompleksowych programów rehabilitacji dla pacjentów w najcięższych stanach klinicznych (np. po ciężkich urazach, udarach mózgu z głębokimi deficytami) oraz kompleksowej, wieloetapowej rehabilitacji przygotowującej do protezowania i nauki funkcjonowania z protezą po amputacjach Apel o gruntowną rewizję Raportu AOTMiT i uwzględnienie głosu środowiska: W związku z powyższym, konieczna jest gruntowna rewizja Raportu AOTMiT WT.521.4.2023. Postuluje się w szczególności: Przeprowadzenie ponownej, bardziej rzetelnej analizy kosztów świadczeń rehabilitacyjnych, opartej na szerszej i bardziej reprezentatywnej próbie świadczeniodawców, z uwzględnieniem specyfiki placówek wysokospecjalistycznych oraz realnych potrzeb kadrowych niezbędnych do zapewnienia opieki interdyscyplinarnej zgodnej ze współczesnymi standardami. Opracowanie modelu taryfikacji, który będzie promował jakość i efektywność leczenia, a nie tylko refundował historyczne, często zaniżone koszty. Taryfy powinny umożliwiać rozwój i inwestycje w nowoczesne metody rehabilitacji. Postulujemy nawiązanie rzeczywistego, partnerskiego dialogu pomiędzy Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia a reprezentantami środowiska fizjoterapeutów, organizacjami pacjentów, organizacjami pracodawców oraz ekspertami z poszczególnych dziedzin rehabilitacji. Dialog ten powinien mieć na celu wspólne wypracowanie kompleksowych i systemowych rozwiązań dla polskiego systemu rehabilitacji – zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, ukierunkowanych na poprawę jakości opieki, efektywność organizacyjną oraz rzeczywiste potrzeby pacjentów. Tylko poprzez wspólne, oparte na wiedzy i doświadczeniu działania, możliwe jest stworzenie systemu rehabilitacji, który będzie efektywnie przywracał pacjentom sprawność i umożliwiał im powrót do pełnego udziału w życiu społecznym i zawodowym.