



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

ANEKS

w ramach Koncepcji zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Opracowanie analityczne

Nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2017

Data ukończenia: 15.12.2018

Spis treści

Przedmiot opracowania	3
Streszczenie wykonawcze	4
Zakres prac projektowych	9
1. Koordynacja fizjoterapii podstawowej i specjalistycznej	10
2. Określenie kompetencji osób mogących podejmować samodzielne decyzje w zakresie fizjoterapii	21
3. Uwzględnienie oceny skuteczności i bezpieczeństwa metod stosowanych u pacjenta (kwalifikacja i monitorowanie efektywności)	23
4. Zapewnienie stosowania wyłącznie metod o udowodnionej skuteczności (opartych co najmniej na badaniach z grupą kontrolną).....	30
5. Wprowadzenie mechanizmów poprawy stosunku wykorzystywania metod kinezyterapeutycznych do fizykoterapeutycznych	35

Przedmiot opracowania

Przedmiotem opracowania są zagadnienia wskazane przez Radę Przejrzystości podczas posiedzenia w dniu 19 listopada 2018 r. do uzupełnienia w ramach tematów:

- *„Przygotowanie opinii w sprawie oceny koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”;*
- *„Przygotowanie stanowiska w sprawie oceny zasadności zmiany technologii medycznej: wybrane propozycje zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej dotyczące kwalifikacji świadczeń jako gwarantowane”.*

Wśród kwestii niezbędnych do uzupełnienia, a tym samym umożliwiających przyjęcie uchwały Rady wskazano:

- 1) Koordynację fizjoterapii podstawowej i specjalistycznej;
- 2) Określenie kompetencji osób mogących podejmować samodzielne decyzje w zakresie fizjoterapii;
- 3) Uwzględnienie oceny skuteczności i bezpieczeństwa metod stosowanych u pacjenta (kwalifikacja i monitorowanie efektywności);
- 4) Zapewnienie stosowania wyłącznie metod o udowodnionej skuteczności (opartych co najmniej na badaniach z grupą kontrolną);
- 5) Wprowadzenie mechanizmów poprawy stosunku wykorzystywania metod kinezyterapeutycznych do fizykoterapeutycznych.

Wyróżnione zagadnienia zostały w niniejszym opracowaniu omówione w możliwie pełnym zakresie pytań problemowych formułowanych przez uczestników Rady podczas posiedzenia w dniu 19 listopada 2018 r. Wynika stąd też struktura treści prezentowanego materiału.

Streszczenie wykonawcze

1) Koordynacja fizjoterapii podstawowej i specjalistycznej

Poniżej zaprezentowano analizę porównawczą POF i innych świadczeń, w ramach których realizowane są świadczenia fizjoterapeutyczne/rehabilitacyjne

Elementy świadczeń	POF – projekt koncepcji	Inne zakresy rehabilitacji leczniczej – projekt koncepcji	Opieki koordynowane – stan aktualny	Inne świadczenia w ramach których realizowana jest fizjoterapia – stan aktualny
kryteria formalne objęcia rehabilitacją lub fizjoterapią	pacjent musi być zadeklarowany do POZ lub POF (dostęp na podstawie zlecenia lub skierowania)	pacjent z określonymi potrzebami i wskazaniami rehabilitacyjnymi na podstawie skierowania	pacjent musi wyrazić zgodę na objęcie opieką, otrzymuje rehabilitację na podstawie ustalonego planu w ramach koordynacji leczenia	pacjent na podstawie skierowania do danego świadczenia, ma zagwarantowaną fizjoterapię nie jest wymagane formalne skierowanie na fizjoterapię
zakres fizjoterapii	fizjoterapia podstawowa	fizjoterapia specjalistyczna w ramach rehabilitacji dziennej lub stacjonarnej fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej	fizjoterapia specjalistyczna w ramach opieki kompleksowej np. rehabilitacji kardiologicznej w kompleksowej opiece po zawale mięśnia sercowego	fizjoterapia specjalistyczna w ramach realizacji innych świadczeń np. w hospicjum domowym
personel	fizjoterapeuta w ramach POF	fizjoterapeuta w ramach rehabilitacji leczniczej	fizjoterapeuta w ramach opieki koordynowanej	fizjoterapeuta w ramach danego świadczenia
charakterystyka pacjenta	pacjent POF to pacjent który: <ul style="list-style-type: none"> – posiada choroby przewlekłe, – schorzenia „ostre” wymagające pomocy doraźnej – schorzenia „ostre” – po leczeniu szpitalnym lub po zaostrzeniu chorób przewlekłych – ma świadczenia realizowane wyłącznie w warunkach domowych 	pacjent o innych potrzebach rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych niż pacjent POF		
zasady korzystania pacjentów POF z innych świadczeń w których są udzielane świadczenia fizjoterapii/rehabilitacji	x	potencjalnie każdy pacjent ma zagwarantowaną opiekę POF, z której korzysta <u>wyłącznie</u> gdy nie wymaga innych świadczeń fizjoterapii specjalistycznej		
przebieg pacjentów pomiędzy POF a innymi świadczeniami w których są	pacjent po zakończeniu leczenia w ramach innych świadczeń (w których miał udzielaną fizjoterapię specjalistyczną) może			

Elementy świadczeń	POF – projekt koncepcji	Inne zakresy rehabilitacji leczniczej – projekt koncepcji	Opieki koordynowane – stan aktualny	Inne świadczenia w ramach których realizowana jest fizjoterapia – stan aktualny
udzielane świadczenia fizjoterapii/rehabilitacji	zostać skierowany do POF bezpośrednio lub za pośrednictwem lekarza POZ			
sposób finansowania	w ramach umowy POF	w ramach umowy rehabilitacyjnej	w ramach umowy dotyczącej opieki koordynowanej	w ramach umowy w innym zakresie świadczeń np. leczenia szpitalnego

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- Analiza zasobów kadrowych fizjoterapeutów przeprowadzona w raporcie, w części dotyczącej oceny wpływu wprowadzenia POF na budżet płatnika, wskazała iż w skali kraju do realizacji proponowanej opieki POF, niezbędne jest liczba **11 500** fizjoterapeutów. Jednocześnie z danych publikowanych na stronie Krajowej Izby Fizjoterapeutów wynika, iż według stanu na dzień 08-11-2018 r., **58 960** fizjoterapeutów posiada prawo wykonywania zawodu.
- Mając na uwadze ograniczenia analizy, wydaje się, iż zasoby kadrowe fizjoterapeutów w Polsce umożliwią zabezpieczenie POF dla ubezpieczonych beneficjentów.
- W obecnym systemie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, ok. 20% populacji Polski nie ma dostępu do fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej zlokalizowanej na terenie gminy zamieszkania. W przypadku POZ liczba mieszkańców stanowi ok. 1%.
- Brak 100 % pokrycia miejsc udzielania świadczeń w POZ i w fizjoterapii ambulatoryjnej, może zostać zmniejszony na skutek dopuszczenia w opisie POF możliwości umiejscowienia pracowni fizjoterapii w gminie lub gminie sąsiedniej, w której jest zlokalizowana placówka lekarza POZ.

2) Określenie kompetencji osób mogących podejmować samodzielne decyzje w zakresie fizjoterapii

- Kompetencje fizjoterapeuty obejmują szeroko rozumianą diagnostykę funkcjonalną, kwalifikację, planowanie i realizację świadczeń fizjoterapeutycznych, edukację pacjenta oraz profilaktykę.
- Kompetencje do samodzielnego wykonywania zawodu (bez nadzoru) posiada fizjoterapeuta, dla którego ustawowo zostało określone wymagane doświadczenie zawodowe (6 lat w przypadku technika lub licencjata, 3 lata w przypadku magistra).
- Kwalifikacji do fizjoterapii może dokonać wyłącznie fizjoterapeuta z tytułem magistra.
- Fizjoterapeuta z tytułem licencjata oraz technika nie może m.in. zlecać wyrobów medycznych, wydawać opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii.

Wdrożenie „kompletu” proponowanych zmian będzie wymagało aktualizacji w regulacjach formalno-prawnych – szczegółły zawarto w Tabeli nr 1.

Tabela 1. Niezbędne zmiany w regulacjach formalno-prawnych umożliwiające implementację propozycji zawartych w "Koncepcji"

Regulacje prawne	Niezbędne zmiany
Rozporządzenia MZ w sprawie rehabilitacji leczniczej	<ul style="list-style-type: none"> uprawnianie fizjoterapeutów do planowania zabiegów fizjoterapii (wprowadzenie skierowania na fizjoterapie bez obowiązku zlecenia na nich zabiegów)
Rozporządzenia MZ z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 Nr 200 poz. 1661)	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie regulacji umożliwiających fizjoterapeucie zmianę kwalifikacji pacjenta (pilny – stabilny) wskazanej na skierowaniu

Zmiany w obszarze NFZ	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenia niezbędnych regulacji prawnych, w tym na poziomie NFZ, celem obowiązku wpisania numeru PESEL w sprawozdawczości dotyczącej list oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej
	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie w systemie informatycznym NFZ rozwiązań umożliwiających sprawozdawanie ww. propozycji zmian.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3) Uwzględnienie oceny skuteczności i bezpieczeństwa metod stosowanych u pacjenta (kwalifikacja i monitorowanie efektywności)

- Zgodnie z opinią Rady Przejrzystości w projektowanych pracach należy pogłębić temat dotyczący oceny skuteczności i bezpieczeństwa metod stosowanych u pacjenta (kwalifikacja i monitorowanie efektywności) z uwzględnieniem ICF.
- W Polsce obecnie toczą się programy pilotażowe w zakresie stosowania ICF, których celem jest opracowanie procedur oceny w oparciu o odpowiednie badania. Wypracowane i zwalidowane wyniki tych pilotaży pozwolą w perspektywie czasu określić uniwersalne narzędzia oceny możliwe do wdrożenia w systemie rehabilitacji leczniczej.
- Mając na uwadze szeroki zakres prowadzonych lub projektowanych programów pilotażowych w zakresie stosowania ICF, w ocenie Agencji zasadne jest włączenie tej klasyfikacji do proponowanych zmian, w szczególności do oceny funkcjonalnej pacjenta w zakresie aktywności i uczestnictwa, przed rozpoczęciem i na zakończenie terapii.
- Jednocześnie należy pozostawić przestrzeń dla odpowiednich towarzystw naukowych czy interesariuszy systemu ochrony zdrowia do wypracowania takich rozwiązań, które pozwolą na wdrożenie klasyfikacji ICF całościowo do rehabilitacji leczniczej, w oparciu o wystandaryzowane procedury. Finalnym produktem rozwiązań, o których mowa w zdaniu poprzednim, powinny być wytyczne czy standardy postępowania medycznego określone przez towarzystwa naukowe lub organizacje zawodowe danych grup zawodowych uczestniczących w procesie rehabilitacji.

4) Zapewnienie stosowania wyłącznie metod o udowodnionej skuteczności (opartych co najmniej na badaniach z grupą kontrolną)

- Odnalezione wytyczne dotyczące rehabilitacji leczniczej opublikowane przez polskie stowarzyszenia, towarzystwa naukowe i organizacje zawodowe obejmują:

Tabela 2. Wytyczne dotyczące rehabilitacji leczniczej opublikowane przez polskie stowarzyszenia, towarzystwa naukowe i organizacje zawodowe

Polskie wytyczne lub rekomendacje	Publikacja	Czego dotyczą
Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (przyjęte uchwałą nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.)	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	oceny funkcjonalnej pacjenta za pomocą ICF
Analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM)	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	stosowania wybranych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego
Rekomendacje w zakresie realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne	postępowania terapeutycznego w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej
Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji.	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne	organizacji kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- Wytyczne zawierają zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jednak za wyjątkiem - *Analizy skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM)* - nie

uwzględniają poziomu oraz kategorii rekomendacji dowodów naukowych. Zasady powinny być interpretowane w oparciu o indywidualną sytuację kliniczną. Zalecenia nie zawsze odpowiadają bieżącym zasadom refundacji obowiązującym w Polsce.

- c) Jednocześnie należy podkreślić, iż zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, powinny spełniać ustawowe wymagania określone w art. 12 ust.3 ustawy o świadczeniach tj. być ogłoszone przez Ministra Zdrowia.
- d) Propozycje zmiany w rehabilitacji leczniczej, zaproponowane przez AOTMiT, zawierają zbieżności z ww. wytycznymi, w zakresie obowiązku:
- prowadzenia oceny funkcjonalnej pacjenta, w tym za pomocą testów,
 - określenia celu i planu fizjoterapii,
 - instruktażu (edukacji) pacjenta/ zadania do samodzielnego wykonywania w domu,
 - ocena efektów terapii (w formie re-testów).
- Dodatkowo wspomniane rekomendacje mogą regulować zasady planowania terapii w przypadkach świadczeń rehabilitacji kardiologicznej i dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

5) Wprowadzenie mechanizmów poprawy stosunku wykorzystywania metod kinezyterapeutycznych do fizykoterapeutycznych

- a) Sprawa ta była tematem dyskusji pomiędzy uczestnikami spotkań projektowych w ramach projektu zmian w obszarze rehabilitacji leczniczej:
- środowisko fizjoterapeutów reprezentowane przez KIF stało na stanowisku, iż fizykoterapia w fizjoterapii nie powinna być dostępna w aktualnie gwarantowanym zakresie tych procedur. Nie powinno być równoległe określonych wymogów dotyczących warunków realizacji procedur fizykoterapeutycznych, tj. wyposażenia gabinetów fizjoterapii w sprzęt służący do udzielania świadczeń z zakresu fizykoterapii),
 - środowisko lekarzy rehabilitacji medycznej reprezentowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz Polskie Towarzystwo Rehabilitacyjne uważało, że fizykoterapia jest niezbędna i powinna być dostępna w ramach fizjoterapii, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w wymogach na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczących wyposażeniu tych gabinetów w sprzęt służący do udzielania świadczeń z zakresu fizykoterapii.
- b) Wpływ zmian proponowanych w koncepcji Agencji na zmianę struktury świadczeń z fizyko- na kinezyterapeutyczne:
- ze względu na specyfikę zabiegów fizjoterapeutycznych oraz brak dostatecznych dowodów naukowych, które określiłyby, optymalną proporcję pomiędzy zabiegami fizykoterapeutycznymi i kinezyterapeutycznymi, przyjęto założenie, że w przyszłości nastąpi istotne zwiększenie udziału kinezyterapii kosztem fizykoterapii. Wśród elementów mających wpływ na zmianę struktury świadczeń, wypracowanych w ramach koncepcji zmian w rehabilitacji leczniczej wyróżnia się:
 - brak wymogu wyposażania placówek medycznych (w tym pracowni fizjoterapii) w sprzęt do fizykoterapii,
 - brak wymogu organizowania w placówkach medycznych (w tym pracowni fizjoterapii) pomieszczeń czy gabinetów do realizacji zabiegów fizykoterapeutycznych,
 - brak wymogu wskazywania przez lekarza na skierowaniu do fizjoterapii konkretnych zabiegów na rzecz określenia celu terapii – co pozwoli fizjoterapeucie na zindywidualizowanie procesu leczenia w oparciu o najbardziej skuteczne metody,

-
- określenie wymogu oceny efektów terapii po zakończeniu leczenia może prowadzić do sytuacji w której świadczeniodawcy będą zainteresowani zastosowaniem jak najbardziej skutecznej i efektywnej kosztowo formy fizjoterapii,
 - określenie wymogu zaplanowania przez fizjoterapeutę planu terapii – co może dodatkowo prowadzić do modyfikacji stosowanych zabiegów w sytuacji, np.: gdyby lekarz na skierowaniu wypisałby większość zabiegów wchodzących do grupy fizykoterapii.

Zakres prac projektowych

Zgodnie ze zleceniem Ministra Zdrowia zakres projektu obejmuje świadczenia rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków będących w dyspozycji NFZ oraz określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Trzeba jednakże pamiętać, że świadczenia rehabilitacyjne/fizjoterapeutyczne są finansowane przez Fundusz również w innych zakresach świadczeń i w ramach odrębnych umów zawartych ze świadczeniobiorcami:

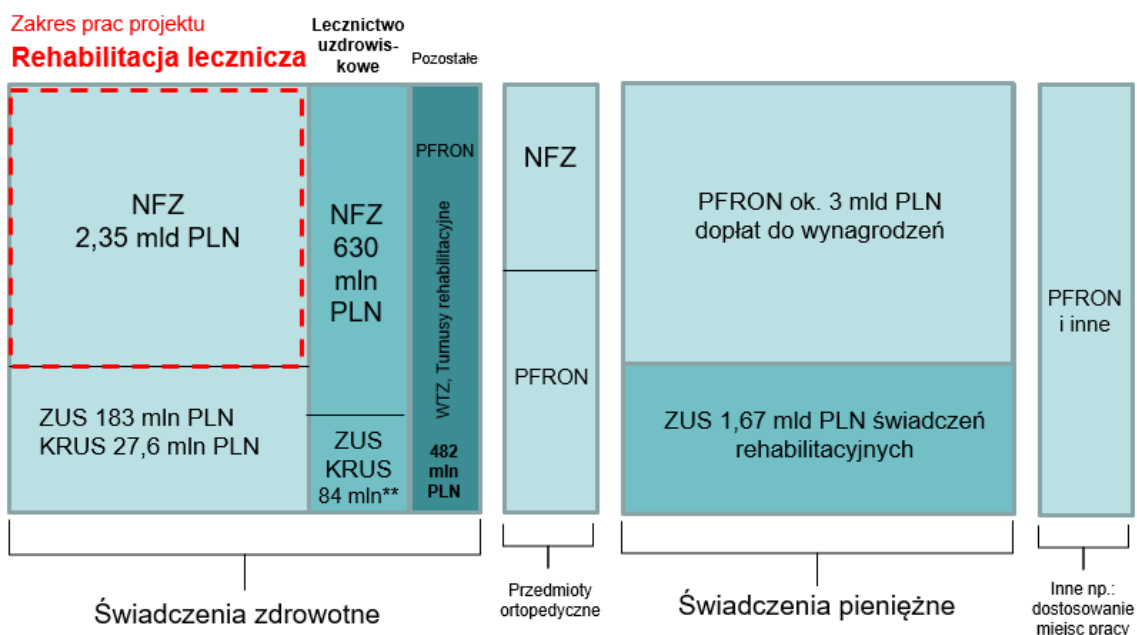
- leczenie szpitalne („początkowa” lub „wczesna” w oddziałach szpitalnych)
- świadczenia odrębnie kontraktowane np. świadczenia dla dzieci z artrogrypozą,
- w ramach opiek koordynowanych – KOS-zawał, dziecięca opieka koordynowana - DOK, koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju - KOCZR,
- opieka hospicyjna i paliatywna – hospicjum domowym,
- opieka długoterminowa – w ZOL-ach,
- leczenie uzdrowiskowe,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi - zatrudnienie fizjoterapeuty,
- programy zdrowotne – leczenie dzieci i dorosłych za śpiączką.

Dodatkowo rehabilitacja lecznicza ze środków publicznych jest finansowana w Polsce z różnych źródeł takich jak: MZ, ZUS, KRUS, PFRON, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Edukacji Narodowej, NGOs, samorzady w ramach m. in. programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej itd.

Całkowite wydatki publiczne przeznaczone na ten cel w 2016 r. szacowano na ponad 2,56 mld złotych. Największym budżetem na rehabilitację leczniczą dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia – w 2016 r. wyniósł on 2,35 mld złotych. Innym źródłem finansowania rehabilitacji leczniczej jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych z budżetem w 2016 roku ok. 183 mln złotych oraz KRUS z kwotą 27,6 mln złotych. Uzupełnieniem rehabilitacji leczniczej jest lecznictwo uzdrowiskowe. Na świadczenia te wydano w 2016 roku ok. 714 mln złotych, z czego NFZ przeznaczył 630 mln złotych, a ZUS i KRUS, według szacunków Agencji, odpowiednio 73 mln oraz 11 mln złotych. Do grupy świadczeń rehabilitacyjnych można także zaliczyć warsztaty terapii zajęciowej oraz dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych, na co Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) wydał w 2016 roku łącznie 482 mln złotych. Oczywiście nie jest to pełna lista źródeł finansowania rehabilitacji, gdyż wydają na nią także Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz liczne NGOs itd.

Na wydatki na rehabilitację można spojrzeć w jeszcze szerszym kontekście uwzględniając także wydatki na przedmioty ortopedyczne, świadczenia pieniężne oraz dostosowanie miejsc pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Rysunek 1. Publiczne źródła finansowania rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej w 2016 r.



Źródło: opracowanie AOTMiT na podstawie różnych źródeł; * dane za 2016 NFZ, ZUS, PFRON, KRUS
 ** dane szacunkowe wyliczone przez AOTMiT na podstawie danych NFZ i GUS (szczegóły obliczeń zostały podane na poprzednim rysunku)

Jak to już zostało wcześniej wspomniane zakresem projektu wynikającym ze zlecenia Ministra Zdrowia jest rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ, określona w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W czasie prac projektowych wielokrotnie pojawiały się głosy o potrzebie rozszerzenia zakresu prac i zastosowaniu międzysektorowego podejścia do rehabilitacji. Sugestie te, aczkolwiek słuszne nie tylko wykraczają poza wyznaczony zakres projektu, ale także poza kompetencje Ministra Zdrowia i wymagałyby powołanie międzysektorowego zespołu roboczego, który mógłby się zająć kompleksową reformą szeroko rozumianej rehabilitacji.

1. Koordynacja fizjoterapii podstawowej i specjalistycznej

W ramach „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce” przewidziano utworzenie odrębnego poziomu opieki - **podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)**, której celem jest zabezpieczenie podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych populacji pacjentów uprawnionych do korzystania ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przyjęto, iż POF obejmie populację pacjentów:

- o przewlekłym charakterze dolegliwości (niskim lub umiarkowanym potencjale rehabilitacyjnym, tj. rokowaniu poprawy stanu funkcjonalnego),
- w stanie „ostрым” (doraźnym), np. bóle powstałe w wyniku przeciążeń,
- w stanie „ostрым” (po hospitalizacji lub zaostrzeniach choroby).

Można zatem założyć, iż świadczenia realizowane w ramach POF stanowią wskazaną „fizjoterapię podstawową”. **Fizjoterapia specjalistyczna** to świadczenia fizjoterapeutyczne realizowane w ramach innych zakresów świadczeń rehabilitacyjnych, wymagające zastosowania specjalistycznych technik i metod odpowiednich do potrzeb pacjentów np. fizjoterapia dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi, po udarach, po zabiegach ortopedycznych itp.

W kontekście oceny zasadności proponowanych rozwiązań organizacji **fizjoterapii podstawowej** wskazano poniżej aktualnie projektowane, jak również obowiązujące świadczenia lub programy opieki

koordynowanej (wdrażanej lub finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia), a także charakter koordynacji w ramach proponowanego rozwiązania POF w świetle regulacji NFZ:

- 1) Świadczenia gwarantowane dla których wymagane realizowanie świadczeń rehabilitacyjnych lub fizjoterapeutycznych:

Tabela 3. Wymagania dotyczące rehabilitacji w ramach innych świadczeń gwarantowanych

Rodzaje świadczeń	Wymagania dotyczące rehabilitacji w poszczególnych zakresach
świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu MZ z zakresu leczenia szpitalnego	Geriatrya - zatrudnienie fizjoterapeuty
	Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym - zatrudnienie fizjoterapeuty
	Oparzenia albo odmrożenia ekstremalne u dzieci – zapewnienie dostępu do konsultacji lekarza rehabilitacji Kompleksowa opieka po zawale serca – zapewnienie rehabilitacji kardiologicznej
świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu MZ z zakresu programy zdrowotnej	Leczenie dzieci ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2) - zatrudnienie fizjoterapeuty
	Leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2) - zatrudnienie fizjoterapeuty
świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu MZ z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia lub dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie zatrudnienie fizjoterapeuty oraz posiadanie wyposażonego gabinetu rehabilitacyjnego
świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu MZ z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych oraz w warunkach domowych - zatrudnienie fizjoterapeuty
świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu MZ z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	Świadczenia codzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi - zatrudnienie fizjoterapeuty
	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży w ramach programu terapeutyczno – rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym zatrudnienie fizjoterapeuty
świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu MZ z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego	Świadczenia gwarantowane obejmują: 1) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat; 2) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat; 3) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych; 4) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych; 5) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych; 6) uzdrowiskową rehabilitację dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym; 7) uzdrowiskową rehabilitację dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym; 8) uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci. zatrudnienie lekarza rehabilitacji oraz fizjoterapeuty, realizacja rehabilitacji/fizjoterapii
świadczenia odrębnie kontraktowane określone w zarządzeniu Prezesa NFZ	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej zapewnienie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych
Świadczenia określone w zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”	dziecięca opieka koordynowana (DOK) - zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad dzieckiem, u którego sdiagnostozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu – zapewnienie realizacji rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (w ramach własnej struktury lub podwykonawstwa)
	koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR) - zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane, w ramach którego realizowana jest i finansowana skoordynowana opieka nad dziećmi z całościowymi

Rodzaje świadczeń	Wymagania dotyczące rehabilitacji w poszczególnych zakresach
	zaburzeniami rozwoju - zapewnienie realizacji rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (w ramach własnej struktury lub podwykonawstwa)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

2) Świadczenia obejmujące rehabilitację leczniczą w ramach opieki koordynowanej lub programu pilotażowego określone są w :

a) projekcie rozporządzenia MZ:

- program pilotażowy kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca (na etapie konsultacji społecznych)
- program pilotażowy dotyczący nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej (na etapie procedowania w MZ)
- projekt świadczenia kompleksowego „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa” (materiał analityczny przekazany przez Agencję do Ministerstwa Zdrowia)

b) projekcie zarządzenia Prezesa NFZ:

- program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM

c) zarządzeniu Prezesa NFZ:

- kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał) - Zarządzenie Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, ze zm.,
- programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ PLUS) - Zarządzenie Nr 23/2018/DAiS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”, ze zm.

Tabela 4. Programy pilotażowe / świadczenia kompleksowe (nie-lekowe) w ramach których realizowane są świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej

Nazwa świadczenia	Zakres świadczenia	Czas realizacji programu pilotażowego
Projekt programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca	Cel: ocena efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca	24 miesiące od dnia rozpoczęcia pilotażu
	Projekt obejmuje świadczenia: 1) podstawowej opieki zdrowotnej z zapewnieniem porady konsultacyjnej lekarza specjalisty w podmiotach leczniczych, które obejmują opieką co najmniej 50 000 świadczeniobiorców, 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach działających przy szpitalach (poradnia kardiologiczna), 3) leczenia szpitalnego w zakresie I lub II poziomu referencyjnego, 4) rehabilitacji kardiologicznej: - stacjonarnej, - w ośrodku/oddziale dziennym, - w warunkach domowych (rehabilitacja hybrydowa).	
	Koordinator - ośrodek koordynujący to podmiot leczniczy, który: 1) koordynuje opiekę nad świadczeniobiorcami będącymi pod opieką danej grupy KONS i odpowiada za realizację programu pilotażowego w grupie KONS, 2) posiada w swojej strukturze lub zawiera umowę o współpracę z co najmniej jednym ośrodkiem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w następujących zakresach lub rodzajach świadczeń: - podstawowa opieka zdrowotna, - ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - leczenie szpitalne, - rehabilitacja lecznicza – kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, realizowana w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, lub stacjonarnie.	
Mierniki efektywności programu: 1) liczba grup KONS, która zakończyła program pilotażowy, 2) liczba realizatorów programu pilotażowego w poszczególnych grupach KONS,		

Nazwa świadczenia	Zakres świadczenia	Czas realizacji programu pilotażowego
	3) liczba świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym pozostających pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do liczby świadczeniobiorców z niewydolnością serca pozostających pod opieką tego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 4) liczba świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym w stosunku do populacji, 5) liczba świadczeniobiorców wyłączonego z programu pilotażowego w stosunku do liczby świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym, 6) wartość środków finansowych poniesionych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym z podziałem na poszczególne rodzaje świadczeń przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację programu pilotażowego, 7) odsetek realizatorów programu pilotażowego, zaprzestających jego realizacji w okresie trwania programu pilotażowego.	
Projekt programu pilotażowego dotyczącego nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej	<p>Cel: ocena sprawozdawczości i kosztów fizjoterapii ambulatoryjnej świadczeniobiorców z ustalonym przez świadczeniodawcę programem terapii według wytycznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów, opracowanych na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, z ograniczeniem funkcjonowania i aktywności w czynnościach dnia codziennego i pracy zawodowej, z powodu przewlekłego bólu kręgosłupa lędźwiowego.</p> <p>Sposób udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kwalifikacja świadczeniobiorcy przez lekarza poradni rehabilitacyjnej do programu pilotażowego zgodnie z kryteriami włączenia i wyłączenia; 2) wystawienie przez lekarza poradni rehabilitacyjnej skierowania na fizjoterapię ambulatoryjną; 3) pierwsza wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego – badanie fizjoterapeutyczne przez eksperta nie później niż 7 dni od dnia kwalifikacji do programu pilotażowego i wykonanie testu aktywności, zgodnie z wytycznymi KRF, opracowanymi na podstawie ICF w stosunku do innych obiektywnych narzędzi, zgodnie z protokołem badania; 4) druga wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego – badanie fizjoterapeutyczne przez eksperta w dniu rozpoczęcia realizacji skierowania na fizjoterapię ambulatoryjną i wykonanie testów oraz ustalenie cyklu terapii; 5) realizacja cyklu terapii – do 10 dni; 6) trzecia wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego realizowana do końca cyklu terapii. <p>Dodatkowo w ramach programu wprowadzono element ekspercki - eksperci (fizjoterapeuci), którzy będą dokonywać obiektywnej oceny postępów fizjoterapii dla każdego pacjenta</p> <p>Koordynacja: w programie nie przewidziano elementów koordynacji</p> <p>Mierniki efektywności programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) liczba świadczeniobiorców włączonych do programu pilotażowego; 2) liczba świadczeniobiorców, którzy ukończyli program pilotażowy; 3) liczba świadczeniobiorców wyłączonego z programu pilotażowego, z podaniem zastosowanych kryteriów wyłączenia; 4) liczba świadczeniobiorców poddanych określonej liczbie wykonanych procedur fizjoterapeutycznych; 5) liczba i rodzaj procedur fizjoterapeutycznych; 6) liczba świadczeniobiorców, u których wykonano ocenę oraz ankietę, 7) liczba realizatorów programu pilotażowego; 8) liczba fizjoterapeutów realizujących program pilotażowy; 9) liczba ekspertów; 10) wskaźniki walidacji (zakresu, spójności, zasadności) narzędzi sprawozdawczości rehabilitacji ambulatoryjnej zgodnie z wytycznymi KRF, opracowanymi na podstawie ICF; 11) ocena kosztów oraz korzyści realizacji programu pilotażowego; 12) ocena satysfakcji świadczeniobiorców; 13) ocena wskaźników absencji chorobowej oraz prezenteizmu świadczeniobiorców włączonych do programu pilotażowego. 	24 miesiące od dnia zawarcia przez Fundusz z realizatorem programu pilotażowego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego
Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM	<p>Cel: w projektowanym zarządzeniu Prezesa NFZ brak określonego celu programu</p> <p>Realizacja świadczeń, zgodnie z indywidualnym stanem klinicznym pacjenta z rozpoznaniem wg ICD-10: G35, G36, G36.8, G37.0, G37.5 obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie szpitalne, 2) rehabilitację stacjonarną, dzienną, ambulatoryjną, domową, 3) ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, 4) leczenie psychiatryczne. <p>Organizacja udzielania świadczeń:</p>	do 24 miesięcy

Nazwa świadczenia	Zakres świadczenia	Czas realizacji programu pilotażowego
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów. 2) Całodobowy dostęp do opieki lekarza rehabilitacji/neurologa - w przypadku usług stacjonarnych. 3) Całodobowa opieka pielęgniarska - w przypadku usług stacjonarnych. 4) Dostęp do usług rehabilitacyjnych zgodny z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy - zgodnie z regulacją wynikającą z Rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej. 5) Dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów. 6) Dostęp do badań obrazowych (RTG, TK, NMR, urodynamiki). 7) Dostęp do badań laboratoryjnych. 8) Współpraca z ośrodkiem koordynującym. 9) Możliwość uzyskania informacji od koordynatora opieki w godzinach 8:00 - 18:00. <p>Koordinacja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ośrodek koordynujący – podmiot odpowiedzialny za koordynację postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji; 2) koordynator terapii – lekarz specjalista neurolog pracujący w ośrodku koordynującym, odpowiedzialny za uzyskanie właściwych świadczeń opieki zdrowotnej zgodnych ze stanem zdrowia świadczeniobiorcy, koordynatora leczenia oraz asystenta opieki – wyznacza świadczeniodawca w ramach sprawowanej opieki <p>Mierniki efektywności programu: nie zostały określone</p>	
<p>Pilotażowy program POZ PLUS</p>	<p>Cel: przetestowanie nowego modelu opieki koordynowanej nad pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nowy model opieki koordynowanej nad pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej, obejmuje dodatkowo: <ol style="list-style-type: none"> 1) profilaktyczne świadczenia opieki zdrowotnej, 2) program zarządzania chorobą – obejmuje diagnostykę, terapię i leczenie realizowane na rzecz pacjenta z wybranymi schorzeniami przez lekarza POZ przy współpracy z lekarzami specjalistami sześciu specjalności oraz fizjoterapeutą, do programu kwalifikują się pacjenci w wieku powyżej 18 r. ż. z podejrzeniem lub rozpoznaniem z zakresu: <ul style="list-style-type: none"> – diabetologii - cukrzyca typu II, – kardiologii - nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, utrwalone migotanie przedsionków, – pulmonologii: astma oskrzelowa, POCHP, – endokrynologii: niedoczynność tarczycy, wole mięsiste i guzowate tarczycy, – reumatologii i neurologii: choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, zespoły bólowe kręgosłupa, 3) koordynację i monitorowanie przebiegu leczenia świadczenioborców przez Zespół POZ PLUS. 2. Rehabilitacja lecznicza obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) fizjoterapię ambulatoryjną: <ul style="list-style-type: none"> a) opiekę koordynowaną nad pacjentami z przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów, b) indywidualne zlecenia w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa trwające łącznie nie dłużej niż 6 m-cy w ciągu 12 m-cy. 2) konsultacje fizjoterapeuty – zlecane indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa (nie częściej niż 2 razy w ciągu 12 m-cy). 3) konsultację lub poradę lekarza w poradni rehabilitacji. <p>Koordinator: osoba lub osoby zatrudnione przez realizatora programu pilotażowego</p> <p>Zasady działania (POZ – fizjoterapia):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz POZ nie musi mieć nawiązanej współpracy z fizjoterapeutami, którzy będą prowadzić fizjoterapię pacjentów ujętych w ramach pilotażu, ale taka współpraca udokumentowana przedstawieniem stosownej umowy/porozumienia/listu intencyjnego jest jednym z warunków dodatkowo punktowanych znajdujących się w Kryteriach wyboru świadczeniodawców do realizacji pilotażu POZ PLUS; 2) w ramach prac nad koncepcją POZ PLUS zostały wypracowane tzw. ścieżki diagnostyczne, z których dwie grupy dedykowane są rehabilitacji, tj. zespołom bólowym kręgosłupa i chorobie zwyrodnieniowej stawów obwodowych. Dokumenty te w sposób kompleksowy opisują sposób postępowania z pacjentem, począwszy od diagnostyki po fizjoterapię. <p>Mierniki efektywności programu:</p>	<p>od 1 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2019 r.</p>

Nazwa świadczenia	Zakres świadczenia	Czas realizacji programu pilotażowego
	<p>1. Fundusz monitoruje realizację pilotażu POZ PLUS, w szczególności osiągnięte rezultaty w porównaniu do założeń tego pilotażu, w tym poprzez przeprowadzenie audytu ex-post, który może dotyczyć w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w niniejszym zarządzeniu; 3) realizacji pilotażu POZ PLUS, w tym dokumentacji medycznej związanej z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; 4) kwalifikowalności wydatków związanych z realizacją pilotażu POZ PLUS. <p>2. Fundusz monitoruje i ewaluje pilotaż w oparciu o gromadzone i przekazywane przez świadczeniodawcę dane sprawozdawcze.</p>	
<p>Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał)</p>	<p>Cel: poprawa efektywności leczenia oraz zmniejszenie kosztów odległych np. związanych z kolejnymi hospitalizacjami, polegająca na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – właściwym postępowaniu terapeutycznym co ma obniżyć śmiertelność szpitalną oraz wczesną po incydencie sercowo-naczyniowym, – właściwej kontroli czynników ryzyka, co może wpłynąć pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej, – przywróceniu zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. <p>1. Realizacja świadczeń obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. leczenie szpitalne; 2. rehabilitację kardiologiczną; 3. kardiologiczną opiekę specjalistyczną. <p>2. Realizowana jest w modułach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I Moduł - diagnostyka inwazyjna, leczenie zachowawcze lub leczenie inwazyjne, 2) II Moduł - rehabilitacja kardiologiczna, 3) III Moduł – elektroterapia, 4) IV Moduł - kardiologiczna opieka specjalistyczna. <p>3. Rehabilitacja lecznicza – Moduł II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) realizowana w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, oddziału stacjonarnego oraz w warunkach domowych (telerehabilitacja hybrydowa). 2) obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> – rehabilitację kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitację kardiologiczną realizowaną w warunkach stacjonarnych; lub – rehabilitację kardiologiczną lub hybrydową telerehabilitację kardiologiczną realizowaną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego <p>Podmiot koordynujący - szpital posiadający oddział kardiologiczny, zapewniający jednocześnie wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej w dostępie, tj. oddział/ośrodek stacjonarny rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodek albo oddział dzienny rehabilitacji kardiologicznej oraz poradnię kardiologiczną.</p> <p>Mierniki efektywności programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obejmują wskaźniki jakościowe: <ul style="list-style-type: none"> – odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji kardiologicznej [%], – odsetek pacjentów, u których przeprowadzono pełną rewaskularyzację oraz powody niewykonania pełnej rewaskularyzacji, – odsetek pacjentów z frakcją wyrzutową lewej komory <35%, u których implantowano ICD lub CRT-D oraz powody, dla których nie wykonano implantacji, – odsetek pacjentów rzucających palenie [%] – potwierdzone testem, – odsetek pacjentów ze stężeniem LDL <1,8 mmol/l (<70 mg%) [%], – odsetek pacjentów z ciśnieniem tętniczym <140/90 mmHg [%], – odsetek pacjentów z HbA1c <7% lub stężenie glukozy na czczo <7,0 mmol/l [<126mg%] [%], – odsetek pacjentów BMI <30 kg/m² [%]. 2) obejmują wskaźniki dotyczące efektów leczenia: <ul style="list-style-type: none"> – procentowy udział pacjentów po zawale mięśnia sercowego objętych KOS-zawał; – odsetek pacjentów, u których zrealizowany został cały zindywidualizowany schemat opieki; – odsetek rehospitalizacji z przyczyn sercowo – naczyniowych; – odsetek pacjentów, u których wykonano zabieg angioplastyki wieńcowej w ramach II etapu rewaskularyzacji; – odsetek pacjentów, którym wszczepiono kardiowerter/defibrylator ICD; – odsetek pacjentów, którym wszczepiono kardiowerter/defibrylator CRT-D; – procentowy udział wystąpienia zgonu po zawale z powodu epizodu sercowo-naczyniowego w okresie: 	<p>12 miesięcy od wystąpienia zawału serca</p>

Nazwa świadczenia	Zakres świadczenia	Czas realizacji programu pilotażowego
	<ul style="list-style-type: none"> 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca, 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca. 	
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa	<p>Cel: poprawa jakości udzielonych świadczeń (rozumiana m.in. poprzez usprawnienie i ujednoczenie opieki, zwiększenie efektywności, korzystanie z wytycznych, przez skrócenie czasu oczekiwania na zabieg, skrócenie hospitalizacji, zmniejszenie liczby hospitalizacji)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pozytywna Rekomendacja nr 47/2016 z dnia 29 lipca 2016 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego. Dalsze procedowanie zakwalifikowania świadczenia jako świadczenie gwarantowane odbywa się w Ministerstwie Zdrowia. Opieka kompleksowa składa się z trzech etapów: <ol style="list-style-type: none"> opieki przedoperacyjnej obejmującej skierowanie pacjenta na konsultację do poradni kwalifikacyjnej, kwalifikację pacjenta do zabiegu i opiekę przedoperacyjną (edukację i rehabilitację), okresu hospitalizacji obejmującego: przygotowanie do zabiegu, zabieg operacyjny, wczesne usprawnianie w oddziale oraz okres pooperacyjny (usprawnianie, edukacja, wypis), opieki poszpitalnej składającej się z 3 wizyt kontrolnych oraz rehabilitacji. <p>Koordynator: osoba wyznaczona przez ośrodek koordynujący</p> <p>Mierniki efektywności programu: nie zostały określone</p>	ok. 1,5 roku

Źródło: Opracowanie AOTMiT

3) Świadczenia obejmujące rehabilitację leczniczą w ramach programów lekowych

Tabela 5. Programy lekowe w ramach których realizowane są świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej

Nazwa programu lekowego	Rehabilitacja lecznicza w ramach programów lekowych zgodnych z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (poz.105)	
	zasady realizacji świadczeń rehabilitacyjnych	Czas realizacji programu
B.57. Leczenie spastyczności kończyny górnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD-10 I61, I63, I69)	<ol style="list-style-type: none"> kwalifikacja pacjenta do programu następuje kiedy pacjent ma wyznaczony termin rozpoczęcia rehabilitacji medycznej potwierdzony przez podmiot udzielający świadczeń rehabilitacyjnych; podanie leku musi nastąpić nie wcześniej niż 3 tygodnie przed rozpoczęciem rehabilitacji medycznej; brak rehabilitacji pacjenta w okresie między kolejnymi podaniami leku stanowi kryterium wyłączenia z programu (co najmniej dwukrotnie w ciągu każdych 12 miesięcy leczenia). <p>Świadczeniodawca musi zapewnić dostęp do rehabilitacji neurologicznej lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnoustrojowej, finansowanej na podstawie umowy z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (zarządzenie Nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe)</p>	maksymalny czas nie może być dłuższy niż 2 lata (do 6 podań leku)
B.83. Leczenie spastyczności kończyny dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD-10 I61, I63, I69)	<ol style="list-style-type: none"> kwalifikacja pacjenta do programu następuje kiedy pacjent ma wyznaczony termin rozpoczęcia rehabilitacji medycznej potwierdzony przez podmiot udzielający świadczeń rehabilitacyjnych; rozpoczęcie rehabilitacji medycznej musi nastąpić najpóźniej do 4 tygodni od podania leku; brak rehabilitacji pacjenta w okresie między kolejnymi podaniami leku (co najmniej raz w ciągu każdych 12 miesięcy leczenia) – stanowi kryterium wyłączenia z programu. <p>Świadczeniodawca musi zapewnić dostęp do rehabilitacji neurologicznej lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnoustrojowej, finansowanej na podstawie umowy z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (zarządzenie Nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe)</p>	czas leczenia to 2 lata – do 6 podań leku (czas ten może zostać wydłużony, jednak nie więcej niż o kolejne 2 lata - łączny czas pozostawiania pacjenta w programie nie może przekraczać 4 lat – do 12 podań leku).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 6. Korzyści dla propozycji AOTMiT wynikające z włączenia świadczeń rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych do opiek koordynowanych lub programów pilotażowych

	Korzyści	Propozycje AOTMiT
<p>Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał)</p> <p>Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego -kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM</p> <p>Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa</p> <p>Projekt programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programy/ świadczenia kompleksowe przyczynią się do oceny efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu kompleksowych opiek 	<ul style="list-style-type: none"> W ramach proponowanych rozwiązań w „Koncepcji zmian...” wyodrębniono świadczenia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ jednoprofilowe (podstawowe) – obejmujące interwencje realizowane przez lekarza lub terapeutę w ramach pojedynczego profilu interwencji; ✓ wieloprofilowe (kompleksowe) – obejmujące interwencje realizowane przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny w ramach przynajmniej 3 profili interwencji. <p>Przeprowadzone pilotaże programów/opiek kompleksowych pozwolą zweryfikować zasadność i stopień zakresu multidyscyplinarnego zespołu, niezbędnego do skutecznej realizacji terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w ramach projektowanych świadczeń wieloprofilowych).</p>
<p>Projekt programu pilotażowego dotyczącego nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> W ramach oceny skuteczności programu przewidziano, m.in. walidację narzędzi sprawozdawczości fizjoterapii ambulatoryjnej, w oparciu o ICF, W ramach programu przewidziano obiektywną ocenę postępów fizjoterapii realizowaną przez <u>zewnętrznych</u> ekspertów, (specjalnie w tym celu przeszkolonym przez KIF). 	<ul style="list-style-type: none"> Narzędzia oceny stanu funkcjonalnego pacjentów, jako wynik pilotażu mogą zostać wdrożone w również w ramach propozycji POF
<p>Program pilotażowy POZ PLUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Program POZ PLUS zakłada, iż lekarz POZ będzie współpracował z wybranym fizjoterapeutą (pracownią fizjoterapii). 	<ul style="list-style-type: none"> Program POZ PLUS zakłada, iż lekarz POZ będzie współpracował z wybranym fizjoterapeutą (pracownią fizjoterapii), co stanowi analogiczne rozwiązanie do propozycji Agencji POF I i POF II. Docelowo po wdrożeniu obu tych programów, lekarz POZ współpracowałby z placówkami POF (do których potencjalnie pacjent będzie mógł złożyć deklarację).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 7. Ograniczenia dla propozycji AOTMiT wynikające z włączenia świadczeń rehabilitacyjnych/ fizjoterapeutycznych do opiek koordynowanych lub programów pilotażowych

	Ograniczenia	Propozycje AOTMiT
<p>Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenie dotyczy ograniczonej populacji, tj. pacjentów z zawałem serca. 	<ul style="list-style-type: none"> W ramach projektowanych programów/ świadczeń wykorzystywany jest ten sam potencjał zasobu personelu medycznego realizującego świadczenia oraz zasoby lokalowo-sprzętowe.
<p>Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego -kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM</p>	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenie dotyczy ograniczonej populacji, tj. pacjentów z SM 	
<p>Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenie dotyczy ograniczonej populacji, tj. pacjentów kwalifikujących się do endoprotezoplastyki stawu biodrowego 	
<p>Projekt programu</p>	<ul style="list-style-type: none"> Program w zakresie rehabilitacji leczniczej 	

<p>pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca</p>	<p>obejmuje jedynie świadczenia rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, realizowane w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, lub stacjonarnie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program pilotażowy dotyczy ograniczonej populacji, tj. do 5000 osób z niewydolnością serca 	
<p>Projekt programu pilotażowego dotyczącego nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Program pilotażowy zawiera jako jedno z kryteriów włączenia posiadanie skierowania do poradni rehabilitacji wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. • Program pilotażowy dotyczy ograniczonej liczby populacji, tj. do 4000 w wieku 30-55 lat (nie obejmuje zatem pacjentów starszych o chorobach przewlekłych), • Program pilotażowy dedykowany jest dla pacjentów o wybranej grupie rozpoznań wg ICD 10: M47, G54, M51, M54. 	<ul style="list-style-type: none"> • W ramach proponowanych rozwiązań POF III dopuszcza się możliwość bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty lub ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. • W ramach proponowanych rozwiązań POF obejmowałby populację wszystkich osób, nie tylko wyodrębnionej populacji celowej, jak np. wskazanej grupy wiekowej 30-55 lat oraz wybranej grupy rozpoznań wg ICD 10: M47, G54, M51, M54.
<p>Program pilotażowy POZ PLUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Łączna wartość środków finansowych przeznaczonych na program to : ... (środki pochodzą z funduszy UE). • Fizjoterapia stanowi element programu i dotyczy ograniczonej populacji pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów. • Dysponentem środków jest wyłącznie lekarz POZ (program nie przewiduje dysponowania środkami przez fizjoterapeutę). 	<ul style="list-style-type: none"> • Łączna wartość środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie POF będzie możliwa do określenia po przeprowadzeniu programu pilotażowego (według wstępnych szacunków, wdrożenie rozwiązania POF, łącznie z fizjoterapią ambulatoryjną nie będzie wiązało się z dodatkowymi nakładami środków) • W ramach proponowanych rozwiązań POF obejmowałby populację wszystkich osób, nie tylko wyodrębnionej populacji celowej, jak np. pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów • Analogiczne rozwiązanie dotyczy proponowanych przez Agencję dwóch modeli POF, tj. POF I i POF II, przy czym POF I zakłada, iż dysponentem środków będzie podobnie jak w programie POZ PLUS lekarz POZ, a w POF II byłby to fizjoterapeuta. • Program POZ PLUS pilotuje częściowo rozwiązania POF I, ale wyłącznie w ramach ograniczonej populacji

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Konkluzja: wyniki projektów pilotażowych nie będą odzwierciedlały i wpisywały się całościowo w proponowane przez AOTMiT zmiany świadczeń rehabilitacyjnych, głównie z uwagi na fakty, iż dotyczą one ograniczonej populacji (co do liczby osób w programie i rozpoznań ICD-10 kwalifikujących do świadczeń) oraz ze względu na ograniczenia organizacyjne (projekt POZ+ zakłada wyłącznie model organizacyjny oparty o lekarza POZ jako głównego dysponenta i koordynatora świadczeń fizjoterapeutycznych).

Analiza zasobów kadrowych fizjoterapeutów przeprowadzona w raporcie, w części dotyczącej oceny wpływu wprowadzenia POF na budżet płatnika, wskazała iż w skali kraju do realizacji proponowanej opieki POF, niezbędne jest liczba 11 500 fizjoterapeutów. Jednocześnie z danych publikowanych na stronie Krajowej Izby Fizjoterapeutów wynika, iż według stanu na dzień 08-11-2018 r., 58 960 fizjoterapeutów posiada prawo wykonywania zawodu.

Mając na uwadze ograniczenia analizy, wydaje, iż zasoby kadrowe fizjoterapeutów w Polsce umożliwią zabezpieczenie POF dla ubezpieczonych.

Analiza zabezpieczenia terytorialnego na potrzeby POF

Tabela 8. Gminy w Polsce nieposiadające miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju POZ w zakresie świadczeń lekarza POZ w 2017 r.

nazwa województwa	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
liczba gmin	169	144	213	82	177	182	314	71	160	118	123	167	102	116	226	114	2 480
liczba gmin bez POZ	3	3	5	2	9	3	6	0	2	3	3	0	0	5	6	5	55
% udział gmin bez POZ w ogólnej liczbie gmin	2%	2%	2%	2%	5%	2%	2%	0%	1%	3%	2%	0%	0%	4%	3%	4%	2%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM_NFZ oraz GUS

Tabela 9. Gminy w Polsce nieposiadające miejsc udzielania świadczeń (MUS) w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (dorośli i dzieci) i fizjoterapii domowej w 2017 r.

nazwa województwa	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
liczba gmin	169	144	213	82	177	182	314	71	160	118	123	167	102	116	226	114	2 480
liczba gmin bez fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej	89	61	141	33	86	41	190	14	11	91	59	72	33	43	115	63	1 142
% udział gmin bez fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej w ogólnej liczbie gmin	53%	42%	66%	40%	49%	23%	61%	20%	7%	77%	48%	43%	32%	37%	51%	55%	46%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM_NFZ oraz GUS

Jak wynika z powyższych tabel zabezpieczenie dostępności terytorialnej do świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej jest obecnie na poziomie 54% gmin w Polsce. Najlepsza infrastruktura miejsc udzielania świadczeń (fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej) jest w województwie podkarpackim, najslabiej wypada województwo podlaskie, w którym aż 77% wszystkich gmin pozbawione jest dostępu do fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej. W obecnym systemie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, ok. 20% populacji Polski nie ma dostępu do fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej zlokalizowanej na terenie gminy zamieszkania. W przypadku POZ liczba mieszkańców stanowi ok. 1%.

Konkluzje: brak 100 % pokrycia miejsc udzielania świadczeń w POZ i w fizjoterapii ambulatoryjnej, może zostać zmniejszony na skutek dopuszczenia w opisie POF możliwości umiejscowienia pracowni fizjoterapii w gminie lub gminie sąsiedniej w której jest zlokalizowana placówka lekarza POZ.

2. Określenie kompetencji osób mogących podejmować samodzielne decyzje w zakresie fizjoterapii

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty regulują przepisy ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505, z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą:

- 1) Zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym.
- 2) Fizjoterapeuta wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.
- 3) Prawo posługiwania się tytułem zawodowym „fizjoterapeuta” przysługuje osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty.
- 4) Prawo wykonywania zawodu stwierdza, na wniosek osoby zainteresowanej, Krajowa Rada Fizjoterapeutów.
- 5) W Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów są gromadzone dane fizjoterapeutów posiadających prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Liczba wszystkich fizjoterapeutów w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów wynosi 58 960, wg stanu na 08-11-2018 r.

Kompetencje fizjoterapeutów w zakresie udzielania świadczeń określają następujące przepisy m. in.:

- 1) ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty,
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1319),
- 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061, z późn. zm.),
- 4) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2017 r. w sprawie Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego (Dz. U. poz. 2155).

Tabela 10. Przepisy prawa regulujące kompetencje zawodowe fizjoterapeutów

LP.	Regulacje prawne	Opis kompetencji
1	ustawa o zawodzie fizjoterapeuty	<p>Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diagnostyce funkcjonalnej pacjenta; 2) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii; 3) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu kinezyterapii; 4) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu masażu; 5) zlecaniu wyrobów medycznych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844); 6) dobieraniu do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych; 7) nauczaniu pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi; 8) prowadzeniu działalności fizjoprofilaktycznej, polegającej na popularyzowaniu zachowań prozdrowotnych oraz kształtowaniu i podtrzymywaniu sprawności i wydolności osób w różnym wieku w celu zapobiegania niepełnosprawności; 9) wydawaniu opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii; 10) nauczaniu pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i 11) adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności. <p>Świadczeń zdrowotnych <u>udziela samodzielnie</u> fizjoterapeuta posiadający tytuł:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) magistra uzyskany w trakcie jednolitych 5-letnich studiów wyższych w zakresie fizjoterapii, które rozpoczęła po dniu 1 października 2017 r. 2) magistra (inny niż w pkt.1) oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty; 3) licencjata oraz co najmniej 6-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty; 4) zawodowy technika fizjoterapii oraz co najmniej 6-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty. <p>1. Fizjoterapeuta z tytułem licencjata oraz technika <u>nie może:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kwalifikować do fizyko- i kinezyterapii, 2) zlecać wyrobów medycznych, 3) wydawać opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii. <p>2. Kwalifikacji do fizjoterapii <u>może dokonać wyłącznie</u> fizjoterapeuta z tytułem magistra.</p>
2	rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu	Czynności zawodowe w ramach poszczególnych zadań zawodowych wykonuje fizjoterapeuta posiadający wiedzę i umiejętności niezbędne do ich wykonywania potwierdzone dokumentami właściwymi dla poziomu wykształcenia niezbędnego do ich

	czynności zawodowych fizjoterapeuty	<p>wykonywania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom podstawowy – posiada fizjoterapeuta z tytułem technika lub licencjata, 2) poziom rozszerzony – posiada fizjoterapeuta z tytułem magistra, 3) poziom specjalistyczny – posiada fizjoterapeuta z tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytułem specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia. 																																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Zadania zawodowe fizjoterapeuty</th> <th colspan="3">Poziom wykształcenia</th> </tr> <tr> <th>podstawowy</th> <th>rozszerzony</th> <th>specjalistyczny</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnostyka funkcjonalna pacjenta</td> <td>+/-</td> <td>+/-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Kwalifikowanie do fizykoterapii i kinezyterapii</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Kwalifikowanie do masażu</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Planowanie fizykoterapii, kinezyterapii i masażu</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Nadzór nad wykonywaniem procedur ujętych w programie specjalizacji</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Wykonywanie procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Zlecanie wyrobów medycznych</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych oraz nauczanie posługiwania się nimi</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table>	Zadania zawodowe fizjoterapeuty	Poziom wykształcenia			podstawowy	rozszerzony	specjalistyczny	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta	+/-	+/-	+	Kwalifikowanie do fizykoterapii i kinezyterapii	-	+	+	Kwalifikowanie do masażu	+	+	+	Planowanie fizykoterapii, kinezyterapii i masażu	+	+	+	Nadzór nad wykonywaniem procedur ujętych w programie specjalizacji	-	-	+	Wykonywanie procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji	-	-	+	Zlecanie wyrobów medycznych	-	+	+	Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych oraz nauczanie posługiwania się nimi	+	+	+	Prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej	-	+	+	Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii	-	+	+	Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności	+	+	+
Zadania zawodowe fizjoterapeuty	Poziom wykształcenia																																																				
	podstawowy	rozszerzony	specjalistyczny																																																		
Diagnostyka funkcjonalna pacjenta	+/-	+/-	+																																																		
Kwalifikowanie do fizykoterapii i kinezyterapii	-	+	+																																																		
Kwalifikowanie do masażu	+	+	+																																																		
Planowanie fizykoterapii, kinezyterapii i masażu	+	+	+																																																		
Nadzór nad wykonywaniem procedur ujętych w programie specjalizacji	-	-	+																																																		
Wykonywanie procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji	-	-	+																																																		
Zlecanie wyrobów medycznych	-	+	+																																																		
Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych oraz nauczanie posługiwania się nimi	+	+	+																																																		
Prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej	-	+	+																																																		
Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii	-	+	+																																																		
Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności	+	+	+																																																		
3	rozporządzeni Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie	<p>Wyroby medyczne, na które fizjoterapeuta posiada uprawnienia do wydawania zlecenia na zaopatrzenie (są to wyroby z grupy P. Wyroby medyczne wykonywane seryjnie):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w przypadku amputacji lub wrodzonego braku w obrębie kończyn - pończocha k kutowa, majteczki 2) w przypadku paraplegii, tetraplegii, innych chorób – poduszka przeciwodleżynowa pneumatyczna, materac przeciwodleżynowy, 3) w przypadku trwałej dysfunkcji chodu - kula łokciowa, kula pachowa, trójnóg albo czwóróg, balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie, 4) w przypadku osób niewidomych i niedowidzących - laska dla niewidomych. 																																																			
4	rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego	<p>Pytania testowe PEF uwzględniają następującą problematykę i elementy kompetencji fizjoterapeuty:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diagnostykę funkcjonalną, w tym diagnostyką funkcjonalną w dysfunkcjach układu ruchu, w chorobach wewnętrznych i w wieku rozwojowym; 2) fizjoterapię w dysfunkcjach układu ruchu, w tym fizjoterapię w dysfunkcjach układu ruchu w ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w medycynie sportowej, w reumatologii, w neurologii i neurochirurgii oraz w wieku rozwojowym; 3) fizjoterapię w dziedzinach medycyny: w chorobach wewnętrznych, w kardiologii, w kardiologii, w chorobach płuc, w neurologii, w chirurgii, w ginekologii i położnictwie, w geriatric, w psychiatrii, w onkologii i medycynie paliatywnej; 4) wyroby medyczne, w tym z zakresu ortotyki i protetyki; 5) fizjoprofilaktykę i promocję zdrowia; 6) adaptowaną aktywność fizyczną i sport osób z niepełnosprawnością; kształcenie ruchowe i metodykę nauczania ruchu, w tym kinezylogię; 7) bioetykę, prawo medyczne oraz orzecznictwo w zakresie stanu funkcjonalnego pacjenta; 8) zdrowie publiczne, w tym funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i funkcjonowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą. 																																																			

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wnioski:

- 1) Kompetencje fizjoterapeuty obejmują szeroko rozumianą diagnostykę funkcjonalną, kwalifikację, planowanie i realizację świadczeń fizjoterapeutycznych, edukację pacjenta oraz profilaktykę.
- 2) Kompetencje do samodzielnego wykonywania zawodu posiada fizjoterapeuta, dla którego ustawowo zostało określone wymagane doświadczenie zawodowe (6 lat w przypadku technika lub licencjata, 3 lata w przypadku magistra).
- 3) Kwalifikacji do fizjoterapii może dokonać wyłącznie fizjoterapeuta z tytułem magistra.
- 4) Fizjoterapeuta z tytułem licencjata oraz technika nie może m.in. zlecać wyrobów medycznych, wydawać opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii.

Wdrożenie „kompletu” proponowanych zmian będzie wymagało następujących aktualizacji w następujących regulacjach formalno-prawnych:

Tabela 11. Niezbędne zmiany w regulacjach formalno-prawnych umożliwiające implementację propozycji zawartych w "Koncepcji"

Regulacje prawne	Niezbędne zmiany
Rozporządzenia MZ w sprawie rehabilitacji leczniczej	<ul style="list-style-type: none"> • uprawnianie fizjoterapeutów do planowania zabiegów fizjoterapii (wprowadzenie skierowania na fizjoterapie bez obowiązku zlecenia na nich zabiegów)
Rozporządzenia MZ z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 Nr 200 poz. 1661)	<ul style="list-style-type: none"> • wprowadzenie regulacji umożliwiających fizjoterapeucie zmianę kwalifikacji pacjenta (pilny – stabilny) wskazanej na skierowaniu
Zmiany w obszarze NFZ	<ul style="list-style-type: none"> • wdrożenia niezbędnych regulacji prawnych, w tym na poziomie NFZ, celem obowiązku wpisania numeru PESEL w sprawozdawczości dotyczącej list oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej
	<ul style="list-style-type: none"> • wdrożenie w systemie informatycznym NFZ rozwiązań umożliwiających sprawozdawanie ww. propozycji zmian.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3. Uwzględnienie oceny skuteczności i bezpieczeństwa metod stosowanych u pacjenta (kwalifikacja i monitorowanie efektywności)

Integralnym elementem propozycji zmian w rehabilitacji leczniczej jest wdrożenie systemu oceny stanu funkcjonalnego pacjentów przed, w trakcie i po zakończeniu rehabilitacji. Dla zapewnienia obiektywności i porównywalności, system ten musi opierać się na powszechnie uznanych skalach i narzędziach pomiarowych. Zostały one szczegółowo przypisane do różnych świadczeń wchodzących do rehabilitacji leczniczej. W dyskusjach dotyczących oceny skuteczności metod stosowanych u pacjentów, przeprowadzanych w trakcie realizacji projektu zmian w obszarze rehabilitacji, bardzo często przewijał się temat Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jako fundamentu, na którym powinna być tworzona ocena stanu funkcjonalnego pacjenta oraz który łączyłby rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. W związku z powyższym Agencja intensywnie zgłębiła zagadnienie możliwości szerokiego wdrożenia ICF do rehabilitacji leczniczej.

Jednym z elementów tych prac było poszukiwanie informacji w zakresie stanu zaawansowania wdrażania ICF zagranicą. Okazało się, że ICF nie został jeszcze wdrożony w żadnym kraju i nigdzie nie prowadzi się obecnie prac nad całościowym wdrożeniem ICF do rehabilitacji leczniczej. Aktualnie w wielu krajach prowadzonych jest szereg inicjatyw dotyczących ICF, aczkolwiek są to inicjatywy na małe skale zarówno pod względem liczby uczestniczących w nich podmiotów jak i zakresu zastosowania ICF. Stosowanie ICF wymaga posiadania specjalnie przygotowanych do poszczególnych jednostek chorobowych / grup jednostek chorobowych tzw. profili kategoryalnych (ang. *core sets*). WHO przygotowało szereg takich profili, jednakże nie pokrywają one wszystkich potrzeb w tym zakresie i będą tworzone w przyszłości¹.

¹ Informacje pochodzą z różnych źródeł między innymi z bezpośrednich rozmów z pracownikami siedziby głównej WHO w Genewie zajmującymi się ICF i rehabilitacją przeprowadzonymi w dniach 5 i 6 grudnia 2018 r.

Aktualnie w Polsce prowadzone są prace przygotowawcze zmierzające do uruchomienia 3 projektów w obszarze rehabilitacji leczniczej / opieki kompleksowej związanych z ICF (ostateczna decyzja o ich uruchomieniu jeszcze nie zapadła):

- Projekt „Przygotowanie i wdrożenie standardów postępowania w ośrodkach rehabilitacji w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)”.

Przy właściwym zdefiniowaniu celu i metod badawczych oraz zaangażowaniu kluczowych instytucji systemu ochrony zdrowia projekt ten mógłby stanowić przygotowanie do ogólnopolskiego wdrożenia ICF w rehabilitacji leczniczej, a istotnym jego elementem byłoby zestandaryzowanie / przygotowanie na potrzeby ICF skal i narzędzi pomiarowych.

- Program pilotażowy dotyczący nowego sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej,
- Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM.

Jeden projekt obejmujący przede wszystkim rehabilitację zawodową z wykorzystaniem ICF jest w trakcie realizacji „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

W trakcie realizacji jest jeden projekt z pogranicza opieki długoterminowej i opieki społecznej, w którym także korzysta się z ICF „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”

NFZ wstępnie zadeklarował gotowość stosowania ICF w programach pilotażowych, w których miałyby to merytoryczne uzasadnienie.

Dodatkowo toczy się lub zakończyło kilka projektów spoza rehabilitacji leczniczej z wykorzystaniem ICF (wszystkie projekty zostały opisane w tabeli znajdującej się w dalszej części niniejszego dokumentu).

Prowadzone są mniejsze inicjatywy na zasadzie prac badawczych w ośrodkach naukowych.

Konkluzje: Brakuje jednego międzysektorowego podejścia do kwestii wdrożenia ICF w Polsce. Prowadzone i planowane inicjatywy, które będą wykorzystywać ICF nie tworzą jednej spójnej strategii tylko są oddzielnymi niepowiązanymi inicjatywami. Wdrożenie ICF w rehabilitacji leczniczej wymagałoby intensywnych prac. Wydaje się, że największym problemem jest przygotowanie odpowiednich profili kategoryalnych oraz narzędzi i skal, a także wspierającego stosowanie ICF odpowiedniego systemu IT.

Tabela nr 1 Zestawienie inicjatyw dotyczących ICF w Polsce

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
Rehabilitacja lecznicza ²	Przygotowanie i wdrożenie standardów postępowania w ośrodkach rehabilitacji w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).	Podniesienie jakości i efektywności świadczonych usług medycznych poprzez ujednolicenie oceny funkcjonalnej pacjenta z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przy użyciu niezbędnych skal i narzędzi pomiarowych, dla oceny stanu pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz oceny jej efektów w trakcie i po jej zakończeniu przez pracowników systemu ochrony zdrowia w placówkach stacjonarnych ochrony zdrowia.	ICF jest podstawą dla oceny stanu pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz oceny jej efektów w trakcie i po jej zakończeniu przez pracowników systemu ochrony zdrowia biorących udział w projekcie.	Planowana jest realizacja Projektu w ramach działania 5.2 POWER Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Liderem projektu ma być CSIOZ i będzie go realizować z 2 partnerami.	40 miesięcy Projekt nie został jeszcze zaakceptowany do realizacji. Nie wiadomo, czy projekt zostanie ostatecznie uruchomiony.	Projekt miał kończyć się wdrożeniem ogólnokrajowym wdrożeniem ICF we wszystkich uzasadnionych systemowo oddziałach rehabilitacyjnych i zabiegowych systemu ochrony zdrowia.
Kompleksowa rehabilitacja	Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy ³ .	Kompleksowa rehabilitacja, której głównym celem jest przekwalifikowanie zawodowe i wejście/powrót na rynek pracy osób niepełnosprawnych.	ICF będzie podstawą do diagnozy i planowania kompleksowej rehabilitacji oraz oceny postępów. Profil kategoryalny wg. ICF stanowi 3 etap projektu (z 4 łącznie).	Projekt prowadzony przez PFRON - lider, ZUS, CIOP w ramach projektu POWER 2.6.	1.01.2018-30.09.2022 Rozpoczęcie korzystania z ICF w czterech ośrodkach rehabilitacji nastąpi w II kwartale 2019 r.	Wypracowanie i przetestowanie rozwiązań służących stworzeniu bardziej efektywnego systemu rehabilitacji kompleksowej.
Fizjoterapia	Program pilotażowy dotyczący nowego	Ocena nowego sposobu sprawozdawczości i kosztów	Weryfikacja możliwości wdrożenia w polskim systemie ochrony zdrowia	Projekt ma być uruchomiony na podstawie	Czas trwania programu pilotażowego: do 24 miesięcy	Ocena możliwości wdrożenia ICF do fizjoterapii

² Informacje ujęte we wszystkich polach dotyczących projektu pochodzą z roboczej wersji fiszki projektowej z listopada 2017, obecnie może ona być zmodyfikowana.

³ https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty_UE/Kompleksowa_rehabilitacja/MODEL/Model_rehabilitacji_kompleksowej_FINAL.pdf

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
ambulatoryjna	sposobu finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej.	fizjoterapii ambulatoryjnej u pacjentów z ustalonym programem terapii wg. wytycznych KIF opracowanych na podstawie ICF, dla pacjentów w przedziale wiekowym 30-55 z przewlekłym bólem kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	ICF. ICF stanowił podstawę opracowania przez KRF wytycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej	odpowiedniego rozporządzenia MZ ⁴ . Uczestniczyć w nim będzie KIF.	od dnia zawarcia przez Fundusz z realizatorem programu pilotażowego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach projektu. Przewidywany termin zakończenia ok. 2021. Stosowne rozporządzenie MZ uruchamiające proces jest na etapie procedowania w Rządowym Centrum Legislacji ⁵ (w Konsultacji Prawniczej od 25.09.2018 r.). Nie wiadomo, czy projekt zostanie ostatecznie uruchomiony.	ambulatoryjnej. Ocena skuteczności nowego podejścia do fizjoterapii ambulatoryjnej.
Kompleksowa opieka	Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym KOSM.	Weryfikacja czy projektowane zmiany sprawdzą się w praktyce	Zestawienie kodów ICF z przykładowymi narzędziami pomiarowymi jest integralnym elementem umowy.	Projekt ma być uruchomiony na podstawie odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ.	Czas trwania programu pilotażowego: 24 miesiące Przewidywany termin wdrożenia: ok. 2021 Projekt Zarządzenia Prezesa jest w trakcie konsultacji ⁶ . Uwagi miały wpłynąć do 5.12. br. Nie wiadomo, czy projekt zostanie ostatecznie uruchomiony.	Ocena możliwości wdrożenia kompleksowej opieki nad pacjentami chorującymi na stwardnienie rozsiane.

⁴ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12314850>

⁵ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12314850>

⁶ <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/projekty-zarządzen/projekt-zarządzenia-w-sprawie-umow-o-realizacje-programu-pilotazowego-swiadczenia-kompleksowe-kosm,6574.html>

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
Medycyna pracy / orzecznictwo	Opracowanie modelu oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych w oparciu o ICF.	Głównym celem projektu było wypracowanie modelu oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych opartego na klasyfikacji ICF oraz rekomendacji w zakresie stosowania tej klasyfikacji do oceny zdolności do pracy w odniesieniu do zasad, miejsca i warunków stosowania oraz metod i narzędzi.	Wypracowano rekomendacje są wynikiem pionierskich badań przeprowadzonych w dwóch niezależnych ośrodkach z wykorzystaniem dobranych i zweryfikowanych kodów klasyfikacji ICF, odpowiadających im obszarów sprawności oraz dobranych metod i narzędzi.	Projekt realizowany w partnerstwie Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego oraz Funduszu Oceny Kapitału Ludzkiego.	2017-2018 – projekt zakończono Materiał o projekcie jest dostępny na stronie CIOP ⁷ .	Wypracowano model oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem dobranych i zweryfikowanych kodów klasyfikacji ICF, odpowiadających im obszarów sprawności oraz dobranych metod i narzędzi.
Opieka psychologiczno-psychiatryczna	Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny.	Poprawa jakości działań w obszarze zdrowia psychicznego poprzez przetestowanie środowiskowego modelu wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wypracowanego w konkursie I etapu (D003/15). Model będzie realizowany w poszczególnych projektach wdrożeniowych (projektach zintegrowanych) w wybranych obszarach testowania. Partnerzy są podmiotami realizującymi poszczególne procesy horyzontalne w ramach innowacji:	(ICF) jest podstawą do diagnozy i planowania wsparcia.	Projekt prowadzony jest w 6 Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego, liderem projektu jest Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego ⁸ , projekt nadzorowany przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju ⁹	Projekt trwa i ma się zakończyć w lutym 2021.	Powołanie i prowadzenie Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego, gdzie osoba w kryzysie psychicznym uzyskuje pomoc lekarską i terapeutyczną, nie tracąc wsparcia osób bliskich i łączności ze środowiskiem

⁷ <https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/86217/Broszura-ICF.pdf>

⁸ http://www.psychologia.wfch.uksw.edu.pl/deinstytucjonalizacja_projekt_horyzontalny

⁹ <https://www.mii.gov.pl/strony/aktualnosci/pilotazowe-osrodki-wsparcia-w-kryzysach-psychicznych/>

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
Opieka długoterminowa / opieka społeczna	Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki ¹⁰ .	Celem głównym projektu jest profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielności w ich miejscu zamieszkania.	Ocena poziomu niesamodzielności dokonywana będzie w oparciu o 20 kategorii z ICF (aktywność i uczestnictwo). Opracowany został system 3 poziomów niesamodzielności.	II Oś priorytetowa - Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) Projekt realizuje: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych wspólnie z Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszeniem Niepełnosprawni dla Środowiska EKON ¹¹ .	Termin realizacji: 01 lipca 2017 r. – 30 czerwca 2019 r.	Skuteczniejsza interwencja, większa efektywność, spójność i skoordynowanie rozwiązań dzięki stworzeniu jednolitej definicji osoby niesamodzielnej, wypracowaniu jednolitego systemu oceny niesamodzielności osób starszych, wypracowaniu standardów usług asystenckich, opiekuńczych, w tym teleopieki, wypracowaniu standardów kształcenia w zakresie świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności.
Edukacja / ocena specjalnych potrzeb edukacyjnych	Ocena funkcjonalna dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w oparciu o biopsychospołeczny model funkcjonowania.	Wdrożeniem w systemie edukacji oceny funkcjonalnej dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w oparciu o biopsychospołeczny model funkcjonowania.	W oparciu o ICF będzie orzekana potrzeba wczesnego wspomagania rozwoju dzieci i wydawane orzeczenia o niepełnosprawności dzieci i młodzieży (w poradniach psychologiczno-pedagogicznych). Dodatkowo MEN wybrało 3 projekty do opracowania narzędzi diagnostycznych w obszarach emocjonalno – społecznych, osobowościowym i poznawczym a zgodnie z założeniami konkursu wypracowane narzędzia mają być „przekładalne” na konkretne obszary	Projekt prowadzony przez MEN.	Projekt jest realizowany. Wiele kwestii nie jest ciągle ustalonych. Ustawa regulujące sprawy objęte projektem ma powstać w 2020 roku.	Projekt ma się zakończyć ustawą regulującą tematy objęte projektem, jednakże na chwilę obecną nie ustalono szczegółów.

¹⁰ <http://www.aio.uksw.edu.pl/sites/default/files/ctools/css/Kryteria%20oceny%20niesamodzielno%C5%9Bci%20i%20jej%20stopni.pdf>

¹¹ <https://www.ipiss.com.pl/?projekt-badawczy=o-projeckcie-14>

Sektor, którego dotyczy projekt	Tytuł projektu	Cel projektu	Rola ICF	Status prawno-organizacyjny	Czasokres realizacji projektu / Stan zaawansowania prac	Zakładana korzyść / zmiana w wyniku projektu
			z ICF, tak aby istniała możliwość konwertowania wyników z konkretnego narzędzia na ICF. Dzięki temu korzystanie z Klasyfikacji jako wspólnego języka będzie zdecydowanie prostsze dla wszystkich specjalistów ¹² .			

¹² <https://www.gov.pl/web/edukacja/rok-szkolny-20172018-kolejny-etap-budowania-dobrej-szkoly>

4. Zapewnienie stosowania wyłącznie metod o udowodnionej skuteczności (opartych co najmniej na badaniach z grupą kontrolną)

Mechanizmem formalno-prawnym zapewniającym stosowanie metod o udowodnionej skuteczności jest propozycja zapisu na poziomie poszczególnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych obligująca realizatora do „realizacji świadczeń z wykorzystaniem metod i procedur o udowodnionej skuteczności klinicznej, zgodnie z aktualnymi zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opracowanych przez odpowiednie towarzystwa naukowe o zasięgu ogólnopolskim, w szczególności opublikowanymi w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia”.

Odnalezione wytyczne, dotyczące rehabilitacji leczniczej, opublikowane przez polskie stowarzyszenia, towarzystwa naukowe czy organizacje zawodowe obejmują:

Tabela 12. Wytyczne dotyczące rehabilitacji leczniczej opublikowane przez polskie stowarzyszenia, towarzystwa naukowe i organizacje zawodowe

Polskie wytyczne lub rekomendacje	Publikacja	Czego dotyczą
Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (przyjęte uchwałą nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.)	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	oceny funkcjonalnej pacjenta za pomocą ICF
Analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM)	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	stosowania wybranych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego
Rekomendacje w zakresie realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne	postępowania terapeutycznego w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej
Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji.	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne	organizacji kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wytyczne zawierają zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jednak za wyjątkiem - *Analizy skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM)* - nie uwzględniają poziomu oraz kategorii rekomendacji dowodów naukowych. Zasady powinny być interpretowane w oparciu o indywidualną sytuację kliniczną. Zalecenia nie zawsze odpowiadają bieżącym zasadom refundacji obowiązującym w Polsce.

Jednocześnie należy podkreślić, iż zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, powinny spełniać ustawowe wymagania określone w art. 12 ust.3 ustawy o świadczeniach tj. być ogłoszone przez Ministra Zdrowia.

Tabela 13. Wytyczne i rekomendacje praktyki klinicznej w zakresie rehabilitacji leczniczej w Polsce

Wytyczne lub rekomendacje	Kto przygotował, data	Czego dotyczą	Zbieżności wytycznych z raportem
<p>Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (przyjęte uchwałą nr 142/1 KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.</p>	<p>Krajowa Rada Fizjoterapeutów 1 marca 2018 r.</p>	<p>Stanowią wytyczne postępowania dla świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutów oraz obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) prowadzenie i dokumentowanie diagnostyki funkcjonalnej i leczenia przez fizjoterapeutów, 2) wykorzystanie klasyfikacji ICF do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta, 3) zasady przeprowadzania i elementy badania fizjoterapeutycznego/diagnostyki z uwzględnieniem: <ul style="list-style-type: none"> • wywiadu, wraz z określeniem celu fizjoterapii, • badania przedmiotowego - badaniem i analizą ruchu, postawy, kształtu i ułożenia ciała pacjenta, • diagnostyki różnicowej – jako elementu zalecanego, • testów – odnoszących się do poziomu aktywności pacjenta jako obowiązkowe (zgodnie z ICF) wraz z opisami testów, sposobem ich wykonania i interpretacji, oraz testów i pomiarów dotyczących funkcji ciała i struktury (ICF) - jako nieobowiązkowe, • wniosków z badania – zawierają wyjaśnienia zaistniałego problemu pacjenta tj. które aktywności mają największy wpływ na ograniczony poziom uczestnictwa, a ich poprawa ma realną szansę na realizację celu fizjoterapii, • planu fizjoterapii – uwzględnia etapy i działania jakie należy wykonać w procesie fizjoterapii dla osiągnięcia stawianego celu z uwzględnieniem przedstawionych celów, 4) przeciwwskazania do fizjoterapii – z uwzględnieniem flag czerwonych i żółtych („red flags” „yellow flags”), 5) leczenie fizjoterapeutyczne: <ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapię indywidualną, • funkcjonalny trening medyczny, 6) testy kontrolne (re-test) – po każdej sesji fizjoterapeutycznej, treningu, mają pokazać w jakim stopniu dobrane procedury wpływają na osiągnięcie celu, 7) instruktaż/ zadania do samodzielnego wykonywania w domu – samodzielna praca pacjenta stanowi przedłużenie fizjoterapii, zwiększa samodzielność pacjenta i współodpowiedzialność za efekty. 	<p>Raport „Wybrane propozycje zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zbieżności w zakresie świadczenia „wizyty kwalifikacyjnej” dotyczą obowiązku: <ol style="list-style-type: none"> 1) prowadzenia oceny funkcjonalnej pacjenta, w tym za pomocą testów, 2) określenia celu fizjoterapii, 3) instruktaż (edukacja) pacjenta/ zadania do samodzielnego wykonywania w domu 2. Zbieżności w zakresie innych proponowanych zmian w zakresie elementów świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena funkcjonalna pacjenta, 2) określenie celu i planu fizjoterapii, 3) ocena efektów terapii (w formie re-testów). <p>Raport „Zmiany organizacji w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej”</p> <p>Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna POF będzie zawierała wszystkie elementy zaproponowane w raporcie „Wybrane propozycje zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej” – tak więc wskazane powyżej zbieżności z wytycznymi odnoszą się także do omawianego raportu.</p>
<p>Analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM)</p>	<p>prof. dr hab. Jakub Taradaj Grupa Ekspertów ds. Nauki przy Krajowej Izbie Fizjoterapeutów 2017 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekomendacje dotyczą stosowania wybranych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: kompresjoterapia, bandażowanie wielowarstwowe, przerywana kompresja pneumatyczna, manualny drenaż limfatyczny i inne formy masażu, kinesiotaping, specjalistyczne ćwiczenia ruchowe, Nordic Wa king, wodolecznictwo, laseroterapia, fala uderzeniowa, zabiegi głębokiej oscylacji w zróżnicowanych przypadkach obrzęku chłonnego kończyn. 2. Metody fizjoterapeutyczne zostały przeanalizowane pod kątem krytycznego przeglądu piśmiennictwa w oparciu o uznane pod względem wartości naukowych internetowe bazy medyczne: <i>PubMed, CINAHL, MEDLINE, Physiotherapy Evidence Database (PEDro)</i> oraz <i>Web of Science Collection</i>. 3. Analizę merytoryczną publikacji przeprowadzono zgodnie z wytycznymi i metodologią EBM dla rekomendacji klinicznych. 	<p>Mogą stanowić elementy planowania świadczeń dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym</p>

Wytyczne lub rekomendacje	Kto przygotował, data	Czego dotyczą			Zbieżności wytycznych z raportem
		Procedura fizjoterapeutyczna	Siła dowodu naukowego	Rekomendacja	
		Przerywana kompresja pneumatyczna	A/B (pomiędzy A i B)	wykonuj (silna rekomendacja dla procedury jako elementu kompleksowego postępowania przeciwbrzękowego, jako pojedynczy zabieg w trakcie leczenia nie jest skuteczna)	
		Manualny drenaż limfatyczny	B	wykonuj (silna rekomendacja dla procedury jako elementu kompleksowego postępowania przeciwbrzękowego, jako pojedynczy zabieg w trakcie leczenia nie jest skuteczna)	
		Kompresjoterapia (bandażowanie wielowarstwowe i odzież uciskowa)	A	wykonuj (silna rekomendacja dla procedury jako elementu kompleksowego postępowania przeciwbrzękowego, jako pojedynczy zabieg w trakcie leczenia nie jest skuteczna)	
		Specjalistyczna kinezyterapia	A	wykonuj (silna rekomendacja dla procedury jako elementu kompleksowego postępowania przeciwbrzękowego stosowanie jej jako tzw. monoterapii w przypadkach limfatycznych jest bezcelowe)	
		Kinesiotaping (KT)	B	brak jakiegokolwiek rekomendacji	
		Nordic Walking	C (zbyt mała liczba prac)	brak jakiegokolwiek rekomendacji (w niwelowaniu obrzęku limfatycznego wydaje się nieskuteczne, jednak można	

Wytyczne lub rekomendacje	Kto przygotował, data	Czego dotyczą			Zbieżności wytycznych z raportem
				rozważyć stosowanie metody jako terapii uzupełniającej i wspomagającej)	
		Ćwiczenia w wodzie, masaż wirowy i zabiegi wodolecznicze	C (zbyt mała liczba prac)	brak jakiejkolwiek rekomendacji (w niwelowaniu obrzęku limfatycznego wydaje się nieskuteczne, jednak można rozważyć stosowanie metody jako terapii uzupełniającej i wspomagającej)	
		Inne formy masażu (aquavibron, automasaż)	C (brak publikacji w ogóle)	brak jakiejkolwiek rekomendacji (niniejsza tematyka nie istnieje w zasobach EBM)	
		Fala uderzeniowa	C (zbyt mała liczba prac)	raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą	
		Laseroterapia	B doniesienia pozytywnie jak i krytyczne na rzecz wykorzystania laseroterapii w leczeniu przeciwobrzękowym.	raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą	
		Głęboka oscylacja	C (zbyt mała liczba prac)	brak jakiejkolwiek rekomendacji	
Rekomendacje W zakresie realizacji Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej	Eksperti Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2017 r.	1. Stanowią rekomendacje postępowania dla świadczeń udzielanych w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej KRK oraz obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • ocenę stanu klinicznego pacjenta, • optymalizację leczenia farmakologicznego, • optymalizację funkcji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący, urządzenia wspomagające pracę komór serca itp.), • leczenie ruchem — stopniowe i kontrolowane dawkowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego • rehabilitację psychospołeczną — opanowanie sytuacji stresorodnych, stanów emocjonalnych, takich jak lęk i/lub depresja, akceptacja ograniczeń wynikających z następstw choroby 			Mogą stanowić elementy planowania świadczeń dla pacjentów z chorobami kardiologicznymi

Wytyczne lub rekomendacje	Kto przygotował, data	Czego dotyczą	Zbieżności wytycznych z raportem
		<ul style="list-style-type: none"> • diagnostykę i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, • modyfikację stylu życia, • edukację pacjentów i ich rodzin, • monitorowanie efektów KRK. <p>2. Dodatkowo rekomendacje dotyczą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • metod diagnostycznych w KRK, • metod kinezyterapeutycznych w KRK, • psychospołecznych i socjoekonomicznych aspektów KRK, • rehabilitacji kardiologicznej pacjentów w różnych stanach klinicznych np. z niewydolnością serca, z cukrzycą, w podeszłym wieku itp. 	
Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji	Zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2013 r.	<p>1. Raport przedstawiający optymalny model zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Naukowe dowody na skuteczność wtórnej prewencji choroby niedokrwiennej serca oraz rehabilitacji kardiologicznej. 2) Opis organizacji kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji - generalnie w wielu krajach istnieją dwa główne rodzaje programów rehabilitacji: rehabilitacja stacjonarna i ambulatoryjna, ostatnio coraz więcej uwagi poświęca się rehabilitacji hybrydowej oraz programom koordynowanym przez pielęgniarki 3) Określenie populacji pacjentów, którzy powinny brać udział w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji. 4) Opis "Optimalnego Modelu Kompleksowej Rehabilitacji i Prewencji Wtórnej". 5) Analizę następstw ekonomicznych wprowadzenia w Polsce "Optimalnego Modelu Kompleksowej Rehabilitacji i Prewencji Wtórnej". 6) Efekty zdrowotne wprowadzenia w Polsce "Optimalnego Modelu Kompleksowej Rehabilitacji i Prewencji Wtórnej". 	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Konkluzja:

Propozycje zmiany w rehabilitacji leczniczej, zaproponowane przez AOTMiT, zawierają zbieżności z ww. wytycznymi, w zakresie obowiązku:

- 1) prowadzenia oceny funkcjonalnej pacjenta, w tym za pomocą testów,
- 2) określenia celu i planu fizjoterapii,
- 3) instruktażu (edukacji) pacjenta/ zadania do samodzielnego wykonywania w domu,
- 4) ocena efektów terapii (w formie re-testów).

Dodatkowo mogą regulować zasady planowania terapii w przypadkach świadczeń rehabilitacji kardiologicznej i dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

5. Wprowadzenie mechanizmów poprawy stosunku wykorzystywania metod kinezyterapeutycznych do fizykoterapeutycznych

Wśród interesariuszy systemu ochrony zdrowia panuje powszechne przekonanie, że obecnie udział fizykoterapii w fizjoterapii jest zbyt duży. Z drugiej strony uważa się, że aktualnie w fizjoterapii zbyt mało jest kinezyterapii. W ramach prac analitycznych w Agencji zostały przeanalizowane proporcje pomiędzy podstawowymi kategoriami świadczeń tj. fizykoterapii, kinezyterapii i masażu w fizjoterapii ambulatoryjnej ogółem jak i w podziale na profil POF (pacjenci z rozpoznania mi przewlekłymi) oraz profil FAO (pacjenci z rozpoznaniem urazowymi).

Tabela 14. Struktura czasu i kosztów świadczeń w podstawowych kategoriach w podziale na POF i FAO

Kategorie świadczeń	Struktura czasu świadczeń			Struktura kosztów świadczeń		
	POF	FAO	Średnia	POF	FAO	Średnia
fizykoterapia	59,1%	54,1%	58,5%	50,5%	43,3%	49,5%
kinezyterapia	29,5%	42,7%	31,1%	36,5%	53,2%	38,7%
masaż	11,4%	3,2%	10,4%	13,0%	3,5%	11,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM_NFZ (dane z 2017 r.).

Sprawa ta była tematem dyskusji pomiędzy uczestnikami spotkań projektowych w ramach projektu zmian w obszarze rehabilitacji leczniczej przy czym środowisko fizjoterapeutów reprezentowane przez KIF stało na stanowisku, że fizykoterapia w fizjoterapii ambulatoryjnej nie powinna być obligatoryjnie dostępna (nie powinno być żadnych koniecznych elementów wyposażenia gabinetów fizjoterapii w sprzęt służący do udzielania świadczeń z zakresu fizykoterapii), natomiast środowisko lekarzy rehabilitacji medycznej reprezentowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz Polskie Towarzystwo Rehabilitacyjne uważało, że fizykoterapia jest niezbędna i powinny być dostępna w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, co powinno się przejawiać w obowiązkowym wyposażeniu tychże gabinetów w sprzęt służący do udzielania świadczeń z zakresu fizykoterapii.

Elementy mające wpływ na zmianę struktury świadczeń, wypracowane w ramach koncepcji zmian w rehabilitacji leczniczej:

- brak wymogu wyposażania placówek medycznych (w tym pracowni fizjoterapii) w sprzęt do fizykoterapii,
- brak wymogu organizowania w placówkach medycznych (w tym pracowni fizjoterapii) pomieszczeń czy gabinetów do realizacji zabiegów fizykoterapeutycznych,
- brak wymogu wskazywania przez lekarza na skierowaniu do fizjoterapii konkretnych zabiegów na rzecz określenia celu terapii – co pozwoli fizjoterapeucie na zindywidualizowanie procesu leczenia w oparciu o najbardziej skuteczne metody,
- określenie wymogu oceny efektów terapii po zakończeniu leczenia może prowadzić do sytuacji w której świadczeniodawcy będą zainteresowani zastosowaniem jak najbardziej skutecznej i efektywnej kosztowo formy fizjoterapii,
- określenie wymogu zaplanowania przez fizjoterapeutę planu terapii – co może dodatkowo prowadzić do modyfikacji stosowanych zabiegów w sytuacji, np.: gdyby lekarz na skierowaniu wypisałby większość zabiegów wchodzących do grupy fizykoterapii.

Opis zmian struktury świadczeń zakładanych w analizach Agencji

Ze względu na specyfikę zabiegów fizjoterapeutycznych oraz brak dowodów naukowych, które określiłyby, optymalną proporcję pomiędzy zabiegami fizykoterapeutycznymi i kinezyterapeutycznymi w modelu do BIA ujętym w przygotowanym przez Agencję opracowaniu analitycznym zatytułowanym „Zmiany organizacyjne w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej” przyjęto założenie, że w przyszłości nastąpi istotne zwiększenie udziału kinezyterapii kosztem fizykoterapii zarówno w profilu POF jak i w profilu FAO. Założenia te wynikają z przekonania, że w przyszłości w modelu POF będziemy mieć do czynienia z sytuacją, w której świadczeniodawcy będą zainteresowani zastosowaniem jak najbardziej skutecznej i efektywnej kosztowo formy fizjoterapii, a dodatkowo będzie istniała możliwość modyfikacji stosowanych zabiegów w sytuacji, np.: gdyby lekarz na skierowaniu wypisałby większość zabiegów wchodzących do grupy fizykoterapii.

Zatem zakładanym kierunkiem zmian w profilu POF mogłaby być modyfikacja struktury świadczeń w poszczególnych kategoriach świadczeń (fizykoterapia, kinezyterapia i masaż) oraz w układzie świadczeń wykonywanych indywidualnie z pacjentem i tych wykonywanych w grupach. Obecnie w profilu POF duży odsetek świadczeń stanowi fizykoterapia, mniej jest natomiast kinezyterapii. Proponowanym kierunkiem zmian jest zmniejszenie z 59% do 30% udziału procentowego fizykoterapii w ogólnym czasie fizjoterapii ambulatoryjnej, przy zachowaniu dotychczasowej proporcji pomiędzy zabiegami wykonywanymi indywidualnie i grupowo. Zmniejszenie udziału fizykoterapii pozwoliłoby na zwiększenie udziału kinezyterapii, przy jednoczesnej zmianie proporcji świadczeń indywidualnych względem grupowych w kinezyterapii z 54,4%:45,6% obecnie na 30%:70%. Jednocześnie w obszarze masażu nie doszłoby do żadnych zmian. Struktura czasu świadczeń, obecna i proponowana, została przedstawiona poniżej.

Tabela 15. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach POF

Kategorie świadczeń	Aktualna struktura czasu świadczeń			Prognozowana struktura czasu świadczeń		
	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem
fizykoterapia	16,6%	42,6%	59,1%	8,4%	21,6%	30%
kinezyterapia	16,0%	13,4%	29,5%	17,6%	41,0%	58,6%
masaż	9,1%	2,3%	11,4%	9,1%	2,3%	11,4%
razem	41,7%	58,3%	100,0%	35,1%	64,9%	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM_NFZ (dane z 2017 r.).

Także zakłada się, że w profilu FAO dojdzie do zmian w strukturze świadczeń w poszczególnych kategoriach świadczeń. Aktualnie świadczenia są w dużej mierze oparte na fizykoterapii, a w mniejszym stopniu jest to kinezyterapia. Możliwym kierunkiem zmian mogłoby być zmniejszenie odsetka fizykoterapii na rzecz kinezyterapii, przy czym proporcje pomiędzy świadczeniami indywidualnymi, a grupowymi byłyby identyczne jak dzisiaj.

Tabela 16. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach FAO

Kategorie świadczeń	Aktualna struktura czasu świadczeń			Prognozowana struktura czasu świadczeń		
	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem
fizykoterapia	14,5%	39,6%	54,1%	4,0%	11,0%	15%
kinezyterapia	27,5%	15,1%	42,7%	52,7%	29,0%	81,8%

masaż	2,5%	0,8%	3,2%	2,5%	0,8%	3,2%
Razem	44,5%	55,5%	100,0%	59,2%	40,8%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM_NFZ (dane z 2017 r.).

Wydaje się, że zakładane zmiany przełożyłyby się na poprawę skuteczności fizjoterapii ambulatoryjnej i być może skrócenie jej czasu trwania, jednakże trudno dzisiaj określić czy i w jakim zakresie byłby uzyskany ten efekt.

Konkluzje:

Jak wynika z informacji przedstawionych powyżej zakłada się, że w modelu POF dojdzie do zwiększenia odsetka kinezyterapii w stosunku do fizykoterapii, jednakże efekt ten zostanie uzyskany jako wynik wprowadzenia metod finansowania świadczeń wspierających skuteczność i efektywność, a nie poprzez odgórne narzucenia jakiś proporcji pomiędzy fizykoterapią, a kinezyterapią.

Spis tabel

Tabela 1. Niezbędne zmiany w regulacjach formalno-prawnych umożliwiające implementację propozycji zawartych w "Koncepcji"	5
Tabela 2. Wytyczne dotyczące rehabilitacji leczniczej opublikowane przez polskie stowarzyszenia, towarzystwa naukowe i organizacje zawodowe	6
Tabela 3. Wymagania dotyczące rehabilitacji w ramach innych świadczeń gwarantowanych	11
Tabela 4. Programy pilotażowe / świadczenia kompleksowe (nie-lekowe) w ramach których realizowane są świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej	12
Tabela 5. Programy lekowe w ramach których realizowane są świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej	16
Tabela 6. Korzyści dla propozycji AOTMiT wynikające z włączenia świadczeń rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych do opiek koordynowanych lub programów pilotażowych	17
Tabela 7. Ograniczenia dla propozycji AOTMiT wynikające z włączenia świadczeń rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych do opiek koordynowanych lub programów pilotażowych	17
Tabela 8. Gminy w Polsce nieposiadające miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju POZ w zakresie świadczeń lekarza POZ w 2017 r.	19
Tabela 9. Gminy w Polsce nieposiadające miejsc udzielania świadczeń (MUS) w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (dorośli i dzieci) i fizjoterapii domowej w 2017 r.	19
Tabela 10. Przepisy prawa regulujące kompetencje zawodowe fizjoterapeutów	21
Tabela 11. Niezbędne zmiany w regulacjach formalno-prawnych umożliwiające implementację propozycji zawartych w "Koncepcji"	23
Tabela 12. Wytyczne dotyczące rehabilitacji leczniczej opublikowane przez polskie stowarzyszenia, towarzystwa naukowe i organizacje zawodowe	30
Tabela 13. Wytyczne i rekomendacje praktyki klinicznej w zakresie rehabilitacji leczniczej w Polsce ..	31
Tabela 14. Struktura czasu i kosztów świadczeń w podstawowych kategoriach w podziale na POF i FAO	35
Tabela 15. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach POF	36
Tabela 16. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach FAO	36